



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

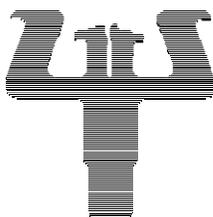
**INTERVENCIÓN EN CRISIS Y PSICOTERAPIA
BREVE, VÍA TELEFÓNICA EN UNA INSTITUCIÓN
PRIVADA**

**REPORTE LABORAL QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PRESENTA

GLORIA ROMO SAYNES

**DIRECTORA DEL REPORTE LABORAL:
MTRA: GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO**



MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen

Introducción

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LA INTERVENCIÓN VÍA TELEFÓNICA

Experiencias Internacionales

El Objetivo de SAPTEL es:

Beneficios a la comunidad:

Acerca del procedimiento técnico del servicio de asesoría, apoyo psicológico e intervención en crisis por teléfono

Principios éticos para la atención telefónica. (Código ético del psicólogo por la Sociedad Mexicana de Psicología).

De la calidad de la valoración y/o evaluación psicológica

De la calidad de las intervenciones psicológicas

De las relaciones que establece

CAPITULO 2. PSICOTERAPIA BREVE E INTERVENCIÓN EN CRISIS:

Responder a una urgencia

Visitas Domiciliarias

Estrategias para desactivar urgencias

Psicoterapia Breve

1.- ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO:

2.- TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL:

3. TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE:

CAPITULO 3. REPORTE DE ACTIVIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

CALL CENTER SIMITEL

FASE 1: PRIMERA LLAMADA

FASE II. SEGUNDA LLAMADA

FASE III. SIGUIENTES LLAMADAS HASTA LA VIGÉSIMA

FASE IV. CIERRE Y CANALIZACIÓN.

REGISTRO DE DATOS

TABLA 1

TABLA 2

TABLA 3

Resultados

Discusión y Conclusiones

BIBLIOGRAFÍA

Resumen

La presente investigación fue llevada a cabo en una Empresa Farmacéutica Nacional en su departamento de Call Center, basada en el modelo de Psicoterapia de intervención en crisis y de Psicoterapia Breve. La población a la cual estuvo dirigida dicha intervención fue a personas de toda la República que llamaron telefónicamente para solicitar ayuda psicológica por diversos motivos. La muestra fue tomada por 68 pacientes, analizando sus características a partir de la permanencia en el servicio; 33 pacientes realizaron de 1 a 5 llamadas; 25 pacientes realizaron de 6 a 10 llamadas y 10 pacientes que realizaron de 11 a 20 llamadas.

Los resultados obtenidos muestran que de los 33 pacientes que hicieron entre 1 a 5 llamadas, 25 presentaron crisis de tipo existencial y 8 de tipo circunstancial; de los pacientes que llamaron entre 6 a 10 ocasiones, 23 presentaron crisis de tipo existencial y 2 de tipo circunstancial; y, finalmente, del grupo de 11 a 20 llamadas todas las crisis fueron de tipo existencial. Los resultados también compararon la categoría diagnóstica de cada paciente y el tipo de intervención que se realizó con ellos, encontrando que el trastorno de tipo psiquiátrico presenta el puntaje más alto junto con la terapia cognitivo conductual, como modelo de intervención.

Finalmente se encontró que dentro de la categoría diagnóstica más alta (trastorno de tipo psiquiátrico), el subtipo que presentó mayor puntaje fue el relacionado al trastorno de ansiedad.

Introducción

Los primeros trabajos sobre intervención en crisis se les atribuyen a Lindemann (1964) y Caplan (1961), quienes en su obra hablan acerca de la terapia de crisis basada en el trabajo por los parientes de las víctimas de un incendio en 1943 en el "Coconut Grove", un club nocturno de Boston. A partir de estas observaciones, estos autores concluyeron que existían varias etapas de dolor que las personas deben atravesar y progresar de una manera sucesiva, para poderse adaptar a la pérdida. Ellos demostraron que se podía ayudar a superar la pérdida, por medio de diferentes etapas, con una terapia dirigida hacia la crisis en sí, en lugar de la personalidad general del individuo.

Por otra parte Bellak y Small (1970), contribuyeron a los estudios de intervención en crisis, con la psicoterapia breve elaborando una técnica la cual estaba basada en seis sesiones, con una duración de entre 45 a 50 minutos. Estos autores sugieren que el terapeuta tiene que estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa, mientras con rapidez formulan los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido común, y casi simultáneamente tiene que decidir sobre cuál es la intervención más fructífera, que tiene que cotejar con su avalúo de las fuerzas, circunstancias de la vida real y condiciones del yo del paciente. Pues, para estos autores, en psicoterapia rápida el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo. No tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla. Y cuando estos aspectos básicos del proceso terapéutico no se presentan, ellos creían que el terapeuta debía crear alternativas.

De acuerdo con lo anterior, la intervención en crisis podría entenderse como una estrategia circunscrita, por un lado a estrategias de mejoría antes de que ocurran los sucesos críticos de la vida; y por otro, a las estrategias para el tratamiento administrándose oportunamente después de los sucesos críticos y que sus consecuencias hayan ocurrido. Además, tiende a reducir la probabilidad de efectos debilitantes, y aumentar la de crecimiento o dominio para el individuo.

El modelo de asesoría, apoyo psicológico en intervención en crisis por teléfono de una empresa farmacéutica, es aquí revisado en sus principios, modalidades terapéuticas y procedimientos operativos, por lo que a partir de mi experiencia laboral en dicha empresa, tomo datos correspondientes al período de 2004 y 2005 analizando acerca de un grupo de pacientes diferentes aspectos; con la finalidad de concluir sobre las características presentes en ellos y las ventajas y limitaciones del servicio.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LA INTERVENCIÓN VÍA TELEFÓNICA

La mayor parte de los investigadores en este tema concuerdan en señalar que la contribución que tuvo una mayor influencia sobre la práctica de la intervención en crisis fue la obra de Erich Lindemann (1964) y su socio Gerald Caplan (1961). Las nociones de Lindeman de la terapia de crisis se basaron en su trabajo con los parientes de las víctimas de un incendio trágico de 1943 en el “Coconut Grove”, en el club nocturno de Boston. Lindemann concluyó que existían varias etapas de dolor que las personas deben atravesar y progresar de una manera sucesiva para poderse adaptar a la pérdida del difunto. Además demostró que se podía ayudar a la persona a que elaborara las diferentes etapas del proceso del luto por medio de una terapia dirigida hacia la crisis en sí, en lugar de a la personalidad general del individuo.

La teoría de la crisis de Caplan se formó en consecuencia a partir de la estructura de la psicología del desarrollo de Erickson (1963), en la que el ser humano fue provisto para entender el crecimiento o desarrollo a través de una serie de ocho etapas clave. El interés de Caplan se centró en entender como la gente vencía las diversas transiciones desde una etapa a otra. Pronto identificó la importancia de los recursos personales y sociales al determinar si el desarrollo de la crisis (inducidas o repentinas también) resultaría en mejoramiento o empeoramiento.

A principios de los años sesenta, el movimiento de prevención para suicidas creció con rapidez en E.U.A.: apoyándose en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan. Centros como los Angeles Suicide Prevention, Crisis Service, Erie Country (Buffalo) Suicide Prevention and Crisis Service, proporcionan durante 24 horas los 365 días del año por línea telefónica directa, prevención a suicidas.

En concordancia con el propósito de proveer servicios de salud mental en un ambiente comunitario (esto es no restringiéndolos a hospitales) se puso énfasis sobre la intervención temprana dirigida a observar los problemas menores desde su descubrimiento hasta patologías graves. La intervención en crisis y servicios de urgencia (24 horas), se consideraron como parte integral de cualquier sistema comunitario de salud mental completo.

La atención vía telefónica nace de los modelos de intervención en crisis, condición por la cual se hace necesario revisar más adelante.

Experiencias Internacionales

Dentro de los profesionales de la salud, los pediatras fueron el primer grupo que comenzó a utilizar el teléfono de manera sistemática. Uno de los primeros reportes al respecto fue realizado por Lancet en 1879, quien atendió un niño con infección respiratoria, proporcionando a la madre las instrucciones por teléfono (Bustos, 1989).

Dentro de este campo, según Mc Gee (cit. en Slaikeu, 1988) los voluntarios aparecen hasta 1906, con un grupo de sacerdotes en Nueva Cork creando la New Cork City's Nacional Save A-Life League. Posteriormente hasta 1953 en Londres aparecen "los samaritanos del teléfono" fundada por el reverendo Chad Varah, organización religiosa que utilizaba este aparato como herramienta fundamental para prevenir el suicidio.

Ellos son los primeros que utilizaban esta modalidad y establecen sucursales en todo el mundo. En Estados Unidos, es en 1958 cuando Farberow y Shneidman fundan el primer servicio en los Angeles. Su funcionamiento era más o menos similar pero sin sacerdotes. No obstante, es durante 1964 también en los Angeles que por primera vez participaban profesionales en el "Centro para la prevención del suicidio de los Angeles". Aunque no fue el primer servicio de counseling por teléfono de 24 horas, este centro es acreditado como el primero que desarrolla técnicas sobre cómo utilizar el teléfono para desempeñar intervenciones salvando vidas. Conforme este centro iba conociéndose mejor, las personas telefoneaban para solicitar ayuda a otro tipo de problemas emocionales por los que en breve se demostró que podía ser de mayor utilidad como auxiliar en la crisis. Por lo tanto, también entrena a institutos sobre cómo mejorar la intervención con usuarios angustiados a través del teléfono (Bustos, 1989).

Respecto al alivio de problemas de naturaleza emocional, su involucramiento parte de sucesos como la prevención de suicidios, en estos primeros intentos, los sacerdotes participaban de manera más activa que los profesionales de la salud mental.

La moderna intervención en crisis, la cual comenzó en los cincuentas, se convirtió en el sostén del movimiento de prevención del suicidio y creció rápidamente en los setentas, se observó un desarrollo de nuevos programas y una rápida expansión en la literatura del "counseling" por teléfono.

A estos sucesos, le siguen la creación de nuevos servicios en Norteamérica, Europa, Sudamérica, y algunos países de Asia. En la obra de Haywood y Lute (cit. en Bustos, op. cit.) informan que en 1980 existían aproximadamente 500 centros en las distintas zonas y geografías.

Slem (1973), reportó los objetivos principales del servicio telefónico del condado de Oakland en Michigan fundado en 1970. Este servicio ayuda a los usuarios con sus crisis inmediatas, asistiéndolos en la resolución de problemas generales con el fin de prevenir la exacerbación de patologías o su presencia posterior. Así mismo sirve a la comunidad como una fuente de información acerca de problemas actuales de adolescentes, estableciendo así bases para la acción comunitaria adicional. Estos objetivos rebasan la intervención en crisis y demuestra la factibilidad de trabajar relacionados con una institución o dentro de la misma.

Además, en Estados Unidos existen otros servicios telefónicos especializados, por ejemplo está el de "Hot Line", para atender casos de abuso sexual, los que han aumentado su incidencia en niños y en sus familiares. Esto conlleva a tratar de mejorar el entrenamiento de los prestadores de este servicio. También existe una línea telefónica que brinda información al público sobre problemas de aprendizaje, su identificación y tratamiento. Otros servicios son los que se abocan a intervenir en el control del tabaquismo y abuso de drogas. (Slem, 1973).

A partir de los años sesenta Nueva Zelanda ha creado servicios de "counseling" por teléfono. A través de los años el número de llamadas ha ido en aumento, en especial las realizadas por mujeres. Uno de los servicios más importantes en este país es el de "Línea de ayuda a niños" en Christchurch en el año de 1985. Esta ha brindado su orientación a niños cuando éstos tienen dificultades con su familia sobre todo en casos de abuso y de abandono (Márquez, 1993).

En 1984, en Inglaterra se inicia un proyecto de trabajo telefónico interdisciplinario entre maestros, trabajadores sociales, abogados, médicos, visitantes domiciliarios y otras agencias de trabajadores sociales, utilizando anuncios en servicios públicos y radio con el fin de mejorar la comunicación entre el niño y su familia (Bustos, op.cit.).

Suiza tiene un amplio repertorio de números telefónicos de urgencia que distribuye su población, entre los que figuran los servicios para casos de crisis. En Londres existen centros samaritanos apoyados por tres estaciones de televisión, dos periódicos nacionales y veinte locales. En este país también existe el servicio por carta, los motivos de consulta más frecuentes se refieren a fobias sexuales y soledad. En España, entre otros está "el teléfono de la esperanza" que es un programa evangélico (Aguilar, 1992).

En Francia existe una asociación llamada "Amitié France" que edita una revista llamada S. O. S. y agrupa más de 40 servicios telefónicos en todo el país, de los cuales más de 30 poseen servicio las 24 horas. La atención es exclusivamente telefónica y está centrada principalmente en la prevención del suicidio (Slaikeu, op.cit.)

Por otra parte, en Tokio, Japón un servicio telefónico llamado "Inochi No Denwua" dirigido por el pastor Kikuchi y trabajado por 300 colaboradores cristianos y de otras religiones, debidamente seleccionados y entrenados, atendiendo problemas

psicológicos. Existe una amplia gama de motivos de consulta y reciben más de 80 llamadas al día (Márquez, op. cit.).

Experiencias en México

En México, los antecedentes sobre servicios de ayuda por vía telefónica son muy escasos y se ignoran muchos datos. Entre los más conocidos están los siguientes:

El doctor Mark Zúñiga (cit. En Bustos, op. cit.) informó en los años sesentas surgió el primer servicio de ayuda telefónica. La Asociación Mexicana de Auxilio al Desesperado (A. M. A. D.), fue una tentativa realizada por el doctor Gallardo. El y su esposa contestaban las llamadas, posteriormente, se comunicaban con los usuarios. Otra tentativa fue la realizada por la Sra. Gainor (voluntaria) en una iglesia de las Lomas de Chapultepec. Un grupo de personas de habla inglesa y algunos bilingües fueron entrenados con el propósito de establecer en la Ciudad de México una rama de samaritanos. Su meta fue dar servicio de ayuda telefónica en inglés todos los viernes a partir de las 5 p. m. hasta las 12 p. m. del día domingo. Pensaban dar posteriormente, el servicio en español: ambos intentos fracasaron debido a la falta de apoyo económico y comunitario (García, 1992).

De junio de 1967 a enero de 1972 el Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Emergencia de Coyoacán, brindaba ayuda médica y psicológica a través del teléfono y en consulta. El equipo de trabajo estaba integrado por tres psiquiatras, una psicóloga clínica, una trabajadora social y una secretaria que hacía un recorrido y revisaba los libros en el hospital detectando a las personas que estaban por intento suicida. A esto acudía un médico del servicio a la cama del paciente para informarle que se le deseaba ayudar y en casi todos aceptaban. Se les daba psicoterapia breve y de emergencia, en algunos casos se administraban medicamentos y se levantaban notas sobre el caso.

Se atendieron un total de 500 personas de diferentes niveles socioeconómicos y diversas creencias, una vez que el paciente era dado de alta, continuaba en consulta externa. Además de lunes a viernes de 16 a 20 horas los pacientes podían establecer comunicación telefónica en este centro en situaciones críticas.

El hospital La Raza en la sección de Cardiología implementó desde hace tiempo un sistema de comunicación telefónica entre pacientes con afecciones cardiovasculares con el fin de que se tranquilizaran unos a otros en caso de presentarse alguna situación que produjese estrés en el paciente y lo angustiara de tal manera que incluso pudiese causarle paro cardíaco.

Pude considerarse que el antecedente más significativo de servicios telefónicos en crisis surgió a raíz de los sismos ocurridos el 19 y 20 de septiembre de 1985 en la ciudad de México. Donde el Instituto Mexicano de Psicoanálisis y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otros, aparte de brindar sus instalaciones

para atención al público en consulta externa, dieron ayuda a problemas emocionales a través del teléfono.

Por su parte la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. 48 horas después de los sismos ocurridos, organizaba brigadas que se dirigen principalmente a hospitales y morgues y abre a la comunidad su centro de servicio psicológico. Al mismo tiempo el Dr. Federico Puente propone el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (S. A. P. T.) coordinado por la Facultad de Psicología de la U. N. A. M. El servicio se inició el día 23 de septiembre, siendo la primera fase de éste.

El servicio se suspende en diciembre de 1985 por falta de apoyo económico y surge la necesidad de reestructurar el servicio para brindar una ayuda más completa. Posteriormente de abril de 1986 a junio de 1987 se inicia una segunda etapa de S. A. P. T., desafortunadamente el viernes 29 de julio de 1988, sin previo aviso, se suspende el servicio por problemas administrativos.

Finalmente en octubre de 1992 se inicia la tercera etapa de este servicio, ahora llamado SAPTEL es un trabajo conjunto con la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial de la Salud Mental. El 7 de noviembre del mismo año se celebró la inauguración oficial con la representación del gobierno de México, de diversas agencias de la ONU en nuestro país, de las universidades participantes, la iglesia y diversas organizaciones civiles profesionales y para profesionales. (Aguilar, 1992, Gaitán, 1993).

El Objetivo de SAPTEL es:

México es un país de grandes contrastes, su capital es una muestra palpable de ello. El estilo moderno de vida urbana, que se caracteriza por constantes estrés y frustración, origina en la población estados emocionales disfuncionales. El Distrito Federal, por sus características sociales, económicas, demográficas, ecológicas, etc. parece ser un candidato ideal para la aparición y desarrollo de padecimientos de tipo emocional. Si estos son atendidos en forma adecuada y con prontitud, se previenen o evitan problemas mayores.

Dentro del Sector Salud el subsector de Salud Mental presenta características propias tan particulares que se ha abierto una gran brecha entre las dos grandes áreas de prestación de servicios: los públicos y los ofrecidos por Organizaciones no Gubernamentales u ONG's SAPTEL, el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono es un servicio prestado con recursos de Organismos no Gubernamentales (ONG's), como son la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe (CRLyC); cuenta además con el apoyo decidido de profesionistas y agrupaciones privadas que donan su tiempo de trabajo para brindar capacitación y supervisión de casos a todos los terapeutas durante su labor.

SAPTEL beneficia a la población actuando en cuatro diferentes niveles de intervención:

- I) **INFORMACIÓN:** Es una llave fácil de usar para cualquiera que busque información relacionada con servicios de salud mental, a cualquiera de los tres niveles de intervención (primario o preventivo; secundario o de tratamiento y terciario o de rehabilitación).
- II) **CANALIZACIÓN Y REFERENCIA:** Representa una alternativa viable y práctica para la canalización o enlace entre el usuario y el servicio especializado de salud mental.
- III) **APOYO PSICOLÓGICO:** En sí mismo y en esencia, un servicio de apoyo psicológico breve y de emergencia gratuito (el mismo costo que cualquier llamada telefónica) para la comunidad en general, en funcionamiento las 24 horas del día los 365 días del año.
- IV) **PSICOTERAPIA BREVE:** Para muchas personas, esta representa la única posibilidad real de aproximación psicoterapéutica; esto implica que a través de este servicio, una porción de la población que se encuentra, hoy por hoy, fuera de la esfera de influencia de cualquier otro tipo de intervención parecida, podrá ser alcanzada y resultará por tanto beneficiada en su ámbito emocional (Gaitán, 1987).

En relación a la gran demanda de atención a la salud han surgido diversas alternativas, una de ellas, es propuesta por el Dr. Simi, institución para la cual trabajo:

Grupo por Un País Mejor A. C. es un modelo de empresas e instituciones socialmente responsables que buscan un México mejor.

“Porque ganamos ayudamos, y porque ayudamos ganamos”. Es el axioma y sustento del círculo virtuoso que exitosamente se mantiene en el Grupo por Un País Mejor.

Víctor González Torres, mejor conocido como Dr. Simi, decide aglutinar en 1999 a todas sus empresas y asociaciones bajo un solo nombre: Grupo por País Mejor, conformado por seis empresas de carácter comercial y cinco instituciones sociales que buscan un México más pleno en el aspecto social, económico y político.

Ayudar a los que menos tienen y luchar contra la corrupción es la meta del Grupo por Un País Mejor. Este objetivo se logra al ofrecer medicamentos de calidad a un precio justo y consultas médicas accesibles; otorgar apoyo económico o en especie a instituciones de asistencia social, brindar asesoría legal gratuita a la gente que lo necesita, crear conciencia social y promover una cultura ambiental.

El bienestar de la sociedad mexicana, finalidad del Grupo por Un País Mejor, se sustenta en la habilidad que tiene este organismo en el crecimiento cada vez mayor de sus farmacias, consultas médicas y consultorios, apoyo a los más desprotegidos, asesorías, legales, talleres de conciencia ciudadana y en la atención telefónica gratuita para guía psicológica o emocional.

Para el Grupo Por Un País Mejor es fundamental la práctica de los valores, cuando éstos se materializan en las conductas humanas, son el alimento espiritual de las personas. Se logran con dedicación, esfuerzo, constancia y voluntad.

-Honestidad	-Justicia
-Generosidad	-Lealtad
-Amabilidad	-Integridad

Farmacias Similares S.A. de C.V. (1997)
“Lo Mismo Pero Más Barato”

Es la empresa farmacéutica más grande de América Latina. Abre este año 2006 con 3 448 establecimientos en nuestro país. 50 en Buenos Aires, Argentina, y 100 en Guatemala.

Además de tener presencia en el Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Chile, Ecuador, Honduras, Panamá y Perú.

Bajo el lema “Lo mismo pero más barato” ayuda al pueblo mexicano y latinoamericano al vender medicamentos de excelente calidad al precio más justo.

Asociación de Médicos Mexicanos en Defensa de la Salud y la Economía Familiar (2000) “Mejor Salud al menor costo”

Esta asociación reúne a la sociedad médica nacional para difundir los elementos científicos, económicos y humanistas que le permita proporcionar salud para todos, con la mayor calidad y a menor costo.

AMMESEF desarrolla en forma altruista un sistema de educación continua que fortalece el conocimiento de los médicos, sus valores éticos y profesionales, en su quehacer cotidiano. Actualmente cuenta con 9 706 médicos afiliados en toda la república mexicana. Además cuenta con 7 psicólogos clínicos, 5 en el programa de intervención en crisis por teléfono y 2 en los consultorios cara a cara de Farmacias de Similares en el D.F., yo colaboro en el servicio de intervención en crisis por teléfono dando servicio a toda la república mexicana, al igual que mis 3 compañeras y un compañero. Este programa lo revisaré mas adelante.

Fundación Best, A.C. (1994)
UNIDOS PARA AYUDAR

“Ayudar a los que menos tienen” es el principio de la fundación best, brazo asistencial del Grupo Por Un País Mejor.

A lo largo de un decenio esta asociación se ha dedicado a apoyar a los que menos tienen por medio de diferentes programas. La fundación está integrada por dos divisiones: División Asistencial.

Fundación Niños de Eugenia, A.C. (2002)
“PARA AYUDAR A LOS MÁS DESPROTEGIDOS”

Nace en junio del año 2002 con el propósito de ayudar a niños huérfanos, desprotegidos, de escasos recursos o en situación de abandono.

Su objetivo es brindar albergue, amor y educación a pequeños de 2 a 6 años, etapa en la que pueden ingresar a esta casa y de la que salen hasta que cumplan la mayoría de edad.

Una vez integrados a la fundación reciben la guía de las misioneras Clarisas del Santísimo Sacramento.

Fundación Niños de Eugenia tiene su primera Casa Hogar en Tepoztlán, Morelos, donde actualmente viven 28 niños.

Fundación Mexicana en Defensa de los Seres Vivos, A.C. (2003)

“Si tenemos voz. ... la tuya”

La misión de Seres Vivos es contribuir a crear conciencia ecológica y cultura ambiental, mediante la difusión de las denuncias del maltrato a plantas y animales, además de brindar acompañamiento a instituciones de la sociedad civil en la búsqueda de soluciones a problemas ecológicos, así como en la promoción de apoyo mutuo entre instituciones ambientales.

Movimiento Nacional Anticorrupción A.C. (1996)

“LA CORRUPCIÓN ES LA DESTRUCCIÓN”

El Movimiento Nacional Anticorrupción es un movimiento ideológico sin fines de lucro o político. El MNA proporciona asesoría jurídica a quienes son víctimas de actos de corrupción. Además imparte en delegaciones de todo el país, talleres de conciencia ciudadana, para prevenir este mal.

Hablar de salud mental en la actualidad implica la necesidad de analizar críticamente toda actividad humana, individual y grupal, con el fin de determinar que tanto a esa labor colabora con y cuanto amenaza el proceso de búsqueda y mantenimiento de equilibrio biopsicosocial en cada uno de los seres.

En México existe un desafío de adaptación al actual proceso de modernización que ha venido generando en la sociedad un sentimiento de pesimismo y desencanto, aunado al desmedido aumento de la pobreza generada en los últimos

sexenios, impidiendo a un alto porcentaje de la población cubrir sus necesidades básicas.

Tratando de combatir esta situación de desigualdad es cuando surge “Grupo por un País Mejor” La misión y la visión que tiene el grupo con la sociedad mexicana es lo que lleva a sumar a su grupo un proyecto nuevo, dentro del Centro de Atención Telefónica de Farmacias Similares “Asesoría, Apoyo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono”.

No es desconocido que en la sociedad contemporánea prevalece un sentimiento de pesimismo y desencanto, que a un nivel superficial que provoca padecimientos como la anhedonia, trastorno de la afectividad que se caracteriza porque el sujeto no es capaz de sentirse satisfecho con sus actividades en particular, ni con las situaciones de la vida en general. Aun nivel más profundo, sus fronteras son la depresión y la melancolía.

El aumento de los suicidios en los últimos años, sobre todo en adolescentes, es alarmante, aunado esto con el crecimiento de embarazos no planeados en púberes- adolescentes, de 13 a 17 años, violaciones, violencia intrafamiliar, abusos y discriminación hacia la mujer, drogadicción, desempleo, etc., estos son multicausales de graves desequilibrios psicológicos, crisis y quiebres psicóticos en un número cada vez mayor de la población. Orillando a quienes lo padecen, encontrar como última salida el suicidio, drogadicción, alcoholismo o bien el aumento de violencia, robos, asesinatos, violaciones, etc. (Jiménez, 2003).

Beneficios a la comunidad:

1.- El centro de asesoría, apoyo psicológico e intervención en crisis de Farmacias Similares es la segunda opción en México aparte de SAPTEL- Cruz Roja Mexicana, con la que cuentan los mexicanos para intervención psicoterapéutica y orientación que les permitan reorientar su vida y tener información certera en temas tan prioritarios como la sexualidad, permitiéndoles con esto desarrollar estrategias, habilidades, toma de decisiones para un mejor funcionamiento individual y social.

2.- Satisfacer la necesidad de enfrentar las amenazas urbanas a la salud mental colaborando directamente en la protección a niños y mujeres, proporcionando apoyo, contención y canalización en casos como: violencia intrafamiliar, violaciones, drogadicción, etc.

OBJETIVOS:

1.- Prevención y promoción en materia de salud mental a nivel nacional de manera gratuita, en cuatro niveles de intervención:

a) Primario o preventivo

b) Secundario o de tratamiento

c) Terciario o de rehabilitación

d) Información y/o asesoría en materia de sexualidad.

2.- Apoyo psicológico con intervención en crisis en caso de emergencia, pudiendo ofrecer a la vez otras formas de intervención breve y gratuita.

3.- Información en materia de sexualidad a todas aquellas personas que requieran aclarar dudas o busquen una vía de canalización a los centros y/o asociaciones en materia.

4.- Información y canalización en su caso hacia otros servicios de salud mental, organizaciones gubernamentales y ONG`s que atiendan o den orientación en psicoterapia, psiquiatría, sexualidad, violencia intrafamiliar y sexual, etc.

Acerca del procedimiento técnico del servicio de asesoría, apoyo psicológico e intervención en crisis por teléfono

Generalidades:

Un factor importante para un buen funcionamiento de un servicio de atención y asesoría por teléfono es lograr que el consejero telefónico cuente con una metodología eficiente y suficiente de acceso a la información relevante.

La unidad de información que debe tener cada consejero telefónico es el expediente de la historia clínica de los usuarios del servicio. Dicho expediente será elaborado por el mismo consejero telefónico, a partir de sus propias necesidades de información en relación a la corriente y encuadre, manejando 3 encuadres para las llamadas de seguimiento y para, efectos únicamente de canalización contar con los elementos necesarios, esto es, una base de datos actualizada de hospitales, instituciones psiquiátricas, centros de apoyo a la violencia intrafamiliar y sexual, centro de rehabilitación, orientación sexual e instituciones que brinden apoyo psicológico y/o terapeutas privados para aquellas personas terapia personalizada.

Encuadres:

1.- Acompañamiento Terapéutico

2.- Terapia Cognitivo Conductual

3.- Terapia Centrada en el Cliente

Principios éticos para la atención telefónica. (Código ético del psicólogo por la Sociedad Mexicana de Psicología).

Las normas éticas que aquí se presentan a todos los psicólogos que laboren o lleguen a laborar en el Apoyo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono de Farmacias de Similares S.A. de C.V., se enmarcan bajo principios generales regidos por un precepto fundamental:

El psicólogo asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales académicas y científicas bajo un criterio rector que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la psicología. Por tanto, se adhiere a los siguientes principios:

- a) respeto a los derechos y a la dignidad de las personas
- b) cuidado responsable
- c) integridad en las relaciones
- d) responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad

Aspectos que se organizan alrededor de los siguientes artículos:

De la calidad del trabajo desempeñado:

Art. 1. Los servicios, la enseñanza y la investigación que realiza el psicólogo se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válidos y confiables, sustentando la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente a la educación, formación y experiencia supervisada o profesional que haya recibido formalmente.

Art. 9. El psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por tanto, se abstendrá de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente, cliente, colega, estudiante, participante en investigación, u otra persona con quien tenga una obligación profesional o científica.

Art. 10. El psicólogo se mantiene alerta ante signos de problemas personales en sus primeras etapas, y busca ayuda para prevenir un desempeño significativamente deteriorado.

De la calidad de la valoración y/o evaluación psicológica

Art. 18. El psicólogo identifica situaciones en las que ciertas técnicas de valoración o normas no son aplicables o requieren de ajustes para su administración o interpretación. Debido a factores como el género, la edad, la raza, el origen étnico, la nacionalidad, la orientación sexual, la discapacidad, el idioma, o el nivel socioeconómico de los individuos o grupos.

Art. 23. El psicólogo que realiza valoraciones por medio de procedimientos automatizados a distancia, como puede ser: la Internet o el teléfono, se mantiene alerta de las limitaciones a la calificación e interpretación de los resultados, y la comunica a la persona valorada. Así mismo, le advierte de los posibles límites a la confidencialidad y toma las medidas pertinentes para ocultar la identidad de la persona valorada.

De la calidad de las intervenciones psicológicas

Art. 29. Al efectuar intervenciones y/o asesorías terapéuticas, preventivas, educativas, organizacionales, sociales, comunitarias, consejo psicológico directo ya sea por escrito, por radio, telefónico, televisivo, por Internet, o por cualquier otro medio de comunicación, el psicólogo se basa en la investigación y los datos acerca de la eficacia y efectividad de las técnicas o procedimientos que utilice.

Art. 30. El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación, o experiencia supervisada y la pericia necesaria.

Art. 35. El psicólogo que utiliza técnicas o procedimientos de intervención psicológicos por medio de procedimientos automatizados a distancia como, por ejemplo, la Internet o el teléfono, se cerciora de recibir la educación y formación necesaria para:

- a) prescindir de señales auditivas (como amplitud de voz, extensión del discurso, tartamudeo y vacilación al hablar), y señales visuales (como contacto visual, ruborización e inquietud) propias de la interacción frente a frente.
- b) Trabajar solamente con señales textuales: se mantiene alerta del hecho de que el correo electrónico y los sitios para chatear esconden o disfrazan las expresiones emocionales, faciales, verbales, posturales, conductuales, signos diagnósticos y clónicos, (auditivos y visuales) de la persona que recibe servicio psicológico por este medio. A sí mismo le advierte de los posibles límites de la confidencialidad y toma las medidas pertinentes para ocultar su identidad.

De las relaciones que establece

Art. 89. Cuando el psicólogo proporciona consejo o comentarios por medio de conferencias públicas, demostraciones, programas de radio o televisión cintas pregrabadas, artículos impresos, material por correo, correo electrónico, Internet, prensa u otros medios, toma las precauciones razonables para evitar que los receptores de información infieran que se ha establecido una relación personal con ellos.

Art. 90. En las actividades relativas a su trabajo, el psicólogo respeta los derechos que otros tienen para sustentar valores, cultura, actitudes y opiniones diferentes a los suyos. Así mismo, no discrimina injustamente a partir de edad, género, raza, origen étnico, idioma, nacionalidad, religión, orientación sexual, discapacidad, nivel socioeconómico, o cualquier criterio proscrito por la ley.

Art. 91. Cuando las diferencias de edad, género, raza, origen étnico, idioma, nacionalidad, religión, orientación sexual, discapacidad, nivel socioeconómico afectan significativamente su trabajo respecto a ciertos individuos o grupos, el psicólogo adquiere la formación experiencia, asesoría y supervisión necesarias para asegurar la competencia de sus servicios o canaliza a los usuarios de manera adecuada..

Art. 94. El psicólogo no incurre en intimidades sexuales con pacientes o clientes actuales, ni acepta como pacientes o clientes para terapia, a personas con quienes haya tenido intimidades sexuales. Asimismo, el psicólogo no sostiene intimidades sexuales con ex pacientes o clientes de terapia, estudiantes, asistentes, supervisados o cualquier otra persona, durante por lo menos dos años después de haber cesado o terminado su relación profesional con ellos.

Art.104. El psicólogo arregla las consultas y canalizaciones apropiadas basándose principalmente en los mejores intereses de sus pacientes o clientes, con el consentimiento apropiado, y sujetándolas a otras consideraciones relevantes, incluyendo la ley aplicable y obligaciones contractuales.

Art. 115. Cuando el psicólogo guarda una relación de empleado o contractual, resuelve ordena y apropiadamente la responsabilidad del cuidado del paciente en la eventualidad de que termine dicha relación, dando consideración primordial al bienestar de este.

Art. 116. El psicólogo no abandona a los pacientes o clientes.

Art.117. El psicólogo no influye en la decisión de un paciente de dar por terminados sus servicios.

Art. 147. El psicólogo se abstiene de ofrecer servicios por medios telefónicos, electrónicos u otros, a personas ubicadas en territorio nacional o fuera de éste, sin la formación adecuada que tome en cuenta las limitaciones inherentes a una relación impersonal, los límites de la confidencialidad, la efectividad del servicio, y las relaciones entre una cultura y otra, aclarando desde un principio la otra parte estos riesgos y limitaciones.

Se habla sobre los artículos sobre el psicólogo, de sus obligaciones, así como sus derechos.

El siguiente capítulo habla sobre los inicios de la psicoterapia breve, cómo se originó la psicoterapia en nuestros tiempos y de dónde surge.

CAPITULO 2. PSICOTERAPIA BREVE E INTERVENCIÓN EN CRISIS:

La psicoterapia breve es por lo menos tan antigua como los esfuerzos de Freud para hallar cura a las neurosis. Así como la psicoterapia moderna debe sus orígenes a la teoría psicoanalítica, también lo hace el concepto de psicoterapia breve. Es un hecho histórico que Freud comenzó por buscar curas rápidas; en los principios, no podía prever las elaboraciones que prolongarían el proceso terapéutico psicoanalítico. Creía Freud que el hecho de conocer la causa de la neurosis llevaría rápidamente a su solución y resolución; y en los primeros tiempos insistió en la obtención de un diagnóstico rápido de la psicodinámica responsable de la afección, y su anulación por medio de la interpretación activa.

Ferenczi no fue el primer freudiano de procedimientos rápidos: Freud mismo lo era. Jones (1957) describe el tratamiento rápido y, al parecer, de efectividad permanente, a que Freud sometió al músico Gustav Mahler, Bruno Walter (1946) relata su tratamiento en seis sesiones, también obra de Freud. Aún después de esa época, en su *Studies on Hysteria* (1957), Freud habla del éxito que le cupo en el tratamiento de emergencia de una muchacha histérica, que halló durante unas vacaciones.

Fenichel (1954) recomienda a quienes se interesan por la psicoterapia breve la lectura de *Studies on Hysteria*; sostiene que allí han de hallar muchos de sus problemas resueltos, o por lo menos identificados y expuestos, antes de que el psicoanálisis se hubiera desarrollado.

En aquellos primeros pasos del desarrollo del psicoanálisis, la duración del tratamiento no constituía un problema que se tuviera demasiado en cuenta. La idea de oposición entre terapias de corto y largo plazo no apareció sino después de que la psicoterapia y el psicoanálisis evolucionaran hasta transformarse en los prolongados procesos que hoy son. La preocupación por el tiempo de tratamiento surgió a medida que se ampliaba la comprensión teórica de Freud acerca del desarrollo de la personalidad y de la formación neurótica. Mientras él buscaba solución a los problemas de la resistencia, la terapia psicoanalítica se alargaba constantemente. En el curso de los años, algunos psicoanalistas expertos encararon, en forma relativamente aislada y esporádica, la búsqueda de procedimientos psicoterapéuticos que, aunque derivados de los conceptos psicoanalíticos de formación y desarrollo de la personalidad, produjesen cambios terapéuticos en menor tiempo.

Ya en 1941, el Institute for Psychoanalysis de Chicago auspició un congreso nacional de la especialidad, que se llamó Council on Brief Psychotherapy. Si en algo coincidían los trabajos presentados en aquel congreso, era en la viabilidad de una terapia breve derivada de la comprensión psicoanalítica de la personalidad. El enfoque de Alexander fundado en la rigurosa aplicación de la teoría con un trasfondo de sensibilidad humana ante la persona sufriendo, se

destacó por sobre los demás e impuso poderosa influencia sobre la asamblea, cuyas actas impresas (1942, 1944 y 1946) son hoy difíciles de ubicar.

El estupendo *Psychoanalytic Therapy* (1946), obra de Franz Alexander y Thomas French, apareció en 1946 y arrojó poderosa luz sobre el camino a seguir hacia el desarrollo de una psicoterapia breve derivada de la comprensión psicoanalítica de la personalidad y del proceso de la psicoterapia. Hombres creativos y consagrados a su trabajo, trataron, con la colaboración de sus colegas del Institute for Psychoanalysis de Chicago, de “definir aquellos principios básicos que hacen posible el logro de medios más breves y eficientes para la psicoterapia...” La luz que ellos crearon sigue alumbrando el terreno; no la extinguió el desgaste ni se vio reemplazada por nuevos enfoques y teorías radicales. Casi todos los trabajos que siguieron en torno de los métodos breves deben algo a Alexander y French y a su penetración en “los múltiples vericuetos de la conducta humana” en busca del tratamiento más adecuado y eficiente para cada individuo.

Si se exceptúan los informes producidos por los hospitales militares durante la década de 1940, tanto en esa década como en la de 1950 fue muy poco el material que reflejase el hecho cierto de que la psicoterapia breve era una realidad en crecimiento. La investigación de los sobrevivientes del incendio del night club bostoniano Coconut Grove, realizada por Lindemann (1947), que en ella anunció procedimientos inmediatos para la intervención, constituye casi el único desarrollo de los conceptos de psicoterapia de emergencia, elaborados durante la guerra y descritos por Grinker (1942, 1944, 1946) y Kardiner (1941).

En el curso de los últimos años, la intensificación del interés en la materia se puso de manifiesto en la publicación de quizá media docena de libros y gran cantidad de documentos, y en la aparición no de una psicoterapia breve sino de las terapias breves, una numerosa variedad de técnicas destinadas a la intervención en crisis, el tratamiento de la conducta, las terapias familiares y otros fines.

Definición de psicoterapia breve por Leopold Bellak y Leonard Small (1970) va de una a seis sesiones terapéutica, cada una de tiempo acostumbrado (45-50 minutos). El terapeuta tiene que estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa, mientras con rapidez formula los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido común, y casi simultáneamente tiene que decidir sobre cuál es la intervención más fructífera, que tiene que cotejar con su avalúo de las fuerzas, circunstancias de la vida real del paciente y condiciones del yo del paciente. En la psicoterapia rápida el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo. No tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla. Y cuando estos aspectos básicos del proceso terapéutico no se presentan, tiene que inventar alternativas. Por ello la psicoterapia rápida y de emergencia es propiamente una especialidad para el profesional experimentado porque requiere el empleo total e inmediato de sus capacidades.

Sullivan, Diana (1978), indica que cuando una persona pide ayuda en una situación de urgencia, se debe proceder de la siguiente manera:

- 1) La primera prioridad es obtener el nombre y el número telefónico de la persona que hace la llamada.
- 2) Obtener una clara definición del problema y averiguar cuántas personas se encuentran implicadas en el problema.
- 3) Verificar las condiciones de riesgo real o potencial en que se encuentra la persona.
- 4) Formular preguntas de manera indirecta para obtener más información acerca de los implicados y cómo es la situación, para así saber abordar el problema.
- 5) El terapeuta puede obtener esta información al hablar en términos generales: el terapeuta va al lugar donde se pidió la ayuda y también deberá ir acompañado de un policía.

Por su parte Slaikeu (1988), refiere que para que los modelos cara a cara puedan adaptarse a los modelos vía telefónica es necesario hacer lo siguiente:

- a) Establecer Contacto Psicológico: Acción identificada en gran medida con la terapia centrada en el paciente de Carl Rogers (1951), escuchar con empatía es una precondition para cualquier actividad de ayuda. En el presente contexto significa escuchar hechos y sentimientos (qué pasó, así como el cómo se siente la persona al respecto), y usar exposiciones reflexivas para que de esa manera la persona sepa que escuchamos lo que se dijo.
- b) Examinar las dimensiones del problema (las preguntas de quién, cuándo, cómo, dónde, qué, pueden formularse sin que parezca amenaza). La investigación se enfoca sobre tres áreas: pasado, presente y futuro. El pasado se refiere a los sucesos que culminan en el estado de crisis, en especial el suceso específico que desató o precipitó la crisis (la muerte de un ser querido, desempleo, daño, separación del cónyuge). La investigación sobre la presente situación implica las preguntas "quién, qué, cuándo, dónde, cómo" de un informe de estudio. Por último, ¿cuáles son las probables dificultades futuras para la persona y su familia?, un adolescente fugitivo necesita un lugar donde permanecer durante la noche (semana) en tanto se toman decisiones sobre qué hacer próximamente.
- c) Explorar las posibles soluciones: identificar un rango de alternativas de soluciones para necesidades inmediatas y las posteriores identificadas previamente. El ayudante toma un enfoque etapa por etapa, preguntando primero sobre lo que ya se ha intentado, luego conseguir que la persona en crisis genere alternativas seguidas por otras posibilidades que proponga el ayudante. Se exploran pros y contras (o ganancias y pérdidas) de cada una de las soluciones. Entonces, se resumen y categorizar como adecuadas a las necesidades inmediatas y posteriores identificadas.

- d) Ayudar a tomar una acción concreta: esto significa implementar lo convenido sobre la(s) solución(es) inmediata(s) dirigida(s) a abordar la(s) necesidad(es). El paso de acción puede ser tan simple como un acuerdo por descubrir al siguiente día, o complicado como iniciar una hospitalización de urgencia.
- e) Seguimiento: el último componente de la primera ayuda psicológica implica deducir información y establecer un procedimiento que permita el registro para revisar el progreso.

Revisando más a fondo los aspectos antes mencionados se añade lo siguiente (Sullivan, D., 1978).

- a) **SOBRE EL CONTACTO PSICOLÓGICO:** Es importante que en la consejería por teléfono, el principal vehículo para lograr el contacto con un paciente es la voz del consejero que no sólo incluye lo que se dice, sino cómo lo dice. Para lograr los objetivos de este primer componente, a saber, el tono de voz del consejero necesita ser calmado y alentador, para que el paciente en crisis se sienta comprendido, aceptado o para que un aire de calma reemplace al del trastorno y confusión que provoca el estado de crisis. Los consejeros entrenados para este servicio, deben escuchar sus voces grabadas y recibir retroalimentación de otros compañeros sobre el impacto del tono de voz, velocidad, lo mismo que cuando hablen con el usuario en crisis. En vez de involucrarse en el pánico del usuario (con frecuencia se refleja con rapidez y tono alto en el habla), los consejeros entrenados deben aprender a responder con habla atenta, calmada y controlada.
- b) **ACERCA DE EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA:** Puesto que casi todos los contactos de la consejería telefónica involucran usuarios que no conocen previamente a los consejeros, por lo general existe información antecedente que facilita la comprensión del problema del usuario. Esto significa que el ayudante debe confiar en la descripción narrativa del problema que hace el usuario registrando cada parte según las categorías. Una táctica útil es formular preguntas abiertas-finales como: ¿Qué sucedió recientemente que le hace las cosas difíciles ahora? o “Cuénteme más sobre lo que le está afectando recientemente”. Estas y otras preguntas como quién, qué, dónde, por qué, cuándo y cómo, pueden formularse sin que parezca amenaza y tener el potencial para obtener información sobre las dimensiones del problema del usuario.
- c) **EN CUANTO A EXPLORAR LAS POSIBLES SOLUCIONES:** El hecho de que una persona llame a la línea telefónica de urgencia o al servicio de consejería telefónica, proporciona algún indicio sobre las dificultades para llegar a las soluciones de la crisis. Los usuarios con frecuencia, agotaron sus recursos personales sociales (Caplan, 1964; Speer, 1976), o de alguna manera creen tener disponibles (familia, amigos, compañeros de trabajo), que no entienden o que por alguna otra razón no deben involucrarse en el problema en ese momento. Entonces un

contacto telefónico, proporciona una excelente oportunidad al consejero para preguntar sobre algunas vías que ha tratado el usuario, explorar los obstáculos que se encontraron (con frecuencia incluyendo, la propia cognición del usuario que “él no entendería” o “nunca podría decir eso a ella”). Muchos momentos de la táctica telefónica del consejero consisten en conseguir que el usuario reconsidere una solución que haya sido probada sólo a la ligera o rechazada inmediatamente. El objetivo es generar tantas direcciones potenciales como sea posible a fin de actuar sobre las necesidades inmediatas identificadas al principio.

- d) **RELATIVA A AYUDAR A TOMAR UNA ACCIÓN CONCRETA:** La distinción entre las intervenciones facilitadoras y directivas, es importante, en especial en la consejería telefónica, puesto que da las pautas para si ésta involucrará o no otras partes (familia, amigos, otras instituciones) en la crisis del usuario. Si la mortalidad es baja, y si el usuario se presenta a sí mismo como capaz de hablar sobre el convenio de las siguientes etapas para restablecer el enfrentamiento, entonces el consejero consagra la energía hacia la ayuda para que el usuario tome la acción. Se debe requerir el acuerdo directivo (mortalidad alta, o usuario incapaz de actuar en su propio beneficio), entonces el acceso del consejero telefónico a otros recursos comunitarios es crítico. La acción directiva puede clasificarse desde la llamada del consejero a un miembro de la familia hasta tener un equipo móvil que visite al usuario en su hogar o enviar una unidad de rescate cuando las consecuencias sean un intento suicida.
- e) **FINALMENTE, CON RESPECTO AL SEGUIMIENTO:** En los primeros días de la consejería por teléfono, se supuso que el anonimato de la gente al llamar a estos servicios excluiría el seguimiento. Sin embargo, éste no resultó ser el caso, Slaikeu, Tulkin, y Speer (1973) y Slaikeu, Tulkin y Speer (1975), encontraron que los Voluntarios por teléfono pudieron obtener del usuario, por lo menos el nombre y el número telefónico para permitir la llamada subsiguiente. Las consideraciones más importantes para los trabajadores son: a) explicar a los usuarios las razones de seguimiento, y b) tomar los pasos para proteger la confidencialidad de los contactos telefónicos. Se pueden hacer declaraciones las siguientes:” Yo/nosotros cuidaremos de usted, y queremos saber cómo resuelven las cosas. ¿Podría yo llamarle nuevamente mañana por la tarde (o en algún otro momento, después de acordar una medida de acción a realizar) o llamarme usted aquí al centro para ver cómo se resuelven las cosas?.

De acuerdo con Bellak (1986), la psicoterapia breve tal y como se indicó es de 45-50 minutos y es de 6 sesiones y propone lo que debe ser cubierto en las 6 sesiones que él sugiere:

PRIMERA SESIÓN: se intentará hacer la primera impresión en la sala de espera y es la más importante: 1) Historia del síntoma principal, 2) síntoma secundario, 3) historia personal, 4) historia familiar, 5) formulación dinámica y estructural, 6) evaluación de las funciones del yo 7) tomar en cuenta a)

transferencia, b) alianza terapéutica, c) contrato terapéutico y d) revisión y planificación.

SEGUNDA SESIÓN: datos históricos adicionales y alianza terapéutica.

TERCERA SESIÓN: transelaborar lo que ha aprendido hasta entonces. Información del cónyuge o de la familia (reunirlos).

CUARTA SESIÓN: se dedica a comprender los problemas de más cerca del paciente, agregar **insight** e intervenir en cualquier otra forma necesaria. Discusión de la terminación y de las reacciones ante esto.

QUINTA SESIÓN: última sesión regular. Preguntar cómo ha sido la semana para él. Se le pide que reseñe el período completo de tratamiento y se transelabora cualquier material adicional que haya obtenido, en especial a la terminación.

SEXTA SESIÓN: un mes después se intentará verificar la calidad de los logros terapéuticos y se llevará a cabo las disposiciones acordadas con ello

Por otra parte en mi caso particular, dentro de la institución para cual trabajo se sugiere un máximo de 20 sesiones de 30 minutos máximo:

Inicialmente es necesario escuchar atentamente el discurso del usuario, comprendiendo el contenido emocional que lo envuelve, para poder definir el nivel de intervención que el caso amerita de entre 4 posibilidades:

- 1) Prevención y promoción
- 2) Apoyo psicológico
- 3) Información sobre sexualidad
- 4) Información y canalización

Cuando alguien pide ayuda en una situación de urgencia (sin importar quién sea esa persona –un oficial de policía, un profesional de la salud mental, un adolescente en fuga desde una caseta telefónica, un adulto suicida o una mujer que ha sido golpeada por el marido–, la persona ya ha definido que la situación se encuentra más allá de sus recursos sin control. Con mucha frecuencia, las urgencias han sido ignoradas o mal atendidas debido a que la persona que recibió el llamado no se mostró sensible a las necesidades o sentimientos de quien pedía auxilio. Un profesional puede temer que dicha situación se encuentre a punto de escapar de la posibilidad de establecer un control, pero debido a que estos encuentros con personas en situaciones de urgencias son críticos, es necesario enfrentarlos con considerable sensibilidad. Como regla general, es aconsejable considerar a quien pide ayuda como una persona que experimenta una verdadera urgencia – tan sólo en virtud del hecho de que esta persona ha descrito la situación como tal.

Responder a una urgencia

Al recibir un llamado de urgencia, la primera prioridad es obtener el nombre y el número telefónico de la persona que hace la llamada. Esto puede parecer

insignificante, pero en muchas ocasiones la obtención del número telefónico ha salvado la vida de una persona. La gente que se encuentra en extremo alterada puede ser presa de pánico y colgar la bocina de repente: por ejemplo, los suicidas a menudo cambian de parecer mientras hablan por teléfono y cortan la comunicación, y el terapeuta podría encontrarse en la situación de conocer todos los detalles de su triste problema, pero sin saber quién era la persona o cómo comunicarse de nuevo con ella. A menudo la gente proporciona su nombre y número telefónico sin dificultad alguna y de manera automática en el caso de solicitar la información al iniciar la conversación y hacerlo de una manera casual.

Después de obtener esta importante información, el terapeuta debe tratar de conseguir una clara descripción del problema y averiguar cuántas personas se encuentran implicadas en la situación de urgencia. ¿Cuántos son los miembros de la familia y cuántos se encontraban presentes en el momento de la llamada?. Después el terapeuta debe determinar si hay armas implicadas en la situación, y si las personas en crisis han ingerido alcohol o drogas. El terapeuta puede obtener esta información al hablar en términos generales o formular preguntas sobre el problema con un tono de voz informal, evitando así la implicación de que la persona está siendo interrogada.

Como regla general, el terapeuta debe hablar brevemente con cada persona presente antes de responder al llamado; esto no requiere de una conversación prolongada, sólo necesita obtener el consentimiento de todos los afectados para visitar el lugar. Esta medida también permite que todos sepan que un terapeuta está interesado en el paciente y que respeta los derechos individuales de los miembros de la familia.

De ser posible, el oficial debe vestir ropa de civil y conducir un auto común. En tales situaciones, es útil recordar que las personas que llamaron pidiendo ayuda se comunicaron con un terapeuta o consejero y no con un policía; además, pudieron tener buenos motivos para no desear la intervención de la policía. En cualquier caso, el terapeuta debe tomar las medidas necesarias para protegerse y garantizar la seguridad de su cliente.

Visitas Domiciliarias

Cuando realicemos una visita domiciliaria, debemos recordar que, en esencia, el terapeuta es quien entra en el espacio de la otra persona. Esto es importante aún al reunirnos en un sitio público con el paciente, porque muchos de los aspectos clave del papel y la autoridad del profesional no se harán presentes en un lugar neutral o público. Muchas de las intervenciones asertivas y confrontativas o confrontativas que podrían dar buenos resultados en el consultorio, se considerarían una amenaza o un insulto durante una visita domiciliaria o en un encuentro público.

Un terapeuta que realice trabajo de urgencia debe tener conciencia de que aunque su percepción de sí mismo es de un individuo no amenazador que desea ayudar a otros, algunas personas en crisis pueden considerarlo una

amenaza muy real. Por ejemplo, el ocupar accidentalmente la silla predilecta del paciente para hacer que éste se sienta incómodo o irritado sin saber por qué. La precipitada adopción de un fuerte papel de autoridad en una familia podría ofender a la madre o al padre, quien percibirá que su papel se encuentra en peligro debido a que no puede resolver el problema familiar por su cuenta. Un terapeuta puede tomarse más libertades en su consultorio debido a que los clientes acuden a él (más o menos) porque así lo han decidido y aceptan penetrar en los dominios del psicólogo.

Estrategias para desactivar urgencias

Existe un método útil para hacer que las personas se tranquilicen y presten atención; es la paradoja. A veces una intervención paradójica cambia la situación o la “disposición” de una persona lo suficiente para interrumpir la creciente intensidad de ciclo de ira y violencia. Por ejemplo, el terapeuta, al visitar el hogar de la persona, podría pedir, cortesía, una taza de café o un vaso de agua. Ésta es una petición un poco extraña que puede cambiar de inmediato el papel antagónico en una crisis al rol habitual de anfitrión. Una solicitud tan simple o inesperada a menudo resulta exitosa, debido a que sirve para distraer la atención de la persona el tiempo suficiente para desescalar la ira. Un miembro del personal de ETC en cierta ocasión interrumpió la acalorada pelea de una pareja con sólo preguntar: ¿No les parece que huele a gas?. Creo que percibo un olor extraño. En un instante, toda la atención quedó concentrada en algo ajeno al conflicto, lo que dio al terapeuta la oportunidad de interrumpir el escalamiento de la ira y proceder a la comunicación de otra manera.

Por último, el humor puede ser muy útil para distraer, tranquilizar o reducir una conducta de ira. Sin embargo, el humor debe utilizarse con gran cautela y sensibilidad, para no lastimar el orgullo y la dignidad de las personas afectadas. Es necesario tener cuidado de que el humor, así como la manera de como lo aplicamos, no sea mal interpretado o tomado como una forma de burlarnos de otra persona. Algunos terapeutas y consejeros utilizan el sentido del humor con naturalidad y otros no pueden hacerlo. Si el humor es algo que el terapeuta puede aplicar con facilidad y suavidad, puede ser muy valioso en una situación de urgencia, más si no es espontáneo y natural, es aconsejable que el terapeuta se abstenga de utilizarlo.

Psicoterapia Breve

Así, la intervención en crisis podría entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a estrategias de mejoría antes de que ocurran los sucesos críticos de la vida y por otro a las estrategias para el tratamiento administrándose oportunamente después de que los sucesos críticos y sus consecuencias hayan ocurrido. Por otra parte también tiende a reducir la probabilidad de efectos debilitantes, y aumentar la probabilidad de crecimiento o dominio para el individuo.

Desarrollándose con base a ello, varias formas de psicoterapia breve que utilizan un cuadro psicoanalítico de referencia. Entre éstas está la psicoterapia breve desarrollada por Bellak y Small, quienes proponen a dicho enfoque como un “intento” más amplio de abordar todos y cada uno de los problemas que son llevados a la clínica y al consultorio. Esta aproximación está basada principalmente en las teorías psicoanalíticas, del aprendizaje y de sistemas, lo que posibilita el poder ir más allá de, calmar la situación inmediata y poder cuando menos, iniciar unos cuantos cambios dinámicos y estructurales en la persona (Bellak, 1986).

Entraremos a exponer las teorías y principios subyacentes a la psicoterapia breve por L. Bellak y por L. Small, quienes adoptan inicialmente que la psicoterapia es “una interacción verbal o de alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente”. Lo cual enfatiza el hecho de tener una serie de conceptos ordenados que guíen las intervenciones del terapeuta, es decir, toda acción terapéutica tiene que tener un marco de referencia para poder realizar una metodología ordenada.

En particular todas las psicoterapias ordenadas psicoanalíticamente, incluyendo la psicoterapia breve, sigue tres procedimientos básicos que son: la comunicación, el insight y la elaboración.

- 1) Comunicación del paciente al terapeuta: en todas las interacciones humanas el primer paso es la comunicación. En las sesiones terapéuticas es a través de ella que el paciente informa el motivo de consulta, su historia y su vida actual. Sin embargo, el terapeuta también recibe información a través de la comunicación no verbal, así como la elección de las palabras, el ritmo en su discurso, el tono de voz y la forma de expresarse.
- 2) Insight del terapeuta: mientras el paciente comunica, el terapeuta debe estar alerta para ir reconociendo los comunes denominadores en su patrón de conducta, al mismo tiempo de percibir los sentimientos, los pensamientos y las experiencias que se relacionan de síntoma(s).
- 3) Comunicación del terapeuta al paciente: en este momento ya el terapeuta está equipado para comunicarle a través de la interpretación su insight al paciente, con el objetivo de darle al paciente la comprensión que hizo él, en cuanto a los significados comunes denominadores de sus patrones de conducta.
En ocasiones se puede hacer inicialmente interpretaciones parciales con el propósito de guiar al paciente al insight principal, preparando con ello la comunicación del insight o bien para evaluar en qué medida está el paciente preparado para aceptarlo.
- 4) El insight del paciente: si esto resulta, el siguiente paso será el insight del paciente, es decir, el momento en que se da la percepción por parte del paciente, del patrón que siguen sus experiencias, sus sentimientos, su conducta y su pensar. El máximo grado de insight, se logrará cuando

la comprensión intelectual y emocional se relacione con patrones tal y como existen en la vida real, con la transferencia, con la vida anterior, y principalmente con la relación entre las motivaciones conscientes e inconscientes.

- 5) La elaboración: por último, una vez que el paciente ha aprendido a percibir algunos comunes denominadores en su comportamiento se espera que se aplique dicho conocimiento a su vida diaria. Aumentando su conciencia de su conducta manifiesta y de sus causas. En esencia, esto implica un proceso de aprendizaje, a través del cual se cambia la conducta del paciente, a medida que la comprensión va fortaleciendo al yo y la ventilación disminuye la presión del impulso o produce una modificación en los procesos del super yo.

Dado los modelos acompañamiento terapéutico, terapia cognitivo conductual y terapia centrada en el cliente son los tres usualmente en la institución para la cual trabajo, será importante profundizar en ellos:

1.- ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO:

Todos tenemos la necesidad primitiva de estar con otros, desde el comienzo de nuestra vida necesitamos del sostén materno, de la presencia del otro. El bebé nace con un yo inmaduro que no tiene defensa, y que está sostenido por el yo de la madre, que funciona como un medio ambiente protector. Según Winnicott, a ese yo el niño le va a ir introyectando, para luego ser capaz de estar solo sin la alusión frecuente a la madre o símbolo materno. La base para adquirir la "capacidad de estar solo", es entonces una paradoja.; es la capacidad de estar solo mientras otra persona se encuentra presente, y que sin una cantidad suficiente de esta experiencia no puede desarrollarse. Esta capacidad o habilidad es uno de los más importantes rasgos de la madurez en el desarrollo emocional. Y el acompañante terapéutico (A.T.) en tanto presta su persona, practica y vivencia un rol de protección, apoyo, soporte, sostén pero fundamentalmente de contención permanente. Un asistir, es decir un co-vivenciar el mundo interno del paciente, lo que se supone una relación y un compromiso emocional con ese sujeto. Esto constituye el aspecto más primario de la relación, por eso entronca con el llamado "maternaje". Sabemos de antemano, que esto se aplicará en los casos que proceda. Permitiendo así acompañar al paciente en el proceso que va de su regresión a su individuación. Descripción de cada una:

Esta técnica se utiliza para la contención de pacientes descompensados, en un marco de prevención, atención y resocialización. La necesidad de compañía y estimulación humana es algo que se ha reconocido tiempo inmemorial. En la mayoría de las culturas existe la costumbre de que los afligidos por enfermedades, muertes o desgracias, reciban ánimo y apoyo de parientes, amigos, vecinos e incluso extraños que puedan permanecer con esa persona hasta que recupere su entereza. Ante un desastre o peligro repentino externo o interno, los adultos con frecuencia aumentan sus exigencias de otras personas, buscando la proximidad y en quien confiar, manifestando una conducta de apego.

El acompañamiento terapéutico constituye un rol de múltiples funciones: compartir, escuchar, observar, ayudar a hacer cosas, frenar impulsos, contener, estimular, etc., pero no interpretar, fundamentalmente una función de maternaje.

El Acompañamiento terapéutico tiene que ver con la jerarquización de la contención humana en pacientes crónicos y agudos, con quienes al acudir a una terapia frente a frente en el momento de la crisis, no esté a su alcance. Debido a no contar con el dinero, tiempo, desconocer a dónde acudir o simplemente por la resistencia que se genera al asistir personalmente a solicitar apoyo.

Cuando desbordan las posibilidades de contención del terapeuta, el A. T. va en su representación, funcionando como un soporte, siendo un yo auxiliar que brindará un vínculo distinto a los ya conocidos, con el objetivo de generar un cambio.

El paciente se debe sentir: cuidado, protegido y apoyado en una función de maternaje en la que el terapeuta triangula, los tres puntos antes mencionados. Y tener cuidado en que este tipo de tratamiento no cree una dependencia con el terapeuta.

EN QUE CASOS ES NECESARIO?

En aquellas personas que presenten:

Adicciones:

Drogodependencias. Patología Dual.

Trastornos psíquicos y físicos:

Psicosis. Neurosis. Trastornos de la Personalidad.

Trastornos Alimenticios: Anorexia. Bulimia. Depresión. Riesgo Suicida. Duelos.

Momentos Pre y Post-operatorios. Oncológicos.

Procesos neurodegenerativos:

Alzheimer. Parkinson. Aislamiento en 3ª edad

BENEFICIOS PARA EL PACIENTE

Favorece su inserción social.

Promueve la adherencia al tratamiento.

Permite desplegar una mayor autonomía.

Contención en un momento de crisis.

Reducción del período de internación o evitación del mismo.

BENEFICIOS PARA LA FAMILIA

- Aporta nuevos recursos para afrontar situaciones que desbordan su capacidad de respuesta.

- Disminuye estados de stress, ansiedad, y la "carga familiar" en el cuidado del enfermo.

2.- TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL:

Es una aproximación activa, enfocada, directiva y de corta duración, que se utiliza para tratar una diversidad de trastornos psiquiátricos. Se basa en el modelo cognoscitivo de la psicopatología que afirma cogniciones imperfectas subyacen a las conductas y afectos desadaptativos. De acuerdo con el modelo cognoscitivo, existen características cognoscitivas aberrantes específicas en cada una de las neurosis. Así, la meta de la terapia cognoscitiva es corregir el procesamiento defectuoso de la información y ayudar a los pacientes a modificar las suposiciones que mantienen las conductas y emociones desadaptadas.

Mientras que la frecuencia y duración de la terapia cognoscitiva se tiene que adaptar a las necesidades del paciente, el curso típico de la terapia cognoscitiva para la mayoría de los trastornos emocionales (por ejemplo, depresión y ansiedad) toma entre cinco y veinte sesiones terapéuticas de cincuenta minutos. Debido a su naturaleza breve, la terapia cognoscitiva es particularmente adecuada para ayudar a pacientes que necesitan psicoterapia breve intensiva por una diversidad de razones (es decir, el costo, restricciones en la póliza de seguros, vivir en un área relativamente aislada con acceso limitado a los servicios de tratamiento, etc.) y que no podrían recibir tratamiento de otra manera. Una gran cantidad de estudios han encontrado que la terapia cognoscitiva es efectiva en el tratamiento de trastornos emocionales tales como la depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación y obsesiones y compulsiones y muchos estudios preliminares han encontrado resultados positivos al utilizar, especialmente, formas breves e intensivas de terapia cognoscitiva.

En los casos de patrones de comunicación disfuncionales, la terapia cognitivo conductual busca identificar y explicitar los esquemas interpersonales (patrones estables que determinan cómo actuar con los vínculos y cómo interpretar la conducta del otro). Una vez que los identifica, desarrolla habilidades cognitivas para cuestionarlos y buscar alternativas, y genera las experiencias interpersonales correctivas que puedan desmentirlos. En los trastornos de ansiedad encontramos conductas de evitación que incapacitan al paciente (quien deja de hacer cosas que otros pueden hacer) y mantienen su trastorno (ya que el alivio de escapar refuerza la conducta de escape, y a la vez le pide experimentar que el estímulo no es peligroso, experiencia que eliminaría la respuesta de ansiedad).

En la terapia cognitivo conductual se busca que en el tratamiento no se cree una dependencia con el terapeuta.

Cuando se solucionan los problemas por los cuales acudió a terapia, se busca generalizar los resultados (que el paciente pueda aplicar lo que aprendió a otras áreas) y prevenir recaídas (se anticipan situaciones problemáticas futuras y trabajan recursos para enfrentarlas).

En este punto, si el paciente desea otros temas se replantean los objetivos del tratamiento, y si desea concluir se da por terminada la terapia, dejando abierta la posibilidad de que vuelva después de unos meses para reforzar los recursos adquiridos, o plantear nuevos objetivos de cambio.

El tratamiento cognitivo conductual es breve y focalizado. Se intenta reestructurar el pensamiento del paciente y por ende las conductas a través de tareas que pretenden que el paciente aprenda nuevas habilidades para enfrentar las situaciones identificadas como de conflicto.

Las estrategias utilizadas para que el paciente aprenda nuevas habilidades sociales para comunicarse o resolver conflictos, puede ser, las técnicas de relajación y respiración, habilidades cognitivas o habilidades de resolución de problemas. Utilizamos diversos recursos: dividir el aprendizaje en pasos graduales, practicar las conductas mediante juego de roles, proponer ejemplos y modelos, entrenarse para corregir errores, focalizando los problemas de manera puntual. A medida que el paciente incrementa sus habilidades, disminuye su malestar, decrecen sus miedos, su impotencia y su desesperanza.

En primer lugar, cabe destacar que en la terapia cognitivo conductual nos concentramos en los problemas actuales del paciente, dicho en palabras sencillas, nos ocupamos de sus síntomas, más allá de que se configuren o no como un trastorno psicológico diagnosticable. El objetivo principal de la intervención telefónica consiste en que los problemas por los cuales el paciente llama, se trate de que dejen de existir, o disminuyan en un grado favorable para el funcionamiento del paciente hasta que pueda acudir a una terapia frente a frente, en caso de ser necesario.

Puntualizando los aspectos básicos de la terapia cognitivo conductual, se pueden reconocer entre otros, los siguientes:

- a) La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.
- b) Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos, el énfasis de la TCC está puesto más en el "Qué tengo que hacer para cambiar" que en el "Por qué". Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Se utiliza terapias a corto plazo. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y

planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

- c) La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.
- d) Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intersesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente.
- e) Está centrada en los síntomas y su resolución. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.
- f) El lugar de promover un, se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia a dónde apunta la terapia.
- g) Rechaza el principio de sustitución de síntomas. La falsa idea de sustitución, difundida por la escuela psicodinámica, que considera a un síntoma, que considera a un síntoma como una solución económica, la única salida a un proceso neurótico subyacente que si se elimina surgirán otros, es cuestionada por esta metodología. La meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen.
- h) Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea.
- i) Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento.
- j) Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.
- k) Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato "único" para las diversas consultas.
- l) Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

- m) Desmitifica la terapia. El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el “velo de misterio” que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia.
- n) Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, esta comprobado que funciona

3. TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE:

En concreto se consideran cinco aspectos cognitivos que ayudan a comprender como los sujetos construyen sus significados:

- 1) Los procesos atencionales (los recursos cognitivos de la atención se relacionan con los niveles, calidad y tipo concienzuda de la experiencia);
- 2) La distinción entre procesos cognitivos controlados y automáticos (los procesos automáticos e inconscientes pueden dirigir la atención y la experiencia consciente de la persona, sobre todo ante temas de fuerte afecto);
- 3) La distinción entre procesamiento en paralelo y procesamiento automático (los clientes procesan mucho material inconsciente que influye en su experiencia consciente, sin que ellos se percaten de ello);
- 4) Papel de la memoria (la terapia supone un contexto de recuperación y de recodificación de la experiencia almacenada de la memoria) y
- 5) Rol de procesamiento esquemático (las personas organizan la información de su experiencia en unidades molares, que se denominan “esquemas” que a su vez guían la dirección de las nuevas experiencias venideras, y que por lo tanto pueden impedir el cambio).

Las teorías clásicas humanistas de Rogers se basan en entender la psicopatología como una negación o distorsión de la experiencia interna causada por la introyección de condiciones de valía externa. El enfoque vivencial más actual parte de considerar el papel tanto de los procesos cognitivos como los emocionales en la disfunción y el cambio. Se considera que las personas son creadoras activas de significados subjetivos, donde los procesos mentales de recuperación y codificación en la memoria, y la simbolización lingüística del conocimiento juegan un rol central.

Carl Rogers es mejor conocido por sus contribuciones en el área terapéutica. A medida que maduró en experiencia, Rogers se dio cuenta que mientras más “no-directivo” era la intervención, más influía a sus pacientes precisamente a través de esa postura. En otras palabras, los pacientes buscaban un guía en el terapeuta y lo encontraban aunque éste intentara no guiarles.

Se puede llegar a ubicar a Rogers como escuela de psicología, pero es muy difícil encuadrarlo, porque esta sería una escuela basada en la práctica. Esta

teoría a cobrado diferentes maneras de llamarla: “La inspiración no directiva”, “psicoterapia centrada en el cliente”, “psicoterapia de persona a persona”.

Rogers llama cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación realista a la realidad (valga la redundancia) no coincidiendo con lo vigente en la cultura sino comprometerse con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural.

“El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue ser quién es y decidir desde su intimidad. El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en sí mismo descubriendo los propios valores” (Rogers, 1981).

Ya el niño posee un sistema innato de motivación llamado tendencia a la actualización que es propia de todo ser viviente, y esta tendencia “actualizante” dirige el desarrollo del cualquier organismo hacia la autonomía. Este proceso para Rogers no es sólo para preservar la vida sino que es un mecanismo que tiende a la superación. Por lo tanto se basa en la idea de una potencialidad inherente a crecer (tanto en el orden personal como filogenético de la especie).

Otro de los postulados básicos de Rogers es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades.

El individuo tiene la necesidad de consideración positiva, que se desarrolla en todas las personas a medida en que se desarrolla el yo. A medida que el individuo desarrolla sus necesidades, se encuentra con infinidad de experiencias que llevan a la persona a la búsqueda de satisfacciones de necesidades.

Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de si mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto.

Rogers define entonces a la psicoterapia como una relación de ayuda en que el terapeuta intenta que surjan en el cliente una mejor expresión de los recursos con los que cuenta. Intentando promover el desarrollo y la capacidad para enfrentar la vida de manera más adecuada. Evitando considerar a la persona como diagnosticada y clasificada sino en un proceso de transformación.

En este capítulo que habla sobre la teoría de Rogers, en donde se dice que el autor no menciona a sus pacientes como tales sino son llamados clientes. Rogers dice que desarrollar todas las capacidades a medida que se desarrollan sus necesidades, etc. En el tercer capítulo habla de la misión de la empresa para la cual trabajo (empresa privada), los objetivos de cada uno de los subdepartamentos.

CAPITULO 3. REPORTE DE ACTIVIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Farmacias de Similares está contenido en Un Grupo por Un País Mejor cuya misión es participar activamente con el desarrollo de la población mexicana, contribuyendo con empresas de calidad, comprometidas con la educación, con la salud y economía de las familias mexicanas.

Sus objetivos son la HONESTIDAD, ALEGRÍA, DISCIPLINA, AMABILIDAD, CALIDAD. GENEROSIDAD, SEGURIDAD, COMPROMISO, RESPETO Y UNIÓN.

Está conformado por Farmacias Similares S.A. de C.V. cuyo objetivo primordial es ayudar a la economía del pueblo mexicano vendiendo medicamentos fabricados por la industria farmacéutica nacional seria, de excelente calidad, a precios muy baratos. Es la única cadena de farmacias que cuenta con un departamento de control de calidad. Es aquí donde realizo mi trabajo de psicóloga en el Call Center de las oficinas generales que se encuentran en Alemania # 10 Col. Independencia Delegación Benito Juárez.

Laboratorios Best, S.A. de C.V.: cuenta con dos divisiones, División Farmacéutica cuyo objetivo es fabricar medicamentos de calidad a precios muy económicos. División de Estudios Clínicos, realiza estudios clínicos de la más alta calidad hasta de un 75% de descuento sobre el precio medio que se oferta en el mercado.

Plásticos Farmacéuticos, S.A. de C.V. su objetivo es producir envases para los medicamentos que fabricamos.

Simimex, S.A. de C.V.: empresa dedicada a la comercialización, promoción y control de la imagen del Dr. Simi, personaje conocido por el 84% de la población, misma que lo relaciona con la simpatía, alegría, amabilidad y confianza. Simimex surge de la conciente popularidad del Dr. Simi, cuyo propósito es brindar la posibilidad de comercializar con un personaje muy querido por los mexicanos, ya sea por la marca, "Dr. Simi" o bien la leyenda "Recomendado por el Dr. Simi".

Transportes Farmacéuticos Similares S.A. de C.V. objetivo: empresa dedicada a la distribución oportuna y eficaz de los medicamentos e insumos que comercializan y utilizan en el Grupo Por Un País Mejor, en toda la República Mexicana.

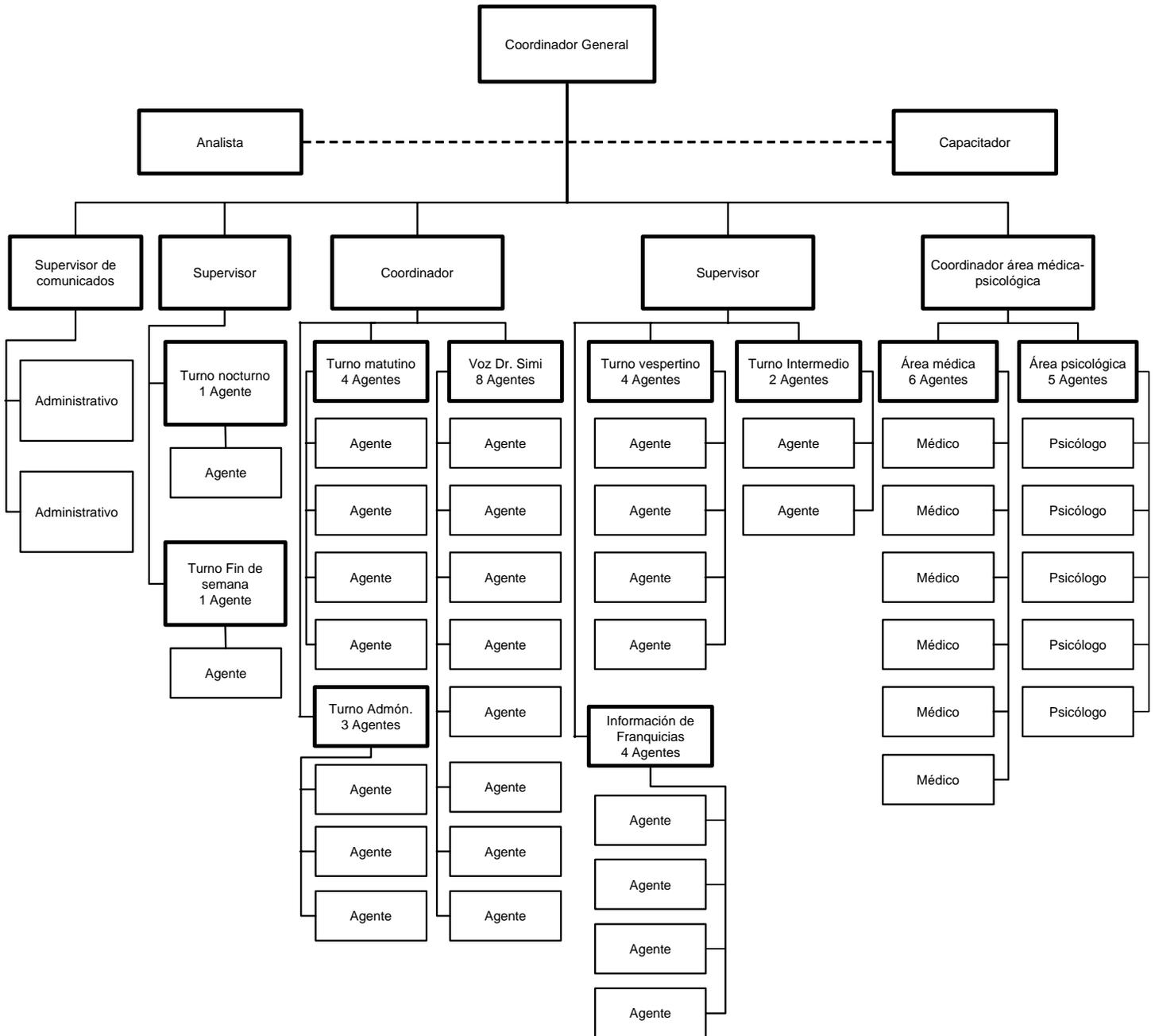
Fundación Best, A.C. su objetivo es ayudar a los que menos tienen es el principio de Fundación Best.

Fundación Niños de Eugenia A.C., su propósito es ayudar a los niños huérfanos, desprotegidos, de escasos recursos o en situación de abandono.

VIVOZ- Fundación Mexicana en Defensa de los Seres Vivos A.C.: la misión de los seres vivos es contribuir a crear conciencia ecológica y cultura ambiental, mediante la difusión de las denuncias, del maltrato a plantas y animales.

MNA- Movimiento Nacional Anticorrupción A.C.. El movimiento Nacional Anticorrupción es un movimiento ideológico sin beneficio económico o político, con el objetivo de luchar contra la corrupción en cualquier fase de la vida (gobierno, partidos políticos, empresas, iglesias, etc.) para apoyar a la gente que trabaja correctamente.

CALL CENTER SIMITEL



El modelo de “asesoría, apoyo psicológico e intervención en crisis por teléfono” de Farmacias Similares contempla cuatro fases que distinguiremos entre si según la cantidad de llamadas:

Fase I Primera llamada (IDENTIFICACIÓN DE LA MISMA, APOYO Y/O CANALIZACIÓN).

Fase II Segunda llamada

Fase III Sigüientes llamadas hasta la número 20 (esto se valora a partir de cada paciente en conjunto con la visión del terapeuta, siendo flexible a continuar con un número mayor de llamadas).

Fase IV Cierre y/o canalización.

En esta última fase el grado de efectividad de nuestra técnica llega a decrecer, por lo que se hace más o menos necesario, según el caso, contemplar la posibilidad de referirlo hacia algún modelo de atención cara a cara.

En ocasiones los procedimientos de intervención en crisis y terapia breve no bastan para reestablecer el equilibrio perdido, y sea por el usuario lo decide o por el consejero telefónico lo recomiende, se hace necesario referirlo a otro servicio de salud mental. Esta referencia marca el fin de la intervención breve ofrecida inicialmente, sin importar si el motivo de consulta original fue de urgencia psicológica o de emergencia emocional. En este momento se recordará al usuario que si en el futuro desea volver a utilizar el servicio puede hacerlo. Es adecuado recomendarle que lo más conveniente sea que intente contactar al mismo consejero que lo ha atendido.

Algunas veces el usuario no accede a la referencia, o acuerda hacerlo pero no lo lleva acabo, buscando nuevamente el servicio por teléfono. En estos casos, la terapia breve ofrecida por el consejero estará destinada a descubrir y explicar al sujeto lo que pueda estarle ocurriendo (consciente o inconscientemente) y que le ha impedido seguir la sugerencia que se hizo en un principio de canalización a un servicio de atención idóneo a su casa con una finalidad de que acepte lo que indudablemente representa la mejor opción para su bienestar.

Hay casos en los que tanto el deseo del usuario como la opinión del consejero telefónico coinciden en el sentido de que la psicoterapia por teléfono es una verdadera opción, cuando así suceda deberá llevarse un registro detallado de las intervenciones, además de precisar supervisión continua del caso, con el objeto de determinar la eficacia del tratamiento.

FASE 1: PRIMERA LLAMADA

Se sugiere utilizar una técnica de atención estándar en la primera fase. Es de gran importancia que se ofrezca una imagen homogénea al público usuario, y ello solamente puede lograrse si los terapeutas ejecutan las mismas acciones más o menos en el mismo orden durante la primera llamada:

- 1.- Presentación: la forma en la que se presenta el consejero quedan implicados aspectos de alianza y de trabajo importante, cuando se muestra amigable y cálido aumenta la probabilidad de que el usuario sienta la suficiente confianza para expresar sus alicciones.
- 2.- Recabar información de identificación para llenado de ficha en Monitor, Nombre, Edad, Estado, Dirección Teléfono y Sexo.
- 3.- Determinar la naturaleza de la llamada: Para determinar el tipo de llamada existen dos posibilidades:
 - a) Información y/o canalización
 - b) Solicitud de apoyo psicológico

En cuanto a la canalización, se canaliza a un paciente cuando: a) cuando lo pide el paciente ó b) cuando la psicóloga sienta que así va a resolver su problema ó c) cuando molesta a la psicóloga (es un paciente incómodo, tomando en cuenta que paciente incómodo es por ejemplo una persona que llama para decir obscenidades a la psicóloga, como que se quiere masturbar con la voz de la psicóloga, etc.).

4.- Motivo de consulta manifiesto: En este punto, lo mejor es promover que el usuario verbalice tan extensamente como quiera lo que le movió marcar nuestro número, exponiéndonos con ello su forma de ver y afrontar su crisis. Esta exposición de los hechos por parte del usuario sigue como vía de descarga de tensión emocional, lo que ya es terapéutico en menor o mayor grado.

5.- Examen Mental: una vez alcanzado el punto en que el consejero sabe los motivos principales que llevaron al usuario a llamar, debe de determinar el grado de afectación en el equilibrio homeostático del usuario. Para ello ha de seguir las instrucciones del manual referentes a las preguntas correspondientes a las secciones de examen mental y sintomatología. Los reactivos correspondientes a examen mental nos ayudan a determinar si la crisis ha afectado funciones básicas para la conservación de las funciones de prueba y juicio de realidad. En caso de que en alguno de estos incisos el usuario tenga una alteración, a excepción del de inteligencia, es imperativo considerar la necesidad de referirlo a un tratamiento psiquiátrico.

6.- Sintomatología: este apartado a diferencia del anterior, refleja alteraciones finas del equilibrio homeostático, más frecuentemente relacionados con ajustes

normales del proceso de adaptación a los cambios, y con trastornos neuróticos de la personalidad en individuos funcionales.

Recabada la información necesaria se puede elegir una técnica de atención que se ajuste y se adecue a sus necesidades específicas de cada caso. (Sabemos de antemano que en algunos casos, y por la misma ansiedad o quiebre del paciente, no se pueda seguir esto al pie de la letra, y se dejara a consideración del terapeuta el abordaje más adecuado).

Al cierre de la primera llamada se tiene que informar al usuario, que queda abierta la posibilidad de seguir llamando, así como de informar de que se cuenta con el servicio las 24 hrs. del día, especificando en que turno se encuentra uno (a reserva de que se esté sufriendo algún tipo de acoso por parte del paciente, en donde no se dan horarios, solo citas específicas), así como repetir nuestro nombre.

FASE II. SEGUNDA LLAMADA

A partir de esta segunda llamada se recopilara la información que haya quedado pendiente. En esta segunda llamada se puede abordar circunstancias que no se pudieron tomar en la primera por el grado de confrontación que representaba, evitando que el usuario se sienta amenazado y no desee volver a llamar. Deben establecerse también los parámetros que tomen el encuadre de trabajo necesario para realizar la intervención que proceda, cuando proceda.

FASE III. SIGUIENTES LLAMADAS HASTA LA VIGÉSIMA

En lo que respecta al apoyo psicológico y la intervención en crisis por teléfono, así como la terapia breve que a estos se asocia, consideraremos un número de 20 llamadas aproximadamente (hasta unas 15 a 20 horas netas de atención), como un límite suficiente de tiempo requerido para implementar cualquiera de estas formas de intervención, el cual puede variar de 30 a 45 minutos, quedando abierta la posibilidad de un número menor o mayor tiempo según lo requiera el caso

En cuanto al seguimiento que se le da al paciente se ha acordado que puede ser: a) cuando está interesado el paciente ó b) cuando a su caso se le puede dar seguimiento ó c) cuando no hay ninguna institución que le dé atención en su lugar de origen.

Es aquí donde voy a llevar a cabo mi propuesta ya que entre la 3ª llamada y la vigésima no hay nada escrito.

FASE IV. CIERRE Y CANALIZACIÓN.

Para el cierre de la vigésima llamada se debió haber proporcionado la opción más adecuada las necesidades del paciente, en relación a la canalización hacia un

proceso terapéutico cara a cara, o bien la atención psiquiátrica, médica o legal según sea el caso. No sin dejar abierta la posibilidad de que nos vuelvan a llamar únicamente para ser el seguimiento del proceso recomendado.

DIAGRAMA DE TIPO ENCUADRE SUGERIDO, DEPENDIENDO DEL TIPO DE TRASTORNO.

TRANSTORNO A	SUBTIPO B	ENFOQUE SUGERIDO C	SUGERENCIA DE CANALIZACIÓN D
<p>TRASTORNO DE TIPO PSIQUIATRICO (DE ACUERDO AL DSM-IV)</p>	<p>-TRASTORNO DE INICIO DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA -TRASTORNO COGNOSCITIVO (DELIRIUM, DEMENCIA Y TRASTORNOS AMNÉSICOS) -TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS -ESQUIZOFRENIA (Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS -TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO -TRASTORNO DE ANSIEDAD -TRASTORNOS SOMATOMORFOS -TRASTORNO FACTICIOS -TRASTORNOS DISOCIATIVOS -TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA (ANOREXIA, BULIMIA) -TRASTORNO DEL SUEÑO -TRASTORNOS ADAPTATIVOS -TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</p>	<p>ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO COGNITIVO-CONDUCTUAL</p>	<p>CUALQUIER INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL CERCANA A LA COMUNIDAD O CIUDAD DEL PACIENTE</p>
<p>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</p>	<p>-PSICOLOGÍA -FÍSICA -ECONOMÍA</p>	<p>-COGNITIVO CONDUCTUAL</p>	<p>CENTROS DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</p>
<p>ORIENTACIÓN EN SEXUALIDAD</p>	<p>-HOMOSEXUALIDAD -DISFORIA DE GENERO -PREFERENCIAS SEXUALES -DISFUNCIONES SEXUALES (CUALQUIERA QUE PRESENTE EN R.S.H.) -P.A.E. -ABORTO- EMBARAZO NO DESEADO, NO PLANEADO -SIDA</p>	<p>TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO</p>	<p>REFERIRLO EN SU MOMENTO A CUALQUIER CENTRO DE ORIENTACIÓN SEXUAL CUALQUIER CENTRO ENCARGADO DE ATENCIÓN A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH</p>
<p>ADICCIONES</p>	<p>-ALCOHOL -PSICOTRÓPICOS -TABACO -RELACIONES CONFLICTIVAS -SEXO</p>	<p>COGNITIVO CONDUCTUAL</p>	<p>REFERIRLO A CUALQUIER CENTRO DE ATENCIÓN, INST. PSIQUIÁTRICA, HOSPITAL GENERAL, CIJ,A.A., Y/O ANEXOS</p>
<p>CONFLICTOS INTERPERSONALES</p>	<p>-INFIDELIDAD -TIMIDEZ -ANSIEDAD SOCIAL -INHIBICIONES</p>	<p>COGNITIVO CONDUCTUAL</p>	
<p>DISCAPACIDADES</p>	<p>-CUALQUIERA DE ELLAS, FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES</p>	<p>-ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO -COGNITIVO CONDUCTUAL</p>	<p>INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES</p>
<p>VIOLACIÓN Y/O ABUSO SEXUAL</p>	<p>-VIOLACIÓN Y/O ABUSO A MUJERES, HOMBRES Y NIÑOS</p>	<p>COGNITIVO CONDUCTUAL</p>	<p>CENTROS DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS SOBREVIVIENTES DE ABUSO SEXUAL</p>

A) El trabajo que la institución pretende realizar es clasificar a los pacientes de acuerdo a los tipos de trastornos psiquiátricos que son descritos en el DSM-IV. Esto se pretende realizar en una tabla que tiene que ser llenada después de la 1ª llamada. Los tipos de trastorno pueden ser clasificados a grosso modo de acuerdo a los motivos de consulta como:

- 1) Que el sujeto esté pasando por un duelo.
- 2) Que el sujeto esté teniendo conflictos en sus relaciones interpersonales
- 3) Que el sujeto esté sufriendo por alguna discapacidad
- 4) Que el sujeto haya sufrido violación y/o abuso sexual
- 5) Que el sujeto requiera una orientación en cuanto a algún aspecto de su vida
- 6) Que el sujeto esté sufriendo violencia intrafamiliar

B) Los subtipos de trastornos que encontramos descritos detalladamente en el manual antes citado y puede ser:

- 1) Cuando fue el comienzo del trastorno:
En la infancia, en la niñez o en la adolescencia.

2) Que tipo de trastorno:

- a) Trastorno cognoscitivo (delirium, demencia y trastornos amnésicos)
- b) Trastorno relacionado con sustancias: alcohol, tabaco, psicotrópicos, relaciones conflictivas y sexo.
- c) Trastornos psicóticos: esquizofrenia, paranoia, etc.
- d) Trastornos del estado de ánimo: depresión, melancolía.
- e) Trastornos de ansiedad: fobias, ataques de pánico, angustia, etc.
- f) Trastornos somatoformes: conversión y la psicósomática.
- g) Trastorno en cuanto a su orientación sexual (homosexualidad, disforia de género, preferencias sexuales, disfunciones sexuales, cualquiera que presente en respuesta sexual humana, píldora anticonceptiva de emergencia, aborto, embarazo no deseado, no planeado y sida).

C) El enfoque sugerido: acompañamiento terapéutico, cognitivo conductual y terapia centrada en el cliente.

D) Sugerencia de canalización: esto va dependiendo del caso que se trate.

REGISTRO DE DATOS

TABLA 1

A continuación se presentan los datos y resultados en una muestra de 33 pacientes atendidos vía telefónica en el período comprendido del 28 de junio del 2004 al 31 de diciembre del 2005 entre las 15 y 22 horas y entre 22 y 7 horas por diversos motivos de consulta quienes manifiestan diversas categorías diagnósticas, habiendo sido tratados mediante la técnica de intervención en crisis 3 de ellos y el resto por psicoterapia breve, así mismo 7 de éstos fueron canalizados.

No. Suj.	Motivo de Consulta	Categoría Diagnóstica	No. de llamadas	Intervención	Canalizados
1	Habló porque tenía Problemas con la materia de matemáticas y estaba muy nervioso ya que iba a reprobado la materia.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención en crisis	No
2	Habla porque se siente solo, está en un reclusorio interno. Habla para ver que significados tienen sus sueños, soñó con su papá y algunos familiares.	Duelo	5ª	Intervención breve	No
3	Dice que quiere sentirse independiente emocionalmente de sus papás ya que lo maltratan. Se siente mal por no ser solvente económicamente	Violencia Intrafamiliar	5ª	Intervención breve	No
4	Quiere hablar de todo lo que le pasa, tiene artritis reumatoide, artritis psoriásica, cataratas y osteoporosis y vive sola.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
5	Chico que vive en la calle y habla para pedir ayuda sobre algún albergue ya que tiene miedo de quedarse en la calle a dormirse.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	Sí
6	Persona que no tiene buena comunicación con sus padres y hermanos.	Trastorno de tipo Psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No

7	Dice darle ataques de ansiedad cuando se sube a un coche, siente que se muere, le dan ataques de asfixia.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
8	Persona que se está divorciando de su esposa e hijos y se encuentra muy deprimido	Duelo	5ª	Intervención en crisis	No
9	Persona que tiene miedo de salir a la calle solo, le da miedo dormirse porque siente que no va a amanecer vivo.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
10	Persona que no se siente segura de su preferencia sexual, tiene una amiga lesbiana que le gusta. Le gustan los chicos también	Orientación en sexualidad	5ª	Intervención breve	No
11	Persona que dice que nunca ha tenido novia, siente que hay algo defectuoso en él como para que no le hagan caso.	Conflictos Interpersonales	5ª	Intervención breve	No
12	Persona que tiene miedo a tomar decisiones, como son: Se pararse de su esposa, intervenir quirúrgicamente, hacer el amor, cambio de pareja, etc.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
13	Persona dependiente de su mamá. Cuando sale a la calle le dan náuseas, le da mucho frío y tiembla.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
14	Persona con trastorno esquizo-afectivo psiquiátricamente hablando. El está divorciado y quiere regresar con su esposa.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
15	Persona que fue operada de la próstata y uretra, tiene a su esposa enferma en Monterrey, tiene un hijo con esquizofrenia, piensa constantemente en lo mismo.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
16	Persona que por cualquier cosa se enoja. Padece de stress.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
17	Persona que tiene miedo a las cosas de afuera, no le gusta salir de casa. Ella quiere hacer otras cosas fuera de casa.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
18	Persona alcohólica y ya no quiere serlo de manera activa y se siente solo, no tiene novia, no tiene empleo, ni estudia	Adicciones	5ª	Intervención breve	No

19	Persona con trastorno bipolar. Habla de política.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	Sí
20	Chica que le salen ronchas por todo el cuerpo, ante las visitas a hospitales ya que esto le recuerda la muerte de sus padres y hermano.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
21	Persona que se queja de tener múltiples padecimientos y de tener muchas operaciones y necesita más. Dice ser grabada por su línea telefónica por parte de sus familiares.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	Sí
22	Persona que habla alcoholizado y quiere ser escuchado.	Adicciones	5ª	Intervención breve	Sí
23	Persona que le gustan los hombres y también las mujeres. Aunque hay cierta preferencia por los hombres.	Orientación en sexualidad	5ª	Intervención breve	No
24	Persona que trabaja de limpiaparabrisas, le cuesta mucho trabajo ganar dinero para comer, tiene fuertes dolores de cabeza y no la tratan bien en ningún sitio.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
25	Persona que es gordita y no se gusta.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	Sí
26	Chico que ha tenido muchos intentos de suicidio y siente que su vida no vale nada. Y le gustan los chicos más que las chicas.	Orientación en sexualidad	5ª	Intervención breve	Sí
27	Persona que es muy celoso de su novia, él dice que no vale tanto como su novia. Tiene problemas con la mamá ya que de niño lo maltrató, dice odiarla. El padre falleció.	Violencia Intrafamiliar	5ª	Intervención breve	No
28	Persona que se siente en soledad y quiere morir.	Trastorno de tipo psiquiátrico	5ª	Intervención breve	No
29	Persona que tiene problemas con la alimentación, pesa 117 kg y antes no era gordita. Fue violada a los 6 años por un hermano.	Violación	5ª	Intervención breve	No
30	Persona que tiene problemas con el esposo, problemas de infidelidad. El esposo tiene otra mujer con una niña, ella quiere la separación.	Conflictos interpersonales	5ª	Intervención breve	No
31	Adolescente que defiende su preferencia sexual. Dice que ya no aguanta tener que fingir ante su familia el ser homosexual.	Orientación en sexualidad	5ª	Intervención breve	No

32	Adolescente que no sabe ni quiere defender su preferencia sexual, es homosexual. Es casado y dice quedarse a cuidara su hija en vez de defender su preferencia sexual.	Orientación en sexualidad	5ª	Intervención en crisis	Sí
33	Persona que habla de la pérdida de una psicóloga aquí en mi trabajo e hizo remembranza de su vida en Europa y de sus relaciones interpersonales.	Duelo	5ª	Intervención breve	No

TABLA 2

En la presente tabla se puede observar los datos y resultados de la muestra de 25 pacientes que realizaron de 6 a 10 llamadas y que fueron atendidos por diversos motivos de consulta. El análisis de éstos datos permitió ubicarlos en diversas categorías diagnósticas, dentro de las cuales, 21 pacientes fueron atendidos por terapia breve y sólo 4 por intervención en crisis. Finalmente 17 pacientes de ésta muestra fueron canalizados a otras instancias y los 8 de ellos restantes concluyeron con el tratamiento planeado.

No. Suj.	Motivo de Consulta	Categoría Diagnóstica	No. de llamadas	Intervención	Canalizados
1	Habla del big-brother, de cada una de las integrantes, de quien le gusta, etc.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10 ^a	Intervención en crisis	No
3	Joven que habla del maltrato de sus padres hacia él y que ya está cansado de esa dependencia emocional con ellos.	Violencia intrafamiliar	10 ^a	Intervención breve	Sí
4	Paciente que es cristiana, de sus conferencias que daba.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10 ^a	Intervención breve	No
5	Persona que dice sentirse mal del estómago y pide ayuda económica	Trastorno de tipo psiquiátrico	10 ^a	Intervención breve	Sí
6	Adolescente que salió bien de calificaciones en la escuela, con sus padres y hermanos se lleva mejor.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10 ^a	Intervención en crisis	Sí
7	Persona que hacen suyo los problemas que le rodean y hay cierta tendencia a recaer en sus ataques de ansiedad.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10 ^a	Intervención breve	No
8	Persona que no sabe si regresar o no con la esposa, posible reconciliación.	Duelo	10 ^a	Intervención breve	Sí
9	Habla de sus relaciones sexuales insatisfactorias, ha consultado diversas clínicas y sexólogo para el problema de su disfunción eréctil.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10 ^a	Intervención breve	Sí

10	Persona que dice tener ganas de vivir con su novio, quiere irse a vivir con él a su casa.	Orientación en sexualidad	10ª	Intervención en crisis	No
11	Se siente desesperado porque no ha encontrado novia y está muy deprimido.	Conflictos interpersonales	10ª	Intervención breve	Sí
12	Persona que tiene problemas para educar a su hijo, ya que no va muy bien en la escuela. Le falta autoridad ante su hijo.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10ª	Intervención breve	Sí
13	Relación de novios él en Metepec y ella en Veracruz. A ella le da vergüenza ver al novio, le dan síntomas de náuseas y escalofríos antes de ver al novio.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10ª	Intervención breve	Sí
17	Persona que se siente triste y recuerda a sus tíos abuela, etc. Habla de la diferencia que hay entre ella y su hermana.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10ª	Intervención breve	No
18	Persona que ya ha dejado de beber, quiere buscar otros espacios de esparcimiento.	Adicciones	10ª	Intervención breve	Sí
19	Persona que se siente mal por no decir la verdad de él mismo. No acepta la propia crítica	Trastorno de tipo psiquiátrico	10ª	Intervención breve	No
20	Chica a la cual ya le disminuyeron las ronchas. Ya sale con amigos. Habla del duelo de sus familiares.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10ª	Intervención breve	Sí
21	Persona que se le explica que hay un límite de 20 llamadas y piensa que esto es sólo para ella.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10ª	Intervención breve	Sí
23	Persona que le gustan los hombres y mujeres, él quiere vivir con una mujer sólo porque su madre así lo dice que debe ser.	Orientación en sexualidad	10ª	Intervención breve	Sí
24	Persona que siente que la mayoría de la gente la quiere agredir o hacerle daño. Le tiene desconfianza a los hombres.	Trastorno de tipo psiquiátrico	10ª	Intervención breve	Sí
25	Persona que su primo quiere hablar conmigo	Trastorno de tipo psiquiátrico	10ª	Intervención en crisis	Sí
26	Persona que me cuenta de sus diferentes parejas, que le gustan las mujeres más que los hombres.	Orientación en sexualidad	10ª	Intervención breve	Sí

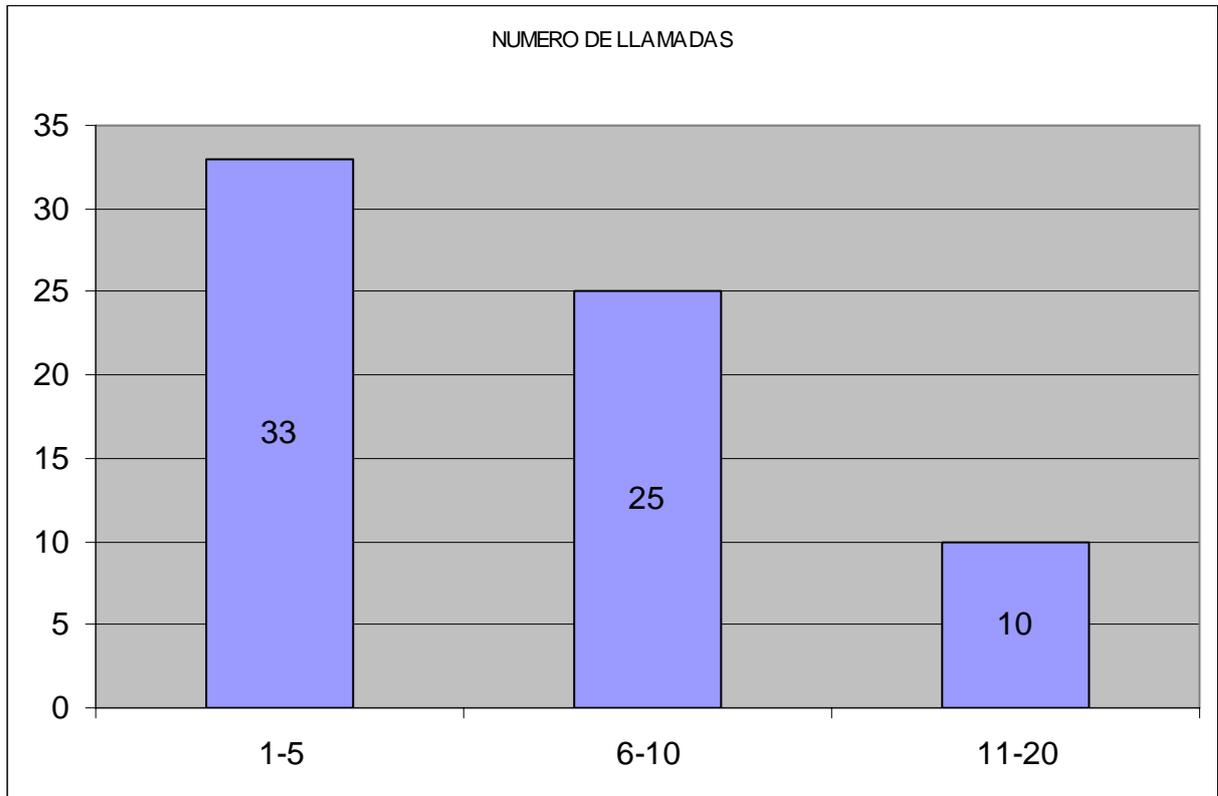
27	Persona que sigue siendo desconfiado con la novia, aunque acepta que hay otras chicas guapas a parte de su novia.	Violencia intrafamiliar	10ª	Intervención breve	Sí
28	Habla de sus sueños y su pregunta es: ¿qué puedo hacer para conciliar el sueño?	Trastorno de tipo psiquiátrico	10ª	Intervención breve	Sí
29	Habla de la violación que le hizo su hermano hasta los 15 años.	Violación	10ª	Intervención breve	No
30	Persona que le es infiel a su esposo ya que no lo quiere, él vive en E.U.	Conflictos Interpersonales	10ª	Intervención breve	No

TABLA 3

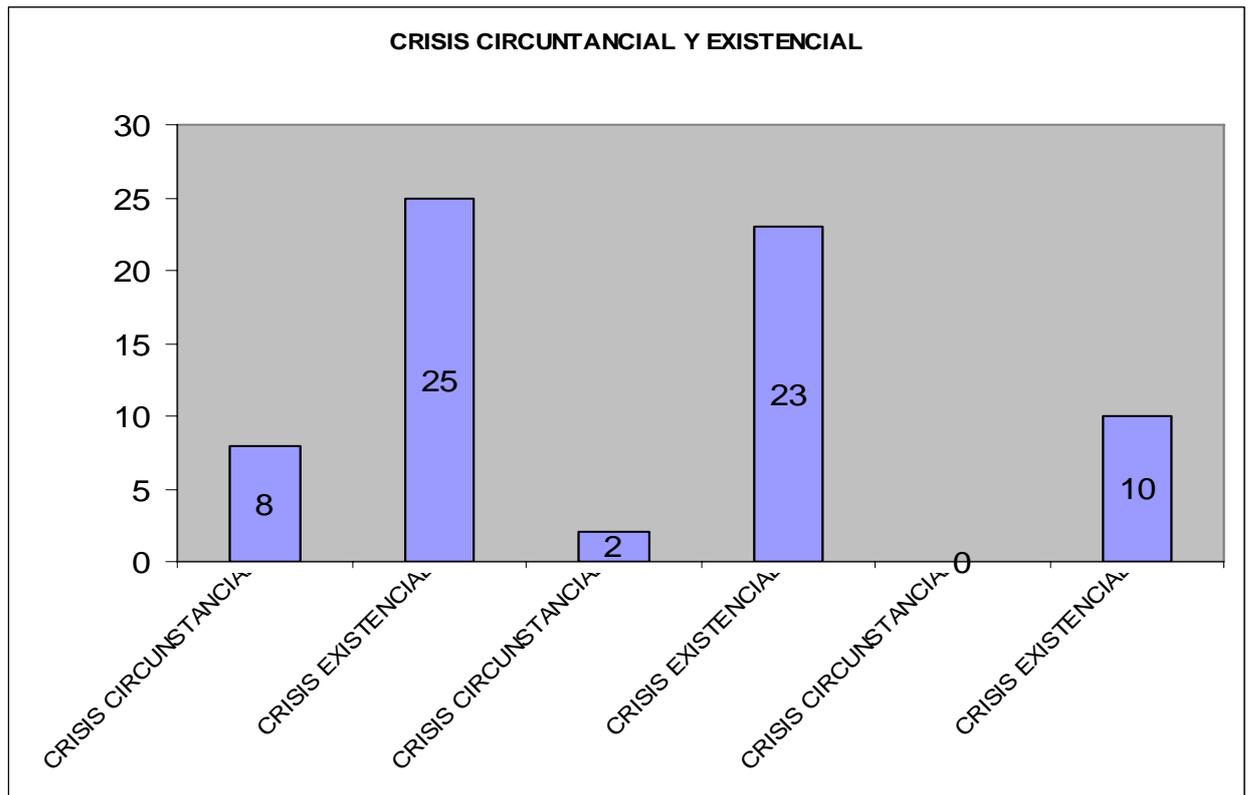
La tabla 3 muestra los 10 casos atendidos de pacientes que realizaron de 11 a 20 llamadas telefónicas y que solicitaron ayuda psicológica por diversos motivos de consulta. Los resultados muestran que se intervino bajo el modelo de intervención en terapia breve en todos los casos. De dicha población, 9 pacientes fueron canalizados a distintas instancias, y sólo 1 de ellos concluyó con el tratamiento planeado.

No. Suj.	Motivo de Consulta	Categoría Diagnóstica	No. de llamadas	Intervención	Canalizados
1	Persona que me cuenta cómo son sus padres con él.	Trastorno de tipo psiquiátrico	20 ^a	Intervención breve	Sí
2	Llama para decir que es un pandillero, me pregunta ¿qué hago?	Trastorno de tipo psiquiátrico	20 ^a	Intervención breve	Sí
3	Persona que dice haber regresado con la esposa, pero finalmente no por los hijos que no lo toleran como autoridad y no obtiene apoyo de parte de la esposa.	Duelo	20 ^a	Intervención breve	Sí
9	Persona que se da cuenta que ha tenido muchas parejas es el ser "un macho mexicano".	Trastorno de tipo psiquiátrico	20 ^a	Intervención breve	Sí
18	Persona que ya está trabajando como albañil. Sale a fiestas y quiere bailar. Ya no le entusiasma tanto la idea de tener novia.	Adicciones	20 ^a	Intervención breve	Sí
21	Persona que es hipocondríaca. Se queja de maltrato familiar.	Trastorno de tipo psiquiátrico	20 ^a	Intervención breve	Sí
24	Persona que habla de la violencia que le rodea.	Trastorno de tipo psiquiátrico	20 ^a	Intervención breve	No
26	Persona que tiene prejuicios para que lo invite a salir una chica, dice que eso no está bien.	Orientación en sexualidad	20 ^a	Intervención breve	Sí
27	Persona que logra perdonarse ya que no se perdonaba sus juegos sexuales de niño y logra asimilar la pérdida de su padre.	Violencia Intrafamiliar	20 ^a	Intervención breve	Sí
29	Persona que vomita la comida. Termina su relación de pareja y se hace daño.	Violación	20 ^a	Intervención breve	Sí

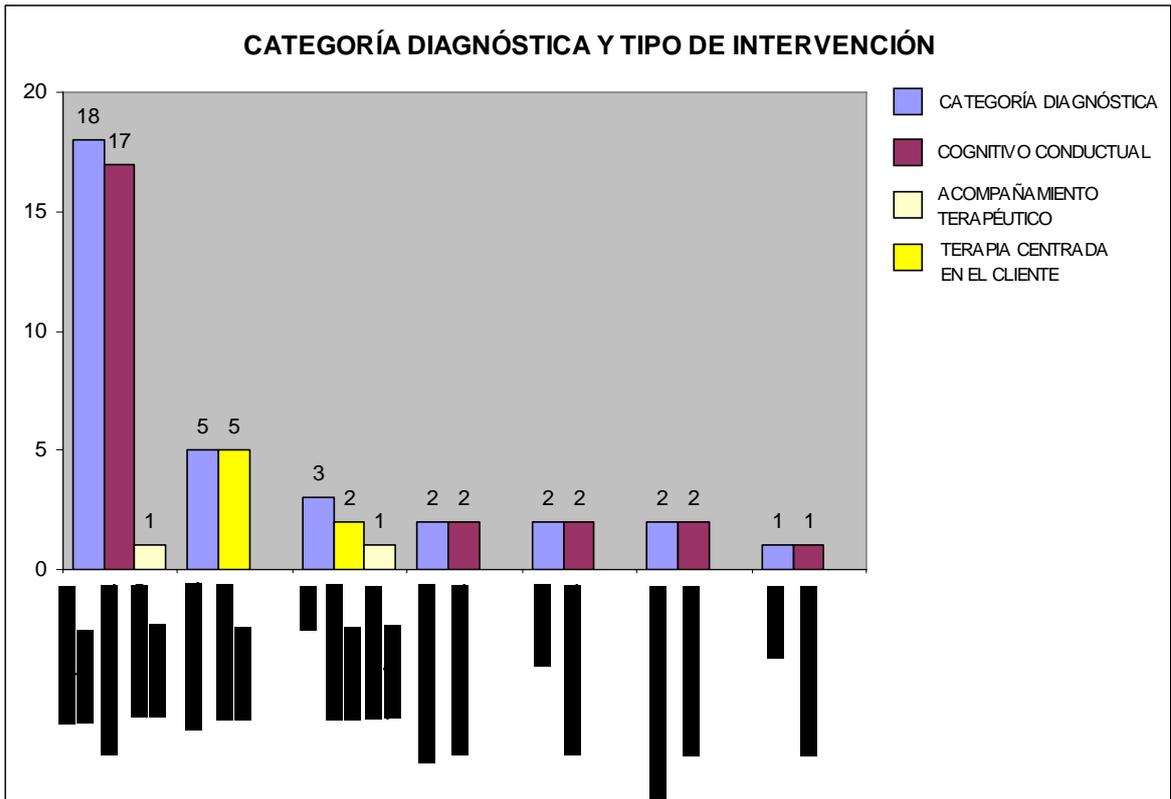
Resultados



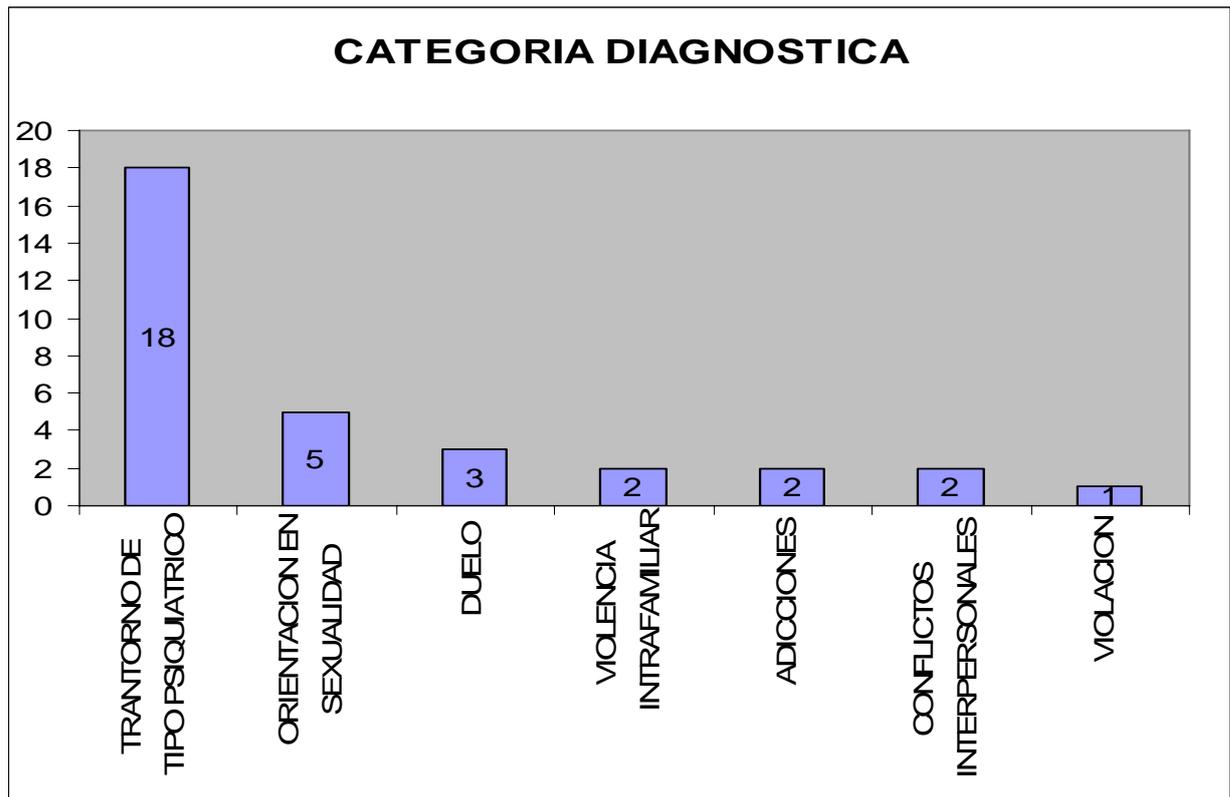
Gráfica 1. Esta gráfica representa los 33 casos tomados para su análisis para esta tesis, distribuidos por número de llamadas, por tanto el total de la muestra permaneció entre 1-5 llamadas, entre las llamadas 6-10 sólo 25 continuaron y entre las llamadas 11-20 únicamente 10 de los casos continuaron recibiendo apoyo telefónico.



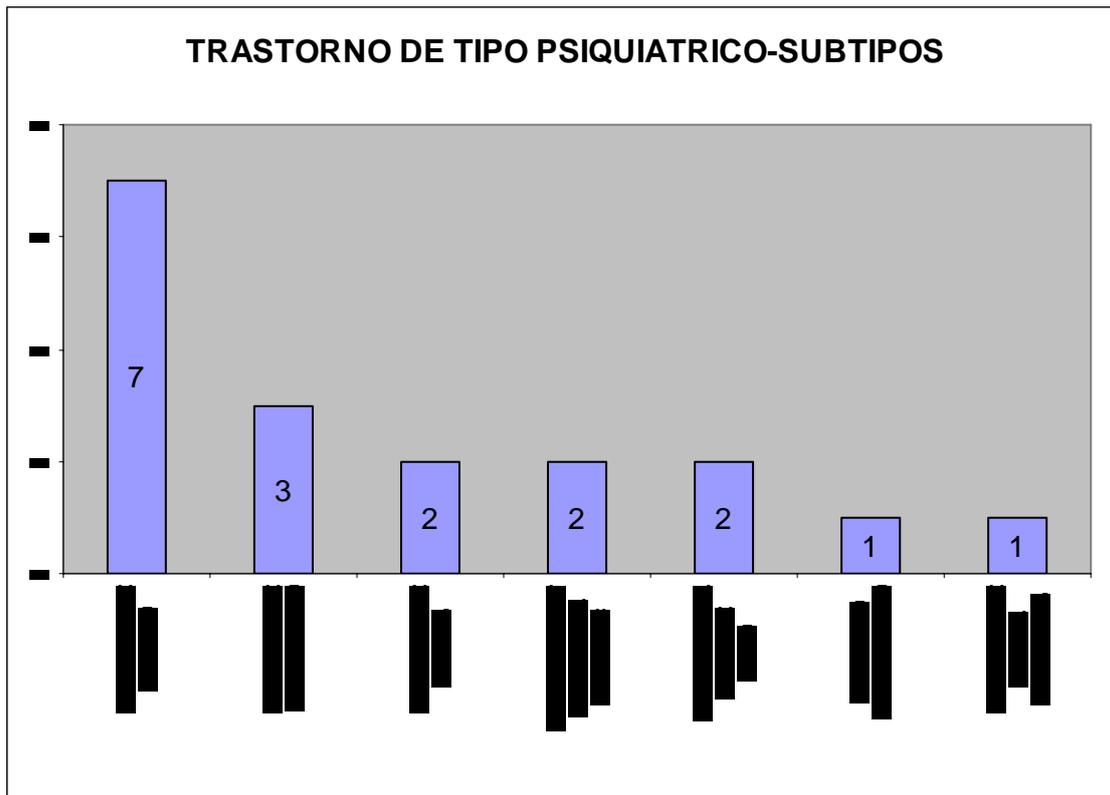
Gráfica 2. En ésta gráfica se muestra la distribución de los casos divididos por crisis circunstancial y existencial y por número de llamadas atendidas. Denotándose claramente que prevalecen las demandas por crisis existencial y que son éstas precisamente las que se mantienen durante más tiempo recibiendo apoyo telefónico.



Gráfica 3 Este histograma representa la distribución de los 33 casos por categoría diagnóstica y tipo de intervención ofrecida. Se observa claramente que el trastorno psiquiátrico y la intervención cognitivo conductual son los más frecuentes.



Gráfica 4 Expresa la distribución de la muestra por categoría diagnóstica. Se puede observar que 18 de los 33 casos presentan trastorno de tipo psiquiátrico, 5 demandan orientación en sexualidad, 3 reportan procesos de duelo no elaborado, 2 refieren violencia intrafamiliar, 2 adicciones, 2 conflictos interpersonales y 1 caso de violación.



Gráfica 5 Puesto que los trastornos de tipo psiquiátrico constituyen la mayoría de los casos se representan los subtipos del mismo. De los 18 casos, 7 corresponden al trastorno de ansiedad, 3 al trastorno de la personalidad, 2 al trastorno de la infancia, niñez o adolescencia, 2 a esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, 2 al trastorno del estado de ánimo, 1 caso al trastorno somatomorfo y por último un caso de trastorno de la conducta alimentaria.

Discusión y Conclusiones

Si partimos de considerar las demandas de atención vía esta modalidad de intervención en una muestra de 33 pacientes, podemos observar que del total de la misma ocho de ellos se mantuvieron en contacto sólo en el espacio de las primeras cinco llamadas, y que en la en que el número de las mismas aumentaba el número de pacientes disminuía (6-10 llamadas 25 pacientes y de 11-20 llamadas 10 pacientes); por tanto, se podría inicialmente concluir que algunas de las personas que solicitaron el servicio requieren únicamente de un espacio entre 1-5 sesiones vía telefónica con el profesionalista en línea, dado que al parecer ese lapso resulta suficiente para resolver algunas dudas e inquietudes sobre aquello que les aqueja en un momento dado, por lo que la orientación y la canalización como medidas iniciales son respuestas efectivas.

Por lo que es posible que ante cierto tipo de demandas, específicamente crisis circunstanciales, éstas hayan podido ser satisfechas en forma inmediata, o bien requerían transitoriamente de un espacio catártico en donde sentirse escuchados y en estos casos el contacto se mantuvo por poco tiempo, por lo que al crear cierta conciencia sobre su desequilibrio actual, sus recursos y alternativas de solución, pudieran ser considerados como casos de alta, más que bajas o deserciones.

El resto de la población se mantuvo por más de cinco llamadas para resolver su problemática y al final sólo 10 de los 33 pacientes fueron los que continuaron estableciendo el contacto terapéutico hasta la llamada número 20, en éstos 10 casos se presentaban básicamente crisis existenciales con una categoría diagnóstica de trastorno de tipo psiquiátrico, en general son pacientes cuyas personas a su alrededor, familiares, conocidos y amigos no les han sabido orientar en sus inquietudes (clima adverso) y por esta razón existe en ellos un elevado nivel de ansiedad que al mismo tiempo provoca desorientación.

Por otro lado, son patologías que requieren otro tipo de intervenciones como serían la Terapia Centrada en el Cliente o bien abordajes Cognitivo Conductuales que ameritan un mayor tiempo dada la severidad de la problemática y los objetivos de la modalidad seleccionada por el terapeuta, por lo que aún y cuando estén focalizados y se hayan logrado ciertas metas, es probable que dichos casos requieran posteriormente ser canalizados a otras instancias de atención que exigen intervenciones cara a cara para dar continuidad al tratamiento iniciado por vía telefónica.

Por consiguiente, en cuanto al tipo de crisis que en estos casos se presentan, se puede observar que la de tipo existencial fue la que se presentó con mayor prevalencia y aún y cuando los motivos parecen variar, en algunos casos las inquietudes o quejas iniciales encubren problemáticas más serias o bien crisis existenciales descubiertas durante el proceso vía telefónica y ello exige otras medidas de intervención.

Referente a las razones o causas asociadas con la crisis circunstancial, generalmente la mayor demanda es por soledad momentánea que se conjuga con la necesidad de ser escuchado por alguien, otros buscan un apoyo, orientación o guía para enfrentar una determinada situación; condiciones razonables que varían en grado implicando un menor o mayor desgaste emocional, por lo que incluso en algunas no radica un verdadero conflicto.

Acorde con las políticas derivadas de la institución de donde es tomada la muestra y la viabilidad y pertinencia de aplicación para la modalidad de intervención –vía telefónica- y los requerimientos particulares en cada caso, los tipos empleados fueron: el acompañamiento terapéutico, terapia cognitivo conductual y terapia centrada en el cliente (ver gráfica 3).

En cuanto a la categoría diagnóstica de los 33 usuarios que acudieron a éste servicio, 18 fueron diagnosticados como trastorno de tipo psiquiátrico, 5 casos demandaban orientación en sexualidad, 3 presentaban procesos de duelo, 2 de los usuarios fueron atendidos por violencia intrafamiliar, 2 por adicciones, 2 por conflictos interpersonales y un caso por violación. De estos 33 pacientes 24 fueron atendidos a través de la terapia cognitivo conductual, 7 intervenidos con terapia centrada en el cliente y sólo de los casos fueron tratados con acompañamiento terapéutico. La interpretación de éstos resultados se basa en que la psicoterapia cognitivo conductual va resolviendo a corto y mediano plazo, en éste caso 20 sesiones como máximo, a través de técnicas efectivas al ir ordenando y resolviendo los conflictos conforme se presentan, teniendo la capacidad de llegar al cognoscente más profundo.

Es importante considerar dentro del trastorno de tipo psiquiátrico, los subtipos que se presentaron, observamos que predominó el trastorno de ansiedad y de personalidad (7 y 3 pacientes respectivamente) el puntaje más elevado se ubica en el trastorno de ansiedad (ver gráfica 5). Una posible explicación sobre las causas o razones por las que este tipo de pacientes sean los que demanden mayormente el servicio, es que dicho trastorno implica que en un momento dado la vida de una persona se paraliza y desorganiza ante un gran nivel de ansiedad que experimenta, por lo que el servicio telefónico de apoyo psicológico puede ayudar a éste tipo de población más que a los otros subtipos de trastorno, al ofrecer al usuario la contención y guía necesaria para superar este episodio a través de la terapia cognitivo conductual, modalidad particularmente aplicada en crisis.

El centro de Asesoría, Apoyo psicológico e Intervención en Crisis de Farmacias Similares es un apoyo gratuito (el mismo costo de cualquier llamada telefónica) que se brinda a la comunidad en general y permanece en funcionamiento las 24 hrs. los 365 días del año.

Para muchas personas éste presenta la única posibilidad real de aproximación psicoterapéutica inmediata, ya que la población que más demanda éste tipo de servicios (vía telefónica) son aquellas personas que no cuentan con recursos económicos suficientes para pagar una psicoterapia en una institución privada o pública. Así mismo éste servicio es demandado por

personas que geográficamente se encuentran retiradas de una institución pública o privada.

Por supuesto hay que mencionar aquellas personas que tienen una discapacidad física o motora y por ende, les impide acudir a un servicio psicoterapéutico fuera de casa, lo que éste servicio les facilita.

Por último podemos concluir que el servicio telefónico que brinda Farmacias Similares, puede ser de gran provecho para personas de bajos recursos, tomando en cuenta que hay lugares de la República Mexicana en donde no existe ninguna institución de salud mental y, por tanto, no tienen acceso a servicios psicológicos gratuitos o privados. Que al encontrarse en un momento de crisis requiere de una escucha inmediata que les oriente, contenga e intervenga paulatinamente de acuerdo a sus necesidades.

Evidentemente presenta ciertas limitaciones, puesto que el período máximo de atención se extiende a 20 llamadas, condición que exige del terapeuta intervenciones breves, focalizadas y con objetivos claros y precisos, por lo que llega a resultar una opción de intervención eficiente para aquellos que presentando una crisis circunstancial o existencial moderada logran verse beneficiados con el tipo de intervención para ellos seleccionado, por lo que es posible que incluso logren resolver exitosamente un conflicto momentáneo, crisis o confusión dentro de las primeras sesiones telefónicas, tal y como lo muestra este estudio; no obstante, ante la problemática más severa que pudieran presentar algunos pacientes 20 sesiones resultarían insuficientes, por lo que en dichos casos será necesario ir realizando oportunamente un cierre del proceso iniciado, en tanto que simultáneamente se le sensibiliza y canaliza a un tratamiento a largo plazo, cara a cara que dé continuidad a la intervención, para lo cual se ofrecen algunas alternativas de atención viables.

Otra de las limitaciones obvias de la intervención psicológica vía telefónica, es el tipo de contacto y relación que logra establecerse entre aquel que demanda y este que escucha, puesto que queda restringido a la emisión de la voz, sus pautas, inflexiones, silencios y las emociones concomitantes, condiciones que hacen de esta labor todo un reto, exige adecuar principios técnicos, estrategias y objetivos de la modalidad terapéutica seleccionada; la falta de comunicación cara a cara deberá de ser compensada por una escucha acuciosa, atenta y sensible, asociada a una actitud de interés y respeto por parte del terapeuta, quien a pesar de los impedimentos reales podrá constituirse en una guía eficiente al poner sus recursos profesionales a favor de la atención de un individuo sufriente, confuso o desorientado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ayala M. (1995). El concepto inconsciente en la práctica psicoanalítica. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- 2.- Bellak, L. (1993). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: D. F.
- 3.- Bellak, L. y Small L. (1970). Psicoterapia breve y de emergencia. México: D. F.
- 4.- Cortés, J. (1997). Propuesta de intervención en crisis hospitalaria. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- 5.- Domínguez, M. (2003). Intervención en crisis psicológica en estudiantes funcionales de la U. N.A. M., primer semestre del año 2001. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- 6.- Fera, I. y Rivera I. (1994). Sistema de apoyo psicológico por teléfono: una alternativa para la intervención en crisis. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- 7.- Garfield L. (1979). Psicología clínica; el estudio de la personalidad y de la conducta. México D. F.
- 8.- Ibor, A. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV). España: Madrid.
- 9.- Jiménez, V. V.(2003). Manual de asesoría, apoyo psicológico e intervención en crisis por teléfono de Farmacias Similares. Manuscrito Inédito.
- 10.- Página Electrónica de Farmacias Similares.
<http://www.porunpaismejor.com.mx/home.htm>. Consultada el 13 de enero de 2006.
- 11.- Paulice, G. y Rossi, G. (1995). Acompañamiento terapéutico. Argentina: Buenos Aires.
- 12.- Rogers, C. (1981). Psicoterapia centrada en el cliente. Práctica, implicaciones y teoría. España: Barcelona.
- 13.- Salgado, I. (2003). Técnicas psicocorporales de intervención en crisis para casos de desastre. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- 14.- Slaikeu, A. K. (1988). Intervención en crisis. México: D.F.
- 15.- Small, L. (1978). Psicoterapias breves. España: Barcelona.

16.- Sullivan, D. y Everstine, L. (1992). Personas en crisis. México: D.F.