

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

Inserción profesional desde un enfoque de psicología de la salud y psicoeducación con estudiantes de la carrera de Derecho de la Universidad de Costa Rica, practicantes en el Consultorio Jurídico de la Defensoría de los Habitantes

Proponente: María Rodríguez Porras

Carnet: B35954

Teléfono: 8381-2721

Correo electrónico: mariaropogan@gmail.com

Comité Asesor

Directora: Dra. Ana María Jurado Solórzano

Lectora: M.Sc. Amaryllis Quirós Ramírez

Lector: M.Sc. Marco Carranza Morales

Asesora Técnica: Licda. Mónica Sancho Rueda



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 199

Sesión del Tribunal Examinador celebrada de manera virtual el día miércoles veinte de enero del dos mil veintiuno, a las diez horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de la:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
María Rodríguez Porras	B35954	3-2018

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Práctica Dirigida**, para optar al grado de **Licenciatura en PSICOLOGÍA**.

El tribunal examinador procede a presentarse y brindar su nombre completo, ubicación, su papel como miembro en el tribunal examinador, además indican que reciben video, audio y datos.

Tribunal Examinador	
M.Sc. Teresita Ramellini Centella	Presidenta
Licda. Mónica Sancho Rueda	Profesora Invitada
Dra. Ana María Jurado Solórzano	Directora de T.F.G.
M.Sc. Amaryllis Quirós Ramírez	Miembro del Comité Asesor
M.Sc. Marcos Carranza Morales	Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

La Presidenta informa que el expediente de la postulante contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO II

La postulante hace la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: **“Inserción profesional desde un enfoque de psicología de la salud y psicoeducación con estudiantes de la carrera de Derecho de la Universidad de**

Costa Rica, practicantes en el Consultorio Jurídico de la Defensoría de los Habitantes”.

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, el Tribunal Examinador considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO () APROBADO CON DISTINCIÓN (X) NO APROBADO ()

NOTA OBTENIDA (Numérica): 100

Observaciones: _____

ARTICULO V

La Presidenta del Tribunal le comunica a la postulante el resultado de la deliberación y la declara acreedora al grado de Licenciatura en PSICOLOGÍA.

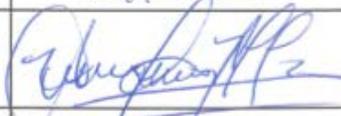
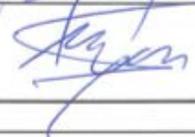
Se le indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será oportunamente convocada.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las 12:36 pm _____ se levanta la sesión.

Nombre:

Firma:

M.Sc. Teresita Ramellini Centella	
Licda. Mónica Sancho Rueda	

Dra. Ana María Jurado Solórzano	
M.Sc. Amaryllis Quirós Ramírez	
M.Sc. Marcos Carranza Morales	
María Rodríguez Porras	María Rodríguez P.

Dedicatoria

A mi mamá Alexandra, por ser la persona que más admiro y por acompañarme siempre.

A mi papá Víctor, que siempre me ha motivado e impulsado a lograr mis metas y sueños.

Agradecimientos

A la Universidad de Costa Rica y la Escuela de Psicología por transformarme y brindarme oportunidades de interactuar con personas y contextos que me han formado como mujer y profesional.

A la Dra. Ana María Jurado, por mostrarse siempre tan apasionada en la enseñanza e importancia de la Psicología, por transmitirme conocimiento y motivación, que ha sido clave para mi ejercicio como psicóloga.

A la M.Sc. Amaryllis Quirós Ramírez y M.Sc. Marco Carranza Morales, por acompañarme y asesorarme durante este proceso y ser un gran ejemplo de profesionalismo.

A la Licda Mónica Sancho Rueda, por abrirme las puertas del CJDHR, ser una mentora y acompañarme a crecer profesional y personalmente.

A los y las estudiantes de Derecho que formaron parte de esta práctica dirigida, por toda su colaboración y entrega.

Resumen

La vida universitaria se caracteriza por una serie de demandas académicas que conlleva a la carencia de conductas de salud por parte del estudiantado (Sterling, 2015; Leiva y Rojas, 2015; Norman et al., 2018). De modo que se busca que los y las estudiantes recurran a estrategias para tomar un papel más participativo en torno a sus decisiones de salud (Badilla, 2017). En el caso de la población de la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica, la situación es similar, considerando que la mayoría trabaja, estudia y durante un año realizan su experiencia profesionalizante con personas que se también se encuentran bajo altos niveles de estrés al enfrentar un proceso jurídico (Solano, 2019).

Se pretendió mediante una práctica dirigida, intervenir directamente con un grupo de doce estudiantes de Derecho que cursaron el DE-4200 Consultorio Jurídico en la Defensoría de los Habitantes, con sede en Barrio México. Además de la demanda académica de bloque completo y sus respectivos trabajos, estos y estas estudiantes debían lidiar con la carga emocional de las personas usuarias, abarcando situaciones en crisis y de distintos niveles de complejidad.

Se realizó un riguroso diagnóstico compuesto por entrevistas semiestructuradas, observaciones no participante, el Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R) e instrumentos elaborados por la estudiante de Psicología, para evaluar las conductas de salud de los y las estudiantes, así como aspectos a fortalecer en la atención a la persona usuaria. A partir de dicha triangulación de los resultados, se establecieron los enfoques de intervención: desarrollo de herramientas para la adquisición de conductas de salud, para el abordaje de crisis emocionales y la detección de posibles conductas de violencia.

La adquisición de conductas de salud se guió a partir de la bases de la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999) y la Pirámide de Necesidades de Maslow (1943), con el fin de explorar el modelo bio-psico-social (Sarafino y Smith, 2010; Stephens, 2010) y ampliando un entendimiento integral sobre la salud. Por otro lado, el control respiratorio fue la base para que el grupo de estudiantes brindara contención emocional durante una crisis. Por último, las dimensiones maladaptativas dimensiones maladaptativas de la personalidad, de Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol (2012), guiaron las preguntas a realizar para la detección de posibles conductas violentas.

A lo largo de la implementación de los siete talleres psicoeducativos, se brindó acompañamiento psicosocial a 25 personas usuarias, quienes también de beneficiaron del trabajo interdisciplinario, y además se elaboró material psicoeducativo para la disposición del Consultorio Jurídico. Los resultados principales fueron el cuestionamiento de las conductas de salud, la percepción de la salud como un proceso multidimensional, y la adquisición de herramientas para modificar las conductas de salud. Además fue posible poner en práctica recursos que los y las estudiantes pudieran utilizar para intentar disminuir los niveles de activación cognitivos y fisiológicos de las personas usuarias, y familiarizarse con las dimensiones maladaptativas de la personalidad. Lo cual permitió que los y las participantes sintieran más comodidad y confianza en su rol como practicantes.

Dichos resultados muestran los beneficios de la implementación de la interdisciplinariedad en los distintos contextos y la importancia de la triangulación de la información. Se evidencia la enorme necesidad en fortalecer programas de promoción de la salud en estudiantes universitarios (as). El desarrollo de conductas de salud requiere disciplina, pero la sobrecarga académica lo dificulta, por lo que es fundamental adaptarse a esa realidad para apoyar este proceso.

Índice de contenidos

1. Introducción	1
2. Marco de referencia.....	6
<u>2.1 Contexto: Defensoría de los Habitantes de la República y el Consultorio Jurídico de la Universidad de Costa Rica.....</u>	6
<u>2.2 Antecedentes de investigaciones y prácticas relacionadas</u>	7
2.2.1 Trabajos de investigación nacionales.....	7
2.2.2 Trabajos de investigaciones internacionales	11
3. Marco teórico y conceptual.....	19
<u>3.1 Promoción de la Salud y psicoeducación</u>	19
<u>3.2 Jerarquía de Necesidades de Maslow</u>	21
<u>3.3 Terapia de Aceptación y Compromiso</u>	24
<u>3.4 Intervención en crisis.....</u>	27
3.4.1 Primeros Auxilios Psicológicos y contención emocional	28
3.4.2 Contención emocional.....	29
<u>3.5 Violencia y su indagación.....</u>	31
4. Objetivos de la práctica	36
<i>Objetivo general</i>	36
<i>Objetivos específicos</i>	36
<i>Objetivos externos</i>	37
5. Procedimiento de la intervención.....	38
<u>5.1 Beneficiarios directos</u>	39
<u>5.2 Beneficiarios indirectos</u>	40
<u>5.3 Supervisión de la práctica.....</u>	40
<u>5.4 Precauciones y consideraciones éticas</u>	41
<u>5.5 Evaluación de la práctica.....</u>	41
6. Resultados	42
<u>6.1 Resultados del Proceso de Evaluación Diagnóstica</u>	42
6.1.1 Observaciones	43
6.1.3 Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R).....	48
6.1.4 Resultados obtenidos a partir de las entrevistas	51
6.1.5 Aplicación de la escala de atención a la persona usuaria	59
<u>6.2 Resultados de la elaboración de los talleres psicoeducativos.....</u>	62
<u>6.3 Resultados de la aplicación de los Talleres Psicoeducativos Centrados en la Promoción de la salud.....</u>	63
6.3.1 Necesidades fisiológicas	66
6.3.3 Necesidades de seguridad.....	67
6.3.4 Necesidades de afiliación y reconocimiento	68
6.3.5 Necesidades de autorrealización	70
6.3.6 Retroalimentación de los talleres de promoción de la salud	71
<u>6.4 Resultados de la Aplicación de Talleres Psicoeducativos Centrados en la Atención de la Persona usuaria</u>	72
6.4.1 Intervención en crisis – contención emocional	73

6.4.2 Indagación de posibles conductas violentas por parte de los y las usuaria	74
6.5 Resultados de la evaluación de los talleres	76
6.6 Resultados relacionados con el apoyo brindado desde la Psicología a las personas usuarias	77
6.7 Resultados de la Elaboración del Material Psicoeducativo	80
7. Discusión.....	82
8. Conclusiones	87
9. Limitaciones	92
10. Recomendaciones.....	94
<i>A la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica</i>	<i>94</i>
<i>Al Consultorio Jurídico de la Universidad de Costa Rica con sede en la Defensoría de los Habitantes</i>	<i>94</i>
<i>A la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica.....</i>	<i>95</i>
10. Referencias Bibliográficas.....	97
10. Anexos.....	108
Anexo 1: Cronograma de Actividades.....	108
Anexo 2: Consentimiento informado	109
Anexo 3: Resultados de las observaciones no participante	110
Anexo 4: Plantilla de Observación de atención a la persona usuaria	112
Anexo 5: Guía de entrevista semi estructurada sobre la atención a las personas usuarias	113
Anexo 6: Guía de entrevista semi estructurada sobre las conductas de salud de los (as) estudiantes	114
Anexo 7: Tabla con categorías diagnósticas de las entrevistas sobre la atención a la persona usuaria	115
Anexo 8: Categorías diagnósticas a partir de las entrevistas centradas en las conductas de salud de los (as) estudiantes.....	118
Anexo 9: Escala sobre la atención que se le brinda a la persona usuaria	120
Anexo 10: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades fisiológicas.....	121
Anexo 11: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades de seguridad.....	123
Anexo 12: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades de afiliación	125
Anexo 13: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades de reconocimiento.....	127
Anexo 14: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades de autorrealización.....	129
Anexo 15: Cuadro del planteamiento del taller en intervención en crisis	131
Anexo 16: Cuadro del planteamiento del taller en Indagación de posibles conductas violentas por parte de los y las usuarias	133
Anexo 17: Tabla de traducción de conductas	135
Anexo 18: Escala de Conocimiento de las Necesidades fisiológicas	136
Anexo 19: Escala de Conocimiento de las Necesidades de seguridad	137
Anexo 20: Escala de Conocimiento de las Necesidades de afiliación y reconocimiento	138
Anexo 21: Escala de Conocimiento de las Necesidades de autorrealización.....	139
Anexo 22: Escala de Conocimiento en Intervención en crisis – contención emocional	140

Anexo 23: Escala de Conocimiento en Indagación de posibles conductas violentas por parte de la persona usuaria.....	141
Anexo 24: Instrumento de evaluación de los talleres psicoeducativos	142
Anexo 25: Infografía Salud	144
Anexo 26: Infografía Necesidades fisiológicas	145
Anexo 27: Infografía Necesidades de seguridad	146
Anexo 28: Infografía Necesidades de afiliación.....	147
Anexo 29: Infografía Necesidades de reconocimiento	148
Anexo 30: Infografía Necesidades de autorrealización	149
Anexo 31: Infografía Contención emocional	150
Anexo 32: Infografía Indagación posibles conductas de violencia	151

1. Introducción

El presente Trabajo Final de Graduación se llevó a cabo a través de una práctica dirigida en el Consultorio Jurídico de la Universidad de Costa Rica (UCR), en la Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica, que se entenderá en adelante como CJDHR. Se realizó directamente con estudiantes de Derecho, con la finalidad de promover la mejora de sus conductas de salud y brindarles herramientas para sean capaces de proveer una atención más sensible y empática a la persona usuaria de este servicio. Para lograr estas metas, se asistió de forma presencial a dicho Consultorio Jurídico durante un periodo seis meses a tiempo completo.

Esta práctica se caracterizó por su interdisciplinariedad entre la psicología y el derecho, al tratarse de un proceso y filosofía de trabajo que abre espacio a nuevas formas de pensar y conocer las distintas problemáticas y situaciones, mediante el entendimiento de su complejidad y facilitando su resolución. Para lograr lo anterior, es necesario el intercambio y comunicación de la información entre las distintas disciplinas. Esta no se da de forma espontánea, sino que requiere de un orden y planeamiento que sirva de guía para las personas involucradas, permitiendo la disminución de las fronteras entre las disciplinas, desarrollar las habilidades de los y las profesionales para atender las situaciones, e incrementar sus posibilidades para adecuar sus labores individuales al trabajo en conjunto (Llano, Gutiérrez, Stable, Núñez, Masó y Rojas, 2016).

Se pretendió el compartir de saberes entre la psicología y el derecho, articulando estrategias y conocimientos desde la psicología que se implementen en el trabajo con los y las estudiantes de Derecho de la UCR, con el propósito de mejorar la atención a la persona usuaria. Una de las áreas de la ciencia de la Psicología se enfoca en el diseño e

implementación de prácticas para la mejora de la salud mental y la calidad de vida de las personas (Cepeda, 2014). Por su parte, el Derecho procura garantizar la seguridad de los individuos cuando se encuentran potencialmente amenazados, mediante el establecimiento de la forma en la que deben ajustarse los actos humanos (Poole, 2008). Se refleja que ambas ciencias se preocupan por el bienestar y seguridad de los (as) demás, afirmando la posibilidad de interacción entre ambas disciplinas. Esta integración resultó ser clave para esta práctica dirigida, al permitir que el grupo de estudiantes implementaran herramientas y conocimientos de psicología en el trabajo que desarrollan en el CJDHR, y a su propio bienestar, como resultó en el caso de la promoción de la salud.

A continuación, se presentan las razones por las cuales se consideró necesario realizar dicha intervención. Se debe destacar previamente que, de acuerdo con estudios de Cedillo *et al.* (2016) y Sánchez-Ojeda y Luna-Bertos (2015), se refleja la existencia de conductas de riesgo en estudiantes universitarios (as) cuando cuentan con pobres hábitos de salud. En el caso específico de estudiantes de Derecho que han sido parte del curso *DE-4200 Consultorio Jurídico* de la Defensoría de los Habitantes, la licenciada en Derecho Mónica Sancho Rueda, directora de este Consultorio Jurídico, manifestó que los y las estudiantes de cuarto y quinto año cuentan con una carga académica muy demandante, además gran parte de ellos y ellas trabajan, por lo que es habitual que se encuentren bajo mucho estrés (M. Sancho, comunicación personal, 26 de noviembre de 2018). Se trata entonces de una problemática sostenida a lo largo del tiempo, donde se anticipa que al comenzar con esta práctica, los y las estudiantes de Derecho contarán con este patrón.

La Licda. Sancho indicó que en la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica, no se ofrece un curso donde se enseñe a atender a las personas que demandan servicios jurídicos, por lo que el *DE-4200 Consultorio Jurídico* es el primer acercamiento ofrecido por

la carrera de Derecho donde se realiza este tipo de práctica profesionalizante. A partir de esto, se detectó la importancia de brindar procesos de psicoeducación en la atención a personas usuarias y en la promoción de la salud, al ser una herramienta para la adquisición y desarrollo de estrategias para la mejora del bienestar (Montiel y Guerra, 2016).

Al referirse a la Defensoría de los Habitantes, se comprende que se trata del ente encargado de defender los derechos de las personas, sin importar su nacionalidad (Defensoría de los Habitantes de la República, 2017). Relacionado a esto, la profesora Sancho señaló que debido a la gravedad de los casos, los y las estudiantes pueden resultar afectados (as), y, considera que no todos ellos y ellas, sean capaces de enfrentar este tipo de situaciones caracterizadas por una demanda emocionalmente significativa. He aquí otra razón por la cual la adquisición de herramientas para atender y enfrentar los casos que se vayan a presentarse es fundamental, y no se deje a un lado la calidad del servicio ofrecido.

Cabe señalar que algunos (as) estudiantes logran detectar situaciones en las cuales se sospecha que la persona usuaria se encuentra en una situación de riesgo de violencia. Sin embargo, también se han presentado casos donde los (as) usuarios (as) representan un riesgo para las personas cercanas a ellos (as). Por lo cual la profesora Sancho considera necesario brindarle al grupo de estudiantes herramientas orientadas a la detección de este tipo de situaciones y saber cómo abordarlas para colaborar en la protección de las víctimas directas e indirectas (M. Sancho, comunicación personal, 26 de noviembre de 2018).

Adicionalmente, el curso *DE-2400 Consultorio Jurídico* implica una carga académica importante para los y las estudiantes, considerando que su duración es de tres semestres, ubicado entre el cuarto y quinto año de la carrera (Facultad de Derecho, 2015). Además, según señaló la profesora Sancho, gran parte de los y las estudiantes trabaja y matricula el bloque completo, de modo que se encuentran inmersos (as) en una gran cantidad de

obligaciones. Aunado a lo anterior, este curso demanda llevar 20 casos activos, provocando que lleguen a desarrollar una enorme sobrecarga.

A partir de la información anterior, se consideró pertinente la realización de un diagnóstico desde los y las estudiantes de Derecho para identificar las posibles problemáticas que podrían eventualmente afectar su rendimiento en el Consultorio Jurídico. Por ellos, se planteó un esquema de intervención centrado en el diseño e implementación de talleres psicoeducativos para cada de los siguientes ejes: la promoción de la salud para la adquisición de conductas saludables, la enseñanza de primeros auxilios psicológicos para el manejo de situaciones de crisis, y finalmente, la indagatoria para la detección de posibles situaciones de violencia.

Simultánea a la realización de esta práctica dirigida, la estudiante de Psicología de la Universidad de Costa Rica, María Marta Artavia Alpizar, efectuaba su Trabajo Final de Graduación enfocado en el fortalecimiento del servicio de atención a mujeres usuarias afectadas por la violencia de pareja en el CJDHR. Además de atender a personas usuarias, la estudiante diseñó e implementó talleres para que los (as) estudiantes de Derecho elaboraran planes de seguridad con las usuarias. Por lo que se familiarizaron antes con los esquemas de atención a partir de primeros auxilios psicológicos y sus fases, lo cual generó que para la presente práctica dirigida no se trabajara este último tema a profundidad como estaba planeado al inicio, de modo que se enfocó en especificidades de la intervención en crisis, como la contención emocional.

La implementación de estos talleres psicoeducativos permitió que el grupo de estudiantes adquiriera estrategias para la mejora de conductas de salud, se familiarizara con herramientas de primeros auxilios psicológicos para el manejo de situaciones críticas, y aprendiera sobre la indagatoria para la detección de posibles conductas violentas.

Paralelamente a los talleres, se elaboró material psicoeducativo relacionado con estos ejes para los (las) estudiantes actuales, como para futuros (as) estudiantes de Derecho del CJDHR lo tengan a su disposición. Estos esfuerzos permitieron fortalecer el lazo entre el trabajo en conjunto de la disciplina de psicología con la del derecho, atendiendo las demandas que se presentan en el Consultorio Jurídico, promoviendo la mejora de las conductas de salud de los y las estudiantes, y la atención que recibe la persona usuaria.

2. Marco de referencia

2.1 Contexto: Defensoría de los Habitantes de la República y el Consultorio Jurídico de la Universidad de Costa Rica

La Defensoría de los Habitantes de la República (DHR) es una entidad creada en 1992 mediante la Ley 7219 y forma parte del Poder Legislativo. Su objetivo consiste en brindar protección a la población ante posibles omisiones del Sector Público, asegurando la legalidad, justicia y ética, mediante la promoción, divulgación y defensa de los derechos e intereses. Este órgano intenta adecuarse a la realidad nacional, al no realizar ningún tipo de juicio discriminatorio, respetando la dignidad y el bienestar de cada quien. Tanto en su recinto central como en sus sedes se brinda atención inmediata a todas aquellas personas que se encuentran en una situación de riesgo o daño, intentando minimizar los efectos negativos que podrían tener sobre sus derechos e intereses (Defensoría de los Habitantes, 2017).

Las personas usuarias de la DHR, pueden ser direccionadas a Consultorios Jurídicos, un servicio atendido por estudiantes de Derecho de la UCR, creados mediante la Ley 4775. *DE-2400 Consultorio Jurídico* forma parte del plan de estudios de esta facultad, siendo una materia obligatoria en donde los (as) estudiantes cumplen con un total de 208 horas durante 13 meses (Facultad de Derecho, 2015). En el caso de esta práctica dirigida, el grupo de estudiantes asiste a la sede principal de la DHR y son supervisados por la profesora Mónica Sancho Rueda, quien los guía y asesora en los procesos jurídicos. Se les pide que lleven 20 casos activos, cuya mayoría se trata de procesos judiciales, de Familia (divorcios, pensiones alimentarias), laborales, de niñez y adolescencia, civiles y ordinarios. De forma más detallada, en el informe del CJDHR de noviembre del 2018 a octubre del 2019, Sancho (2019) indica que se trabajó con 215 personas de las cuales 156 eran mujeres. En cuanto a

los tipos de procesos, la mayoría de los casos, 169, son de la materia de Familia y el resto corresponde a ordinarios. Entre los procesos de Familia más recurrentes, se abordaron divorcios, custodias, investigaciones de paternidad, regímenes de interrelación familiar y declaratorias de hijo extramatrimonial. Mientras que los procesos de menor recurrencia fueron laborales, ejecución de sentencia, cambio de nombre y cobro judicial.

2.2 Antecedentes de investigaciones y prácticas relacionadas

En este apartado se procederá a exponer investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional relacionadas con los ejes de planes de promoción de la salud, entrenamiento en primeros auxilios psicológicos o en intervención en crisis, y en la detección de posibles situaciones de violencia.

2.2.1 Trabajos de investigación nacionales

Los siguientes trabajos fueron encontradas en las fuentes de información de la UCR. Es importante referirse a la investigación no experimental por Sterling (2015) para describir parte de la población de la carrera de psicología de la Universidad de Costa Rica. Específicamente la presencia y/o ausencia de los hábitos saludables en las áreas cognitivas, emocionales y conductuales. Para lo cual se recurre a la Psicología de la Salud para justificar la importancia del aprendizaje significativo en cuanto al mantenimiento de conductas saludables y la prevención de enfermedades, considerando que los (as) estudiantes de Psicología son futuros (as) profesionales en el área de la salud.

Con la finalidad de determinar si se da la ausencia de hábitos de vida saludable y se presentan conductas de riesgo, 151 estudiantes de tercer a quinto año de carrera de las sedes Central, Caribe y Occidente, completaron instrumentos desarrollados por Sterling (2015). La creación del cuestionario permitió elaborar también un autoregistro, cuyas variables

dependientes fueron los factores de autocuidado y hábitos de vida saludable, y las independientes fueron los factores sociodemográficos, cognitivos, conductuales y emocionales. A partir de los resultados se evidencian deficiencias en la alimentación, el sueño y ocio en los y las estudiantes.

Por otra parte, Leiva y Rojas (2015), formaron grupos focales con estudiantes de ingeniería, para saber qué tipo de situaciones estresantes enfrentan. Las causas de estrés en los estudiantes se relacionaron con la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, y se conocieron las técnicas empleadas para lidiar con estas situaciones. Se identificaron factores estresantes intra y extra académicos, como la sobrecarga académica y tareas inducidas por los mismos estudiantes, evaluaciones, y distracciones de la vida cotidiana. Se determinó que los estudiantes recurren a estrategias de afrontamiento negativas, al enfocarse más en las acciones para cumplir con las asignaciones académicas inmediatas, sin tomar en consideración las consecuencias que podrían tener en su salud. Se resalta la necesidad de ofrecer una mayor cantidad de opciones de afrontamiento de estrés al estudiantado.

Asimismo, con el fin de promover estilos de vida saludables en la población universitaria del Instituto Tecnológico de Costa Rica, Badilla (2017) llevó a cabo una práctica dirigida sobre el desarrollo de destrezas personales para la adquisición de estilos de vida saludables y habilidades para la vida. Para esto, se abordaron temáticas relacionadas con el manejo emocional, el afrontamiento de problemas, el cuidado de la salud, entre otros. Los participantes lograron señalar las conductas que realizan, que son perjudiciales para su salud, cuyo reconocimiento es clave para realizar cambios en ellas y lograr mayor bienestar.

Por otro lado, Solano (2008) realizó una intervención en el Instituto WEM con hombres entre los 25 y los 54 años de edad. En los resultados obtenidos, se revela que los participantes no suelen buscar ayuda preventiva para evitar sus problemas, sino que recurren

a ella hasta que la situación se torna crítica, buscando revertirla. Los participantes señalaron que sintieron que la salud está en sus manos y no se trata meramente de un asunto aleatorio, permitiéndoles adquirir un papel más participativo en el proceso.

En cuanto a las investigaciones enfocadas en el entrenamiento de la atención en crisis, Aguilar, Barboza y Castro (2001) realizan una intervención con 48 instructores voluntarios de la Cruz Roja, en sedes de Puntarenas, Alajuela y San José. Cada uno de estos talleres se dividió en tres módulos enfocados en la definición de términos, dimensiones de la Salud Mental y en Primeros Auxilios Emocionales. Se habilitó a los voluntarios con herramientas para formar a otros socorristas en cuanto al manejo de sus emociones y proporcionar primeros auxilios psicológicos a las víctimas de desastres naturales. La pertinencia de dicha intervención yace en que la acumulación de estrés por las situaciones personales, y las experiencias características de la emergencia, ponen a prueba al socorrista en cuanto a la utilización de estrategias para disminuir temporalmente la tensión.

En esta misma línea, Araya (2004) realiza un proceso de formación y capacitación para la intervención en crisis psicológicas con los Equipos de Salud de la Dirección Regional de Servicios Médicos de la zona Huetar Norte. Entre las 234 personas participantes se encontraba personal administrativo, choferes, técnicos en atención primaria de salud, profesionales en medicina, enfermería, nutrición, odontología, trabajo social, farmacia y microbiología. Se diseñó un taller basado en los principios teóricos de la intervención en crisis aportados por los autores Slaikeu (1996) y Cohen (1999). Los (as) participantes fueron divididos en 9 grupos de 25-30 personas cada uno, y recibieron un taller de aproximadamente siete horas. Informaron haber aprendido sobre la importancia de la contención emocional, escucha activa, empatía, validación de sentimientos, búsqueda de redes de apoyo y la referencia.

En cuanto a investigaciones nacionales relacionadas con el entrenamiento en indagación de posibles situaciones de violencia, en la búsqueda realizada no se encontraron estudios sobre este tema, en donde se les brinde educación o entrenamiento a otros (as) profesionales.

Cabe señalar que la presente propuesta de práctica dirigida pretendió darle continuidad al trabajo que finalizó Solano (2019), estudiante de Psicología, en la Defensoría de los Habitantes con estudiantes de Derecho. Esta intervención se centró en el desarrollo de planes de promoción de la salud y psicoeducación, con el fin de mejorar el bienestar de los (as) estudiantes, y la calidad de atención que recibe la persona usuaria. Para esto, Solano (2019) realizó un diagnóstico, a partir del cual diseñó e implementó siete talleres centrados en la empatía, desarrollo de entrevistas, autorregulación emocional, intervención en crisis, estilos de vida saludables y autocuidado.

Asimismo, es importante referirse al trabajo de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica junto con la Vicerrectoría de Acción Social mediante el proyecto ED-2958: Pasantías de Acompañamiento Psicológico en Procesos Legales, durante los años 2013 y 2014. Se involucraron (as) docentes y estudiantes de Derecho y Psicología. Este proyecto fortaleció a los y las estudiantes de ambas disciplinas en la sensibilización social desde una perspectiva integral mediante el desarrollo de habilidades y destrezas en los procesos de atención psicolegal. Para esto, el grupo de estudiantes de derecho recibió capacitaciones ligadas a este tema y se brindó acompañamiento psicológico a los distintos casos del consultorio. No fue posible continuar con este proyecto debido a diversas razones, incluido el cierre del Consultorio Jurídico (Vicerrectoría de Acción Social, 2014).

Como se muestra en los resultados de estos antecedentes nacionales, es importante intervenir en la promoción de la salud, ya que las personas suelen utilizar

estrategias de afrontamiento negativas sin tomar en cuenta las consecuencias que traerán a su salud (Leiva y Rojas, 2015). Este tipo de intervenciones permiten que las personas adquieran un papel más participativo en las decisiones relacionadas con su salud (Solano, 2008), y que puedan realizar modificaciones en sus hábitos (Badilla, 2017). Asimismo, brindar herramientas para atender en primeros auxilios psicológicos para atender a víctimas de desastres y a pacientes del sector de la salud pública demostró ser fundamental (Aguilar, Barboza y Castro, 2001; Araya, 2004).

2.2.2 Trabajos de investigaciones internacionales

A nivel de estudios internacionales también se realizó una búsqueda ligada con investigación y prácticas de intervención en promoción de la salud en estudiantes universitarios (as), entrenamiento en primeros auxilios psicológicos y en indagación de posibles situaciones de violencia, a personas no profesionales en psicología.

En cuanto a la promoción de la salud, se destaca el estudio de McSharry y Timmins (2016), el cual evaluó el impacto de un curso llamado "Salud y Bienestar" dirigido a estudiantes de enfermería en Irlanda, para lo cual se midió el impacto en las personas que recibieron el curso y las que no, contando con una muestra de 110 participantes. En los resultados se evidencia un aumento estadísticamente significativo en el bienestar psicológico del grupo que recibió la intervención, así como un aumento en la actividad física, aunque no se mantuvo a lo largo del tiempo.

Morton, Hinze, Craig, Herman, Kent, Beamish, Renfrew y Przybylko (2017) realizan una intervención donde recurrieron a la medicina del estilo saludable para la mejora de la salud mental en estudiantes universitarios. Esta rama de la medicina estudia las causas de afecciones crónicas relacionadas con los hábitos de las personas, lo cual ha contribuido

con estrategias basadas en el estilo de vida para aliviar la depresión y mejorar el estado de ánimo. Se considera que es similar a la Psicología de la Salud, ya que intenta modificar conductas, como el aumento de los niveles de actividad física, del consumo de frutas y verduras, y mejorar los hábitos de sueño.

Dicha intervención se combinó con la teoría del comportamiento planificado, en la cual se establece que intención es el determinante del comportamiento. La intención, a su vez, está determinada por la actitud, las normas subjetivas y el control del comportamiento percibido (Norman, Cameron, Epton, Webb, Harris, Millings y Sheeran, 2018). El objetivo de la investigación consistió en modificar las actitudes de los y las estudiantes (30 hombres y 37 mujeres) hacia el bienestar, a través de desafíos semanales y educación; modificando las normas y control percibido.

Las personas participantes completaron un cuestionario de bienestar al inicio y después de la intervención, que midió los dominios de afecto positivo y negativo, así como la satisfacción general con la vida. Las variables se midieron a través de la aplicación de escalas creadas por los autores, excepto el afecto negativo, el cual se evaluó con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés de 21 ítems (DASS-21). Posteriormente, los y las participantes recibieron sesiones semanales de hora y media durante 10 semanas como parte de un curso universitario. En los resultados se registraron reducciones significativas en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés; y mejoras significativas en salud mental, vitalidad y satisfacción general con la vida (Mortol *et al.*, 2017).

Una intervención similar en promoción de la salud con estudiantes universitarios, se encuentra en el trabajo de Carranza, Caycho-Rodríguez, Salinas, Ramírez, Campos, Chuquista y Pérez (2019). Se contó con la participación de 869 estudiantes, 498 mujeres y 371 hombres, de distintas carreras de una universidad privada de Perú. Durante 8 meses, se

conocieron sus aspectos nutricionales, salud emocional y actividad física mediante el PESPS-I de Pender.

La intervención recurrió al modelo de promoción de la salud de Pender (HPM, por sus siglas en inglés), el cual ayuda a identificar los factores influyentes en las conductas de salud para alcanzar altos niveles de bienestar. Se realizan doce sesiones, no se especifica su duración, donde se intentó que los y las estudiantes aprendieran sobre los nutrientes, presión arterial y señales de peligro en la salud. Además se les enseñó a poner en práctica la relajación para el manejo y control de la tensión, y sobre la actividad física. Los resultados indican eficacia en el aumento del ejercicio, la responsabilidad en salud y el manejo del estrés (Carranza *et al.*, 2019).

Por otra parte, Korn, Ben-Ami, Azmon, Einstein y Lotan (2017), evaluaron la efectividad de un programa de promoción de la salud brindado a estudiantes de fisioterapia en Israel. Para lo cual, se compararon las percepciones y conductas de salud de los y las participantes antes y después de la intervención. En el 2012 participaron 1087 estudiantes y en el 2015 se contó con 810. En el grupo de control participaron estudiantes universitarios (as) que no cursaban fisioterapia y no tuvieron acceso al programa de promoción de la salud. La intervención educativa se basó en abarcar temas relacionados con la salud en general y se procuró que los y las participantes combinaran el entrenamiento práctico con la teoría. Se evaluaron las percepciones y conductas de los (as) estudiantes relacionadas con el fumado, la imagen corporal, la auto-imagen, la nutrición, las percepciones de la salud y el ejercicio físico. Los resultados muestran un aumento en la actividad física, mejora en la alimentación, y una imagen corporal y auto-imagen positiva en los (as) estudiantes de fisioterapia en comparación con el grupo de control.

Por su parte, Kara (2015) realiza un estudio cuasi-experimental en donde se contó con la participación de 108 estudiantes de enfermería de Turquía. El propósito de la investigación consistió en evaluar los efectos de una intervención educativa en los hábitos de salud de los y las participantes, para lo cual se estudiaron sus hábitos de salud antes y después de la intervención, así como tres años después de su finalización. Los resultados evidenciaron que los (as) estudiantes mantuvieron las conductas de salud aprendidas, incluso a los tres años de concluida la intervención.

Bazan (2018) lleva a cabo una intervención que contó con la participación de 94 estudiantes de tecnología médica en Perú, divididos equitativamente en dos grupos de control y experimental. Recibieron 12 sesiones de una hora enfocadas en el cuidado físico, alimentación saludable, sueño, relaciones interpersonales, control de estrés y toma de decisiones, entre otros. Se recurrió al test de Dosel para medir la actitud hacia la actividad física y un cuestionario creado por Bazan (2018) para evaluar los estilos de vida saludables. Los pre y post test indican cambios significativos en la actitud hacia la actividad física y el estilo de vida estudiantes, tanto en las relaciones interpersonales como hábitos de salud (sueño y alimentación saludable).

Por aparte, en cuanto a las investigaciones internacionales relacionadas con el entrenamiento de primeros auxilios psicológicos a otros (as) profesionales, se señala el de Subedi, Li, Gurung, Bziun, , Dogbey, Johnson & Yun (2015), quienes trabajaron con 120 líderes comunitarios de distintos centros de refugio para personas butanesas alrededor de los Estados Unidos. Se realizó una intervención que consistió en brindarles entrenamiento por un día en primeros auxilios en salud mental, los cuales fueron impartidos por ocho instructores, quienes enseñaron cómo actuar ante una crisis mental y brindar ayuda inicial, para después referir a la persona a otros servicios. Los (as) participantes demostraron

aumentar su habilidad para reconocer síntomas depresivos y saber qué hacer cuando se presenta esta situación.

Kılıç y Şimşek (2019) realizan un estudio con un total de 76 estudiantes de enfermería. El grupo experimental, 38 estudiantes, recibió seis sesiones de una hora enfocadas en primeros auxilios psicológicos, donde se les capacitó en autoeficacia y la modificación de sus creencias individuales sobre sus capacidades de preparación ante situaciones de desastre.

Las personas participantes completaron antes y después de la intervención, una escala de 20 ítems para medir su percepción sobre la preparación para atender situaciones de desastre, y la escala de autoeficacia general, creada por Kılıç y Şimşek (2019). Las sesiones intentaron motivar al grupo experimental a través de la relajación, la realización de juegos de calentamiento y ejercicios en las etapas de inicio y finalización de las sesiones. Al analizar los resultados, se evidencia que los puntajes promedio del grupo experimental en la escala percepción de preparación para desastres y de la de autoeficacia general aumentaron significativamente después de la capacitación, y además fueron significativamente más altos que los puntajes promedio del grupo de control.

Por otro lado, Ramírez, Harland, Frederick, Sheperd, Wong, y Cavanaugh (2014) llevan a cabo un experimento piloto en la implementación del entrenamiento en "Escuchar Proteger Conectar" (LPC, por sus siglas en inglés) a enfermeras de distintos centros educativos en Estados Unidos. Para esto, un total de 20 niños y niñas que se han visto expuestos (as) a situaciones traumáticas, asistieron a una sesión con las enfermeras que recibieron el entrenamiento. Este consistió en una intervención de tres horas y se les entregaron manuales para que las enfermeras se familiarizaran con los pasos de LPC y pudieran brindar sesiones a los y las estudiantes. Los resultados muestran que esta

intervención tuvo un impacto importante en la reducción de los síntomas de depresión y estrés post traumático.

Asimismo, Crawford, Burns, Chih, Hunt, Tilley, Hallett, Coleman y Smith (2015) proponen un protocolo para brindar primeros auxilios en salud mental a estudiantes de enfermería en Australia. Para esto se creó un grupo de control y de intervención, este último recibiría dos sesiones durante dos días. Quienes se encuentren en el grupo de intervención reciben un entrenamiento para identificar los signos, síntomas y factores de riesgo de problemas de salud mental, así como estrategias para atender a personas que estén pasando por una crisis. Inmediatamente después del entrenamiento se les brinda un cuestionario y otro a los dos meses para evaluar los conocimientos adquiridos en el curso.

Sijbrandij, Horn, Esliker, O'May, Reiffers, Ruttenberg, Stam, de Jong y Ager (2020) evaluaron la efectividad de un entrenamiento en primeros auxilios psicológicos que recibieron trabajadores y trabajadoras de las Unidades de Salud Periférica (PHU) en Sierra Leona, donde 63 participantes pertenecieron al grupo de control y 63 al experimental. El conocimiento sobre el apoyo psicosocial para las personas que están expuestas a las adversidades fue evaluado con una prueba de conocimiento general, la actitud profesional se midió con un cuestionario de 8 ítems. Adicionalmente, la confianza en el cuidado de las personas que han experimentado una crisis y la calidad de vida profesional se determinaron a través de un cuestionario de 6 y 10 ítems, respectivamente.

Los resultados demostraron que un entrenamiento en PAP mejoró el conocimiento y la comprensión sobre las estrategias de apoyo psicosocial, tanto a los tres como a los seis meses después de la evaluación inicial. Se destaca que a los seis meses, el grupo experimental mostró una mayor comprensión de la aplicación de estrategias de apoyo psicosocial en escenarios de pacientes afectados por crisis aguda (Sijbrandij et al., 2020).

Por último, en cuanto al entrenamiento en la evaluación de posibles situaciones de violencia, Papadakaki, Petridou, Kogevinas y Lionis (2013) realizaron una intervención con estudiantes de medicina de una universidad en Grecia, donde se les brindó un entrenamiento en prevención, detección y manejo de violencia. Para esto, se contó con la participación de 40 estudiantes, de los cuales 11 internos (as) y 15 residentes recibieron el entrenamiento, y 14 internos (as) formaron parte del grupo de control. El entrenamiento se dio durante dos días con un total de nueve horas, en donde se utilizaron métodos didácticos e interactivos para la identificación y documentación de abuso, así como entrevistar, realizar preguntas sensibles y referir a las personas a otras instancias.

Los resultados principales de este estudio se obtuvieron mediante la utilización de un pre-test y un post-test, en donde se les preguntó a todos los y las participantes mediante el PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*) acerca de su conocimiento en la detección de violencia, su percepción en el conocimiento de violencia y su preparación para abordar situaciones de violencia en el contexto clínico. La comparación de los resultados obtenidos antes de la intervención y 12 meses después del entrenamiento indican que el grupo de internos (as) que recibió la intervención se sentía con más preparación para abordar situaciones de violencia que el grupo de control, así como reportaron en el post-test sentirse más preparación que los y las residentes.

En la misma línea, Forgey, Badger, Gilbert & Hansen (2013) evaluaron la efectividad de un programa de entrenamiento en la detección de posibles situaciones de violencia, que recibieron profesionales en trabajo social del ejército estadounidense. Se diseñó un protocolo para la detección de este tipo de situaciones de violencia, a partir del cual ocho trabajadores (as) sociales recibieron entrenamiento durante tres días. La evaluación se realizó mediante entrevistas efectuadas por los y las participantes antes y después de la intervención. Cabe

señalar que las personas entrevistadas fueron actores y actrices, a quienes se les pidió que interpretaran a la persona agredida o agresora. Los resultados demuestran que el entrenamiento permitió que los (as) participantes mejoraran sus habilidades en identificar patrones de violencia y los factores de riesgo implicados, mostrando contar con las capacidades adecuadas para desarrollar este tipo de entrevistas.

Como se muestra en los principales resultados de estos antecedentes internacionales, la promoción de la salud entre estudiantes universitarios (as) resulta ser fundamental, ya que mediante la psicoeducación se evidenciaron cambios relacionados con el aumento de conductas de salud positivas y su mantenimiento. Además, el entrenamiento a otros (as) profesionales en primeros auxilios psicológicos permite que estas personas posean más facilidad para atender situaciones en crisis, y el entrenamiento en la indagación de violencia, permitió que los (as) estudiantes adquirieran conocimientos en cuanto a la identificación de este tipo de situaciones. Estos resultados resaltan la importancia de llevar a cabo estas intervenciones, sin embargo, no fue posible encontrar investigaciones de este tipo realizadas a profesionales en Derecho.

3. Marco teórico y conceptual

En este apartado se desarrollarán conceptos presentes a lo largo de la práctica dirigida, tomando en cuenta que su comprensión argumenta la complejidad y pertinencia de integrar dichas temática en los ejes de intervención. Se iniciará conceptualizando los temas relacionados con los talleres en promoción de la salud, posteriormente con el talleres en contención emocional y por último con la detección de posibles situaciones de violencia.

3.1 Promoción de la Salud y psicoeducación

La promoción de salud y psicoeducación fueron el soporte de este TFG. Antes de definirlos, es importante referirse a la Psicología de la Salud. Se caracteriza por realizar un aporte esencial a la promoción de la salud, dado que esta primero surgió desde el modelo conductista para promover y mantener conductas de salud, prevenir y tratar enfermedades, identificar las causas de la enfermedad y su correlación con el ambiente y las personas, así como analizar y mejorar los sistemas y políticas de salud. Para esto se basa en el modelo bio-psico-social. Los sistemas sociales incluyen a la sociedad, comunidad y familia; los sistemas psicológicos se refieren a la cognición, emoción y motivación; y los biológicos a los órganos, células, tejidos, etc. Estos tres sistemas se encuentran en una constante interacción y su estudio es de utilidad para contribuir al bienestar de la persona (Sarafino y Smith, 2010).

Una de las ramas de la Psicología de la Salud es la promoción de la salud, al generar un impacto en la comprensión de los individuos sobre su salud y estilos de vida, enfocándose en el bienestar con el apoyo de una perspectiva psicosocial, en lugar de la salud como la falta de una patología o malestar (Stephens, 2010). Es por esto que la Organización Mundial de la Salud (2016), detalla que esta se encarga de abarcar intervenciones sociales para proteger la salud y calidad de vida de las personas mediante el uso de la prevención.

La promoción de la salud es parte de la prevención primaria, la cual se preocupa por el bienestar de las personas, al definir la salud como un continuo de polos positivos y negativos: salud y enfermedad. De modo que la salud varía a lo largo de este continuo, donde también interactúan variables psicológicas, sociales y el bienestar físico (Valenzuela, 2016). Para esto, sus programas hacen referencia a la prevención de enfermedades con la ayuda de herramientas educativas, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario (Quintero, de la Mella y Gómez, 2016).

En el caso de esta práctica dirigida, se recurrió a la psicoeducación para trabajar desde el enfoque de la Psicología de la Salud y los ejes de contención emocional y detección de posibles situaciones de violencia. La psicoeducación se trata de un proceso estructurado que busca facilitar información para educar y enseñar estrategias que promuevan una mejor calidad de vida (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop y Pitschel-Walz, 2006). Esto se logra, ya que los modelos psicoeducativos procuran proveer a las personas con conocimiento y les enseña conductas para el manejo efectivo de una problemática determinada (Bhattacharjee, Kumar, Kumar, Kumar y Das, 2011).

En cuanto a sus orígenes, en 1980, la psicoeducación ha servido para brindar información a pacientes en la terapia clínica sobre su enfermedad, así como a su familia para poder involucrarse de forma asertiva en el tratamiento y prevenir recaídas. (Economou, 2015). Aunado a lo anterior, el meta-análisis realizado por Xia, Merinder y Belgamwar (2011) evidencia que la psicoeducación en personas con esquizofrenia, permitió mejorar su adherencia al tratamiento y disminuir las recaídas, al promover un mejor conocimiento y entendimiento de esta enfermedad.

Parte de la utilidad de la psicoeducación se da en la búsqueda de la mejora del bienestar de las personas, al enfocarse en las necesidades de cada individuo, tomando en

cuenta su estilo de vida y capacidades individuales para enfrentar la enfermedad, brindándoles herramientas mediante la comprensión de información para tomar decisiones y modificar conductas que promuevan una mejor salud (Montiel y Guerra, 2016; Gruezo, 2017). Es por esto que la promoción de la salud y la psicoeducación son complementos importantes para facilitar herramientas en la toma de decisiones y estrategias de afrontamiento de la propia salud. En los próximos apartados se presenta la Pirámide de Necesidades de Maslow y la Terapia de Aceptación y Compromiso, cuyas las bases teóricas guiaron los talleres enfocados en la promoción de la salud.

3.2 Jerarquía de Necesidades de Maslow

Abraham Maslow (1943) formula la Jerarquía de las Necesidades Básicas, basándose en métodos clínicos, experimentales y de observación. Se fundamenta en la teoría funcionalista, holista, psicología de la Gestalt y el dinamismo, por lo que se trata de un modelo holístico-dinámico. En esta jerarquía se expone que sistemas de motivación son fundamentales, múltiples y no independientes (Rahnama y Lofti, 2016).

La Jerarquía de Necesidades Básicas se caracteriza por seguir un orden ascendente. Maslow (1943) detalla su dinámica, al señalar que "en seguida surgen otras (y superiores) necesidades y estas dominan el organismo más que el hambre fisiológica. Y cuando estas a su vez están satisfechas, de nuevo surgen otras necesidades (todavía más superiores) y así, sucesivamente" (p. 25). A partir este enunciado se comprende que al satisfacer una necesidad, esta deja de serlo y surgen nuevas, caracterizando a las personas por su constante búsqueda de continuarlas satisfaciendo.

Los distintos niveles de la Pirámide de Necesidades Básicas fueron el eje central de los talleres enfocados en la promoción de la salud, cada uno se enfocó en un nivel, los cuales

son: necesidades fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento y de autorrealización. Las necesidades fisiológicas se refieren al funcionamiento del cuerpo humano, desde la regulación de la temperatura y hormonas, hasta el procesamiento de la comida, agua y eliminación de desechos. Para que el cuerpo sobreviva, es necesario respirar, beber agua, comer, y así poder mantener su funcionamiento. Estas necesidades se mantienen a lo largo de la vida y siempre deben ser satisfechas, sin embargo, su demanda va a depender del momento de la vida y condición de salud.

Al haber logrado satisfacer las necesidades fisiológicas, prosigue encargarse de las de seguridad. Se incluye la seguridad financiera, empleo, seguridad personal (protección contra daños corporales) y salud física. Además se basa en la estabilidad, la ausencia de caos y miedo; y contar con una estructura, orden y ley (Lonn y Dantzler, 2017; Maslow 1943). Poston (2009) detalla que cada persona buscará satisfacer esta necesidad considerando no solamente su momento e historia de vida, sino también el contexto en el que se encuentra, pero el objetivo siempre será tener estabilidad.

La tercera necesidad es la de afiliación, la cual consiste en dar y recibir afecto. Maslow (1943) la justifica explicando que como personas poseemos "profundas tendencias animales de rebaño, manada, de agruparse, de pertenecer" (p. 29), impulsándonos a buscar formar parte de grupos sociales, tener contacto humano y disfrutar del sentido de unión. Igualmente, el sentido de pertenencia permite que la persona se enfoque más en el deseo de construir relaciones con los demás (tener una pareja romántica, amigos cercanos, formar una familia). Este contacto será crucial para el aprendizaje social y en el desarrollo del carácter y autoestima (Poston, 2009), y además permite que se sienta el reconocimiento, atención y aprecio de los grupos sociales a los cuales se pertenece (Maslow, 1943).

Posteriormente se atiende la necesidad de reconocimiento, la cual, según Maslow (1943) implica el "deseo de una valoración generalmente alta de sí mismos, con una base firme y estable; tienen necesidad de autorespeto o de autoestima, y de la estima de otros" (p. 30). Al reconocerse, es posible sentir ese deseo de fortaleza, de logros, de adecuación, de confianza frente al mundo, e independencia y libertad (Lonn y Dantzler, 2017). Lo anterior implica que tengamos consciencia de quiénes somos, para lo cual debemos reconocer nuestras capacidades, competencias, dominios, debilidades y dificultades. A esto se encuentra directamente ligada la autoestima, al permitir que cada quien reconozca su adecuación a las distintas actividades y su capacidad real (Poston, 2009).

Finalmente, al satisfacer las cuatro necesidades, se atiende la autorrealización o auto-actualización, definida por Maslow (1943) como el "deseo de la persona por la autosatisfacción, la tendencia en ella de hacer realidad lo que ella es en potencia. El deseo de llegar a ser cada vez más lo que uno es de acuerdo con su idiosincrasia, llegar a ser todo lo que uno es capaz de llegar a ser" (p.32), se trata de un proceso en constante desarrollo y sin un final (Rahnama y Lofi, 2016). Trabajar en la autorrealización implica alcanzar las metas de forma realista, al reconocer nuestras capacidades y limitaciones.

Poston (2009) describe a las personas que buscan autorrealizarse como quienes adoptan un enfoque más proactivo para mejorar, así como son capaz de permanecer enfocados en resolver cualquier dilema que pueda surgir con respecto a las etapas de déficit. Una característica importante para atender esta necesidad es resolver los problemas que se presenten, al tomar decisiones basándose en los medios y fines.

3.3 Terapia de Aceptación y Compromiso

Con la finalidad de abordar los sistemas cognitivos y valores personales desde el enfoque de la salud (Rahnama y Lofti, 2016), se recurrió a la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) de Hayes, Stroschal y Wilson (1999). Pertenecce a la tercera generación de las terapia conductuales y se dirige a que la persona actúe de forma responsable según su elección personal y la aceptación de los eventos (Luciano y Valdivia, 2006).

La ACT nace como una aproximación clínica conductual basada en los valores personales para mejorar la flexibilidad cognitiva para lograr cambios conductuales, a partir de la combinación de estrategias de aceptación y toma de consciencia del comportamiento. Esta habilidad permite entrar en contacto con el presente para decidir cuáles son las conductas problemáticas que se desean modificar. Posee evidencia para tratar trastornos de la conducta alimentaria, de pánico, obsesivo compulsivo, la fobia social y el abuso de sustancias adictivas, como el tabaco y las bebidas alcohólicas (Ramírez y Vargas, 2012)

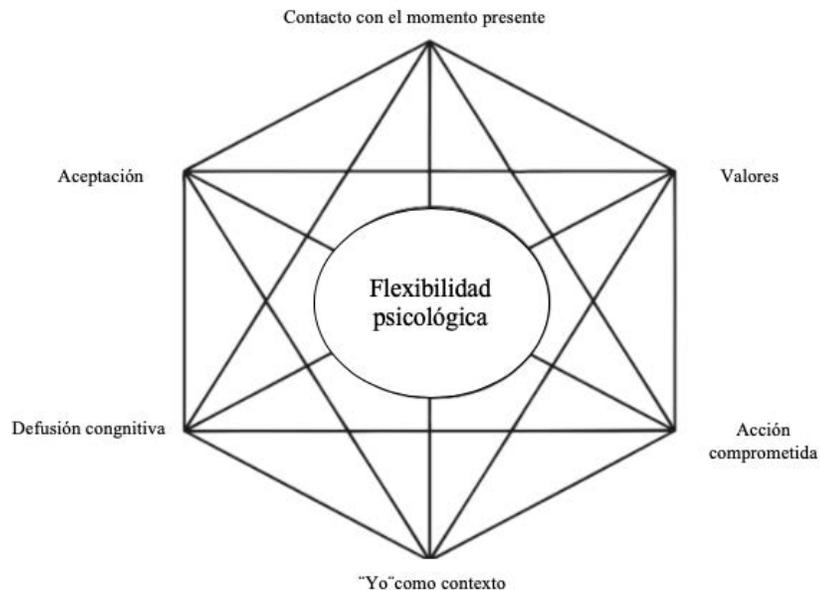
Una de las premisas de la ACT consiste en implementar conductas orientadas en los valores y la aceptación de los eventos privados, considerando que el dolor psicológico es inevitable y la evitación experiencial para lidiar con este malestar es contraproducente al aumentar el sufrimiento (Ramírez y Vargas, 2012, (Luciano y Valdivia, 2006).). Es por lo anterior que la ACT se centra en identificar pensamientos y sentimientos que actúan como obstáculo para una vida valorada y así cambiar la relación con esas experiencias internas (Stoddard y Afari, 2014).

La flexibilidad psicológica es un eje de la ACT, cuyos elementos se exponen en la Figura 1. Aumenta la capacidad de estar completamente presente y abierto (a) a las experiencias para poder tomar acciones guiadas por los valores (Stoddard y Afari, 2014).

Además, logra que los eventos problemáticos sirvan de oportunidad de crecimiento, al buscar su funcionalidad (Hayes, 1994).

Figura 1

Modelo de los procesos positivos psicológicos de la ACT (Hayes et al., 2006, p. 6)



A continuación se explican cada uno de los elementos que componen la flexibilidad psicológica:

1. **Aceptación:** implica la aceptación de los eventos privados sin intentar modificarlos, controlarlos o evitarlos (Hayes et al., 2006). La aceptación de emociones no deseadas promueve observar y aceptar la experiencia emocional para tomar otras decisiones (Stoddard y Afari, 2014).
2. **Defusión cognitiva:** consiste en observar la presencia de los pensamientos, al aceptar que no son problemáticos, a menos de que se fusione con su contenido y significado, provocando que se reaccione de forma impulsiva (Stoddard y Afari, 2014). Además, reconoce que los intentos por controlar los eventos privados originan más problemas que soluciones (Ramírez y Vargas, 2012).

3. Contacto con el momento presente: proceso de conciencia no crítica y centrado en el presente (Stoddard y Afari, 2014). La meta es que las personas puedan experimentar su entorno de manera más directa para que el comportamiento sea flexible y sus acciones consistentes con sus valores (Hayes et al., 2006).
4. "Yo" en el contexto: busca que la persona asuma una perspectiva de observador y experimentador de las experiencias internas y externas (Stoddard y Afari, 2014), para que reflexione sobre los distintos eventos y se elija el camino que se adecúe de mejor forma a los propios intereses (Ramírez y Vargas, 2012).
5. Valores: para que la persona se dirija de manera consciente y comprometida hacia las metas elegidas debe clarificar los valores de cada persona y tomar decisiones acordes a la dirección que se desea seguir (Ramírez y Vargas, 2012).
6. Acción comprometida: implica la descripción del comportamiento valorado que producirá resultados valiosos (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Es decir, permite concretar las metas guiadas por los valores (Hayes et al., 2006), y al tener una definición clara de las metas que se desean alcanzar, junto con la concretación de los valores, será posible ser consistente durante el camino.

Algunas de las herramientas que se utilizan en la ACT son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales, que concretizan los conceptos abstractos al proporcionar un contexto verbal que evoca pensamientos, sentimientos y comportamientos similares a la situación real de la persona (Ramírez y Vargas, 2012; Stoddard y Afari 2014). Durante los talleres enfocados en la promoción de la salud, se aplicaron metáforas obtenidas de Stoddard y Afari (2014). Se decidió recurrir a las metáforas, ya que como señalan Ramírez y Vargas (2012), permiten establecer "un nuevo contexto verbal que valida el conocimiento del propio sujeto para quebrantar la lógica detrás del comportamiento de evitación" (p. 105).

3.4 Intervención en crisis

Posterior a los talleres en promoción de la salud, se realizó un taller enfocado en la intervención en crisis, al buscar que el grupo de estudiantes pueda tratar a la persona usuaria con sensibilidad y empatía, y le brinde contención emocional. Este último punto se debe a que en el CJDHR las personas suelen llegar con importantes niveles de desgaste emocional (M. Sancho, comunicación personal, 26 de noviembre de 2017).

En cuanto a la crisis es importante señalar que puede referirse a las circunstancias o experiencias que amenazan la sensación de bienestar de la persona, lo cual podría implicar la pérdida o una amenaza de pérdida, que genera cambios en la relación consigo mismo o con otras personas. No se puede definir qué va a producir o desencadenar una crisis, ya que depende de la situación y circunstancias que está pasando la persona, las cuales son mediadas por la percepción y sus habilidades para lidiar con dichas circunstancias (Dattilio y Freeman, 2007). También se entiende como crisis un estado temporal en la que la persona "por algún acontecimiento demandante, percibido por el individuo como amenazante, desafiante; dicho estado se caracteriza por una desorganización que se puede manifestar en los procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales, conductuales y sociales" (Parada, 2012, p.10).

Las crisis pueden darse por detonantes circunstanciales o de desarrollo. El primer caso se refiere a los factores relacionados con cambios ambientales, como por ejemplo la muerte de una persona cercana o un incendio. Mientras que las crisis de desarrollo son aquellas implicadas en el desarrollo de cualquier persona (Slaikeu, 1998). La forma de enfrentar la crisis depende de la interpretación que se le da, así como de las estrategias de afrontamiento, redes de apoyo, entre otras.

3.4.1 Primeros Auxilios Psicológicos

Para atender a este tipo de crisis emocionales, puede recurrirse a los primeros auxilios psicológicos (PAP), ya que se refieren a la intervención en primera instancia donde se busca restablecer el enfrentamiento inmediato ante la crisis que se está viviendo (Osorio, 2017). Se diferencia de la intervención psicológica, dado que en esta los eventos se discuten en detalle, y es brindada por profesionales en este campo. Por el contrario, cualquier persona capacitada en primeros auxilios psicológicos, puede proporcionarlos, al no evaluarse los problemas graves de salud mental (Kılıç y Şimşek, 2018).

Los PAP facilitan que la persona afectada pueda sentir "calidez, empatía y escucha que permita aterrizar las ideas y proporcionar una atmósfera en la que el temor, la ira, la ansiedad y otras emociones puedan expresarse libremente" (Osorio, 2017, p.7). Para lograrlo, Slaikou (1998), propone como fases el contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, analizar las posibles soluciones, asistir en la ejecución de una acción concreta y darle seguimiento a la persona.

Dado que los primeros auxilios psicológicos se tratan de un proceso estructurado, Field, Wehrman y Yoo (2017) detallan su procedimiento en 8 pasos: 1) Contacto y compromiso: construir confianza haciéndole saber a la persona que puede hablar y que alguien la está escuchando; 2) Seguridad y comodidad: promover mediante verbalizaciones y conductas que la persona se sienta cómoda y segura; 3) Estabilización (si es necesario): ayudar a calmar a la persona; 4) Atención de necesidades e inquietudes: preguntarle a la persona si tiene alguna duda, 5) Recopilación de información sobre necesidades e inquietudes actuales: preguntarle a la persona lo que necesita en ese momento; 6) Asistencia práctica, conexión con apoyo social: evaluar con la persona con cuáles redes de apoyo cuenta; 7) Información sobre cómo hacer frente: identificar otras estrategias para hacer frente a sus

pensamientos y sentimientos; y 8) Conexión con servicios de colaboración: referir a la persona a servicios que le puedan ayudar dependiendo de sus necesidades.

3.4.2 Contención emocional

Este TFG se centró en la contención emocional, ya que como se explicó, otra estudiante de Psicología trabajó con el grupo de estudiantes de Derecho la intervención en crisis. De modo que se reforzó con los y las estudiantes su conocimiento en las crisis emocionales, las cuales según Sánchez y Condori (2018), implican un estado temporal de desorganización, caracterizado por la confusión emocional y descontrol, que puede suceder cuando la persona experimenta un evento adverso. Para saber si alguien está pasando por una crisis emocional, es necesario escuchar a la persona y detectar si siente impotencia en cuanto a sus problemas.

Las cogniciones son uno de los factores más importantes que afectan la escalada de crisis, al incluir actitudes negativas, suposiciones, distorsiones información y malinterpretaciones (Dattilio y Freeman, 2007). Además del alto grado de estrés que se puede experimentar, la OMS (2012) detalla que se pueden presentar también fuertes reacciones fisiológicas como temblores, dificultades para respirar y/o aceleración del ritmo cardíaco.

Es por estas razones que la contención emocional resulta ser una gran herramienta, al tratarse de "un conjunto de procedimientos básicos que tienen como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de una persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional" (Sánchez y Condori, 2018, p. 5). Además proporciona calma al transmitir sensaciones de alivio físico y emocional para promover la expresión de la persona a través de la escucha activa y la empatía.

Específicamente en la escucha activa, Sánchez y Condori (2018) detallan que se trata de la capacidad de atender a lo que la otra persona comunica con el fin de comprender lo que desea expresar, permitiendo una apertura de pensamientos y emocional sin emitir juicio. Mientras que la empatía se trata de entender los sentimientos de la otra persona y comunicar esa comprensión; a la vez que se intenta poner el los zapatos del otro/de la otra, para adquirir una perspectiva de su realidad.

Como se mencionó, hay una gran activación a nivel del sistema nervioso central, por lo que la contención emocional también busca disminuir esa actividad cortical, y las descargas de ciertas hormonas y neurotransmisores. Lo cual a la vez permite baja el nivel de la activación cognitiva, para lograr un mayor control sobre los estados y respuestas emocionales. Asimismo, se potencia el funcionamiento ejecutivo y la toma de decisiones, esta última es clave para la búsqueda alternativas y soluciones ante la crisis (Labrador, 1993; Norelli y Krepps, 2019).

Para estos casos, las técnicas de relajación resultan ser estratégicas para aumentar la sensación de calma, al reducir los niveles de activación cognitiva y fisiológica (Norelli y Krepps, 2019). Por ejemplo, la relajación progresiva de Jacobson, el control de la respiración, el entrenamiento autógeno, yoga, la meditación, son algunas de las técnicas que facilitan el control voluntario de la respiración y relajan voluntariamente los músculos del cuerpo. (Boja, 2018).

Finalmente, el control respiratorio puede ser de gran utilidad para brindar contención emocional a través de las técnicas de relajación, dado que se trata de una estrategia flexible, compuesta por una amplia grama de técnicas de respiración. Como indican Cortés y Figueroa (2016), se requieren algunos minutos para enseñar y poner en práctica la ventilación; lo cual es ideal también para la persona que aplica las técnicas, al ser sencillas de manejar.

3.5 Violencia y su indagación

La violencia, según la OMS (2019), se refiere al uso intencional de la fuerza física y/o amenazas contra una o más personas, y que puede dar como resultado daños psicológicos, problemas de desarrollo, traumatismo o muerte. Al tratarse de un constructo amplio, la OMS (2002) realiza una división de la violencia en tres categorías: interpersonal, auto infligida y colectiva.

La categoría interpersonal se refiere a otros tipos de violencia, entre las que se encuentran la violencia sexual, el maltrato y abandono de menores de edad y la violencia contra la pareja. Sanz-Barbero, Rey y Otero-García (2013) señalan la violencia doméstica, que incluye también la violencia contra la mujer, y que, según se indica, constituye un problema social, dado que las mujeres que la sufren se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad en cuanto a su salud, destinándose gran cantidad de recursos sanitarios y sociales a esta población.

En el caso de Costa Rica, el Ministerio de Salud reporta en "Casos Notificados de Violencia Intrafamiliar en boleta VE-01" (2015) que en el 2015 se reportaron 12.941 casos de violencia intrafamiliar. De estas notificaciones, 8.822 corresponden a denuncias interpuestas por mujeres, además se indica que los y las menores de edad fueron de la población con mayor incidencia. Cabe señalar además que el abuso sexual, psicológico y físico fueron los tipos de violencia con más notificaciones. Esta cifra aumentó en el primer trimestre del 2020, siendo 14.513 los casos de violencia doméstica reportados (Pomareda, 15 de mayo de 2020).

Aunado a esto, el Observatorio de violencia de género contra las mujeres y acceso a la justicia (2019), reporta que entre el 2010 y el 2017, se solicitaron 384.112 medidas de

protección, para un promedio de 132 medidas de protección por día. Siendo las mujeres, en la mayoría de los casos quienes solicitan esta protección contra los hombres.

La exposición directa (victimización personal) y la indirecta (presenciar o escuchar la victimización de un familiar, amigo o vecino) se encuentran correlacionadas y son parte de estas dinámicas de violencia (Zimmerman y Posick, 2016). El estudio Longitudinal Avon de Padres e Hijos en Bristol, Inglaterra (ALSPAC por sus siglas en inglés) investiga los efectos duraderos en la epigenética en niños y niñas que han sido expuestos (as) ante situaciones adversas durante sus tres primeros años de vida, tales como el abuso por parte de un padre u otro cuidador, inestabilidad familiar, estrés financiero familiar, entre otros.

En casos de violencia intrafamiliar, es posible que menores de edad sean testigos del maltrato que se vive en el hogar, siendo expuestos de forma indirecta, lo cual puede generar que presenten problemas para dormir, pensamientos intrusivos y limitaciones sociales al hablar sobre violencia y eventos de la vida (Kliewe y Lepore, 2015). En esta misma línea, Blair, McFarlane, Nava, Gilroy y Maddouz (2015) señalan en su estudio que los hombres menores de edad testigos de violencia intrafamiliar pueden llegar a considerar la violencia entre hombres y mujeres como normal, al percibirla como una forma aceptable de resolver conflictos y que esta puede caracterizar a las relaciones íntimas.

La violencia además puede ser potenciada por los factores de riesgo, por ejemplo, tener bajos ingresos, ser menor edad, tener muchos hijos, sufrir de depresión y el consumo de alcohol (Puente-Martínez, Ubillos-Landa, Echeburúa y Páez-Rovina, 2016). Otras situaciones adversas como vivir en un barrio en desventaja social, el estrés familiar y financiero, el abuso físico o sexual, pueden ejercer un aumento de la metilación y el posible desarrollo de traumas, lo cual se supo al analizar el ADN de los y las participantes (Dunn, Soare, Zhu, Simpkin, Suderman, Klegel, Smith, Ressler y Relton, 2019).

En cuanto a la indagación de posibles conductas violentas, es necesario prestarle atención a ciertos elementos, tales como: la naturaleza del peligro, la probabilidad de ocurrencia, la frecuencia o duración, la gravedad de sus consecuencias y su inminencia o duración (Orozco y Quesada, 2018).

Asimismo, es pertinente tomar en consideración las cuatro categorías de factores de riesgo formuladas por Monahan (2006): lo que la persona es (edad, género, etnia), lo que la persona posee (trastornos mentales severos, trastornos de personalidad, problemas con el consumo de sustancias, etc.), lo que la persona ha hecho (violencia previa, crímenes, peleas físicas); y lo que le ha ocurrido a la persona (procesos de victimización, violencia familiar, etc.)

Continuando con la personalidad violenta, Chox (2018) explica que la personalidad se compone por las dimensiones que:

Tienden a permanecer estables durante el desarrollo de la vida que va de la niñez a la edad adulta, además las diferentes experiencias sociales, comportamientos y ambientes de cada individuo. Las circunstancias pueden cambiar, pero las dimensiones permanecen siempre, se desarrollan en base a influencia, por lo tanto predice determinados comportamientos, por ejemplo, la amabilidad, estabilidad emocional, sociabilidad y creatividad. En la mayoría de los casos, el individuo encuentra respuestas consistentes con los rasgos de personalidad subyacente. (p 20)

A partir de esta definición, Chox (2018) se centra en detallar la agresión, en donde la persona desea imponer a la fuerza su voluntad sobre los (as) demás para causarles daño físico o psicológico. Lo anterior puede desencadenar sentimientos negativos relacionados con el enojo y la indignación, al sentirse amenazado (a) de que las cosas no salgan como desea. Este

tipo de conductas son observables en las relaciones interpersonales, generando sensaciones de conquista y lucha.

En esta misma línea, es importante enfocarse en las dimensiones maladaptativas internalizadas y externalizadas de la personalidad, operacionalizadas por Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol (2012). Entre las conductas internalizadas se encuentran:

- La hostilidad: se caracteriza por la negatividad frecuente y persistente hacia las demás personas. Se experimenta frustración, resentimiento y desconfianza, que pueden llegar a cometer conductas malintencionadas. La persona puede comportarse de forma hostil, no detectar ni reconocer estas conductas como problemáticas.
- La inestabilidad emocional: cambios intensos, frecuentes y pronunciados de estados de emocionales que dificultan mantener un estado emocional consistente. La persona puede reaccionar de forma intensa y desproporcionada a las situaciones.
- La perseveración: se relaciona con realizar las actividades de determinada manera, a pesar de que no sea funcional o efectiva.
- El afecto negativo: ansiedad, miedo, enojo, tristeza, culpa, irritabilidad, entre otras emociones molestas para quien las experimenta.

Entre las dimensiones externalizadas maladaptativas de la personalidad, Krueger *et al.* (2012) operacionalizan:

- La manipulación: controlar a otras personas para el beneficio propio, sin que haya un interés o preocupación por las consecuencias que esto podría traer.
- El engaño: se suele exhibir una imagen distorsionada de sí mismo (a) y se alteran historias y acontecimientos personales, contando con la habilidad de contar relatos falsos de forma detallada con facilidad.

- La impulsividad: predisposición a actuar de forma no premeditada, potenciando que la persona actúe cuando se presente la oportunidad.
- La búsqueda de sensaciones y riesgos: búsqueda constante de metas de forma imprudente y puede estar involucrado (a) en conductas de riesgo, como consumo de drogas, manejar bajos los efectos de alcohol, participación en apuestas, , etc.
- Búsqueda de atención: la persona suele sentir incomodidad cuando no es el centro de atención, por lo que intenta dirigir la atención hacia él/ella.

4. Objetivos de la práctica

Objetivo general

Implementar una intervención enfocada en promoción de la salud, indagación de situaciones de violencia y capacitación en primeros auxilios psicológicos en estudiantes del curso DE-4200 Consultorio Jurídico de la Universidad de Costa Rica en la Defensoría de los Habitantes.

Objetivos específicos

1. Elaborar una evaluación de las necesidades de los y las estudiantes de Derecho en cuanto a su calidad de vida y bienestar.
2. Facilitar herramientas al grupo de estudiantes para atender las necesidades detectadas en cuanto a la mejora de su calidad de vida y bienestar mediante el diseño de planes y talleres enfocados en la promoción de la salud.
3. Instrumentar al grupo de estudiantes de Derecho para aumentar la detección de posibles situaciones de violencia donde menores de edad se puedan encontrar implicados/as, mediante la implementación de talleres sobre indagatorias sensibles.
4. Habilitar a los y las estudiantes con herramientas para intervenir en situaciones de crisis a través del desarrollo de talleres en primeros auxilios psicológicos.
5. Evaluar si los y las estudiantes han aplicado los conocimientos y herramientas adquiridas durante los talleres mediante el diseño y aplicación de un plan de evaluación.
6. Apoyar, a través de material psicoeducativo en promoción de la salud, la identificación e indagación de posibles situaciones de violencia y de primeros

auxilios psicológicos a la persona usuaria, para los y las actuales y futuros/as estudiantes de Consultorio Jurídico

Objetivos externos

1. Contribuir al desarrollo de una atención especializada a las personas usuarias del servicio, por parte de los y las practicantes del curso *DE-4200 Consultorio Jurídico* en la Defensoría de los Habitantes.
2. Aportar al trabajo interdisciplinario entre la Escuela de Psicología y la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica.

5. Procedimiento de la intervención

Para realizar dicha intervención, se llevó a cabo una evaluación sistemática de las necesidades y limitaciones presentes en el CJDHR. Para lo cual, se inició con un diagnóstico para identificar cuáles eran los factores necesarios de abordar desde el área de la psicología. De modo que con la ayuda de la profesora encargada del CJDHR, la licenciada Sancho, y de los (as) las estudiantes, se detectaron aquellas problemáticas individuales y vivenciales, grupales, e institucionales, que caracterizaron la situación del Consultorio Jurídico.

La propuesta de esta práctica dirigida se diseñó entonces a partir de las necesidades reportadas en el Consultorio Jurídico de la Defensoría de los Habitantes, en donde se realizaron intervenciones directas con los y las estudiantes de Derecho para poder atender las demandas indicadas en los objetivos.

Para lo anterior, esta práctica profesionalizante se dividió en los siguientes ejes: 1) Evaluación diagnóstica, 2) Desarrollo del planteamiento de talleres psicoeducativos enfocados en tres áreas: promoción de la salud, primeros auxilios psicológicos e indagatoria de posibles situaciones de violencia en donde personas menores de edad pueden verse implicados/as, 3) Intervención, es decir, la aplicación de dichos talleres, 4) Elaboración de materiales psicoeducativos y 5) Devolución a la asesora técnica y al grupo de estudiantes de Derecho parte de la práctica dirigida. Paralelo a los ejes de intervención, se diseñó el material psicoeducativo y cada uno de los talleres fue evaluado para saber si los (as) estudiantes aprendieron de estos. En el Anexo 1 se aprecia el cronograma donde se especifica el momento de realización de cada etapa del proceso.

5.1 Beneficiarios directos

Los (as) estudiantes de Derecho que cursan *DE-4200 Consultorio Jurídico* en la DHR fueron la población beneficiaria directa de la práctica. Al inicio se les solicitó información para comprender su contexto académico y laboral. A partir de estas respuestas, se conoció que los y las doce estudiantes, seis hombres y seis mujeres, comprenden las edades de los 20 a los 30 años. De los (as) cuales, siete personas poseían un trabajo relacionado con su profesión, y cinco se dedicaban completamente a la universidad. La cantidad de casos activos abordados en el CJDHR varió entre los 15 y 33 usuarios (as) por estudiante, mientras que nueve estudiantes matricularon de 6 – 8 cursos.

Es importante señalar que los y las estudiantes no realizaban la práctica profesionalizante al mismo tiempo, sino que fueron distribuidos (as) en cuatro horarios, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 2

Horarios de los cuatro grupos de estudiantes

Grupo	Horario	Número de estudiantes
Grupo #1	Lunes de 1:00 pm a 3:00 pm	2 estudiantes hombres
	Jueves de 1:00 pm a 3:00 pm	Total: 2
Grupo #2	Lunes de 3:00 pm a 5:00 pm	2 estudiantes mujeres
	Jueves de 3:00 pm a 5:00 pm	2 estudiantes hombres Total: 4
Grupo #3	Martes de 1:00 pm a 3:00 pm	3 estudiantes mujeres
	Viernes de 1:00 pm a 3:00 pm	2 estudiantes hombres Total: 5
Grupo #4	Martes de 3:00 pm a 5:00 pm	1 estudiante hombre
	Viernes de 3:00 pm a 5:00 pm	Total: 1

Aunque el CJDHR establece que el horario de cada estudiante es de cuatro horas semanales, generalmente los (as) estudiantes llegaban antes o se quedaban más tiempo en el espacio del Consultorio. Lo cual sucedía porque debían cumplir con la entrega de escritos o

se encontraban atendiendo a los usuarios (as), de modo que por lo general, en el espacio de trabajo, se encontraban más estudiantes presentes de los que se indican en la Tabla 2.

5.2 Beneficiarios indirectos

Debido a que los procesos jurídicos pueden resultar largos y complicados para la persona usuaria, es importante que los (as) estudiantes de Derecho fueran capaces de brindar un acompañamiento psicosocial, por lo que se define que los beneficiarios indirectos fueron las personas usuarias del CJDHR. Además, al encontrarse los (as) estudiantes de Derecho habilitados (as) con herramientas de contención emocional, se les posibilita brindar una mejor atención a la persona usuaria.

Asimismo, mediante el taller sobre la detección de posibles conductas de violencia, los (as) estudiantes conocieron formas de indagar si una persona mejor de edad o allegada al usuario (a) podría encontrarse en riesgo. Por lo tanto, niños, niñas y adolescentes y mujeres podrían beneficiarse indirectamente de esta práctica.

5.3 Supervisión de la práctica

La directora de esta práctica dirigida, la Dra. Ana María Jurado, brindó supervisiones a la estudiante de psicología cada dos o tres semanas, las cuales fueron presenciales o virtuales. Su frecuencia de dependió de la etapa en la que se encontrara la intervención, por lo que se realizaron un total de 9 supervisiones. Asimismo, respondía a través del correo electrónico las inquietudes que se le realizaran. También se realizó una supervisión presencial con el lector M.Sc. Marco Carranza, quien colaboró en el diseño del taller enfocado en la intervención en crisis.

La comunicación con la asesora técnica, la Licda. Mónica Sancho, fue constante gracias a que ella se encontraba siempre presente en el CJDHR. Durante los intercambios de

la información se le indicaba lo que se haría durante la práctica, la fase en la que se encontraba y se negociaban los espacios para aplicar los talleres. Se aprovechó el conocimiento jurídico de la profesora Sancho para que aclarara los conceptos del área del derecho.

5.4 Precauciones y consideraciones éticas

Con el fin de realizar esta práctica dirigida, se contó con la aprobación de la directora del CJDHR. Antes de comenzar con la etapa diagnósticas, los (as) doce estudiantes firmaron el consentimiento informado (Anexo 2), dando a entender que su participación era voluntaria y confidencial. Al no ser de carácter obligatorio, podían retirarse de la intervención si lo deseaban, sin embargo todos y todas fueron parte del proceso.

5.5 Evaluación de la práctica

Para evaluar dicha práctica, se entregó a los (as) estudiantes de Derecho instrumentos de evaluación cuantitativos y cualitativos que fueron diseñados por la estudiante practicante. Se trataron de escalas Likert para conocer si se presentaron cambios en el conocimiento de los (las) estudiantes antes y después de cada uno de los temas de los talleres. Igualmente, se completaron instrumentos para indagar sobre los conocimientos principales de los talleres según el grupo de estudiantes y del rol de la facilitadora.

6. Resultados

Se especificarán los resultados de la evaluación diagnóstica y de cada uno de los talleres, para evidenciar si los y las estudiantes obtuvieron conocimientos. Por último, se presentará información sobre los casos atendidos por la estudiante de Psicología, y se indicará el material psicoeducativo elaborado.

6.1 Resultados del Proceso de Evaluación Diagnóstica

Desde el primer día de la práctica se realizó la evaluación diagnóstica, centrada en la indagación de la atención que brinda el grupo de estudiantes a las personas usuarias, y de las conductas de salud presentes en los y las participantes. Se presentarán los resultados en distintas categorías, ya que se efectuaron observaciones no participantes, entrevistas semiestructuradas sobre la atención de la persona usuaria y las conductas de salud, se aplicó el inventario SCL-90 y una escala diseñada por la estudiante de Psicología sobre las conductas de salud, cuyo contenido se obtuvo a partir de la revisión de instrumentos similares utilizados en los trabajos de investigación revisados. En la Tabla 3 se detalla el proceso de la evaluación diagnóstica junto con las fechas de aplicación:

Tabla 3

Proceso de la evaluación diagnóstica

Evaluación diagnóstica	Fechas
1. Observación no participante del Consultorio Jurídico	23.09.19-27.09.19
2. Observación de la atención brindada a la persona usuaria	30.09.19-15.10.19
3. Aplicación del inventario SCL-90-R	07.10.19-10.10.19
4. Entrevista semiestructurada sobre la atención brindada a la persona usuaria	17.10.19-14.11.19
5. Aplicación de escala sobre la atención de la persona usuaria	21.10.19-07.11.19
6. Entrevista semiestructurada sobre las conductas de salud de los y las estudiantes	12.11.19-25.11.19

6.1.1 Observaciones

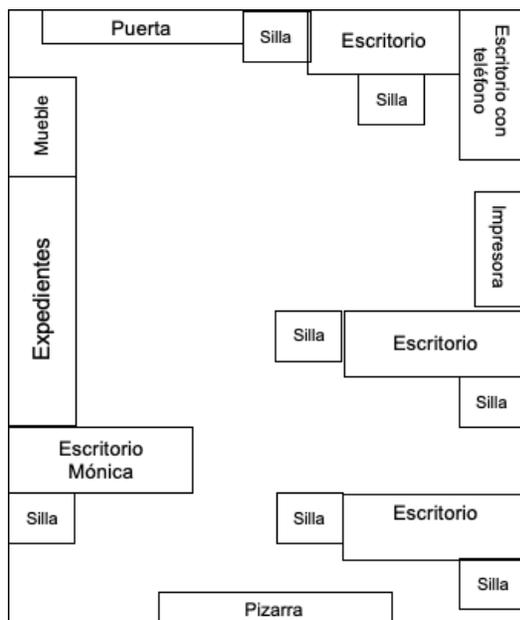
Esta primera parte de la fase diagnóstica se llevó a cabo en dos etapas: observaciones no participantes y observaciones de la atención a la persona usuaria. Las observaciones no participantes se realizaron durante la primera semana de la práctica dirigida. Mientras que las observaciones de la atención a la persona usuaria se llevaron a cabo durante quince días y dependieron de las disponibilidades de los (as) estudiantes de Derecho.

6.1.1.1 Observaciones no participante

Estas observaciones no participante directas se realizaron desde los primeros cuatro días de la práctica dirigida, para lo cual la estudiante de Psicología observaba dentro del Consultorio Jurídico las situaciones que acontecían. Es importante señalar que durante las observaciones no se interactuaba con el grupo de estudiantes ni con la profesora Sancho. En la Figura 5 se aprecia la ubicación espacial del Consultorio Jurídico, dentro del cual se realizaron estas observaciones, las cuales tuvieron una duración respectiva de 3h45min, 3h10min, 3h45min y 3h50min.

Figura 4

Espacio físico del CJDHR



Al finalizar estas cuatro observaciones no participantes y digitalizar la información documentada, se extrajeron siete categorías diagnósticas para sistematizar las situaciones observadas. Estas categorías son variadas y no se enfocan en una sola temática, dado que se prestó atención a todos los aspectos que sucedían en el CJDHR que fueran de utilidad para comenzar a direccionar el diagnóstico. En el Anexo 3 se detallan las situaciones observadas que conformaron cada una de las categorías.

Se destaca que los (as) estudiantes mostraron empatía hacia las personas usuarias al decirles que no se preocuparan, que ayudarían en lo que fuera posible. Una estudiante incluso le ofreció comida a una usuaria que tenía hambre y otra estudiante le comentó a la practicante de Psicología que le preocupaba haber ofendido a una usuaria por unas preguntas que le realizó.

Debido al reducido espacio del CJDHR, dos estudiantes compartían un escritorio y una trabajó en una silla, de modo que se dificultaba que se atendieran a usuarios (as) en ese sitio. A nivel de organización se observó que en numerosas ocasiones los (as) estudiantes le preguntaban a la misma persona usuaria que se encontraba afuera, a quién esperaba. Esto porque no sabían si sus colegas ya se le había solicitado esta información antes.

Algunas situaciones de estrés importantes se dieron cuando dos estudiantes informaron que faltarían a clase para quedarse más tiempo en el Consultorio para atender a usuarios (as) y terminar escritos. Otro estudiante llegó desde las 9:30am al Consultorio Jurídico, cuando su hora de entrada era a la 1:00pm, para poder tener escritos preparados. Una estudiante debía ir al trabajo, sin embargo decidió pedir permiso para faltar, ya que era urgente que terminara un escrito. Estas situaciones reflejan que dos horas no son suficientes para atender a los y las usuarias, y ese mismo día presentar los escritos necesarios, por lo que el grupo de estudiantes debe comprometer su tiempo de universidad y trabajo. Igualmente,

uno de los estudiantes comunicó a otra que no sabía cómo podía seguir trabajando y llevar cursos, a lo que le responde que se compre un relajante muscular. En cuanto a trabajar horas extra, una estudiante manifestó que tal vez un día podría irse temprano, refiriéndose a que normalmente no sale a la hora de su horario matriculado.

Durante estas observaciones no participante, los y las estudiantes manifestaron aspectos relacionados con sus conductas de salud, como por ejemplo cuando a las 4:15pm, un estudiante dijo que se le había olvidado almorzar, otra estudiante pidió atender a una usuaria 10 minutos tarde para poder almorzar, ya que no tuvo tiempo; y otro estudiante dijo en voz alta que quiere hacer ejercicio pero no cuenta con el tiempo.

Otro aspecto importante de señalar es que la licenciada Sancho le ayudaba al grupo de estudiante a comunicarse con los y las usuarias por teléfono o en persona. Para esto, les brindaba ideas para saber qué preguntas hacerles y cómo informar sobre situaciones y actualizaciones del caso.

Fue posible observar que los y las estudiantes se preocupaban por el bienestar de la persona usuaria, como cuando se le pidió a la estudiante de Psicología que tuviera una sesión con la usuaria, ya que consideró que necesitaba acompañamiento. En esta misma línea, una estudiante sospechó que la usuaria con la que trabajaba era víctima de trata de personas, por lo que recurrió inmediatamente a la profesora Sancho para comunicarle la situación. Otra estudiante consideró extraño que una usuaria negara un suceso que se indicaba en el documento de la demanda, relacionado con haber maltratado físicamente a sus hijos. Esta misma estudiante decidió tener una sesión extra con una usuaria, quien quería obtener la guarda crianza de su hijo, ya que tenía dudas si sería capaz de vivir con el niño.

En cuanto al manejo emocional que implica trabajar determinados casos, la licenciada Sancho comentó con los y las estudiantes la situación de una persona usuaria, en donde el

juez tomó una decisión que fue calificada como injusta por el grupo de estudiantes, generando tristeza y frustración. También sucedió que un estudiante discutió con la profesora un caso, a lo que esta le respondió: "es un caso complicado y va a doler".

6.1.1.2 Observación de la atención a las personas usuarias

En esta etapa de observaciones, fue posible sentarse al lado de los y las estudiantes mientras atendían a las personas usuarias. Antes de atender a la persona, se explicaba que se les acompañaría durante la consulta jurídica y que no se realizarían interrupciones. En todas las ocasiones los (as) estudiantes y las personas usuarias se encontraron de acuerdo con que la estudiante de Psicología se encontrase presente.

Se le recordó al grupo de estudiantes que se observaría la estructura de la consulta jurídica y su manejo de la misma, y que los resultados se mantendrían confidenciales. Durante un periodo de dos semanas se observó a once estudiantes brindando la consulta jurídica. Las duraciones variaron dependiendo del caso abordado, cuyo rango fue de 28 a 75 minutos y el promedio de 54 minutos.

Cabe señalar que mientras se realizaban las observaciones de atención a la persona usuaria, se completaba una plantilla de 23 ítems desarrollada por la estudiante de Psicología, encontrada en el Anexo 4, para verificar cuáles conductas se daban durante la consulta jurídica por parte del o de la estudiante. En el Gráfico 5 se exponen los resultados obtenidos de las observaciones, en donde se presenta la frecuencia de las conductas señaladas en los ítems.

Gráfico 5

Plantilla de observación de la atención a las personas usuarias



La finalidad de la plantilla consistió en conocer si los y las estudiantes mostraban interés por lo que se les comunicaba, intentaban comprender mejor el caso, explicaban el lenguaje técnico, aclaraban los distintos procesos jurídicos, así como su práctica profesionalizante, entre otros aspectos.

A partir del análisis de estos resultados, es importante señalar como factores positivos, que la totalidad de los y las estudiantes saludaron cordialmente y veían a los ojos a los y las usuarias, mostraron interés por lo que se les comunicaba, brindaron un espacio para dudas y respuestas. Asimismo 10 estudiantes prestaron atención y realizaban preguntas para asegurarse que comprendían la situación comunicada. También explicaron los procesos jurídicos en detalle, evitaron revisar el celular y atendieron en las mesas del comedor o en las del jardín, considerados como lugares cómodos. Adicionalmente, nueve estudiantes indagaron a más profundidad sobre la situación que se les relataba, y ocho contaban con una computadora o cuaderno a la par para tomar apuntes y le explicaron a la persona usuaria que irían al CJDHR para consultar con la Licda. Sancho.

En cuanto a otros aspectos que se observaron, se resalta que 7 estudiantes le preguntaron a la persona usuaria cómo se encontraba, explicaron el lenguaje jurídico, verificaron si se comprendió la que se comunicó y se despidieron de los y las usuarios. Solamente tres estudiantes explicaron en qué consistía la práctica profesionalizante que están realizando y cuatro relataron al inicio de la consulta jurídica cómo sería la estructura de la cita.

6.1.3 Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R)

Los y las doce estudiantes completaron el inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis. Se trata de una evaluación de los posibles síntomas presentados en las personas que lo

completan, por lo que suele aplicarse en contexto comunitarios y clínicos. Se consideró pertinente aplicar este inventario como parte del proceso diagnóstico de los hábitos de salud del grupo de estudiantes, al permitir obtener un panorama general del grado de malestar psicológico (Fuentealba y Avendaño, 2008). Cada estudiante recibió el SCL-90-R en físico y podía completarlo cuando le fuera más conveniente, se les recordó que los resultados serían confidenciales por lo que no era necesario que indicaran su nombre.

El SCL-90-R se encuentra compuesto por nueve dimensiones primarias, abordadas en 90 ítems. Estas son explicadas por Carrasco, Moral, Ciccotelli y Barrio (2003):

1. Somatizaciones: evalúa la presencia de malestares percibidos relacionados con disfunciones corporales.
2. Obsesiones compulsiones: evalúan pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como angustiantes.
3. Sensitividad interpersonal: detecta la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación.
4. Depresión: evalúan las manifestaciones clínicas del trastorno depresivo, tomando en cuenta el estado de ánimo disfórico, la falta de motivación, la poca energía, los sentimientos de desesperanza y las ideaciones suicidas.
5. Ansiedad: detecta la presencia de signos generales de ansiedad.
6. Hostilidad: hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos del enojo.
7. Ansiedad fóbica: detecta respuestas irracionales, desproporcionales y persistentes de miedo.
8. Ideación paranoide: evalúa los comportamientos paranoides en desórdenes del pensamiento (pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía).

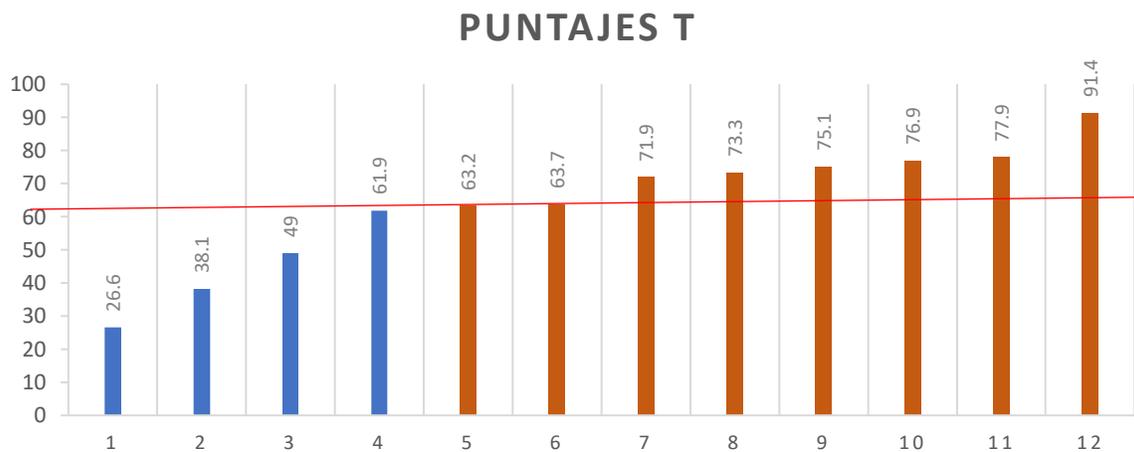
9. Psicoticismo: hace referencia a síntomas de estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

En el momento de completar el SCL-90-R, cada ítem posee una calificación de 0-4, donde 0 es nada, 1 es muy poco, 2 es poco, 3 es bastante y 4 es mucho. Al realizar el análisis correspondiente de cada una de las dimensiones, se obtiene el "Índice de Severidad Global" (IGS), el "Total de Síntomas Positivos" (TSP) y el "Índice de Malestar Sintomático Positivo" (IMSP). Al sumar todos los puntajes de estos tres índices y de las dimensiones, se obtiene el puntaje T. Es necesario prestarle atención a los puntajes T mayores a los 63 puntos, los cuales indican que la persona podría encontrarse en riesgo. Sin embargo, puntajes superiores a 71 en hombres y 75 en mujeres pueden significar que los síntomas han sido exagerados.

A continuación se presentan los puntaje T en orden ascendente:

Gráfico 6

Puntajes T



En los resultados se aprecia que cuatro de los puntaje T son menores a 63, indicando que esas personas se encuentran fuera de un posible riesgo de psicopatologías. Sin embargo, ocho estudiantes puntuaron superior a 63, lo cual podría significar que se encuentran en riesgo de padecer síntomas psicológicos. En caso de que un puntaje T sea mayor a 71 en

hombres y 75 en mujeres, se implica que estos resultados fueron exagerados o dramatizados. En el caso de esta muestra, 6 puntajes T son mayores a 71, sin embargo, no se conoce quién completó cada inventario ni cuáles corresponden a hombre o mujeres. Aunque, cuatro de los puntajes son superiores a 75, lo cual confirma su exageración.

A partir de estos resultados, se reforzó la necesidad de recurrir a otro tipo de diagnósticos y poder corroborar la información, y además conocer más sobre los hábitos de salud de los y las estudiantes. Por esta razón, se realizó también una entrevista semiestructurada enfocada en las conductas de salud del grupo de estudiantes, cuyos resultados serán expuestos en los próximos apartados.

6.1.4 Resultados obtenidos a partir de las entrevistas

Las entrevistas semi estructuradas fueron realizadas del 17 de octubre al 25 de noviembre del 2019. Primeramente se llevaron a cabo las entrevistas semi estructuradas enfocadas en la atención brindada a la persona usuaria (Anexo 5), y después las entrevistas centradas en las conductas de salud de los y las estudiantes (Anexo 6). En estas guías de entrevista se aprecian los ejes que fueron abordados para conocer los contextos de interés en donde se desarrolla el grupo de estudiantes.

Estas entrevistas se realizaron en las mesas del jardín y del comedor de la Defensoría de los Habitantes, donde había más privacidad, y se les pidió a los (as) estudiantes que fueran lo más honestos (as) posible, ya que la información sería confidencial. Dado que el grupo de estudiantes poseía limitantes de tiempo, sucedía que se programaba una entrevista con ellos (as), pero la cancelaban si surgía un asunto urgente en el Consultorio Jurídico, por lo que fue necesario reprogramar entrevistas.

6.1.4.1 Entrevista enfocada en la atención brindada a la persona usuaria

Se llevaron a cabo nueve entrevistas semi estructuradas para conocer aspectos relacionados con la atención que los y las estudiantes le brindan a quienes recurren a los servicios del Consultorio Jurídico. Estas entrevistas tuvieron un promedio de 17 minutos de duración, siendo la más corta y larga de 11 y 25 minutos respectivamente.

Se transcribió cada una de las respuestas de las entrevistas, lo cual permitió desarrollar 16 categorías de diagnóstico. Estas fueron establecidas según lo que los y las estudiantes compartían en común, lo cual se relacionaba con los aspectos que disfrutaban y no disfrutaban de su práctica, dificultades al atender a la persona usuaria, herramientas que les sirven para brindar una mejor atención, aspectos que consideran que deben mejorar, entre otros. En el Anexo 7 se detalla cada una de las categorías junto con extractos de las entrevistas.

A partir de estos resultados es posible observar que algunos de los aspectos que el grupo de estudiantes más disfruta son el aprendizaje colectivo que propicia el CJDHR, el jardín de la Defensoría de los Habitantes, conocer las historias y tener contacto con las personas usuarias. Lo cual permite que haya una vinculación más profunda con las personas usuarias y un entendimiento más completo de los casos. Mientras que los aspectos que no disfrutaban tanto son la elaboración de escritos y las notificaciones que deben atender.

Los y las estudiantes también mencionaron las situaciones que les generan estrés al realizar esta práctica, entre las cuales se encuentran asegurarse que a la persona usuaria le vaya bien en el proceso jurídico, organizar el tiempo para poder atender las notificaciones, y cuando una persona usuaria llora y no saber cómo consolarla. Aunado a lo anterior, el grupo de estudiantes indicó que se les dificulta poder organizarse con el tiempo para realizar todos sus deberes, considerando que las dos horas del tiempo en el Consultorio Jurídico no son suficientes. Esta falta de tiempo impide que puedan revisar todos los expedientes y brindar la

atención integral que les gustaría. Además se señaló que las notificaciones determinan la organización de la semana, por lo que no se puede planear con anticipación.

El grupo de estudiantes también se refirió a las dificultades que se presentan en la práctica, como por ejemplo, cuando llega una notificación y deben responder en las próximas 24 horas, a lo que uno de ellos se refirió como una "bomba de tiempo". Por otro lado, se comunicó que genera malestar que los usuarios y usuarias intenten contactar a horas fuera de la práctica, por lo que se suele bloquear sus números de teléfono y se les pide que llamen al teléfono del Consultorio Jurídico si desean comunicarse .

Relacionado con las situaciones de riesgo a las que pueden estar expuestas las personas usuarias, se señaló la importancia de analizar cada situación y se brindó un ejemplo de un divorcio, el cual a primera vista puede ser percibido como un proceso común, pero puede que haya violencia, lo cual cambia el enfoque para llevar el caso.

Un tema mencionado en más de una ocasión fue que la persona usuaria puede llorar durante la consulta jurídica, por lo que los y las estudiantes suelen tener paciencia y escuchar, intentan distraerla o decirle que es una persona fuerte. Se indicó que es pertinente dejar a un lado los ideales personales y recordar que ellos y ellas no saben realmente por lo que la persona usuaria ha pasado, por lo que hay que intentar entenderla.

Contrariamente, se manifestó que hay situaciones que les impiden sentir empatía hacia la persona usuaria, como cuando no la han conocido aún y la comunicación ha sido por teléfono. Una de las personas comunicó que ha escuchado situaciones de los y las usuarias que podrían ser consideradas como duras, pero no sabe qué decirles porque también está pensando en la información que podría agregar al escrito, en las pruebas u jurisprudencia. En cuanto a la afectación emocional, se mencionó que algunos casos del Consultorio Jurídico

generan que sea más fácil sacar sus propios problemas en otros ambientes. Asimismo se señaló que no se cuenta con el tiempo para lidiar con las emociones.

Sobre las audiencias, algunos (as) estudiantes señalaron como estrategias para prepararse, citar a la persona usuaria una hora antes de la audiencia, recurrir a la sinceridad para explicar los distintos escenarios que podrían presentarse. Se mencionó que suele citar a la persona usuaria con los testigos una semana antes y se realiza *role playing* para practicar las posibles preguntas que realizaría el juez o la jueza.

Relacionado con la categoría de las audiencias, algunos (as) estudiantes indicaron sentir ansiedad previa o durante este proceso jurídico, como por ejemplo, dolor de estómago, imaginar escenarios de todo lo que podría suceder. Se señaló que se siente gran responsabilidad, considerando que debe dar lo mejor ya que la vida de otras personas está en juego.

Por otro lado, el grupo de estudiantes expuso cuáles son las herramientas a las que recurren para poder afrontar las situaciones que se presentan en el Consultorio Jurídico. Se indicó mostrarse alegre y social para que la persona usuaria sepa que el estudiante está ahí para ayudar y que no se trata de una relación jerárquica. En caso de que las personas usuarios se muestren emocionalmente sensibles, prefieren intentar entender la situación y dar otra cita para poder dar una mejor atención. Aunque, hay que tomar en cuenta que no siempre se puede dar otra cita cuando se trata de procesos jurídicos urgentes.

Sin embargo, también reportaron que se les dificulta saber cómo manejar las crisis emocionales o poder consolar a la persona usuaria en caso de que llore. Se comunicó el intento de calmarlos (as) pero que no se sabe si está haciendo lo mejor. Además se indicó que en caso de que la persona usuaria se altere emocionalmente durante una audiencia, no se sabía qué saber, y que en ocasiones es difícil mantener la calma y escuchar.

Por último, en cuanto a las herramientas que les gustaría adquirir para mejorar la atención que recibe la persona usuaria, indicaron que sería positivo saber cómo preguntar cierta información sin lastimar, atender situaciones de crisis emocionales y cómo cuidarse a sí mismos (as).

6.1.4.2 Entrevista centrada en las conductas de salud de los y las estudiantes

Las entrevistas de salud se realizaron a once estudiantes a lo largo de siete días, lo cual se debió a que situaciones más urgentes surgían en la jornada de práctica de los y las estudiantes, tales como atender a una persona usuaria o responder notificaciones urgentes. Es importante señalar que para el diagnóstico de conductas de salud, no se aplicó una escala, como se realizó en el diagnóstico de la atención a la persona usuaria. Esto se debió a que se agregaron las preguntas directamente en la entrevista que hubieran estado en la escala. Todos los y las estudiantes respondieron a las mismas trece preguntas, por lo que la variación de la duración de las entrevistas dependió de la extensión de respuesta de cada estudiante. El promedio de duración fue de 19 minutos, siendo la más corta y larga de 10 y 30 minutos respectivamente.

Al finalizar las entrevistas, se procedió a transcribirlas y analizarlas a través de la creación de siete categorías diagnósticas. En el Anexo 8 se detallan estas categorías, así como al lado derecho se presenta la información que brindaron los y las estudiantes. La primera categoría se centra en las molestias corporales recurrentes en el grupo de estudiantes, como por ejemplo, dolores cabeza (fueron los más recurrentes), en la zona lumbar, de hombros, de estómago, gastritis y acidez. Como remedio, algunos y algunas estudiantes señalaron recurrir a pastillas para el dolor, fumar marihuana y comer.

Al preguntar sobre las conductas que consideran saludables, indicaron bañarse, lavarse los dientes, tomar dos litros de agua diarios, buscar balance entre el tiempo social y personal, no revisar el celular antes de dormir, consumir poca comida rápida y realizar actividad física. En cuanto a sus conductas que no consideran saludables se encuentran: combinar sustancias psicoactivas con psicofármacos, dormir seis horas, no tener un horario de comidas, comer mucho afuera, sobrecargarse de trabajo, fumar mucho tabaco, saltarse comidas, tener una alimentación desbalanceada y consumir mucho alcohol.

Asimismo, se les preguntó sobre sus actividades recreativas, a lo cual respondieron que les gusta ver series y películas, pasar tiempo con sus parejas sentimentales, practicar yoga, estar con la hermana, escuchar música, leer, dormir, revisar Facebook, jugar *play station*, andar en bicicleta, entrenar, fumar marihuana y cocinar. Relacionado con esto, señalaron las actividades recreativas han dejado de realizar por el trabajo y/o la universidad, entre las cuales se encuentran: ver a los y las amigas con regularidad, nadar, practicar equitación, ir a clases de pintura y alemán, jugar fútbol y realizar actividad física.

Igualmente, respondieron que la universidad y/o el trabajo les ha afectado su salud, en el sentido de que fuman más tabaco, no descansan lo suficiente, no comen bien, y poseen altos niveles de ansiedad. Suelen además sobrecargarse con trabajo, generando que descuiden otras áreas de su vida y dejen la vida social a un lado, al establecer la universidad y el trabajo como prioridad. En cuanto a sus estrategias de afrontamiento para lidiar con el estrés que implica la universidad y/o el trabajo, responden que suelen meditar, realizar ejercicio, andar en motocicleta, comer, fumar marihuana, salir de fiesta, no mezclar el fin de semana con la universidad, y dejar ir los problemas si no se pueden solucionar. Incluso algunos (as) indicaron no contar con estrategias para afrontar estas situaciones.

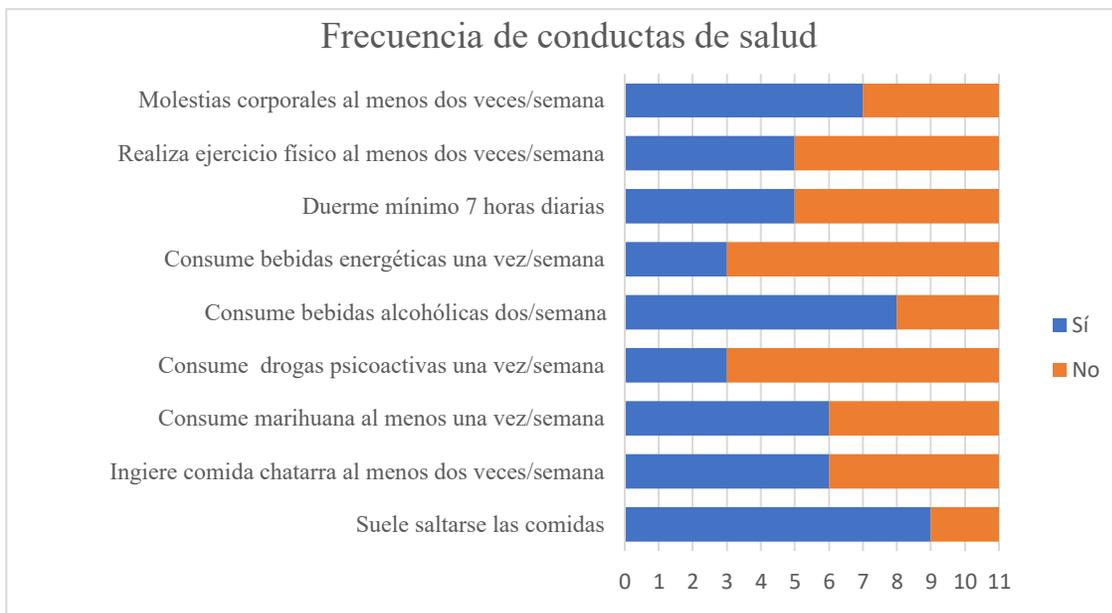
Al indagar sobre las conductas de salud que les gustaría adquirir o fortalecer, se indica: establecer una rutina de ejercicio, desayunar, comer saludable, dormir más, realizar actividad física, tener un horario de comidas y prepararlas. Mientras que las conductas de salud que desean disminuir o eliminar son: consumir drogas con menor frecuencia, procrastinar menos, consumir menos bebidas alcohólicas, ir menos seguido de fiesta y no acumular los trabajos de la universidad.

Por último, los (as) estudiantes mencionaron sus esfuerzos para mejorar sus conductas de salud. A lo cual respondieron consumir psicofármacos, practicar yoga, comer bien, observar qué aspectos debe mejorar, establecer un horario para los deberes de la universidad, ir a terapia psicológica, dejarla a un lado los fines de semana, y no salir para no tomar bebidas alcohólicas. Incluso se señaló no realizar ningún esfuerzo por el momento.

También es importante señalar que tres estudiantes calificaron su estilo de vida como saludable y considera su alimentación como balanceada. Además, aproximadamente la mitad respeta sus horarios de comidas y realiza tres al día. Con el fin de conocer más de las conductas de salud, se presenta en el Gráfico 7 la frecuencia de las conductas de salud en la vida cotidiana de los (as) estudiantes, información que se obtuvo a partir de la entrevista anterior.

Gráfico 7

Frecuencia de las conductas de salud realizadas por los (as) estudiantes



Resulta alarmante que nueve de once estudiantes reportaron saltarse las comidas, debido que se les olvida o no tienen tiempo para comer. Asimismo, siete personas señalaron presentar molestias corporales al menos dos veces por semana, y cinco duermen mínimo 7 horas, el resto de los y las estudiantes duermen menos. La actividad física también resulta ser preocupante, siendo cinco personas quienes la realizan al menos dos veces por semana.

Por otro lado, casi la mitad de estudiantes consume comida rápida al menos dos veces por semana y fuma marihuana una vez por semana, especialmente en las noches para dormir. Además, ocho personas ingieren bebidas alcohólicas al menos dos veces por semana, ya sea entre semana o los fines de semana en eventos sociales. Cabe indicar que tres estudiantes consumen drogas psicoactivas y bebidas energéticas al menos una vez por semana.

A partir de los resultados de esta entrevista semi estructurada, se aprecia la necesidad de trabajar las conductas de salud del grupo de estudiantes, considerando que no posee una alimentación balanceada, suele saltarse comidas, duerme pocas horas, no realiza actividad

física regular, entre otros, en parte por las dificultades para organizarse con las demandas de la universidad y el trabajo.

6.1.5 Aplicación de la escala de atención a la persona usuaria

Se creó una escala con 16 ítems sobre la atención brindada a la persona usuaria, que puede ser encontrada en el Anexo 9. Fue digitalizada y compartida en *Google Forms*, y se reiteró la confidencialidad de sus respuestas. Consistió en conocer a más profundidad, cuáles son los aspectos que los (as) estudiantes consideran desafiantes a la hora de atender a la persona usuaria, y para los que poseen más facilidad. Las respuestas se presentan a través de la mediana y se respondieron de la siguiente manera:

1 = Totalmente en desacuerdo.

2 = En desacuerdo.

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4 = De acuerdo.

5 = Totalmente de acuerdo.

Gráfico 8

Respuestas de los (as) estudiantes a la escala enfocada en la atención a la persona usuaria



Al obtener las respuestas de la totalidad del grupo de estudiantes, se calculó la mediana de cada ítem. Se resalta como muy positivo que los y las estudiantes se encuentran totalmente de acuerdo en disfrutar de una buena relación con las personas usuarias, y en realizar preguntas relacionadas con la información que les brindan.

Asimismo en las respuestas se evidencia que muestran interés en la información brindada aunque no se relacione con el caso, pueden identificar cuando el usuario (a) se podría encontrar en riesgo o recibir acompañamiento psicológico, poseen facilidad para comunicar noticias que podrían afectar emocionalmente. Relacionado con la contención emocional, el grupo de estudiantes reportó encontrarse de acuerdo en manejar situaciones donde la persona usuaria es grosera o está molesta, y se encuentra alterada emocionalmente. Aunado a lo anterior, se encuentran satisfechos (as) con su labor en el CJDHR, contestan de forma cordial si son contactados (as) en horas fuera de la práctica y afirman que el resto de sus compañeros (as) sirven como red de apoyo emocional.

Por otro lados, indican que estar de acuerdo en que les molesta que sean contactados (as) en horas fuera del CJDHR, y no se encuentran ni de acuerdo ni en desacuerdo en que deseen llorar después de su práctica. Por último, es importante señalar que el ítem 7, 8 y 9, fueron respondidos por diez estudiantes, ya que el resto no había asistido a audiencias. A partir de los resultados se sabe que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo en sentir comodidad al trabajar con la contraparte; sin embargo, sí sienten seguridad en sí mismos (as) en las audiencias y son capaces de preparar a las persona usuarias para estas.

6.2 Resultados de la elaboración de los talleres psicoeducativos

A partir de la etapa diagnóstica fue posible elegir los temas en los que se centraron los talleres psicoeducativos. Se realizaron un total de siete talleres de aproximadamente una hora cada uno. Se enfocaron en la promoción de la salud y en la atención que se le brinda a la persona usuaria, específicamente, cinco de los talleres fueron destinados a la promoción de la salud y dos a la atención a usuarios y usuarias.

El orden y tema de los talleres fueron los siguientes:

1. Promoción de la salud: Necesidades fisiológicas (Anexo 10)
2. Promoción de la salud: Necesidades de seguridad (Anexo 11)
3. Promoción de la salud: Necesidades de afiliación (Anexo 12)
4. Promoción de la salud: Necesidades de reconocimiento (Anexo 13)
5. Promoción de la salud: Necesidades de autorrealización (Anexo 14)
6. Intervención en crisis: contención emocional (Anexo 15)
7. Indagación de posibles conductas de violencia en las personas usuarias (Anexo 16)

Se decidió destinar cinco de los talleres en la promoción de la salud, dado que los resultados del diagnóstico revelaron que el grupo de estudiantes cuenta con conductas poco saludables. Es importante recordar que la mayoría se saltan comidas, duermen menos de 6 horas, realizan menos de tres comidas al día, no realizan actividad física entre otros. Adicionalmente, las estrategias de afrontamiento que poseen resultan ser pasivas, como fumar, comer, ver series, o incluso nulas. Es por esto que se decidió aplicar los talleres con esta temática al inicio de la intervención.

Los (as) estudiantes manifestaron durante la fase diagnóstica que tenían interés en adquirir herramientas para poder brindar contención emocional a los y las usuarias, saber cómo manejar las crisis que se pueden dar, específicamente cuando deben ser atendidas de

forma inmediata. Cabe señalar que durante las entrevistas sobre la atención a la persona usuaria, indicaron las herramientas que utilizan para atender estas situaciones, pero admitieron que no saben si están realizando lo mejor que pueden.

El último taller, centrado en la indagación de posibles conductas violentas ejercidas por las personas usuarias, se creó a partir de la necesidad reportada por la profesora Sancho, quien detalló desde antes del inicio de la práctica dirigida su preocupación por el bienestar de las personas allegadas a los usuarios y usuarias. De modo que se consideró pertinente implementar un taller sobre esta temática, y el grupo de estudiantes cuente con información para saber qué tipo de preguntas pueden realizar en caso de que sospechen que la persona usuaria podría representar un peligro para su círculo cercano.

Al haber elegido y supervisado los temas de los talleres, se recopiló información de investigaciones, libros y manuales de cohorte cognitivo conductual, psicosocial y humanista. Por ejemplo, se utilizaron herramientas adquiridas de la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, de los primeros auxilios psicológicos y contención en crisis, y la Pirámide de Necesidades Básicas de Maslow.

A continuación se comunican los resultados obtenidos en cada uno de los talleres a partir de la descripción de los gráficos de los pre y post test. En los anexos, además de presentarse los planteamientos de los talleres, se encuentra el material elaborado para los mismos.

6.3 Resultados de la aplicación de los Talleres Psicoeducativos Centrados en la Promoción de la salud

En este apartado se especifican los resultados de la aplicación de estos talleres, los cuales fueron cinco: necesidades fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento

y de autorrealización. Cabe señalar que la temática de estos talleres se enfocó en la Pirámide de Necesidades Básicas de Maslow, con el fin de explicar las necesidades que constituyen el bienestar. A la misma vez, cada uno de los talleres contuvo elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso, para la modificación de conductas de salud.

Con el propósito de indagar si los y las estudiantes obtuvieron conocimiento a partir de los talleres, se aplicó un pre test antes y un post test después de cada taller. Estos instrumentos de escala Likert fueron diseñados por la estudiante de Psicología, y contenían ítems con información de temáticas que se expusieron en los talleres. Asimismo, al final del taller de Necesidades de autorrealización, el grupo de estudiantes completó un instrumento, también diseñado por la estudiante de Psicología, con preguntas sobre su opinión de los talleres, así como se les pidió retroalimentación de los mismos.

Es importante explicar que el taller de Necesidades fisiológicas y Necesidades de seguridad se aplicaron en el mismo día, ya que se contaron con dos horas con cada grupo de estudiantes. De modo que compartieron el mismo pre test y post test, considerando que sus temáticas que se interrelacionaban entre sí.

Los talleres se llevaron a cabo en un aula de la Defensoría de los Habitantes. Se contó con la participación de la mayoría de los (as) estudiantes en estos talleres, como se aprecia en la Tabla 9. La ausencia de estudiantes se debió a situaciones personales o por obligaciones del trabajo, por lo cual se les brindó la opción de reponer el taller en horas fuera del Consultorio Jurídico y se realizaron en el comedor o jardín de la institución. En la siguiente tabla se detalla la participación de los y las estudiantes en los talleres.

Tabla 9*Participación de los (as) estudiantes en los talleres centrados en la Promoción de la salud*

Nombre del taller	Participantes
1. Necesidades fisiológicas	11 estudiantes
2. Necesidades de seguridad	10 estudiantes
3. Necesidades de afiliación y reconocimiento	11 estudiantes
4. Necesidades de autorrealización	12 estudiantes

A continuación se muestran los resultados obtenidos a partir del pre y post test de los talleres, los cuales permiten revisar si el grupo de estudiantes adquirió conocimientos de cada temática. Se recuerda que todos los pre y post test de los talleres de esta práctica dirigida fueron respondido de la escala Likert:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

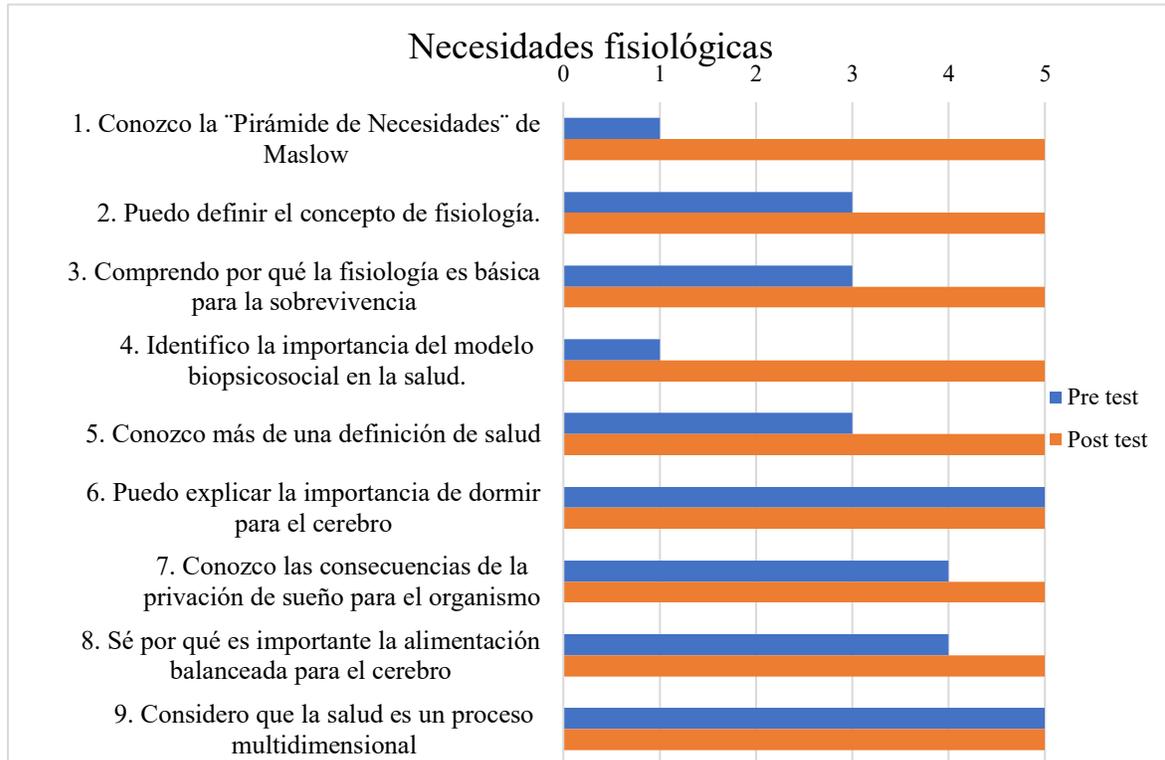
4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

6.3.1 Necesidades fisiológicas

Gráfico 10

Resultados del pre y post test del taller en Necesidades fisiológicas



En este gráfico se exponen los resultados del pre y post test (Anexo 18) del primer taller, en el cual participaron once estudiantes. En los ítems 6 y 9, el nivel de conocimiento se mantiene estable, ya que la mediana indica que los y las estudiantes se encuentran totalmente de acuerdo en ser capaces de explicar la importancia de dormir para el cerebro y en considerar la salud como un proceso multidimensional. Asimismo, los ítems 7 y 8 poseen una mediana de 4 en el pre test y de 5 en el post test. Refiriéndose a que se encontraban de acuerdo en conocer las consecuencias de la privación de sueño para el cuerpo y la importancia de la alimentación para el cerebro, de modo que no hubo un cambio significativo en la adquisición de conocimiento.

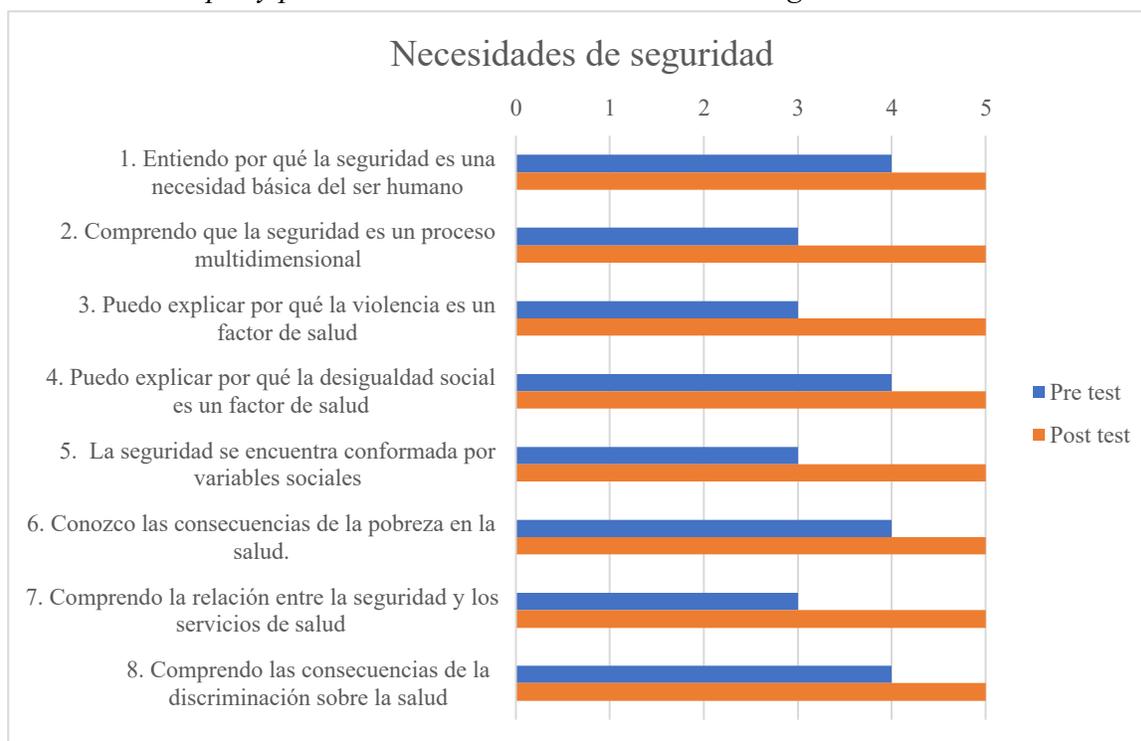
Además se identifica un aumento importante del conocimiento en los ítems 2, 3 y 5. Antes del taller, la medición según el registro de la mediana indica que los y las participantes no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con poder definir fisiología, comprender por qué esta es básica para la sobrevivencia, y conocer más de una definición de salud. En el post test, la totalidad del grupo se encuentran totalmente de acuerdo con dichos ítems.

Por último, se aprecia un aumento significativo del conocimiento en los ítems 1 y 4, donde la mediana indica que al inicio del taller, los (as) estudiantes se encontraban totalmente en desacuerdo en conocer la “Pirámide de Necesidades” de Maslow y en la importancia del modelo biopsicosocial; en el post test están totalmente de acuerdo con los enunciados.

6.3.3 Necesidades de seguridad

Gráfico 11

Resultados del pre y post test del taller en Necesidades de seguridad



En dicho taller participaron 10 estudiantes. Al revisar las respuestas del instrumento (Anexo 19) se aprecia un aumento del conocimiento leve en los enunciados 1, 4, 6 y 8. La

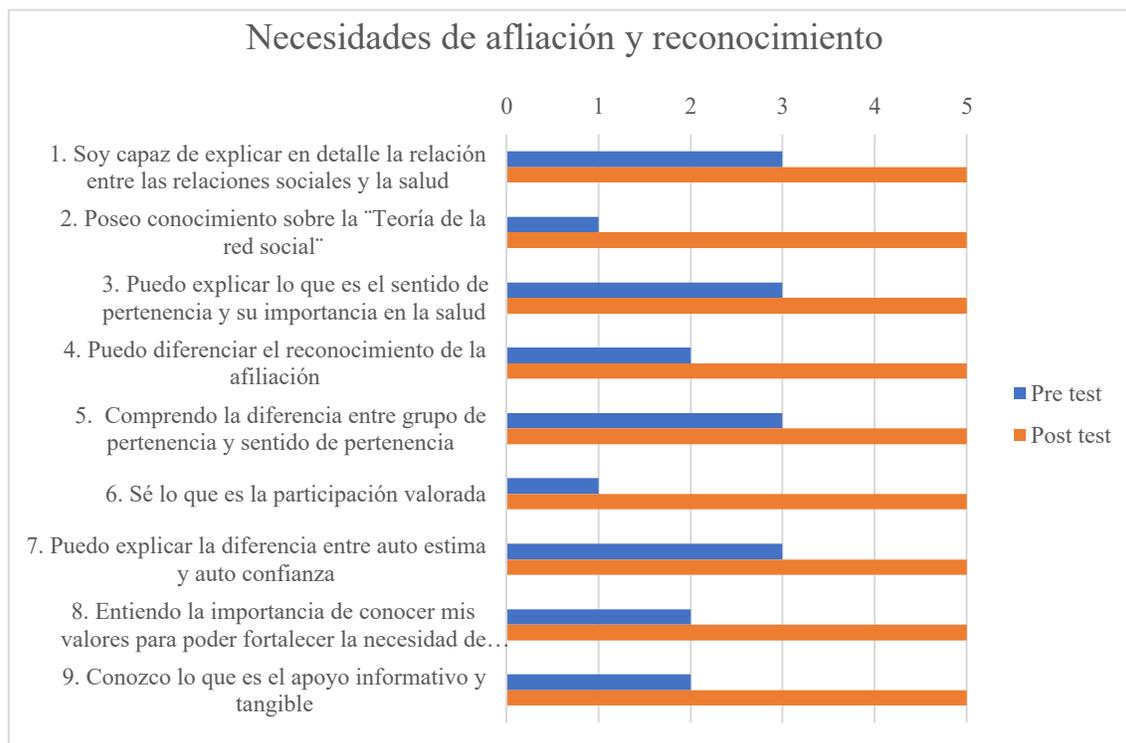
mediana pasó de “de acuerdo” a “totalmente de acuerdo”. Se aprecia entonces que los y las estudiantes confirman entender por qué la seguridad es una necesidad básica, poder explicar por qué la desigualdad social es un factor de salud, conocer las consecuencias de la salud sobre la pobreza, y las consecuencias de la discriminación sobre la salud.

La mediana de los ítems 2, 3, 5 y 7 en el pre y post test, presenta un cambio importante, donde el grupo de estudiantes no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo en comprender por qué la seguridad es multidimensional, explicar por qué la violencia es un factor de salud, afirmar que la seguridad se encuentra conformada por variables sociales, y comprender la relación entre la seguridad y los servicios de salud. En el post test, estas medianas señalan que los (as) estudiantes estaban totalmente de acuerdo con los enunciados.

6.3.4 Necesidades de afiliación y reconocimiento

Gráfico 12

Resultados del pre y post test del taller en Necesidades de afiliación y reconocimiento



Como se explicó, el taller de Necesidades de afiliación y reconocimiento se impartieron de forma conjunta por las temáticas que se interrelacionaban entre sí, por lo que se combinó el pre y post test de cada taller en uno solo (Anexo 20).

En el Gráfico 12 se observan los resultados obtenidos de los (as) once estudiantes participantes. En los ítems 1, 3, 5 y 7 se aprecia un aumento de conocimiento importante en la mediana. Se debe a que los y las estudiantes afirman no encontrarse de acuerdo ni en desacuerdo en ser capaces de explicar la relación entre salud y las relaciones sociales, explicar el sentido de pertenencia y su importancia en la salud, saber la diferencia entre grupo y sentido de pertenencia, y explicar la diferencia entre autoestima y autoconfianza. La mediana del post test indica que el grupo de estudiantes se encuentra totalmente de acuerdo con los ítems.

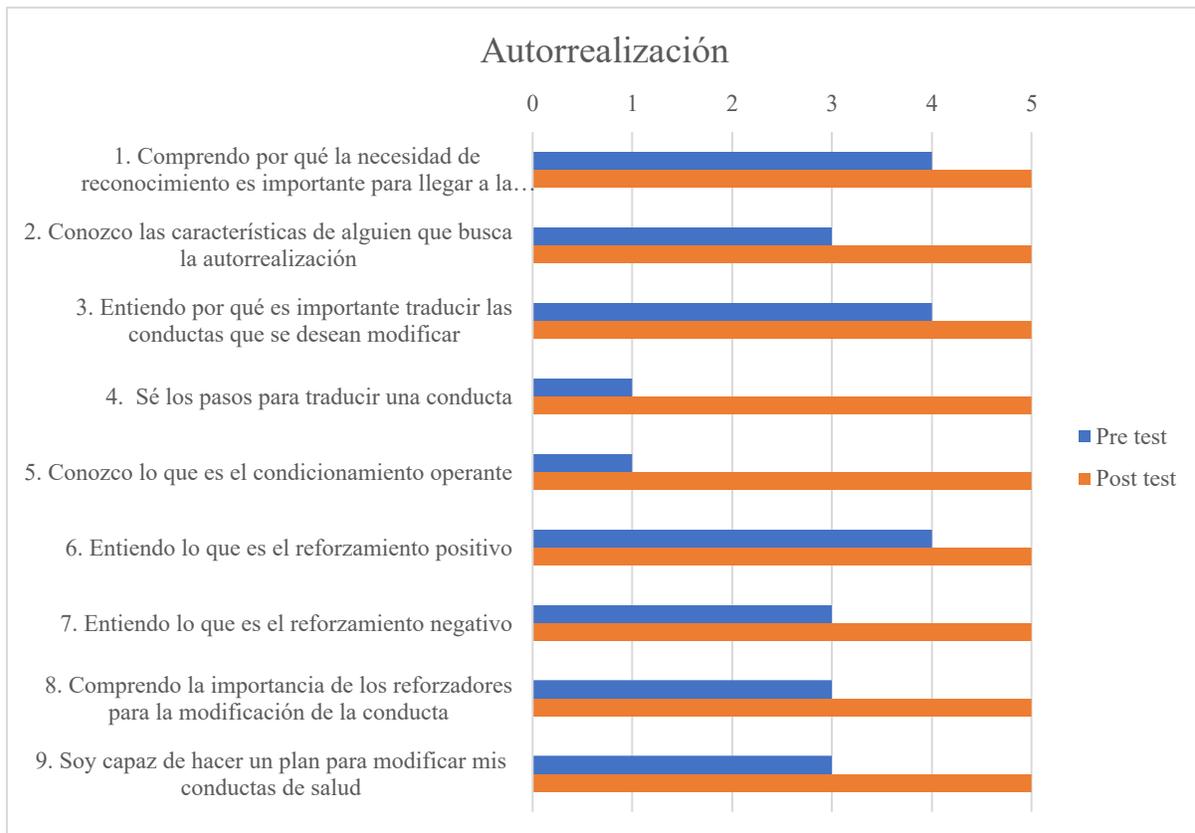
Se evidencia un aumento bastante significativo en los enunciados 4, 8 y 9. En estos la mediana del pre test indica que el grupo de estudiantes está en desacuerdo en diferenciar el reconocimiento de la afiliación, entender la importancia del conocimiento de los valores propios en el fortalecimiento de la necesidad de reconocimiento, y en saber lo que es el apoyo informativo y tangible. En el post test, la mediana puntúa 5, indicando que los y las estudiantes están totalmente de acuerdo con dichos ítems.

Finalmente, la mediana de pre y post test de los enunciados 2 y 6, evidencia un aumento muy significativo del conocimiento, ya que el grupo de estudiantea pasó de responder que se encuentra totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo en explicar la relación entre relaciones sociales y salud, y en saber lo que es la participación valorada.

6.3.5 Necesidades de autorrealización

Gráfico 13

Resultados del pre y post test del taller en Necesidades de autorrealización



Al revisar las respuestas del pre y post test (Anexo 21), se señala poco cambio en el aumento del conocimiento de los estudiantes en los ítems 1, 3 y 6. En los cuales la mediana pasa de indicar que se encuentran de acuerdo a totalmente de acuerdo en comprender por qué el reconocimiento es importante para llegar a la autorrealización, por qué se deben traducir las conductas que se desean modificar, y lo que es el reforzamiento positivo.

Las medianas de los enunciados 2, 7, 8 y 9 del pre y post test, indican un aumento significativo del conocimiento. Dado que los (as) estudiantes pasan de estar ni de acuerdo ni en desacuerdo a totalmente de acuerdo, al afirmar conocer las características de alguien que busca la autorrealización, saber lo que es el reforzamiento negativo, la importancia de los

reforzadores en la modificación de la conducta y poder hacer un plan para cambiar sus conductas de salud. El aumento más significativo del conocimiento se aprecia en los ítems 4 y 5. Pasan de estar totalmente en desacuerdo en saber los pasos para traducir una conducta y lo que es el condicionamiento operante, a encontrarse totalmente de acuerdo con los enunciados.

Al revisar los resultados ilustrados en los gráficos, se evidencia que en los cinco talleres realizados se presentó un aumento importante del conocimiento en los temas que fueron expuestos y discutidos. De modo que se concluye que esta intervención resultó ser de utilidad para que los y las estudiantes se hayan familiarizado con las definiciones y conceptos, y además cuenten con las herramientas para saber de qué forma pueden modificar sus conductas de salud.

6.3.6 Retroalimentación de los talleres de promoción de la salud

Resultó importante conocer la retroalimentación de los y las estudiantes sobre los talleres. Para lo cual se les entregó una hoja al final del taller de Necesidades de autorrealización con tres preguntas abiertas y se les pidió respondieran de forma anónima.

Las preguntas abiertas fueron:

1. De los aprendizajes obtenidos en estos talleres, ¿cuáles considero que fueron y serán útiles para aplicar a mi vida?
2. ¿Considero que estos talleres me han ayudado a querer modificar mis conductas de salud? Si es así, ¿cómo puedo realizar estas modificaciones?
3. ¿Comentarios/opinión sobre los talleres?

Las respuestas de cada estudiante pueden ser encontradas en el Anexo 34. A continuación se realiza un resumen de estas. Al solicitarles información sobre los

aprendizajes de los talleres enfocados que consideraron más útiles para aplicar a cotidianidad, se destaca el reconocimiento de la importancia de las relaciones sociales y los factores socioeconómicos para la salud, así como la capacidad de traducir conductas para organizarse. Se indica el aprendizaje de la elaboración de planes para la modificación de la conducta y la selección de valores para alcanzar metas, a la vez que se reconocen las propias herramientas y limitaciones.

En cuanto a la segunda pregunta, se indaga si los y las estudiantes saben cómo modificar sus conductas de salud. Se destaca la importancia de reflexionar y reconocer las áreas de la salud que necesitan mejora, para realizar planes eficaces. Relacionado a esto, indican la autoevaluación como necesaria para decidir cuáles serán sus metas alcanzables de salud, a través de la elección de los reforzadores correspondientes y los valores que acompañan cada objetivo. Finalmente, en el tercer apartado el grupo de estudiantes indica que los talleres fueron organizados, interactivos, dinámicos y positivos.

6.4 Resultados de la Aplicación de Talleres Psicoeducativos Centrados en la Atención de la Persona Usuaría

Se presentan las respuestas a los instrumentos de evaluación (Anexo 21 y Anexo 23) de los talleres en intervención en crisis e indagación de posibles conductas violentas de la persona usuaria.

Tabla 14

Tabla con la participación de los (as) estudiantes en los talleres enfocados en la atención a la persona usuaria

Nombre del taller	Personas que participaron
Intervención en crisis – contención emocional	11 estudiantes
Indagación de posibles conductas violentas de la persona usuaria	11 estudiantes

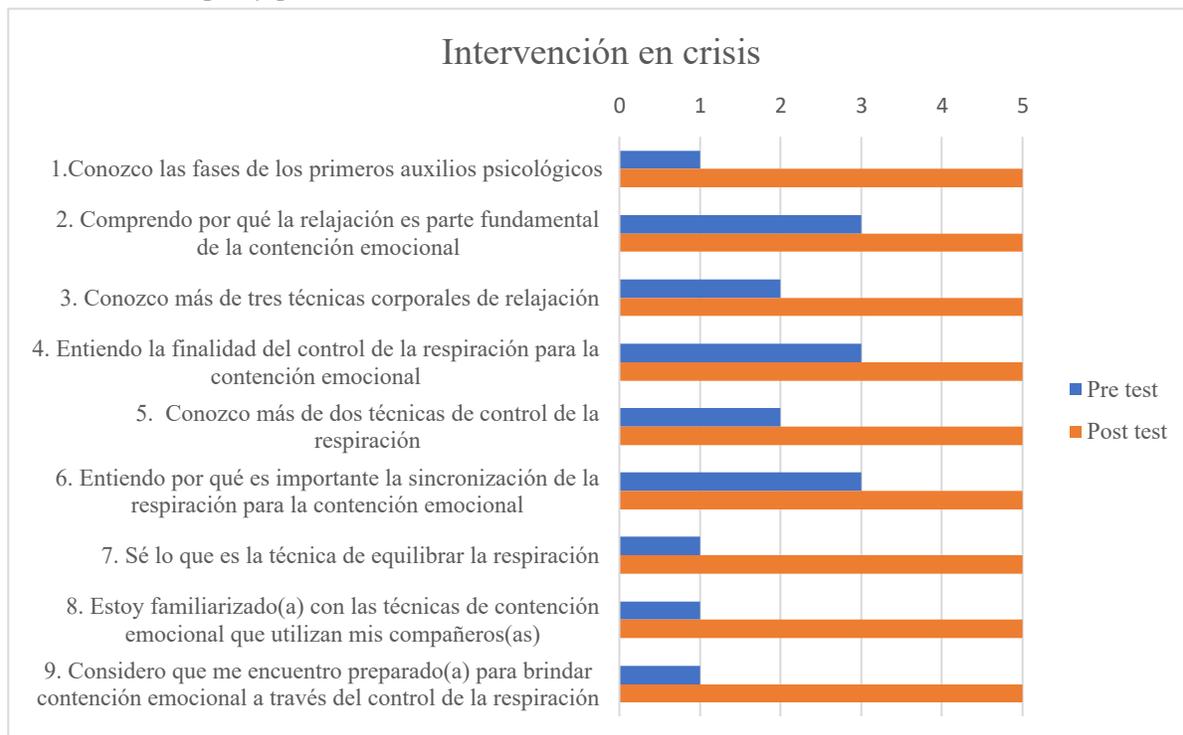
Como se observa, en ambos talleres participó casi la totalidad de los (as) estudiantes. Para el primer taller se les brindó la opción de asistir al horario de taller que les fuera más conveniente, de modo que quienes no pudieron asistir, lo repusieron en el espacio físico del comedor.

Mientras que el taller de indagación de posibles conductas violentas de la persona usuaria fue impartido a través de la plataforma digital *Zoom*. Esto se debió a la situación de salud causada por el COVID-19. Fue impartido en el horario del Consultorio Jurídico, y se realizó en dos distintos bloques, por lo que participaron seis estudiantes en uno y cinco en otro. A continuación se exponen los resultados obtenidos de los pre y post test a través de gráficos, los cuales ilustran si se presentaron aumentos de conocimiento en temas relacionados con la contención emocional y con la indagación de conductas violentas.

6.4.1 Intervención en crisis – contención emocional

Gráfico 15

Resultados del pre y post test del taller en Intervención en crisis – contención emocional



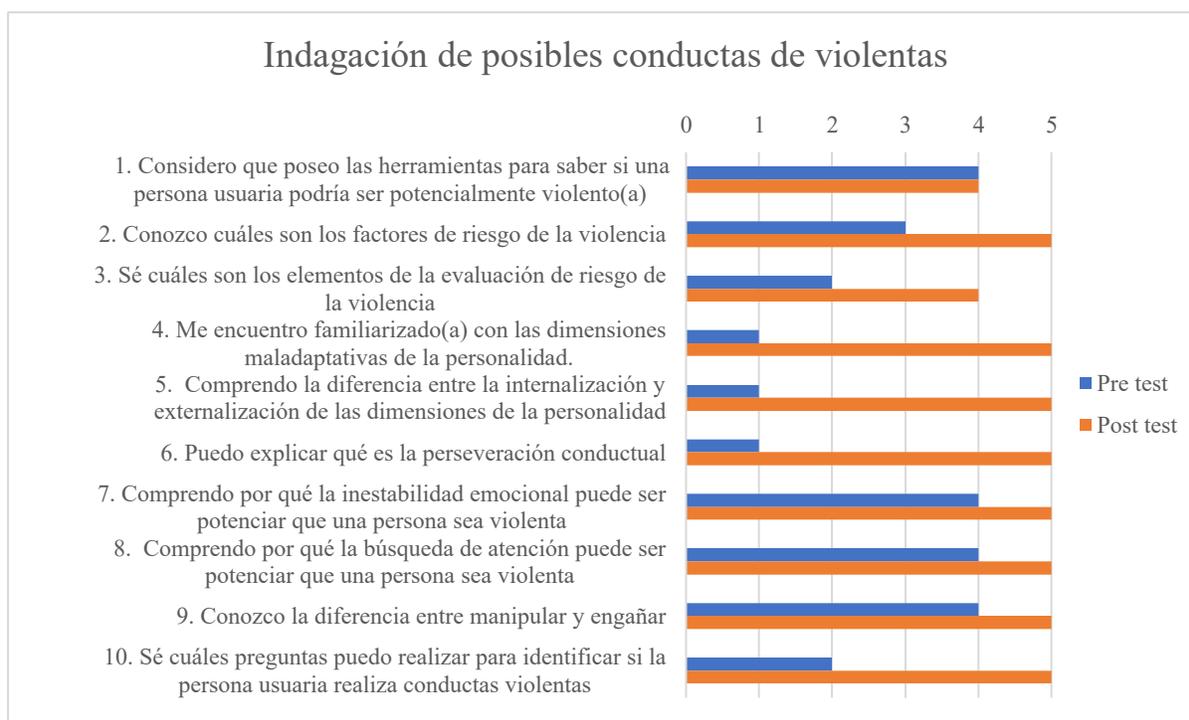
Las medianas de los ítems 2, 4 y 6 pasan de no estar de acuerdo ni en desacuerdo en comprender la relación entre la relajación, el control respiratorio y la sincronización de la respiración con la contención emocional; a estar totalmente de acuerdo con dichos enunciados. Asimismo, en los ítems 3 y 5 se evidencia un aumento significativo. El grupo de estudiantes pasa de no estar de acuerdo a estar totalmente de acuerdo en conocer más de dos técnicas de control de la respiración y corporales de relajación.

Por último, en los enunciados 1, 7, 8 y 9 se aprecian aumentos significativos del conocimiento. Los (as) estudiantes pasan de encontrarse totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo en: estar familiarizados (as) con las fases de los PAP, técnicas de equilibrar la respiración, de contención emocional que utilizan sus compañeros (as) y en estar preparados (as) para aplicar control de la respiración a la persona usuaria.

6.4.2 Indagación de posibles conductas violentas por parte de los y las usuaria

Gráfico 16

Resultados del pre y post test del taller en la Indagación de posibles conductas de violentas



Las respuestas del ítem 1 no reportan un aumento del conocimiento, dado que las medianas indican que el grupo de estudiantes está de acuerdo en saber cuáles son los factores de riesgo de la violencia. En una línea similar, las medianas de los ítems 7, 8 y 9 representan un leve aumento del conocimiento. Los (as) participantes pasan de estar de acuerdo a totalmente de acuerdo en conocer la relación entre la búsqueda de atención e inestabilidad emocional con las conductas violencia, la diferencia entre manipular y engañar.

En el ítem 2, se evidencia que los (as) estudiantes pasan de no encontrarse de acuerdo ni en desacuerdo en conocer los factores de riesgo de la violencia, a estar totalmente de acuerdo. Asimismo, en los ítems 3 y 10 se señala un aumento importante del conocimiento, al pasar de no estar de acuerdo y totalmente de acuerdo, respectivamente, en conocer los elementos de la evaluación de riesgo de violencia y las preguntas que podrían realizar para detectar posibles conductas violentas.

Incrementos muy significativos del conocimiento se aprecian en los ítems 4, 5 y 6. Los (as) estudiantes pasan de estar totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo en: poder explicar la perseveración conductual, saber la diferencia entre internalización y externalización, y familiarizarse con las dimensiones maladaptativas de la personalidad.

Como se aprecia en los resultados de estos dos talleres enfocados en la atención a la persona usuaria, los puntajes de los post test señalan la adquisición del conocimiento expuesto. Igualmente, a nivel perceptual se evidencia que las herramientas utilizadas fueron útiles para que el grupo de participantes se sintiera preparado en la aplicación de técnicas de respiración con las personas usuarias. En el caso del último taller, los (as) estudiantes adquirieron conocimientos relacionados con las dimensiones maladaptativas de la personalidad y obtuvieron un acercamiento al tipo de preguntas para saber si existe la posibilidad de que una persona esté siendo violenta.

6.5 Resultados de la evaluación de los talleres

Con el fin de evaluar los talleres psicoeducativos, once estudiantes completaron mediante *Google Forms* un instrumento de evaluación (Anexo 24), el cual contempló la organización de los talleres y el rol de la facilitadora. Asimismo indicaron los conocimientos significativos adquiridos, retroalimentaron y calificaron los talleres de 1-10, siendo 1 la calificación más baja y 10 la más alta. Las respuestas relacionadas con la organización del taller y el rol de la facilitadora se dieron a través de una escala Likert y se detallan a continuación.

Gráfico 17

Respuestas sobre la organización de los talleres y el rol de la facilitadora



Se muestra a través de las medianas que los (as) estudiantes consideraron los contenidos, actividades y materiales congruentes y pertinentes. Asimismo, se destacó el balance entre la teoría y la práctica, cuya organización favoreció al aprendizaje. En cuanto al rol de la facilitadora, el grupo de estudiantes concordó totalmente en que se mostró dominio de las temáticas, se presentaron los temas de forma clara y ordenada, se mantuvo una comunicación fluida, se motivó la participación y discusión, y se fue cordial con ellos (as).

A continuación se presentan los resultados de los aprendizajes y retroalimentación de los (as) estudiantes, así como la calificación que le brindaron a los talleres psicoeducativos.

Entre los aprendizajes más significativos se destaca: la autorrealización, el autocuidado y el mantenimiento de estilos de vida saludables a través del desglose de metas de salud. Asimismo, se señala el conocimiento de técnicas de respiración y relajación, identificación de una crisis emocional, y la detección de una persona posiblemente violenta. En los comentarios se describieron los talleres como interesantes y bien dirigidos, y se recomienda la inclusión de actividades más prácticas y un mejor manejo del tiempo. Por último, nueve personas calificaron los talleres con un 10, las otras dos personas asignaron un 9 y 8, con un promedio de 9,7.

6.6 Resultados relacionados con el apoyo brindado desde la Psicología a las personas usuarias

Uno de los objetivos de esta práctica dirigida consistió en brindar apoyo al CJDHR desde el área de la Psicología. De modo que los y las estudiantes sabían que si se presentaba alguna situación con las personas usuarias donde era pertinente ofrecer acompañamiento psicológico, podían pedir soporte a la sustentante.

El acompañamiento psicosocial se trató de un espacio seguro de expresión para poder evaluar la situación actual y buscar atenuar su impacto en la persona, reconociendo sus capacidades, fortalezas y otros recursos para afrontarla. Por otro lado, la interrogación se dio mayormente al lado de los y los estudiantes de Derecho con el fin de poner indagar sobre algún aspecto específico y contar con un panorama más claro de los hechos.

En caso que la persona usuaria se mostrara emocionalmente alterada, se recurrió intervención en crisis para brindar contención, se evaluaba la dimensión del problema y se buscaban posibles soluciones en conjunto. Por último, la preparación para las audiencias la recibieron aquellas personas usuarias que se mostraban con miedo y nervios a las mismas, y se dio en el espacio del CJDHR y/o en las salas de espera de las audiencias.

Lamentablemente, la violencia doméstica era común entre las usuarias, por lo que fue necesario intervenir en la creación de planes de emergencia. Se recuerda que, durante los primeros tres meses de dicha práctica, se contó con el apoyo de una estudiante cursante del Módulo sobre Psicología y Violencia Doméstica, y de otra estudiante de Psicología que realizó simultánea a la presente práctica dirigida, su Trabajo Final de Graduación en el CJDHR. Dado que sus enfoques fueron violencia doméstica, la mayoría de los casos con esa referencia fueron abordados por ambas.

Durante los seis meses del este Trabajo Final de Graduación, se atendió a 25 personas usuarias. Algunos (as) fueron atendidos (as) junto con estudiantes de Derecho, a modo de trabajo interdisciplinario y otros casos fueron abordados exclusivamente por la estudiante de Psicología. En la Tabla 18 se aprecian los tipos de intervenciones.

Tabla 18*Tipos de intervenciones realizadas*

Tipo de intervención	Número de casos
Acompañamiento psicosocial	8
Interrogación	6
Violencia doméstica	5
Intervención en crisis	3
Preparación para audiencia	3

A partir de esta información se destaca que cinco usuarias recibieron acompañamiento en temas de violencia doméstica, ya que las otras dos estudiantes de Psicología brindaron apoyo en esta área. Para indagar más sobre determinados casos, seis usuarios (as) recibieron sesiones de interrogación, por lo que en la mayoría de estas sesiones participaron estudiantes de Derecho. Por último, el tipo de intervención más recurrente fue en acompañamiento psicosocial a la persona usuaria, quienes por lo general recibieron más de una sesión.

Es igualmente importante conocer el tipo de procesos jurídicos que llevaban las personas usuarias, que también fueron atendidas por la estudiante de Psicología. Se trató de: asesorías jurídicas, sucesorios judiciales, pensiones alimentarias, régimen de visitas, investigaciones de paternidad, procesos ordinarios, depósito judicial y divorcios por separación de hecho, por sevicia y adulterio.

El proceso más común fue asesoría jurídica, recibido por 8 personas usuarias. Eso se pudo haber dado al ser el primer encuentro que tenían con el CJDHR, y por lo general se encontraban alteradas emocionalmente y no sabían si se les podía brindar apoyo legal. Cuatro

personas que llevaban un proceso de sucesorio judicial recibieron este acompañamiento, en donde por lo general participaron sus familiares y estudiantes de Derecho. El resto de las personas recibieron acompañamiento en procesos de pensiones alimentarias, divorcios, y regímenes de visitas, ordinarios y de depósitos judiciales. Es decir, mayoritariamente se trató de procesos de la materia de Familia.

Por último, en cuanto a la cantidad de sesiones recibidas por persona usuaria, se detalla que trece personas recibieron más de una sesión. Específicamente, diez asistieron a dos sesiones; y una a cinco, seis y siete sesiones respectivamente.

A modo de seguimiento, se les preguntaba a los (as) estudiantes de Derecho sobre el proceso jurídico de las personas usuarias. Además, los usuarios (as) eran contactadas telefónicamente para saber cómo estaban y si había noticias importantes. Cabe señalar que a otras personas usuarias se les ofreció el servicio de Psicología, sin embargo alegaban que no estaban interesados (as) o implicaba un gasto económico importante al desplazarse hasta el CJDHR.

6.7 Resultados de la Elaboración del Material Psicoeducativo

Como se mencionó al inicio de este trabajo, uno de los propósitos consistió en elaborar material psicoeducativo relacionado con las temáticas de los talleres. El objetivo consistió en que este material fuera para el actual grupo de estudiantes de Derecho del CJDHR, así como para los (as) futuros estudiantes que vayan a estar presentes en el Consultorio Jurídico. Estas infografías fueron entregadas a la profesora Sancho y a los (as) estudiantes por vía electrónica. Fueron concisas y se basaron en la información recolectada de artículos y manuales.

Como se mencionó al inicio de esta memoria final, las conductas dañinas de salud y la sobrecarga académica son comunes entre los y las estudiantes de Derecho de la Universidad de Costa Rica, de modo que se pretende que este material se encuentre a disposición del CJDHR, ya que sus temáticas son vigentes y de utilidad. Incluidas también las infografías con información clave para la contención emocional e indagación de posibles conductas de violencia, a partir de las cuales futuros (as) practicantes de Derecho puedan acceder a estas y comprender la información sin haber estado presentes en los talleres.

Las temáticas de cada uno de los materiales psicoeducativos fueron:

1. Salud (Anexo 25)
2. Necesidades fisiológicas (Anexo 26)
3. Necesidades de seguridad (Anexo 27)
4. Necesidades de afiliación (Anexo 28)
5. Necesidades de reconocimiento (Anexo 29)
6. Necesidades de autorrealización (Anexo 30)
7. Contención emocional (Anexo 31)
8. Indagación de posibles conductas de violencia (Anexo 32)

7. Discusión

En los próximos párrafos se justificará a partir de los resultados del proceso diagnóstico, las temáticas de los talleres junto con su respectiva teoría. Igualmente se procederá a presentar los resultados de la intervención psicoeducativa, su recibimiento por parte de los y las estudiantes, y se contrastarán con los antecedentes revisados.

La parte central de esta intervención consistió en el diseño y aplicación de talleres psicoeducativos, al facilitar estrategias que promueven una mejor calidad de vida (Bäumli *et al.*, 2006). Los objetivos de esta práctica consistieron en abordar temas relacionados con la promoción de la salud, intervención en crisis y la indagación de posibles situaciones de violencia, por lo que los modelos psicoeducativos resultan ser clave al proveer a las personas con conocimiento y estrategias para el manejo de las problemáticas mencionadas.

Los resultados del proceso diagnóstico fueron fundamentales para elegir la dirección de los talleres implementados. Al revisarlos se indicó la pertinencia de enfocarse en las conductas de salud del grupo de estudiantes, dado que se presentan molestias físicas y hábitos de salud negativos, tales como dormir pocas horas, saltarse comidas, sobrecargarse de trabajo, alimentarse desbalanceadamente, y contar con pocas actividades recreativas. Además, el grupo de estudiantes manifestó contar con nulas o pocas estrategias de afrontamiento para mejorar su calidad de vida.

En cuanto a la atención a las personas usuarias, gran parte de los (as) estudiantes manifestaron que uno de los aspectos que más disfrutaban del CJDHR, es el contacto con los y las usuarias y conocer sus historias. Sin embargo, reportaron que se les dificulta saber cómo manejar las crisis emocionales al no saber si están haciendo lo correcto.

Por otro lado, la profesora Sancho señaló la necesidad de capacitar a los y las estudiantes con herramientas para poder detectar posibles situaciones de violencia

perpetuadas por la persona usuaria. Incluso, en las entrevistas semi estructuradas, una estudiante mencionó la importancia de saber si la persona usuaria es o no apta para tener la custodia de sus hijos; lo cual determina el enfoque que se le dará a ese proceso jurídico, poniendo como prioridad el bienestar de las personas menores de edad.

Para poder trabajar estas demandas, se llevaron a cabo siete talleres psicoeducativos, cinco de los cuales se enfocaron en las conductas de salud. La rama de la Psicología de la Salud busca promover y mantener conductas de salud y prevenir enfermedades, al basarse en un modelo bio-psico-social que genera un entendimiento a las personas sobre su salud y estilos de vida (Sarafino y Smith, 2010; Stephens, 2010). Al tratarse de un tema multifactorial, estos talleres se basaron en la teoría de la Pirámide de Necesidades de Maslow y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

La Pirámide de Necesidades Básicas sigue un orden ascendente, donde se satisfacen las necesidades superiores hasta haber trabajado las inferiores (Maslow, 1943). Por otro lado la ACT busca mejorar la flexibilidad cognitiva para lograr cambios conductuales, a partir de la combinación de estrategias de aceptación y toma de consciencia del comportamiento. Ayuda a decidir cuáles son las conductas a modificar, al centrarse en los valores de la persona, los cuales servirán de guía para lograr generar estos cambios (Luciano y Valdivia, 2006).

A lo largo de estos talleres de salud, se utilizó como guía temática cada una de las necesidades de Maslow (fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento y de autorrealización) y se combinaron con metáforas de la ACT, con el establecimiento de valores y por último, con planes de modificación de la conducta. En los resultados de los cinco talleres, se aprecia que los (as) participantes se familiarizaron con nuevos conceptos como por ejemplo, el modelo biopsicosocial, la teoría de Maslow, teoría de la red social, el sentido de pertenencia, la auto estima, la autoconfianza, entre otros. También fueron capaces

de comprender la multidimensionalidad de los factores de la salud, elegir sus valores y orientarlos a las metas, para poder diseñar planes de modificación de las conductas.

En cuanto a los resultados cualitativos, los y las estudiantes manifestaron que el aprendizaje de las necesidades de Maslow les permitió reconocer qué áreas de su vida pueden reforzar. Además indicaron que la elaboración de planes de modificación de conductas resultó ser útil para saber cómo realizar cambios en sus vidas, después de haber cuestionado sus conductas de salud. Es importante señalar que durante el taller de autorrealización mientras los y las participantes elaboraban planes para cambiar conductas, se enfocaron en aspectos relacionados con la seguridad financiera y fortalecimiento de relaciones interpersonales, y no solamente en las necesidades fisiológicas, lo cual comprueba que lograron entender que la salud se trata de un amplio espectro.

Al contrastar los resultados obtenidos con los antecedentes nacionales e internacionales, se destacan las investigaciones de Badilla (2017), Korn *et al.* (2017) y Kara (2015). En todos estos estudios se evidencia que las intervenciones en promoción de estilos de vida saludables, lograron que los y las participantes detectaran sus conductas perjudiciales para la salud, modificaran sus creencias de la auto-imagen, las percepciones de la salud, el ejercicio físico y las relaciones interpersonales.

Por otro lado, el sexto taller se centró en la contención emocional a través del control de la respiración. Al tener una crisis emocional las personas pueden sentirse amenazadas por las experiencias y circunstancias (Dattilio y Freeman, 2007), de modo que es importante que los y las estudiantes pudieran recurrir a los primeros auxilios psicológicos de forma inmediata para ayudar a la persona usuaria a lidiar con la confusión emocional y el descontrol (Sánchez y Condori, 2018). Ante estas crisis, se pueden presentar fuertes reacciones fisiológicas,

además de distorsiones cognitivas, por lo que es necesario aumentar la sensación de calma, al reducir los niveles de activación cognitiva y fisiológica (Norelli y Krepps, 2019).

En los resultados obtenidos, se aprecia un aumento significativo en el conocimiento de los (as) estudiantes relacionado con la sincronización de la respiración y la aplicación de más de dos técnicas de control respiratorio. Antes de recibir el taller la totalidad del grupo de estudiantes señaló no sentirse preparado para brindar contención emocional, mientras que al final del taller, los (as) once estudiantes participantes afirmaron sentir preparación para poder proporcionar este tipo de apoyo a la persona usuaria. Además, tres estudiantes comunicaron que no sabían que equilibrar la respiración sirviera para calmar a una persona, por lo que desean aplicar esta herramienta en situaciones futuras.

Estos resultados pueden relacionarse con los obtenidos por Kılıç y Şimşek (2019), quienes a través de seis sesiones de primeros auxilios psicológicos, lograron que los y las participantes aumentaran su percepción de preparación y autoeficacia para atender situaciones de desastre.

Por otro lado, el último taller se centró en la indagación de posibles conductas violentas por parte de la persona usuaria. Para esto, era de suma importancia que los y las estudiantes se familiarizaran con las dimensiones internalizadas y externalizadas maladaptativas de la personalidad, operacionalizadas por Krueger *et al.* (2012). También que conocieran qué tipo de preguntas podrían realizar a los y las usuarias, las cuales se basaron en el instrumento de evaluación del riesgo de violencia para portación de armas de fuego, diseñado por Orozco y Quesada (2018).

Los resultados de este taller evidenciaron que los (as) estudiantes fueron capaces de aumentar su conocimiento en cuanto a los factores y evaluación de riesgo de la violencia y las dimensiones maladaptativas de la personalidad. Además, aprendieron del tipo de

preguntas que pueden formular para indagar si la persona usuaria puede representar un peligro para los (as) demás. Se aprecia que estos resultados son similares a los obtenidos por Papadakaki *et al.* (2013) y Forgey *et al.* (2013), quienes realizaron intervenciones de entrenamiento en la evaluación de posibles situaciones de violencia. Ambas investigaciones lograron aumentar el conocimiento de los (as) participantes en cuanto a la detección de violencia, su habilidad para identificar patrones y factores de riesgo de la violencia.

Como se observa en los resultados obtenidos, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, la intervención mediante talleres psicoeducativos resulta ser de gran beneficio para quienes los reciban al ser una herramienta para la adquisición y aumento de conocimientos. Además, la combinación entre la teoría y la práctica es fundamental para transmitir y elaborar la información, especialmente en el contexto universitario, en donde los estilos de vida poco saludables y la adquisición de conductas de riesgo son comunes (Carranza *et al.*, 2019). Las intervenciones en la promoción de estilos de vida saludables son recomendables para el desarrollo personal y prevención de enfermedades (Bazán, 2018); y para familiarizar a los y las participantes con herramientas para mejorar sus prácticas profesionales, considerando también la integridad y bienestar de las personas con las que trabajan.

Por último, se desea destacar el valor entre lo teórico y técnico que se dio en esta práctica dirigida. La revisión bibliográfica fue determinante para poder atender las demandas presentes en el CJDHR, que además de brindar herramientas para poder adaptarse a la realidad, permitió junto con el proceso diagnóstico comprender de forma más profunda los fenómenos presentados. Es importante que para este tipo de intervenciones, haya un estudio meticuloso del contexto para combinar el conocimiento teórico y técnico a favor de las personas implicadas.

8. Conclusiones

El proceso diagnóstico se basó en la triangulación de la información, para lo cual se aplicaron escalas, inventarios, entrevistas, permitiendo indagar sobre las distintas problemáticas presentes en el CJDHR. Esta primera etapa de la práctica dirigida guió las temáticas de los talleres, y también abrió un espacio seguro de escucha y expresión para los y las estudiantes de Derecho. Fue posible que externalizaran las dificultades que se les presentaban en la universidad, en sus trabajos y en el CJDHR; asimismo, que expresaran las limitantes para poder mejorar sus conductas de salud.

Como se mencionó anteriormente, los resultados del proceso diagnóstico moldearon las temáticas de los talleres, a la vez que se pretendió que la información comunicada y las herramientas expuestas fueran flexibles y se acomodaran a las realidades y necesidades de cada estudiante. Es decir, aunque se trabajaron los temas a nivel grupal, fue posible que los y las participantes aplicaran los conocimientos a sus propias experiencias en el ámbito del Consultorio Jurídico y personal.

La aplicación de las escalas creadas por la sustentante, antes y después de cada taller, permitieron señalar los resultados cuantitativos y cualitativos. Al revisarlos, se evidenció el aumento de conocimiento en los y las participantes sobre las distintas temáticas. De modo que esta práctica dirigida permitió la adquisición de conocimiento teórico sobre las conductas de salud y de violencia, y la contención emocional, lo cual puede atribuirse a la combinación con las actividades prácticas.

Profundizando en los alcances de los talleres, se considera que los enfocados en las conductas de salud tuvieron un mayor impacto en el grupo de estudiantes de Derecho. Se podría deber a que se realizaron un total de cinco talleres enfocados en este tema, por lo que en la evaluación cualitativa de los y las participantes se destacaron los aportes de esta

temática. Se indicó que permitieron cuestionar las conductas de salud propias, percibir la salud como un proceso multidimensional, y adquirir herramientas para poder realizar modificaciones en sus conductas de salud.

Asimismo, el taller en contención emocional, al ilustrar y poner en práctica herramientas y recursos que los y las estudiantes puedan utilizar para intentar disminuir los niveles de activación cognitivos y fisiológicos de las personas usuarias, fueron clave para promover una atención más integral. A la vez que el conocimiento de las distintas herramientas buscó incentivar que el grupo de participantes se sintiera más cómodo y seguro cuando una persona se muestre alterada emocionalmente. Al final de la aplicación del taller, se demostró la adquisición de conocimiento al analizar los resultados de la escala, pero además, estudiantes manifestaron verbalmente que no sabían que la respiración podía tener un rol tan importante para relajarse y distraerse, lo cual evidenciaron después de que pusieran en práctica las técnicas.

Por último, el taller enfocado en la detección de posibles conductas violentas por parte de la persona usuaria brindó la oportunidad de familiarizarse con las dimensiones maladaptativas de la personalidad. La presentación de este tema ayudó a determinar a qué aspectos se les puede prestar atención cuando hay sospechas de que la persona puede ser violenta, así como el tipo de preguntas a realizar. Al igual que en las respuestas de las escalas de los talleres anteriores, se apreció un aumento importante del conocimiento en los y las participantes. Lo relevante de haber expuesto esta temática, yace en que durante la realización de esta práctica dirigida, el grupo de estudiantes le solicitaba ayuda a la sustentante, ya que no sabían si la persona usuaria podía representar un riesgo para las personas a su alrededor, y no sabían cómo proceder, por lo que este taller fue de gran necesidad.

La finalidad de estos últimos dos talleres no enfocados en las conductas de salud fue fortalecer la interdisciplinariedad del CJDHR. La información se brindó a través de la psicoeducación para la adquisición de herramientas utilizadas en el área de la psicología, para que los y las estudiantes pudieran aplicarlas y así brindar una mejor atención a la persona usuaria. Cabe señalar que el trabajo interdisciplinario se evidenció a lo largo de esta práctica dirigida gracias a la disposición y colaboración del grupo de los y las participantes. Este se dio de forma fluida por el interés que hubo en comprender de forma más integral cada uno de los casos que llevaban las personas usuarias. Además, la Licda. Sancho y el grupo de estudiantes, se tomaron el tiempo para explicarle a la sustentante sobre el Derecho de Familia y Civil. El conocimiento de determinados tecnicismos y procesos, también permitió que se brindara una atención más integral a la persona usuaria, al adquirir una mejor idea de las posibles implicaciones de llevar un proceso jurídico.

Por otro lado, uno de los objetivos de la presente práctica dirigida fue la elaboración de material psicoeducativo sobre las temáticas de los talleres, para que los y las participantes cuenten con el material, y que futuros (as) estudiantes del CJDHR, también accedan a dicha información. Para lo cual se diseñaron ocho infografías con información concisa, que fueron entregadas de forma digital al grupo de estudiantes y a la Licda. Sancho.

Otro aspecto a destacar es la relación amena y colaborativa que se dio entre la sustentante y el grupo de estudiantes de Derecho. A pesar de que el ambiente del CJDHR sea propicio a estrés al contar con un tiempo limitado para la realización de los escritos, contestaciones y atención a la persona usuaria, los y las estudiantes se preocupaban por abordar cada caso de la mejor forma posible. De modo que solicitaban ayuda a la sustentante para acompañar durante la consulta jurídica y prestaban atención a las preguntas e

información comunicada a la persona usuaria. Incluso, solían realizar preguntas después de la intervención, reflejando interés sobre el tema y el bienestar de la persona usuaria.

Cabe señalar que esta práctica dirigida también permitió evidenciar la enorme necesidad presente en fortalecer programas de promoción de la salud en estudiantes universitarios. Adquirir y desarrollar conductas de salud requiere disciplina, pero la sobrecarga académica dificulta disminuir o erradicar las conductas de salud perjudiciales. Igualmente, se evidencia la importancia de brindar talleres introductorios a estudiantes en intervención en crisis, cuyas carreras demandan realizar prácticas profesionalizantes con distintas poblaciones, lo cual mejoraría el proceso de atención que reciben, permitiendo también que los y las estudiantes se sientan más seguros (as) con la labor realizada.

A partir de la información obtenida a través de este Trabajo Final de Graduación, se desea resaltar la relevancia de la interdisciplinariedad en el CJDHR. Antes de realizar esta práctica dirigida, la profesora Mónica Sancho, señaló la necesidad de ofrecer una atención integral a las personas usuarias, considerando las implicaciones que conllevan un proceso jurídico, más las condiciones de cada persona. Al interactuar con los y las usuarias y conocer una pincelada de sus contextos, se reflejó esa clara importancia entre la colaboración entre la psicología y el derecho, beneficiosa para todas las partes. La psicología es una ciencia que no se limita a la clínica y sumamente flexible y moldeable a los distintos contextos, sea jurídico, hospitalario, comunitario. Aplicable a través de evidencia que demuestra que las técnicas y procesos utilizados van a generar una diferencia positiva en la calidad de vida de las personas.

Se considera que esta práctica dirigida brindó una gran oportunidad para la aplicación del trabajo interdisciplinario, de modo que a nivel personal se agradece haber podido aprender de determinados procesos jurídicos, así como evidenciar de forma directa la

ganancia de la interdisciplinariedad en el CHDHR. Asimismo, esta experiencia asegura que en ambientes colaborativos y la claridad en los roles, se potencian los beneficios de las distintas disciplinas.

Para finalizar, como psicólogos y psicólogas tenemos la responsabilidad de continuar abriendo y ampliando el trabajo interdisciplinario en los espacios, donde no existe o es limitado. No se trata de un complemento, se trata de una necesidad urgente a beneficio de las personas que acceden a los distintos servicios y merecen recibir la atención más integral posible desde un lugar de empatía y colaboración.

9. Limitaciones

- Durante las dos primeras semanas de la práctica dirigida, la sustentante se encontraba en un periodo de adaptación al espacio del CJDHR. No se considera que lo anterior haya afectado con su labor, aunque hubiera sido de gran utilidad que antes de realizar el Trabajo Final de Graduación, haya asistido una o dos semanas antes al Consultorio Jurídico para poder familiarizarse con el ambiente, dinámica y con el grupo de estudiantes de Derecho.
- Se contó con tiempo limitado para la realización de los talleres. Dado a la gran cantidad de personas usuarias esperando ser atendidas y las notificaciones a contestar, los (as) estudiantes de Derecho se encontraban ocupados (as). Talleres de más de una hora o más cantidad de sesiones, hubiera permitido un mayor balance entre las actividades prácticas y teóricas.
- La cantidad de talleres dependió de la disponibilidad y demanda del CJDHR. A partir de los resultados del proceso diagnóstico, se decidió brindarle prioridad a los talleres enfocados en la promoción de la salud. Sin embargo, hubiera sido beneficioso diseñar e implementar también más talleres dirigidos en la intervención en crisis e indagación de conductas violentas, considerando que son temas sumamente amplios que merecen ser expuestos a más profundidad.
- Con el fin de aprovechar las actividades de los talleres, especialmente las grupales, se esperaba que asistieran al menos dos personas por taller. Sin embargo, el día programado podían surgir asuntos urgentes con las personas usuarias que debían ser atendidos de forma inmediata por lo que algunos (as) participantes se ausentaban, y se debía reprogramar el taller, el cual se impartía de forma individual.

- Relacionado con las obligaciones de los y las estudiantes de Derecho, sucedía que interrumpían el taller para atender llamadas telefónicas del trabajo, llegaban minutos tarde al taller porque se atrasaron en la universidad o en el trabajo, o debían irse antes de que finalizara el taller. Esto afectaba la dinámica, considerando que eran de una hora de duración.
- En cuanto a la atención a las personas usuarias por parte de la sustentante, era común que se ausentaran a las sesiones o dejaran de asistir al proceso psicológico. Transportarse hasta la DHR y la disponibilidad de tiempo son factores que incidieron en esto, por lo cual algunos procesos no finalizaron. También sucedió que usuarios (as) no aceptaron recibir el acompañamiento psicológico dado que desde el inicio reconocían las dificultades que tendrían para poder asistir.

10. Recomendaciones

A la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica

- Promover junto con otras Escuelas de la Universidad de Costa Rica la realización de las prácticas profesionalizantes interdisciplinarias en los distintos módulos del plan de estudios, junto con estudiantes de otras carreras de la Universidad de Costa Rica.
- Además de formar alianzas con otras Facultades de la Universidad de Costa Rica, para dar a conocer y seleccionar los posibles cursos donde pueda haber colaboración interdisciplinaria entre los y las estudiantes, sería óptimo contar con un protocolo para las prácticas profesionalizantes que ayude a guiar esta interdisciplinariedad.
- Ofrecer un curso obligatorio enfocado en la Psicología de la Salud, considerando que esta área es de gran importancia y vigencia, y además es aplicable y necesaria a cualquier sector de la población.
- Los módulos de Violencia Doméstica e Intervención en Crisis son optativos, aunque podrían ser obligatorios para el beneficio de las poblaciones con las que se interviene, al ser tratarse de temas fundamentales para el ejercicio de la psicología.
- Brindarle continuidad a este Trabajo Final de Graduación, considerando que cada grupo de estudiantes de Derecho del CJDHR posee distintas necesidades que deben ser atendidas. Por lo que se sugiere que estudiantes avanzados (as) en la carrera reciban información sobre la posibilidad desarrollar esta modalidad de graduación.

Al Consultorio Jurídico de la Universidad de Costa Rica con sede en la Defensoría de los Habitantes

- Continuar colaborando con el Módulo de Violencia Doméstica de la Escuela de Psicología, para que al menos dos estudiante de psicología realicen su práctica

profesionalizante en un Consultorio Jurídico, y las personas usuarias puedan contar con este apoyo.

- Coordinar con la Escuela de Trabajo Social y abrir la posibilidad de que los y las estudiantes realicen prácticas profesionalizantes en el CJDHR, centradas en la orientación de los recursos para hacer frente a las situaciones. El apoyo de estos (as) estudiantes sería de gran utilidad para orientar al grupo de estudiantes de Derecho y a las personas usuarias.
- Involucrar a estudiantes del Módulo de Trastornos Biológico Conductuales para que realicen su prácticas profesionalizantes en el CJDHR, enfocadas en la Psicología de la Salud.
- Brindar talleres introductorios en Primeros Auxilios Psicológicos o intervención en crisis con la colaboración de la Escuela de Psicología, para que los y las estudiantes de Derecho adquieran herramientas en el abordaje de este tipo de situaciones.
- Coordinar con la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica para impartir talleres introductorios al grupo de estudiantes de Derecho, y se familiaricen con las instituciones y organizaciones que podrían ayudar a las personas usuarias.
- Solicitar a los y las estudiantes de Derecho que anoten siempre las citas en la agenda, y no que cada quien las maneje en su propia agenda. Esto para saber con certeza quiénes tienen citas y con cuáles usuarios (as).

A la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica

- Contar con un acuerdo entre la coordinación del Módulo de Violencia Doméstica de la Escuela de Psicología y curso *DE-2400 Consultorio Jurídico*, para ofrecer al

estudiantado de Psicología la posibilidad de intervenir en uno de los Consultorios Jurídicos, no exclusivamente en el CJDHR.

- Desarrollar protocolos de talleres enfocados en la empatía e indagación para que el estudiantado acceda a ellos previo a la práctica en los consultorios jurídicos, y así comprender la importancia de situarse en la posición de las personas usuarias y familiarizarse con la guía de entrevista inicial y posteriores.
- Proporcionar capacitaciones, también previas a inicio de la práctica profesionalizante en los consultorios jurídicos, para que los (as) estudiantes puedan trabajar la ansiedad que implica representar a una persona usuaria, y que sepan cómo prepararlos (as) emocionalmente antes y durante la audiencia.
- Promover el autocuidado entre los (as) estudiantes de distintos consultorios jurídicos. Lo cual puede ser abordado en conjunto con la Escuela de Psicología y sean sus integrantes quienes desarrollen estos espacios de aprendizaje.

10. Referencias Bibliográficas

- Aguilar, V., Barboza, A. & Castro, A. (2001). *Taller de capacitación en Intervención en Crisis, para la atención inmediata a víctimas de desastres naturales, dirigido a instructores de la Sección de Socorrismo de la Cruz Roja Costarricense, del segundo período de 1999 al primer período del 2001* (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Araya, F. (2004). *Proceso de formación y capacitación en la intervención en crisis psicológicas dirigido a equipos de salud de la Dirección Regional de Servicios Médicos de la Región Huetar Norte* (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Badilla, R. (2017). *La promoción de estilos de vida saludables y habilidades para la vida en estudiantes del Instituto Tecnológico de Costa Rica en la Sede San Carlos* (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Barrantes, K. (2017). *Efecto de intervenciones de psicología positiva y ejercicio en el bienestar y malestar psicológico de estudiantes universitarios* (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Bazán, C. (2018). Programa de intervención educativa para promover el cambio de actitud hacia la actividad física y la mejora de estilo de vida de los estudiantes de Tecnología Médica en una universidad privada. *Horizonte Médico*, 18(2), 53-59.
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 10(32):1-9.

- Bhattacharjee, D., Kumar, A., Kumar, N., Kumar, P., Kumar, S. & Das, B. (2011). Psychoeducation: A measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(1), 33-39.
- Blair, F., McFarlane, J., Nava, A., Gilroy, H. & Maddouz, J. (2015). Child Witness to Domestic Violence Abuse: Baseline Data Analysis for a Seven-Year Prospective Study. *Pediatric Nursing*, 41(1), 23-29
- Carranza, R., Caycho-Rodríguez, T., Salinas, S., Ramírez, M., Campos, C., Chuquista, K. & Pérez, J. (2019). Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(4), 1-10.
- Carrasco, M., Moral, V., Ciccotelli, H & Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica*, 2.
- Casullo, M. & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. *Conicet*, 1-2.
- Cedillo-Ramírez, L., Correa-López, L., Vela-Ruiz, J., Pérez-Acuña, L., Loayza-Castro, J., Cabello-Vela, C., Huamán-García, M., Gonzales-Menéndez, M. & de la Cruz-Vargas, J. (2016). Estilos de vida de estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Rev. Fac. Med. Hum.*, 16(2), 57-65
- Cepeda, G. (2014). Psicología: la ciencia de las ciencias. *Sophia Colección de Filosofía de la Educación* (16), 25-45.
- Chox, W. (2018). *Rasgos de la personalidad y agresividad*. (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Cortés, P. & Figueroa, R. (2016). *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos: crisis individuales y colectivas*. Centro Nacional de Investigación para

la gestión integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN). Pontificia Universidad Católica de Chile.

Crawford, G., Burns, S., Chih, H., Hunt, K., Tilley, P.J., Hallett, J., Coleman, K. & Smith, S. (2015). Mental health first aid training for nursing students: a protocol for a pragmatic randomised controlled trial in a large university. *BMC Psychiatry*, 15(26).

Dattilio, F. & Freeman, A. (Ed). (2007). *Cognitive Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. (Tercera Ed.). The Guilford Press.

Defensoría de los Habitantes de la República. (2017). *¿Quiénes somos?*. Sitio web de la Defensoría de los Habitantes: http://www.dhr.go.cr/la_defensoria/quienes_somos.aspx

Defensoría de los Habitantes de la República. (2017). *Servicios*. Sitio web de la Defensoría de los Habitantes: http://www.dhr.go.cr/servicios/servicios_dhr.aspx

Dunn, E. , Soare, T., Zhu, Z., Simpkin, A., Suderman, M., Klengel, T., Smith, A., Ressler, K. & Relton, C. (2015). Sensitive Periods for the Effect of Childhood Adversity on DNA Methylation: Results From a Prospective, Longitudinal Study. *Biological Psychiatry*, 85(10).

Economou, M. (2015). Psychoeducation: A Multifaceted Intervention. *International Journal of Mental Health*, 44(4), 259–262.

Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica. (2015). *Consultorios Jurídicos*. Sitio web de la Facultad de Derecho: <http://derecho.ucr.ac.cr/AccionSocial/ConsultoriosJuridicos>.

Field, J. E., Wehrman, J. D., & Yoo, M. S. (2017). Helping the Weeping, Worried, and Willful: Psychological First Aid for Primary and Secondary Students. *Journal of Asia Pacific Counseling*, 7(2), 169–180

- Forgey, M. A., Badger, L., Gilbert, T., & Hansen, J. (2013). Using Standardized Clients to Train Social Workers in Intimate Partner Violence Assessment. *Journal of Social Work Education, 49*(2), 292–306.
- Fuentealba, R. & Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica, 26*(1), 39-58
- Gruezo, A. (2017). *¿Cómo y hasta qué punto la psicoeducación en docentes de la Universidad San Francisco de Quito-USFC influye en los procesos de inclusión educativa de sus estudiantes con discapacidad visual?* (Proyecto de investigación). Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Ecuador.
- Hayes, S. (1994). "Content, context and the types of psychological acceptance". *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Context Press
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change*. The Guilford Press.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.
- Kara, B. (2015). The efficacy of an educational intervention on health behaviors in a sample of Turkish female nursing students: a longitudinal, quasi-experimental study. *Nurse Educ Today, 25*(1), 146-151.
- Kılıç, N., & Şimşek, N. (2018). Psychological first aid and nursing. *Journal of Psychiatric Nursing, 9*(3), 212–218.
- Kılıç, N. & Şimşek, N. (2019). The effects of psychological First aid training on disaster preparedness perception and self-efficacy. *Nurse Education Today, 83*, 1-30.

- Kliewe, W. & Lepore, S. (2015). Exposure to Violencia, Social Cognitive Processing, and Sleep Problems in Urban Adolescents. *J Youth Adolescence*, 44, 507-517.
- Korn, L., Ben-Ami, N., Azmon, M., Einstein, O. & Lotan, M. (2017). Evaluating the Effectiveness of a Health Promotion Intervention Program Among Physiotherapy Undergraduate Students. *Medical Science Monitor*, 25, 3518-3527.
- Krueger, R., Derringer, J., Markon, K., Watson, D., y Skodol, E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890.
- Labrador, J., Cruzado, M. & Muñoz. (1993): *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide.
- Leiva, D. & Rojas, E. (2015). *Estrategias de afrontamiento del estrés académico en estudiantes del área de ingeniería de la Universidad de Costa Rica: un abordaje desde la promoción de la salud* (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Llano, L., Gutiérrez, M., Stable, A., Núñez, M., Masó, R. & Rojas, B. (2016). La interdisciplinariedad: una necesidad contemporánea para favorecer el proceso de enseñanza aprendizaje. *Medisur*, 14(3).
- Lonn, M. & Dantzler, J. (2017). A Practical Approach to Counseling Refugees: Applying Maslow's Hiercharchy of Needs. *Journal of Counselor Practice*, 8(2), 61-82.
- Luciano, C. & Valdivia, M. (2006). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia*. Papeles del Psicólogo, 27(2), 79-91.
- Maslow, A. (1943). Una teoría de la motivación humana. *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.

- McSharry, P. & Timmins, F. (2016). An evaluation of the effectiveness of a dedicated health and well being course on nursing students' health. *Nurse Education Today*, 44, 26-32.
- Messing, J. & Thaller, J. (2015). Intimate Partner Violence Risk Assessment: A Primer for Social Workers. *British Journal of Social Work*, 45, 1804–1820.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2015). *Dirección de Vigilancia de Salud: "Casos Notificados de Violencia Intrafamiliar en boleta VE-01"*. Sitio web del Ministerio de Salud de Costa Rica: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/3035-notificacion-vif-costa-rica-2015/file>
- Monahan, J. (2006). A jurisprudence of risk assessment: Forecasting harm among prisoners, predators, and patients. *Virginia Law Review*, 92(3), 391-435
- Montiel, V. & Guerra, V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mamá. *Revista Cubana de Salud Pública*. Sitio web de SciELO: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662016000200016&script=sci_arttext
- Montoya, E. (2016). Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación. *Política y Cultura*, 46, 77-97.
- Morton, D., Hinze, J., Craig, B., Herman, W., Kent, L., Beamish, P., Renfrew, M. & Przybylko, G. (2017). A Multimodal Intervention for Improving the Mental Health and Emotional Well-being of College Students. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 20(10), 1-9
- Norelli, S. & Krepps J. (2019). *Relaxation Techniques*. StatPearls Publishing.
- Norman, P., Cameron, D., Epton, T., Webb, T., Harris, P., Millings, A. & Sheeran, P. (2018). A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol

consumption in new university students: Combining self-affirmation, theory of planned behavior messages, and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 23(1), 108-127.

Observatorio de Violencia de Género contra las Mujeres y Acceso a la Justicia. (2019).

Violencia doméstica. Sitio web del Poder Judicial de la República de Costa Rica:

<https://observatoriodegenero.poder-judicial.go.cr/soy-especialista-y-busco/estadisticas/violencia-domestica/>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud:*

resumen. Sitio web de la OMS:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional.

(2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS:

Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Primera ayuda psicológica: guía para*

trabajadores de campo. Sitio web de la OMS:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=D4071ED2ACFBF48569158DA44811394C?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2016). *¿Qué es la promoción de la salud?*. Sitio web de

la OMS: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Factores de riesgo. Sitio web de la OMS:

https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Violencia*. Sitio web de la OMS:

<https://www.who.int/topics/violence/es/>

- Orozco, M. & Quesada, D. (2018). *Elaboración de un modelo de evaluación del riesgo de violencia para portación de armas de fuego*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Osorio, A. (2017). Primeros Auxilios Psicológicos. *Integración Académica en Psicología*, 5(15), 4-11.
- Papadakaki, M., Petriduo, E., Kogevinas, M. & Lionis, C. (2013). Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. *BioMed Central Medical Education*, 13(46).
- Parada, A. (2012). La intervención en crisis como herramienta terapéutica del psicólogo de la salud. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades apoyadas por tecnologías*, 1(1), 7-14.
- Pomareda, F. (15 de mayo de 2020). Se registran 22 homicidios de mujeres en lo que va del año; 5 de ellos femicidios. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/se-registran-22-homicidios-de-mujeres-en-lo-que-va-del-ano-5-de-ellos-femicidios/>
- Poole, D. (2008). *Fundamentos para una Teoría del Derecho* (2. Edición). Dykinson.
- Poston, B. (2009). An exercise in Personal Exploration: Maslow's Hierarchy of Needs. *Association of Surgical Technologists*. Sitio web de *Association of Surgical Technologists*: <https://www.ast.org/pdf/308.pdf>
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E. & Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de psicología*, 32(1), 295-306.

- Quintero, L. & García, E. (2010). Psicología jurídica: quehacer y desarrollo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(2), 237-256.
- Quintero, E., de la Mella, S. & Gómez, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro electrónica*, 21(2).
- Rahnama, N. & Lofti, H. (2016). Renovating of Maslow's pyramid of Needs and self-actualization. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*, 1, 1654-1667.
- Ramírez, R. & Vargas, L. (2012). Terapia de Aceptación y Compromiso: descripción general de una aproximación en los valores personales. *Revista Ciencias Sociales*, 138, 101-110.
- Ramírez, M., Harland, K., Frederick, M., Sheperd, R., Wong, M. & Cavanaugh, J. (2014). Listen protect connect for traumatized schoolchildren: a pilot study of psychological first aid. *BMC Psychology*, 2(45).
- Sánchez-Ojeada, M. & Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910-1919.
- Sánchez, T. & Condori, B. (2018). *Guía de contención emocional para brigadistas agentes de cambio*. Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza: Bolivia.
- Sancho, M. (2018, Noviembre 26). Entrevista realizada por M. Rodríguez [Grabación de Audio]. Entrevista para identificar problemáticas presentes. San José, Costa Rica: Centro de Estudios de la Mujer.
- Sancho, M. (2019). *Informe de resultados y estadístico del Consultorio Jurídico con sede en la Defensoría de los Habitantes de la República. Noviembre del 2018 a Octubre del 2019*. [Informe sin publicar]. Facultad de Derecho. Universidad de Costa Rica

- Sanz-Barbero, B., Rey, L. & Otero-García, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102-108.
- Sarafino, E. & Smith, T. (2010). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions* (7. Edición). John Wiley & Sons, Inc.
- Sijbrandij, M., Horn, R., Esliker, R., O'May, F., Reiffers, R., Ruttenberg, L., Stam, K., de Jong, J. & Ager, A. (2020). The Effect of Psychological First Aid Training on Knowledge and Understanding about Psychosocial Support principles: A Cluster-Randomized Controller Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-11.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. (2a ed.). Manual Moderno
- Solano, D. (2008). *Desarrollo de una propuesta de intervención en Psicología de la Salud realizada en el Instituto Costarricense para la Acción, Educación e Investigación de la Masculinidad, Pareja y Sexualidad* (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Solano, J. (2019). *Inserción profesional desde un enfoque de psicología de la salud y psicoeducación con estudiantes de la Carrera de Derecho, practicantes en el Consultorio Jurídico de la Defensoría de los Habitantes de la Universidad de Costa Rica*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Srivastava, P. & Panday, R. (2016). Psychoeducation an effective tool as treatment modality in mental health. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(82), 123-130.
- Stephens, C. (2008). *Health promotion A psychosocial approach*. McGraw Hill.
- Sterling, R. (2015). *Influencia de factores sociodemográficos, cognitivos, conductuales y emocionales en los hábitos de vida saludable de estudiantes de Psicología de la*

- Universidad de Costa Rica*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Stoddard, J. & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphor*. Ner Harbinger.
- Subedi, P., Li, C., Gurung, A., Bziune, D., Dogbey, M., Johnson, C. & Yun, K. (2015). Mental health first aid training for the Bhutanese refugee community in the United States. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(2).
- Vaillant, G. McArthur, C. & Bock, A. (2010). George E. Vaillant; Charles C. McArthur; and Arlie Bock, 2010, "Grant Study of Adult Development, 1938-2000". Murray Research Archive Dataverse. *Harvard Dataverse*.
<https://doi.org/10.7910/DVN/48WRX9>
- Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 9(9), 50-59.
- Vicerrectoría de Acción Social. (2014). *Pasantías de Acompañamiento Psicológico en Procesos Legales* (Proyecto ED-2958). Universidad de Costa Rica.
- Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Xia, J.; Merinder, L.B.; & Belgamwar, M.R. (2011) Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD002831.
<https://10.1002/14651858.CD002831.pub2>.
- Zimmerman, G. & Posick, C. (2016). Risk factors for and Behavioral Consequences of Direct Versus Indirect Exposure to Violence. *AJPH Research*, 106(1), 178-188.

10. Anexos

Anexo 1: Cronograma de Actividades

	09/19		10/19			11/19			12/19			01/20				02/20				03/20					
Semana del	23	30	7	14	21	11	18	25	2	9	16	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9	16	23	30	
Inicio de práctica	x																								
Apoyo en Actividades Programadas en el Consultorio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x		
Proceso de diagnóstico de la Instancia	x	x	x	x	x	x	x																		
Desarrollo de Talleres en indagación de situaciones de violencia							x	x	x	x															
Desarrollo de Talleres en Promoción de la Salud							x	x	x	x															
Desarrollo de Talleres en primeros auxilios psicológicos							x	x	x	x															
Aplicación de talleres en promoción de la salud										x			x		x										
Aplicación del taller en intervención en crisis																			x						
Aplicación del taller en indagación de conductas violentas																								x	
Elaboración de materiales	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Revisión bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Supervisiones	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sistematización y análisis de datos																						x	x	x	x
Elaboración del documento final																								x	x
Evaluación de la práctica										x			x		x				x					x	x
Devolución																									x
Defensa	Noviembre 2020																								

Anexo 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Nombre de la persona participante:

Cédula:

Estudiante de Psicología que realiza la práctica: María Rodríguez Porras

Cédula: 115440883

Por medio de la presente, certifico que se me ha informado de:

1. La confidencialidad y los límites de la misma, en cuanto a la información que será facilitada por parte mía. En este sentido, el/la estudiante está en la obligación de informar si las personas participantes corren un riesgo para él (ella) misma, para otras personas o si está en una situación que puede ser riesgosa para su integridad física o psicológica.
2. Tengo claro los objetivos, métodos y procedimientos. Se me ha explicado que primero se realizará una diagnóstico, del cual se desprenderán los objetivos de abordaje, los cuales serán discutidos con mi persona antes de iniciar el mismo.
3. Se me han aclarado mis derechos, en cuanto persona usuaria del servicio, relacionada con los derechos a que se proteja mi intimidad, que se me brinde información veraz con respecto a las posibilidades del abordaje psicológico y sus limitaciones, así como las características el proceso.
4. Se me ha aclarado que se confeccionará un expediente, el cual el/la estudiante se encargará de salvaguardar, donde se anotarán todas las cuestiones que sean relevantes con respecto a los problemas que se abordarán. Entiendo que dicho expediente es confidencial, a no ser que sea requerido por los Tribunales, en procesos penales.
5. La estudiante ha aclarado todas mis dudas con suficiencia.

Firma de la persona participante

Firma de la estudiante de Psicología

Anexo 3: Resultados de las observaciones no participante

Categoría Diagnóstica	Situación Presentada
1. Muestras de empatía por parte del grupo de estudiantes hacia la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> • Una estudiante le ofrece comida a una usuaria, porque ella le había dicho que no ha comido en todo el día. • Una estudiante le dice a una usuaria constantemente que no se preocupe, que está en el lugar correcto y que hará lo que pueda para ayudarla. • Se me pregunta si considero que la pregunta hecha a una usuaria ha sido correcta, ya que le preocupaba haberla ofendido. • Se me pide que brinde acompañamiento a la usuaria antes de la audiencia, ya que cree que va a estar nerviosa.
2. Situaciones de estrés y/o ansiedad dentro del Consultorio	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudiante dice: "voy a renunciar, ya no puedo más" (refiriéndose a la carga académica y laboral). • Un estudiante comunica que debe terminar los informes del Consultorio, por lo que falta a una clase de la universidad. • Un estudiante comunica que no fue a sus clases de la mañana por terminar un escrito. • Una estudiante dice que le preguntará a su jefe del trabajo si puede faltar porque no ha tenido tiempo para el CJDHR.
3. Conductas de salud de los y las estudiantes	<ul style="list-style-type: none"> • "Se me volvió olvidar almorzar" • Una estudiante le pregunta si puede hacer a su usuaria esperar 10 minutos para poder almorzar. • Una estudiante se queja de no tener tiempo para hacer ejercicio.
4. Detección de situaciones de riesgo de la persona usuaria o de personas cercanas a esta	<ul style="list-style-type: none"> • Se comunica que parece extraño que una usuaria niegue haberle pegado a su hijo menor de edad, cuando en informe lo indica así. • Se comunica que hay sospecha que una usuaria es víctima de trata de personas. • Una estudiante me pregunta si puedo atender a una usuaria, ya que quiere saber si la joven está dispuesta a hacer cambios en su vida por el bienestar hijo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se indaga con un usuario sobre las posibles razones por las cuales su hijo no desea ir a su casa.
5. Comunicación con la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> • La profesora asesora a un estudiante sobre cómo hacer una llamada telefónica y pedir más información • La profesora explica cómo podría comunicar información a un usuario. • La profesora aconseja a un estudiante qué preguntas le puede hacer a la usuaria. • La profesora explica cómo podría comunicar información a un usuario. • Un estudiante pregunta a la profesora cómo comunicarle a una usuaria que debe desalojar su casa. • Una estudiante posee dificultades para obtener información de una usuaria víctima de violencia doméstica. • Una estudiante duda de qué preguntar a una usuaria para si posee la capacidad de vivir con su hijo.
6. Manejo emocional de los casos	<ul style="list-style-type: none"> • La profesora explica un caso en la pizarra. Se trata de una situación que les causa frustración por la decisión del juez. • La profesora le dice a un estudiante: "es un caso complicado y va a doler". • Una estudiante y la profesora comentan que les da tristeza lo que sucedió con el proceso jurídico de una usuaria, al considerarlo injusto.
7. Horas extra dedicadas al Consultorio Jurídico	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudiante llega una hora antes para tener tiempo de atender a sus usuarios. • Una estudiante dice: "llevo como mil horas aquí, debería terminar en menos meses". • Dos estudiantes comentan que deberían ir el miércoles al Consultorio para ponerse al día con los informes.

Anexo 4: Plantilla de Observación de atención a la persona usuaria

Conducta a observar	Sí	No
1. Saluda a la persona usuaria de manera cordial.		
2. Le pregunta a la persona usuaria cómo se encuentra.		
3. Explica de manera clara las características de su práctica profesionalizante como estudiante de derecho.		
4. Explica la estructura de la consulta jurídica		
5. Evita usar un lenguaje técnico-jurídico para adaptarse a las características de la población que atiende.		
6. En caso de utilizar conceptos técnico-jurídicos el (la) estudiante los explica con claridad.		
7. El (la) estudiante explica los procesos jurídicos en detalle y de forma clara.		
8. Muestra interés por el caso que se encuentra atendiendo.		
9. Hace preguntas para asegurarse que comprendió lo que el usuario dice.		
10. Permite que la persona usuaria realice preguntas durante el periodo de atención.		
11. Ve a los ojos a la persona usuaria.		
12. Pone atención a todos los aspectos que la persona usuaria menciona, incluso a los que no se centran en el proceso jurídico.		
13. Indaga a más profundidad sobre la situación de la persona usuaria.		
14. Tiene una computadora/cuaderno a la par mientras atiende a la persona usuaria.		
15. Evita ver la computadora/cuaderno mientras la persona usuaria describe su situación.		
16. Evitan ver el celular mientras atienden a la persona usuaria		
17. Cuando el (la) estudiante debe regresar al Consultorio, le explica a la persona usuaria qué va a realizar y le pide que espere.		
18. Le pregunta a la persona usuaria si ha comprendido todos los procesos descritos durante el periodo de atención.		
19. Responde a todas las dudas planteadas por la persona usuaria.		
20. Atiende a la persona usuaria en un lugar cómodo.		
21. Cuando va a regresar al Consultorio para fijar una cita en la agenda, le comunica a la persona que ya regresa y dónde puede esperarlo (a)		
22. Se despide amablemente de la persona usuaria.		
23. Posterior a la atención de la persona usuaria le realiza preguntas a la profesora sobre el caso y cómo abordarlo de manera más pertinente.		

Anexo 5: Guía de entrevista semi estructurada sobre la atención a las personas usuarias

1. ¿Cuáles son los aspectos que más disfruta del Consultorio Jurídico?
2. ¿Cuáles son los aspectos que menos disfruta del Consultorio Jurídico?
3. ¿Qué considera que es lo más desafiante o difícil al atender a los y las usuarias? Es decir, ¿qué obstáculos ha percibido de su parte?
4. ¿Le ha pasado que debe comunicarle a una persona usuaria una noticia que podría molestarla o alterarla emocionalmente? ¿Cómo ha manejado esa situación?
5. ¿Le ha sucedido que una persona usuaria muestra enojo o frustración? ¿Puede explicarme cómo ha manejado esa situación?
6. ¿Usted consideraría que posee las habilidades necesarias para brindar contención emocional a las personas usuarias? ¿Por qué?
7. ¿Ha habido algún caso que le afecte a usted a nivel emocional? ¿Qué ha hecho para lidiar con ese tipo de situaciones?
8. ¿Se siente preparado(a) para las audiencias?
9. Cuando hay una audiencia, ¿de qué forma suele preparar a la persona usuaria para ese proceso?
10. ¿Qué aspectos le gustaría mejorar o aprender en los procesos de atención de la persona usuaria?

Anexo 6: Guía de entrevista semi estructurada sobre las conductas de salud de los (as) estudiantes

1. ¿Considera que su estilo de vida es saludable? ¿Por qué?
2. Me gustaría conocer más sobre su estilo de vida, por lo que le realizaré preguntas específicas:
 - a. ¿Considera que su alimentación es balanceada? ¿Por qué?
 - b. ¿Sus horarios de comida son regulares? ¿Suele saltarse comidas?
 - c. ¿Con qué frecuencia visita lugares de comida rápida?
 - d. ¿Cuántas horas duerme al día?
 - e. ¿Suele acostarse y levantarse a horas similares?
 - f. ¿Presenta dificultades para dormir? ¿Suele traspasar?
 - g. ¿Toma alguna pastilla o sustancia para conciliar el sueño?
 - h. ¿Consume bebidas energéticas?
 - i. ¿Fuma tabaco de forma activa?
 - j. ¿Consume alguna droga psicoactiva? ¿Con qué frecuencia?
 - k. ¿Realiza actividad física? ¿Con qué frecuencia?
3. ¿Podría describir un día en el que viene al Consultorio Jurídico? Por favor relate desde que se despierta hasta que se va a dormir y sea lo más detallado (a) posible.
4. Por favor describa cuáles son sus estrategias de afrontamiento de estrés.
5. ¿Suele tener molestias físicas con regularidad, como dolores de cabeza, estómago? ¿Cuáles y cuál es la frecuencia? ¿Qué hace normalmente para calmar esas molestias físicas?
6. ¿Considera que la universidad y/o el trabajo afectan en su estilo de vida de forma negativa? ¿Por qué?
7. ¿Cree que llevar el curso Consultorio Jurídico ha afectado su estilo de vida?
8. ¿Cuáles considera que son sus hábitos saludables y los no tan saludables?
9. ¿Cuáles son sus obligaciones fuera de la universidad?
10. ¿Ha dejado de realizar actividades recreativas debido a sus obligaciones universitarias y/o de trabajo?
11. ¿Qué suele realizar en su tiempo libre?
12. ¿Cuáles hábitos de salud le gustaría adquirir y cuáles le gustaría disminuir?
13. ¿Qué esfuerzos realiza actualmente para mejorar su calidad de vida?

Anexo 7: Tabla con categorías diagnósticas de las entrevistas sobre la atención a la persona usuaria

Categoría diagnóstica	Situaciones/aspectos mencionados por los y las estudiantes
1. Aspectos que más disfrutaban de la práctica en el Consultorio	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje colectivo de la teoría jurídica • Conocimiento de las historias de las personas usuarias, y poder ayudarlas • Aplicación de la teoría de Derecho • Espacio físico de la DHR (disfrutar del jardín)
2. Aspectos que menos se disfrutaban de la práctica en el Consultorio	<ul style="list-style-type: none"> • Redacción de escritos • Responder notificaciones a los juzgados
3. Manejo de determinadas situaciones con los y las usuarias	<ul style="list-style-type: none"> • Personas usuarias intentar contactar a los y las estudiantes en horas fuera del CJ. Algunos (as) estudiantes bloquean los números y les piden que se comuniquen mediante el teléfono de CJ; otros responden en su horario del CJ. Manifiestan que lo consideran como una invasión de sus espacios personales. • Explicar a las personas usuarias que hay situaciones fuera de las manos del CJ, para que no manifiesten malestar hacia ellos (as).
4. Aspectos que causan estrés en los y las estudiantes	<ul style="list-style-type: none"> • El trabajo del CJ no se limita a las horas en el espacio físico, los (as) estudiantes deben atender asuntos relacionados con este. Esta demanda varía cada semana. • Escuchar a las personas usuarias e identificar la información de utilidad para el proceso jurídico. • Dar lo mejor de sí mismos (as) para ayudar a la persona usuaria. • Cuando la persona usuaria llora o se altera emocionalmente y no saber qué hacer. • No prestar suficiente atención al trabajo del CJ por centrarse en responder los escritos.
5. Organización para lograr los objetivos de la práctica en el Consultorio Jurídico	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar de cumplir con todos los pendientes, pero las notificaciones puede alterar esa organización. • Las horas del CJ no son suficiente para realizar lo que se espera de los (as) estudiantes (entrega de escritos, lectura de expedientes, estar pendiente de usuarios y usuarias).

	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio reducido para brindarle atención a la persona usuaria (escucharla, sacar copas), lo cual puede afectar la calidad de la atención.
6. Detección de situaciones de riesgo para la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar que una persona usuaria no era apta para tener la custodia de su hija. • Detectar si hay o no violencia doméstica, especialmente cuando la persona usuaria desea realizar un proceso jurídico no penal (un divorcio por separación de hecho, por ejemplo).
7. Dificultades que se presentan durante la práctica en el Consultorio Jurídico	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas de las personas usuarias sobre el CJ. • Notificaciones se presentan durante el tiempo libre de los (as) estudiantes y deben ser atendidas inmediatamente.
8. Muestras de empatía del grupo de estudiantes a los y las usuarias	<ul style="list-style-type: none"> • Intentar comprender por qué la persona usuaria llora durante la consulta. • Escuchar y no interrumpir a las personas usuarias • Distraer a las personas usuarias con otros temas cuando lloran. • Recordarle a la persona usuaria que es fuerte y valiente y que todo estará bien. • Ser simpático (a) y no juzgar a la persona usuaria, al no saber por todo lo que han pasado.
9. Muestras de poca empatía de los y las estudiantes a las personas usuarias	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de paciencia con las personas usuarias, especialmente si la interacción es mayoritariamente por teléfono. • Desear que la persona usuaria solamente cuente detalles relevantes para el escrito y evite contar de su vida personal
10. Afectación emocional en los y las estudiantes por los casos que abordan	<ul style="list-style-type: none"> • Las situaciones de vida que se presentan con los usuarios puede generar que los (as) estudiantes manifiesten sus propios problemas.
11. Manejo de la carga emocional que implica abordar determinados casos	<ul style="list-style-type: none"> • Desear buscar ayuda psicológica para que situaciones del CJ no les afecten. • Una persona manifiesta falta de tiempo para lidiar con emociones.
12. Preparación que se le brinda a los y las usuarias para las audiencias	<ul style="list-style-type: none"> • Ser honestos (as) e informar de los probables resultados. • Citar días antes a persona usuaria y testigos (as) para realizar <i>role playing</i> de las preguntas. • Citar una hora antes de la audiencia para recordar información importante.
13. Ansiedad previa y durante las audiencias	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir dolor de estómago antes de audiencia. • Temor a no dar lo mejor de ellos (as) • Saber que "la vida de otras personas" está en juego • Miedo a hablar en público y mostrar tranquilidad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Imaginar escenarios hipotéticos de lo que podría salir mal.
14. Herramientas útiles para el afrontamiento de las situaciones que se presentan en la práctica del Consultorio Jurídico	<ul style="list-style-type: none"> • Si es posible, dar otra cita a la persona usuaria para poder pensar con calma en las soluciones. • Ser alegre y social, hacer a la persona usuaria sentirse cómoda y en confianza. • Ser paciente e intentar comprender la situación de la persona usuaria. • Esperar a que la persona usuaria esté tranquila.
15. Falta de herramientas para el afrontamiento de las situaciones que se presentan en la práctica del Consultorio Jurídico	<ul style="list-style-type: none"> • No saber qué hacer para que la persona usuaria deje de llorar, o calmarla. • Paciencia para escuchar lo que las personas usuarias desean comunicar.
16. Herramientas que los y las estudiantes desean mejorar o adquirir para mejorar la atención que brindan a las personas usuarias	<ul style="list-style-type: none"> • Forma de obtener información de las personas usuarias sin lastimarlas. • Atención en crisis a usuarios (as) ante alteraciones emocionales (llorar, enojarse). • Cómo cuidarse a sí mismos (as) mientras sobrellevan carga académica y personal.

Anexo 8: Categorías diagnósticas a partir de las entrevistas centradas en las conductas de salud de los (as) estudiantes

Categoría diagnóstica	Respuestas de estudiantes
Molestias físicas y solución	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores espalda → 3/semana. Solución: cuidar postura, practicar yoga. • Dolores de cabeza → 1/semana, 3/semana, 4/semana. Solución: analgésico, fumar marihuana, tomar vino, usar aceites esenciales, tomar pastillas. • Dolor de hombros → 1/semana, 2/semana. Solución: urguento, estirarse, • Dolor de estómago → 2/semana, 3/semana. Solución: esperar a que se pase, comer algo.
Conductas de salud que consideran saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener un balance entre el tiempo personal y social • Bañarse, lavarse los dientes tres veces al día • Darse espacios de ocio • Hacer deporte • Realizar actividad física si hay tiempo • Tomar 2 litros de agua diarios • Evitar usar el celular antes de dormir • Comer comida rápida poco seguido • Pasear a los perros • Cuidar alimentación
Conductas de salud que no consideran saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir drogas • Comer siempre afuera • Recargarse mucho con el trabajo • Fumar tabaco con regularidad • No hacer ejercicio • Alimentación desbalanceada • Comidas: saltarlas, no tener horario establecido • No sacar el tiempo para actividades recreativas • Horas de sueño: trasnochar, no tener un horario definido de sueño.
Actividades recreativas que han dejado de realizar por la universidad y/o el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar de asistir a clases de ejercicio físico y al gimnasio • Dejar de asistir a clases de idiomas y recreativas • Ver amigos (as) con menos regularidad

<p>Actividades que realizan en el tiempo libre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividad física • Ver películas y series • Ir de fiesta • Jugar play • Salir con amigos • Dormir • Revisar Facebook • Cocinar • Consumir drogas • Estar con familia, con parejas sentimentales • Pintar, escuchar música, leer
<p>Conductas de salud que desean adquirir o aumentar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comidas: tener un horario establecido, desayunar, prepararlas • Comer más saludable • Dormir más • Realizar actividad física regularmente
<p>Conductas de salud que desean eliminar o disminuir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir consumo de drogas y el fumado de tabaco • Procrastinar menos • Consumir menos cerveza • Organizarse con los deberes de la universidad • Ir menos de fiesta

Anexo 9: Escala sobre la atención que se le brinda a la persona usuaria

A continuación, se le presenta una escala centrada en la atención que se le brinda a la persona usuaria. Se le solicita que llene el instrumento de manera sincera para facilitar el proceso de recolección de la información y se le recuerda que la información que usted facilite será confidencial.

Las siguientes afirmaciones se responden con una escala del 1 al 5, donde cada número representa:

- 1 = Totalmente en Desacuerdo
- 2 = En Desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 = De Acuerdo
- 5 = Totalmente De Acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Considera que por lo general posee una buena relación con las personas usuarias.					
2. Al interactuar con el usuario(a), usted realiza preguntas sobre la información que le brinda.					
3. Le interesa lo que el usuario(a) comunica, aunque no sea información ligada con el caso.					
4. Ha podido identificar si la persona usuaria se encuentra en riesgo o persona cercanas a ella.					
5. Ha sido capaz de identificar cuando el usuario(a) podría recibir acompañamiento psicológico.					
6. Se le facilita para comunicar una noticia que podría afectar emocionalmente.					
7. Cuando debe asistir a una audiencia, siente seguridad de sí mismo(a).					
8. En las audiencias se siente cómodo (a) trabajando con el defensor(a) de la contraparte.					
9. Puede preparar a un usuario(a) para que se desenvuelva con soltura en una audiencia.					
10. Si una persona usuaria es grosera o se muestra molesta, usted puede manejar esa situación.					
11. Cuando un usuario(a) se muestra alterado emocionalmente, usted puede manejar la situación.					
12. Ha sucedido que desea llorar durante y/o después del Consultorio Jurídico.					
13. Sus compañeros(as) del CJ son una red de apoyo emocional importante para usted.					
14. Si el usuario(a) lo (la) contacta en tiempo fuera del CJ, usted es cordial e interesado(a).					
15. Le molesta que la persona usuaria lo (la) contacte en tiempo fuera del CJ.					
16. Al salir del CJ se encuentra satisfecho (a) con su labor.					

Anexo 10: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades fisiológicas

Taller 1: Necesidades fisiológicas				
Actividad	Tiempo	Objetivo	Descripción	Materiales
Pre test	5 min	Determinar los conocimientos de los (as) estudiantes previos al taller.	Se le entregará a cada persona un pre test para que lo completen antes de recibir los contenidos del taller.	-Pre test -Lapiceros
Devolución de resultados de salud	10 min	Presentar al grupo de estudiantes los resultados que se obtuvieron a partir del diagnóstico de sus conductas de salud y estilos de vida	Mediante una presentación de <i>Powerpoint</i> se le presentarán a los estudiantes los resultados del diagnóstico de sus conductas de salud y estilos de vida.	-Presentación de <i>Power Point</i> con los resultados -Computadora -Video proyector
Definición de salud	5 min	Conocer la definición del grupo de estudiantes del concepto de salud	Los estudiantes dirán qué consideran que es la salud.	No se requieren materiales
Descripción del modelo biopsicosocial	10 min	Brindar información sobre lo que es el modelo biopsicosocial y cómo se relaciona con las enfermedades y la salud.	Se les expondrá mediante un cartel el modelo biopsicosocial.	-Cartel con modelo biopsicosocial ilustrado

Determinantes de la salud	10 min	Exponer los determinantes de la salud según el "Harvard Study of Adult Development"	Se le expondrá a los y las estudiante mediante una presentación de <i>Powerpoint</i> los determinantes de la salud según el "Harvard Study of Adult Development" para poder relacionar su contenido con el modelo bio psico social	-Presentación de <i>Powerpoint</i> -Computadora -Video proyector
Necesidades fisiológicas según el grupo de estudiantes	10 min	Conocer lo que comprenden los estudiantes por fisiología	El grupo de estudiantes definirá lo que es la fisiología y explicarán por qué afecta a nuestra salud	-Cartel -Pilots
Necesidades fisiológicas y salud	15 min	Profundizar en el papel de la fisiología y la salud	Se expondrá la definición de fisiología y cómo afecta a nuestro organismo. Se les explicarán las necesidades que deben de cubrirse a nivel fisiológico para tener salud. Posteriormente como ejemplo se les mostrará un video sobre cómo la alimentación afecta nuestro cerebro.	-Presentación de <i>Powerpoint</i> -Video proyector -Computadora -Video: https://www.psyciencia.com/como-afectan-al-cerebro-los-alimentos-que-consumimos/
Post test	5min	Determinar los conocimientos de los (as) estudiantes después de haber recibido el taller.	Se le entregará a cada persona un post test para saber cuáles fueron los conocimientos que adquirieron a partir de los talleres.	-Post test -Lapiceros

Duración: 1 hora 10 minutos

Anexo 11: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades de seguridad

Taller 2: Necesidades de seguridad				
Actividad	Tiempo	Objetivo	Descripción	Materiales
Pre test	5 min	Determinar los conocimientos de los (as) estudiantes previos al taller.	Se le entregará a cada persona un pre test para que lo completen antes de recibir los contenidos del taller.	-Pre test -Lapiceros
¿Qué es la seguridad?	10 min	Conocer la definición de seguridad por parte del grupo de estudiantes	El grupo de estudiantes expondrá verbalmente qué es la protección y seguridad, y por qué consideran que toda persona debe contar con estos mecanismos.	No se requieren materiales
Importancia de las necesidades de seguridad	15 min	Exponer la forma en la que la seguridad puede afectar nuestra salud.	Se expondrá una presentación de Power Point para explicar por qué es importante contar con seguridad y cómo afecta a la salud.	-Presentación de Power Point -Computadora -Video proyector
Aceptación de la realidad	15 min	Definir el concepto de aceptación	Se les explicará a los estudiantes lo que es la aceptación y se leerá a el ejercicio metafórico " <i>Crying baby on the plane</i> ", expuesto en la p. 55 de Stoddard <i>et al.</i> (2014). Posteriormente se hará una reflexión grupal sobre la relevancia de aceptar la realidad y ser activos al respecto.	-Metáfora: " <i>Crying baby on the plane</i> " traducido (Anexo 13).

Defusión cognitiva	10 min	Definir el concepto de defusión cognitiva.	Se leerá a los estudiantes el ejercicio metafórico " <i>Boat on the water</i> ", expuesto en la p. 70 de Stoddard <i>et al.</i> (2014). Posteriormente se realizará una reflexión grupal sobre la importancia de evitar que los pensamientos negativos sean determinantes en nosotros.	-Metáfora: " <i>Boat on the water</i> " traducido (Anexo 14).
Post test	5 min	Determinar los conocimientos de los (as) estudiantes después de haber recibido el taller.	Se le entregará a cada persona un post test para saber cuáles fueron los conocimientos que adquirieron a partir de los talleres.	-Post test -Lapiceros

Duración: 1 hora

Anexo 12: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades de afiliación

Taller 3: Necesidades de afiliación				
Actividad	Tiempo	Objetivo	Descripción	Materiales
Pre test	5 min	Aplicación del pre test	El grupo de participantes completará el pre test para determinar sus conocimientos relacionados con los contenidos de las necesidades de afiliación y de reconocimiento, previos a los talleres.	-Hojas con pre test -Lapiceros
Repaso de las sesiones anteriores	5 min	Recordar lo visto en las sesiones anteriores	Se le pedirá al grupo de estudiantes que señalen lo que se aprendió en las dos sesiones anteriores	-Presentación de <i>Powerpoint</i> -Computadora -Video proyector
Círculos sociales	15 min	Conocer los distintos grupos sociales con los que interactúan los y las estudiantes.	Se le pedirá al grupo de estudiantes que escriban en las tiras de papeles los grupos sociales con los que suelen interactuar. Esos papelitos se pegarán en la pizarra, para que posteriormente expliquen por qué consideran que es importante relacionarse con distintos tipos de personas.	-Lapiceros -Tiras de hojas -Pizarra -Tape

Necesidades de afiliación	15 min	Explicar al grupo de estudiantes la importancia de conectar con otras personas y cómo afecta a nuestra salud	Se expondrá una presentación de <i>Powerpoint</i> para explicar por qué es importante contar con distintas redes de apoyo y cómo estas pueden contribuir de forma positiva a la salud. Se presentará el video "¿Qué resulta ser una buena vida? Lecciones del estudio más largo sobre la felicidad", el cual refleja la importancia de las relaciones sociales sólidas.	-Presentación de <i>Powerpoint</i> -Video proyector -Computadora -Parlantes -Video: shorturl.at/lrB12
El yo como contexto	15 min	Definir el concepto del yo en el contexto.	Se leerá a los estudiantes el ejercicio metafórico " <i>The sky and the weather</i> ", expuesto en la p.121 de Stoddard <i>et al.</i> (2014). Posteriormente se discutirá grupalmente sobre la importancia de separarnos a nosotros mismos de nuestros pensamientos y sentimientos.	-Metáfora: " <i>The sky and the weather</i> " traducida

Duración: 55 minutos

Anexo 13: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades de reconocimiento

Taller 4: Necesidades de reconocimiento				
Actividad	Tiempo	Objetivo	Descripción	Materiales
Necesidades de reconocimientos	10 min	Explicar al grupo de estudiantes la importancia de conocerse a sí mismos(as)	Se expondrá una presentación de <i>Powerpoint</i> para explicar por qué es importante contar con reconocerse a sí mismos(as) para lograr nuestras metas de salud.	-Presentación de <i>Powerpoint</i> -Video proyector -Computadora
Conceptos importantes para comprender la necesidad de reconocimiento	15 min	Diferenciar las definiciones de auto-concepto, auto-estima y autoconfianza.	Mediante pequeños carteles se diferenciarán las definiciones de auto-concepto, auto-estima y autoconfianza. Para esto, los estudiantes leerán las definiciones y decidirán a cuál concepto corresponde. Se discutirá cómo estos conceptos son importantes para alcanzar las metas.	-Carteles pequeños -Definiciones de conceptos
Valores	15 min	Introducir el tema de los valores	Se leerá a los estudiantes el ejercicio metafórico " <i>Remodeling the house</i> ", expuesto en la p.144 de Stoddard <i>et al.</i> (2014), posteriormente se discutirá de forma grupal cómo los valores nos ayudan a conseguir metas.	-Metáfora: " <i>Remodeling the house</i> " traducida
Ejemplos de valores	10 min	Presentar ejemplos de valores	Se va a presentar una lista de ideas de valores para que los estudiantes elijan los que se adecúen a ellos y ellas.	-Lista de " <i>Values ideas</i> " traducidas de

				Stoddard <i>et al.</i> (2014).
Tarea valores	5 min	Promover que el grupo de estudiantes reflexionen durante el transcurso de la semana sobre sus valores	Se le pedirá al grupo de estudiantes que programen la alarma de su celular a distintas horas del día. Durante la semana esas alarmas estarán sonando y ellos deberán preguntarse si la actividad que están realizando en el momento que está sonando es acorde a sus valores.	No se requieren materiales
Post test	5 min	Aplicación del post test	El grupo de participantes completará el post test para determinar sus conocimientos relacionados con los contenidos de las necesidades de afiliación y de reconocimiento, posterior a los talleres.	-Hojas con post test -Lapiceros

Duración: 1 hora

Anexo 14: Cuadro del planteamiento del taller en Necesidades de autorrealización

Taller 5: Necesidades de autorrealización				
Actividad	Tiempo	Objetivo	Descripción	Materiales
Pre test	5 min	Conocer el entendimiento de los y las estudiantes sobre la autorrealización	Se le entregará a los y las estudiantes una hoja con el pre test, el cual contiene afirmaciones relacionada con la autorrealización.	-Hoja con pre test -Lapiceros
Repaso de la sesión anterior	5 min	Repasar los contenidos del taller anterior y saber cómo le fue con la tarea de las alarmas	Los y las estudiantes indicarán cuáles fueron los contenidos de la sesión anterior, y se les preguntará sobre la tarea de las alarmas	No se requiere materiales
Definición de autorrealización	10 min	Explicar la autorrealización según A. Maslow	Se le explicará a los y las estudiantes lo que es la autorrealización.	-Presentación de <i>Powerpoint</i> -Computadora -Video proyector
Traducción de conductas	15 min	Resaltar la importancia de traducir las conductas	Explicarle al grupo de estudiantes en qué consiste traducir las conductas y sobre la importancia de especificarlas.	-Presentación de <i>Powerpoint</i> -Computadora -Video proyector
Reforzadores	15 min	Explicar el papel de los reforzadores para el cambio de conductas	Se le explicará al grupo de estudiantes la teoría de los reforzados, relacionándola con la modificación de conductas de salud.	-Presentación de <i>Powerpoint</i> -Computadora -Video proyector

Estudio de caso	15 min	Poner en práctica la traducción de conductas y su modificación	El grupo de estudiantes leerá un estudio de caso sobre alguien que desea mejorar sus conductas de salud. Determinarán qué conductas pueden modificarse y cómo.	-Estudio de caso -Hoja de traducción de conductas
Modificación de propias conductas	20 min	Diseñar a nivel individual la modificación de conductas de salud	Cada persona indicará qué conductas de salud desea modificar y cómo. Para esto deberá traducir cada conducta. La facilitadora revisará cada hoja para brindar retroalimentación.	-Hoja con tabla de modificación de conductas (Anexo 17).
Post test	5 min	Determinar si los (as) estudiantes adquirieron conocimientos sobre la autorrealización.	Se le entregará a los y las estudiantes una hoja con el post test, el cual contiene afirmaciones relacionadas con la autorrealización.	-Hoja con post test -Lapiceros
Retroalimentación por parte del grupo de estudiantes	10 min	Conocer los conocimientos adquiridos por los y las estudiantes a lo largo de los talleres de salud.	Se le entregará a cada estudiante una hoja para que anónimamente, escriban cuáles son los conocimientos que adquirieron a lo largo de los talleres.	-Hoja con preguntas -Lapiceros

Duración: 1 hora

Anexo 15: Cuadro del planteamiento del taller en intervención en crisis

Taller 6: Intervención en crisis y contención emocional				
Actividad	Tiempo	Objetivo	Descripción	Materiales
Pre test	5 min	Conocer el entendimiento de los y las estudiantes sobre temas relacionados con la intervención en crisis y la contención emocional	Los (as) estudiantes completarán el pre test, el cual contiene afirmaciones relacionada con la intervención en crisis y la contención emocional, para determinar el conocimiento que posee el grupo de estudiantes respecto a esta temática	-Hoja con pre test -Lapiceros
¿Qué les ha servido?	10 min	Conocer las habilidades de los y las estudiantes para brindar contención emocional	Los estudiantes expondrán las habilidades que les han funcionado para brindar contención emocional a los y las usuarias. Palabras clave de lo que comunican se apuntarán en la pizarra.	-Pilots -Pizarra
Técnicas para relajarse rápidamente	20 min	Presentar al grupo de estudiantes distintas técnicas para poder distraer a alguien alterado (a) emocionalmente	Enseñar técnicas de respiración para que los y las estudiantes puedan calmar a una persona rápidamente	-Video proyector -Computadora -Presentación de <i>Powerpoint</i> -Video para sincronizar la respiración: https://www.youtube.com/watch?v=Wdbbtgf05Ek
Role playing	20 min	Poner en práctica la contención en crisis	Se harán grupos de dos personas donde una interpretará a alguien que entra en crisis, y a la otra brindará contención emocional.. Quien no actúe en el role playing,	-Papeles con situaciones de crisis

			brindarán retroalimentación al final.	
Post test	5 min	Determinar si los y las estudiantes adquirieron nuevos conocimientos relacionados con atención en crisis y contención emocional, al haber recibido este taller	Los (as) estudiantes completarán el post test, el cual contiene afirmaciones relacionadas con la intervención en crisis y contención emocional, para determinar el conocimiento que adquirió el grupo de estudiantes respecto a esta temática.	-Hoja con post test -Lapiceros

Duración: 1 hora

Anexo 16: Cuadro del planteamiento del taller en Indagación de posibles conductas violentas por parte de los y las usuarias

Taller 6: Indagación de posibles conductas violentas por parte de los y las usuarias				
Actividad	Tiempo	Objetivo	Descripción	Materiales
Pre test	5 min	Conocer el entendimiento de los y las estudiantes sobre temas relacionados con el presente taller.	Se le enviará a los y las estudiantes el link de <i>Google Forms</i> con el pre test.	-Pre test en <i>Google Forms</i>
Estrategias del grupo de estudiantes	5 min	Conocer las estrategias que el grupo de estudiantes utiliza para reconocer a una persona potencialmente violenta	Se le preguntará a los y las estudiantes cómo ellos identifican a una persona usuaria que podría ser violenta	No se requieren materiales
Kahoot	15 min	Familiarizarse con algunas de las dimensiones desadaptativas de la personalidad	Mediante el juego interactivo Kahoot, se realizarán preguntas para que los y las estudiantes se vayan familiarizando con algunas de las dimensiones desadaptativas de la personalidad.	-Juego de Kahoot
Dimensiones desadaptativas de la personalidad y sus definiciones	15 min	Definir dimensiones de la personalidad relacionadas con conductas violentas	Se hará una introducción a las dimensiones desadaptativas de la personalidad y se le pedirá a los y las estudiantes que lean las definiciones de estas dimensiones de la personalidad.	- <i>Presentación de Powerpoint</i>
Preguntas	15 min	Exponer posibles	Se le preguntará al grupo de estudiantes cuáles son	- <i>Presentación de Powerpoint</i>

		preguntas que se pueden realizar para cada una de las dimensiones de la personalidad seleccionadas	las preguntas que podrían realizar para indagar si la persona usuaria podría ser presentar conductas violentas. Posteriormente se presentarán una serie de preguntas de esa índole.	
Post test	5 min	Determinar si los y las estudiantes adquirieron nuevos conocimientos relacionados con la indagación de posibles conductas de violencia.	Se le enviará a los y las estudiantes el link de <i>Google Forms</i> con el post test, el cual contiene afirmaciones relacionadas los temas del presente taller.	-Post test

Duración: 1 hora

Anexo 17: Tabla de traducción de conductas

Meta	Conductas de salud para llegar a esa meta (elegir no más de tres)	
	-	
Conducta para llegar a esa meta	¿Cómo lo voy a hacer?	Reforzador inmediato

Anexo 18: Escala de Conocimiento de las Necesidades fisiológicas

Nombre: _____ Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: A continuación, se le presenta una escala centrada en información sobre las necesidades fisiológicas, se le solicita que llene el instrumento de manera sincera.

Las siguientes afirmaciones se responden con una escala del 1 al 5, donde cada número representa:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

Ítems del Cuestionario	1	2	3	4	5
1. Conozco la "Pirámide de Necesidades" de Maslow					
2. Puedo definir el concepto de fisiología.					
3. Comprendo por qué la fisiología es básica para la sobrevivencia					
4. Identifico la importancia del modelo biopsicosocial de la salud.					
5. Conozco más de una definición de salud					
6. Puedo explicar la importancia de dormir para el cerebro					
7. Conozco las consecuencias de la privación de sueño para el organismo					
8. Sé por qué es importante la alimentación balanceada para el cerebro					
9. Considero que la salud es un proceso multidimensional					

Anexo 19: Escala de Conocimiento de las Necesidades de seguridad

Nombre: _____ **Fecha de aplicación:** _____

Instrucciones: A continuación, se le presenta una escala centrada en información sobre las necesidades de seguridad, se le solicita que llene el instrumento de manera sincera.

Las siguientes afirmaciones se responden con una escala del 1 al 5, donde cada número representa:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Ítems del Cuestionario	1	2	3	4	5
1. Entiendo por qué la seguridad es una necesidad básica del ser humano					
2. Comprendo que la seguridad es un proceso multidimensional					
3. Puedo explicar por qué la violencia es un factor de salud					
4. Puedo explicar por qué la desigualdad social es un factor de salud					
5. La seguridad se encuentra conformada por variables sociales					
6. Conozco las consecuencias de la pobreza en la salud.					
7. Comprendo la relación entre la seguridad y los servicios de salud					
8. Comprendo las consecuencias de la discriminación sobre la salud					

Anexo 20: Escala de Conocimiento de las Necesidades de afiliación y reconocimiento

Nombre: _____ **Fecha de aplicación:** _____

Instrucciones: A continuación, se le presenta una escala centrada en información sobre las necesidades de afiliación y reconocimiento, se le solicita que llene el instrumento de manera sincera.

Las siguientes afirmaciones se responden con una escala del 1 al 5, donde cada número representa:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Ítems del Cuestionario	1	2	3	4	5
1. Soy capaz de explicar en detalle la relación entre las relaciones sociales y la salud					
2. Poseo conocimiento sobre la "Teoría de la red social"					
3. Puedo explicar lo que es el sentido de pertenencia y su importancia en la salud					
4. Puedo diferenciar el reconocimiento de la afiliación					
5. Comprendo la diferencia entre grupo de pertenencia y sentido de pertenencia					
6. Sé lo que es la participación valorada					
7. Puedo explicar la diferencia entre auto estima y auto confianza					
8. Entiendo la importancia de conocer mis valores para poder fortalecer la necesidad de reconocimiento					
9. Conozco lo que es el apoyo informativo y tangible					

Anexo 21: Escala de Conocimiento de las Necesidades de autorrealización

Nombre: _____ **Fecha de aplicación:** _____

Instrucciones: A continuación, se le presenta una escala centrada en información sobre las necesidades de autorrealización, se le solicita que llene el instrumento de manera sincera.

Las siguientes afirmaciones se responden con una escala del 1 al 5, donde cada número representa:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Ítems del Cuestionario	1	2	3	4	5
1. Comprendo por qué la necesidad de reconocimiento es importante para llegar a la autorrealización					
2. Conozco las características de alguien que busca la autorrealización					
3. Entiendo por qué es importante traducir las conductas que se desean modificar					
4. Sé los pasos para traducir una conducta					
5. Conozco lo que es el condicionamiento clásico					
6. Entiendo lo que es el reforzamiento positivo					
7. Entiendo lo que es el reforzamiento negativo					
8. Comprendo la importancia de los reforzadores para la modificación de la conducta					
9. Soy capaz de hacer un plan para modificar mis conductas de salud					

Anexo 22: Escala de Conocimiento en Intervención en crisis – contención emocional

Nombre: _____ **Fecha de aplicación:** _____

Instrucciones: A continuación, se le presenta una escala centrada en información sobre la contención emocional, se le solicita que llene el instrumento de manera sincera.

Las siguientes afirmaciones se responden con una escala del 1 al 5, donde cada número representa:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Ítems del Cuestionario	1	2	3	4	5
1. Conozco las fases de los primeros auxilios psicológicos					
2. Comprendo por qué la relajación es parte fundamental de la contención emocional					
3. Conozco más de tres técnicas corporales de relajación					
4. Entiendo la finalidad del control de la respiración para la contención emocional					
5. Conozco más de dos técnicas de control de la respiración					
6. Entiendo por qué es importante la sincronización de la respiración para la contención emocional					
7. Sé lo que es la técnica de equilibrar la respiración					
8. Estoy familiarizado(a) con las técnicas de contención emocional que utilizan mis compañeros(as)					
9. Considero que me encuentro preparado(a) para brindar contención emocional a través del control de la respiración					

Anexo 23: Escala de Conocimiento en Indagación de posibles conductas violentas por parte de la persona usuaria

Nombre: _____ **Fecha de aplicación:** _____

Instrucciones: A continuación, se le presenta una escala centrada en información sobre la contención emocional, se le solicita que llene el instrumento de manera sincera.

Las siguientes afirmaciones se responden con una escala del 1 al 5, donde cada número representa:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Ítems del Cuestionario	1	2	3	4	5
1. Considero que poseo las herramientas para saber si una persona usuaria podría ser potencialmente violento(a)					
2. Conozco cuáles son los factores de riesgo de la violencia					
3. Sé cuáles son los elementos de la evaluación de riesgo de la violencia					
4. Me encuentro familiarizado(a) con las dimensiones maladaptativas de la personalidad.					
5. Comprendo la diferencia entre la internalización y externalización de las dimensiones de la personalidad					
6. Puedo explicar qué es la perseveración conductual					
7. Comprendo por qué la inestabilidad emocional puede ser potenciar que una persona sea violenta					
8. Comprendo por qué la búsqueda de atención puede potenciar que una persona sea violenta					
9. Conozco la diferencia entre manipular y engañar					
10. Sé cuáles preguntas puedo realizar para identificar si la persona usuaria realiza conductas violentas					

Anexo 24: Instrumento de evaluación de los talleres psicoeducativos

Evaluación de los talleres psicoeducativos

Nombre: _____

Fecha: _____

A lo largo de la práctica dirigida de la facilitadora, se realizaron un total de 7 talleres enfocados en las conductas de salud, la contención emocional e indagación de posibles conductas violentas por parte de la persona usuaria.

Por favor complete el siguiente instrumento para evaluar dichos talleres, tomando en cuenta que:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

	0	1	2	3	4
En cuanto a la organización de los talleres:					
1. Los contenidos fueron congruentes con los propósitos de los talleres					
2. Los contenidos de los talleres fueron pertinentes para mi desempeño en el Consultorio Jurídico.					
3. Las actividades fueron congruentes con los propósitos de los talleres					
4. Hubo un balance adecuado entre la teoría y las actividades prácticas					
5. El material de los talleres fue pertinentes e informativos					
6. La organización general favoreció una buena experiencia de aprendizaje					
En cuanto al rol de la facilitadora:					

7. La facilitadora mostró dominio de los contenidos durante los talleres					
8. La facilitadora presentó los temas de forma clara					
9. La facilitadora mantuvo una comunicación fluida y oportuna a lo largo de los talleres					
10. La facilitadora motivó la participación reflexiva del grupo					
11. La facilitadora mostró cordialidad durante todo el taller.					
12. Los temas fueron presentados por la facilitadora de forma ordenada					
13. La facilitadora incentivó que los temas se discutieran ampliamente					

- 1) Indique el o los aprendizajes más significativos alcanzado por usted en los talleres

- 2) Por favor escriba aquí cualquier comentario de retroalimentación sobre los talleres

- 3) Finalmente, en una escala del 1 al 10, donde 1 corresponde a la calificación más baja y 10 a la más alta, ¿Cómo calificaría los talleres en general?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

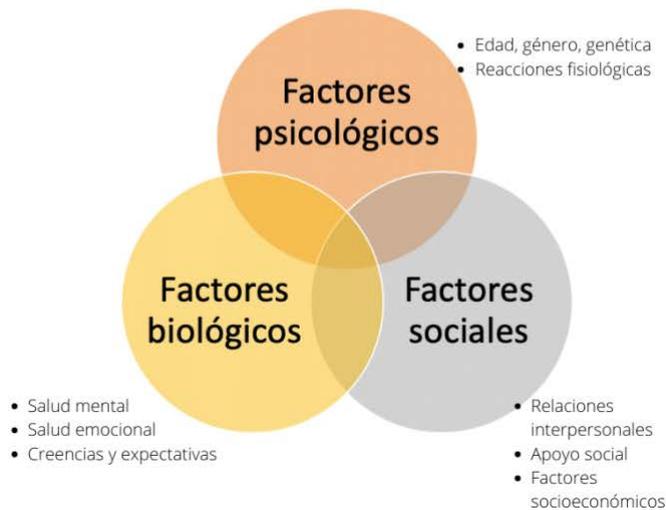
● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

Anexo 25: Infografía Salud



Modelo bio-psico-social

Permite comprender la salud de cada persona



Factores que nos mantienen saludables



Vaillant, G. McArthur, C. & Bock, A. (2010). George E. Vaillant; Charles C. McArthur; and Arlie Bock, 2010, "Grant Study of Adult Development, 1938-2000"..

Anexo 26: Infografía Necesidades fisiológicas

Necesidades fisiológicas

NUESTRO CUERPO ES
CAPAZ DE REGULARSE,
PERO NECESITAMOS
CONDUCTAS DE SALUD
QUE POTENCIEN SU
FUNCIONAMIENTO

DORMIR



El sueño posee su propia regulación neurológica, endocrino-metabólica e inmunológica y cardiorespiratoria. Ayuda a mejorar la memoria

CONSEJOS PARA DORMIR BIEN

- ★ DORMIR DE 6-8 HORAS DIARIAS
- ★ ACOSTARSE Y DESPERTARSE A LA MISMA HORA TODOS LOS DÍAS
- ★ NO UTILIZAR EL TELÉFONO Y LA COMPUTADORA EN LA CAMA, ANTES DE DORMIR
- ★ USAR LA CAMA EXCLUSIVAMENTE PARA DORMIR, ASÍ NO CONFUNDIMOS A NUESTRO CEREBRO.
- ★ CENAR LIVIANO

ALIMENTACIÓN



Los alimentos que consumimos poseen un papel importante en nuestras funciones cognitivas

RECORDÁ INCLUIR GRASAS, PROTEÍNAS,
CARBOHIDRATOS, VITAMINAS Y MINERALES
EN TUS COMIDA, PARA EVITAR EL
DESARROLLO DE ENFERMEDAD PREVENIBLES

Anexo 27: Infografía Necesidades de seguridad

NECESIDADES DE SEGURIDAD

Su objetivo es que tengamos estabilidad en nuestras vidas



Pueden ser diferentes para cada individuo, dependiendo de dónde se encuentre en la vida

BÚSQUEDA DE:

- Estabilidad
- Protección
- Ausencia de miedo y caos
- Estructura de orden y ley

LOS SERVICIOS DE SALUD

Deben tener disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Atender a cualquier persona sin discriminarla



ALGUNOS FACTORES QUE PERJUDICAN LA SALUD

DESIGUALDAD

Ponen a las personas en diferencias injustas de salud. Estas diferencias en salud son innecesarias, prevenibles y evitables

POBREZA

Dificultades para alcanzar niveles adecuados de alimentación, vestimenta, vivienda, servicios de salud, educación

OTROS

- Acceso a los servicios básicos
- Violencia
- Discriminación
- Desempleo



Anexo 28: Infografía Necesidades de afiliación

NECESIDADES DE AFILIACIÓN

Las relaciones sociales sólidas son fundamentales para la realización de la libertad personal, ya que puede proporcionar fuentes de reconocimiento, seguridad y cooperación.
Hopenhayn et al. (2011)



Nos permiten:

(Sias y Bartoo, 2007)

1. Nuestras redes de apoyo social nos ayudan en el desarrollo y mantenimiento de hábitos de salud positivos y negativos.
2. Pueden influir en la salud al alentar, modelar y promover normas de conductas saludables y disuadir conductas de riesgo.
3. La calidad de la salud mental es proporcional al apoyo real prestado o recibido, además de la disponibilidad percibida de apoyo dentro de la red de uno.

Habilidades sociales para entrenar:

- 1 **MANTENER CONVERSACIONES**
 - Realizar preguntas
 - Expresar ideas y opiniones
 - Dar información adicional sobre usted
 - Tomar turnos en la conversación
 - Sonreír, decir frases agradables
 - Cambia de tema cuando sea oportuno
- 2 **SER ASERTIVO(A)**
 - Respetar opiniones y creencias de la otra persona
 - Escuchar activamente
 - Ser claro y honesto
 - Expresar su punto de vista
- 3 **ESTABLECER AMISTADES**
 - Tomar iniciativa para conocer a otras personas
 - Incorporarse a grupos sociales con intereses en común
 - Ser espontáneo(a)
 - Ser usted mismo(a)
- 4 **MANTENER AMISTADES**
 - Hacer planes
 - Ser empáticos(as)
 - Ser sinceros(as)
 - Solucionar los problemas
 - Ser comunicativos(as)

(Rodríguez et al., 2007)

 **RECUERDE:** no es necesario tener muchos amigos y amigas, sino relaciones sociales sólidas

Anexo 29: Infografía Necesidades de reconocimiento

NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO

AUTOESTIMA

- Conjunto de actitudes hacia uno mismo
- Percepción evaluativa de uno mismo

AUTOCONFIANZA

- Conocimiento real de la dificultad del objetivo, de los recursos propios para conseguirlo
- Posibilidades realistas que uno tiene que lograr



RECONOCERNOS NOS PERMITE ESTABLECER METAS REALISTAS



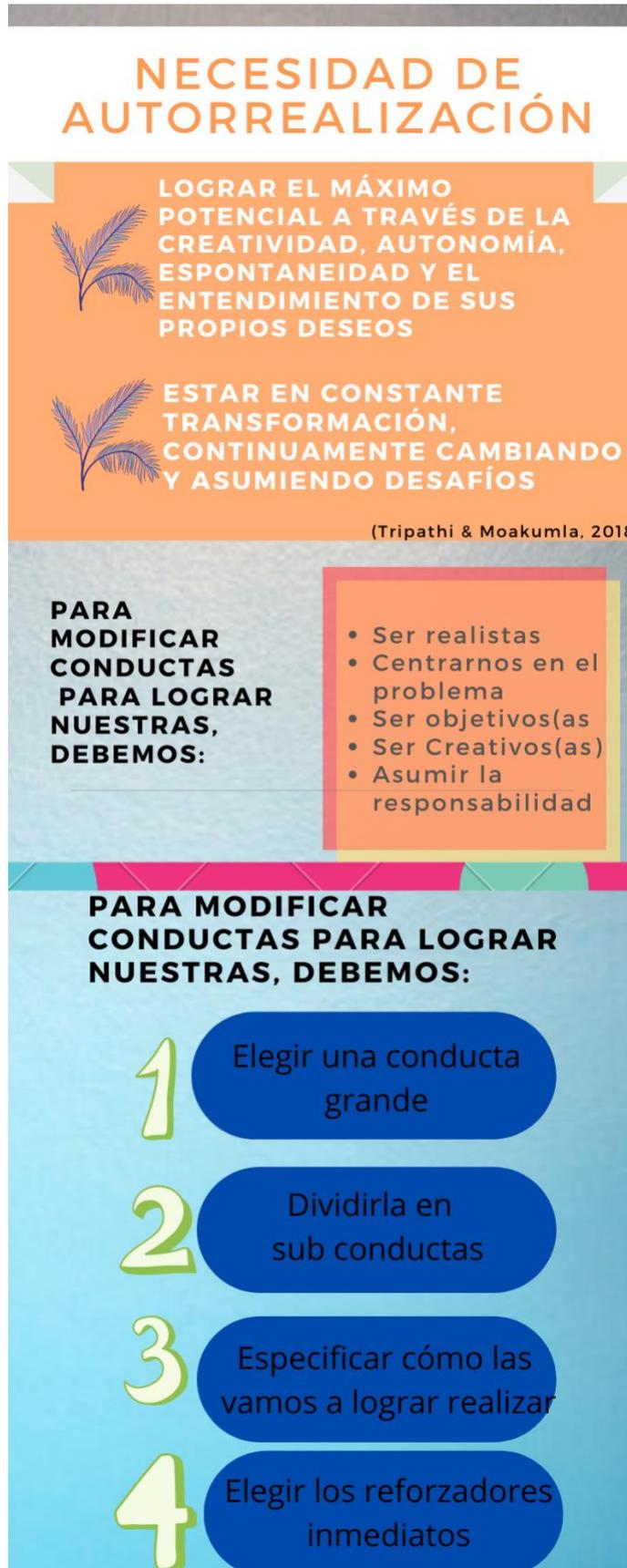
Deben ser específicas y medibles



- 
Es mejor comenzar con metas pequeñas para poder alcanzar la más grande
- 
Elegir de 1-3 valores para guiar nuestras conductas hacia la meta que buscamos



Anexo 30: Infografía Necesidades de autorrealización



Anexo 31: Infografía Contención emocional

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN - CONTENCIÓN EMOCIONAL

CONTENCIÓN EMOCIONAL

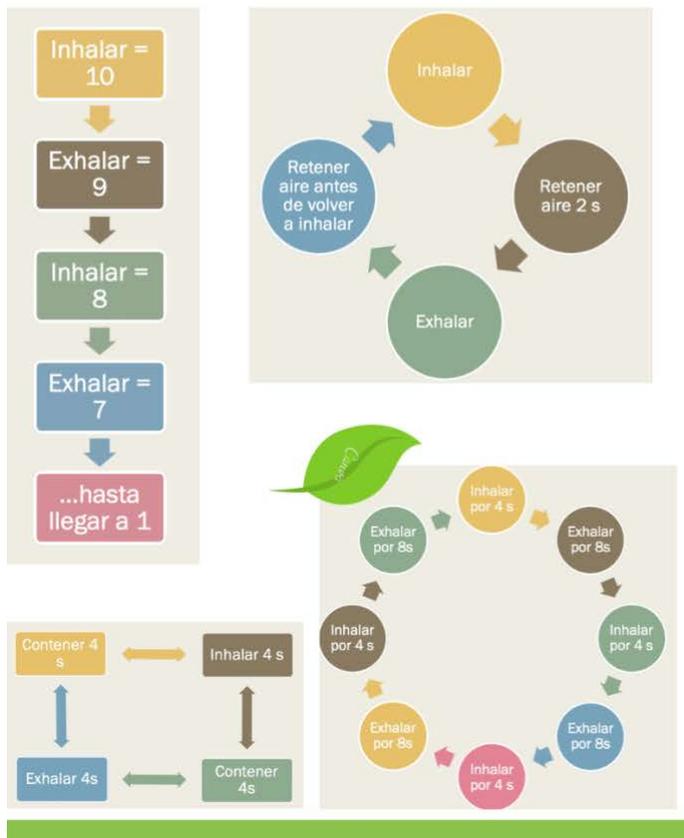
Las crisis emocionales promueven comportamientos y estrategias de afrontamiento desadaptativas, es necesario contener a la persona antes para poder ayudarla



TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Buscan reducir la actividad cognitiva y fisiológica tras un periodo de estrés. Distraen de lo que está pasando.

ALGUNAS TÉCNICAS QUE SE PUEDEN APLICAR EN 5 MIN



Anexo 32: Infografía Indagación posibles conductas de violencia

INDAGACIÓN DE POSIBLES CONDUCTAS VIOLENTAS



CONDUCTAS MALADAPTATIVAS DE LA PERSONALIDAD

- Manipulación
- Inestabilidad emocional
- Irresponsabilidad
- Engaño
- Perseveración
- Búsqueda de sensaciones de riesgo
- Problemas con alcohol y drogas
- Impulsividad
- Hostilidad

EJEMPLOS DE PREGUNTAS

- ▷ ¿Tiene facilidad para dirigir a las personas?
- ▷ ¿Dice la verdad aunque le traiga problemas?
- ▷ ¿Se controla cuando trabaja bajo presión?
- ▷ ¿Cree que los demás siempre tienen la culpa?
- ▷ ¿Suele realizar las cosas de la misma manera aunque no funcionen?
- ▷ ¿Le ha gritado a alguien estando molesto(a)?
- ▷ ¿Le molesta cuando no están de acuerdo con usted?
- ▷ ¿Se esfuerza poco cuando realiza un trabajo?

(Orozco y Quesada, 2019)

PARA INDAGAR MÁS

- Pregunte sobre situaciones concretas
- Pregunte sobre lo que sucedió después