



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD  
ABIERTA**

**“INTERVENCIÓN EN CRISIS TELEFÓNICA  
EN CASOS DE DUELO”**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO  
SOCIAL**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**MARÍA JOSEFINA GONZÁLEZ AGUILAR**

**DIRECTOR**

**LIC. MARIO PEREZ ZUVIRI**



**MÉXICO, DISTRITO FEDERAL 2015**

**CIUDAD UNIVERSITARIA**



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.

## **DEDICATORIAS**

***DIOS**, te agradezco por darme la vida, ser mi guía, mi luz que ilumina mi camino y permitirme llegar al término de este trabajo para ayudar a mis semejantes comprendiendo su duelo.*

*Con profundo amor **A MIS PADRES**, Guadalupe +G.A.M. y Francisco. Por guiarme en el camino del bien y de la sabiduría.*

***A MI ESPOSO**, Javier por tus atenciones y afecto para concluir este trabajo.*

*Con amor infinito, **A MIS HIJOS**. Salvador Nhun, Brisa Ha, Joel Balam por darme su apoyo y tolerancia.*

***A MIS**, Compañeras de grupo, Myr, Veronica Por brindarme su apoyo.*

***Profesor**, Alfonso Cruz Candelaría, por brindarme su valioso tiempo, y su atención.*

***Profesor**, Jorge Álvarez Martínez por compartirme sus conocimientos en el Call Center psicológico.*

*Con Admiración, **A TODOS LOS PONENTES** de la **UNAM** por compartirme sus experiencias y conocimientos*

***A DIOS**, y a todos ustedes les doy las infinitas gracias.*

## ÍNDICE

Resumen .....	1
Introducción.....	2
Capítulo I	
<b>JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO</b>	
1.1 Justificación del programa de Intervención en crisis.....	3
1.2 Contexto de la Institución donde se realizó el servicio social.....	3
1.3 Contexto del Programa de Servicio Social (Intervención en crisis).....	5
1.4 Programas y áreas de apoyo en Intervención en crisis.....	7
Capítulo II	
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL</b>	
2.1 Entorno operacional.....	9
2.1.1 Organigrama de la Dirección del Call Center Psicológico.....	9
2.1.2 Descripción del área de trabajo.....	10
2.2 Área de apoyo asignada.....	11
2.3 Programa de operadores.....	11
2.3.1 Cursos de capacitación e inducción.....	11
2.3.2 Procesos de inducción práctica.....	15
2.3.3 Sesiones bibliográficas.....	16
2.3.4 Asignación de tareas.....	16
2.3.5 Registros de datos.....	24
Capítulo III	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
3.1 Intervención psicológica por teléfono (IPT).....	25
3.1.1 Antecedentes.....	26
3.2 Crisis.....	38
3.2.1 Conceptos generales.....	39
3.2.2 Raíces semánticas de las crisis.....	42
3.2.3 Teoría de la Crisis de Linderman y Caplan.....	42
3.2.4 Hipótesis principales de la teoría de la crisis.....	44
3.2.5 Límites de tiempo.....	47
3.2.6 Fases y estados de la crisis: del impacto a la resolución.....	48
3.2.7 Resolución de la crisis.....	49
3.2.8 El estrés como factor incidente en la aparición de una crisis.....	52
3.3 Intervención psicológica por teléfono.....	61
3.3.1 Conceptos generales.....	61
3.3.2 Antecedentes históricos.....	63
3.3.3 Intervención en crisis y prevención.....	63

3.3.4 El contexto ecológico.....	64
3.4 Modelos de intervención en crisis.....	65
3.4.1 Modelo Amplio.....	67
3.4.2 Modelo Multimodal de Slaikeu (1996).....	67
3.4.3 Modelos de intervención en crisis de Caplan y Modelo de Gilliland y James Slaikeu.....	68
3.4.4 Modelo de intervención en crisis .....	70
3.4.5 Modelo de Intervención de Orientación Insight.....	72
3.4.6 Modelo Sistémico.....	73
3.4.7 Modelo Cognitivo Social.....	73
3.5 Intervención en Crisis y Prevención.....	76
3.5.1 Conceptos Generales.....	79
3.5.2 Fases de una Intervención en Crisis.....	80
3.5.3 Principios Técnicos en una Intervención Psicológica en Crisis.....	85
3.5.4 Principios para las personas que ofrecen Soporte Psicológico.....	87
3.5.5 Sugerencias para el Consejero Telefónico.....	87
3.6 Psicoterapia Breve.....	93
3.6.1 Antecedentes.....	93
3.6.2 Fundamentos Teóricos.....	93
3.6.3 Conceptos Generales.....	94
3.6.4 Objetivos de la Terapia breve.....	95
3.6.5 Tipos de psicoterapia breve.....	96
3.6.6 Encuadre.....	98
3.6.7 Estrategias.....	98
3.6.8 Adherencia Terapeutica.....	99
3.7 Técnicas de relajación y respiración.....	100
3.7.1 Fundamentos Teóricos.....	100
3.7.2 Relajación y Aprendizaje.....	102
3.7.3 Entrenamiento Autógeno.....	102
3.7.4 Técnicas de Respiración.....	104
3.8 Depresión y Ansiedad Frente al Duelo.....	105
3.8.1 Duelo.....	107
3.8.2 El Duelo como Respuesta a la Pérdida.....	107
3.8.3 Fases del Duelo.....	114
3.8.4 El Duelo como Trabajo.....	115
3.8.5 Factores que Influyen en el Duelo.....	116
3.8.6 Las reacciones Atípicas del Duelo.....	119
3.8.7 Objetivo del Duelo.....	120

3.8.8 Fases del Duelo Según la Terapia Gestalt por "Carmen VázquezBandín".....	121
3.8.9 El Terapeuta Gestáltico.....	123
3.8.10 Técnicas de la Terapia Gestalt.....	124
3.9 El enfoque de la Gestalt en el Duelo (Muerte de un Familiar).....	126
3.9.1 Frases sobre el Dolor y la Pérdida.....	129
3.9.2 Presentación y Análisis breve de un caso atendido en el Call Center.....	131

#### **CAPÍTULO IV**

4.1	
Discusión.....	133
4.2 Conclusiones y Recomendaciones a Futuros Trabajos.....	138
4.3 Bibliografía.....	139
4.4 Anexos.....	142

## RESUMEN

En el presente informe expongo las actividades realizadas durante mi servicio social en el programa de "Intervención en crisis a víctimas de desastres naturales y socio organizativos", de la Facultad de Psicología de la UNAM; programa que se caracteriza por atender a usuarios en crisis por vía telefónica.

Se reportan las observaciones referentes a la calidad del servicio, efectividad, importancia y trascendencia para el usuario y el profesional que brinda este tipo de atención. Por lo tanto, este informe tiene por objetivo analizar la efectividad del servicio de atención psicológica vía telefónica, proporcionada en el Call Center de la Facultad de Psicología de la UNAM, respecto a mi experiencia como profesional de la psicología, describiendo la forma de intervención psicológica con usuarios que están viviendo una crisis emocional y/o situación crítica exponiendo los antecedentes, principios y metas de la Psicoterapia Breve y de Emergencia como una alternativa de tratamiento psicológico.

Durante mi servicio observé que la mayoría de las llamadas recibidas presentaron características de duelo, siendo las principales causas: la muerte de un familiar, pérdida del trabajo, jubilación laboral, separación y/o conflictos de pareja, desempleo, y necesidad de escucha.

En este trabajo se documenta uno de los casos atendidos. La usuaria solicita apoyo psicológico por pérdida de un familiar directo; se le brinda una intervención de apoyo para modificar su conducta utilizando ejercicios basados en la Terapia de la Gestalt.

La usuaria concluyó satisfactoriamente el número de terapias programadas para su intervención, obteniendo los resultados esperados en la modificación de su conducta, logrando la disminución del duelo.

## INTRODUCCIÓN

El hombre a través de su historia se ha enfrentado a diversos eventos catastróficos causados por la naturaleza o por el mismo hombre, que repercuten en el individuo y en su comunidad. A partir de estos eventos se han estudiado las consecuencias personales y colectivas que se presentan en dichas situaciones, así como las medidas a tomar a corto, mediano y largo plazo para la prevención, intervención y tratamiento de las alteraciones mentales consecutivas a dichos desastres.

En la actualidad, estos estudios han permitido que el personal de rescate y el profesional encargado del apoyo psicológico cuente con los conocimientos básicos para la asistencia a la población que enfrenta este tipo de desastres naturales y los causados por el individuo, extendiendo su labor a las áreas físicas y de la salud mental.

Dentro del área de la salud mental, el profesional en un inicio basó su apoyo en herramientas terapéuticas presenciales; conforme la tecnología se ha desarrollado, el profesional ha empleado nuevas herramientas terapéuticas, entre estas se encuentra el llamado apoyo psicológico por vía telefónica, creándose centros especializados en este tipo de apoyo llamados Call Center.

La Facultad de Psicología de la UNAM, con la intención de ampliar la atención psicológica, creó un programa basado en esta nueva técnica para brindar apoyo psicológico en caso de crisis a los jóvenes universitarios que se presentan por cierta situación o sistema de vida que llevan. Posteriormente este apoyo se difundió para uso del público en general, creándose así el programa de "Intervención en crisis a víctimas de desastres naturales y socio organizativos".

La infraestructura y recursos en México y en el mundo no son insuficientes para la demanda (cada vez más creciente), de atención profesional a la salud mental. La atención psicológica vía telefónica, ha demostrado ser de gran apoyo en nuestro



país y en otras partes del mundo como veremos más adelante. Está considerada una opción viable por la comunidad para hacer frente a la situación.

Por lo anterior y con las características adecuadas al terapeuta telefónico, conociendo primeros auxilios psicológicos, modelos terapéuticos, técnicas de relajación que se mencionan más adelante, de igual manera tomo muy en cuenta esta Terapia Gestalt, que es holística, humanista e integrativa. En ella se destaca la importancia relevante del darse cuenta y de la relación entre el (facilitador gestáltico) y paciente, del momento presente, además de la relación conduciéndome con los principios de ética y moral para poderlas brindar con buena atención a la usuaria que solicita el apoyo para superar la problemática de duelo.

De acuerdo a lo expuesto la información se integrará de la siguiente manera:

En el primer capítulo se aborda lo relacionado a justificación del Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio organizativos

En el segundo capítulo descripción de las actividades realizadas en el servicio social. Difusión del servicio social, asistencia a cursos de psicología, atención terapéutica a los usuarios que llamaban, desarrollo de una escucha activa como una herramienta básica en la interrelación con el paciente, entrega de informe mensual de las actividades.

Capítulo III Intervención psicológica por teléfono, crisis, modelos de intervención, psicoterapia breve, técnicas de relajación y respiración, estrés, duelo, terapeuta gestáltico. Actividad de breve aplicando componentes de apoyo, técnicas y modelos. Por la valoración de funcionamiento de áreas que se refieren a las características sobresalientes de la vida conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva de la persona. El terapeuta brinda el modelo de atención al usuario.

Cápítulo IV. Propuestas y Conclusiones.

# **CAPÍTULO I**

## **JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO**

### **1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS**

Intervención en Crisis por Desastres Naturales y Sociorganizativos es un programa de la Facultad de Psicología de la UNAM, que tiene entre sus prioridades la atención psicológica vía telefónica al público en general que presenten crisis causadas por desastres naturales y por el individuo, así como la capacitación de personal del área de la salud mental para la prevención e intervención en crisis. Llevando a la réplica, aplicación e instrumentación de modelos actualizados de atención psicológica de bajo costo y con efectividad probada.

Domicilio: Avenida Universidad 3004, edificio "C" cubículo 30- 2- piso Colonia: Copilco Universidad C.P 04510, Delegación Coyoacán.

Sector que se atiende: público en general (excepción menores de edad).

Datos del supervisor directo

Nombre: Mtro. Jorge Álvarez Martínez

Profesión: Mtro. en Psicología Clínica

Teléfono: 56 22 22 88

### **1.2 CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL**

Sede que pertenece a la 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 resolutive, a la demanda 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).

## Objetivos

### Objetivo general

Ofrecer una respuesta inmediata a la población a través de una línea telefónica ante crisis suscitadas por desastres naturales u ocasionados por el individuo, brindando atención psicológica, contención, detección y canalización de damnificados o víctimas que presentan síntomas de estrés agudo y/o post-traumático a instituciones u organizaciones especializadas, aplicando métodos y técnicas de prevención e intervención en caso de que se requiera.

(Álvarez, 2012)

### Objetivos específicos

- Ofrecer un medio de intervención psicológica a la población, principalmente a 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 éste pueda ocasionar.
- Formar profesionistas aptos para brindar apoyo a la población en caso 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 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.

(Álvarez, 2012)

### **1.3 CONTEXTO DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL (INTERVENCIÓN EN CRISIS)**

Antecedentes del Call de la Facultad de Psicología de la UNAM

El programa de la Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio organizativos adscritos a la Coordinación de los Centros de Servicios a la

Comunidad Universitaria y al sector social, con el apoyo del Instituto Mexicano de la Juventud a través de la Dirección General de Orientación, proyectó crear un "Call Center" virtual para asistir por medio de una central de atención psicológica vía telefónica, el cual dio inicio en el año 1997 a sus actividades formales encabezando este gran proyecto, el profesor Jorge Álvarez.

El servicio del Call Center, surge a raíz de la epidemia de influenza que azotó al país en abril del 2009; debido a la alta demanda de consultas psicológicas, dispuso de 42 operadores para atención psicológica a la población en general, después de esta contingencia, el aporte que hizo la Universidad se difundió mediante cápsulas informativas en la radio y TV UNAM, y de esta manera se incrementó el número de llamadas, el servicio en principio estaba dirigido a la población joven, entre las edades de que oscilan de los 15 a los 29 años de edad, universitarios y población de todo el D.F. y el área metropolitana, que requieran apoyo psicológico y contención emocional, sin embargo, debido al resultado de la gran difusión que se hizo a través de la gaceta oficial de la UNAM, propaganda que se difundió en nuestras principales facultades, periódico e internet, se empezaron a recibir llamadas de personas de todas las edades, brindando así apoyo psicológico para el público en general, este Call Center está integrado por académicos, estudiantes en activo, egresados, pasantes y voluntarios de la Facultad de Psicología de la UNAM, todos en equipo trabajan para servir y ayudar a la sociedad en el momento que se requiera, y también apoyando en momentos de desastres y de emergencias.

El Call Center de apoyo psicológico ubicado dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, está conformado por una central, cuyo número de atención psicológica es 56 22 22 88 y tiene seis extensiones integradas en un sistema que maneja el total de llamadas, las organizan y las distribuye a las seis extensiones ubicadas en módulos individuales con su operador telefónico correspondiente.

Una vez entrada la llamada a cada extensión, da comienzo nuestra actividad como operadores, aunado a esto la atención psicológica, respondiendo a la demanda del usuario. Ésta puede ser llamada de información acerca de nuestro

servicio, orientación, canalización a cualquiera de nuestros centros de apoyo psicológico, atención a su situación crítica, intervención en crisis o terapia breve que consiste en un total de 8 a 10 sesiones de 30 a 45 minutos, una por semana quedando con el usuario la próxima cita día y hora que será la siguiente atención psicológica por teléfono.

#### **1.4 PROGRAMAS Y ÁREAS DE APOYO EN INTERVENCIÓN EN CRISIS POR TELEFONO**

Los principales servicios en intervención en crisis son:

- Tutorías académicas: acompañamiento en la formación del estudiante, se lleva a cabo de forma periódica y sistemática.
- Adicciones: dependencia hacia una sustancia dañina, actividad de 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 hacer daño.
- Duelo: adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida.
- Atención a víctimas directas de desastres naturales y sociorganizativas: como familiares afectados.
- Capacitación e intervención en crisis al personal en Primeros Auxilios Psicológicos: (bomberos, rescatistas, soldados, custodios, operadores, de líneas telefónicas etc).
- Manejo de burnout: en particular por pertenecer a grupos de rescate, atención psicológica y atención a víctimas.
- Elaboración de tutoriales interactivos dentro del programa internacional Bioethical Information System, con la Universidad de Buenos Aires y de la UNESCO.
- Elaboración de escenarios virtuales en tercera dimensión de situaciones desastres como sismos y tsunamis.

Al sector que atiende este programa es población Universitaria y público en general.

En el siguiente capítulo se detallará el marco del cual se desarrollan las actividades del servicio social correspondientes al período Febrero – Agosto 2013 y una explicación de las actividades por parte de los prestadores del servicio social y de los orientadores y coordinadores para cubrir el Programa de Intervención en Crisis por Desastres Naturales y Sociorganizacionales.

[www.dgcs.Unam.mx/boletin/20.boletin](http://www.dgcs.Unam.mx/boletin/20.boletin) de prensa

## **CAPÍTULO II**

### **DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL**

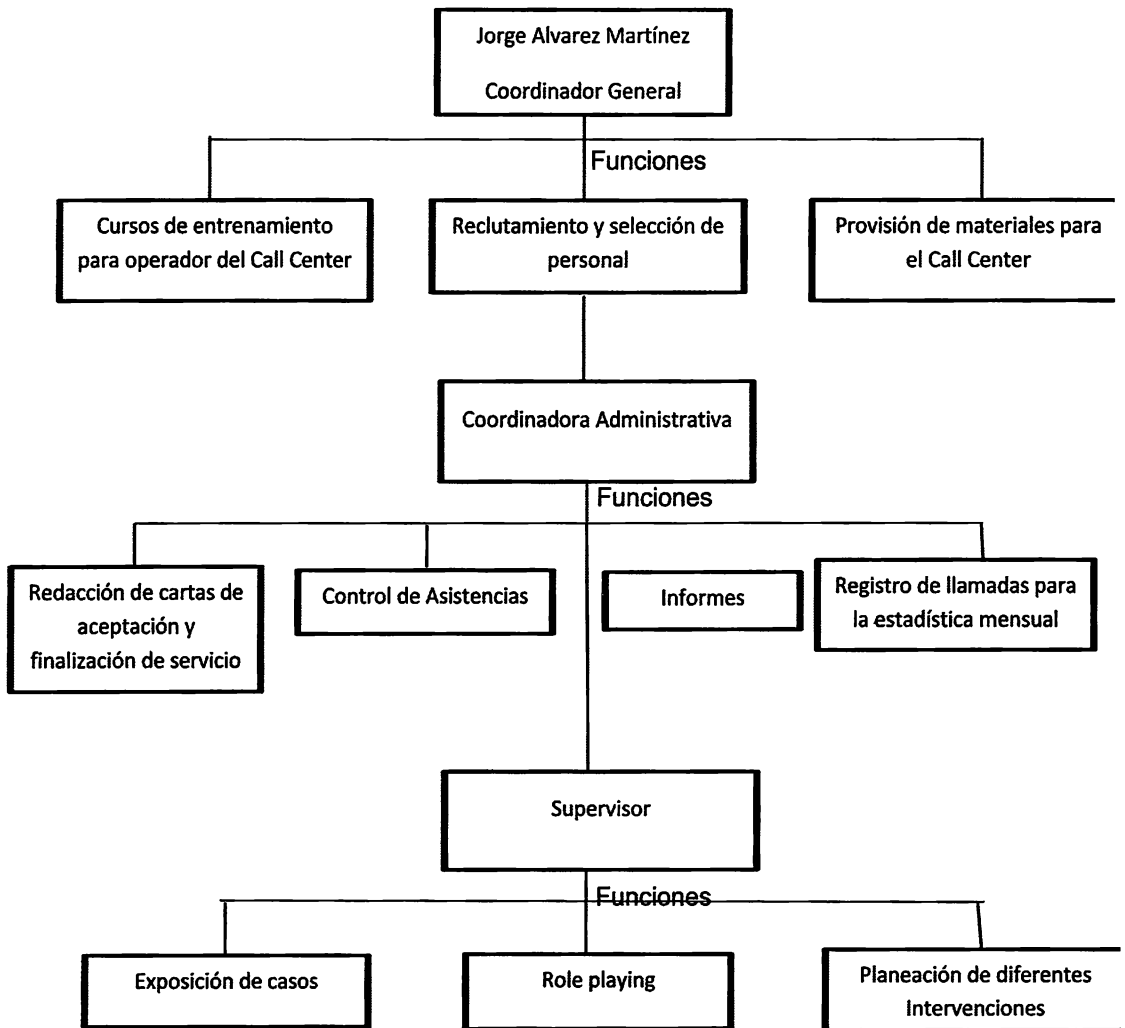
#### **2.1 ENTORNO OPERACIONAL**

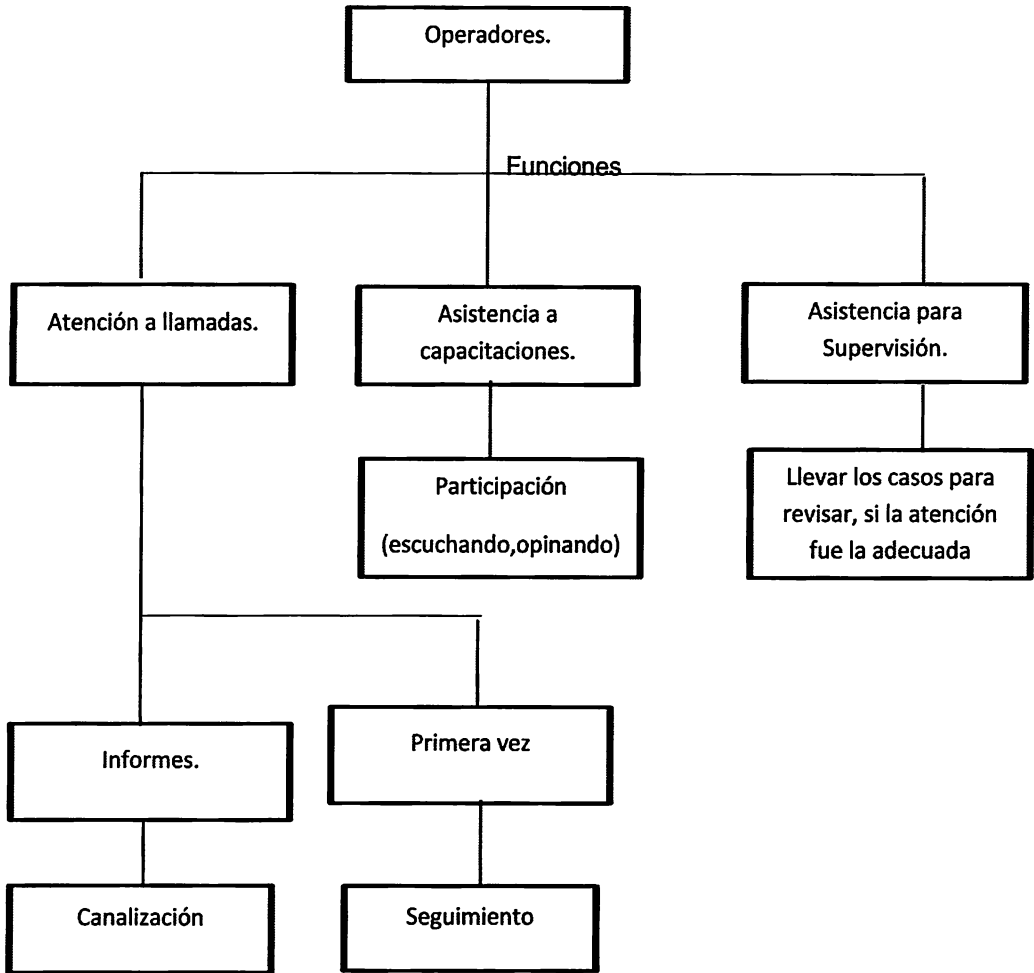
Mis actividades se desarrollaron en el horario matutino de lunes a viernes de las 8:00 a las 12:00 horas durante seis meses cubriendo un total de 480 horas. En las instalaciones de la UNAM ubicadas en la Avenida Universidad No. 3004 cubículo 30, Edificio "C" 2º Piso de la Facultad de Psicología, Colonia Copilco Universidad, C.P.04510, Delegación Coyoacán, México, D.F., teléfono 56222321.

##### **2.1.1 ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DEL CALL CENTER PSICOLÓGICO**

A continuación se ilustra por medio de un esquema la atención en el Call Center, donde tuve la oportunidad de hacer el servicio social. Funciones que se llevan acabo dentro del Call Center de Apoyo psicológico:







(Álvarez, 2012)

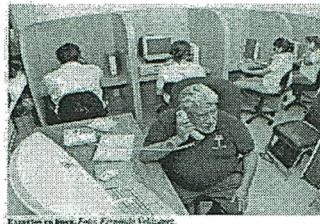
## 2.1.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO

El Call Center de Apoyo Psicológico (CCAP) consta de una central con seis extensiones telefónicas con diademas integradas en un sistema que maneja el total de llamadas, organizándolas y distribuyéndolas a los operadores ubicados en los seis diferentes módulos.

Cada uno de los operadores, responde a la llamada del usuario, ofreciéndoles ya sea información, orientación y/o terapia breve, esta última consiste en 8 a 10 sesiones terapéuticas, planificando dos por semana de 30 a 45 minutos teniendo acuerdo con el usuario con el día y la hora para programar la siguiente terapia

(Fig. 1).

**Abre la UNAM *call center*  
para atención psicológica**



*Fig. 1 Call Center de la Facultad de Psicología, UNAM.*

## 2.2 ÁREA DE APOYO ASIGNADA

El modelo de atención consta de una línea telefónica con seis extensiones para atención psicológica breve y directorios de los diferentes centros para canalizar al usuario si es que se requiere.

En este modelo los usuarios llaman planteando una demanda particular, que puede ser: desde atención psicológica hasta información del servicio o de un terapeuta, depende de la demanda del usuario la derivación del caso a otros centros psicológicos.

En este Call Center donde realicé el servicio social, me brindaron la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos durante mi formación académica y tener un acercamiento más directo con el usuario y conocimiento del ambiente laboral.

Aprendí a aplicar las técnicas que se utilizan en la intervención en crisis, este programa me ha proporcionado los conocimientos necesarios para lograr un mejor desempeño laboral y como profesionista.

## **2.3 PROGRAMA DE OPERADORES**

Las actividades se asignaban entre el grupo de prestadores del servicio social para atender las llamadas de entrada, ya que es de gran importancia que se ofrezca un servicio de calidad con imagen única al público de usuarios, otros asistíamos a los cursos asignados, y/o revisión de casos.

### **2.3.1 CURSOS DE CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN**

En el Call Center se nos capacitó a los prestadores del servicio social para ver la manera más apropiada de contestar la llamada a los usuarios, con los siguientes lineamientos generales.

Los cursos de capacitación e inducción se comenzaron en la semana que inició mis labores del servicio social, y durante el transcurso del mismo.

#### Curso de inducción

Frases usuales al contestar 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 es necesario este servicio ya que cada vez es mayor el número de personas que utilizan la línea telefónica para solicitar ayuda psicológica y se requiere estar lo mejor preparados posibles, además de la escucha, la persona que entrevista debe 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 (aja...) 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 no estamos comprendiendo, se puede decir, "perdón vamos a ver si he entendido bien."
- No hagas promesas que no puedes cumplir.
- Las metáforas pueden ser útiles como expresiones más cercanas a la persona, especialmente cuando se trabaja con ella 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 pueda 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 llamó 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.

Dentro del curso de inducción nos dieron las Normas Básicas establecidas para el prestador de servicio social en cuanto a restricciones para dar atención psicológica, indicando lo siguiente.

Si se llegara a presentar un caso como:

- Violación
- Secuestro
- Homicidio

Derivar al usuario a las instalaciones 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.

Cursos de Intervención en Crisis

Este curso fue impartido por el Mtro. Jorge Álvarez Martínez, con la finalidad de enseñar cómo dar la contención emocional a los usuarios y evitar más complicaciones después de la crisis.

Psicoerotismo Femenino y Masculino desde la terapia de reencuentro, impartido por La Mtra. Angelina Romero Herrera y el artista visual Héctor Iván Delgado Estrada para mejorar las habilidades empáticas entre el usuario y el terapeuta.

Operadores telefónicos, este curso brinda a los operadores un adiestramiento que permitiera un mejor desempeño para la atención en el servicio con un enfoque de la Gestalt. Impartido por la Licenciada Samantha Urzúa.

### **2.3.2 PROCESOS DE INDUCCIÓN PRÁCTICA**

En el curso de operadores telefónico recibí información de cómo debía de contestar el teléfono y en el Call Center recibí la práctica con el apoyo de

compañeros contestando el teléfono utilizando la diadema, análisis, evaluación, información de primeros auxilios psicológicos con enfoque de terapia breve, análisis y evaluación y otros modelos de atención psicológica.

Los psicólogos en línea, aplican el modelo demostrativo que consiste en que los operadores con mayor experiencia entrenan a los recién llegados, enseñan como atender una llamada demostrando cómo opera el servicio, el tipo de llamadas que se están presentando (informativa de primera vez, o subsecuente) así mismo se recibe otro tipo de formación para los operadores como el de Terapia del reencuentro, Terapia familiar con enfoque sistémico, Terapia Gestalt, Terapia psico-corporal, para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.

Así fui adquiriendo habilidad en la atención y escucha del usuario, aplicación de conceptos terapéuticos para usuarios de primera vez, atención terapéutica al usuario subsecuente y revisión de casos una vez por semana.

### **2.3.3 SESIONES BIBLIOGRÁFICAS**

En el programa del servicio social se asigna un día a la semana para que el supervisor maestro Jorge Álvarez Martínez tenga sesiones bibliográficas con el grupo donde se exponen temas relacionados con los casos que se atienden en el servicio del Call Center.

También tuvimos sesiones que fueron dadas por el Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinoza que cuenta con una gran experiencia, nos brindó asesoría técnica y metodológica. Expusimos las llamadas recibidas dando a conocer nuestras experiencias para recibir orientación a cada una de las dudas que nos surgieron, para brindar la mejor ayuda de acuerdo a nuestras capacidades, se nos reforzaban nuestras habilidades y así mismo nos señalaron nuestros errores de forma respetuosa. También nos facilitó su número telefónico para comunicarnos



en horarios que no fueran de la supervisión con respecto a dudas. La comunicación fue tratada con discreción y confiabilidad.

Finalmente si por alguna razón nos quedaba alguna duda, podíamos solucionar el caso consultando con el supervisor: maestro Jorge Álvarez Martínez.

### **2.3.4 ASIGNACIÓN DE TAREAS ACORDADAS**

Como prestador del servicio social realicé actividad de terapeuta utilizando así teorías y técnicas de la Terapia Gestalt.

Se me solicitó la realización de las siguientes actividades:

- Desarrollar un marco teórico de cada caso atendido.
- Realizar y entregar el reporte semanal del servicio.
- Realizar y entregar el reporte mensual del servicio.
- Difundir el programa del servicio volanteando en la vía pública, transporte colectivo y en diferentes facultades cómo son: Filosofía, Medicina, Derecho, Ingeniería, Economía y Odontología.

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

Por lo general, los usuarios se escuchaban con desesperación, tristeza, llanto, irritabilidad, enojo, y presentan algunas veces insomnio, fatiga, angustia, sudoración, cefalea, cansancio, ansiedad, anorexia y aislamiento.

#### **Características del servicio de intervención psicológica vía telefónica.**

- Es una intervención basada en la entrega de información, contención, apoyo y recurso terapéutico.
- Se lleva a cabo sin tener la aportación del lenguaje corporal del usuario. Nuestra valiosa herramienta, es la escucha y la voz.
- El usuario puede permanecer en el anonimato y esto posibilita y activa más la disposición y la auto-revelación.

- Los psicólogos del Call Center, podemos y debemos evaluar y canalizar al usuario a otras instancias terapéuticas o servicios para su mejor atención.
- Muchos usuarios pueden hacer uso del servicio, con solo hacer una llamada telefónica gratuita en el D.F. y área metropolitana y bajo costo desde el interior de la República y del extranjero.

Esta accesibilidad que posee el servicio del Call Center, es importante para los usuarios que se encuentran imposibilitados o limitados en su movilidad y/o situación económica.

### Componentes de Apoyo

Si el usuario desea el apoyo psicológico se hace el encuadre explicándole en qué consiste dándole la opción de la elección, en caso de crisis, se hace una verificación del perfil conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva (CASIC), para checar el estado del usuario y cómo se encuentra en estas áreas:

En esta primera valoración se busca conocer el estado emocional y qué tan dañado está, cómo se encuentra psicológicamente a consecuencia de su crisis mediante la valoración de cinco funciones psicológicas básicas que son: emociones, reacciones fisiológicas, aspectos cognitivos, comportamiento mental y relaciones sociales, lo cual nos ayuda a detectar la gravedad y dimensión del problema.

Sintomatología: nos refleja alteraciones en el equilibrio homeostático, relacionados con ajustes normales del proceso de adaptación a los cambios y con trastornos neuróticos de la personalidad, en individuos funcionales.

Una vez integrada esta información se puede elegir una técnica de atención que sea adecuada a las necesidades específicas de cada caso.

Al cierre de la primera llamada se tiene que informar al usuario el encuadre de la llamada.

## Cierre- Encuadre

Explicar nuevamente al usuario cuál es la próxima acción a realizar, con respecto a la decisión tomada previamente.

En caso de que decida continuar con la atención psicológica vía telefónica, se queda de acuerdo el número de sesiones, la hora de la próxima llamada y el nombre de su terapeuta. Posteriormente se hace una retroalimentación, su (antes, después, inicio y final), de la llamada, y por último se hace una evaluación final del trabajo brindado en el Call Center donde el usuario califica la calidad del servicio, la terapia brindada por el terapeuta, donde el número 5 es la calificación más alta. De esta manera podemos evaluar en forma general y hacer las modificaciones necesarias para mejorar la calidad y eficacia del servicio que brinda a la comunidad el Call Center de la Facultad de Psicología.

En el Call Center se reciben infinidad de llamadas de diferentes índoles, a continuación se mencionan.

- 1- Informativas este tipo de llamadas ocurre cuando el usuario, sólo habla para pedir información del Call Center, como es el horario del servicio, el tipo de ayuda que proporcionamos, el costo del servicio, el tipo de intervención que se realiza.

En algunas ocasiones recibimos llamadas para la atención de niños y adolescentes y no se atiende a esta población.

- 2- De orientación y/o cuando el usuario ya nos comunicó el motivo de la llamada, y por lo general es de tipo legal, de salud o de apoyo psicológico y en caso que el motivo de consulta lo amerite, se le da la canalización necesaria y de inmediato a los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social cómo son:

- Centro comunitario “Dr. Julian Mac Gregor y Sánchez Navarro”
- Centro de Investigación y servicios de Educación Especial (CISEE).
- Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Davila”.
- Centro de Atención Psicológico “Los Volcanes”.

- Programas de Sexualidad Humana.
- Programa de Conductas Adictivas.
- Programa de Servicio Social y Bolsa de Trabajo.
- Centro de Prevención en Adicciones "Dr. Ayala Velázquez".

También se les canaliza a los servicios psicológicos que existen en delegaciones del área metropolitana, D.F. En instituciones que se tienen registradas en directorios divididos por instancias en el D.F. por delegaciones y por municipios en el Estado de México, así el usuario tiene la opción de elegir dónde desea ser atendido para mejorar su situación en crisis o situación crítica, brindado un mejor servicio.

Psicoeducación: nos referimos al modelo centrado en la información, encaminado a la educación que se les proporciona a los usuarios que están pasando por una crisis o por un trastorno psicológico siendo el objetivo principal informar, orientar y ayudar a identificar con entendimiento y claridad del problema, recibiendo el usuario como beneficio una importante descarga emocional, una adherencia al tratamiento y un apoyo a la autoayuda, para que sea capaz de manejar adecuadamente una indicación y verse beneficiado en su calidad de vida.

Apoyo psicológico: los usuarios, que se ubican en este tipo de llamadas son los que después de escuchar su motivo de consulta y hacer el encuadre, deciden tomar su terapia psicológica de forma presencial se les canaliza al/los centros de servicios a la comunidad universitaria y al sector social, o dependiendo del lugar de donde hablan a la instancia más cercana a su domicilio o vía telefónica, esta decisión la toma el usuario.

Intervención terapéutica: en esta parte del proceso de la llamada previo al motivo de consulta y al encuadre que se acordó con el usuario, si decidió tomar la terapia vía telefónica se inicia con el trabajo terapéutico.

Proporcionando una ayuda breve e inmediata de apoyo con la aplicación de principios y técnicas para establecer su equilibrio emocional.

Llamadas basura: es toda llamada de gente perversa que agrede principalmente a las prestadoras (es) de servicio social en forma obscena o que mienten con su motivo de consulta y no tiene sentido su llamada. Se observó que en algunos de estos casos ya se tienen identificados a los usuarios que hacen mal uso del servicio, y por lo tanto no se les toma en cuenta en brindarles la atención.

#### Motivos de solicitud de atención psicológica vía telefónica:

En el Call Center entran una gran variedad de tipos de llamadas telefónicas con un “motivo de consulta” específico algunas veces “enmascarados” siendo éste el detonante para que el usuario se comunique con el objetivo de ser escuchado por un profesional y ayudarlo, contenerlo y guiarlo para que juntos, se encuentre solución a su problema.

#### Las llamadas recibidas más frecuentes fueron relativas a los siguientes estados de los usuarios:

- Estrés
- Ansiedad
- Depresión
- Duelo por muerte de un familiar
- Duelo por desempleo
- Duelo por pérdida de empleo
- Duelo por jubilacion laboral
- Problemas de pareja
- Sentimientos de soledad
- Necesidad de escucha.

Entre los componentes de apoyo Gómez del Campo, J. (1991) resaltan los siguientes.

Actitudes y habilidades básicas para facilitar la comunicación.

1. Actitud. debe ser amable, mostrar calidez y respeto a cada experiencia de la persona. Esto es fundamentalmente importante en la relación terapéutica porque en ella se mencionan las limitaciones, fracasos, anhelos y sentimientos del usuario. Con su actitud tanto verbal como no verbal, el terapeuta debe comunicar a la persona esta aceptación franca, o al menos la disposición para tener esta incondicionalidad.
2. Congruencia. Ser congruente 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. Comprender y acercarnos 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, experimentar.
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 confiable 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 terapeuta debe estar consciente 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 transmitir hábilmente opiniones, intenciones, posturas, creencias, pensamientos, y sentimientos del individuo y así mismo hacer valer, defender nuestros derechos expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa y honesta, respetando los derechos de la otra persona, sin agredir a los demás y defender nuestras propias

opiniones sin sentirnos culpables. Es una importante habilidad en el facilitador de la comunicación, dado que es una de las áreas que puede llegar a encontrar alteradas en los usuarios. Muchos problemas de las personas se deben a su incapacidad para decir "no ". Para poner límites, aclarando y defendiendo 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 enfrentamiento asertivo como en el aprendizaje de otras habilidades, algunos ejemplos son: modelamiento, simulación, ensayo conductual, retroalimentación y reforzamiento, restructuración 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:

1. Definir el problema en términos de necesidades, no de soluciones.
2. Utiliza la "tormenta de ideas" para producir posible 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 hacer, quién, cuándo, cómo y dónde.
5. Ejecuta el plan y
6. Evalúa el proceso de solución de problemas y posteriormente, el resultado de la solución propuesta.

#### Objetivo del Informe del Servicio Social.

El objetivo principal del presente trabajo es informar y demostrar la importancia que tiene el profesional de la psicología realizando diversas funciones en el Call

Center Facultad de Psicología de la UNAM, donde por medio de vía telefónica se brinda intervención terapéutica, a los usuarios que lo solicitan por estar en situación de crisis emocional aplicando técnicas de intervención en crisis por medio de los primeros auxilios psicológicos. Realizando una terapia breve y de emergencia.

### **2.3.5 REGISTRO DE DATOS**

Día a día me di a la tarea de registrar cada una de mis actividades y observé que los problemas emocionales afectan de igual manera a hombres y mujeres, pero quien lo expresa más son las mujeres, desde los diecinueve a los sesenta años de edad y tratan de buscar la ayuda terapéutica.



## **CAPÍTULO III**

### **MARCO TEÓRICO**

En esta sección presento el marco teórico que fundamenta el desempeño del programa y del prestador de servicio. La intención es realizarla en forma lo suficientemente ligera, comprensible y profunda para enriquecer la aportación de este reporte.

#### **3.1 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA POR TELÉFONO (IPT)**

El servicio de apoyo psicológico por teléfono, sirve para permitir un mejor manejo de las situaciones de estrés y de angustia y moviliza directa o indirectamente en el sentido de desarrollo pleno de las potencialidades y el uso óptimo de las habilidades, capacita al usuario para mejorar sus estándares de vida y es el camino adecuado en la obtención de mejores oportunidades.

Apoyo psicológico por teléfono, es brindar atención inmediata y eficaz a los usuarios en estado de crisis que lo solicitan el servicio, por este medio de comunicación evitando llegar al suicidio y gozar de una mejor vida con calidad.

#### Definición usuario

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) define el concepto de usuario con simpleza y precisión: un usuario es quién usa habitualmente algo. El término, que procede de (Del lat. Usuarius).

### **3.1.1 ANTECEDENTES**

La intervención en crisis por teléfono empezó a finales del año 1950 en Estados Unidos de Norteamérica; como base para el movimiento de prevención suicida, debido al alto índice de suicidios que se presentaban en determinados lugares, tales como los grandes puentes y edificios altos; surgiendo la idea de instalar unidades telefónicas de emergencia a las que podían llamar, como última instancia, los potenciales suicidas.

En 1974, Los Ángeles Suicide Prevention Center desarrollo las primeras técnicas para usar el teléfono en las intervenciones para salvar vidas, así mismo uso personal voluntario e institutos de entrenamiento para consejeros, para atender a los usuarios angustiados.

Con la aparición de estas líneas, aparecieron varios servicios telefónicos, consiguiendo en la siguiente década aumentara el desarrollo de nuevos programas de consejería telefónica y la divulgación del papel que jugaba éstas en las situaciones asociadas a crisis emocionales (Soto, 2006) (Suárez, 2012).

En México en 1978, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) fundan el Sistema de Orientación e Información (SOI) 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 mayores con repercusiones en la salud física, mental y social de los individuos, su familia y de la sociedad en general.

Más tarde, después de los sismos en la Ciudad de México del 19 y 20 de septiembre de 1985, surge el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL). De igual forma 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). SAPTEL no solamente escucha todo tipo de problemas sino que también tiene el directorio de servicios más amplio en México con respecto a tratamientos formales médicos o psicológicos. Toda la gama de servicios especializados que pueda necesitar una persona en conflicto.

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 (Puente, 2007) 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 a trabajadores voluntarios para evitar que quienes llamaban ejecutaran un suicidio.

La década de los noventa en general, fue productiva para la atención telefónica. En este periodo 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 del Seguro Social y el Consejo Nacional de Población; ORIENTATEL de la Secretaría de Educación Pública (García 2000).

Asimismo, 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.

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

Para Urzúa (Puente, 2007) 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 del individuo en etapas como: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

### Primeros Auxilios Psicológicos en México

La técnica de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en casos de catástrofes preparada por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) constituye un conjunto de medidas y técnicas que proporcionan una cobertura a las necesidades iniciales frente a las crisis, ya sean éstas de tipo personal, como la muerte de un ser querido o masivas, como las catástrofes naturales y el terrorismo.

Los primeros auxilios psicológicos van desde el momento en que la persona afectada por un problema hace el contacto inicial con quien le asiste en primera instancia, sea profesional o no, hasta el momento en que se empieza la intervención formal, si ésta tiene lugar (entendiendo por intervención formal, una evaluación profunda del problema, la formulación de una hipótesis explicativa que nos permita trabajar y las técnicas terapéuticas que se pongan en marcha de acuerdo con dicha hipótesis).

A menudo esa intervención en PAP durará lo que dure el primer contacto. Si se hace desde una consulta psicológica quizá dure una hora, pero es posible y

recomendable que para que la intervención sea adecuada y coherente, haya un “después”, ya sea en forma de llamada telefónica, un nuevo contacto posterior o una intervención formal desarrollada por el profesional indicado.

El inicio o la continuidad de un proceso terapéutico estructurado dependerá muchas veces de este primer contacto con el profesional, de cómo maneje los principales parámetros que constituyen el problema, de las medidas inmediatas de contención que sea capaz de proporcionar y de la manera en que proyecta una visión completa, realista y esperanzadora ante la crisis. Los PAP de alguna forma, entonces, abren el camino a quien intervendrá después y constituyen la primera impresión en función de la cual quien atraviesa la crisis orientará su problema en una dirección u otra.

La técnica de PAP se construye a partir de un proceso teórico- técnico de trabajo multidisciplinario, el cual incorpora las siguientes experiencias metodológicas:

- El modelo utilizado en el Centro de Intervención en Crisis (CIC), ubicado en el Estado de Jalisco, México, y coordinado por el Mtro. José Francisco Gutiérrez Rodríguez. Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), fundado el 13 de Agosto del 2003.
- La apertura del Centro de Intervención en Crisis Emocional (CICE) en la Ciudad de Santiago de Querétaro, Querétaro, México, coordinado por el Psicólogo Juan Carlos García Ramos.
- Las aportaciones de la psicología de emergencia, difundida en la Unión Americana y en países de Latinoamérica.
- La teoría de Lindemann y Caplan, (Teoría de la Crisis).
- Conceptos ampliados, desarrollados y modificados por Rapaport, Kaplan, Jacobson, Strickler y Sifneos.
- El modelo de intervención en crisis planteado por Slaikeu.
- Modificaciones a la teoría de la crisis por autores de la terapia cognitiva conductual de urgencia: Ruiz Sánchez, Imbernón González y Cano Sánchez (1999). (Garduño, 2012).

## Objetivos de intervención en PAP son los siguientes

- a) El objetivo que inicialmente va a prevalecer sobre los demás es el relacionado con la conexión emocional. Para ello es necesario que haya lugar, para la expresión de las propias vivencias con sus correspondientes implicaciones y una predisposición a la escucha activa por parte de quien recibe la información.  
Sin ella, la persona no se sentirá comprendida ni percibirá a quien le ayuda como cercano y de confianza. Mientras haya desconfianza hacia quien pretende asistir, los beneficios terapéuticos de la interacción quedarán limitados. Habilidades como la escucha activa y la empatía serán imprescindibles.
- b) Para hacer un análisis realista habrá que recabar la mayor cantidad de información posible a través de una buena escucha y poner en marcha los mecanismos oportunos para contrarrestar los errores cognitivos que pueda estar cometiendo en su enfoque de la situación. Cuando finalmente se llega a ese análisis realista de las circunstancias, se produce una reducción notable de la ansiedad al haber sido capaz de ordenar las ideas, eliminar dramatismos innecesarios y vislumbrar las primeras alternativas de solución.
- c) Cuando este análisis realista tiene lugar, se está más cerca también de conseguir el objetivo de prevenir el daño físico y/o psicológico, y ya que el pensamiento emocional tiene menos posibilidades de ocurrir y por lo tanto, será más fácil que la persona tome sus decisiones en función de los hechos comprobables que constituyen la realidad de sus crisis y no lo que siente a raíz de ella, evitando decisiones erróneas o incluso temerarias.

d) Normalizar las reacciones ante el suceso consiste en ayudar a la persona a distinguir qué reacciones son esperables y lógicas ante una situación y cuáles pueden ser patológicas.

Cuando la persona descubre que muchas de sus reacciones ante el problema entran dentro de la normalidad, se produce un notable descenso del malestar.

e) Cuando se ha hecho una valoración de afrontamiento realista de la institución problemática se pueden dar a la persona unas primeras pautas para manejar la crisis. Es a lo que llamamos técnicas de contención y afrontamiento, que tienen como objetivo principal poder proporcionar a la persona cierta sensación de control sobre sus circunstancias y el adecuado manejo del malestar.

Orientaremos, por tanto, los esfuerzos de afrontamiento por parte de la persona para un mejor resultado. Las aportaciones de la psicología cognitivo- conductual son muy útiles en este sentido.

f) Quien proporciona a una persona los PAP debe tener presente la posibilidad de que la persona necesite una ayuda más sostenida en el tiempo y repercusión más amplia sobre la situación. Cuando ésto es así, es importante informar al sujeto de las razones que justifican esa orientación, consistente en derivarle hacia un tipo de intervención más estructurada y profunda o hacia un profesional que pueda abordar con más criterios y conocimientos su problema particular.

g) Prevenir que la situación empeore tiene que ver, sobre todo, con detectar posibles riesgos que puedan haber pasado desapercibidos para el usuario, orientándole hacia acciones que puedan serle beneficiosas y llamando su atención sobre aquellas que puedan suponer una complicación añadida a la crisis.

h) Amortiguar el impacto de la situación y reducir el malestar psicológico son objetivos generales que se cumplen como resultado directo de la consecución de los anteriores, por lo que no se producirán de no tener en cuenta las indicaciones que se han propuesto.

(Martín y Muñoz, 2009).

## Principios Clínicos de los PAP

### Oportunidades

Una ayuda terapéutica breve y de urgencia, con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después de un incidente crítico puede tomar de una a seis semanas, puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso (puede ser en servicio de emergencia o en teléfonos de ayuda). El énfasis en la oportunidad se considera para reducir el peligro de respuestas violentas (atodestructivas) y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del usuario para hallar un nuevo planteamiento para afrontar las circunstancias del suceso.

(Slaikeu, 1996).

## ¿Qué SI hacer? y ¿Qué NO hacer? en los PAP

### 1- Contactos

Escuchar de manera cuidadosa refleja los sentimientos y la naturaleza de los hechos.

Si comunicar aceptación

No contar tu "propia historia"

No ignorar sentimientos o hechos

No juzgar, regañar o tomar partido

### 2- Dimensionar el problema

Si plantear preguntas abiertas

Si llevar a la persona a una mayor claridad



Si evaluar la mortalidad  
No depender de preguntas si / no  
No permitir abstracciones continuas  
No soslayar las señales de “peligro”  
No dar la razón del “problema”

### 3- Posibles soluciones

Si alentar la lluvia de ideas  
Si trabajar de manera directa por bloques  
Si establecer prioridades  
No permitir la visión de pasar por un túnel  
No dejar obstáculos sin examinar  
No permitir una mezcolanza de necesidades

### 4- Acción concreta

Si dar un paso cada vez  
Si establecer metas específicas de corto plazo  
Si confrontar cuando sea necesario  
Si ser directo sólo si debes serlo  
  
No intentar resolverlo todo ahora  
No tomar decisiones que impliquen por largo tiempo  
No ser tímido o prometer cosas  
No retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario

### 5- Seguimiento Si Hacer un convenio para recontactar

Si acordar un segundo encuentro, si evaluar los pasos de acción  
No dejar la evaluación a alguien más  
No dejar detalles en el aire o asumir que el usuario continuará.  
No acción de problemas.

(Martín y Muñoz, 2009).

### Metas en los PAP

La principal es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento emocional equilibrado, (homeostasis emocional) que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencializar su capacidad creativa para superar el momento crítico.

El objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de solución del problema. De los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema (Slaikau, 1996).

### Valoración en los PAP

Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como debilidad de cada una de las áreas personales afectiva, somática, interpersonal y cognitiva (CASIC) implantados en la crisis. La información acerca de qué está mal en la vida de una persona (como el desmoronamiento de la relación matrimonial), se complementa con la información de que es aún funcional (alguien, en su sistema red de amigos).

(Martín y Muñoz, 2009).

### La salud mental en México

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores de índole social, ambiental, biológica, y psicológica. Incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, la demencia, la esquizofrenia, las adicciones los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado

en los últimos tiempos que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.

### Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el "bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, trabajo y la recreación.

Como necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que los gobiernos, comunidades, familias y personas se esfuerzan siempre por conservar las estrategias, y mantener niveles óptimos o saludables.

La buena salud es objetivo de desarrollo y condición indispensable para alcanzar igualdad de oportunidades.

La salud, junto con la educación, son los componentes centrales del capital humano, así el capital más importante de individuos y naciones mejorar la salud y asegurar la educación, lo que significa fortalecer al individuo y a la sociedad para procurar y acrecentar sus medios de vida.

Cuando se habla de salud, la palabra generalmente remite a la prevención y atención a las enfermedades o a las circunstancias que atentan contra la integridad física y biológica del individuo. Esto quiere decir que la gran mayoría de acciones, programas, recursos e infraestructuras se encuentran encaminadas a atender este aspecto; el abordaje biológico y físico, y menos al mental.

Así que se requiere ser sano, física y mentalmente.

(Garduño, 2012).

[www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Salud](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Salud) de Mental México. Pdf.

## Calidad de vida y Autodeterminación en Salud Mental

Calidad de vida y autodeterminación son dos conceptos según Escandón Carrillo, han sido fundamentales para mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familiares.

El término “Calidad de Vida” apareció en el año 1975 y, aunque los orígenes de este concepto se sitúan en el ámbito de la medicina, el interés por él se ha extendido a otras disciplinas, como la sociología y la psicología.

(Moreno y Ximenez, 1996).

Según la OMS la calidad de vida implica una serie de componentes, todos ellos de carácter objetivo como son la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, el ocio y los derechos humanos.

Aunque no existe un consenso acerca de una definición de calidad de vida, los expertos afirman que es un concepto que implica el funcionamiento conductual y el bienestar psicológico subjetivo.

La salud mental es el estado de bienestar que nos permite utilizar nuestras habilidades y capacidades para afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, disfrutar los eventos agradables y acontecimientos. La persona que padece una enfermedad mental ve disminuida su capacidad para trabajar así como su ingreso personal.

Los desajustes de la salud a veces conllevan un estigma social que tienen repercusiones en su centro de trabajo. Se enfrentan con más problemas para conseguir y conservar su empleo, que las personas que padecen otro tipo de incapacidad.

La probabilidad de padecer un problema mental es tan alto, que la Organización Mundial de la Salud (2005) ha declarado que:

- En todo el mundo, 450 millones de personas padecen de algún problema psicológico, psiquiátrico, neurológico o conductual, en algún momento de su vida.
- Las muertes por suicidio al año ascienden a 873,000 personas (¡casi un millón de personas!)
- En el 2004, las investigaciones en Latinoamérica concluyeron que entre 15% y 23% de los niños y adolescentes sufren problemas de salud mental.
- De ellos, entre 3% y 4% han tenido desórdenes severos que requieren de tratamientos especiales. Vale la pena decir que un desorden mental no tratado puede llevar a uno más severo, a una mayor dificultad para tratar la enfermedad y con ello un mayor riesgo de recaídas.
- La Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró en el mes de octubre de 2005 que en América:
  - ✓ En 1990, 114 millones de personas sufrieron algún tipo de trastorno mental.
  - ✓ En países desarrollados (con sistemas de atención bien establecidos) entre 44% y 70% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento.
  - ✓ En países en vías de desarrollo es aún peor: por falta de información ¡casi 90% de las personas con trastornos mentales carece de tratamiento.
  - ✓ El sufrimiento y el agobio lo sienten quienes los sufren, sus familiares, amigos y el contexto laboral.

(Basañez 2008).

En el país se dispone de un Programa Nacional de Salud, cuyos datos del último trimestre de 2005 indicaron que en México carece de seguridad social 43.4% de la población total (46.1 de los 106 millones de personas): 65.8 % de la población

económicamente activa (28.7 de 43.9 millones) y 43.6% de los asalariados (11.5 de 26.4 millones).

Se ha documentado que el país tiene restricciones materiales en muchas de las unidades de salud, clínicas y hospitales públicos derivadas del rezago en su infraestructura, además la modernización de sus equipos clínicos y de laboratorio así como la saturación de servicios proporcionan una deficiente calidad en la atención.

Respecto al uso de los servicios privados, 1 de cada 2 derechohabientes del IMSS prefiere acudir a ellos, en lugar de usar los servicios que otorga el Instituto. En el ISSSTE, 3 de cada 5 derechohabientes acuden a médicos privados.

En México el Sistema Nacional de Salud asume el reto de disminuir los impactos mortales de las enfermedades, prevenir los hábitos nocivos, investigar las características de las enfermedades y llevar a la mayoría de la población atención suficiente y adecuada, a efecto de impactar lo más amplia y favorablemente posible la calidad de vida y la autodeterminación.

La satisfacción personal, se vincula al bienestar psicológico, al funcionamiento social y emocional, al estado de salud, al desempeño funcional global de cada persona, a su satisfacción con la vida, al apoyo social real disponible y a un patrón de vida productiva en términos de satisfacción y trascendencia.

México que tiene una población un poco mayor a 100 millones de personas, casi 15 millones padecen un trastorno mental esto es, una sexta parte de los habitantes.

Además el 18% de la población urbana de entre 18 y 64 años de edad, sufre trastorno del estado de ánimo.

Los trastornos depresivos y por ansiedad son los trastornos mentales por los que llaman los usuarios al Call Center con mayor frecuencia.

Además, en el país ocurren anualmente diversos tipos de desastres naturales como sismos, ciclones, y tormentas, que complican aún más la situación, así como algunos problemas provocados por el hombre como desplazamientos poblacionales, problemas ecológicos, etc., que afectan la salud mental de las comunidades que los enfrentan.

(Garduño 2012).

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 en el manejo de problemáticas psiquiátricas o a largo plazo. Sólo es una terapia breve por la crisis que presenta el usuario.

### **3.2 Crisis**

La crisis se considera un estado delicado y con dificultad en el cual, por la misma situación de origen interno o externo, se deteriora el equilibrio y cambia la naturalidad de la vida del individuo superando su capacidad habitual de respuesta

(Gómez C., 1994).

#### **3.2.1 Conceptos generales**

El origen de la moderna intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y colaboradores, tras el incendio del centro nocturno Coconut Grove en Boston, el 28 de noviembre de 1942. En donde 493 personas murieron. Lindemann y otros colaboradores del Hospital General de Massachusetts desempeñaron un papel activo en la ayuda de los sobrevivientes, aquellos que perdieron a un ser querido en el desastre. EL informe clínico de Lindemann (1944) acerca de los síntomas patológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que, el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida. Lindemann y otros asistentes comunitarios pudieron tener un papel determinante en la ayuda proporcionada a la gente afligida durante el proceso de

duelo, de modo que se previnieron dificultades psicológicas posteriores. Este concepto fue explotado más ampliamente con el establecimiento del Centro de Ayuda en Relaciones Humanas de Wellesley (Boston) en 1948, uno de los primeros centros comunitarios de salud mental, notable por su concentración en la terapia breve en el entorno de la psiquiatría preventiva.

La teoría de la crisis de Caplan, en consecuencia, se incluyó en la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson (1963), en la que los seres humanos fueron concebidos como susceptibles de crecer o desarrollarse a lo largo de una serie de ocho transiciones clave.

El interés de Caplan fue cómo la gente trataba las diversas transiciones de una etapa a otra.

La psiquiatría preventiva de Caplan, y su enfoque sobre la intervención temprana para procurar el crecimiento positivo y aminorar el riesgo de un deterioro psicológico, lo condujeron a un énfasis en la consulta en salud mental.

El papel del profesional de la salud mental se convirtió en el de un asistente de maestros, enfermeras, clérigos, consejeros, orientadores y otros, en cuanto al aprendizaje para detectar y abordar las crisis en establecimientos comunitarios.

Además de los trastornos mentales más o menos severos (depresión, trastornos de ansiedad y dependencia de alcohol y otras drogas) muchos usuarios de atención primaria presentan crisis emocionales con síntomas de ansiedad y/o depresión acompañados con frecuencia de alteraciones de la conducta.

Estas crisis son originadas por problemas de salud pero también por situaciones de vida incluyendo el hecho mismo de estar enfermo y de ser internado en un hospital.

A esto se le considera crisis situacional, y su característica esencial es que son generadas por acontecimientos estresantes repentinos o inesperados: enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica, accidente, pérdida de un ser querido, cambios, conflictos familiares, laborales o económicos, etc.



Concepto de crisis situacional (Caplan, 1964).

Estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas.

A lo largo de nuestra vida se presentan situaciones o sucesos que llevan a enfrentar un estado emocional tal que de no ser resuelto adecuadamente nos arrojaría a un estado de crisis (Slaikeu, 1996).

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida.

Existen varias definiciones de crisis, entre otras están las de:

- Slaikeu (1996) menciona que una crisis es un momento en la vida de un individuo, en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversa etiología, la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que el sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y está bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto que presenta.
- Para Jerry Long Jr. (1984) La persona está en crisis cuando sufre una pérdida severa que no está manejando exitosamente y siente ira sublimada, está destacada en la etapa de depresión y sufriendo un vacío existencial.

- Para L. R. Brito (1979) “la crisis se siente como abismo entre el pasado que ya no es vigente y un futuro que todavía no está constituido”.

El individuo enfrenta un problema ante cual, tanto sus recursos de adaptación como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

Las personas en crisis suelen presentar como síntomas: ansiedad, sentimientos de desamparo, confusión, cansancio, síntomas físicos y desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales y sociales.

- Toda crisis conlleva peligro y oportunidad y es casi siempre necesaria una intervención y ésta puede hacer la diferencia en las decisiones que tome la persona.
- Erick Erickson propuso el concepto que la crisis no solamente contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y desarrollo. De manera que a la vez la crisis representa un riesgo y también implica una oportunidad.

### **3.2.2 Raíces semánticas de las crisis**

El término chino de crisis (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, concurrentes a un mismo tiempo. Palabra inglesa se basa en el griego Krinein, que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar (Slakieu, 1996)

Estas ideas de decisión, peligro y oportunidad reflejan muy bien lo que supone una crisis, pues lleva a una bifurcación y, según qué camino se tome, puede conducir

hacia la enfermedad y el deterioro, o hacia un cambio positivo en la vida del sujeto.

### **3.2.3 Teoría de las Crisis de Lindemann y Caplan**

Históricamente la teoría de crisis data del comienzo de la teoría psicoanalítica, cuando Freud señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. En sus estudios de casos clínicos, Freud demostró cómo el origen de síntomas físicos podía ligarse a una situación conflictiva familiar o de otra índole en la vida del individuo. De este modo se abrió la posibilidad de comprender el sentido biográfico de la enfermedad.

Después de Freud, Eric Erickson describió las crisis evolutivas por las que pasa todo individuo a lo largo del ciclo vital. Thomas Holmes al cuantificar los cambios vitales en una escala de reajuste social, demostró que aquellos individuos que experimentan más cambios vitales en un periodo dado, corren más riesgo de enfermar.

Sin embargo, la formulación de la teoría de las crisis en forma más específica pertenece a Eric Lindemann (1944).

Lindemann, estudió la reacción normal, del duelo y sus etapas, distinguiéndolas de las respuestas adaptativas negativas que se ven en los duelos patológicos. Observó que al cabo de seis semanas la pena inicial puede ser asimilada normalmente, o bien pueden aparecer síntomas psicológicos o psicosomáticos.

La teoría de la crisis es un conjunto de principios o hipótesis que han recibido la atención de profesionales e investigadores

Esta teoría está basada fundamentalmente en los trabajos de Lindemann y Caplan, precisaron el estado del yo, la etapa de maduración en la que se encuentran y la cualidad de su estructura de personalidad, tiempo después fueron

modificados por Rapaport, Kaplan, Parad, Jacobson, Strickler y Strickler y Sifineos, entre otros. (Slaikeu, 1996).

Las aportaciones a la teoría de la intervención en crisis nos dicen que, los patrones de procesos psicológicos no son estáticos, están en constante movimiento desde el nacimiento hasta la muerte.

Esta teoría de la crisis describe tres fases de respuesta:

- 1- Fase previa a la crisis: el individuo busca mantener el equilibrio haciendo cambios físicos y psicosociales en el contexto de los sucesos normales de la vida.
- 2- La fase de crisis se caracteriza por la desorganización; se hacen intentos por resolver el problema no importando que resulte o no.
- 3- En la fase posterior a la crisis, existe el surgimiento de posibles formas de solución.

Influencias teóricas como:

- 1- La teoría de Darwin de la lucha por la supervivencia, para la cual el ser vivo tiene mecanismos adaptativos para sobrevivir.
- 2- Las teorías de Rogers y Maslow, sobre la autorrealización y crecimiento del hombre.
- 3- La teoría de Erickson de las etapas de la vida, donde en cada una hay una crisis para resolver.
- 4- Suárez (2012) citó las partes fundamentales de la salud mental: el estado del yo, la etapa de maduración en la que se encuentre y la cualidad de su estructura de personalidad. Para la evaluación de los aspectos del yo, se debe apoyar en las siguientes áreas:
  - La capacidad de tolerancia del estrés y la ansiedad, en el individuo.
  - Nivel de estructuración de la persona para reconocer la realidad y enfrentar la situación. (Suárez, 2012).

### 3.2.4 Hipótesis principales de la teoría de la crisis

- Sucesos precipitantes

Las crisis tienen comienzos identificables. Desde que los clínicos teóricos comenzaron a reflexionar sobre la naturaleza de las crisis vitales, tras las consecuencias del incendio en el Boston's Coconut Grove Nightclub en 1941, la experiencia de crisis se ha comprendido como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico. Suárez (2012) resumió diversos estudios que aislaban sucesos de la vida que tenían el potencial para precipitar una crisis vital: embarazo y nacimiento de un niño, maternidad sin matrimonio, la transición de la casa a la escuela a la Universidad, compromiso y matrimonio, cirugía y enfermedad, duelo, migración, reubicación, jubilación, desastres naturales y cambios sociales y tecnológicos rápidos.

- Tipos de crisis circunstanciales y de desarrollo.

#### Crisis circunstanciales

Son accidentales, inesperadas o repentinas, es el estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso que puede ser anticipado, puede preverse y es vivenciado como amenaza o pérdida y resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas, su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental, por ejemplo experiencias individuales de la pérdida de seres queridos en un desastre natural, y quienes son víctimas de crímenes violentos. (Slaikeu, 1996).

### Características de las crisis

- 1- Es repentina, aparece de golpe, se rompe el balance psicológico-emocional.
- 2- Es inesperada no puede ser anticipada, por lo que los mecanismos habituales del individuo se bloquean.
- 3- Es urgente, pues amenaza el bienestar físico y fisiológico.
- 4- Masiva, afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo desastres naturales), y existe una demostración de sufrimiento, dolor y aflicción.
- 5- Peligro y oportunidad, la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona, pudiendo causar confusión.

(Garduño, 2012).

### Reacciones Emocionales en una crisis circunstancial

- 1- Fase de impacto
- 2- Fase de reacción
- 3- Fase de reorganización ( recuperación del equilibrio personal)

(Garduño, 2012)

### Crisis de Desarrollo o crisis evolutiva

Esta se define como una situación causada internamente, la cual puede deberse a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo de la transición de roles, también se relacionan con el desplazamiento de una etapa del crecimiento de otra desde la infancia hasta la senectud.

Se van observando diferentes cambios de conductas, que puede presentar algún trastorno en el área intelectual y afectiva.

Ejemplos: concepción o esterilidad, embarazo, parto o nacimiento, infancia y niñez temprana, adolescencia, crisis de identidad sexual, crisis de madurez incluyendo cambio de carrera, jubilación, envejecimiento y muerte.

### La clave cognoscitiva

Una perspectiva cognoscitiva de la crisis, (Garduño, 2012) sugiere el cómo un individuo percibe el suceso que da lugar a la crisis, en especial cómo un suceso incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida, lo que hace que la situación sea crítica.

### Desorganización y equilibrio

Uno de los aspectos más obvios de la crisis es el trastorno emocional grave o desequilibrio experimentado por el individuo, presentando reacciones emocionales como llanto, cólera, aflicción, así como también enfermedades somáticas como úlcera y cólicos, además trastornos de la conducta como conflictos interpersonales, insomnio e incapacidad para el desempeño sexual.

(Garduño, 2012).

### Vulnerabilidad y reducción de defensas

Una parte de la desorganización del estado de crisis es la vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo. Esto también se conoce como reducción de defensas, que es cuando el individuo ya no es capaz de salir adelante y le parece que todo se está desintegrando, es como si no quedara nada por defender.

(Garduño, 2012).

### Trastornos en el enfrentamiento

Richard Lazarus 1984 define al enfrentamiento en términos de dos actividades principales.

La primera incluye el cambio de situación- solución de problemas, esto comprende:

Pedir ayuda a otros.

Descomponer el problema en fragmentos manejables.

Confiar en el sí mismo y otros.

Tener una actitud de confianza en la capacidad para resolver problemas.

La segunda implica el manejo de los componentes subjetivos del problema esto es:

Manejar sentimientos tanto positivos como los negativos y tolerar la frustración; manejar la fatiga y las tendencias hacia la desorganización en tanto se mantiene el control, los esfuerzos por salir adelante y el dominio básico de los sentimientos.

(Garduño, 2012).

### **3.2.5 Límites de tiempo**

Un aspecto importante en la crisis es que el equilibrio se restaura de 4-6 semanas, lo cual no implica la resolución de la misma. Esas semanas son el período normal para lograr un equilibrio, porque el ser humano no soporta un desequilibrio muy intenso y duradero (Slaikeu, 1996).

En esas 4-6 semanas se evalúa el impacto, el desequilibrio en el sistema y el tiempo que requiere volver al equilibrio, pero éste puede ser adecuado o no y aún en el primer caso, más tarde puede ser necesario un trabajo mucho más largo para resolver todo lo que ha provocado la crisis. (Caplan, 1964).

(Garduño, 2012)

### **3.2.6 Fases y estados de la crisis: del impacto a la resolución y sus consecuencias**

(Caplan, 1964) describe el inicio de una crisis de la siguiente forma:

1. Hay una elevación inicial de tensión por el impacto de un suceso externo, que inicia a su vez las habituales "respuestas para solucionar problemas".



2. La falta de éxito en las respuestas para la solución de problemas, más el impacto continuo del suceso estimulante, fomenta el incremento de la tensión, los sentimientos de trastorno y la ineficiencia.
3. En tanto la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la resolución de problemas. En este punto la crisis puede desviarse.

### Reducción en la amenaza externa

Éxito de las nuevas estrategias de enfrentamiento

Redefinición del problema, si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta el punto límite y queda lugar a una desorganización emocional grave.

Horowitz (1976) describe las reacciones a la tensión grave.

### Fases en el desarrollo de las crisis

La primera reacción ante un hecho amenazante es el desorden, una reacción emocional de descarga para aliviar la tensión como el llanto, la angustia, el grito, desmayo o lamentos.

- La reacción puede ser del todo obvia para otros. El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso.
- La negación con la que se intenta poner un dique a emociones y pensamientos para bloquear o amortiguar el impacto, puede acompañarse de un empobrecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó, o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado.
- La intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia. Las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado son características en esta etapa.
- Translaboración (penetración) en la cual se comienza a asumir la experiencia, a poder pensar en lo que está sucediendo, a identificar los sentimientos que provoca la experiencia traumática. Proceso en que se

expresan, identifican y divulgan pensamientos e imágenes de la experiencia de la crisis.

La terminación (integración o resolución) es la etapa final de la experiencia de la crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo para formar parte de la historia del sujeto. El suceso ha sido enfrentado, los pensamientos y sentimientos se han identificado y expresado y la organización ha sido consumada o iniciada.

### **3.2.7- Resolución de la crisis.**

Comprende la reorganización y reintegración del funcionamiento, esto implica que la resolución positiva de la crisis puede definirse como “translaborar la crisis, de manera que quede integrado dentro de la trama de la vida, al dejar que la persona esté abierta en lugar de cerrada al futuro.

#### Definición de translaborar

Es un proceso para definir problemas, tratar con los pensamientos, sentimientos, imágenes que tengan que ver con la experiencia de la crisis, así como tomar decisiones o aprender nuevas formas de solucionar problemas. Se pueden identificar tres pasos en la translaboración:

1. Identificar y resolver parcialmente conflictos reactivados por la crisis
2. Definir y movilizar recursos individuales externos e internos hacia la solución de la crisis
3. Reducir afecciones desagradables o incómodas ante la crisis

Algunos de los factores que influyen en el éxito o fracaso de la resolución de una crisis de acuerdo con (Caplan 1964) son:

- Comprensión cognitiva emocional de la situación (percepción del problema)
- Fortaleza del yo.
- Mecanismos de enfrentamiento consciente e inconsciente.
- Red de apoyo familiar y social

La fortaleza yoica implica referirse a aquella capacidad que tiene el sujeto para manejarse en su vida con adaptabilidad, flexibilidad para enfrentar distintas situaciones, y resolver, con instrumentos defensivos eficientes cuando esas situaciones se vuelven hostiles o peligrosas al yo o bien, tienen algun nivel de conflicto que hay que afrontar.

Algunas de las fortalezas del yo son:

1. La capacidad de la persona de resistir el estrés.
2. El grado de realidad al enfrentar y resolver problemas.
3. El repertorio de mecanismos efectivos de superación de problemas que la persona puede utilizar para mantener el equilibrio en su campo psicobiosocial.

¿Qué hace que una crisis desemboque en crecimiento y que otra lo haga en un daño inmediato o problemas psicológicos subsecuentes?

La gravedad del suceso que lo precipita, como la muerte de un ser querido o un ataque físico.

- Los recursos personales integran un segundo grupo de variables clave. Sea que haya nacido así o que se hayan habituado a ello mediante la experiencia vital, algunas personas están mejor dotadas para manejar las tensiones de la vida.
- Los contactos sociales concurrentes al momento de la crisis.

En las semanas y meses siguientes al suceso que motiva la crisis, algunas personas necesitan intervención en crisis en segunda instancia o terapia para crisis. Esto implica un periodo de psicoterapia breve (de semanas a meses) dirigida a ayudar a los individuos a translaborar con sucesos traumáticos de manera que puedan salir preparados para enfrentar el futuro.

El propósito de la terapia en crisis incluye la integración, la cual significa que la crisis se resuelva, el suceso y sus consecuencias deben finalmente tomar sus

lugares a la par de otros sucesos vitales en la vida de la persona, para formar parte de una experiencia evolutiva.

Se debe estar abierto para encarar el futuro y estar preparado para la tarea de vivir, puede ser concebido como estar provisto para enfrentarlos.

El cómo responda un individuo a un suceso precipitante, depende de los recursos materiales, personales y sociales del mismo.

Los recursos materiales significativos durante una crisis incluyen el dinero, la comida, la vivienda y el transporte. Los recursos personales del individuo componen la fuerza del yo, la historia previa de enfrentamiento ante situaciones tensionantes, la existencia de cualquier problema de personalidad no resuelto y el bienestar físico.

Los recursos sociales se refieren a la gente en su ambiente individual inmediato en el momento que se presenta la crisis, la familia, los amigos, los compañeros de trabajo (Slaikeu, 1996).

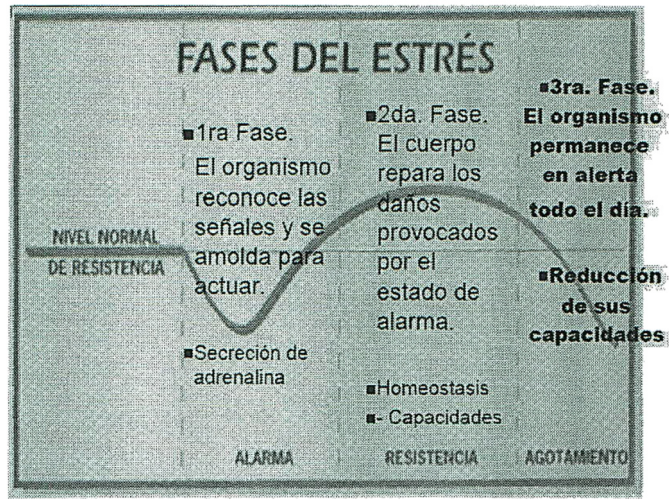
### **3.2.8- Estrés como factor incidente en la aparición de una crisis**

El trastorno por estrés postraumático o TEPT. Es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo. (Beristain,) refiere que la palabra trauma proviene del griego que significa "herida". El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del usuario o de alguien más, una grave amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que las defensas mentales de una persona no pueden asimilarlo. En algunos casos, puede darse también debido a un profundo trauma psicológico o emocional y no necesariamente algún daño físico.

## Causas

El trastorno por estrés postraumático aparece después de una situación aterradora o peligrosa como es una guerra, una agresión física o sexual o un desastre natural, entre otros eventos.

Este trastorno puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de algún evento negativo.



**Fig. 2 Fases del Estrés**  
(Tomado de Melgosa, 1999)

### 1. Reacción de alarma

Las reacciones de alarma conforman la primera fase del proceso de estrés frente a la agresión de reacción que ocurre inmediatamente después de que el individuo se da cuenta de la amenaza, durante esta etapa aparecen los síntomas: respiración entrecortada y acelerada, aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, sensación de tener un nudo en la garganta o en el estómago, ansiedad y/o angustia. En este momento se activa el sistema simpático

adrenomedular comenzando a secretar hormonas como la adrenalina y noradrenalina, el sujeto se pone en guardia, experimentando un aumento del ritmo cardíaco y de la tensión muscular, dichos cambios 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 unos minutos y cuya función es la de preparar el cuerpo para una acción rápida del 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: la adaptación

Cuando el estado de la agresión se prolonga, las reacciones de adaptación provocan que se inicie un proceso de resistencia. Esta etapa permite compensar los gastos de energía ocasionados por el estado de estrés y de este modo impedir el agotamiento del organismo. Durante esta etapa el organismo secreta otras hormonas (los glucocorticoides) que son las responsables de elevar la glucosa al nivel que el organismo necesita para un buen funcionamiento del corazón, del cerebro y de los músculos. A lo largo de esta etapa las personas afectadas adoptan conductas diferentes: algunos se preparan para afrontar el estrés, otros siguen viviendo sin preocuparse por solucionar su estado o tratando de evitar situaciones que puedan activarlo. 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 esta se almacena en el organismo. En ese momento el organismo pone en marcha mecanismos 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. Fases de agotamiento o extenuación

Esta fase ocurre cuando se presenta un cuadro constante y severo de estrés, el organismo gasta todos sus recursos y se pierde progresivamente la activación. El estado de estrés es tan inmenso que el individuo ya no se siente capaz de afrontar las agresiones y abandona esta situación. Ha perdido ya su capacidad de resistencia, porque las reservas psíquicas y biológicas se agotan. El organismo pierde su capacidad de activación. Seyle (1950) denominó esta fase "enfermedades de la adaptación" entre las que se encuentran: las úlceras gastrointestinales, la hipertensión, los infartos de 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.

Al respecto Carlson (2006), explica que las emociones consisten en la respuesta del comportamiento, neurovegetativa y endocrina. Ya 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 (Fig. 2). 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.

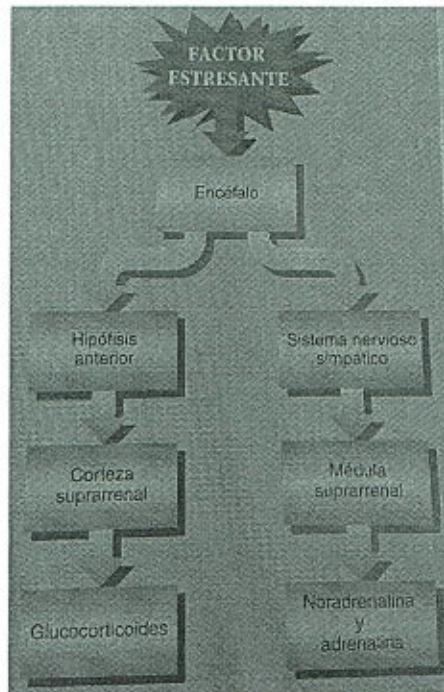


Fig. 3 Esquematación de los sistemas de respuesta de estrés (tomado de Pinel, 2007)

Charles B. Nemeroff y Helen S. Mayberg (Suárez, 2012) 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. 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.

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 miedo)
4. Corteza parietal y motora (involucradas en el procesamiento visoespacial y evaluación de amenaza)

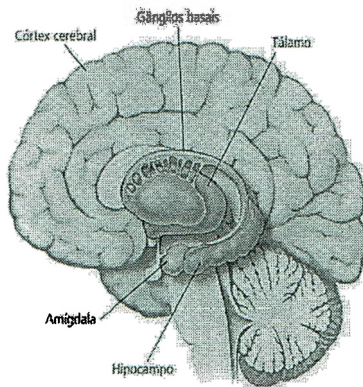


Fig. 4 Esquema anatómico de los circuitos neuronales implicados en el TEPT

De acuerdo a los criterios del DSM-IV de estrés postraumático, indica 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 (Suárez, 2012). Se analizó por primera vez en un estudio de neuroimagen el TEPT por medio de imágenes de resonancia magnética (MRI) y se correlacionó con déficit de la memoria a corto plazo.

La ausencia de estrés puede ser tan grave como tener demasiado estrés, la mayor parte de las personas que viven estresadas desean una vida sin él; sin embargo, una vida totalmente aislada y con falta total de estímulos, acarrea un tipo de estrés más terrible, lo ideal es el equilibrio.

### Más que estrés y no necesariamente enfermedad mental

La crisis se observa como incidente durante un periodo relativamente corto (alrededor de seis semanas), mientras que el estrés no está considerado para tener esta cualidad auto- limitante en tiempo, más bien, se considera como un trastorno crónico que provoca sobre trabajo, en tanto la crisis se relaciona con un trastorno repentino.

Un dogma de la teoría de la crisis es que cualquiera puede tener una crisis. La desorganización grave no es necesariamente interpretada como un signo de psicopatología, se interpreta como una reacción individual al encuentro de un obstáculo insuperable que obstruye un propósito de la vida. (Garduño 2012).

### **3.3. Intervención psicológica por teléfono**

Es un servicio de salud mental y medicina a distancia que opera por vía telefónica y en forma gratuita.

#### **3.3.1 Conceptos generales**

Intervención en crisis según Slaikeu (1996) es un método de ayuda dirigido a auxiliar a una persona y/o familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y/o psicológico y estigmas emocionales) se aminore y se incremente la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, opciones y perspectivas de vida). Intervenir

en una crisis significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando y ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional.

La intervención llevada a cabo por los profesionales de la salud mental, puede ofrecer una ayuda inmediata, en este caso por teléfono, para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional.

Los métodos por los cuales se auxilian a las víctimas de una crisis para lograr su recuperación, son conocidos genéricamente como técnicas de intervención en crisis y tienen un par de propósitos esenciales

- a. Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- b. Proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

Los objetivos inmediatos de la intervención en crisis por teléfono son crear una relación terapéutica, conseguir el alivio emocional del usuario, estabilizar el sentimiento de autoestima y reducir los síntomas psicológicos y físicos.

El teléfono es una herramienta y un medio de comunicación en donde a través de la conversación se logra la transmisión de las emociones, desde el estado de ánimo hasta los silencios que son muy significativos. Esta vía de comunicación es necesario en la práctica diaria; en este caso todo conocimiento teórico y práctico posible para intervenir en crisis psicológicas, que nadie está exento de sufrir, nos ayudará a dar atención más eficaz a quienes están atravesando por una situación de esta naturaleza.

Según Staff, Machleidt y Bauer (2004) mencionan que las urgencias y las crisis se suelen producir sobre todo durante los fines de semana, por la tarde y en la primera mitad de la noche.

No podemos predecir crisis psicológicas de manera confiable basándonos en los eventos que las preceden, ya que un evento que precipita una crisis en una

persona no necesariamente lo hará en otra. No obstante, algunos eventos precipitan normalmente reacciones de crisis psicológicas.

Estos eventos suelen presentarse con ataques físicos, tortura, violaciones, accidentes, intensas pérdidas personales y las catástrofes naturales como terremotos, incendios y ciclones o tormentas. Tales eventos inducirán a menudo a un desorden psiquiátrico que nosotros llamamos desorden de estrés agudo.

A muchas personas, los problemas insuperables y las tensiones de la vida las conducen a un punto tal, que tienen que encontrar una válvula de escape. El daño físico puede ser un resultado trágico.

Sin embargo, el concepto de crisis ha sido entendido también con un sentido positivo.

El ideograma crisis en chino indica lo mismo peligro que oportunidad. Webster lo define como "punto de cambio", el cambio puede ser para sanar o enfermar, mejorar o empeorar.

(Garduño 2012)

### **3.3.2 Antecedentes históricos**

El origen de la moderna intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores tras un incendio en Boston en 1942.

En la década de los 50's nacen las líneas telefónicas asistenciales, las cuales se les asocia a la prevención del suicidio, creciendo rápidamente en la actividad social a principios de la década de los años 60's, el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en E.U.A, al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan. Paralelamente al crecimiento de los centros de prevención para el suicidio, se presentó la urgencia formal de los movimientos comunitarios de salud mental en E.U.A, la intervención en crisis y servicios de urgencia se consideraron como parte integral de cualquier sistema de salud en una comunidad extensa.

En las décadas de 1960 y 1970, comenzó a surgir bibliografía sobre intervención telefónica.

Aparecieron numerosos informes de casos sobre cómo ayudar a individuos y familias en crisis. Se publicaron órganos informativos para tratar temas sobre la crisis, así como libros con instrucciones sobre “cómo hacer” la intervención en crisis.

(Slaikau 1999).

### **3.3.3 Intervención en crisis y prevención**

La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis. Así según Tyhurst (1980), ésta presenta un momento en que el trastorno ha ocurrido y la desorganización se presentará, para bien o para mal. Las estrategias de la intervención en crisis tienen dos aspectos: la primera ayuda psicológica inmediata y la terapia breve para la crisis.

La prevención primaria tiene lugar mucho antes de que ocurran los sucesos de crisis en realidad. La verdadera prevención significa a evitar que sucedan algunos acontecimientos.

Prevención secundaria cuando los estímulos externos no se pueden alterar, las estrategias se dirigen a la capacitación de los individuos para la resolución de sus problemas y el manejo de sus habilidades, de modo que estén mejor preparados para sobrevivir a los sucesos críticos de la vida.

El tratamiento o prevención terciaria incluye las estrategias encaminadas a reducir el deterioro y los trastornos emocionales que resultan de una resolución deficiente de las crisis vitales.

Para realizar una intervención en crisis es útil tener presentes los diferentes niveles de prevención propuestos por Caplan (1964):

- **Primaria:** mejorar la calidad de vida, la salud, entendida como el bienestar físico, psíquico y social.
- **Secundaria:** detectar el problema lo antes posible (intervención en crisis de primer y segundo orden).
- **Terciaria:** evitar que haya secuelas del trastorno o rehabilitar a la persona que las tenga (después de lograr el equilibrio habrá un tiempo de terapia para evitar que el hecho traumático marque a la persona).

(Garduño 2012).

### **3.3.4 El contexto ecológico**

Las crisis deben ser “leídas” en su contexto personal y social, para ello el estudio del ecosistema en el cual surge y se desarrolla es de capital importancia para, hacer una evaluación que permita diseñar una intervención “cortada a la medida”.

- **Indicaciones terapéuticas**
  1. Localización del sistema- clave disfuncional y de los sistemas disfuncionales secundarios.
  2. Abordaje de todos los sistemas implicados.
  3. ¿Está el sistema-clave bajo la influencia de otros sistemas contradictorios?
  4. Red social de apoyo y estrés (terapia de redes).
  5. Prevención primaria (población y contexto de alto riesgo, prevención de la salud).
  6. Prevención secundaria (diagnóstico precoz, tratamiento rápido y eficaz).
  7. Prevención terciaria (rehabilitación social).

Para cada sistema existen técnicas de evaluación pertenecientes a diferentes modelos teóricos y disciplinas. En la evaluación se debe localizar el sistema- clave

disfuncional y los sistemas disfuncionales secundarios, observar si existen sistemas que inciden negativamente en el sistema-clave, el momento evolutivo, los factores estresantes y la red social de apoyo, todo lo cual permite el abordaje de los sistemas implicados estableciendo un orden de prioridades y una estrategia de intervención.

(Garduño 2012).

### **3.4 -Modelos de intervención en crisis**

En la atención de la intervención en crisis y como terapeuta de la línea telefónica, nos enfrentamos en primera instancia a brindar los primeros auxilios psicológicos al usuario en crisis, o situación en crisis: tomando cuenta el marco con que se trabaja que es un Modelo de resolución del problema que deriva un enfoque de cinco pasos:

- Realizar un contacto psicologico.
- Analizar la dimensión del problema que se está presentando.
- Conocer posibles soluciones.
- Asistir en la solución de los pasos concretos y
- Seguimientos para verificar el progreso.

(Reyes, 2014).

El modelo proporciona una estructura general para jerarquizar un amplio conjunto de crisis circunstanciales y de desarrollo y también para la investigación de la relación entre las estrategias del tratamiento específico y distintas mediciones del resultado.

Modelos en psicología clínica. Son aquellos planteamientos que ofrecen descripciones a pequeña escala de las formas en que varios pensadores han abordado el tema de la conducta humana y el comportamiento en general y la

psicología clínica en particular. Representan una metodología de trabajo dentro de los distintos modelos en psicoterapia o psicología clínica.

además fundamentales porque ayudan al profesional clínico a organizar tanto sus ideas como sus acciones.

(Slaikau 1996).

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 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 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).

Se describen algunos de los modelos de intervención utilizados:

### **3.4.1 -Modelo Amplio**

Slaikau (1999) establece este modelo sobre intervención en crisis con los siguientes pasos:

#### **1. Intervención de primera instancia: primeros auxilios psicológicos**

Es la ayuda inmediata que brinda apoyo, para reducir el peligro de muerte de la persona en crisis con los recursos de ayuda. Esta primera intervención es básicamente, escuchar y permitir la catarsis y la demostración de emociones, vinculando a la persona en crisis con otros recursos de ayuda.



Los objetivos son:

- 1- Proporcionar apoyo
- 2- Reducir la letalidad
- 3- Facilitar el acceso a otros recursos de ayuda.

Sus componentes son:

- 1- Hacer un contrato.
- 2- Examinar las dimensiones del problema.
- 3- Explorar las posibles soluciones.
- 4- Ayudar a optar por una solución concreta.
- 5- Garantizar el posterior seguimiento.

(Reyes. 2014).

**3.4.2-Modelo Multimodal de Slaikeu (1996).**

La terapia para crisis se aplica donde los primeros auxilios ya no son suficientes y dan lugar a este tipo de terapia, es más efectiva cuando coincide con la etapa de desorganización.

Desorganización (seis o más semanas) dentro de la misma crisis incrementando la probabilidad de que la reorganización se dirija al crecimiento y se aleje del debilitamiento, direccionando la ayuda terapéutica del usuario a:

- a- Sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis
- b- Identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis.
- c- Obtener un dominio cognoscitivo sobre la crisis.
- d- Realizar una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis.

Su importancia es el incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al usuario abierto antes que cerrado, para encarar el futuro. (Slaikeu 1996).

La Terapia Multimodal tiene una duración de dos a seis semanas, valora el funcionamiento adecuado de diferentes áreas o subsistemas como son:

- Emocional
- Conductual
- Cognoscitivo

Este modelo de terapia es uno de los más adecuados para la intervención de segunda instancia, evaluando el perfil básico de la personalidad, ya que los trastornos o desequilibrios psicológicos, tienen su origen en las distorsiones cognitivas, aumentando el nivel de funcionamiento.

(Reyes, 2014).

### **3.4.3 Modelo de Intervención en Crisis de Caplan y Modelo de Gilliland y James Slaikeu.**

Caplan plantea un modelo de crisis con cuatro fases (Fernandez Lira, 2002).

**Fase 1.** La elevación inicial de la tensión por el impacto del estímulo ponen en acción las habituales respuestas homeostáticas de solución de problemas.

**Fase 2.** La falta de éxito de estas respuestas y el mantenimiento del estímulo determinan la elevación de la tensión y un estado de alteración e inefectividad.

**Fase 3.** La tensión sigue aumentando y traspasa un tercer umbral al comenzar a actuar como poderoso estímulo interno para la modificación de recursos internos y externos. El individuo recurre a sus recursos de energía y a sus mecanismos de emergencia para resolver problemas. Utiliza nuevas técnicas para acometer lo que está encarando, mientras tanto puede perder intensidad.

El individuo puede llegar a definirlos gradualmente de modo que lleguen a encajar a su experiencia previa, descubre aspectos abordables con capacidades y técnicas que había considerado inaplicables. Quizá se abandonen algunos

objetivos inalcanzables. Es posible que se explore mediante ensayo y error que técnicas serían aplicables y cuáles no.

**Fase 4.** Si el problema continúa y no puede resolverse con la gratificación de la necesidad o evitarse con la resignación o la distorsión o perspectiva, la tensión se eleva hasta el punto de la ruptura. Se produce entonces una importante desorganización del individuo, con resultados graves.

(Reyes, 2014)

En general podemos decir que la intervención en Crisis y/o Terapia para Crisis, se usa o aplica cuando los Primeros Auxilios Psicológicos no pueden controlar al usuario en un proceso para recobrar su estabilidad u equilibrio emocional y psicológico. Lo característico de la Terapia para crisis no nace en sus técnicas, sino en la acción, de la velocidad y de la habilidad del terapeuta para guiar y auxiliar al usuario en superar y resolver la crisis.

De acuerdo con Slaikeu (1996), la terapia para crisis intenta ayudar al usuario a resolver la crisis y se define como:

“Reelaborar el incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional, en la trama de la vida, para dejar al usuario abierto, antes que cerrado, para encarar al futuro”.

#### **3.4.4- Modelo de Intervención en Crisis (Álvarez, Cruz, Kleizer., P. 31,32)**

##### **1-Evaluar al sujeto y su problema**

###### **a) Definir el problema**

Procedimiento:

- Buscar puntos clave
- Investigar sobre el tema
- Se usan técnicas de entrevista
- Enfocarse sobre el problema específico, no se debe entrar a la historia profundamente

b) Definir la percepción que el individuo tiene del evento

Procedimiento:

- Investigar el significado que tiene para él
- Cómo le afectará en su vida futura
- La percepción real e irreal del problema
- El grado de tensión que causa

c) Investigar sobre los apoyos que tiene

Procedimiento:

- Investigar que personas pueden ayudarlo.
- Con quién vive
- Qué amigos tiene
- En quién confía
- Qué familiares tiene

d) Qué hace la persona cuando tiene algún problema

Procedimiento:

- Investigar cuáles son sus mecanismos de enfrentamiento.
- Cómo maneja estas situaciones
- Cómo enfrenta la depresión, tensión, ansiedad etc.

e) Definir si es peligroso para él mismo o los demás

Procedimiento:

- Se deben preguntar específicamente si ha pensado, no planeado, matarse o matar a alguien más

Una vez evaluado el sujeto y su problema, se procede a:

## **2-Planear la intervención**

a) Determinar qué tanto ha afectado la vida de la persona

Procedimiento:

- Investigar si sigue realizando sus actividades normales.
- Averiguar cómo afecta a las personas que lo rodean.

b) Planear alternativas de solución

Determinar los factores internos y externos que pueden favorecer o bloquear las posibles soluciones.

Terminando la planeación se procede a la:

**3-Intervención**

- a) Definir el problema ante la persona a partir de exposición para clasificar su situación
- b) Examinar posibles soluciones

Procedimiento:

- Orientar en lo que pueda ensayarse como posibles soluciones

**4) -Planeación anticipada**

- a) Evaluar en sesiones subsecuentes los resultados

Procedimiento:

- Examinar los resultados de la solución que se han puesto en práctica.
- Buscar nuevas soluciones si las anteriores no han funcionado.

(Reyes, 2014).

### **3.4.5-Modelo de Intervención de Orientación Insight.**

Es una intervención de clarificación, confrontamiento e interpretación, es la más asociada con el trabajo orientado al insight.

Nos dice Bibring, 1954 (citado en Goldstein, 2001) que: la clarificación significa ver las cosas de una manera más nítida vinculándolos a cuánto es consciente o subconsciente pero no inconsciente, esta clasificación ayuda al usuario a enmendar y especificar sentimientos, actitudes, pensamientos, patrones de conducta y percepciones. Se usa este tipo de intervención para ayudar al usuario a conciliar actitudes, conducta e ideas contradictorias.

(Reyes 2014).

### **3.4.6. Modelo Sistémico**

El terapeuta sistémico piensa que la crisis se inscribe en un contexto y una historia e intentará identificar las variables que han provocado la crisis y las pautas que la mantienen, aplicando la casualidad circular, según la cual cada uno influye a la vez que es influido por los demás y ayudará a dar un sentido a la crisis dentro de la historia del sujeto y su contexto.

(Garduño, 2012)

### **3.4.7. Modelo Cognitivo Social**

Asociados a los trabajos de Bandura, 1986 da importancia a los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia recíproca entre ellos.

Este modelo ha tenido éxito en la Psicología de la salud, especialmente con los conceptos de expectativa de autoeficacia.

La expectativa de autoeficacia puede influir tanto en sentimientos como pensamientos y acciones. Las personas con pocas expectativas tienden a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad. En cuanto a los pensamientos, la percepción de autoeficacia facilita las cogniciones referidas a las habilidades propias. Actuando estos pensamientos como motivadores de la acción.

Por último, y por lo que respecta a la acción, las personas que se sienten eficaces eligen tareas más desafiantes, se ponen metas más altas y persisten más en sus propósitos.

La investigación dentro del ámbito teórico del aprendizaje social cognitivo ha identificado otros componentes cognitivos que facilitan el proceso de cambio por su influencia en la formación de intenciones y en las autorregulaciones motivacionales.

En el proceso de adopción o de modificación de hábitos de conducta es la Teoría Social Cognitiva (Bandura 1986), según la cual la motivación y acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas.

- a) Expectativas de situación- resultado, en las que las secuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal.
- b) Las expectativas de acción- resultado, en las que el resultado sigue o es consecuencia de la acción personal y
- c) La autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar sus cursos de acciones, y alcanzar un resultado deseado.

De estos tipos de expectativas, las que desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y en el mantenimiento de dichos cambios, son las expectativas de acción-

resultado y las creencias de autoeficacia. Las expectativas de auto-eficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación.

Las expectativas de autoeficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud por la influencia de dos niveles (Bandura 1999):

1. Como mediador cognitivo de la respuesta de estrés (la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrenta en la vida y activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad).
2. En cuanto variable cognitivo- motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos o la habilidad que uno tiene para ejecutar una conducta determinada (ejerce un control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud).

Los hábitos derivados del estilo de vida pueden favorecer o mermar la salud, lo que capacita a las personas para ejercer cierto control conductual sobre la calidad de su salud. Las creencias de eficacia influyen sobre todas las fases del cambio personal, tanto si contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, como si emplean la motivación y perseverancia necesaria, para tener éxito en el caso de que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado.

En esta teoría se define como constructo principal para realizar una conducta, la autoeficacia, de manera que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediadas por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias que tiene la persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta serán decisivas.

De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen capacidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura da una



gran importancia a este concepto, tal que: considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional.

Así una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados.

La teoría de autoeficacia de Bandura ha sido considerada en distintas áreas y ocupa un lugar importante para la adopción de conductas de salud y prevención de riesgos. Así lo explica Bandura, que afirma que las creencias de eficacia afectan a la salud física al menos de dos maneras.

1. Una fuerte creencia sobre la habilidad para enfrentarse a determinados estresores, reduce las creencias biológicas que pueden dañar la función del sistema inmune y por el contrario favorece una adecuada respuesta del mismo.
2. La autoeficacia determinará en gran medida si las personas consideran cambiar sus hábitos de salud y la adopción de conductas saludables nuevas, así como el nacimiento del cambio.

La necesidad de una explicación más exhaustiva de cómo la conducta humana está determinada por la interacción entre un conjunto de variables no observables y las relaciones entre la autoeficacia, las destrezas y la motivación son algunas de las críticas que se han hecho a la teoría de Bandura (Bretón, 2007).

Sin embargo algunos autores consideran la autoeficacia en un sentido amplio, entendiendo esta autoeficacia general, como un constructor global que hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. Dentro de esta última línea, la Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996) evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes.

(Garduño, 2012).

### **3.5 Intervención en crisis y prevención.**

Crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización que se caracteriza principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando sus propios métodos de solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo.

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a métodos de mejoría (prevención primaria) antes que ocurran los sucesos críticos de la vida y por otro a las estrategias de tratamiento.

La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis. Así, según Tyhurst, s/f ésta se presenta en el momento en que el trastorno ha ocurrido y la desorganización se presentará para bien.

(Slaikeu, 1996).

(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 aumente la probabilidad de crecimiento de nuevas habilidades y perspectivas en la vida.

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.

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)

Para Klein y Lindemann (1961), la crisis es "un término reservado para una alteración aguda y a menudo prolongada que afecta a un individuo o a un grupo social, como consecuencia a una situación emocional amenazante. Ante esta situación Rapaport (1962) planteó que la amenaza de la crisis produce un alto grado de ansiedad; la pérdida genera depresión o duelo, y el reto estimula una ansiedad moderada, alguna esperanza y libera energía para solucionar problemas Weiner, (1992).

Para Levy (1975). La intervención en crisis es un conjunto de técnicas terapéuticas breves, a las diversas clases de personas y que incorporan toda una serie de conceptos que al aplicarse llevan el restablecimiento del equilibrio de la persona, familia y su comodidad.

Gantiva Díaz (2010), dice que, "la intervención en crisis abarca grandes momentos uno, a la expresión emocional y a su procesamiento, a la evaluación del daño y a la activación de las redes de apoyo social; y un segundo momento dirigido a la integración de la crisis a la vida de la persona, la toma de decisiones y el restablecimiento de excesos o déficit emocionales o conductuales producto de la crisis.

(Reyes 2014).

Para Fernandez Liria y Rodriguez Vega (2012), la intervención en crisis se entiende como una ayuda para llevar a cabo con éxito un proceso que el sujeto ha iniciado como consecuencia misma de la crisis. Siendo su objetivo general de la, intervención en crisis.

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia de intervención primaria, de prevención secundaria o de prevención terciaria.

- **Prevención Primaria:** son las intervenciones antes de que las crisis ocurran, y las estrategias son por ejemplo: prevención en salud mental, la educación pública, guías anticipatorias en ciclo vital, simulacros en situaciones críticas, etc.

- **Prevención Secundaria:** la intervención ocurre inmediatamente después de la crisis, y sus dos estrategias básicas son: la primera ayuda psicológica, (PAP), y la segunda es Terapia para Crisis, reducir efectos de la crisis.
- **Prevención Terciaria:** dura varios años después del suceso crítico, como Psicoterapia a largo plazo, reentrenamiento, medicación, rehabilitación, evitar secuelas.

(Slaikeu. 1996).

### Características de las crisis

Todos los seres humanos están expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por gran desorganización emocional, perturbación y un colapso de las estrategias previas de enfrentamiento, sus percepciones de la realidad se vuelven muy limitadas y rígidas ocasionadas por el intenso estrés que experimente.

Para Rubin (2000), esta desestabilidad y desestructuración mental y emocional ocurre en tres niveles:

1-Nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento.

2-Nivel psicológico: el estado temporal de shock puede ser seguido por negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional incredulidad, excitabilidad e inquietud. Estas reacciones pueden alterar el equilibrio psicológico del individuo.

3-Nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de estrés general tales como los cambios en el ritmo cardíaco, la respiración y una sudoración excesiva.

El tipo y la forma de la respuesta del individuo serán una función de su propia interacción, el evento, el ambiente, la relación con la historia previa, la fase del desarrollo y otros factores de riesgo.

(Reyes 2014).

### **3.5.1 Conceptos generales**

La crisis va a aparecer en la vida de una persona cuando un suceso amenaza con alterar su equilibrio personal, en sentido tanto favorable como adverso. Una persona que atraviesa por este estado se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de la vida. Slaikeu (1984).

Todo profesional de la salud necesita del conocimiento teórico y práctico para intervenir en una crisis psicológica con el objetivo de auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un evento traumático, minimizando la probabilidad de efectos negativos y maximizando la posibilidad de recuperar el funcionamiento que tenía previo al incidente que desató una crisis.

Antes de la intervención es necesario elaborar una breve historia acerca del desarrollo a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que sigue a un incidente precipitante particular.

El modelo de intervención a seguir es el planteado por Slaikeu, por lo que nos enfocaremos en el sentido práctico.

- La valoración de funcionamiento de la persona se refiere a las características sobresalientes de la vida conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva (CASIC) del usuario (Slaikeu, M.A., 1999; Egozcue, M., 2006).
- El objetivo es determinar el impacto del suceso precipitante en las cinco áreas del funcionamiento del individuo inmediatamente después de la crisis

(Garduño, 2012)

### **3.5.2 Fases de una intervención en crisis**

Cada crisis es diferente, sin embargo, requiere una intervención para ofrecer ayuda inmediata para aquellas personas que necesitan establecer su equilibrio emocional.

Las intervenciones deben reconocer dos fases que son importantes para determinar una eventual solución a la crisis.

(García, J., 2006)

La intervención de primera instancia: (primeros auxilios psicológicos): implica la asistencia inmediata y pretende proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda que pueden llegar. Su duración consta de unos cuantos minutos y puede prolongarse hasta varias horas teniendo lugar en todo tipo de ambiente comunitario: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, el trabajo, líneas telefónicas de emergencia, etc.

#### La primera ayuda psicológica consta de varios pasos

##### 1. Hacer el contacto psicológico

Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el acontecimiento que surja.

El principal vehículo para lograr el contacto con un usuario es la voz del consejero, que no solo incluye lo que dice, sino cómo lo dice.

- a) El tono de voz del consejero necesita ser calmado y alentador, para que el usuario en crisis se sienta comprendido, aceptado, o para que un aire de calma remplace al de trastorno y confusión que provoca el estado de crisis. Los consejeros entrenados para este servicio deben escuchar sus voces grabadas y recibir retroalimentación de otros compañeros sobre el impacto sobre el impacto del tono de voz, velocidad, etc.
- b) Los consejeros entrenados deben aprender a responder con habla atenta, calmada y controlada para no involucrarse en el pánico.



c) Prestar atención al diferente papel que juega el silencio ya que no vemos los indicios no verbales, como gestos faciales y movimiento corporal. El silencio en el teléfono es mucho más ambiguo para el consejero y para el usuario. El silencio puede significar que el usuario piensa productivamente sobre lo que se ha dicho, o que no sabe qué decir o cómo decirlo.

Se puede ayudar a los usuarios a hablar con expresiones breves, reflexivas, empáticas del trabajador, que demuestren el cuidado y deseo de entender la situación. Por ejemplo: "debe ser difícil expresar en palabras algunos sentimientos", "puedo imaginar qué tan impactante debe ser para usted", "tómese su tiempo, y hable cuando este listo"

Así mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que pasó y la reacción de la persona ante el acontecimiento, establecer lineamientos reflexivos.

Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico. El primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad. (Dass-Brailsford, 2007).

## 2. Examinar las dimensiones del problema

La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato.

El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis.

La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo", se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc.

El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia.

El consejero debe confirmar la descripción narrativa del problema que hace el usuario, registrando cada parte según las categorías (pasado inmediato, estado presente del funcionamiento conductual, afectiva, somática, cognoscitiva CASIC mortalidad, capacidades y debilidades, recursos, decisiones inminentes, etc.) (Haaga, D, A, F., Davison, G, C., 1991).

Una táctica útil es formular preguntas abiertas finales como: ¿qué sucedió recientemente que le hace las cosas difíciles ahora? o “Cuénteme más sobre lo que le está afectando recientemente”, estas y otras preguntas como quién, qué, dónde, por qué, cuándo, pueden formularse sin que parezcan amenaza y tener el potencial de tener información sobre las dimensiones del problema del usuario.

Unas de las ventajas de la consejería telefónica es que, puesto que el usuario no puede observar a los consejeros, ellos pueden tomar nota del proceso de la conversación y pueden usarse como guía para cubrir áreas importantes de la consejería.

### 3 .Explorar las posibles soluciones

Se refiere a la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa.

Esto es llevar 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.

El hecho que una persona llame a la línea telefónica de urgencia o al servicio de consejería telefónica, proporciona algún indicio sobre las dificultades para llegar a las soluciones de la crisis. Los usuarios por lo general ya agotaron sus recursos personales y sociales.



Muchos momentos de la táctica telefónica del consejero consisten en conseguir que el usuario reconsidere una solución que haya sido probada solo a la ligera o rechazada inmediatamente.

El objetivo es generar tantas direcciones potenciales como sea posible a fin de actuar sobre las necesidades inmediatas identificadas al principio.

(Dass- Braliford, p., 2007).

Ayudar a tomar una acción concreta (asistir en la ejecución de pasos concretos)

El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso dada la situación. El orientador tomará una actitud facilitadora en la ayuda al usuario para tratar con la crisis.

Para ello se debe considerar si el usuario es capaz de actuar para su propio beneficio y si la posibilidad de mortalidad es baja, entonces el consejero consagra su energía hacia la ayuda para que el usuario tome la acción. Cuando la posibilidad de mortalidad es alta y el usuario es incapaz de actuar para su propio beneficio entonces el acceso del consejero telefónico a otros recursos comunitarios es crítico.

La acción directiva puede clasificarse desde la llamada del consejero a un miembro de la familia hasta tener un equipo móvil que visite el usuario en el hogar o enviar a una unidad de rescate cuando las consecuencias sean un intento de suicidio.

### Seguimiento

Implica extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede hacerse mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo, completar el circuito de retroalimentación para determinar si se lograron o no las metas propuestas (Egozcue, M., 2006).

Los consejeros telefónicos deben lograr al menos conocer el nombre y su teléfono para permitir una subsiguiente llamada. Consideraciones importantes para los consejeros:

- a. Explicar a los usuarios las razones del seguimiento.
- b. Proteger la confidencialidad de los contactos telefónicos. Se pueden hacer las siguientes declaraciones.

Ejemplo: nosotros cuidaremos de usted, y queremos saber cómo se resuelven las cosas. ¿Podría yo llamarle nuevamente mañana por la tarde (o en algún otro momento después de acordar una medida de acción a realizar) o llamarme usted aquí al centro para que sepa cómo se resuelven las cosas.

Por último, el seguimiento sirve para beneficio del usuario y también como ayuda moral y motivante para los trabajadores telefónicos, en forma de retroalimentación sobre cómo se ha recibido su ayuda.

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis: proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y se encamina a la resolución de la crisis, asistir a la persona, de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. Esta es una ayuda que puede durar semanas o meses y son los psicoterapeutas y orientadores como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros pastorales, enfermeras psiquiatras, los que brindan. Su incidencia se establece en clínicas, centros de salud mental. Su meta principal es resolver la crisis e integrarlo a la vida cotidiana con el propósito de establecer una clara apertura para encarar el futuro.

(Slaikeu, 1996).

### **3.5.3 Principios técnicos en una intervención psicológica en crisis**

- a) Realizar una evaluación de los aspectos críticos de la respuesta ante la crisis.

- b) La habilidad de pensar rápidamente y con creatividad es crucial. Las personas frente a una crisis desarrollan visión de túnel o incapacidad de observar otras posibilidades. En estos casos, el psicólogo debe mantener una mente abierta para ayudar a la persona a explorar otras opciones y resolver los problemas con autoridad.
- c) El psicólogo debe tener la habilidad de mantener el control y la calma; requiere la habilidad de ser empático mientras se evita el involucramiento subjetivo de la crisis.
- d) La intervención en crisis se encuentra en la modalidad de programas breves e implica el establecimiento de objetivos específicos y la modificación de conductas específicas.
- e) La intervención en crisis no está orientada al proceso, está enfocada a la acción y a la situación. La intervención en crisis prepara al usuario al manejo de un evento específico. Los terapeutas ayudan al usuario a reconocer el impacto de un evento y anticipar las consecuencias emocionales y conductuales. Los usuarios aprenden a identificar sus estrategias de enfrentamiento, recursos y apoyo social.
- f) Una crisis se caracteriza por la pérdida de control y seguridad. Esta pérdida requiere que se establezca el poder y el control en el ambiente interno y externo del usuario.
- g) La meta no es realizar preguntas de exploración sobre el pasado, sino el aquí y el ahora. la intervención en crisis requiere únicamente el apoyo conductual y emocional, donde simultáneamente se realiza una autodirección en la medida de lo posible.
- h) La intervención no intenta cambiar al usuario, pero funciona como catarsis para él y descubrir sus propios recursos, los cuales se pueden trabajar en otro proceso terapéutico.
- i) La meta de la intervención es restablecer inmediatamente las habilidades de enfrentamiento, proporcionar apoyo y restaurar el funcionamiento antes de la crisis.

- j) La intervención en crisis requiere conocer y trabajar en las redes de apoyo para encontrar un lugar seguro y apoyo tanto instrumental como emocional.
- k) El entrenamiento en intervención en crisis se basa en un modelo de consejería.

(Garduño, 2012).

### **3.5.4 Principios para las personas que ofrecen soporte psicológico**

(García, J, 2006).

#### **1. Necesitan cuidar de sí mismos- física y emocionalmente**

Es fácil para los consejeros sentirse agobiados y agotados emocionalmente por este tipo de trabajo. Ellos son considerados víctimas secundarias del desastre, por lo cual necesitan tomarse en cuenta así mismos seriamente, alimentarse apropiadamente, y descansar cuando es necesario. Obviamente un terapeuta traumatizado y agobiado no puede ser útil a las personas que lo necesitan.

#### **2. Necesitan pensar claramente**

Es fácil perder la perspectiva y confundirse en una crisis. Los consejeros deben intentar calmarse, hacer una lista de prioridades para manejarse en cada caso, y deben discutir decisiones clínicas con sus colegas.

#### **3. Necesitan establecer prioridades**

En situaciones de crisis, a menudo las personas pierden su habilidad para evaluar lo que es importante y lo que no lo es.

Con cada caso será útil para los consejeros tener una lista como guía para facilitar su trabajo. Esta lista podría incluir información como: nombre del usuario, edad, dirección, (de lugar donde vivía antes de la catástrofe y del posible lugar donde

irá), teléfono (donde sea posible contactarlo), miembros de la familia, enfermedad física o lesión, horario de última comida, etc.

(Garduño, 2012).

### **3.5.5 Sugerencias para el consejero telefónico**

El teléfono es un medio de comunicación en el que se interactúa de manera activa, con capacidad de respuesta y de retroalimentación, a través de la conversación se logra la trasmisión de emociones, desde el estado de ánimo hasta los silencios que en este caso son muy significativos.

La atención telefónica es un proceso que implica, la concentración de la información proporcionada por los usuarios, de forma selectiva, respetuosa y digna.

El objetivo principal de la atención telefónica es la movilización de los recursos emocionales y cognitivos de los usuarios, su proceso principal es la atención psicológica, contención emocional y canalización necesaria, garantizando una atención de calidad, calidez y de primer contacto. Esta atención psicológica vía telefónica obliga a tener tiempo, paciencia y control de estrés.

(Reyes, 2014).

Cuando atiendas una llamada, relájate y escucha

- No hagas promesas que no puedas cumplir

No te identifiques al principio como miembro de ninguna clase, raza, religión, o partido político; después se verá la conveniencia de que lo hagas.

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

Considera con seriedad todas las llamadas.

- 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.
- No siempre será evidente que la persona se encuentra en problemas.
- No indagues ni te precipites en obtener información de áreas que la persona está escondiendo.

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

- No preguntes su nombre sino hasta que hayas establecido el contacto afectivo pregúntale a la persona si te quiere dar su nombre verdadero, y que todos los datos que quiera proporcionar serán tratados con absoluta confidencialidad.

(Garduño, 2012)

### Características de las líneas de atención psicológica

Estas son las características que deben de tener las líneas telefónicas de atención psicológica. Bleach y Claiborn, 1974, Delworth y otros, 1972; Haywood y Lauthe, 1980; McCord y Packwood, 1973; Mc Gee, 1974, y Motto, 1979 citado en Slaikou, (1996).

- Se equilibra el diferencial de fuerza entre el terapeuta y el usuario, y se le da más peso al último.
- Preserva el anonimato del usuario lo que se considera que facilita una mayor apertura por parte del usuario.
- Los terapeutas telefónicos (TT) son anónimos lo que facilita la transferencia positiva.

- La escucha telefónica reduce la dependencia de alguien que llama con respecto a un terapeuta tradicional.
- Accesibilidad de la mayoría de las personas, ya que tienen un teléfono o acceso a uno. Es ideal para personas que no pueden salir de casa o no tienen los medios para pagar una consulta.
- Es un servicio de bajo costo tanto para el TT como para el usuario, lo que abre el abanico de personas que pueden acceder a él.
- Disponibilidad de tener contacto con un TT principalmente en casos de crisis.

La característica más significativa de la intervención vía telefónica para una persona en crisis es que sólo existe la palabra entre el terapeuta y el usuario, el tono de voz del terapeuta deberá ser calmado y alentador para que el usuario en crisis se sienta comprendido, atendido y protegido al respecto Lester (1977), citado en Slaikou (1984) hace una síntesis de las características más importantes de la consejería telefónica.

- En este tipo de servicio terapéutico el poder lo tiene el usuario sobre el terapeuta, ya que el usuario termina la relación terapéutica cuando lo cree necesario y termina la llamada cuando lo desea.
- El usuario se mantiene en anonimato, esto, facilita más la auto-revelación y disposición por muchos usuarios.
- Los terapeutas también son anónimos, esto facilita la transferencia positiva, los indicios visuales son ausentes, con la oportunidad para que ellos cumplan la fantasía del usuario de ser el terapeuta ideal en una situación cara a cara.
- El terapeuta telefónico reduce la dependencia del usuario, del terapeuta individual, y de ser necesario lo transfiere a instancias necesarias como clínicas, hospitales, etc.
- La consejería telefónica es única por su accesibilidad, esto es por la facilidad de obtener un teléfono y el costo de uso es bajo. Esta accesibilidad

es importante para un usuario en crisis más si se trata de suicidas u homicidas, ancianos o incapacitados físicamente.

- Se puede disponer de este tipo de servicio en cualquier momento y hora que se trate ya sea de día o de noche (en el caso de los Call Center que laboran las 24 horas).

(Reyes, 2014)

Según Inmujeres ( Garduño,2012), la atención telefónica deberá contener cinco componentes.

- 1- Preparación para la atención telefónica, implica tener una actitud previsor y responsable del servicio.
- 2- Inicio de la llamada.
- 3- Diagnóstico de la problemática, elemento básico importante y primordial es tener una escucha activa.
- 4- Opciones de acción dirigidas a la facilitación de la construcción de alternativas para la solución de problemas, teniendo congruencia con el proyecto de vida del usuario, tomando en cuenta recursos y habilidades.
- 5- Cierre de llamada. Esta parte permite recapitular y concluir la interaccion entre usuario y terapeuta.

En la finalización de llamada se recupera el aprendizaje generado, situando las bases para el seguimiento.

Y de acuerdo con Slaikeu (1984), no debemos olvidar que los terapeutas telefónicos no sólo deberán cuidar y saber cómo hablarle al usuario en crisis, sino también poner mucha atención para aprender a responder con un habla atenta, calmada y controlada, prestando mucha atención al diferente papel que juega el silencio en este tipo de servicio terapéutico a través del teléfono.

(Reyes, 2014).



## Perfil del terapeuta telefónico

Locatel (2000). Citado en Rodríguez (2010), lo define como un profesional sensible, dinámico emprendedor, propositivo y creativo, por tener la capacidad para aplicar el modelo indicado y buscar alternativas precisas para cada situación particular, es empático con los usuarios y comprende sus necesidades, es un profesional comprometido con vocación de servicio para apoyar a quien lo solicite.

(Reyes, 2014).

Según Arrieta (2007), citado en Rodríguez (2010), las características del TT son:

- 1- Poseer empatía para comprender y entender y sentir los problemas del usuario.
- 2- Ser humanitario e interesado por la problemática del usuario y estar siempre atento a las necesidades de éste.
- 3- Manifestar una conducta comprometida y objetiva de la intervención de un tratamiento previo, permitiendo la lluvia de soluciones para el usuario.
- 4- Tener y desarrollar una escucha activa para seleccionar los elementos necesarios para ayudar al usuario a organizar sus ideas, y darle la mejor atención.
- 5- Permanecer en una actitud activa y poseer capacidad de análisis, para tener una idea exacta de la situación y poder orientar y manejar de la mejor manera al usuario para la solución de la crisis.
- 6- Proporcionar información veraz y actualizada para utilizarla en caso de corrección de ideas al usuario.
- 7- Ser directivo y respetar los silencios del usuario.
- 8- Poseer la habilidad para fijar límites.
- 9- Manejar técnicas catárticas para lograr el insight en el usuario.
- 10- Ser flexible e intuitivo, mostrándose amistoso, y confortante.
- 11-Experiencia suficiente para la evaluación del estado mental, riesgo suicida y motivación para el cambio.

12-Tener el conocimiento de las opciones de instituciones para la canalización de los usuarios.

(Reyes, 2014).

Para el Instituto Nacional de las Mujeres, el personal profesional en psicología deberá contar con las siguientes habilidades:

- Habilidad para tratar conflictos emocionales.
- Proporcionar contención emocional a partir de manejo de técnicas para la expresión y manejo de sentimientos del usuario. Como (imagería, fantasías guiadas, relajación, etc.).
- Desarrollar habilidades personales, como fortalecimiento de autoestima, comunicación asertiva, búsqueda y aprovechamiento de las redes de apoyo, etc.
- Brindar intervención en crisis.

(Reyes, 2014).

### **3.6 Psicoterapia breve**

Es una terapia de tiempo limitado, y centrada en un foco. Estas dos características esenciales que la diferencian de otras de tiempo a largo plazo, por ejemplo Psicoanálisis, Terapia Familiar, Terapia Gestalt y Terapia Racional Emotiva Conductual ([www.antorayame.com/psicoterapia breve](http://www.antorayame.com/psicoterapia_breve)).

#### **3.6.1 Antecedentes**

La terapia breve surge para cubrir la necesidad de técnicas más útiles debido a la gran demanda producida después de la 2ª Guerra Mundial. En EEUU el regreso de personal militar produjo un fuerte aumento de la demanda de servicios de salud mental que no podrían ser atendidos por un sistema dominado por la tendencia de tratamientos de larga duración (Bellak. L., 1987).

(Garduño, 2012).

### **3.6.2 Fundamentos teóricos**

Actualmente nos encontramos en un mundo de cambios vertiginosos e incluso dolorosos que han traído como consecuencia entre otras cosas, la pérdida de empleos, la falta de unión familiar, presiones económicas y la pérdida de valores; estos problemas aunados a los conflictos conductuales, depresivos y problemas en las relaciones de pareja, conflictos en el trabajo, adicciones, hábitos, problemas alimenticios, fobias, trastornos psicósomáticos, stress, insomnio y un sinfín de trastornos de índole psicológico, demandan soluciones rápidas y adecuadas basadas en terapias breves y efectivas, que eviten en la medida de lo posible, los tratamientos tradicionales de larga duración (Slaikeu, K., 1993).

(Garduño, 2012).

### **3.6.3 Conceptos generales**

La terapia breve es un modelo de terapia que busca solucionar los problemas de manera más rápida y eficiente. Se limita a unas pocas sesiones de tratamiento en las cuales se utilizan técnicas específicas para la consecución de una meta terapéutica específica (Bellal L., (1980).

Se utiliza en una situación de emergencia, hablamos de ella como una psicoterapia de emergencia. Puede ser aplicada a cualquier clase de problema emocional. Busca atacar el problema que determine el usuario como el causante de su conflicto "aquí y ahora".

En contra posición al psicoanálisis tradicional, que su enfoque se basa en el pasado, la terapia breve acude al pasado únicamente en dos casos: cuando el usuario lo considera importante para solucionar su problemática actual, o cuando el terapeuta estime necesario obtener recursos adicionales y útiles para ampliar la gama de posibles soluciones al problema planeado.

Si bien la terapia breve como lo indica su nombre, implica tratamiento mucho más corto respecto a otras técnicas tradicionales, esto no significa que la terapia breve sea fácil. Su principal enfoque involucra cambiar de una forma de pensar lineal (causa efecto) a una sistémica (sistemas, subsistemas, y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que se considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones.

Esta filosofía es la que permite a la terapia breve aplicarse adecuadamente tanto al tratamiento de familias, como de parejas, individuos, u otros sistemas de interacción humana.

La terapia breve es dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones, de igual forma se analizan los intentos de solución pasados, para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas para cada caso. Esto convierte el proceso de terapia en un esquema totalmente interactivo en donde se complementan las dos partes: el experto en técnicas de terapia breve (el terapeuta) y el experto en su problemática (el usuario).

(Garduño, 2012).

#### **3.6.4 Objetivo de la terapia breve**

La psicoterapia breve es una terapia de tiempo limitado, y centrada en un foco. Estas son las dos características esenciales que la diferencian de otras terapias.

**TIEMPO:** Tradicionalmente se considera que la duración normal de una terapia dinámica breve es de 1 a 24 sesiones, aunque en casos excepcionales puede prolongarse. Más que el número de sesiones, lo que define la terapia breve es la actitud de tiempo limitado por parte del terapeuta y del usuario y la importancia de la relación costo- efectividad.

**EL FOCO** es un objetivo delimitado que mantiene centrados en la meta tanto al terapeuta como al usuario. Se define por mutuo acuerdo y sirve como brújula para que la terapia no se centre en la superficie, o se prolongue buceando en las

profundidades del yo. Además, resulta muy útil para valorar los avances conseguidos y para fijar adecuadamente el momento de finalización de la terapia, una vez conseguidos los objetivos previstos (Bellak. L., 1987).

El objetivo de esta terapia es ayudar al usuario a superar sus propios patrones problemáticos mediante nuevas experiencias y formas de entender la vida: se trata de modificar la forma en que la persona se relaciona consigo mismo y con los demás. No se centra en la reducción de síntomas (aunque por supuesto se produce) sino en el cambio de patrones y esquemas.

La psicoterapia breve promueve un mayor crecimiento y desarrollo de la mente al liberar las energías y aptitudes, que hasta el momento permanecían ligadas a los conflictos. Una vez liberada esta energía puede ser reutilizada para el adecuado y satisfactorio desenvolvimiento de la personalidad, para disfrutar de la vida de forma positiva y sostenible.

El terapeuta utiliza técnicas cognitivas, conductuales, emocionales y analíticas entre otras, tratando de cambiar el modo en que el usuario piensa sobre sus problemas y los métodos que utiliza para resolverlos.

Existe un criterio diagnóstico y del usuario que permite elegir y recomendar esta técnica con método preferencial a otras alternativas.

Para que la terapia resulte exitosa, es necesario definir claramente el problema que el usuario desea solucionar, es decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuándo ocurre, en dónde, con quién frecuencia, a quien le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc. (Bellak., L., 1980).

Por ejemplo, el término "depresión" puede significar para una persona el conjunto de ciertas manifestaciones, tales como: la pérdida de apetito, insomnio y apatía; mientras que para otra persona el mismo término, podría percibirse mediante otro grupo de manifestaciones como llorar continuamente, la distracción o la falta de

decisión. Las metas de terapia se definen en relación a los cambios concretos que se desean lograr, comenzando con cambios pequeños en los subsistemas, los cuales acarrearán grandes y notorios cambios que repercuten en todo el sistema.

### **3.6.5 Tipos de psicoterapia breve**

- Psicoterapia de Insight

#### **1. Metas terapéuticas**

- Primordial: lograr que el usuario obtenga una mayor comprensión de los motivos subyacentes a su problemática, favoreciendo de este modo el alivio sintomático.
- Secundarias: mejorar la autoestima del usuario, aumentar la conciencia de enfermedad.

#### **2. Tipo de relación terapéutica- usuario**

Se establecerá una relación de indagación clarificadora. El terapeuta asumirá un rol de docente experto, activo, cálido y espontáneo para el diálogo fluido.

Encuadre frente a frente. Se evitarán los silencios prolongados en una relación positiva sublimada, con un mínimo de disociación.

Rol de docente experto: implica énfasis en el aprendizaje del usuario, fomentar su independencia y rol activo. Hay un rol más realista, en el que existe gratificación moderada.

#### **3. Recursos terapéuticos:**

Intervenciones no verbales: postura y gestos que reflejen calidez, acogida e interés en el usuario.

Intervenciones verbales: preguntas, sugerencias, clarificaciones, señalamientos, recapitulaciones, confirmaciones y rectificaciones, meta intervenciones, confrontaciones, interpretaciones, etc.

Otros recursos: imaginaria (disminuir defensas, mayor experiencia emocional. Combatir defensas maníacas, relaciones inconclusas, duelos), tareas (ensayo de nuevas pautas de conducta, capacidad de auto-observación, cambio de visión).

Grabación de la sesión (relación con el terapeuta), lecturas, esquemas, etc.

### **3.6.6 Duración del tratamiento:**

La frecuencia será de una o dos sesiones semanales, lo que posibilitará el trabajo de insight y la tarea de profundización, restringiendo la regresión y la dependencia. Se extenderá por un periodo entre 10 y 12 meses.

Cada sesión tendrá una duración de 40 minutos.

- **Contrato terapéutico:** éste se efectuará en conjunto con el usuario Determinándose la frecuencia y periodicidad del tratamiento, metas terapéuticas, reglas del funcionamiento usuario- terapeuta, posible recontrato, condiciones de evaluación de la terapia y seguimiento.
- Las reglas de funcionamiento para el terapeuta serán proporcionar un punto de vista distinto a su problemática, favoreciendo activamente la indagación y clarificación de diferentes aspectos de la problemática y enfatizando el hecho de que el éxito del tratamiento dependerá en gran medida del usuario. El terapeuta será un facilitador de este proceso. Las reglas de funcionamiento para el usuario serán el asistir a las sesiones, ser puntual y participar activamente en las sesiones, mostrando una disposición positiva en la profundización de su situación conflictiva.
- La labor terapéutica se centrará en aspectos relacionados con la problemática real, con atención selectiva para el terapeuta y asociaciones intencionalmente guiadas para el usuario.

### **3.6.7 Estrategias terapéuticas**

Durante las primeras sesiones se afianzará la relación terapéutica y la motivación del usuario a través de la explicación de los beneficios de la terapia y conducta no verbal del terapeuta. Se fomentará la motivación del usuario señalando el rol activo que debe asumir en la terapia.

Se fomentará la capacidad de auto-observación del usuario, para lo cual se utilizarán preguntas y señalamientos de los distintos aspectos de su situación conflictiva, de modo que él vaya estableciendo asociaciones entre dichos aspectos. Se solicitará al inicio de la sesión que lleve a cabo recapitulaciones, para apreciar el nivel de análisis entre sesiones.

### **3.6.8 Adherencia terapéutica**

La adherencia se refiere a cuánto un usuario cumple con el régimen terapéutico prescrito. También se conoce como observancia o cumplimiento terapéutico.

Incluye la buena disposición del usuario para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los tratamientos como los indican.

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el usuario sigue las instrucciones médicas (Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Geneva. World Health Organization, 2001).

#### La falta de adherencia

La falta de adherencia se refiere a la terminación prematura (abandono-separación, distanciamiento) por parte del usuario de la terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de las instrucciones terapéuticas.

El papel de la adherencia desde el punto de vista psicoterapéutico directivo, es muy destacado, ya que muchos procedimientos psicológico- conductuales incluyen pedirle al usuario que cumpla y ejecute tareas e instrucciones específicas.



La falta de adherencia terapéutica genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social:

- En lo personal la enfermedad produce complicaciones que traen consigo sufrimiento, limitaciones físicas progresivas e incontrolables.
- En la familia provoca crisis y problemas entre sus integrantes.
- En lo social implica enormes costos para las instituciones de salud.

(Garduno, 2012).

### **3.7 Técnicas de relajación y respiración**

Son estrategias eficaces para disminuir la activación excesiva.

#### **3.7.1. Fundamentos teóricos**

La relajación no sólo es una de las técnicas más utilizadas en intervención psicológica, sino que incluso podemos aseverar que forma parte del acervo o cultura propia de la historia de la humanidad.

Una respuesta de alarma, es una respuesta automática ante cualquier cambio ambiental mediante el cual el organismo se prepara para hacer frente a las posibles demandas que le plantea la nueva situación. Esta respuesta es un incremento de la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo y se experimenta un aumento en las contracciones cardíacas elevando la presión sanguínea y el pulso; se incrementa el ritmo respiratorio y se aumenta el riego sanguíneo a los músculos estriados elevando su tono.

Su finalidad es poner a disposición del organismo recursos (un aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva) para facilitar la respuesta ante los nuevos estímulos y sus posibles consecuencias. De esta manera, el organismo puede percibir, interpretar, decir y realizar cualquier conducta.

Cuando las amenazas se han solucionado, cesa la respuesta de estrés y el organismo vuelve a su estado de equilibrio.

Estos cambios psicofisiológicos son naturales, pero el reiterado desencadenamiento de la respuesta de estrés sin dar salida a la energía suplementaria, puede resultar muy perjudicial para la salud.

La respuesta de estrés no es perjudicial en si misma, sino que facilita más recursos para hacer frente a las situaciones excepcionales.

Para saber si el organismo dará o no una respuesta de estrés, la persona tiene que percibir el ambiente como amenazante y evaluar negativamente sus habilidades para hacerle frente. Esta activación provoca respuestas de ansiedad y miedo.

La relajación adaptativa prolongada puede producir cambios neuroendocrinos intensos y entonces aparecerán los problemas por una activación excesiva.

La relajación y la respiración son estrategias eficaces para disminuir la activación excesiva.

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos. Es una de las terapias más utilizadas en modificación de conducta bien como parte integrante de otras técnicas o bien como un procedimiento específico.

Las bases teóricas de relajación y de respiración proceden de la psicofisiología (García de Rivera, 1992), las investigaciones comprueban los cambios psicofisiológicos operados por la relajación y respiración habiendo o no problemas psicológicos.

La relajación se considera un estado de hipo activación que puede ser facilitada por diversos procedimientos y técnicas. Las técnicas de relajación producen sus efectos como resultado de una disminución del

tono hipotalámico, lo que conllevaría a una disminución de actividad simpática.

(Garduño, 2012).

<http://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion.pdf>

### **3.7.2 Relajación y aprendizaje**

Las técnicas de respiración utilizan procedimientos para facilitar el aprendizaje de este patrón de activación que se produce en la respuesta de relajación.

Recordando que estas técnicas son utilizadas para fines de intervención de urgencia.

Los mecanismos de aprendizaje que subyacen a estas técnicas son (Vera y Vila, 1991):

(Garduño, 2012).

### **3.7.3 Entrenamiento autógeno**

Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el usuario estados de relajación a través de sugerencias sobre sensaciones de calor, peso, frescor, etc. la concentración en la respiración.

(Garduño, 2012).

### **3.7.4 Técnicas de respiración**

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica producidos por éstas.

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento. Si la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente, la sangre no se va purificando adecuadamente y las células de deshecho que no se eliminan van intoxicando

lentamente nuestro organismo. Una sangre insuficientemente oxigenada contribuye a aumentar los estados de ansiedad, depresión y fatiga. El ritmo de vida actual favorece una respiración incompleta, superficial, que no utiliza toda la capacidad funcional de los pulmones.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Estas técnicas representan la ventaja de su fácil aprendizaje y de que se pueden utilizar en cualquier situación para controlar la activación fisiológica.

Labrador (1995) ha diseñado un programa de entrenamiento en técnicas de control de respiración que consta de seis ejercicios en orden de dificultad creciente. Antes de comenzar el aprendizaje es conveniente generar las mismas condiciones que en el entrenamiento en relajación, es decir, un ambiente silencioso y en penumbra, evitar estímulos distractores, etc. La persona se situará en una postura cómoda y con los ojos cerrados. Es importante dedicar unos momentos a concentrarse en las sensaciones corporales, antes de empezar con los ejercicios. La duración de cada ejercicio será de 2 a 4 veces o hasta que el usuario aprenda a realizarlo correctamente.

(Garduño, 2012).

### **3.8 Depresión y ansiedad frente al duelo**

La depresión y el duelo comparten muchas características: tristeza, llanto, pérdida de apetito, problemas de sueño y pérdida de interés por el mundo exterior. Sin embargo, hay suficientes diferencias como para que se puedan considerar síndromes distintos. Las alteraciones del humor en la depresión son típicamente persistentes y no remiten. Las fluctuaciones del humor, si las hay, son relativamente irrelevantes. En el duelo las fluctuaciones son normales. El duelo se experimenta en forma de oleadas, en las que la persona en duelo se hunde y va saliendo, incluso en el duelo intenso pueden producirse momentos de felicidad y de recuerdos gratos.

La vergüenza y la culpa son frecuentes en la depresión. Cuando aparecen en el duelo, suelen estar motivadas porque no se ha hecho lo suficiente por el fallecido antes de morir, y no porque el individuo tenga la certeza de que es despreciable e inútil, como ocurre con frecuencia en la depresión. La certeza de que el duelo tiene un límite temporal es fundamental. La mayoría de las personas deprimidas se sienten desesperadas; no pueden ni imaginar que algún día puedan mejorar. Las personas con episodios previos de depresión tienen riesgo de recaer cuando se produce una pérdida importante y su historia clínica puede ser útil para evaluar sus reacciones. Las personas deprimidas hacen más intentos de suicidio que las personas en duelo, las cuales, salvo en circunstancias excepcionales, no desean realmente morir, aunque aseguren que la vida se le hace insoportable.

Son los profesionales de la salud mental, los que deben determinar cuándo un duelo se ha convertido en patológico y ha evolucionado a trastorno depresivo mayor. El duelo es un proceso normal, aunque intensamente doloroso, que responde bien al apoyo, la comprensión y el paso del tiempo. El trastorno depresivo mayor es una posible emergencia médica que exige la intervención inmediata para impedir futuras complicaciones, como el suicidio (Kaplan, 1999).

En el duelo también podemos encontrar ansiedad, definiéndola como una vivencia psicológica de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido. La exteriorización o manifestación de la ansiedad incluye tres sistemas:

- El sistema cognitivo (lo que percibimos mentalmente y lo que sentimos): sentimientos de aprehensión, preocupación, nerviosismo, intranquilidad y temores indefinidos. Sentimiento de incapacidad de enfrentarse a la situación, derrotismo e ideas de inutilidad o inadecuación. Dificultades para la concentración o atención. Darle “vueltas” a la situación temida, baja autoestima y sentimiento derrotista.

- En la esfera o ámbito somático se da una serie de cambios fisiológico producidos por la activación del sistema nervioso autónomo, tales como taquicardia, palpitaciones, sudoración, elevación de la presión sanguínea, sensaciones de mareo, tensión en el estómago, diarreas y otros.

•En el sistema o ámbito conductual aparecen conductas de escape o evitación de la situación temida, inquietud, desasosiego, movimiento continuo, movimientos repetitivos (como restregarse las manos, tocarse la ropa). En otros casos se produce inactividad y dificultad para el contacto, apatía generalizada o desinterés por el entorno.

Las reacciones de ansiedad en las personas en duelo pueden darse con mayor o menor intensidad y provienen normalmente de diversas fuentes. Una de ellas es el miedo al futuro, y más concretamente la sensación que tiene el superviviente de que no podrá cuidar de si mismo. En estos casos es prioritario ayudar a dichas personas a que experimenten cuanto antes que son capaces de hacer frente a los retos de la vida.

Otra fuente de ansiedad tiene que ver con la conciencia más intensa de la sensación de muerte personal. Dicha ansiedad se concreta a veces en un temor y aprensión de morir de la misma forma que el difunto.

En referencia al duelo, estas personas no dejan de darle vueltas a los detalles y episodios más escabrosos de la muerte del ser querido (Sánchez Sánchez, 2001).

Al igual que la depresión, es normal que la ansiedad este presente durante el duelo, y de la misma forma, se debe vigilar para que no se convierta en algo patológico.

<http://books.google.com.mx/booksansiedad>

### **3.8.1Duelo**

El duelo (del latín dolus, dolor), es una respuesta normal y natural a una pérdida o separación, que afecta a la persona en todos sus aspectos psicológicos, emotivos, mentales, sociales, físicos y espirituales; debido a esto es de carácter personal y único y cada persona lo experimenta de diferente manera, sin embargo produce reacciones humanas comunes. Este proceso puede ser largo, y se atraviesa por

diferentes etapas hasta llegar a la adaptación de la nueva situación. La intensidad y duración del duelo depende de muchos factores: tipo de muerte o separación (esperada o repentina, apacible o violenta), de la intensidad de la unión, de las características de la relación con la persona perdida (dependencia, conflictos, ambivalencia...), de la edad, etc.

De acuerdo con el DSM-IV el duelo se presenta en los siguientes términos: "Esta categoría (diagnóstica) puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. La duración y la expresión de un duelo "normal" varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. Como parte de una reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión.

### **3.8.2-El duelo como respuesta a la pérdida**

La experiencia de pérdida es parte de la experiencia humana; a lo largo de la vida sufrimos continuamente de pérdidas. El sentido y la extensión de la pérdida son percibidos de modo diferente por cada persona, la mayoría las perciben como negativas: la muerte de un ser querido, la pérdida de bienes materiales, etc., sin embargo algunas se reconocen positivamente ya que no derivan en hechos desagradables: las pérdidas originadas por el crecimiento, los cambios de situación; el nacimiento de un hijo como pérdida de independencia y libertad, el cambio de casa, de ciudad, etc. Así pues, todo cambio, positivo o negativo, implica una pérdida y la necesidad de hacer un duelo. Además, toda pérdida principal viene acompañada de pérdidas secundarias y toda pérdida física de otras simbólicas:

- La muerte de un ser querido es una pérdida principal. Puede generar en el doliente, dependiendo del rol que haya jugado en su vida, pérdida de status, de lugar de residencia, de amistades, de relación con otros miembros de la familia y de entorno social. Estas pérdidas secundarias, no siempre se identifican como tales y pueden causar problemas al originar reacciones que no se entienden y que hacen sufrir.

•Una pérdida física, pérdida tangible que puede tocarse y verse, la pérdida del marido, el robo del coche, el incendio de la casa; conlleva pérdidas simbólicas abstractas de naturaleza psicosocial. Una enfermedad grave, origina, además de la pérdida de la salud, pérdida de la autonomía, de las funciones corporales, de la identidad, la intimidad, los contactos sociales, la autoestima y la movilidad. Y también la pérdida de esperanza, sueños y expectativas.

La muerte de un ser querido es la pérdida que se diferencia de otras por dos características:

- La intensidad de los sentimientos
- La irreversibilidad y "el para siempre" de la muerte.

Estas son algunas de las reacciones más comunes que suelen aparecer después de una pérdida. No todas las sensaciones, sentimientos y experiencias aquí descritas tienen por qué darse, pues cada duelo, como cada persona, es único.

### Negación /incredulidad

¡No puede ser verdad! ¡No es más que una horrible pesadilla!

Piensas y actúas como si tu ser querido continuara vivo. Suena el teléfono y, por un instante, piensas que es él. No has perdido la esperanza de que vuelva.

Necesitas tiempo.

### Insensibilidad

Es como si le estuviese pasando a otro.

Nada parece real, te sientes embotada, como un autómata, incapaz de reaccionar... este aturdimiento te ayuda a ir asimilando la dura realidad.



### Enojo / rabia / resentimiento

¿Por qué has permitido esto Dios mío? ¡Esos malditos médicos la dejaron morir!

¿Cómo me dejas ahora con todo lo que te necesito? ¡Todos siguen viviendo como si nada hubiera pasado!

Estás rabioso contra todos y contra todo. El resentimiento forma parte de tu dolor y es algo normal. No luches contra él. A medida que tu dolor se vaya calmando ira disminuyendo.

### Tristeza

Siento una pena muy grande y todo me hace llorar. La tristeza es el sentimiento más común. Puede tener muchas expresiones: llanto, pena, melancolía, nostalgia...Date permiso para estar triste, para llorar.

No te preocupes si lloras mucho o poco; el llanto no es la medida de tu amor, sino parte de tu propia expresividad.

### Miedo/ angustia

Estoy asustado /a ¿qué va ser de mí?

Te sientes inquieto/a, confuso/a desamparado/a. Tienes miedo de volverte loco/a. estos sentimientos tan intensos y tan desagradables son algo natural.

### Culpa / autorreproches

Si al menos hubiera sido más cariñoso /a

llamado antes al médico

tenido más paciencia

le hubiera dicho más a menudo lo que le quiero

La lista puede ser interminable. El pasado no puede cambiarse y ya tienes bastante sufrimiento como para castigarte de esta manera. No olvides de hacer

también una lista con todo lo que hiciste por tu ser querido y de cómo juntos, con tus aportaciones también, hicisteis algo único y hermoso de vuestra relación.

### Soledad

Me siento tan sola ahora. Es como si el mundo se hubiera acabado.

Son tantas cosas vividas y compartidas juntos que vas a necesitar tiempo para aprender y acostumbrarte a estar sin él o ella.

### Alivio

Gracias a Dios que todo ha terminado.

El final de una larga y dolorosa enfermedad o relación se pueden vivir con una sensación de alivio y descanso.

### Sensación de oír o ver al fallecido

Sensación provocada por un sentimiento de nostalgia. Me parece que me sigue llamando por la noche. El otro día me pareció verlo entre la gente.

Son sensaciones pasajeras absolutamente normales después del fallecimiento de una persona querida.

### Bivalencia / cambios de humor

Hace un momento me sentía agradecido con mis amigos por su ayuda y ahora los mandaré a la mierda.

Puedes estar tranquilo/a en un momento dado y alborotado/a en el instante siguiente. Los sentimientos pueden ser cambiantes y contradictorios. Acéptate así.

### Recomendaciones para sobrevivir al dolor y la pérdida

Date permiso para estar en duelo

Date permiso para estar mal, necesitado, vulnerable... Puedes pensar que es mejor no sentir el dolor, o evitarlo con distracciones y ocupaciones pero, al final, el

dolor saldrá a la superficie tarde o temprano, quizás en forma y tiempos alterados y no deseados.

#### El momento de dolerte es ahora.

Acepta el hecho de que estarás menos atento e interesado por tus ocupaciones habituales o por tus amistades durante un tiempo, que tu vida va a ser diferente, que tendrás que cambiar algunas costumbres..

#### Deja sentir dentro de ti el dolor

Permanece abierto al dolor de tu corazón. Siente y expresa las emociones que surjan, no las pases, no las reprimas. No te hagas el fuerte, no te guardes todo para ti, y con el tiempo, el dolor irá disminuyendo.

Sentir y expresar el dolor, la tristeza, la rabia, el miedo por la muerte de tu ser amado, es parte del camino que tienes que recorrer.

#### Date tiempo para sanar

El duelo por la pérdida de una persona muy importante suele durar entre uno y tres años. No te hagas pues expectativas mágicas. Estáte preparado para las recáidas. Hoy puedes estar bien y un suceso inesperado, una visita, el aniversario, las Navidades, te hacen sentir que estás como al principio, que vas para atrás, y no es así.

El momento más difícil puede presentarse alrededor de los seis meses del fallecimiento, cuando los demás comienzan a pensar que ya tienes que haberte recuperado.

#### Se usuario contigo mismo/a

Aunque las emociones que estas viviendo pueden ser muy intensas y necesitar mucha energía, son pasajeras. Procura vivir el momento presente, por duro que sea. Se amable contigo mismo /a. Recuerda que el peor enemigo en el duelo es no quererse.

### No temas volverte loco/a

Puedes vivir sentimientos intensos de tristeza, rabia, culpa, confusión o abatimiento, deseos de morir.... Son reacciones habituales y normales después de la muerte de un ser querido.

### Aplaza las decisiones importantes

Decisiones como vender la casa, dejar el trabajo, marcharte a otro lugar..., es preferible dejarlas para más adelante. Seguramente, ahora no puedes pensar con suficiente claridad, y podrías más tarde lamentarlo. No suele ser tampoco conveniente iniciar una nueva relación afectiva (nueva pareja, otro embarazo...) mientras no hayas resuelto adecuadamente la pérdida.

### No descuides tu salud

Pasados los primeros días puede resultarte muy útil que te hagas un horario (hora de levantarte, comidas, hora de acostarte...) y lo sigas. Aliméntate bien y cuida tu cuerpo. No abuses del tabaco, alcohol, tranquilizantes.... Durante el proceso somos más susceptibles de sufrir enfermedades. Si padeces alguna enfermedad crónica no abandones los cuidados habituales ni los tratamientos con la excusa de que te da igual lo que te pase...

### No te automediques

Si para ayudarte en estos momentos tienes que tomar algún medicamento, que sea siempre a criterio de un médico y nunca por otras personas. Recuerda que tomar medicamentos para "no sentir" puede contribuir a cronificar el duelo o a postergar su desenlace.

### Busca y acepta el apoyo de los otros

Sigue conectado con los otros. Necesitas su presencia, su apoyo, su preocupación, su atención... dale la oportunidad a tus amigos y seres queridos de estar a tu lado. Piensa que pueden querer ayudarte, pero no saben la manera de

hacerlo. Pueden temer ser entrometidos o hacerte daño si te recuerdan tu pérdida. No te quedes esperando su ayuda y pídeles lo que necesitas.

#### Procura ser usuario con los demás

Ignora los intentos de algunas personas de decirte cómo debes sentirte y por cuanto tiempo. Sentirás que algunas personas no comprenden lo que estás viviendo. Intentarán hacer que te olvides de tu dolor, comprende que lo hacen para no verte triste. Piensa que quieren ayudarte, pero que no saben cómo hacerlo. Busca personas de confianza que te permitan "estar mal" y desahógate sin miedo cuando lo necesites.

#### Date permiso para descansar, disfrutar y diviértete

Date permiso para sentirte bien, reír con los amigos, hacer bromas... tienes perfecto derecho y además puede ser de gran ayuda que busques, sin forzar tu propio ritmo, momentos para disfrutar. Recuerda que tu ser querido querría solo lo mejor para ti y que los "malos momentos", vendrán por si solos.

#### Confía en tus propios recursos para salir adelante

Recuerda como pudiste resolver otras situaciones difíciles de tu vida. Repítete a menudo: "algún día encontraré mi serenidad adecuadamente".

#### Busca la ayuda de un profesional para elaborar el duelo.

Si ves que pasado un tiempo, te sigues sintiendo atrapado en tu sufrimiento, el abatimiento se hace más profundo, dependes más de los medicamentos o el alcohol o el tabaco....., la sensación de que nada te importa se hace más intensa....; busca un profesional que te ayude a elaborar el duelo adecuadamente.

No es más fuerte el que no necesita ayuda, sino el que tiene el valor de pedirla cuando la necesita.

<http://www.iesdionisioaguado.org/joomla/images/ANTONIO/el%20duelo.pdf>

### 3.8.3- Las fases del duelo

Por diferentes autores

Erich Lindemann ya en 1944 describe las siguientes fases en el duelo inmediato: problemas somáticos, preocupaciones relacionadas con la imagen del fallecido, culpa, reacciones hostiles y pérdida de patrones de conducta.

Kübler- Ross describe el duelo como el paso a través de cinco fases: de negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Para Parkes las fases son de: alarma, búsqueda, mitigación de la ira y sentimientos de culpa. Al final, el doliente gana una nueva identidad.

Bowlby, insiste en la idea de que "hay que atravesar etapas" antes de que el duelo sea finalmente resuelto.

Therese Rando, habla de tres fases dinámicas, plásticas y variables, con fluctuaciones y características individuales, al ser la respuesta siempre personal:

- 1- La fase de rechazo: de shock, estupor y negación, tanto en lenguaje real como simbólico.
- 2- La fase de confrontación: el dolor es muy intenso, con un estado emocional muy fuerte, en el que uno se va repitiendo que el ser querido ha muerto, manifestando ira y furor contra todo y contra todos. "por qué a mí?"
- 3- La fase de acomodación: declina gradualmente el dolor agudo y comienza una reinserción emocional y social en el mundo cotidiano, en el que poco a poco el doliente aprende a vivir sin el fallecido.

Para Grollman las fases son de shock, sufrimiento y recuperación.

Monbourquette habla de amar, perder, crecer: de la pérdida a la "ganancia".

<http://www.iesdionisioaguado.org/joomla/images/ANTONIO/el%20duelo.pdf>

### **3.8.4 El duelo como trabajo**

El duelo es un trabajo. La mayoría de los estudiosos del duelo coinciden en que el doliente necesita estar activo y “hacer” más que esperar que “algo ocurra” de manera que el proceso probablemente consiste tanto en experimentar a través de unas fases como en cumplir ciertas tareas.

Fred en “Mourning and melancolía” habla del trabajo del duelo.

Erich Lindemann dice que un duelo requiere energía física y emocional, ya que hay que hacer activamente cosas para una resolución positiva del mismo. A la vez, existen reacciones emotivas de tremenda intensidad que necesitan ser expresadas y aceptadas para acomodarse a la ausencia del ser querido, construirse una nueva identidad y rehacer una nueva vida en la que nunca más estará esa persona.

Para Wordon “los trabajos del duelo”, difieren de las fases del duelo; requieren actividad por parte del doliente y son muy valiosos para el proceso.

Cook y Phillips, que hablan también de trabajo, acuñan la frase “resolución del duelo” como la etapa final del mismo.

Therese Rando dice que duelo y trabajo son sinónimos, pues el acomodarse a la ausencia del ser querido y construirse una nueva identidad y un nuevo mundo, requiere del doliente trabajar duro.

Bob Wright cree que se conjuga la pasividad con la actividad que requiere todo proceso de duelo, al dejar emerger los sentimientos, aceptarlos, poner de su valía y a la vez, confrontarlos y explorarlos.

Kübler Ross insiste en el duelo como proceso y como trabajo que posibilitan al doliente el salir fortalecido y enriquecido de esta experiencia.

<http://www.iesdionisioaguado.org/joomla/images/ANTONIO/el%20duelo.pdf>

### 3.8.5 Factores que influyen en el duelo

La pérdida de un ser querido es vivida de manera única e individual por cada uno de los dolientes. Cuatro grupos de factores afectan de manera importante al duelo:

- 1- Factores psicológicos
- 2- Los Recursos personales
- 3- Las Circunstancias específicas de la muerte
- 4- Los Apoyos externos.

#### Los factores psicológicos.

la pérdida y el sentido de la pérdida son únicos. Una misma pérdida tiene un significado diferente para diferentes personas, porque cada uno la percibe de manera distinta, dependiendo la:

la calidad e inversión emocional de esa relación para el doliente.

la dependencia o independencia que ha generado,

la cantidad y calidad de los "asuntos" sin resolver entre el doliente y el fallecido, características del fallecido, (edad, sexo, personalidad),

•Percepción del doliente sobre la "realización, satisfacción y cumplimiento" que la vida ha deparado al fallecido.

•las funciones y el rol del fallecido para el doliente, su familia y el sistema social en que se movía, que van a dar lugar a determinado número de pérdidas secundarias.

Si las relaciones con el ser querido han sido conflictivas, el dolor no solo es por la pérdida; el doliente también se culpa de no haber tenido mejores relaciones con el fallecido; no le queda ni la esperanza de poder mejorarlas algún día.



En este caso, la muerte del ser querido resucita viejos conflictos, no resueltos con miedos, ansiedades, sentimientos de abandono infantiles; y conflictos de ambivalencia, dependencia, seguridad en las relaciones padres- hijo. El doliente tiene que enfrentarse a la pérdida actual y a viejas pérdidas.

Existe más riesgo de encronización del duelo, cuando la relación previa entre el fallecido y el doliente (padres- hijo, relación de pareja) no era ya sana. Puede producir el “síndrome de duelo ambivalente”, en el que se mezcla la sensación de alivio con los sentimientos de culpa.

El impacto que una pérdida produce en una persona no se puede “normalizar”, de manera que se puede asumir “a priori” qué pérdida va afectarle más. Pero la pena es mayor cuando muere un hijo pequeño o adolescente, y el esposo /la esposa.

### Los recursos personales

La respuesta a la pérdida y la manera de afrontar el duelo es análoga a otras respuestas vitales de la persona.

### Depende de:

- sus comportamientos adaptativos, personalidad, carácter y salud mental.
- el grado de confianza en sí mismo.
- el nivel de madurez e inteligencia, relacionados de manera positiva con una buena resolución del duelo, al dar más posibilidades de entender el sentido e implicaciones de esa muerte.
- El haber o no sufrido otros duelos, que pueden afectarle de manera positiva sabe que “sobrevive a la pérdida negativa.
- La posibilidad de expresar el duelo.
- La concurrencia de otras crisis personales, que complican el duelo.

Cada una de ellas demanda energía y atención, en momentos en que se está “vacío”.

La comprensión, implicaciones, manera de afrontar y expresar la pérdida, están influidos siempre por el propio sentido de la existencia y la fundamentación religioso-filosófica, cultural y social del doliente.

### Circunstancias específicas de la muerte

El modo y momento de morir influye en los supervivientes. No es lo mismo:

- La muerte de un anciano que la de un niño. Los padres experimentan ésta última como antinatural e injusta.
- la muerte por suicidio o actos violentos.

La pérdida por muerte esperada da a los allegados la oportunidad de prepararse al desenlace. Un accidente de tráfico o laboral, un infarto, origina muertes muy difíciles de aceptar. Todavía más dramática resulta la muerte por suicidio, que deja sentimientos de culpa profundos o la que resulta de actos violentos (asesinatos, violaciones). Los dolientes pueden obsesionarse con el pensamiento de cómo habrá vivido su ser querido aquellos últimos momentos.

### Los apoyos externos.

Los dolientes viven su duelo en una determinada realidad social, que influye en el proceso de recuperación.

La familia es el contexto fundamental y puede ayudar o entorpecer la elaboración de un duelo, permitiendo, por ej., exteriorizar la pena o por el contrario, premiando “la fortaleza” y “entereza” del que “se controla”. Toda “cultura familiar comportamientos, tradiciones, valores sociales y expectativas.

Los amigos, los profesionales, los “grupos de pertenencia”, la iglesia, los “grupos de ayuda mutua” formados por personas que han sufrido experiencias similares pueden ser otras tantas posibilidades de apoyo y consuelo.

### **3.8.6 Las reacciones atípicas del duelo.**

La intensidad y duración de las reacciones en el tiempo es quizá lo que distingue un duelo normal de otro anormal. (Pancrazzi s/f).

En el duelo anormal el proceso queda bloqueado y el dolor no se elabora. Las actitudes de rechazo y no aceptación del hecho y los sentimientos de rabia, culpa y tristeza no resueltos, pueden originar este bloqueamiento. (Parkes s/f).

Los mecanismos de defensa que permiten a las personas gestionar la angustia, afrontar situaciones difíciles o controlar reacciones emotivas, no tienen en estos casos una función saludable. Bloquean, retrasan o distorsionan un proceso de crecimiento y maduración. Son mecanismos de rechazo, fijación, represión, racionalización, aislamiento, regresión, somatización o identificación (con el difunto).

#### Tipos de duelo que requieren la ayuda profesional:

- Anticipatorio, en caso de muertes anunciadas
- Retardado, en aquellas personas que “se controlan”, “no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas” o escapan al dolor y a la realidad de la muerte del ser querido mediante una “hiperactividad”. Durante meses o incluso años, cualquier recuerdo o imagen, desencadena el duelo no resuelto.
- Crónico, que arrastra al doliente: años, absorbido por los recuerdos, incapaz de reincorporarse a la vida normal.
- Patológico, caracterizado por un agotamiento nervioso, síntomas hipocondríacos, identificación con el fallecido o dependencia de los fármacos o el alcohol.

### **3.8.7 Objetivos del duelo**

Wordon establece cuatro:

1-Aceptar la realidad de la pérdida, que es el paso más difícil.

2-Dar expresión a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para así aceptarlos y encontrar cauces apropiados de canalización e integración.

3-Adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido.

4-Invertir la energía emotiva en nuevas relaciones.

#### La resolución del duelo

En general, puede decirse que el duelo ha sido resuelto cuando el doliente ha cumplido los citados objetivos.

La duración del duelo es siempre variable y dependiente de factores particulares que influyen en la respuesta individual de la pérdida.

Los síntomas más intensos del duelo agudo pueden durar entre seis y doce meses. Pero se conocen procesos que necesitan tres años y más. Hay aspectos de la pérdida que acompañan al doliente para siempre o del duelo mediato, que se prolongan durante años y a veces hasta su muerte.

El tiempo es terapéutico porque da una perspectiva, ayuda a resituar los hechos, adaptarse al cambio y procesar sentimientos. Sin embargo, "que el tiempo todo lo cura". "Sólo se necesita tiempo", "con el tiempo el dolor es menor", sólo es cierto si se toma el duelo como un trabajo o se afronta la pérdida sin negarla, inhibirla o posponerla y se atraviesa el dolor, sin evitarlo o circunvalarlo.

Pangrazzi cita dos signos concretos de recuperación:

Que el doliente pueda hablar y recordar al ser querido con naturalidad y tranquilidad, sin llorar.

Que haya establecido nuevas relaciones significativas y aceptado los retos de la vida.

<http://www.iesdionisioaguado.org/joomla/images/ANTONIO/el%20duelo.pdf>

### **3.8.8-Fases del duelo según la Terapia Gestalt, por “Carmen Vázquez Bandín.**

#### Fases descritas por la autora

Se refiere a las fases del duelo en la pérdida, en la muerte, de un ser querido al que se está emocionalmente ligado. La muerte de un ser querido es un desequilibrio en la autorregulación orgánica en el entorno, y por lo tanto el proceso de duelo es la restauración de ese equilibrio.

Y este proceso se puede desglosar en diversas fases:

1- Fase de negación y aislamiento. El vacío se siente después del entierro, cuando los parientes y amigos se han marchado y empieza la vida cotidiana. Ante la falta de respuesta suele aparecer la negación.

Muchas personas están preocupadas por los recuerdos y absortas en sus ensueños; como si estuviesen en un estado de tristeza o de soledad profundos. La persona en duelo ve interrumpido su proceso de contacto de un modo radical. La reacción más habitual es primero una función temporal infranormal, la soledad, seguida de otra supranormal: el sueño, la imaginación, la pseudoalucinación. La primera como una forma de protección y la segunda como una descarga de energía de la tensión del exceso propioceptivo al no poder equilibrarse desde el entorno. En el caso de desaparición repentina se produce un aislamiento y sentimiento exagerado de la propia personalidad, no es posible una buena fase de poscontacto en el proceso de contacto. Es necesario comprender la necesidad de encontrar alguien con quien poder hablar del muerto. Para activar el proceso de “sacar fuera” facilitando el paso de los sentimientos a las emociones, se

recomienda escribir una serie de cartas o diario a la persona que ha fallecido, y recopilar canciones significativas de esa relación.

2-Fase de regateo y ritual. En esta fase se intenta inútilmente, hacer acuerdos, negociar, con Dios, con la vida, con la persona muerta,...; en una palabra, se regatea. De esta manera se retarda la noticia y se camufla la carga emocional que conlleva; y al mismo tiempo propicia la fase siguiente sin sentimientos de culpa. El final de esta fase se caracteriza por dos elementos, el inicio de la siguiente fase, la rabia; y el ritual u ofrenda, renuncia que se le hace al muerto, generalmente de un modo no consciente, como un modo de perpetuar su memoria. Lo importante del ritual no es tanto recuperar la actividad a la que se renunció sino la conciencia de la renuncia.

3-Fase de ira. Es la rabia, la ira, la primera emoción que empieza a sacar en el campo. Es como si las lágrimas y la tristeza anteriores fueran sólo para ella /él.

Su rabia va desde la abstracción a seres más o menos cercanos, incluso la propia persona que ha muerto. Nos encontramos en una fase de destrucción, desestructurar la situación intolerable y la pérdida del objeto amado, con el fin de asimilar posteriormente una nueva totalidad. Al fin de esta fase surge el miedo y la angustia a olvidar a la persona amada, dando paso a la siguiente fase. Existe una lucha interna entre la destrucción, cuya finalidad es poder asimilar, y la aniquilación (reducir a la nada); siendo las dos compatibles en esta fase, siendo "la iniciativa" la que lleva a la acción.

4-Fase de tristeza. La persona es orgánicamente consciente de la pérdida, siente la pérdida, vivencia la ausencia. Es la fase más delicada, pues siente la ausencia de la persona amada como un vacío personal, de ideas, de proyectos, ilusiones,.. Es la etapa en la que la persona se abandona más. Existe una retroflexión de la agresividad y un cambio neurótico de la destrucción en aniquilación, autoaniquilación. Es la etapa de los sentimientos de culpa donde la desesperación y la tristeza emergen con fuerza. Es aquí donde tenemos que hacer frente al dolor y al sufrimiento emocional, evitando aislar el problema. Si

anulamos y bloqueamos nuestros sentimientos de tristeza se acabará el sufrimiento, pero el duelo quedará sin resolver y pasará a ser un asunto inconcluso que más pronto o más tarde pasará su factura. La forma de abordar el problema debe ser muy organísmico y holístico, de tal manera que las emociones se expresen sin ningún tipo de reparo y con toda la fuerza que se requiera, sin ningún tipo de ocultamiento o represión. Se rompe el contacto entre el usuario y terapeuta, siendo el trabajo de este último el de apoyar la expresión de las emociones junto con las interrupciones que vayan apareciendo.

5-Fase de aceptación. Es equivalente a la asimilación de la pérdida.

Aquí el usuario vuelve a tomar contacto con el terapeuta y se habla de la persona fallecida y de nuevos intereses que se van despertando. En esta etapa final se van entreviendo la posibilidad de hacer cambios.

<http://www.iesdionisioaguado.org/joomla/images/ANTONIO/el%20duelo.pdf>

### **3.8.9 El terapeuta gestáltico**

El terapeuta gestáltico cuando acompaña a una persona en duelo debe tener claro algunos elementos básicos.

Observación de lo que ocurre en el “aquí y ahora”.

No interpretar.

Apoyar las interrupciones del contacto.

La relación es diagonal, del “yo al “tu”.

Confiar en la autorregulación organísmica.

Entender al ser humano como holístico.

Manejar bien el concepto de campo.

- Basar la terapia en el proceso y sus interrupciones, estando el contenido en segundo plano.

Según la Terapia Gestalt debemos tener en cuenta que:

Lo 1° es el campo, y el campo es indiferenciado.

Lo 2° es la toma de contacto.

Lo 3° es el final de la toma de contacto.

Lo 4° es el principio del contacto final (nosotros).

Lo 5° es la aparición de tu- yo (diferenciación).

<http://www.iesdionisioaguado.org/joomla/images/ANTONIO/el%20duelo.pdf>

### **3.8.10 Técnicas de la Terapia Gestalt**

En la terapia Gestalt se trabaja con tres clases de técnicas básicamente:

1. Técnicas Supresivas;
2. Técnicas Expresivas; y
3. Técnicas Integrativas.

Técnicas Supresivas: pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del usuario del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta.

1. Técnicas Expresivas: se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se de cuenta de cosas posiblemente que llevó en sí toda su vida pero que no percibía.
2. Técnicas Integrativas: se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.



Estas técnicas son herramientas que ayudan en la terapia, son muy sencillas.

<http://psicología-online.com/colaboradores/cvasquez/gestalt>

### Técnica de respiración

Se le consulta al usuario si quiere el ejercicio de la técnica de respiración, si acepta se le pide que se siente cómodo, que por favor cierre los ojos. Fijate bien cómo inhalas y exhalas. Respira ahora más lento y profundo, inflando suavemente tu vientre al inhalar desinflando al exhalar. A cada respiración estás más en contacto contigo, con tu ser interior, con tus sensaciones y emociones.

Se le pregunta ¿Qué sensaciones descubres en este momento?

Este ejercicio tiene como finalidad la relajación.

### Técnica en la expresión del enojo

Es rayar una libreta, y/o periódico escribiendo, y destruirlo, un globo inflarlo y hacer presión para destruirlo. Si no lo hace, en la sesión poder preguntar un “que está evitando” ó “ahora me doy cuenta, que no me daba cuenta de todo esto “

Sigue siendo material para trabajar en la sesión y colabora en su proceso.

### Escritura emocional autoreflexiva (Cartas de despedida)

Escribir a la persona significativa que tiene un asunto pendiente donde pueda expresar absolutamente todo lo que quiera decirle, lo que en vida no se le dijo procurando que finalmente sea una carta de despedida y de perdón. La carta no se entrega, se lee en la sesión y se destruye. Preguntarle ¿de qué se da cuenta, qué sintió, etc?.

(Urzúa, 2009).

Escribir en tres tiempos el problema

Primero se escribe el problema tal como lo está sintiendo, segundo tiempo, se escribe en tercera persona con la intención de que la persona vea su problema fuera de ella. Tercer tiempo se trata de identificar las emociones del usuario ya que conociéndolas es más fácil trabajar.

(Suárez, 2012).

Las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir principalmente vivencias en una narración o "relato" que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo.

(White, 1993)

### **3.9 El enfoque de la Gestalt y el duelo (muerte de un familiar)**

El duelo en Terapia Gestalt. En T.G. todo tiene un principio y un final, un abrir y un cerrar, y una retirada. Y cuando no queda ningún apetito en la conciencia del cuerpo, el cierre, la retirada del campo organismo- entorno, se da de una forma natural, organísmica, necesaria.

Se da una pérdida total de interés, y solamente cuando hay una confluencia insana, se mantiene la relación con el objeto. En el proceso de duelo no hay esa ausencia de apetito en el cuerpo, no hay una retirada natural, organísmica sino que, por el contrario, el entorno desaparece produciéndose una situación de frustración, de tensión intolerable en la frontera de contacto, pues las necesidades propioceptivas no pueden equilibrarse desde el entorno. El proceso por el que se atraviesa para resolver esta tensión intolerable debida a la frustración es el duelo. La pena, la confusión, el sufrimiento,.. se mantienen durante tiempo, ya que hay mucho por destruir y aniquilar, y mucho que asimilar.

La vida es real, difícil de manejar, inabarcable y compleja. A menudo resulta incomprensible: Aparecen cambios de emociones, los éxitos y los fracasos, las risas y las lágrimas, las "gracias" y las "desgracias". Y como parte de la vida, en su

etapa final aparece la muerte. Puede ocurrir a cualquier edad, de forma súbita o después de una larga enfermedad.

El miedo a la muerte, es un miedo universal en los humanos, compartido por las diferentes culturas y religiones, que han elaborado ritos y grados de negación diferentes.

<http://www.iesdionisioaguado.org/joomla/images/ANTONIO/el%20duelo.pdf>

Cuando fallece una persona terminan sus sufrimientos, al menos los de su vida terrenal. Pero los que siguen viviendo se enfrentan a un trauma desolador, a enormes presiones, a decisiones importantes y violentas emociones. El sufrimiento o duelo de los sobrevivientes apenas comienza. La atención de amigos y parientes ha estado centrada en el que estaba muriendo. Pero ahora, aquellos a quienes la muerte afectó más cerca necesitan la atención y la consideración de la familia y los amigos.

Familias y amistades ya no se comportan igual debido a las alteraciones que trae consigo la pérdida de uno de sus miembros.

La muerte de alguien importante en nuestra vida es un cambio, y por cierto un cambio mayor, y en algunas veces un cambio inesperado. Pero al fin un cambio, aun cuando sea doloroso, es una parte importante y necesaria en nuestro ser viviente.

La muerte de alguien es una pérdida particularmente dolorosa, sobre todo si uno le tiene un gran amor. Cuanto más intenso y profundo sean nuestro amor, dependencia y esperanza, tanto más nos dolerá su pérdida.

El meditar demasiado sobre la angustia o la depresión o supuesta culpabilidad durante el duelo, nos recuerda una herida abierta en nuestra piel que continúa sangrando y deja expuesta la carne viva.

Debemos decir el adiós postrero de modo que pueda seguir actuando.

Debes dejarlo ir con amor.

Las reacciones emocionales ante la muerte de un ser querido siguen un curso claramente definido. Si aceptas esos sentimientos y los dejas que ocurran de una manera natural, y si, además estás consciente de los actos que pueden bloquear el proceso, la cicatrización tendrá un buen final. La muerte es una herida- una herida psicológica seria y dolorosa-; al igual que cualquier lesión en el cuerpo físico, la curación de este otro tipo de lesión requiere de un cuidado tierno y amoroso, serenidad y tiempo.

Al aprender a vivir con una pérdida, lo más importante es que admitas tus sentimientos, tus emociones. ¡Permite! Permítete a ti mismo el sentir- el experimentar-, el vivir de nuevo.

(Connor, 2014).

### Muerte de hermanos.

La muerte de un hermano o hermana, normalmente, es una pérdida importante, pero no obstante es necesario considerar varios factores: las edades de los hermanos, la cercanía de la relación y la solución de las rivalidades fraternales son algunas consideraciones fundamentales.

Los hermanos y las hermanas tienen el potencial para la relación más prolongada en el lapso de la vida.

Cuando fallecen los hermanos adultos, el impacto emocional casi siempre se reduce. Por lo general, la vida los ha llevado en direcciones diferentes y se empieza a desvanecer la intensidad de las conexiones de la infancia, suele presentarse una profunda sensación de tristeza y pena, más bien como si perdiera una parte de uno mismo pues, de hecho significa perder parte de tu pasado, de tus experiencias, padres y lugares comunes, además, las relaciones fraternales son más prolongadas en nuestra vida.

Por supuesto la diferencia es marcada si estás cerca durante un largo periodo de enfermedad y deterioro gradual; entonces el impacto de la muerte será más significativo que si han estado separados durante años y/o distancia.

Los hermanos adultos, con frecuencia descubren que son muy diferentes el uno del otro en intereses, valores y personalidades. Si entre ellos existen conflictos que no se aclararon antes de la muerte, podrás experimentar culpa o remordimiento u otros sentimientos no resueltos, pero aun así permanecen los vínculos de sus padres y las experiencias de la infancia. En otros casos, algunos hermanos vuelven a vivir juntos o muy cerca uno del otro después que han criado a sus familias. El principal efecto de la muerte de un hermano es que te recuerda tu propia vulnerabilidad o envejecimiento y lo frágil que es el don de tu propia muerte.

(Connor, 2014).

### Cuando muere una persona

El temor a la muerte, señores, no es más que pensar que uno es sabio cuando no lo es; quien teme a la muerte se imagina conocer algo que no conoce. Nadie puede decir que la muerte no resulte ser una de las mayores bendiciones para un ser humano; y sin embargo, los hombres la temen como si supieran que es el mayor de los males.

“Sócrates”. (Connor, 2014)

#### **3.9.1 Frases sobre el dolor y la pérdida**

La muerte no nos roba los seres amados. Al contrario, nos los guarda y nos los inmortaliza en el recuerdo. La vida sí que nos los roba muchas veces y definitivamente.

FRANCOIS MAURIAC

El duelo no es un camino fácil pero....sino lo fuera....dejaría de tener sentido toda nuestra existencia.

**3.9.2 PRESENTACION Y ANÁLISIS BREVE DE UN CASO ATENDIDO EN EL CALL CENTER.**



**FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS**

Nombre del Usuario: \_\_\_\_ M.A.C. \_\_\_\_

Nombre del Prestador de Servicio Social: \_María Josefina González Aguilar\_\_\_\_\_

Fecha: 08 /04 /2013 \_\_ al 28/05/2013 \_\_\_\_

Hora de Inicio: \_10:20 Hrs Término: 11: 20. \_\_\_\_

Edad: \_52 años\_ Escolaridad: Lic. En Contaduría \_

Ocupación: \_Hogar\_\_ Estado Civil: Casada \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Plantel:

\_\_\_\_\_

Delegación de Procedencia o Municipio: \_\_Benito Juárez\_\_\_\_\_

Número telefónico de referencia:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_casa\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del servicio?: \_\_TV Canal once

¿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 llama al servicio de Call center para obtener ayuda con la finalidad de superar la pérdida de su hermana a causa de un suicidio. Hace dos años, la hermana de la usuaria decidió suicidarse debido a la epilepsia que padecía desde la adolescencia, "padecía de crisis convulsivas, sin motivo aparente" sic. Pac. La usuaria se entera de este evento, por medio de una llamada telefónica de su cuñado que vive en E. U. pidiéndole que vaya al domicilio de su hermana para ver por qué no contesta el teléfono, y al llegar al domicilio se encuentra con su hermana ya muerta. Devuelve la llamada al cuñado para informarle esta situación; él le dice que dé aviso a la autoridad. Poco tiempo después llega el personal del Ministerio Público para hacer la investigación correspondiente, culpando de manera inmediata a la usuaria. Maltratándola verbal, física y emocionalmente. Es detenida mientras se realiza la investigación. Posteriormente, una vez aclarado el caso, queda en libertad y se hace cargo del funeral, ya que era la única pariente cercana. Ante esta situación, la usuaria refiere sentirse triste, ansiosa, desesperada, con insomnio, cansada, enojada y con culpa por no estar presente en el momento del evento que causó la muerte de su hermana "esta vida ya no la soporto" sic. Pac. De igual forma, refiere que siempre estuvo al pendiente de los tratamientos médicos de la hermana, y que en ocasiones conversaban sobre la enfermedad y lloraban juntas.

*Encuadre.*

Le expliqué a la usuaria como funciona el programa del Call Center, aceptó la atención del servicio y se acordó que podía llamar los días lunes a las 10 horas a.m., sería una sesión por semana con duración de una hora y se le proporcionarían ocho sesiones de terapia. Pero si llegará a sentir la necesidad de llamar otro día, lo puede hacer y alguno de mis compañeros, con gusto le atenderá.

*Exploración del usuario (estado de ánimo, observaciones durante la llamada)*

La usuaria se escucha orientada en las tres esferas tiempo, espacio, y persona, su voz se escuchaba entrecortada, triste, angustiada, desesperada, enojada, con fuerte llanto.

*Posible diagnóstico: duelo por muerte de un familiar.*

Acciones efectuadas por el prestador de servicio (Intervención).

**Duelo: Por Muerte de un Familiar.**

## Capítulo IV

### 4.1 Discusión

Como ya mencioné en el presente reporte profesional del servicio social, he descrito el contexto de la institución y del programa en que participé, la descripción de mis actividades, el marco teórico que las avala, las técnicas aplicadas como herramientas para cumplir dichas actividades y también un análisis cualitativo de ellas.

Como cualquier carrera, al egresar el alumno se enfrentará a la realidad de la aplicación de la teoría a la práctica profesional. Para cumplir adecuadamente lo anterior he podido capacitarme en mi servicio social en el Call Center de nuestra institución, para manejar casos reales, en mi caso particular ha sido un caso de duelo por muerte de un familiar. Lo que me ha permitido revisar y aplicar mis conocimientos para un mejor manejo de un caso real. Esta actividad me preparó para darle uso y significado a mi preparación como psicóloga, al emplearlo en una usuaria en crisis. Lo anterior me ha permitido sentirme útil, ya que siento que de esa manera devuelvo a la sociedad un servicio con sentido social.

### Propuesta

#### Referentes al prestador de servicio social

- Ampliar espacios de trabajo para la comodidad y privacidad del prestador del servicio.
- Estímulos económicos para el prestador de servicio.
- Recibir más cursos referentes al servicio de la terapia breve.
- Cursos enfocados al manejo del duelo desde la perspectiva de la Terapia Gestalt.
- Disponer de más tiempo para la revisión de casos para aclarar las dudas que surgen.



- Comentar entre los prestadores de servicio social, los diferentes casos, para mejorar la atención al usuario.
- Intervención terapéutica para los prestadores de servicio.
- Turnos y horarios. Elaboración de mejores turnos y horarios de los prestadores de servicio social, Con el fin de brindar un mejor servicio al usuario.

### **Acerca de los estudiantes o prestadores de servicio social**

El estudiante se considera elemento de la institución y fundamental para atender las necesidades del usuario que solicita el servicio de atención psicológica; consigo lleva un conjunto de conocimientos teóricos que lo conducirá y los aplicará en la prestación del servicio social, un servicio con fundamentos científicos. Brindando diversos elementos que nos llevan a una actividad profesional con interés social práctico, donde se muestran las habilidades adquiridas en pro de la salud mental de la humanidad.

Es el camino por el cual se visualiza el estudiante que se convertirá en profesional; en la institución, cumpliendo con la función científica donde la sociedad es representada por los usuarios que solicitan atención, que puede ser de emergencia para evitar una situación crítica.

Concluimos finalmente que con el apoyo terapéutico del Call Center se da el cambio lógico y razonable; se da un cambio de roles: el usuario se reintegra a la sociedad, y el prestador de servicio se convierte en un profesional de la psicología.

### **Referentes de la institución. Calidad, cantidad y prestigio.**

Que el servicio esté disponible más tiempo incluyendo el día sábado brindándole al usuario la atención necesaria, ya que los momentos de crisis se presentan a cada momento y no tienen un horario específico, y se requiere de una atención psicológica de inmediato.

Contar con un servicio de recepción que filtre y controle las llamadas “basura” que provocan demora y confusión para prestar el servicio de atención psicológica.

Más difusión del servicio por todos los medios de comunicación, ya que las ventajas que ofrece la atención psicológica son muchas y de importancia por ejemplo; es un servicio gratuito para los usuarios que llaman del D.F. y EDO. MEXICO y con un bajo costo para los usuarios que llaman del interior de la República y del extranjero, por los beneficios que ofrece por ejemplo: los usuarios que presentan capacidades diferentes y no pueden trasladarse de un lugar a otro, otros caso madres de familia casadas o solteras que no cuentan con ingresos económicos para tomar una terapia de forma presencial y particular, los estudiantes que no cuentan con medios económicos suficientes para pagar una terapia presencial y particular, los usuarios desempleados y que de alguna manera están más vulnerables para necesitar este servicio por la pérdida de su trabajo, los usuarios de la tercera edad que ya no pueden salir y tomar un transporte público por las condiciones físicas en las que se encuentren y que en algunas ocasiones se encuentran solos sin ningún familiar que los apoye, y para toda la población en general, ésta es una buena opción para empezar a trabajar por su salud mental.

### **Acerca de la Institución.**

El servicio del Call center de la UNAM brinda una doble función: por un lado proporciona al alumno la posibilidad de una capacitación real, por el otro ofrece un servicio de calidad y gratuito para los usuarios que requieren atención inmediata en su salud mental.

A pesar de su limitada difusión el Call Center de Atención Psicológica de la facultad de Psicología de la UNAM, ha logrado mantener un vínculo con la sociedad brindándole un servicio de emergencia, como un punto de partida, no sólo para la sociedad, sino también como punto de contacto entre los nuevos profesionales y la sociedad que los requiere.

El Call Center con sus escasos recursos ha definido ya su identidad y es tiempo de elevar su calidad, dotándolo de una mayor y mejor infraestructura; sin dejar de ser por un lado, la oportunidad de salvación de usuarios que buscan una mejor calidad de vida. Por otro lado, es la oportunidad de los alumnos para su vinculación con el mundo real y fuente de motivación para elevar el conocimiento académico y formación de la personalidad moral.

En el momento de la llamada telefónica se les pregunta a los usuarios que han decidido por la opción de llamar al Call Center y es significativo comprobar que muchos lo hacen por la confianza que les da una institución como la UNAM. Realicemos nuestro mejor esfuerzo para cumplir y no decepcionarlos.

### **Acerca de los usuarios.**

La gran variedad de tipos de llamadas telefónicas y el enorme abanico de necesidades de la población de atención psicológica nos da a conocer los conflictos y crisis de la sociedad que son reales y están presentes en la vida diaria y en todo momento.

Hace ya casi tres décadas que se brinda este servicio y a pesar de la poca difusión en la sociedad, la disposición del servicio está siempre allí; como una buena amiga desinteresada que me brinda su apoyo, en mis crisis y me ayuda a disfrutar momentos de felicidad.

El Call Center ha logrado influir en el seno social de tal manera, que siempre hay quién solicita sus servicios para pedir ayuda de toda índole o por diferentes motivos. Pensamos que por cada usuario que llama existe una gran cantidad que no lo hacen, o bien que acuden a otros servicios por ignorar la existencia del Call Center de nuestra querida UNAM, lo que retrasa o demora su atención, o que de plano no se deciden a atenderse.

Es clara la necesidad de servicios psicológicos en una sociedad agobiada por múltiples conflictos, que en la actualidad percibe a la psicología como una charlatanería, culpa de individuos inescrupulosos de todo tipo, que valiéndose del desconocimiento de los fenómenos psíquicos se han aprovechado de la confianza que en ellos depositan los usuarios. Ocasionando confusión entre la misma. Siempre habrá una numerosa cantidad de personas que necesitan el servicio, y a las que no se puede ignorar.

#### **4.2 Conclusiones y recomendaciones para futuros trabajos.**

Por medio de una línea telefónica se brinda un servicio de atención psicológica a quien lo solicita, evitando gastos innecesarios en tiempo y dinero, además de incomodidades en el traslado y previniendo un posible suicidio.

El prestador del servicio psicológico debe tener una idónea estructura a nivel personal y manejo adecuado de sus emociones en el momento de atender a los usuarios en crisis.

Por medio de la terapia breve y la aplicación de ejercicios de la Terapia Gestalt la usuaria que vivía el duelo por muerte de un familiar, fue atendida adecuadamente y logró llegar a la etapa de aceptación de duelo, logrando con esto incorporarse de manera eficaz a su vida cotidiana.

Se le recomendó a la usuaria acudir a una institución donde se pueda trabajar el duelo de manera más profunda.

La usuaria se despidió profundamente agradecida por la atención que le brindó la UNAM a través del Call Center de Atención Psicológica dándole a la prestadora las gracias más efusivas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J (2012). Proyecto libre Call center INJUVE, México: UNAM.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Basañez L. (2008). *Y tus emociones ¿que dicen? Aprende a mejorarlas*. México: Pax
- Caballo E. V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI
- Carlson N. R. (2006). *Fisiología de la conducta*. México: Pearson. 8° edic.
- Connor, o (2007) *Dejalos ir con amor la aceptación del Duelo*. Ed. Trillas, México.
- Díaz Maldonado, E. (2012) *El Duelo y su Proceso para Superarlo*. Tesina: Para Obtener El Diplomado en Tanatología.
- Ellis A. A. (1998). *Una terapia breve más profunda y duradera: enfoque teorico de la terapia racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paidos.
- Feixas G. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidos
- Fernández L. A. y Rodríguez V. B. (2002) *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis. .
- Fernández-Alonso F. (1994). *Vencer la depresión con la ayuda del médico, la familia y los amigos*. Madrid: Temas de hoy
- Garduño Nieto, I. (2012). *Informe de actividades de servicio social realizada en la Secretaría de Salud del D. F. y propuesta de mejora en el servicio de programas de información, orientación y apoyo psicológico vía telefónica en la Dirección de Medicina a Distancia*. Informe Profesional de servicio social para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México D. F.
- Goldstein N. W. (2001). *Iniciación a la psicoterapia: guía práctica*. Madrid: Alianza

- Gómez del Campo E. J. (1994). *Intervención en las crisis: manual para el entrenamiento*. México: Universidad Iberoamericana.
- Kübler E. (2014). *La rueda de vida*. Editorial Vergara. España.
- Kubler E. (2014). *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial Random House Mondadori, S.L.G. Barcelona.
- Martín L. y Muñoz M. (2009). *Primeros auxilios psicológicos*. Madrid: Síntesis
- Melgosa, J. (1999). *Sin Estrés*. España: SAFELIZ, S.L.
- Miller R. W. y Rollick S. (1999). *La Entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Nezu M. A. (2006). *Formulación de casos 'y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Pinel J. (2007). *Biopsicología*. México: Pearson Educación.
- Puente S. F., (2007). *Sistemas de Salud y Medicina a Distancia (SEPTTEL)*. México: Secretaría de Salud.
- Reynoso E. L. (2005). *Psicología clínic de la salud. Estrategias de intervención, un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rosenzweig, R.M, Leiman A. L. y Breedlove S. M. (2001). *Psicobiología Biológica*. España: Ariel
- Rubin W. B. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y Práctica*. Bilbao: Desclleede Brouwer S.A.
- Slaikeu K. A. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno. 2° edic.
- Suárez Valdovinos, V. (2013). *Informe de actividades de servicio social. Call Center de apoyo psicológico*. Informe profesional de servicio social para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México D. F.

Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

- Sánchez—Sánchez E. J (2001) *La relación de ayuda en el duelo*. España: Centro de Humanización de la Salud.
- Reyes Moya, V (2014) *Intervencion Terapeutica En El Call Center de la Facultad de Psicología de la UNAM*.
- Urzua y Madrid, S. (2009) *Modelo de Atención Telefónica con Enfoque En Terapia Gestalt*.  
 Tesina: Que para obtener el Titulo de Licenciada En Psicología.  
 UNAM.
- Whitemore M. (2013). *Sanar una pérdida*  
 Editorial Neo Person.

**Páginas web consultadas:**

[www.psicologia.Unam.mx/paginaes/128](http://www.psicologia.Unam.mx/paginaes/128)

Programa de de Intervencion en crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos 5 julio 2014.

[www.dgcs.Unam.mx/boletin/20.boletinde\\_prensa](http://www.dgcs.Unam.mx/boletin/20.boletinde_prensa)

Imagen del programa de intervencion en crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos. 5 de julio 2014.

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

Intervención psicológica por teléfono 15 de julio 2014.

[www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Salud Mental Mexico.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Salud_Mental_Mexico.pdf).

Salud Mental en México 20 de agosto 2014.

<http://www.antarayame.com/psicoterapia-breve.php>

Psicoterapia breve 10 de octubre de 2014.

[http://books.google.com.mx/books?id=c\\_urgjypY5YC&pg=PA54&dq=ansiedad+por+duelo&hl=es-](http://books.google.com.mx/books?id=c_urgjypY5YC&pg=PA54&dq=ansiedad+por+duelo&hl=es-)

Ansiedad, Duelo 22 Noviembre 2014

<http://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion.pdf>

Técnicas de Relajacion y Respiracion.pdf 26 de noviembre 2014.

<http://psicología-online.com/colaboradores/cvazquez/Gestalt>

Técnicas de la terapia Gestalt 30 de noviembre de 2014.

<http://www.iesdionisioaguado.org/joomla/images/ANTONIO/el%20duelo.pdf>

Imágenes 5 de diciembre 2014

#### **4.4 Anexos:**

Programa de intervención en crisis a Víctimas de desastres de Jorge Álvarez

**[www.dgcs. Unam.mx/boletín /20.boletín de prensa](http://www.dgcs.unam.mx/boletín/20.boletín%20de%20prensa)**

- NOMBRE DEL PROGRAMA: Programa de Intervencion en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos.
- Datos del supervisor directo
- NOMBRE: 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
- [www.psicologia. Unam. mx/página/es/128/](http://www.psicologia.unam.mx/página/es/128/).





## Call Center UNAM -Facultad de Psicología

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, pone a disposición el Servicio de Atención Psicológica por Teléfono "Call Center UNAM", el cual está enfocado a jóvenes en situaciones críticas, con problemas de adicciones, familiares, de pareja, bullying, sexualidad, etc. También brinda apoyo psicopedagógico y tutorías vía telefónica.

Horario: de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs.

Teléfono: 56222321

**¡NO DUDES EN COMUNICARTE!**

[Call Center de la Facultad de Psicología en Gaceta UNAM \(pdf\)](#)

Descarga su cartel: [Servicio de Atención Psicológica por Teléfono \(pdf\)](#)

En categorías: [Noticias](#)



Call Center  
UNAM

## FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS

Nombre del Usuario:

\_\_\_\_\_

Nombre del Prestador de Servicio Social:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Hora de Inicio: \_\_:\_\_\_\_ Hora de Término: \_\_:\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Plantel:

\_\_\_\_\_

Delegación de Procedencia o Municipio:

\_\_\_\_\_

Número telefónico de referencia:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ casa \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del Servicio?:

\_\_Internet\_\_\_\_\_

¿Presenta caso Legal?      SI ( )      NO ( )

• 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.*

*Encuadre.*

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

*Posible Diagnóstico.*

*Acciones efectuadas por el Prestador de Servicio (Intervención).*

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



Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México




## Call Center UNAM

**SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR TELÉFONO EN LA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM**

Enfocado a jóvenes en situaciones críticas, con problemas de adicciones, familiares, de pareja, bullying, sexualidad, etc.  
También brindaremos apoyo psicopedagógico y tutorías por vía telefónica.

Informes: 56-22-22-88

 Call Center Virtual Unam

 @CallCenterUNAM



Call Center  
Virtual



Intervención en Crisis  
UNAM

# Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



Facultad de Psicología

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ HERRERO"

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL (CISEE)

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"

CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"

PROGRAMA DE ACUPLICACIÓN NUMEROS

PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL Y BOLSA DE TRABAJO

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

## **C**oordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social

Inició sus actividades en el 2001, promoviendo el desarrollo de cada uno de los Centros y Programas que la integran. Actualmente también planea, organiza, colabora y supervisa actividades académicas y administrativas, las cuales desarrollan y fortalecen las habilidades y competencias Profesionales en el alumnado a través de los Programas de Práctica en los Centros y Programas y en sedes externas; cumpliendo así con los objetivos de servicio, docencia, investigación, difusión y extensión Universitaria.

### **Coordinadora:**

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

### **Correo electrónico:**

marianagutierrezlara@gmail.com

**Ubicación:** Edificio "C", 2º piso,  
cubículos 3 y 7 de la Facultad.

**Horario de atención:** lunes a viernes  
de 09:00 a 14:30 y de 17:00 a 20:00 hrs.

**Tel:** 56.22.23.35



## Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"

Se fundó en mayo de 1981, cuya finalidad es brindar a las y los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde una perspectiva psicosocial. Sus programas de profesionalización incluyen: Formación en la Práctica, Práctica en Escenarios Especializados, Servicio Social, Tesis, Programa Único de Especialización en Psicología y Residencias de Maestría. El Servicio Comunitario está dirigido tanto a infancia, adolescencia, adultez y tercera edad, así como en promoción de la salud, intervención psicopedagógica y psicoterapéutica desde diferentes abordajes terapéuticos: Cognitivo-Conductual, Sistémico (narrativo y perspectiva de género), Gestalt, Psicoanalítico e Integrativo.

**Responsable:** Mtra. Verónica Ruiz González.

**Correo electrónico:** verokemp@yahoo.com

**Ubicación:** Calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24,  
Col. Ruiz Cortines.

**Horario de atención:** lunes a viernes de  
09:00 a 14:00 hrs.

**Tel:** 56.18.38.61 y 53.38.74.80





## Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial (CISEE)

CISEE nace en febrero de 1977 con la misión de contribuir a mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual y/o con necesidades de apoyo especial y la de sus familias.

Su compromiso es construir un espacio donde el servicio sea el eje articulador de las funciones universitarias, las acciones y decisiones se realicen en corresponsabilidad y la interacción cotidiana se lleve a cabo en un marco de apertura, libertad, respeto y equidad. En este marco sus áreas de atención son:

- INVESTIGACION.
- SERVICIO A LA COMUNIDAD.
- FORMACION PROFESIONAL.

Responsable: Mtra. Emma Vivian Roth Gross.

Correo electrónico: [emmarg18@yahoo.com](mailto:emmarg18@yahoo.com)

Ubicación:

Calle Moctezuma #20, Col. Del Carmen Coyoacán.

Horario de atención: lunes a viernes de

08:00 a 18:00 hrs.

Tel: 55.54.94.52



## Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

Inició sus servicios en 1981 y tiene como objetivo apoyar y fortalecer la formación teórico-práctica de los estudiantes de licenciatura y posgrado, bajo la supervisión de especialistas. El Centro proporciona servicio psicoterapéutico, con diferentes aproximaciones teóricas, a niños(as), adolescentes, adultos(as); en forma individual, grupal, de pareja y familiar. Se atienden problemas emocionales, trastornos de la alimentación, dolor crónico y estrés, entre otros.

**Responsable:**

Dra. Noemí Díaz Marroquín

**Correo electrónico:**

noemidiaz10@yahoo.com.mx

**Ubicación:** Sótano del edificio "D" de la Facultad.

**Horario de atención:**

lunes a viernes de 09:00 a 19:00 hrs.

**Tel:** 56.22.23.09



## Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"

Ante el incremento de problemas salud mental, particularmente trastornos depresivos y de ansiedad, problemas emocionales y de conducta en niños y adolescentes, así como diversas expresiones de violencia familiar y escolar en la población del sur de Tlalpan, D. F., en 2005 empezó a funcionar este Centro Comunitario. Brinda servicios clínicos de orientación, evaluación e intervención psicoterapéutica a niños(as), adolescentes y adultos(as) y se realiza trabajo de promoción y prevención en el campo clínico y de la salud a través de conferencias y talleres. Diferentes programas académicos de Maestría y Especialización, Servicio Social y Prácticas en Escenarios Especializados, con estrecha supervisión de las y los responsables, integran los requerimientos de formación profesional con la atención clínica de necesidades de la población.

Responsable: Mtra. María Asunción Valenzuela Cota

Correo electrónico: [asuncionvalenzuela@yahoo.com](mailto:asuncionvalenzuela@yahoo.com)

Ubicación: Calle Volcán Cofre de Perote esq.  
Volcán Fujiyama s/n, Col. Los Volcanes, Tlalpan.

Horario de atención: lunes a viernes de 10:00 a 15:00 hrs.  
Tel: 56.55.91.96



## Programa de Sexualidad Humana

Este programa se creó en 1985 para la educación de la sexualidad humana de las/los alumnas/nos y la formación de recursos humanos desde un punto de vista multidisciplinario y veraz, para favorecer la salud sexual preventiva e integral de la población desde la equidad de género, el buen trato y el respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Contribuir desde el quehacer Universitario en la transformación de condiciones individuales y sociales, y así favorecer y fortalecer la salud sexual integral de la población desde la equidad de género y el respeto a los derechos humanos. Se trabaja bajo un enfoque multidisciplinario, para lo cual se actúa a nivel de docencia, investigación y servicio, con el fin de difundir, conocer y tratar de resolver los diferentes aspectos que contempla la sexualidad humana.

Servicios: Atención terapéutica para la salud sexual, consejería, sobrevivientes de abuso y violación sexual. Se atienden a niños, adolescentes y adultos.

Responsable: Lic. Ofelia Reyes Nicolat.

Correo electrónico: ofe\_reyes\_unam@yahoo.com.mx  
prosexhum69@yahoo.com.mx

### Ubicación:

Sótano del edificio "C" de la Facultad, cubículo PROSEXHUM

Horario de atención: Lunes a viernes de 10:00 a 15:00 horas

Tel: 56.22.22.89



## Programa de Conductas Adictivas

Fue creado en 1989, brinda servicios de diagnóstico, prevención, orientación, tratamiento, rehabilitación, evaluación y seguimiento en conductas adictivas. Sus servicios se caracterizan por un abordaje científico y humano de alta calidad y se dirigen a la comunidad universitaria y público en general que presenten o estén en riesgo de presentar algún problema de alcoholismo, tabaquismo o farmacodependencia.

**Responsable:**

Dr. Floracio Quiroga Anaya

**Correo electrónico:**

quiroga@servidor.unam.mx

**Ubicación:**

Edificio "C", 1er piso, cubículos 1 y 2 de la facultad.

**Horario de atención:**

lunes a viernes de 10:00 a 15:00 hrs.

Tel: 56 22 23 33



## Programa de Servicio Social y Bolsa de Trabajo

Registra, asesora y da seguimiento a los prestadores de servicio social de la Facultad que acuden a instituciones del sector público y social a cumplir con este requisito obligatorio previo a la obtención del título profesional y a desarrollar competencias vinculadas con el quehacer del psicólogo. Es el enlace entre la Dirección General de Orientación y servicios educativos (DGOSE) de la UNAM, las Instituciones Receptoras y los prestadores de servicio social.

Al mismo tiempo ofrece ofertas de trabajo de los sectores públicos y privados registradas en la Bolsa de Trabajo; capacita a estudiantes y egresados en el desarrollo de competencias profesionales y en la búsqueda de empleo. Es el enlace entre empresas e instituciones y estudiantes y egresados de la Facultad que desean incorporarse al mercado de trabajo dentro del ámbito de su especialidad.

### **Coordinadora:**

Dra. Mariana Gutiérrez Lara.

### **Correo electrónico:**

[marianagutierrezlara@gmail.com](mailto:marianagutierrezlara@gmail.com)

**Ubicación:** Edificio "B" 2º piso de la Facultad.

**Horario de atención:** lunes a viernes  
de 10:00 a 13:30 y de 17:00 a 19:30 hrs.

**Tel:** 56 22 22 32 y 56 22 22 40



## Centro de Prevención en Adicciones "Dr. Héctor Ayala Velázquez"

Busca promover la formación profesional del estudiante para la investigación básica y aplicada que impacte en el campo de la prevención del consumo de drogas con el fin de constituir una comunidad armoniosa, a través de la prestación del servicio de atención psicológica a usuarios en el ámbito de las adicciones, generando así una comunidad universitaria preparada teórica y prácticamente para una comunidad libre del consumo de drogas.

**Servicio:** Consejo, intervención y tratamiento breve individual a usuarios que padecen uso, abuso o dependencia a drogas como el alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etc. así como a sus familiares. También se cuenta con un modelo de atención a niños que presentan problemas por conducta antisocial como desobediencia, agresión, inatención, hiperactividad y problemas de conducta específicos. Adicionalmente se trabaja un modelo de intervención breve para personas que presentan juego patológico.

**Población:** Niños desde los 18 meses de edad hasta los 12 años y usuarios de sustancias desde su inicio (los 10 años) hasta la adultez en plenitud.

**Responsable:** Dra. Silvia Morales Chaine.

**Correo electrónico:** smchaine@gmail.com

**Ubicación:** Retorno Cerro de Acapulco # 18, Col. Oxtopulco Universidad,  
C.P. 04318, entre Copilco y Miguel Ángel de Quevedo.

**Horario de atención:** lunes a viernes de 09:00 a 20:00 hrs.

**Tel:** 56 58 39 11 y 56 58 37 44

## **P**rograma de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Sociorganizativos

El Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Sociorganizativos fundado en 1997 realiza labores de Prevención, Atención a Víctimas de Desastres e Investigación Aplicada.

Su Objetivo General es brindar respuesta inmediata en diversos desastres, con la finalidad de contener, detectar y en su caso canalizar a individuos que presenten síntomas de estrés agudo y posttraumático y realizar labores de atención psicosocial en las comunidades afectadas por eventos disruptivos. Capacita y entrena de forma permanente a personal de primer contacto con las víctimas en primeros auxilios psicológicos, actualiza a personal de salud mental sobre Intervención en Crisis y técnicas de intervención en psicología en situaciones de emergencias y desastres.

Servicio: Brinda atención psicológica por vía telefónica al público en general (Call Center UNAM), en situaciones críticas como: manejo de estrés, adicciones, problemas familiares y de pareja, acoso laboral y escolar, sexualidad, etc. Así mismo, se brinda apoyo psicopedagógico y tutorías.

Responsable: Mtro. Jorge Álvarez Martínez

Correo electrónico: [aljorge17@hotmail.com](mailto:aljorge17@hotmail.com)

Facebook: equipo de trabajo Call Center UNAM

Ubicación: Edificio "C", 2º piso, cubículo 31 de la Facultad.

Horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hrs.

Teléfono: 56.22.23.21 Call center; 56.22.22.88 (6 líneas)





### FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS (Basura)

Nombre del Prestador de Servicio Social:

Fecha:     /     /201

Hora de Inicio:

Hora de Término:

¿Cómo se enteró del Servicio?:

#### Acciones del Usuario:

Colgó el teléfono	
Numero equivocado	
Servicio Equivocado	
No respondían	

