

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE SALUD
DIRECCION DE REGULACION
UNIDAD DE SALUD MENTAL**

GUÍA TÉCNICA PARA FACILITADORES EN ATENCIÓN PSICOSOCIAL



San Salvador, Diciembre 2008

Autoría:

Dr. Moisés Orlando Guardado

Unidad de Salud Mental

Lic. Lorena Rosales de Bonilla

Unidad de Salud Mental

Lic. María Luz Calles

Unidad de Salud Mental

Asistencia Técnica:

Inga. Elsy Avilés

Dirección de Regulación

Dra. Myrna Rojas

Psiquiatra Región Metropolitana

Lic. Rosa Elizabeth Girón

Psicólogo Región Occidental

Lic. María Isabel González de Rogel

Psicólogo Región Occidental

Lic. Celestino Salvador Bonilla

Psicólogo Hospital Nacional Santa

Rosa de Lima

Lic. David Cabeza

Psicólogo Región Occidental

AUTORIDADES SUPERIORES

**DR. JOSÉ GUILLERMO MAZA BRIZUELA
MINISTRO**

**DR. JOSÉ ERNESTO NAVARRO MARÍN
VICE MINISTRO**

**DR. HUMBERTO ALCIDES URBINA
DIRECTOR GENERAL DE SALUD**

**DR. JOSÉ ROBERTO RIVAS AMAYA
DIRECTOR DE REGULACIÓN**

**DRA. ENA CONCEPCIÓN GARCÍA
DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN**

**DR. MARIO VICENTE SERPAS
DIRECTOR DE VIGILANCIA DE LA SALUD**

**LICDA. JUDITH ZÁRATE DE LÓPEZ
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su intensa labor orientada a procurar la rectoría para la Atención Psicosocial de la población, ha promovido la creación de la “Guía Técnica para Facilitadores en Atención Psicosocial”, la cuál constituye una herramienta que facilitará al personal de salud y comunitario realizar una intervención oportuna y eficaz, así como el seguimiento de los casos atendidos y de esta manera dar respuesta a los avances en el proceso de modernización institucional contributivo a la reforma del sector salud.

Esta guía técnica es producto del esfuerzo de un grupo de profesionales en salud mental, y para su elaboración se priorizaron las técnicas y herramientas de ayuda al usuario, técnicas de respuesta empáticas, facilitar catarsis y remarcar la conducta.

La presente “Guía Técnica para Facilitadores en Atención Psicosocial” proporciona al personal de salud de los diferentes niveles de atención y comunidad, una herramienta conceptual y metodológica que orienta al desarrollo de actividades dirigidas a garantizar una atención psicosocial, oportuna y eficaz para mejorar la calidad de vida de la población salvadoreña, por lo cuál se pone a la disposición de los recursos institucionales de salud y actores comunitarios, para su aplicación y uso de la misma, asegurando con esto una atención de calidad en el ,manejo de las condiciones y los trastornos psicosociales que se derivan de ella.

DIOS UNION LIBERTAD




Dr. José Guillermo Maza Brizuela

Ministro de Salud

INDICE

1. INTRODUCCION	1
2. OBJETIVOS	2
2.1 OBJETIVO GENERAL	2
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
3. MARCO CONCEPTUAL	3
3.1 Atención Psicosocial	3
3.2 Aprendizaje y Capacitación	4
3.3 Primera Ayuda Psicológica	5
3.4 Impacto Psicosocial en Problemas Psicosociales	5
4. TÉCNICAS DE AYUDA	8
5. TÉCNICAS PARA AYUDAR AL USUARIO A SENTIRSE ACEPTADO Y ENTENDIDO.	11
6. SITUACIONES A CONSIDERAR QUE PUEDAN INTERFERIR EN EL DESEO HACIA EL CAMBIO POR PARTE DE LA PERSONA.	12
7. ELEMENTOS IMPORTANTES PARA PROPICIAR EL CAMBIO EN LA PERSONA.	15
8. TECNICAS A CONSIDERARSE COMO HERRAMIENTAS DE AYUDA	16
9. RESULTADOS DE ESCUCHAR EMPÁTICAMENTE	19
10. OBSTÁCULOS PARA ESCUCHAR EMPÁTICAMENTE	19
11. RECOMENDACIONES SOBRE LA MANERA DE FORMULAR RESPUESTAS	20
12. TÉCNICAS EN FACILITAR CATÁRSIS	21
13. TÉCNICAS DE REMARCAR LA CONDUCTA	22
14. TÉCNICAS PARA ENFRENTAR SITUACIONES POTENCIALES HACIA EL SUICIDIO.	23
15. REMITIR OPORTUNAMENTE	26
16. FACILITAR NUEVAS REDES SOCIALES	27
17. TENER Y COMUNICAR FÉ	28
18. AYUDAR A LOS NIÑOS	29
19. ANEXOS	31
Formato de Guía para Facilitar la Entrevista Motivacional	33
Instituciones Nacionales de Apoyo en Relación a la Violencia	34
20. BIBLIOGRAFÍA	35

1. INTRODUCCION

La salud mental, como componente en la salud integral del individuo, familia y comunidad; es necesario promoverla, atenderla y rehabilitarla, siendo esto uno de los grandes retos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el marco del nuevo modelo de salud familiar.

Uno de los elementos claves en el proceso de abordaje de la misma es el recurso humano y dentro de estos, aquellos que tienen relación directa con la atención en sí y que en un momento dado, según las circunstancias, se convierten en facilitadores para su abordaje, por lo tanto, debe de contarse con los suficientes recursos que sean parte de la respuesta a los acontecimientos en una situación dada y los efectos de la misma desde el punto de vista psicosocial, que repercuten directamente en la comunidad e indirectamente en los niveles de atención en salud; a estos últimos le corresponde la intervención que se requiera.

Desde esta perspectiva, la presente guía técnica pretende servir como una herramienta básica para el abordaje adecuado y oportuno de los principales problemas psicosociales, contribuyendo a fomentar y fortalecer la calidad de vida de la población salvadoreña.

En este sentido, para dar respuesta a estas necesidades en los diferentes niveles de atención, como a nivel comunitario se ha creado la presente “Guía Técnica para Facilitadores en Atención Psicosocial”,

El presente documento incluye aspectos generales y específicos tales como: Objetivos, Marco Conceptual, Técnicas de ayuda, Herramientas de ayuda, Otras técnicas, Anexos y Bibliografía, todos estos componentes facilitaran una adecuada aplicación de la guía.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Disponer de un instrumento que oriente a facilitadores de nivel institucional en salud como comunitario para el abordaje y manejo de las condiciones y trastornos psicosociales de manera oportuna para minimizar los efectos en la salud, la recuperación de la misma y la reinserción del individuo a la vida cotidiana en su ámbito social.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover la participación directa del individuo, familia, comunidad y otros sectores de la sociedad civil, para el conocimiento y aplicación de la guía de atención psicosocial en el acompañamiento a los recursos de salud en los procesos de abordaje psicosocial.
- Contar con un instrumento de aplicación práctica y de comprensión fácil para el desarrollo de las atenciones psicosociales, apoyando las actividades que ejecuten los facilitadores en salud.
- Que los facilitadores cuenten con una herramienta que permita una comprensión a su nivel de las reacciones psicológicas más frecuentes y la orientación para la ejecución de intervenciones con la comunidad. .
- Facilitar una guía técnica de aplicación práctica e implementación al personal de salud y la comunidad.

3. MARCO CONCEPTUAL

La ayuda humanitaria, que intenta aliviar el sufrimiento de las personas, independientemente de la acción que se emprenda tiene profundas implicaciones psicosociales (Beristain, Carlos. Reconstruir el tejido social, un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Ed. Icaria, España, 1999).

Comprender como las personas viven, interpretan y reaccionan a los acontecimientos que rompen su cotidianidad es la principal herramienta con la que se cuenta para cualquier iniciativa de ayuda. La gente tiene una experiencia previa, un pasado, una identidad que debe entenderse.

La consideración de los aspectos psicosociales ayuda a entender que las personas que experimentan una situación tensionante son parte de un contexto social, que tienen su propio recurso y que existen diferencias culturales. Tiende a creerse que en estas situaciones predominan las necesidades materiales y que los aspectos psicológicos pueden considerarse posteriormente, sin embargo tomarla en cuenta desde el inicio puede ayudar a entender los comportamientos y reacciones de los afectados y a tener una concepción integral de la acción humanitaria; sin omitir sus necesidades y exigencias físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

3.1 ATENCIÓN PSICOSOCIAL

La atención psicosocial es el proceso de acompañamiento personal, familiar y comunitario, que busca restablecer la integridad emocional de las personas, así como de sus redes sociales. Cabe destacar que este concepto presume que la atención psicosocial no se puede ofrecer de

manera aislada, sino que debe formar parte de una estrategia integral de ayuda humanitaria, material y sanitaria; partiendo del principio que la primera ayuda psicológica es la satisfacción de las necesidades básicas y la garantía de la sobrevivencia.

De acuerdo a lo anterior, la intervención psicosocial incluye la atención que se ofrece por personal especializado (psiquiatras y/o psicólogos), así como la primera ayuda psicológica y otras formas de asistencia o acompañamiento que pueden y deben ser ofrecidas por personal no especializado (trabajadores de atención primaria en salud, voluntarios, maestros, agentes comunitarios, etc.)

Es necesario destacar el “apoyo al apoyo” (ayudar a los ayudadores), como la modalidad de trabajo con el personal no especializado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención y de la comunidad a quienes se les ofrece información y capacitación, así como apoyo emocional ante sus propias problemáticas. Este personal resulta clave, pues actúa en la primera línea de contacto con la población y se convierte en agente o promotor psicosocial.

3.2 APRENDIZAJE Y CAPACITACIÓN

Para aprender a detectar, atender y prevenir los problemas psicosociales son necesarios procesos educativos, participativos y vivenciales, que faciliten conocer, develar y reconocer estos problemas. Por lo tanto, los procesos de aprendizaje están orientados a romper con las barreras culturales e ideológicas que dificultan el cambio actitudinal para enfrentar las situaciones adversas en forma más integral.

En la atención psicosocial, el aprendizaje se convierte en la herramienta que ayuda a construir óptimas alternativas de apoyo, en vista que orienta

a la desestimación de mitos (Por ejemplo, el mito de que los suicidas no hablan de sus intenciones) y a reconocer la evolución de las manifestaciones provocadas por las vivencias adversas.

3.3 PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

Los sentimientos que experimentan las personas frente a los eventos adversos son reacciones ordinarias a situaciones extraordinarias; responden con una variedad de patrones individuales y no se conoce con absoluta certeza, sí estas reacciones son universales o sí varían de una cultura a otra. Lo cierto es que necesitan ayuda psicológica y social para recuperar cuanto antes el control de sus propias vidas y participar activamente en su recuperación.

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

3.4 IMPACTO PSICOSOCIAL EN PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Los eventos adversos causan conmoción, no solo en las personas que lo sufren directamente, sino también, en la población en general y ésta como reacción se moviliza, muchas veces ofreciendo su ayuda con los recursos que tienen o consiguen, ya sea con alimentos, abrigo, medicamentos, o con su trabajo voluntario en rescate, apoyo logístico y apoyo psicológico.

Estos eventos causan graves sufrimientos psicológicos y sociales a las poblaciones afectadas. Los efectos psicológicos y sociales de las emergencias pueden ser agudos a corto plazo, pero también pueden deteriorar a largo plazo la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones afectadas.

Estos efectos pueden amenazar la paz, los derechos humanos y el desarrollo. Por consiguiente, en situaciones de emergencias, una de las prioridades es proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas.

Aunque no siempre las respuestas emocionales frente a los eventos adversos deben ser consideradas traumáticas o patológicas, estas dejan secuelas y tienen un alto potencial traumático;

Lo traumático está dado por la confluencia de varios factores:

- La intensidad del evento
- La incapacidad del sujeto para responder adecuadamente
- El tiempo de duración de los efectos patógenos en la organización del psiquismo

La traumatización se caracteriza por un flujo de estímulos excesivos en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones.

El grado de afectación psicológica deberá evaluarse individualmente, teniendo en cuenta todas las variables: historia personal, mecanismos defensivos habituales, sistema de soporte, apoyo familiar y social; intensidad del evento, exposición al mismo y significado particular del hecho para el sujeto.

También debe ser claro que las estrategias y la intención de la intervención se definen dentro del contexto histórico y las realidades de

cada individuo. Es en este sentido que se facilita la construcción del quehacer psicosocial, es decir, concebir al sujeto y sus procesos psíquicos en un marco relacional con la sociedad, la historia social, su cultura, sus prácticas, entre otros, que permita transformar realidades problemáticas.

Las causas y los impactos psicosociales de las situaciones de emergencia exigen una lectura conjunta y articulada desde diferentes perspectivas, disciplinas y especialidades, que posibiliten una intervención sostenible en los diferentes contextos de pérdidas humanas y materiales.

La visión de la atención en salud mental en situaciones de desastres no debe ser centrada solo en el impacto traumático; debe ser amplia, y dimensionarse más allá del evento originador del desastre.

El término psicosocial se encarga del estudio de las relaciones interpersonales que existen entre el ser humano y su medio:

- Involucra todos los aspectos de la vida cotidiana y su relación directa con la psique del individuo.
- El hombre no es un ser único, vive y coexiste con otros, que al igual que él, son activos y capaces de transformar la realidad.

La atención psicosocial se basa en:

- La planificación del desarrollo concebido como el mejoramiento de la calidad de vida de la población; no se puede aislar del desarrollo humano, eso implica que para lograrlo se requiere atender además de lo físico las necesidades psicosociales que permitan el desarrollo integral del ser humano.
- La preparación y la organización de la respuesta deben incorporar elementos de la atención psicosocial.

- Durante la respuesta, las acciones para la atención de los afectados, deben prever la atención psicosocial.
- Para la rehabilitación y reconstrucción se deben integrar acciones de atención psicosocial, que faciliten la adaptación y elaboración de la experiencia vivida, así como la integración plena de las familias afectadas a las distintas actividades que se desarrollan en su comunidad.

4. TÉCNICAS DE AYUDA

4.1 TÉCNICAS MOTIVACIONALES.

A fin de garantizar un alcance satisfactorio en la atención psicosocial, es importante contar con la participación conciente y voluntaria de las personas a intervenir, por lo cual debe recurrirse a herramientas que busquen incentivar los aspectos que motivan al individuo a la búsqueda de una mejor vivencia a partir de condiciones tensionantes.

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en:

- El respeto a la persona, a sus creencias, y escalas de valores
- Intentar estimular la motivación (interna y externa)
- Favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del usuario y su libertad de escoger. (auto cuidado)

La entrevista motivacional permite al profesional de salud, motivar al usuario teniendo en cuenta cual es su nivel motivacional respetando siempre sus últimas decisiones sin culparlo por ello.

4.2 ENTREVISTA MOTIVACIONAL:

Es el tipo de entrevista clínica centrada en los usuarios que fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver una conducta o hábitos inadecuados para promover cambios hacia estilos de vida más saludables facilitando que el usuario se incentive hacia el deseo de cambio. No pretende cambiar estilos de trabajo, si no aportar herramientas que le permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas.

Es más eficaz decirle al usuario “entiendo que le resulta difícil controlar su ansiedad” que decirle “Si no controla su ansiedad no entiendo para que viene a pedir ayuda”, ya que el hecho de acudir significa que no es indiferente a su situación actual y algún tipo de ayuda podemos prestar.

4.3 PRINCIPIOS GENERALES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

- a) Expresar Empatía: significa aceptar y respetar al paciente pero no necesariamente aprobarlo, implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos ¿Cómo me sentiría yo en sus circunstancias?
- b) La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro exprese, la empatía es la espina dorsal de la entrevista motivacional por que ante la resistencia que presenta el usuario por el cambio, el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.

- c) Desarrollar la discrepancia: lograr que la persona reconozca donde se encuentra y donde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Interesa aumentar su nivel de reforzamiento especialmente entre la conducta actual y la ideal tomando en cuenta los valores importantes de su vida.
- d) Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio, es de suma importancia conseguir que la persona verbalice sus discrepancias.
- e) Evitar discutir con el usuario, los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u ordenar el cambio.
- f) Trabajar la resistencia del usuario: hay que evitar actitudes que pueden facilitar las resistencias, por ejemplo tratar de imponer un cambio “es por su bien”, más bien hay que plantear implícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio.
- g) Apoyar a fomentar el sentido de autoeficacia: creer en la finalidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de cambiar y nuestra ayuda aquí está en analizar con el usuario esos resultados, potenciando su positividad.
- h) No hay que olvidar que el usuario es responsable de escoger y realizar el cambio y nosotros le prestamos ayuda si lo desea.

5. TÉCNICAS PARA AYUDAR AL USUARIO A SENTIRSE ACEPTADO Y ENTENDIDO.

Procurar en el usuario el avance en verse a si mismo, y en la situación en que se encuentra de una forma clara como primer paso para el cambio. (Ver anexo No. 1)

- Preguntas abiertas: son aquellas que no pueden contestarse solamente con una o dos palabras,, por ejemplo: ¿Qué te preocupa al ver estos análisis? o ¿Cómo le afecta el tabaco a su vida? Este tipo de preguntas permiten y animan al paciente a explicarse aumentando así su percepción del problema.
- Escucha reflexiva: es una de las habilidades fundamentales de la entrevista motivacional. Se trata de entender lo que intenta decir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final. Estas afirmaciones pueden ser de cinco tipos:
 - Repetición de alguna palabra dicha por el usuario y que nos parece importante.
 - Refraseo: es como lo anterior cambiando palabras como sinónimos alterando ligeramente lo dicho para clasificarlo.
 - Parfraseo: aquí se refleja lo dicho con nuevas palabras incluyendo el significado de lo hablado por el usuario.
 - Señalamiento emocional: es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones “lo veo un poco triste”, “parece que esto que hablamos te emociona”.
 - Silencios: utilizados de forma adecuados tienen un potente efecto reflexivo en la persona, porque de forma no verbal le estamos indicando que lo entendemos y aceptamos.

- Reestructuración positiva: significa afirmar y apoyar al usuario para destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por el mediante comentarios y frases de comprensión, esto ayudará a rehabilitar su autoestima y sentido de confianza.
- Elaborar un resumen de las ideas importantes de la historia o dialogo que manifestó la persona.
- Afirmaciones de automotivación: favorecerles y provocarlos mediante preguntas insinuantes que pueden ser en diferentes aspectos:
 - Reconocimiento del problema
 - Expresión de preocupación
 - Intención de cambio
 - Optimismo por el cambio

El trabajo profesional en este tipo de entrevista es facilitar la expresión por el propio usuario de los argumentos para cambiar como forma de resolver su ambivalencia y que avance hacia una decisión de cambio. Idealmente se trata de conseguir que el usuario quiera convencerse de la necesidad de cambiar.

6. SITUACIONES A CONSIDERAR QUE PUEDAN INTERFERIR EN EL DESEO HACIA EL CAMBIO POR PARTE DE LA PERSONA.

- Pregunta – Respuesta: formular preguntas que el usuario responde con frases cortas y simples, implica una interacción entre el terapeuta activo y el usuario pasivo y no facilita la reflexión y elaboración de parte del usuario. Esto se evita con preguntas abiertas y escucha reflexiva; como norma general, evitar el formular tres preguntas abiertas seguidas.

- Confrontación – negación: es lo mas frecuente; cuánto más enfrentemos al usuario con su situación, él se volverá mas resistente y reaccionará al cambio.
- Pretender conocer respuestas y soluciones al problema. Esta es una situación propia del experto en la cuál puede incurrir fácilmente, es decir, ofrecer con la mejor intención respuestas y soluciones al usuario que lo llevan a éste a que asuma un rol pasivo totalmente contrario al enfoque de la entrevista motivacional.
- Etiquetaje: un hábito del facilitador o entrevistador que a menudo son motivos de etiquetaje acarreado un cierto tipo de estigma en la gente. Los problemas se pueden analizar sin necesidad de poner etiquetas que provocan resistencia innecesaria.
- Focalización prematura: es importante evitar complicarse en una lucha sobre que tema es más apropiado para iniciar la entrevista y el empezar con las preocupaciones del paciente facilita la tarea. Si intentamos centrar rápidamente el tema, el entrevistado se distanciara y se pondrá a la defensiva.
- Culpabilización: desaprovechar tiempo y energía en analizar de quien es la culpa del problema pone al usuario a la defensiva.
- La culpa es irrelevante y conviene afrontarla con reflexión.

Los procesos de cambio de las personas se ha encontrado que las que consiguen una mejora en sus estilos de vida, pasan a través de una serie de estadios, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferente.

Cada estadio registra una actitud mental diferente e implica un tipo de motivación diferente, también distinta:

- Precontemplación: en esta fase la persona no ve, o no quiere ver, ningún problema en su conducta como lo demuestran las frases del tipo “de algo hay que morir”.
- Contemplación: la persona empieza a tener alguna duda sobre su conducta. Empieza a evaluar los “pro y contras” aunque no se ve todavía con ánimo intentar el cambio “me gustaría hacer más ejercicio pero me aburre”.
- Determinación: en este momento decide intentar un cambio y requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta “el día de mi cumpleaños me quitaré el luto”.
- Cambios: en esta fase se pone en práctica la decisión tomada.
- Mantenimiento: la persona se ha de centrar activamente en mantener el cambio y consolidarlo, ya que las tentaciones (atracción por conducta antigua) están presentes.
- Recaída: se vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores, precontemplación o contemplación.

El papel del recurso de salud es facilitar los avances hacia el siguiente estadio, conociendo que tiene necesidades y características diferentes en cada una de ellas y poder ayudarle a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento.

La recaída no se considera un fracaso del usuario ni del recurso de salud, sino una parte del proceso normal de cambio, cada recaída no es la misma y representa un avance hacia el éxito del cambio ya que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercan a la persona a la meta de consolidar un cambio.

7. ELEMENTOS IMPORTANTES PARA PROPICIAR EL CAMBIO EN LA PERSONA.

- Motivación interna: la capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es un proceso susceptible de ser incrementado desde afuera por “transfusiones de voluntad” la voluntad es la motivación para el cambio y los recursos de salud facilitadores de ese cambio.
- La lección y control propio: la persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan en sus propias decisiones, que si una figura de autoridad se lo dice.
- Autoconvencimiento auditivo: se tienden a creer con más fuerza aquello que una persona oye decir en una voz alta a sí misma, por eso es importante que la persona saque sus propios argumentos y el terapeuta los repite para que los vuelva a escuchar.
- La autoconfianza o percepción de autoeficacia: si una persona cree que puede cambiar será mas fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.
- La ambivalencia: ¿quiero o no quiero cambiar? Con frecuencia es el mayor obstáculo para el cambio.
- El traje a medida: cada persona necesita diferente ayuda dependiendo de la etapa en que se encuentra en el proceso de cambio.
- La relación interpersonal: la motivación y la resistencia del usuario al cambio pueden estar poderosamente influenciados por el tipo de relación interpersonal que desarrolla el facilitador de salud. A pocas personas les gusta que le digan lo que debe hacer.

8. TÉCNICAS A CONSIDERARSE COMO HERRAMIENTAS DE AYUDA

A pesar de las referencias anteriores a la necesidad o conveniencia de psicoterapia profesional para la crisis, somos conscientes de la casi total imposibilidad de proveer la cantidad y calidad de terapia necesaria para los sobrevivientes de una tragedia de gran magnitud.

La posibilidad de brindar soporte psicológico por personal entrenado y dotado de herramientas básicas, es fundamental para ayudar a las personas que han sufrido un trauma, aún en una crisis, utilizando las siguientes técnicas, algunas de las cuales han sido adaptadas de técnicas Psicoterapéuticas, con el fin de orientar a cualquier persona responsable, para ayudar a individuos y familias en crisis a sobrevivir la tragedia, recuperarse de ella y crecer como resultado del proceso.

8.1 ESCUCHAR EMPÁTICAMENTE

Lo que más necesitan las personas en crisis es sentirse escuchadas y comprendidas. Pero existen muchas formas de escuchar a alguien. Escuchar empáticamente es identificarse como que si el entrevistador fuese el que tuviera la vivencia del evento. Es más que una compasión lastimera, más que entendimiento intelectual: es un "estar contigo en tu dolor".

Escuchar empáticamente es primero interpretar en las palabras, los gestos, el tono de la voz, la postura y el rostro, etc., los sentimientos de las personas y luego ponerte delante de ellas como si fueras un espejo, de tal manera que logre ver, reflejados a través de tus palabras y gestos, sus pensamientos y sentimientos. Es interpretar la realidad y las vivencias interiores de las personas y luego retroalimentarlas de manera

comprensiva y aceptadora. No es solo decirles que las entiendes, sino demostrarlo en tu forma de escuchar.

8.2 REQUISITOS PARA ESCUCHAR EMPÁTICAMENTE:

- Despojarte temporalmente de tus propios criterios.
- Recordar que podríamos tener prejuicios respecto a las reacciones de las personas por lo que es importante seguir tomando en cuenta las particularidades de cada persona
- Comprometerte física y mentalmente a escuchar.
- Concentrarte en la otra persona.
- Evitar ponerte a la defensiva.
- Reconocer la validez de las percepciones y los sentimientos del otro, aunque éstos no sean 'lógicos'.
- Aceptar incondicionalmente a las personas como tales, sin que esto implique necesariamente aprobar o estar de acuerdo con sus conductas o sus opiniones.
- Escuchar todo sin interrumpir innecesariamente.
- Reconocer los signos de tu propia ansiedad.
- Aceptar que no necesariamente se va a llegar a la solución del problema.

8.3 RESISTIRSE A LA PRESENTACIÓN DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS:

- Amonestar • Moralizar • Dirigir • Exhortar • Amenazar • Imponer • Dar soluciones • Criticar • Mandar • Juzgar • Interpretar • Dictar cátedra • Culpar • Avergonzar • Rotular • Sermonear • Ridiculizar • Espiritualizar • Dar 'consejitos' • Psicoanalizar • Advertir • Ordenar

8.4 TÉCNICAS DE RESPUESTA EMPÁTICA

La escucha empática puede dar lugar a la respuesta empática, la cual puede tener cuatro formas según la situación y contexto:

8.4.1 COMPRENSIÓN

El escuchador comprueba la validez de su percepción y entendimiento de lo dicho, del problema y de los sentimientos de los sufrientes a través de la repetición de lo que entendió en sus propias palabras. Esta respuesta ayuda a los dolientes a ampliar sus ideas, sentimientos y percepciones y aumenta el acuerdo sobre el significado de lo dicho.

Una de las técnicas más importantes de la escucha empática es dejarle saber a la persona que la acompañamos al repetir, de vez en cuando, unas dos o tres palabras en el mismo tono de voz que la otra persona ha usado, o simplemente una de las palabras claves.

8.4.2 SONDEO

Una respuesta que facilita más información. El escuchador hace preguntas para ampliar y clarificar lo dicho. Esta respuesta ayuda al otro a explorar todas las implicaciones de su decisión o afirmación.

8.4.3 APOYO

Una respuesta que indica que el escuchador quiere asegurar al otro que apoya lo que se ha hecho o dicho. Esta respuesta es muy útil cuando las personas necesitan sentir aprobación.

8.4.4 EVALUACIÓN

Esta respuesta puede ser útil como opción cuando le piden al escuchador su opinión, juicio, valoración, actitudes o sentimientos, mas no cuando se presenta como la única respuesta.

9. RESULTADOS DE ESCUCHAR EMPÁTICAMENTE.

Mediante una escucha empática, el facilitador podrá observar en el usuario las siguientes conductas:

- Las personas se sienten comprendidas y esto en si es muy terapéutico.
- Las personas sienten la libertad de hablar de sus problemas en lugar de reprimirlos.
- Las personas se dan cuenta de que no son "locas", que sus reacciones son normales y naturales y que todo pasará.
- Las personas frecuentemente toman conciencia de sus responsabilidades y de sus capacidades para resolver sus problemas.
- Se neutraliza la agresividad y la defensividad.
- Se fortalecen las relaciones interpersonales.

10. OBSTÁCULOS PARA ESCUCHAR EMPÁTICAMENTE:

- **Interrupción:** El escuchador responde prematuramente a una parte de lo dicho, interrumpiendo al otro y perdiendo el contexto y la perspectiva.
- **Ansiedad:** El escuchador se angustia por algo que dice el otro y comienza a defenderse mentalmente.
- **Absolutismo:** El escuchador evalúa, mientras escucha, lo 'bueno' o lo 'malo', lo 'correcto' o lo 'equivocado' de lo dicho.
- **Egocentrismo:** El escuchador cree que su punto de vista es el único en el mundo o, al menos, debería serlo.
- **Autoconciencia:** El escuchador está pensando más en si mismo que en el otro o en lo que éste dice.
- **Fantasía:** El escuchador se pierde en su propia imaginación, construyendo mentalmente otras ideas sobre lo que se dijo antes y perdiendo lo que se dijo después.
- **Reducción:** El escuchador omite parte del mensaje para "hacerlo caber" dentro de un prejuicio o una idea anterior.

- **Profecía auto realizadora:** El escuchador "oye" lo que esperaba o quería oír.
- **Saturación:** El escuchador no puede manejar la cantidad o la complejidad de la información recibida.
- **Acuerdo forzado:** El escuchador distorsiona el mensaje para que esté más de acuerdo con sus propias opiniones.

11. RECOMENDACIONES SOBRE LA MANERA DE FORMULAR RESPUESTAS

Ninguna forma de respuesta es mala o buena en si; puede ser relevante y funcional según las personas involucradas y el contexto. Sin embargo, se puede afirmar lo siguiente:

- El escuchador debe limitarse a las tres primeras formas de respuesta cuando exista tensión o conflictos entre él y el relator.(ver ítems 8.4: comprensión, sondeo, apoyo y evaluación)
- La comprensión es especialmente importante y necesaria al principio de un diálogo.
- En la mayoría de los casos, es mejor evitar la interpretación y especialmente la evaluación, a menos que se haya establecido una buena relación, que la otra persona la pida y que no la reciba en forma pasivo-dependiente.
- Cualquier exceso o falta de uso de un estilo de respuesta puede ser perjudicial.
- Escoger un estilo de respuesta inapropiado al momento o contexto, es el principal factor en las comunicaciones reactivas, defensivas e improductivas.

11.1. EJEMPLO PRÁCTICO:

Usuario: ¿Cómo se le ocurre tratarnos de esta manera?

Facilitador: Me parece que usted está muy enojado con nosotros y quiere arreglar un problema.

Usuario: ¡Claro! ¿Cómo no me voy a enojar cuando ustedes son unos incumplidos?

Facilitador: Entonces está enojado con nosotros porque le hemos incumplido en algo importante para usted ¿Quiere decirme en qué hemos incumplido?

Usuario: Ese señor inútil que está entregando las colchonetas en el albergue, me dijo que me entregaría cuatro colchonetas para mi familia hoy y nada. Mi familia no tiene a donde dormir.

Facilitador: Entonces estaba contando con esas colchonetas y ya que no se las han dado se ve en problemas y se siente muy enojado y preocupado, ¿así es?

Como podemos ver en este ejemplo, el facilitador evitó la tentación de ponerse ofensivo. Optó por 'reflejarle' al cliente todos los niveles de su comunicación (sus sentimientos, sus razones, su rabia, su frustración, etc.) de una manera comprensiva y no amenazante.

12. TÉCNICAS EN FACILITAR CATARSIS

La principal ventaja de escuchar empáticamente al afectado de una tragedia es facilitar su catarsis, y el desahogo de los sentimientos reprimidos. El facilitador debe asegurarse de que el momento y el contexto sean adecuados para esta catarsis, ya que puede durar por mucho tiempo y ser muy emocional.

Muchas personas no quieren expresar sus sentimientos por normas socio-culturales, pero al no hacerlo pueden desarrollar una crisis secundaria (hiperactividad, hipoactividad, sobreidentificación, somatización crónica, alteración relacional, farmacodependencias,

agresión o intentos suicidas, criminalidad, inefectividad y depresión psicótica)

Un problema especialmente serio en la zona del desastre, es que muchos de los profesionales dedicados a ayudar a los damnificados impiden esta catarsis sanadora.

El facilitador no debe de temer hablar con el afectado acerca de sus emociones; si ya las ha elaborado y resuelto, no habrá problema. Si no lo ha hecho, está varios meses atrasado en hacerlo y ésta será la mejor oportunidad en el momento para él. Si se niega a hablar del tema, no se debe insistir; sólo se le explica de la importancia de expresar todos los sentimientos y recomendarle los servicios mencionados en el ítems 13.

13. TÉCNICAS DE REMARCAR LA CONDUCTA

Si tengo un lindo cuadro montado en un viejo y feo marco, la apariencia total se ve seriamente afectada. Pero si me doy cuenta de que el cuadro es valioso y bello, no lo voy a botar por lo feo del marco sino que voy a conseguir otro marco para relucir su belleza. A veces, ante mi terquedad, otra persona tiene que mostrarme cómo se ve de bien el cuadro "feo" en otro marco, para que me dé cuenta de su belleza.

Otra de las técnicas terapéuticas que el facilitador puede usar en la intervención en crisis, es la de facilitar que los afectados por un trauma perciban sus síntomas y reacciones iniciales no como algo negativo sino como las manifestaciones normales y naturales que son. A través de la escucha empática, se "reenmarcan" las reacciones normales que las personas habían llegado a considerar como locas, malas, inmorales o señales de debilidad. Una de las ayudas más grandes que puede darse a las víctimas de cualquier tipo de tragedia, es enseñarles qué sus

reacciones son parte de un proceso normal, natural y necesario del duelo.

El simple uso de frases como "¡Por supuesto que te sientes así!" o "Es lo más normal en el mundo que pienses eso", puede tener un impacto muy positivo en la persona afectada, permitiendo que ella tome conciencia del proceso normal de recuperación.

El comentario más frecuente que hemos recibido después de los talleres es que lo que más le sirvió al participante fue el sentirse "normal" a pesar de todos sus problemas. Mal de muchos puede ser consuelo de tontos, pero también es un alivio para uno saber que está igual o menos mal que las demás víctimas.

Ejemplo:

José: "Ya no quiero tomar, estoy perdiendo a mi familia por causa del alcohol, eso me hace sentir muy desdichado"

Facilitador: "Por supuesto que te sientes así"

José: "Pero no quiero sentirme así"

Facilitador: "Es lo mas normal del mundo que pienses eso". "Ahora sería importante que valoraras tus posibles disposiciones al cambio para que logres sentirte bien contigo mismo".

14. TÉCNICAS PARA ENFRENTAR SITUACIONES POTENCIALES HACIA EL SUICIDIO.

Consideramos de suma importancia una postura honesta y abierta acerca de la opción del suicidio. Nuestra experiencia y la de muchos otros profesionales en el campo de intervención en crisis, indica que la "prohibición" moralista del suicidio, el internado hospitalario del posible suicida o el uso excesivo de drogas es, en el mejor de los casos,

inefectiva; en el peor de los casos, puede hasta provocar la determinación suicida.

Obviamente, cualquier persona que haya sufrido una pérdida grande va a considerar la posibilidad de suicidio. Si la pérdida es muy grande, como es el caso de muchas de las víctimas de las tragedias, la idea de suicidio es muy predominante en la mente y, en realidad, ha sido la opción escogida muchas veces después de las tragedias. ¿Qué más da para las personas que perdieron a sus padres, a sus parejas, a sus hijos, su hogar y una pierna?

Nosotros reconocemos abiertamente la opción de suicidio como una posibilidad para las personas que sufrieron pérdidas altamente significativas, pero urgimos y facilitamos que ellas ensayen todas las otras opciones antes de recurrir al suicidio.

14.1 SEÑALES DE ALTO RIESGO DE SUICIDIO:

Se puede considerar que una persona manifiesta un alto riesgo de suicidio y debe ser remitido a un profesional enseguida, cuando se presenta:

- Insomnio crónico.
- Invalidez o enfermedad crónica.
- Alucinaciones (voces o visiones) que dan órdenes.
- Pérdida de varios o los únicos seres queridos.
- Múltiples amenazas de suicidio.
- Antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio.
- Desesperación o carencia de esperanza para el futuro.
- Alcoholismo o abuso de drogas en aumento.
- Inconformidad total con la vida.

- Opinión de familiares o de otros, abiertamente expresada, acerca de que sería "mejor" (por razón de incapacidad física, etc.) que muriera la persona.
- Varias amenazas "sutiles" de suicidio como:
 - Arreglo de asuntos personales para el futuro.
 - Preparación para un "largo viaje".
 - Recomendaciones de "cuidar a mi familia".
 - Una repentina calma o serenidad inexplicables.
 - Quejas respecto a que nada puede mejorar.
 - Interés repentino respecto de la muerte.
 - Interés o preocupación por alguien que se ha suicidado.

Cualquier persona que pretende ayudar a los afectados debe aprender a hablar directa y honestamente acerca del suicidio en general y acerca de cualquier idea o intento de suicidio. Se pueden usar preguntas (en orden ascendente de gravedad) como:

- ***¿Has planeado matarte?***
- ***¿Te has sentido tan mal como para tratar de hacerte daño a ti mismo?***
- ***¿Se te ha ocurrido quitarte la vida?***
- ***¿Qué es lo que piensas hacer al respecto?***
- ***¿Qué es lo que esperas que suceda al matarte?***

Ejemplo:

Usuaría: "Estoy pensando en no asistir más a la escuela", "¿para qué?"
 "Ya no me servirá para nada".

Facilitador: "¿Porque crees que no te servirá de nada el no asistir a la escuela?"

Usuaría: "Mi mamá murió en el accidente del bus que se inundó en la colonia Málaga", "me he quedado sola" (con lagrimas), "no quiero seguir viviendo"

Facilitador: “Es normal que te sientas así María”, “pero recuerda que la vida continúa para ti”, “para que seas una persona de bien”, “que ayudes a los que lo necesitan”, “y de esa manera te estarás ayudando a ti misma”, “Si te sientes sola, puedes contar conmigo para lo que necesites, ¿de acuerdo?”

15. REMITIR OPORTUNAMENTE

Se van a presentar muchos casos que requieren remisión a los diferentes servicios profesionales: medicina, trabajo social, rehabilitación, psicoterapia, educación, préstamos y otro tipo de ayuda. Las personas que desean ayudar a cualquier víctima de una tragedia deben tener acceso a la información necesaria para hacer estas remisiones en forma adecuada y acertada.

En el área de servicios psicológicos, puede tomarse en cuenta lo siguiente:

Psicoterapia: Las personas que presentan las siguientes condiciones generalmente deben ser remitidas a un psicoterapeuta profesional, preferiblemente con entrenamiento en intervención en crisis:

- **Duración de más de un día en la etapa de incredulidad.**
- **Cualquier reacción inicial después de los seis meses.**
- **Cualquier estrategia disfuncional ya habitual.**
- **Cualquier prolongación de una crisis**
- **Cualquier escalada de crisis**
- **Alto riesgo de suicidio.**

Toda remisión debe hacerse desde el punto de vista de una "observación compasiva", y no con coacción, amenaza, o con autoridad "experta".

Cualquier persona que trabaje con los afectados o que tenga contacto con ellos, puede acercarse a ellos y decirles algo como esto:

"Carlos, sé que has sufrido mucho por esta tragedia y me duele no poder ayudarte más.

Conozco varias personas que han recibido, mucha ayuda para reorientarse con ese (taller/consulta) y creo que tú también podrías aprovechar mucho la oportunidad que él te brinde. ¿Quieres que te averigüe más sobre ello?"

Ejemplo:

Facilitador: "¿Te has sentido tan mal como para tratar de hacerte daño a ti mismo?"

Usuaria: "sí, me he sentido muy mal, porque ya no cuento con la presencia de mi madre quien estaba conmigo siempre que yo la necesitaba"

Facilitador: "¿Qué es lo que esperas que suceda al matarte?"

Usuaria: "La verdad, no se. Solo quiero terminar con esto que siento"

Facilitador: "¿Qué es lo que piensas hacer al respecto?"

16. FACILITAR NUEVAS REDES SOCIALES

Una de las pérdidas más grandes en una tragedia masiva es la de las redes sociales de las víctimas. Puede ser que no hayan muerto las personas con quienes anteriormente se relacionaban las víctimas, pero la mayoría de los grupos sociales han tenido que reestructurarse por reubicación y otras prioridades. Para muchas de las víctimas, esto es una amenaza que toca su base de apoyo emocional.

Los afectados también necesitan otra clase de remisión, más allá de la ayuda material, médica o psicológica: necesitan todas aquellas

oportunidades de establecer nuevas redes sociales. Si no existen, se deben organizar lo más pronto posible. Cualquier iglesia, club de servicio social u otro grupo parecido puede organizar actividades para facilitar la formación de estas nuevas redes de apoyo.

17. TENER Y COMUNICAR FE

La mejor terapia en el mundo sigue siendo la Fe; la fe en Dios, en el futuro y en la capacidad de los afectados para superar las dificultades y salir adelante. Puedes transmitir esta fe hablando del futuro en términos que comunican tu convicción de que la recuperación de las personas es una realidad futura que puede tomarse como una certeza en el presente.

Hemos presenciado innumerables casos de personas traumatizadas que han buscado y han encontrado, en su relación personal con Dios, un consuelo y una fuerza sobrenatural.

También es muy importante el constante refuerzo y elogio por las cualidades de las personas, al igual que por sus logros en el proceso de la recuperación. Puedes usar frases como:

- ***"Cuando superes esta tristeza..."***
- ***"Después de estar trabajando de nuevo..."***
- ***"Cuando ya estés en tu nueva casa..."***
- ***"El día en que recuerdes todo lo sucedido sólo como una pesadilla..."***
- ***"Cuando veas el resultado de tus oraciones..."***
- ***"Si has mejorado tanto en pocos meses, imagínate cómo..."***
- ***"Tú sí que eres excelente para superarte..."***

Lo que la mente puede concebir, la persona lo puede realizar. Ayuda a las víctimas de un trauma a tener imágenes mentales de cómo será, de cómo se verá cuando haya superado todo. Esto es más que una simplista filosofía positivista; es la base de una de las técnicas terapéuticas más potentes que hay.

Todo esto, obviamente, es incompatible con cualquier sobreprotección de las personas en crisis (hacer por ellos o por ellas lo que son capaces de hacer por si mismos). En todo caso, siempre se debe exigir que los que reciben una ayuda se responsabilicen de al menos el 50% de la solución de sus problemas.

18. AYUDAR A LOS NIÑOS

Los niños son los más afectados por un trauma y también son los que más rápidamente pueden recuperarse con la ayuda de los grandes que los rodean. Se ofrecen las siguientes sugerencias para ayudar a los niños afectados por un trauma:

- Haber elaborado adecuadamente tu propio duelo, mediante los talleres y haber contado con los materiales escritos u otros medios apropiados para tales fines.
- Creer en la capacidad del niño para superar el trauma, así como mostrar constantemente esa creencia a través de tus palabras y de tus acciones.
- Dar importancia y reconocimiento a las actividades, habilidades y esfuerzos del niño para salir adelante, sin la sobreprotección.
- Brindar al niño un ambiente de seguridad, protección y comprensión en donde libremente pueda hablar de sus vivencias de la tragedia así como de las actuales.

- Permitir al niño la expresión de todos sus sentimientos y enseñarle, con tu ejemplo y tus palabras, las formas socialmente aceptables para manifestarlos.
- Dialogar con el niño sobre sus conflictos actuales a raíz de la tragedia, sin descalificar sus ideas o sentimientos por ser "infantiles", "bobos", etc. Usa lenguaje sencillo con el niño y evita tanto las abstracciones como las sobre-simplificaciones.
- Dar al niño libertad en sus juegos, permitiéndole momentos de soledad y privacidad, de encuentro consigo mismo.
- Dar al niño un espacio, por pequeño que sea, exclusivamente suyo para guardar sus cosas.
- Recordar que tanto los niños que se muestran agresivos como aquellos que se retraen de su grupo, necesitan ayuda y no castigo.
- Siempre ser sincero con el niño acerca de tus pensamientos y especialmente acerca de tus sentimientos. Bajo ninguna circunstancia se justifica mentir al niño.
- Gozar, con el niño, la mutua recuperación.

No se ha considerado proponer algún tipo de metodología o terapia lúdica básica que esté al alcance de poder aplicarla un facilitador?

19. ANEXOS

ANEXO # 1

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
UNIDAD DE SALUD MENTAL

FORMATO DE GUIA PARA FACILITAR LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

1. Preguntas Abiertas.

- ¿Que te preocupa cuando te encuentras solo?
- ¿Como afecta la soledad a tu vida?
- ¿Que sientes cuando te encuentras solo en....? (lugar específico)
- ¿Que haces cuando te quedas solo en....? (lugar específico)

2. Escucha Reflexiva

Repetición. “Frustración” ¿En que momento te sientes frustrado?

Refraseo. ¿Como se generan tus frustraciones?

Parafraseo. ¿Como reaccionas cuando te invade la frustración?

Señalamiento emocional. Frases: “lo veo un poco triste” “parece que le afecta lo que estamos hablando”, “quiere seguir hablando del tema”

Silencios. De forma no verbal le estamos indicando que lo entendemos y lo aceptamos.

3. Reestructuración Positiva.

“Entiendo como te sientes”

“Tu puedes cambiar si te lo propones”

“Es normal que actúes así”

“Me parece la idea que acabas de mencionar”

“Respeto tu punto de vista”

4. Resumir.

Retomar las ideas importantes a través de un resumen breve de la historia o dialogo que manifestó la persona.

Ejemplo de un Resumen

“Al conocer la situación por la que expresas que te sientes solo puedo decirte que cada persona sufre soledad, pero la soledad que sufres se caracteriza por una sensación de miseria, de desesperanza y por unas expectativas de la vida poco realistas, y por sentirse marginado de los demás. Sabes que las personas tímidas pueden tener cierta predisposición a tener sentimientos de soledad, es por eso que se recomienda la psicoterapia de diferentes tipos que puede ayudarte a orientar y a superar esa soledad por la que estas pasando actualmente.

Además, la existencia de sus vínculos sociales fuertes, familiares, con los amigos o con ambos, también tiene un efecto importante positivo en la recuperación.

Si quieres superar tus temores y mejorar tu calidad de vida es importante que quieras realizar el cambio en ti y utilizar tu tiempo en actividades sociales, o de cualquier grupo que proporcione un sentido de pertenencia basado en compartir preocupaciones, trabajo y otras actividades. Tu puedes, sé que puedes”

5. Afirmaciones de Automotivación.

Reconocimiento del problema: ¿De que manera esta situación ha sido importante para usted?

Expresión de preocupación: ¿Como te sientes con tu forma de actuar cuando te sientes solo?

Intención de cambio: ¿Cuales son las razones que tu vez para cambiar?

Optimismo por el cambio: ¿Que te hace pensar que podías cambiar si lo desearas? ¿Qué más...?

ANEXO 2. INSTITUCIONES NACIONALES DE APOYO EN RELACION
A LA VIOLENCIA

INSTITUCION
CRUZ ROJA SALVADOREÑA
FGR
GOBERNACIÓN
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
ISDEMU
ISNA
MSPAS
PDDH
PGR
PNC

18. BIBLIOGRAFÍA

- “Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual en la infancia” federación internacional de planificación de la familia. Región del hemisferio occidental. 1992.
- “Estrategia para el tratamiento y la prevención del maltrato físico y negligencia hacia el menor”. Federación internacional de planificación de la familia. Región del hemisferio occidental. 1992.
- “El agresor sexual y la víctima”. Miguel Ángel Soria y José Antonio Hernández, 1994.
- “El Abuso sexual, sus efectos y su tratamiento”, Dra. Carolina González, 1996.
- Páginas citadas en Internet
 - www.susmedicos.com
 - www.protegeles.com
 - www.medlineplus.com
 - www.abusosexualinfantilno.org
 - www.umm.edu.com
 - www.clinicadam.com
 - www.monografias.com
 - www.walgreensespañol.com
- ACISAM (Asociación de capacitación e investigación para la salud mental) Manual de Intervención en Crisis en situaciones de Desastres. San Salvador.

- MSPAS. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) Modelo de Intervención en Crisis en Situaciones de Emergencias y Desastres, 2006. San Salvador.
- Amaya Godoy, Ana Lilian y otros (2000) Programa de Intervención en Crisis, Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Oriente, San Miguel, El Salvador.
- Pérez Sales, EAU (2006) Trauma, culpa, y duelo. Editorial Descrea de Brouwer. Bilbao España.
- Wikipedia, La enciclopedia libre, Criterios diagnósticos del “Trastorno de duelo prolongado” de Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski (2007) propuestos para el DSM-V.
- Interpsiquis 2001. José Luis Medina Amor, José Luis Pérez e Iñigo Garicelo. Madrid España.
- Guía para la elaboración de Documentos Regulatorios Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, El Salvador.

