



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

**“INTERVENCIÓN-ORIENTACIÓN EN CRISIS
TELEFÓNICA, UNA PROPUESTA PARA LA FACULTAD DE
ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA”**

**TESIS EMPÍRICA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
RENÉ MONROY FUENTES**

DIRECTORA DE LA TESIS: MTRA. MARÍA ISABEL MORATILLA OLVERA.

ASESORES: MTRO. ROQUE OLIVARES VÁZQUEZ.
MTRA. PATRICIA ROMERO SÁNCHEZ.



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. MÉXICO.

2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Quiero dar gracias a todas las personas importantes en mi vida (profesores, amigos y familia) y sobre todos a aquellas que han contribuido a que esta tesis este terminada, especialmente a Isabel Moratilla.

Gracias a mi madre, por impulsarme, y alentarme a cumplir siempre mis sueños, por estar incondicionalmente, por regañarme, cuidarme y educarme, por enseñarme muchas de las cosas importantes, gracias por darme la vida.

Gracias a mi padre por enseñarme la importancia del trabajo, de ti he aprendido que todas las personas son valiosas y debemos escucharlas, esto es de mucha utilidad en mi profesión, he aprendido a conseguir lo que quiero y hacer todo por tenerlo, gracias por tus consejos.

Gracias Manuel por ser mi hermano y compañero de toda la vida, sé que es difícil decirlo a veces pero te quiero y sin ti las cosas no serian tan especiales.

Gracias Universidad Nacional Autónoma de México.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1: Definición de crisis	
Definición de crisis.....	6
La vulnerabilidad y victimización.....	7
Factores de riesgo relacionados con el individuo.....	8
Factores de riesgo vinculados con el rol y su superposición.....	10
Factores de riesgo vinculados con el evento.....	12
Diferencia entre crisis y trauma.....	13
Los Trastornos por estrés postraumático.....	14
Crisis circunstanciales.....	15
Crisis evolutivas y de desarrollo.....	17
Capítulo 2: Principios de la intervención en crisis	
Modelo de Slakeiu.....	18
Modelo de Roberts.....	22
Modelo de Rubin y Waitman.....	27
Capítulo 3: Intervención en crisis telefónica	
Historia.....	36
Primeros auxilios psicológicos en la orientación telefónica.....	37
Centros de orientación telefónica en el mundo.....	39
Entrenamiento de los orientadores telefónicos.....	42
Metodología	
Justificación.....	46
Pregunta de investigación.....	46
Hipótesis.....	47
Objetivos.....	47
Método.....	48
Resultados	50
Conclusiones	60
Propuesta del centro de intervención-orientación en crisis telefónica.....	64
Bibliografía	69
Anexo	71

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue definir los lineamientos que permitieran diseñar un centro de intervención-orientación telefónica, que brinde apoyo psicológico a los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Se realizó una escala de 42 preguntas, a 100 estudiantes de tres facultades. Los resultados muestran que la mayoría no conoce los servicios de atención psicológica en la UNAM, el 72% contestaron saber de los servicios de apoyo psicológico de su Facultad. Además un gran porcentaje cree que sólo recurren a estos servicios las personas que no cuentan con habilidades para resolver problemas y que esto es cuestión de género. Más de la mitad de los encuestados consideran que una persona saludable enfrenta sus problemas y que una forma de hacerlo es mediante el apoyo psicológico y médico, aunque un gran porcentaje de ellos contestaron estar muy de acuerdo en que por ser universitarios no necesitan de ayuda para resolver sus problemas.

Palabras clave: Crisis, intervención en crisis, intervención telefónica, facilitadores, facultad, alcohol.

Introducción

El interés de esta investigación surge a partir del reporte de la literatura y los datos obtenidos en diferentes investigaciones, sobre todo aquellas en las que se revelaron datos sobre el consumo de alcohol en la población de jóvenes mexicanos, también aquellas en las que los estudiantes universitarios expresaron los motivos de su bajo rendimiento académico y el escaso acercamiento que tuvieron con otros para pedir ayuda.

La teoría de la crisis nos menciona que los seres humanos a lo largo de su vida enfrentan una serie de sucesos conflictivos que de no ser resueltos llevan a las personas a un desequilibrio en todas las áreas de su vida, a esto se le conoce como crisis, este termino se puede definir como un estado temporal de desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad para resolver las dificultades con los mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que existe una pérdida del control emocional (Calderón, 2004).

Existen diferentes enfoques útiles para el abordaje del trauma y crisis emocionales con matices distintos a intervenciones comunes, por ejemplo; los primeros auxilios emocionales o traumatología emocional y la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (Duarte, 1992).

Los principios de la intervención en crisis pueden dividirse en tres:

Oportunidad: Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso.

Metas: Ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.

Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La

información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis. (Raber y Dyck, 1991).

La intervención en crisis ha tenido una aplicación en la atención por teléfono, y su objetivo principal es “brindar un servicio de orientación de forma profesional en emergencias, principalmente como primera ayuda psicológica, además canaliza al consultante a diversas instituciones especializadas según sean los requerimientos individuales” (Gómez, 1997).

La gran demanda del servicio generó la necesidad de adaptar la teoría ya existente de la crisis a este tipo específico de ayuda telefónica; Slaikeu (1988), hace énfasis en distinguir seis características importantes acerca de esto, las que más destacan son: Accesibilidad y bajo costo, disponibilidad las 24 horas del día, todo el año, con un mínimo tiempo de espera y el privilegio del anonimato tanto del paciente como del terapeuta. El objetivo principal de la intervención telefónica es dar un servicio de orientación de forma profesional en emergencias, principalmente como primera ayuda psicológica, además canaliza al consultante a diversas instituciones especializadas según sean los requerimientos individuales” (Gómez, 1997).

La intervención en crisis tiene grandes posibilidades si se aplicación dentro de las escuelas, pues como lo explica Slaikeu (1988) una de las razones es que son las únicas instituciones públicas avaladas por la sociedad para tener contacto cotidiano con los estudiantes, estos pasan mucho tiempo con sus compañeros y profesores, esto significa que el personal tiene la oportunidad de darse cuenta de que el alumno se encuentra en crisis y ayudarlo a elaborar una resolución, las crisis que surgen en ambientes escolares abarcan casi el rango completo de los incidentes circunstanciales y del desarrollo.

El objetivo del presente trabajo fue hacer una revisión teórico-metodológica del proceso de intervención en crisis telefónica así como identificar la actitud sobre la necesidad de recibir apoyo psicológico por parte

de los estudiantes de tres facultades, Con la finalidad de justificar la propuesta de un centro de intervención orientación dentro de la Facultad de Estudios superiores Iztacala.

Para cumplir con el objetivo, en estudios anteriores como el de Moratilla, et. al., (2003) en el cual se hacia un análisis de las condiciones vinculadas con la reprobación de estudiantes de psicología, tomando en cuenta los factores socio-emocionales, en esa investigación participaron 60 estudiantes voluntarios, que habían reprobado por lo menos una materia. Las conclusiones del estudio describen que los estudiantes de psicología que participaron mostraron tener pocas habilidades de afrontamiento ante acontecimientos vitales estresantes y no piden apoyo aunque reconocen que tienen problemas, además las relaciones familiares conflictivas influyen en el desinterés y la falta de motivación para involucrarse en las actividades escolares.

En otra investigación sobre Episodios Agudos de Angustia Severa en Adolescentes, Sánchez-Sosa, et. al. (1992), se exploraban los problemas psicológicos, factores o estilos de crianza y desarrollo del individuo. Los resultados revelaron que la violencia verbal o física actúa como factor de riesgo de los episodios de angustia, esto afectaba en un mayor porcentaje a las mujeres que a los hombres, por lo tanto los adolescentes que vivían en una situación constante de violencia intrafamiliar tenían una más episodios de angustia en comparación con los que llevaban una relación cordial con sus padres.

Mientras tanto Rojas, Medina-Mora, Juárez, Carreño, et. al.,(1995), en su estudio sobre “El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México”, se destaca que el porcentaje de los estudiantes que consumen alcohol es superior al de los fumadores, además los varones beben más que las mujeres, de formas más frecuente y en mayor cantidad, entre mayor edad tienen aumenta su consumo, las entidades en las que los estudiantes beben con mayor frecuencia y cantidad se encuentran: Baja California, Chihuahua, Jalisco y el Distrito Federal.

En el trabajo “La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil”, el 47% de los estudiantes encuestados tuvieron por lo menos un síntoma de ideación suicida, y el 17% reportó haberse querido quitar la vida. Estos síntomas se presentaron en una proporción ligeramente mayor en mujeres que en hombres. Además se identificó que los estudiantes que consumían alcohol u otro tipo de sustancias presentaban con mayor frecuencia ideaciones suicidas (López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon & Rojas, 1995).

Estas investigaciones demuestran que los Estudiantes pueden pasar por acontecimientos vitales estresantes, que influyen negativamente en su desempeño académico, aunado a esto el riesgo se incrementa debido al consumo de alcohol y otro tipo de sustancias.

En el presente trabajo haremos una revisión de la teoría de la crisis y revisaremos tres modelos que abordan la intervención en crisis cada uno con algunas diferencias con respecto a los otros dos. Presentaremos los resultados obtenidos de la aplicación de un cuestionario a 100 estudiantes universitarios de tres Facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México, con respecto al conocimiento y uso de los servicios de ayuda psicológica de la UNAM y su actitud hacia estos, las conclusiones a las que llegue y la propuesta que se hace.

Capítulo 1

Definición de crisis

Un ser humano desde el inicio de la vida experimenta situaciones de alta peligrosidad y riesgo para la él o ella, iniciando con el cambio de la protección uterina al nacimiento en la vida exterior, desde el nacimiento se supone un constante aprendizaje, una construcción del conocimiento propio, una evolución individual paso a paso mediada por el entorno en el que este ser se desarrolla.

Existen eventos que propician conflictos en las personas, estos se han convertido en objeto de estudio de la psicología desde principios del siglo pasado y que actualmente conocemos como crisis.

Una crisis es un momento en la vida de la persona en el que deben enfrentar de forma inaplazable una situación de conflicto de diversa etiología. Pero es incapaz de resolver el problema con sus mecanismos habituales de solución, debido a que se presenta una pérdida de control emocional, existe un sentimiento de incapacidad e ineficiencia, aunado a la presión de tiempo para resolver el conflicto (Calderón, 2004).

La crisis se puede definir como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo; esto a consecuencia de una serie de acontecimientos que llevan a las personas a enfrentar un estado emocional tal, que de no ser resuelto adecuadamente nos arrojaría un desequilibrio total (Slaikeu, 1988).

La persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. Se experimenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así

como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan, el problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto, la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución. Las crisis pueden surgir de dificultades en la propia evolución de la familia, las que implican obstáculos en la reorganización de las pautas familiares frente a cambios en el rol de algún miembro de la misma (Calderón, 2004).

Las reacciones a los eventos traumáticos son respuestas normales ante circunstancias anormales, estas pueden presentarse durante los días posteriores a los que ocurrió el evento o incluso meses después. A pesar de las diferencias entre los eventos traumáticos las personas tienden a responder de forma similar, tanto física, psicológica y socialmente, esto se explicará más adelante (Rubin y Bloch, 1998).

La vulnerabilidad y victimización

Como se ha descrito las respuestas a eventos vivenciamientos críticos suelen ser similares en todas las personas, pero esto abre un cuestionamiento ¿Por qué algunas situaciones suponen el surgimiento de una crisis en una persona y en otras no?, la respuesta a este cuestionamiento la han explorado los autores en sus diferentes investigaciones, ellos hablan de vulnerabilidad y victimización.

La vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo, se conoce como una baja en los mecanismos de respuesta, cuando el individuo no es capaz de salir adelante por si solo y considera que todo su mundo esta desintegrado (Slaikeu, 1988).

El grado de victimización y el riesgo de tener consecuencias psicológicas se da con factores que están relacionados con el evento, tal como falta de atención, incertidumbre, duración de la amenaza próxima al evento y características ambientales posteriores al evento. Entre las consecuencias y reacciones más comunes que presentan las personas ante un evento traumático se encuentran las siguientes: perturbaciones del sueño, pesadillas, enojo, irritabilidad, tristeza, olvido, miedo a volverse loco, pérdida de la confianza, aislamiento social, nerviosismo, inquietud, síntomas de gripe y resfriado, sentimientos de vergüenza, desesperación,

temblores, mareos, entre otros. Después de un evento traumático la persona puede tener alteraciones en la percepción del tiempo, recuerdos de detalles y la sensación de que la identidad personal se ha alterado (Rubin y Bloch, 1998).

Rapoport citado en Slaikeu (1988) considera que un conflicto inicial puede percibirse como:

- Una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física o emocional.
- Como un reto.
- Como una pérdida.

El concepto de **victimización** se construye basándose en las múltiples impresiones y reacciones emocionales que se experimentan con el tiempo, lo cual depende de la exposición personal al evento traumático, dicha exposición surge del conocimiento directo: uno mismo, un familiar, un amigo, o indirecto: a través de los medios de comunicación (Rubin y Bloch, 1998).

Aunado a todo lo anterior existen factores que hacen a la persona más susceptible a las reacciones de las crisis, estos son de tres tipos diferentes, los primeros vinculados con el individuo, el segundo su rol, y el tercero con el evento precipitante.

Factores de riesgo relacionados con el individuo

Las reacciones individuales varían en términos de factores de riesgo específicos que están presentes en el individuo o en su vida durante la época de la crisis; entre los más comunes se encuentran:

Edad y etapa del desarrollo en la que se encuentra. Se refiere al grado de habilidad y experiencia; por ejemplo, en el caso de los niños, pueden no tener la capacidad para entender y racionalizar lo que sucedió y pueden carecer de la habilidad verbal necesaria para describir sus experiencias. Por otro parte, los

adultos más viejos, pueden estar impedidos física o mentalmente, tanto para pedir ayuda como para utilizar los recursos disponibles.

Salud. Una mala salud, un trastorno mental o una enfermedad reciente pueden impedir lograr el acceso al cuidado médico.

Discapacidad. Una movilidad, oído, vista o discurso deficientes puede poner a la persona en riesgo de no conseguir recursos necesarios para su recuperación.

Estrés preexistente. Un cambio reciente de trabajo, cambios familiares y otros problemas pueden aumentar el riesgo debido al estrés acumulado y a sistemas de apoyo sociales dañados.

Eventos traumáticos vitales previos. Si se obtuvieron resultados satisfactorios, la persona pudo haber generado capacidades de afrontamiento y habilidades de supervivencia; en caso contrario, la persona puede estar vulnerable ante estrategias de afrontamiento desadaptativas y con reacciones emocionales intensas frente a agentes estresantes actuales.

Fortaleza del sistema de apoyo social. La ausencia o pérdida de sistemas de apoyo social y psicológico pueden poner en riesgo a las personas.

Habilidades de afrontamiento. Tener habilidades de afrontamiento deficientes o esfuerzos desadaptativos son indicadores que una persona está en riesgo.

Expectativa del ego y de los demás. Unas altas auto-expectativas pueden poner al individuo en riesgo de experimentar una sensación de fracaso y pérdida, en caso de que sus esfuerzos sean inútiles. Por otro lado, los miembros de la familia que necesiten de un cuidado pueden sumarse al estrés de la víctima.

Estado de los familiares. Si los familiares se encuentran separados en el momento de la crisis, el individuo puede padecer un estrés severo y en ocasiones un daño potencial en su intento por localizarlos.

Entorno étnico y cultural. La barrera del idioma puede poner en peligro a los individuos así como interferir en su habilidad para obtener o utilizar los recursos y servicios durante un evento traumático.

Interacción entre la ocupación de la persona y el evento. Las personas se encuentran en mayor riesgo cuando su ocupación se superpone con el evento traumático.

Percepción e interpretación del evento. La manera en que una persona percibe el evento afectará al nivel de estrés experimentado y a su efectividad en el afrontamiento.

Las descripciones anteriores brindan un breve panorama de la complejidad de las variables individuales que afectan la manera en que las personas reaccionan ante la crisis y al trauma; aunque hay que tener presente que cada persona puede responder de forma bastante diferente a varios momentos de crisis durante su vida (Rubin y Bloch, 1998).

Factores de riesgo vinculados con el rol y su superposición

En una situación crítica, los individuos juegan un papel personal y/o profesional, o ambos, este tipo de roles determina en muchas ocasiones una mayor vulnerabilidad ante este tipo de circunstancias. Todos los eventos traumáticos, y ciertas crisis, suscitan actividades relacionadas con el rol que afectan a las víctimas; se puede dividir el evento traumático en 2 periodos distintos de tiempo: *el impacto* y *el periodo inmediatamente posterior al impacto*, y la fase 2 del impacto. Dentro de estos periodos se pueden representar los roles siguientes:

Ψ Periodo 1: Impacto y periodo inmediatamente posterior al impacto

Víctima (s), testigos presénciales, curiosos, personal paramédico, personal médico, unidades de rescate (policía, bomberos, unidades especializadas), medios de comunicación (reporteros y fotógrafos).

Ψ Periodo 2- Fase 2 del impacto

Cruz roja (y otras agencias de servicios), profesionales de la salud mental, clero, personal del depósito de cadáveres, directores funerarios, personal médico, equipos de inspección gubernamentales, medios de comunicación, detectives, abogados, empresarios, funcionarios gubernamentales, compañías de seguros y sus agentes.

La importancia de comprender estos roles es doble porque:

1. Las experiencias de las víctimas del evento crítico están parcialmente definidas por sus interacciones con, y por sus reacciones ante, las personas que personifican estos papeles.
2. Cada persona que desempeñe muchos de los roles presentados anteriormente se convierte en una víctima secundaria de la crisis y en un blanco de intervención para el asistente.

El papel personal de la víctima, el curioso, el héroe o el testigo puede ejercer un impacto negativo temporal o incluso duradero sobre la ocupación normal o las obligaciones laborales; sin embargo, el impacto puede ser mayor y más importante cuando dicha ocupación es la que se desempeñaba en el momento del evento traumático (Rubin y Bloch, 1998).

Factores de riesgo vinculados con el evento

Algunas propiedades del evento desempeñan un papel fundamental en el proceso de recuperación. Cada evento presenta sus propias características únicas; sin embargo, algunas de estas características representan un mayor riesgo para las personas en términos psicológicos del impacto. Cuanto mayor sean las propiedades de riesgo del evento, menor será el número de individuos que se puedan enfrentar con éxito a la situación y sus consecuencias; dichas propiedades incluyen:

Falta de anticipación. Hace referencia a un desastre o crisis vital que actúa sin advertencia previa, la cual va a producir un máximo impacto psicológico.

Contraste abrupto del escenario. Un cambio abrupto de la realidad que sea difícil de comprender incrementa el trauma para las personas que lo experimentan.

Inocencia del escenario. El impacto del trauma es mayor cuando sucede en ámbitos entretenidos o festivos.

Tipo de desastre. Algunos desastres tecnológicos pueden ser más estresantes que las catástrofes naturales.

Naturaleza del agente destructivo. Si se conoce aquello que generó el surgimiento del trauma, el nivel de alteración psicológica será menor que si es desconocido.

Grado de incertidumbre y duración de la amenaza. Un grado alto de incertidumbre con respecto a la recurrencia y el resultado de los intentos de rescate son más traumáticos que las crisis con consecuencias completamente previsibles.

Momento de aparición. Los traumas que suceden por la noche pueden alterar psicológicamente más que los que se dan durante el día.

Alcance del evento. Cuanto más daño, lesiones y muertes hayan, mayor es la intensidad del impacto psicológico.

Pérdida personal o lesión. El grado de la pérdida y la duración de ésta son importantes factores de riesgo.

Proximidad con el evento. El lugar donde la persona se localiza con respecto al evento es importante; cuanto mayor es la proximidad, mayor es el riesgo.

Estímulos traumáticos. El contacto dilatado o prolongado con estos estímulos aumenta el impacto del trauma.

Error humano. Los traumas que se perciben como algo que podría haberse evitado pueden generar reacciones emocionales intensas y dificultan que las víctimas se enfrenten a ellos y por lo tanto que se recuperen con éxito.

Como se señala anteriormente, el evento precipitante puede generar una desorganización en las personas y una carencia al intentar resolver esta situación con sus habilidades acostumbradas de solución de problemas, y algunas personas pueden ser más susceptibles dependiendo de ciertos factores de riesgo (Rubin y Bloch, 1998).

Diferencia entre crisis y trauma

En la literatura encontramos que muchos autores utilizan dos conceptos que pueden confundirse puesto que comparten características similares estos son la crisis y el trauma.

El concepto de “respuesta de crisis general” desarrollado por Rubin y Bloch (1998); Hace una especificación considerando a la crisis como algo universal y al trauma como algo particular; consideran a la crisis como vital y al trauma como un

subconjunto de la respuesta de crisis general. La respuesta de crisis general es evocada por una situación inesperada y cuenta con las características siguientes:

- Ψ **A nivel cognitivo:** se refiere a las habilidades de resolución de problemas y mecanismos de afrontamiento, los cuales se encuentran desbordados.
- Ψ **A nivel psicológico:** estado temporal de shock, seguido por temor, confusión, tristeza, inquietud, entre otros.
- Ψ **A nivel fisiológico:** reacciones de estrés general, como sudoración excesiva.

La forma y el tipo de respuesta del individuo ante las crisis están relacionadas con la historia previa, la fase del desarrollo en la que se encuentra y con otros factores de riesgo, tales como: los trastornos de estrés post traumático.

Los Trastornos por estrés postraumático

Los trastornos de estrés post traumático pueden diagnosticarse tanto en niños como en adultos; aproximadamente entre un 10% y un 12% de las personas que sufren un trauma o crisis graves desarrollan un TSPT. Los individuos que encajan perfectamente con la definición del TSPT constituyen un grupo o subgrupo relativamente pequeño dentro del conjunto de víctimas de la crisis y el trauma. El TSPT se puede clasificar de la siguiente manera:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Algunas víctimas experimentan los síntomas del TSPT durante un periodo breve de tiempo y otros durante años. Generalmente es imposible predecir quién lo sufrirá de manera breve y quién de manera crónica. El mejor instrumento de valoración es la entrevista clínica o la selección de un formato de entrevista clínica estandarizada.

La crisis y el trauma comparten algunas características esenciales:

- Ψ El evento puede ser la causa inmediata de un padecimiento o trastorno

Ψ psicológico actual de la persona.

Ψ El individuo afectado por una crisis o un trauma puede ser uno entre muchos o ser una sola persona y verse afectado de manera directa o indirecta por tal evento.

Ψ La persona no necesita estar presente en la situación para sufrir el estrés del trauma.

Una crisis y un trauma siempre causan un padecimiento psicológico a cualquier tipo de persona (Rubin y Bloch, 1998).

Slaikeu (1988), ha considerado a la crisis como una serie de etapas bien definidas.

Ψ **El desorden:** se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso.

Ψ **La negación:** conduce al amortiguamiento del impacto, entorpecimiento emocional, no pensar en lo que paso.

Ψ **La intrusión:** es la abundancia del sentimiento del dolor que son evocados por el acontecimiento, recurrencia de pesadillas.

Ψ **Translaboración:** es el proceso de expresión de pensamientos y sentimientos acerca de lo ocurrido en el suceso de la crisis.

Ψ **La terminación:** es la etapa final del periodo de crisis y conduce a una integración de la crisis dentro de la vida del individuo.

Algunas crisis están relacionadas con el ciclo de vida de la persona, pero hay otras que se presentan de manera azarosa. Una persona en crisis cuenta con un funcionamiento normal, pero durante el periodo que perdure tal crisis requiere de un auxiliador o guía. La persona que esté trabajando sobre el trauma debe contar con habilidades, las cuales pueda emplear en cualquier situación y en cualquier lugar, y lo que debe hacer es ayudar a la persona a que continúe adelante por ella misma (Rubin y Bloch, 1998).

Crisis circunstanciales

Las llamadas crisis circunstanciales son situaciones accidentales, y se definen así dado que se dan al azar, son imprevistas y resultan ser catastróficas. Existen

algunos eventos sorprendidos que pueden desembocar en crisis, muchos de estos son parte de la naturaleza o causados por el ser humano, un ejemplo de estas son:

- 1) Las catástrofes naturales y anticipados ocasionalmente: pueden ser de ocurrencia aislada; huracanes y tornados.
- 2) Naturales imprevisibles: ocurren una o varias veces durante un periodo breve, pueden provocar pánico o confusión en las personas debido a la falta de prevención y de preparación; diluvios y terremotos.
- 3) Accidental inducido por el ser humano: es solo un evento y puede afectar a una persona o a varias; accidentes aéreos y automovilísticos, incendios.
- 4) Violencia deliberada o inducida por el ser humano: se da un mayor miedo y vulnerabilidad, y se puede dar de manera aislada; homicidios asesinatos en serie, tiroteos

El rasgo más sobresaliente es que cambian repentinamente la vida cotidiana y se apoyan en algún factor ambiental, por ejemplo: muerte del cónyuge, lesiones personales, divorcios, enfermedad, pérdida del empleo, desastres naturales, etc.

Las 5 características principales de las crisis circunstanciales son:

1. El trastorno es repentino. Surgen y afectan de manera súbita.
2. Son inesperadas. No estamos preparados para anticiparnos y prevenir o creemos que no nos puede ocurrir a nosotros.
3. Tienen calidad de urgencia. Amenazan el bienestar físico y psicológico y frecuentemente se inician como una urgencia que requiere de atención inmediata.
4. Pueden tener un impacto potencial sobre comunidades. Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas de manera simultánea, por lo cual necesitan la intervención de grandes grupos en un periodo relativamente corto.
5. Hay peligro. El peligro puede ser la primera señal de las crisis circunstanciales; el peligro produce desorganización y en forma causal los intentos de reorganización (Slaikeu ,1988).

Crisis evolutivas y de desarrollo

Las crisis evolutivas o de desarrollo, se refiere a una situación causada de manera interna, que se puede deber a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo, son aquellas situaciones vinculadas con el paso de una etapa de crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. La crisis surge cuando hay interferencia en la realización de ciertas tareas de crecimiento, por ejemplo: cambio de valores o acatamiento de reglas en el adolescente, preocupación en el adulto por la educación de los hijos, pérdida de vigor sexual en la senectud, entre otros (Slaikeu, 1988).

La muerte de un ser querido, Un embarazo, la separación de los padres, son algunos de los eventos que pueden desembocar en crisis evolutivas o de desarrollo, otros ejemplos son: El nacimiento de un niño, maternidad sin matrimonio, la transición de la casa a la escuela, y de la casa a la universidad, compromiso o matrimonio, cirugía y enfermedad, duelo, migración, jubilación (Slaikeu, 1988).

La actitud ante la crisis es también considerada de forma positiva, como oportunidad o punto de cambio (Slaikeu, 1988). Aguilera y Messick (citados en Espino (2005), concuerdan diciendo que promueve el crecimiento y la trascendencia, en chino la palabra crisis significa oportunidad o peligro, la oportunidad esta dirigida hacia el crecimiento emocional como resultado del aprendizaje en la experiencia.

En el desarrollo de este capítulo, se expone que hay puntos en común entre los autores sobre todo en la desorganización, el conflicto y el desequilibrio, además de una carencia para resolver los problemas con las habilidades y recursos previos, como consecuencia de esto se desarrollarían otros problemas psicosomáticos como pérdida del apetito, falta de sueño, aumento del ritmo cardíaco, y la presión sanguínea.

Capítulo 2

Principios de la intervención en crisis

Los modelos que se han desarrollado para la intervención en crisis, han ayudado a la elaboración de procesos que se aplican de forma general a cualquier circunstancia crítica; La ayuda que se le proporciona a la persona puede ser de manera individual o dentro de un grupo.

Modelo de Slakeiu A. Kart.

La intervención en crisis, para este autor, esta constituida de dos fases: la primera comprende los primeros auxilios psicológicos o también llamada intervención de primer orden. Consiste en brindar apoyo físico y psicológico por el personal que tiene contacto con la victima, este tipo de servicio puede ser proporcionado por todo tipo de personas, médicos, enfermeras, psicólogos, policías. La duración puede ser desde unos cuantos minutos hasta algunas horas. La segunda fase es la terapia para crisis o intervención de segundo orden, la cual tiene como objetivo facilitar la resolución psicológica de la crisis y su duración varia desde unas semanas hasta algunos meses (Slaikeu, 1988).

Primeros auxilios psicológicos o Intervención de primero orden:

El objetivo es ayudar a la persona a enfrentarse con la crisis, facilitando el control de sus emociones y logrando que inicie el proceso en solución de problemas, los pasos a seguir son los siguientes:

1. Proporcionar apoyo: El usuario debe sentir que no está sólo, que existen personas que pueden ayudarlo a solucionar su problema.
2. Reducir la mortalidad: Se refiere al cuidado de la vida prevención del daño físico y psicológico, considerando las medidas necesarias para que la persona no se haga daño.

3. Proporcionar enlace con fuentes de asistencia: Se realiza una evaluación de las necesidades inmediatas y prioritarias, posteriormente se remite a otro profesional o a una institución adecuada.

El proceso de los primeros auxilios psicológicos se basa en cinco actividades:

- **Contacto psicológico**

El objetivo de esta actividad es que el usuario se sienta comprendido, aceptado, además de reducir la ansiedad y empezar la solución de problemas. La tarea principal es escuchar como la persona en crisis evalúa la situación y se comunica. Se resumen los hechos, los sentimientos, y se empalza con la persona, de forma tal que el usuario perciba el interés por medio de la comunicación.

- **Evaluación del problema**

En esta actividad se jerarquizan las necesidades, de lo más urgente a lo que no lo es tanto, se investiga acerca del pasado presente y futuro inmediato, el pasado refiera a la situación que produjo la crisis, es decir, el incidente específico. Se evalúa de acuerdo con el funcionamiento CASIC (Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal, y Cognoscitivo), se averiguan las habilidades que ha desarrollado el usuario en cada una de estas áreas. La conductual hace referencia a la actividad que tiene en ese momento la persona en crisis, el trabajo, el ejercicio, el descanso, la dieta, el comportamiento sexual. En el afectivo se incluyen los sentimientos hacia los comportamientos anteriormente citados. La somática es el funcionamiento físico en general, la presencia o ausencia de dolores. El interpersonal se refiera a las fortalezas o problemas en las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo. Y el área cognoscitiva se refiere a las representaciones mentales, autoimagen, las metas, la filosofía de vida, los delirios, sueños y alucinaciones. Las crisis se caracterizan por la desorganización en una o varias de las áreas. El presente inmediato se refiere a las fortaleza y debilidades que el usuario tiene en ese momento, los recursos personales (habilidades), y los recursos

sociales (red social de apoyo) con los que cuenta. El futuro inmediato se refiere a las decisiones que el cliente debe tomar para las próximas horas, el fin de semana y las próximas semanas.

- **Análisis de las posibles decisiones**

En esta actividad se identifican una o más soluciones para las necesidades inmediatas o posteriores. Se indaga sobre lo que el usuario ha hecho hasta ahora, acerca de lo que puede o podría hacer y se redefinen las alternativas.

- **Ejecución de la acción concreta**

En esta actividad se ejecutan las soluciones inmediatas para solucionar las necesidades del mismo orden. El cliente hará lo que sea capaz de hacer, se tomará una posición de convenio, es decir una actividad facilitada. Si el cliente no está en condiciones, el asistente tomará las medidas necesarias de acuerdo y dentro de las leyes existentes en ese lugar. Resulta necesario mencionar que antes de tomar cualquier acción directiva se deben evaluar los riesgos y fines de tal decisión.

- **Seguimiento**

En esta actividad el objetivo principal es la retroalimentación y el logro de las metas planteadas en los primeros auxilios psicológicos. Se establece un procedimiento que permita el seguimiento de la acción del usuario. Un ejemplo de donde se provee de los primeros auxilios psicológicos es en los intentos de suicidio. La tarea clínica es evaluar las emociones de la persona en crisis y la situación de su entorno, para acordar el aplazamiento del homicidio. Se induce al usuario a posponer las situaciones irreversibles, y se toman en cuenta los riesgos presentes para la ejecución de un plan adecuado.

Intervención de segundo orden o terapia para crisis

El especialista que da los primeros auxilios psicológicos, tiene que ayudar a la persona a dirigirse hacia el afrontamiento con la terapia para la crisis o intervención de segundo orden. Esta tiene como meta que la persona procese el incidente de modo que se integre de manera funcional en su vida cotidiana, es decir, que esté abierto para hacerle frente al futuro.

Los objetivos de la intervención de segundo orden son ayudar al usuario a:

1) Sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis.

Tiene como propósito que el usuario conserve su vida y su salud física. Las estrategias terapéuticas son: dar los primeros auxilios psicológicos antes ya mencionados, averiguar acerca de condiciones como la nutrición y manejo de técnicas de relajación.

2) Identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis.

Aquí se asiste al usuario para que exprese de alguna manera socialmente aceptable, los sentimientos que acompañan a la crisis, para posteriormente canalizarlos. A partir de esto se discute el incidente, se enseña a la persona acerca de los sentimientos en el ámbito psicológico y la importancia de su expresión adecuada.

3) Obtener un dominio cognoscitivo sobre la crisis.

La meta es que el usuario tenga una visión más objetiva acerca de la situación presente, es decir, acerca del incidente precipitante. El objetivo implica reconstruir, reestructurar o reemplazar cogniciones, imágenes y sueños que se han destruido por el suceso precipitante.

4) Realizar toda una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis.

La tarea consiste en que el usuario haga cambios en su vida cotidiana, es decir, en el trabajo, desempeño de un rol, y relaciones con las personas allegadas a la crisis. Para esto se necesita reflexionar con él los cambios que se requieren en

cada una de las áreas principales. La fase de intervención de segundo orden también involucra la atención en la cinco áreas del funcionamiento CASIC, ya que tienen efecto directo sobre la salud, el objetivo del modelo es evaluar la áreas identificando el efecto que la crisis provocó en cada una de ellas, así como poner alternativas de solución.

Es importante identifica que pasó para que se desencadenara una crisis, cuándo ocurrió el incidente y quién estuvo implicado. A partir de esto se hace un resumen de los problemas del cliente, se examina el entorno y se determina el efecto de la crisis en la familia y en el grupo social inmediato. Implica evaluar la percepción de la comunidad acerca del evento traumático, y de qué manera puede desencadenar otra crisis. Es necesario hacer una breve historia de cómo el usuario ha resuelto crisis anteriores para apreciar la desorganización y el desequilibrio que sigue a un incidente precipitante particular.

Modelo de Roberts

Este autor plantea que el objetivo de la intervención en crisis es resolver lo apremiante del problema de una a doce semanas, periodo en el que el usuario desarrolla una adaptación a su nueva situación (Roberts, 2000).

El autor ha desarrollado el modelo de “los siete estados” de intervención en crisis, este sirve para ayudar a personas que se encuentran en una situación extrema de crisis psicológicas, y fuertes desordenes de estrés, los estados propuestos por el autor son los siguientes:

1.-Planee y conduzca una evaluación cuidadosa: incluyendo mortalidad, peligros para uno mismo u otros, y las necesidades psicosociales inmediatas.

2.- Haga el contacto psicológico, establezca la simpatía, y forma rápidamente una relación (transportando el respeto genuino por el cliente, la aceptación, el reaseguro, y una actitud de no enjuiciar)

3.- Examine las dimensiones del problema para definirlo (incluyendo el acontecimiento pasado o precipitante)

4.- Anime una exploración de sensaciones y de emociones.

- 5.- Genere, explore, y determine más allá de las tentativas para hacer frente.
- 6.- Restaure la función cognitiva para la implementación del plan de acción.
- 7.- Siga y deje la puerta abierta para las sesiones 3 y / o 6 meses más adelante.

1. *Planee y conduzca una evaluación cuidadosa.* En muchos casos, las etapas 1 y 2 ocurren al mismo tiempo. La primera información, necesita ser obtenida para determinar si el que llama está en peligro inminente. Se realiza una evaluación del riesgo en curso, de forma rápida. En casos de peligro inminente, emergencia médica o la intervención policíaca es a menudo necesaria. Es importante que el interventor de la crisis esté en contacto cercano con la llamada de la crisis antes, durante, y después de la atención médica.

Es recomendable que los interventores de la crisis utilicen los siete estados del modelo de Roberts como guía en la intervención, por ejemplo en situaciones alto potencial de peligro y daño, tales como imprudencia al conducir, manejar ebrio, la dependencia química, el desorden bipolar, la cólera explosiva, el comportamiento agresivo pasivo de la esquizofrenia, y/o la preocupación con los pensamientos o fantasías suicidas.

En la evaluación del peligro inminente y la mortalidad potencial se deben examinar los siguientes factores:

- Determinar si el que llama necesita atención médica (e.g., sobredosis de droga, tentativa de suicidio, o violencia doméstica).
- Pensamientos suicidas por parte del consultante, o hacerse daño a sí mismo en la crisis (¿son estos pensamientos generales, o hacen al que llama tener un plan o un pacto específico de suicidio, con la localización, el tiempo, y el método especificado?)
- Identificar si el que llama es víctima de violencia doméstica, asalto sexual, y/o otros violentos crímenes. Si el consultante es víctima, pregunte si el agresor está próximo o es probable que vuelva pronto.
- Indagar si existen niños en peligro.

- Se deben responder las siguientes preguntas; ¿La víctima necesita transporte de emergencia al hospital o a un albergue?
- ¿Está el consultante bajo influencia de alcohol o de las drogas?
- ¿La persona puede dañarse a sí mismo? (e.g., los comportamientos o las auto-mutilaciones)
- Investigar si hay individuos violentos que viven en la residencia (e.g., los huéspedes o los perpetradores del abuso de un anciano o del abuso del hermano).

Si el tiempo lo permite, la evaluación del riesgo debe incluir lo siguiente (reconozca que si un cliente que está en peligro inminente necesita ir inmediatamente a un lugar seguro):

- En situaciones domésticas de la violencia, se debe determinar la naturaleza de los esfuerzos anteriores del consultante para protegerse a sí mismo o a los niños, y determinar su capacidad protección y autoprotección.
- Para establecer completamente la amenaza de los perpetradores en casos de la violencia doméstica, hay que averiguar en la historia criminal de los abusadores, entre estas; características de destrucción, actos impulsivos, historia de desórdenes mentales, diagnósticos psiquiátricos anteriores, amenazas o señas anteriores de suicidio, del comportamiento de acecho, y períodos erráticos del empleo o largos periodos de desempleo.
- Investigar las siguientes cuestiones: ¿si el consultante es víctima de un crimen violento, hay una historia de visitas anteriores a la sala de emergencia del hospital por abuso físico, la sobredosis de la droga, o los intentos de suicidio?
- ¿hay armas o rifles en el hogar?
- ¿cualquier persona ha utilizado recientemente un arma contra el llamador?
- ¿el llamador ha recibido amenazas terroristas, incluyendo amenazas de muerte?
- Determínese si el llamador está sufriendo de depresión importante, ansiedad intensa, reacciones fóbricas, agitación, delirios paranoicos, desorden agudo de

- tensión, desorden de ajuste, desorden de personalidad, fije el desorden traumático de la tensión.

2. *Haga el contacto psicológico, establezca la simpatía, y forme rápidamente la relación.* Esta segunda etapa implica el contacto inicial entre el interventor de la crisis y el usuario potencial, la tarea principal para el clínico a este punto es establecer simpatía transportando el respeto genuino y la aceptación del usuario. El usuario también necesita a menudo la seguridad de que él puede ser ayudado y que este es el lugar apropiado para recibir tal ayuda.

3. *Examine las dimensiones del problema para definirlo.* Es útil intentar identificar lo siguiente: (a) la "vida pasada", o el acontecimiento precipitante que condujo a cliente a la búsqueda de ayuda; (b) métodos anteriores de hacer frente; y (c) peligrosidad o mortalidad. Los consejeros de la crisis deben explorar estas dimensiones con preguntas específicas y preguntas abiertas. Por ejemplo, las preguntas dominantes serían: "¿qué situación o acontecimiento le condujo a buscar ayuda en este tiempo?" y "¿cuando es que este acontecimiento ocurre?"

4. *Anime una exploración de sensaciones y de emociones.* Este paso se relaciona de cerca con examinar y definir las dimensiones del problema, particularmente el acontecimiento precipitante. Es extremadamente terapéutico para el usuario que ventile y exprese sensaciones y emociones en un ajuste que acepta el apoyo privado y el no enjuiciamiento.

La técnica principal para identificar las sensaciones y las emociones de un usuario es la escucha activa esto implica que el interventor de la crisis escucha en una manera empática y apoya la reflexión del usuario sobre lo que siente y el acontecimiento de la crisis.

5. *Genere, explore, y determine más allá de las tentativas para hacer frente.* La mayoría de los jóvenes y de los adultos han desarrollado algunos mecanismos adaptativos con los cuales hacer frente, algunos algo inadecuados como respuestas al los acontecimientos críticos. Básicamente, un acontecimiento emocionalmente peligroso se convierte en una crisis emocional cuando "los mecanismos de solución

de problemas y homeostasis, generalmente no trabajan" (Caplan citado en Roberts, 2000). Uno de los objetivos principales de la intervención en crisis implica identificar y modificar los comportamientos del usuario en el nivel pre-consciente y consciente. Es primordial educar al usuario en la modificación de comportamientos desadaptativos al hacer frente. Específicamente, es útil preguntar al usuario cómo se maneja en ciertas situaciones, por ejemplo las sensaciones de cólera intensa, pérdida de un ser amado (un hijo o esposo), decepción, o falta.

Para ayudar al cliente se deben generar y explorar alternativas para hacer frente a la crisis, esto puede ser probando métodos de solución anteriores, ya sea en su totalidad o parcialmente. Esto implica la colaboración entre el cliente y el interventor. En esta etapa es importante explorar las consecuencias y las sensaciones del cliente sobre cada alternativa. En los casos donde el cliente tiene poco o nada de creatividad, el clínico necesita tomar la iniciativa y sugerir diferentes métodos que él considera pueden ser más adaptativos, esto es un componente altamente productivo en ayudar a la resolución del cliente en situación de crisis.

6. *Restaura la función cognitiva para la implementación del plan de acción.* Lo importante en este estado es el acercamiento cognoscitivo a la resolución de la crisis. El clínico de la crisis que utiliza un acercamiento cognoscitivo ayuda a focalizar al cliente y a entender por qué un acontecimiento específico conduce al estado de crisis y, simultáneamente, como puede dominar la experiencia para poder hacer frente a acontecimientos similares que pueden ocurrir en el futuro. El acercamiento cognoscitivo implica tres fases. Primero, el cliente necesita obtener una comprensión realista de qué sucedió y de qué lo condujo a la crisis. En segundo lugar, es útil que el cliente entienda lo específico de los eventos, los pensamientos. El interventor de la crisis debe escuchar cuidadosamente y observar todos los errores o distorsiones cognoscitivas o creencias irracionales. El clínico debe ayudar al cliente a descubrir distorsiones y creencias irracionales. La tercera parte implica el reestructurar, reconstruir, o sustituir las creencias irracionales y las cogniciones erróneas por creencias racionales y nuevas cogniciones. Esto puede implicar proporcionar nueva información con la reestructuración, o la remisión cognoscitiva a otras personas que han vivido situaciones similares (un grupo de

ayuda para las viudas, para las víctimas de la violación, o para los estudiantes que se han enfrentado con violencia de la escuela).

7. *Continuación.* En la sesión final que el usuario debe ser informado que si en cualquier momento él o ella necesitan volver para otra sesión, la puerta está abierta y el clínico estará disponible. Los usuarios cancelan a veces el segundo, el tercero, o la cuarta cita antes de resolver la crisis. El clínico, sabiendo que las víctimas de crímenes violentos a menudo entran en crisis en el aniversario del crimen exactamente 1 mes o 1 año después informa al usuario que el quisiera verlo otra vez, y que tan pronto como ella llame le será dada una cita de la emergencia el mismo día.

Modelo de Wainrib Rubin y Bloch Hellín

Estas autoras proponen un modelo, al que se le podría denominar R-E-R, basado en tres puntos fundamentales, el primero la conducta y las responsabilidades de las 2 partes implicadas en el proceso, tanto el profesional como el usuario, el segundo los seis puntos a evaluar por parte del interventor y el tercero la remisión del caso, esto es auxiliar y guiar al usuario a las instancias o profesionales que le puedan ayudar a solucionar su estado actual (Rubin y Bloch, 1998).

Relación-Evaluación-Remisión (R-E-R)

Rubin y Bloch (1998) señalan que los factores de relación pueden ser divididos en dos tipos: A actitudinal y B técnico, los primeros se llevan a cabo en la relación, la evaluación y la remisión. El segundo factor se refiere a la definición del problema y su resolución, la acción y las actividades, la aproximación de las redes de apoyo, entre otras.

Relación actitudinal: Se refiere a la posición que el profesional debe mantener, es decir, en el contacto inicial debe tranquilizar y validar, ser cálido y respetuoso para guiar hacia soluciones realistas.

Proceso de la relación actitudinal

1. Establecer la relación inicial y crear un ambiente seguro

El terapeuta debe de mostrar empatía, apoyo incondicional, calidez. Es este primer contacto la exploración debe de ser rápida y eficaz, ya que se sufre de gran dolor y existen muchos riesgos. Se debe mantener una posición comprometida y activa en la relación, requiriendo así el acceso a un amplio rango de habilidades para contactar y colaborar rápidamente con el cliente. Para ser eficiente se pueden emplear técnicas como Gestalt, Bioenergética, psicodrama, entre otras.

2. Ajustar la aproximación y la relación con base en el continuo de dilatación-constricción.

Este continuo nos permite reconocer las diferentes respuestas ante las situaciones de crisis y hacerle frente a cada una de ellas. En la dilatación se necesita una clarificación del pensamiento, la identificación del problema y ayuda para organizar un enfoque destinado a controlar los sentimientos y concentrarse en ellos. En la construcción se necesitan alternativas viables para expresar los sentimientos y concentrarse en ellos. En la constricción se necesitan alternativas viables para expresar los sentimientos, y la estimulación para empezar la resolución del problema.

3. Comprobar las propias reacciones ante la situación y el usuario.

Se refiere a la postura que el asistente mantiene con respecto a la problemática del cliente. Los profesionales necesitan adaptar un mecanismo por el cual exponer sus propias reacciones, ya que podrían maximizar, minimizar o incluso identificarse excesivamente con la situación. Se debe mantener un límite entre las reacciones que pertenecen al cliente y lo que pertenece al facilitador.

4. Marcar apropiadamente el ritmo y modificarlo si fuera necesario (reflejo-ritmo-cambio).

En una situación de crisis las citas con el cliente pueden ser en cualquier lugar, en la sala de un hospital, en el lugar del desastre, en un funeral, en la casa del usuario, lo que trae consigo variables inesperadas (por parte del usuario, del facilitador de terceros o del medio ambiente) se puede alterar el ritmo de la sesión,

por lo cual es necesario que se este muy atento acerca de los movimientos que lleva el cliente y la manera en como se expresa sobre la situación critica, hay que ir siguiéndolo y modificando la situación paulatinamente, si se requiere.

5. Validar y normalizar.

El terapeuta debe ayudar al usuario a reflexionar sobre su relación ante la crisis. La idea es que la situación no es cotidiana, es anormal, pero el usuario sigue siendo una persona normal reaccionando ante la situación, lo que las autoras nombran "normalizar la situación", validar se refiera a valorar los sentimientos de los clientes y reducir su temor de verse y sentirse como personas anormales. Se debe proporcionar apoyo para que el cliente afronte la situación, acepte comprensivamente sus sentimientos, los experimente, los exprese y los haga validos (Rubin y Bloch, 1998).

6. Respetar las diferencias individuales y culturales.

Se refiere a comprender y respetar cómo se reacciona ante la crisis, las diferencias culturales, de grupo, los valores de la clase social, las preferencias sexuales, las costumbres. El trabajo del facilitador es identificar que tanto se desvía la conducta del usuario con respecto a su grupo y/o medio ambiente, valorar si su conducta es una reacción común ante la crisis, o si es desajustada.

7. Crear un clima de esperanza.

El facilitador debe crear un clima de esperanza reforzando los pensamientos positivos o reestructurando una nueva posibilidad en la vida del usuario. Éste debe tener claro que la crisis por la que está pasando es un proyecto y juntos irán trabajando en nuevas alternativas.

8. Evitar trivializar.

Trivializar es muy debilitante para el usuario, se minimizan sus necesidades emocionales y se resta importancia a su dolor. Se debe tener claro que no se puede desaparecer el sufrimiento del usuario, debe reconocerse y hacerse real y así incluir la percepción a la realidad.

9. Ser consiente de la sugestionabilidad.

La crisis trae consigo que las personas sean altamente sugestionables. Una idea consiente de un resultado potencialmente negativo puede crear la esperanza y la posibilidad de que se desarrolle dicho resultado. Se necesita ser honesto y no calcular ninguna situación.

Relación técnica

La relación técnica se establece después de la evaluación, y está encaminada a las cuestiones prácticas y metodológicas que el profesionalista prestador del servicio debe poner en práctica con el usuario.

1. Reforzar las capacidades del usuario.

En situaciones límite es común que nos percibamos negativamente, suelen presentarse remordimientos por la auto-culpa, y la autoestima puede ser muy baja. El trabajo del clínico consiste en identificar-recuperar capacidades positivas y reforzarlas, el cliente debe contactar con sus habilidades, con la persona funcional.

2. Estimular la auto-confianza.

Bajo condiciones de estrés la dependencia puede presentarse fácilmente, pero a la larga la autoestima baja. Cada logro independiente refuerza las capacidades del individuo y lo hacen más fuerte ante crisis posteriores.

3. Definir el rol terapéutico.

Debe quedar claro tanto para el paciente como para el terapeuta, qué es lo que este último puede resolver o no. El trabajo del terapeuta es el de guiar, es un experto en el proceso y nada más.

4. Definir claramente el problema y desarrollar las habilidades de resolución.

A partir del análisis del continuo de dilatación-constricción, se clarifica el problema. Se determina cuales son las necesidades prioritarias, se examinan las alternativas y soluciones del problema. El usuario debe saber lo que necesita hacer durante las siguientes horas, el fin de semana o las próximas semanas y posteriormente se exploran alternativas.

5. Explorar las anteriores habilidades de afrontamiento del cliente para reforzar la auto-imagen.

El objetivo es conocer las potencialidades y recursos del cliente para que posteriormente ellos las reconozcan y las apliquen a su situación actual. Cuando estamos en crisis no podemos reconocer las habilidades que hemos desarrollado a lo largo de nuestra vida, y que han sido muy exitosas. En esta situación, necesitamos de la ayuda de otros, para recordarle al cliente que es una persona valiosa y es importante continuar.

6. Enseñar una nueva habilidad, mecanismos de afrontamiento o aproximación.

El usuario debe llevarse alguna enseñanza al final del primer contacto con el facilitador. Debe sentir que ha hecho algo concreto, que ha habido alguna modificación en la experiencia. Se puede ayudar proporcionando información adicional, o aplicando algunas de las capacidades que mencionaron antes.

7. Planificar conjuntamente las actividades.

El usuario debe de ser lo más activo posible, esto ayuda a normalizar su vida, a traer mayor energía, y confianza en sí mismo. La planificación conductual, durante los días subsecuentes o el fin de semana es muy importante.

8. Apoyar.

El usuario debe de aceptar su necesidad de ser apoyado y el servicio que en ese momento está disponible. La ayuda es el acceso a una relación necesaria en un momento determinado. Existen varios tipos de relación, la casual, la informativa o instrumental y la validadora, íntima o espiritual. El facilitador debe mantenerse informado acerca del contacto con el apoyo y del uso que le dé a éste. Él puede funcionar como apoyo, y cuando el potencial suicida es alto debe estar disponible en cualquier momento, los que ayudan sobre todo en estas circunstancias son los profesionales entrenados, por ejemplo psicólogos o psiquiatras.

Evaluación

La evaluación de las reacciones traumáticas requiere la valoración tanto de la víctima como del evento. Una parte importante de una valoración exhaustiva incluye

la naturaleza del evento, la situación de los individuos con respecto a éste y sus relaciones con las demás personas afectadas por el acontecimiento.

Las fases del evento traumático forman parte del continuo de evaluación que inicia justo antes del evento, que después se extiende a través del propio evento, de la etapa inmediatamente posterior a su impacto y finalmente al periodo posterior mucho más amplio que abarca días, meses o años. Otro aspecto de la evaluación es la consideración del potencial de violencia como del de suicidio.

Se deben evaluar los siguientes puntos:

La urgencia: Necesita determinarse de manera objetiva y subjetiva. En general, si existiera un peligro inmediato para la vida, por parte del usuario o de las personas implicadas, el nivel de la urgencia es el máximo; de igual forma, sería urgente la sensación de una persona de encontrarse incapacitada a nivel físico o psicológico.

La severidad: Para tener un panorama claro sobre el impacto de la propia crisis, es importante saber el grado de desempeño del usuario anterior a la crisis; también es necesario conocer el nivel de realismo y adecuación de la respuesta del usuario. Estos elementos (adecuación, severidad y el nivel de las reacciones) se deben contemplar tanto de manera objetiva como subjetiva. En ocasiones, en una situación de desastre, algo que puede parecer poco significativo para el equipo de asistencia puede tener mucha importancia para el superviviente.

Los recursos: Después de haber determinado el grado del impacto de la situación de crisis o trauma, su urgencia, severidad, así como la adecuación de la

reacción del usuario, la función siguiente de la evaluación breve es determinar los recursos de los usuarios, los cuales se clasifican en: internos, externos, comunitarios y espirituales.

- a) Internos: Se refieren a la historia del cliente al momento de tratar con anteriores situaciones difíciles y se efectúa una medida general del funcionamiento del usuario a nivel cognitivo, conductual y afectivo.
- b) Externos: Se refieren a la calidad, adecuación y disponibilidad del sistema de apoyo del usuario, así como también a la buena voluntad del cliente o a su habilidad para acceder a dicho sistema.
- c) Comunitarios: Pueden depender del asistente en crisis, el cual necesita estar capacitado para conocer todo lo que existe para ayudar al usuario en el momento de la crisis y realizar una remisión adecuada. En las situaciones de desastre, gran parte del apoyo comunal se puede incorporar debido a la experiencia compartida de muchas personas y a la conducta espontánea de ayudar a las personas que se encuentran en crisis.
- d) Espirituales: Un sistema de creencias, se trate o no de una fe religiosa tradicional, puede tener efectos importantes en el estado de salud y la esperanza de vida en las personas con enfermedades que pongan su vida en peligro.

Grado de correspondencia entre la severidad de la crisis y los recursos: Es importante conocer acerca de la *buena calidad de la correspondencia* entre las necesidades y los recursos de las personas. Los recursos deben ser apropiados para las necesidades actuales; verificar la calidad de dicha correspondencia ayudará a reconocer las áreas de funcionamiento del usuario que están siendo proporcionadas de manera apropiada, así como también aquellas que necesitan de una intervención por parte de un profesional.

Remisión

Se debe remitir al usuario a un profesional más adecuado cuando el profesional haya sobrepasado su nivel de capacidad.

1. Recursos comunitarios: Son los diferentes tipos de apoyo existentes dentro de la comunidad y que se pueden incorporar a los requerimientos del usuario.
2. Otros profesionales (Rubin y Bloch, 1998).

A lo largo de este capítulo abordamos tres formas distintas de acercarse a la solución de las crisis surgidas de un acontecimiento precipitante en la vida de una persona, en primera instancia el modelo de Slakeiu (1988) que plantea básicamente dos tipos de intervención la de primer orden y la de segundo orden, la primera puede darse en el momento del acontecimiento crítico y está enfocado a proporcionar apoyo inmediato, reducir la mortalidad y fungir como enlace entre el paciente y las instituciones adecuadas. La intervención de segundo orden fomentará el proceso de la crisis y la reintegración paulatina del paciente a sus actividades cotidianas. Por otra parte el modelo de Roberts (2000), propone la resolución de la crisis en un continuo de siete pasos, en donde los puntos principales son hacer el contacto psicológico, examinar las alternativas para hacerle frente a la crisis, la reestructuración cognitiva y el seguimiento. Rubin y Bloch (1998), por su parte proponer definir desde un principio los roles tanto del paciente y el terapeuta, hacer una evaluación clara del problema y definirlo, también como en los modelos anteriores desarrollar la resolución de problemas y entrenar nuevas habilidades, y como último punto la remisión.

Como se puede observar en los tres modelos existen coincidencias, en principio se destaca la importancia del contacto, posteriormente la evaluación de la urgencia y severidad del problema, consecutivamente el análisis de posibles soluciones, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento y la ejecución, la remisión y el seguimiento. Todos estos pasos sobre todo en los modelos de Roberts y Slakeiu son aplicables a la atención telefónica, haciendo hincapié en la facilidad en el acceso al servicio y el anonimato de la persona.

Capítulo 3

Intervención en crisis telefónica

La intervención en crisis y sus aplicaciones en la atención telefónica no parecen tan nuevas, ya que desde mediados del siglo pasado fueron puestas a prueba en países como los Estados Unidos y Canadá, respondiendo a las necesidades de su población, sin embargo en aquel entonces la psicología no se había especializado tanto en este tipo de servicio, y es gracias a la práctica misma que los supuestos de la crisis pudieron ser adaptados a la intervención telefónica, haciendo énfasis tanto en sus alcances como en sus limitaciones, a continuación haremos una revisión más profunda sobre este tema.

La atención en crisis por teléfono surge a mediados del siglo XX en países como Estados Unidos y Canadá, en donde se originó este movimiento conocido como “líneas de urgencia”, en la década de 1950 la intervención telefónica fue considerada como un movimiento moderno que fomentó la aplicación de las técnicas de intervención psicológica en la prevención de los suicidios, este tipo de servicios respondía a las necesidades derivadas de las condiciones sociales y económicas de las personas que habitaban cierta zona geográfica, como por ejemplo las ciudades de Nueva York o los Ángeles. Este tipo de servicio se diseminó rápidamente por su fácil acceso, ya que contaba con voluntarios bien entrenados que atendían todas las llamadas las 24 horas del día (Slaikeu, 1988).

El objetivo principal de la intervención telefónica es “brindar un servicio de orientación de forma profesional en emergencias, principalmente como primera ayuda psicológica, además canaliza al consultante a diversas instituciones especializadas según sean los requerimientos individuales” (Gómez, 1997).

La gran demanda del servicio y el rápido surgimiento de los centros de atención en esos países generaron la necesidad de adaptar la teoría ya existente de la crisis a este tipo específico de ayuda telefónica; Slaikeu (1988), hace énfasis en distinguir seis características importantes acerca de esto, las que más destacan son:

Es un tipo de atención muy accesible y de bajo costo, esta disponible las 24 horas del día, todo el año, con un mínimo tiempo de espera. En la intervención telefónica se carece totalmente del lenguaje corporal, por lo tanto la atención se basa únicamente en el contenido y forma de la conversación. Además el paciente tiene mucho control sobre la llamada puesto que es libre de terminar la interacción terapéutica en cualquier momento. El paciente tiene el privilegio del anonimato, puede proteger su identidad con mucha facilidad y en esta condición existe una mayor apertura en lo que se refiera a la revelación del sí mismo y a la instrucción de otra persona. Los orientadores también son anónimos, esto facilita su tarea pues se puede cumplir con el ideal o fantasía del que esta llamando, pues no conoce al terapeuta físicamente. Se reduce la dependencia por parte del llamante hacia el orientador.

Slaikeu (1988) adapto su modelo de los Primeros auxilios psicológicos a la orientación telefónica de forma compacta para ser usado por los orientadores en las líneas de ayuda, el cual se describe a continuación:

Realizar contacto psicológico

La orientación por teléfono es el principal medio para lograr el contacto con el paciente, la voz del orientador contiene no solo lo que dice éste, sino como lo dice, el orientador en su tono de voz necesita ser tranquilizante y calmante. Los que se entrenan para la orientación por teléfono deberán escuchar las grabaciones de sus propias voces, y también recibir retroalimentación de otros entrenadores sobre el impacto del tono de voz, la velocidad y aspectos semejantes cuando hablan con un usuario en crisis. Los entrenados deben aprender a contestar con un habla atenta, calmada y controlada.

Análisis de las dimensiones del problema

En una llamada existe poca información para comprender el problema. Esto significa que el asistente debe apoyarse en la descripción narrativa del usuario. Una táctica útil es planear preguntas abiertas: “¿Qué es lo que ha estado pasando de manera reciente para que las cosas sean tan difíciles para usted, ahora mismo?” o,

“Dígame más acerca de lo que le ha estado angustiando recientemente”, estas otras preguntas de tipo quién, qué, dónde, por qué, cuándo y cómo, pueden plantearse de manera no amenazante y tener el potencial para deducir información acerca de las dimensiones del problema del usuario. Una de las ventajas de la orientación por teléfono, es que, puesto que los orientadores no son vistos por quienes llaman pueden hacer notas por escrito en tanto la conversación sigue su curso, se pueden usar hojas de codificación basados en los temas más recurrentes (intento de suicidio, depresión, muerte de un familiar, enfermedad Terminal, etc.

Exploración de las posibles soluciones

Quienes llaman con frecuencia han agotado sus recursos personales y sociales, o de algún modo creen que aquellos que están disponibles para ellos (familia, amigos, compañeros de trabajo) no comprenden, o, por alguna razón no deberían estar implicados en el problema en ese momento. Un contacto telefónico proporciona una excelente oportunidad para que el orientador pregunte acerca de las varias vías que el usuario del servicio ha intentado con la finalidad de analizar los obstáculos que éste ha encontrado. El principal obstáculo es lograr el entendimiento del consultante a dejar sus inhibiciones y pensamientos tales como “él no entendería” o “yo nunca la podría decir esto a alguien más”. En muchas ocasiones la táctica del orientador telefónico es poner a quien llama a volver a considerar una solución que se ha intentado solo de manera endeble, o que ha sido rechazada demasiado pronto. El objetivo es crear tantas direcciones potenciales como sea posible, con el fin de actuar sobre las necesidades urgentes, identificadas anteriormente.

Asistencia para realizar la acción concretan

En la orientación por teléfono, identificar entre las intervenciones facilitadoras y directivas es especialmente importante, puesto que se conceden lineamientos para que el orientador implique o no otras partes (familia, amigos, otras instituciones), si el riesgo de mortalidad es bajo, y si el usuario se presenta a sí mismo como alguien capaz de tomar el acuerdo de los siguientes pasos para reestablecer el entendimiento, entonces el orientador destina energía hacia la ayuda a quien llama

para que realice la acción. Si se requiere una acción directiva (cuando hay mortalidad alta, o cuando quién llama está imposibilitado para actuar en su propio beneficio), entonces el acceso del orientador telefónico a otros recursos comunitarios es determinante. La acción directiva podría abarcar un rango desde la llamada del orientador a un miembro de la familia, hasta hacer que un equipo de enlace externo visite al usuario en su hogar, o envía una unidad de rescate a una casa en las secuelas de un intento de suicidio.

Seguimiento

En los primeros días de la orientación por teléfono, se suponía que el anonimato que la gente busca al llamar a estos servicios impediría el seguimiento. Se puede obtener de quien llamaba por lo menos un nombre de pila y un número telefónico para permitir subsecuentes llamadas. Las consideraciones más importantes para los trabajadores del servicio telefónico de urgencia son:

- a) Explicar a quienes llaman las razones para el seguimiento.
- b) Dar pasos para proteger la confidencialidad de los contactos telefónicos, pueden hacerse aseveraciones como las siguientes: “yo tengo interés en usted, y quiero saber como se desarrollan las cosas. ¿Podría yo llamarle de nuevo mañana por la tarde (o en algún momento, después de que se hubiera completado un acuerdo acerca de los pasos de acción), o podría usted llamarme aquí, para hacerme saber cómo se desarrollaron las cosas?”

En la mayoría de los casos nada más que un nombre de pila y un número telefónico es lo que se necesita para el seguimiento. Se puede proteger la confidencialidad si quien llama proporciona un horario para que se le llame (cuando otros miembros de la familia o el compañero de cuarto se encuentran fuera), o si el usuario acuerda llamar al centro en algún momento en particular.

De acuerdo con Gómez (1997) la orientación e intervención telefónica ofrece muchas ventajas, algunas de las que se dan en centros de atención son:

- **Accesibilidad:** Esto quiere decir que cualquier persona que tenga acceso a un

teléfono puede contactar al centro de apoyo inmediatamente, y por lo general estos centros están en operación las 24 horas del día, lo cual facilita el acceso inmediato a la relación de ayuda (Gómez, 1997).

- Control: El llamante es el que inicia y por lo tanto puede cortar la comunicación cuando a él le parezca conveniente.
- Anonimato del llamante: El no poder ser identificado es una posibilidad muy atractiva para personas que nunca buscarían un contacto cara a cara. El anonimato permite a la persona correr mayores riesgos en la expresión de experiencias dolorosas, siempre cuenta con la posibilidad de marcar si la situación se complica. Para personas con deformidades o defectos físicos visibles, el contacto telefónico reduce también la fuente de amenaza en su autoestima.
- Anonimato del orientador: Disminuye niveles de ansiedad en él, al enfrentarse a situaciones como son las personas víctimas de enfermedades terminales y contagiosas.

Algunas limitaciones son la falta de continuidad en la relación terapéutica, dificultad para establecer el seguimiento de los casos, falta de información proveniente de los mensajes no verbales y del lenguaje corporal de la persona.

Centros de orientación telefónica en el mundo

El modelo de orientación telefónica ha tenido una gran aceptación en todo el mundo, especialmente en Estados Unidos donde las primera líneas de de ayuda surgieron casi a inicios del siglo pasado, por ejemplo en España cada región cuenta con un centro de orientación y gracias a la gran demanda cada día se abren más, en México se cuenta con el servicio de SAPTEL de cruz roja mexicana, a continuación se describen algunos de estos servicios.

Teléfono De La Esperanza (La Rioja España)

El Teléfono de la Esperanza en La Rioja España recibe llamadas gratuitas y esta disponible las 24 horas del día, todos los días del año, tiene como objetivo ayudar a cualquier persona que esté sufriendo una crisis, guardando totalmente el anonimato de las personas que llaman. Es atendido por setenta y cinco voluntarios, entre los que se encuentran los 51 'orientadores'. Están especializados, han tenido formación a lo largo de dos años y continuarán formándose mientras se lleva a cabo el proyecto. Se sigue un protocolo cuando reciben una llamada: "en dado caso de que la gravedad del problema supere las posibilidades del servicio se le puede canalizar a la persona a que tenga una entrevista con un especialista.

Entre sus principios fundamentales se encuentran el respeto a la persona, la gratuidad de los servicios, el servicio permanente, el anonimato y la confidencialidad. Sus campos principales de actuación son: Intervención en crisis, prevención y formación, y inserción o atención terciaria.

Los conflictos más comunes que se atienden son: Las llamadas referidas a problemas de soledad e incomunicación, depresión, trastornos psicológicos, malos tratos, crisis de pareja y familiares y drogodependencias (Portal la Rioja, 2004).

Una Línea Para Salvar Vidas Telefónica Honduras

Tiene como objetivo brindar un servicio telefónico a las personas en situación de crisis que necesiten ser escuchadas y comprendidas para poder mitigar, su situación de angustia, conflicto, incomunicación o soledad, en la ciudad de San Pedro Sula. Cuenta con 70 agentes de ayuda, la atención telefónica comienza a las siete de la mañana y termina a las diez de la noche, todos los días del año. Se canalizan a estas personas a instituciones o lugares donde puedan ser atendidas sus necesidades concretas. Es un servicio realizado por voluntarios específicamente formados para esta misión (Rodríguez G., 2004).

SAPTEL (México)

Es un servicio de orientación, referencia y apoyo psicológico o emocional por teléfono para la población de la Ciudad de México y área Metropolitana. Se realiza con la meta de proveer atención continua y constante las 24 horas del día, y así proporcionar un servicio oportuno y eficiente para el manejo de emergencias psicológicas y crisis emocionales. Las crisis son parte del desarrollo integral y del funcionamiento humano. No son en sí enfermedades, aunque estas últimas frecuentemente pueden presentar crisis.

Objetivos de SAPTEL

La función principal de SAPTEL es proporcionar un servicio efectivo y oportuno de orientación y apoyo en problemas emocionales para la población de la ciudad de México y área Metropolitana, en particular aquellos con recursos económicos limitados.

Promover un mayor bienestar emocional al aumentar la gama de servicios en salud mental y proveer la instancia que vincula a los usuarios con los servicios existentes.

- **Objetivos Específicos.**

1. Ofrecer un servicio satisfactorio por teléfono de psicoterapia de apoyo y corta duración para situaciones de emergencia emocional y urgencia psicológica.

2. Promover y propiciar que grupos específicos y de alto riesgo, como son mujeres y personas de escasos recursos económicos, se beneficien de este servicio.

3. Fungir como enlace entre los usuarios y servicios de salud mental de diversa índole: instituciones públicas y privadas así como de voluntarios y autoayuda.

4. Establecer un sistema continuo de evaluación científica y técnica que permita identificar la problemática específica en la salud mental de los habitantes de la ciudad de México, así como desarrollar modelos específicos de intervención para dicha problemática.

5. Promover la instalación de servicios similares en otras ciudades del país y/o del continente.

FUNCIÓN

SAPTEL Cruz Roja Mexicana beneficia a la comunidad actuando de cuatro formas diferentes:

1. - Proporciona información relacionada con el uso de servicios de salud mental del área metropolitana en sus tres niveles de intervención:

- a. Primario Preventivo
- b. Secundario o de tratamiento; y
- c. Terciario o de rehabilitación.

2. - Canaliza o funge como enlace entre el usuario y el servicio especializado de salud mental que requiera.

3. - Apoya psicológicamente en casos de emergencia con programas de intervención en crisis.

4. - Para muchas personas, SAPTEL Cruz Roja Mexicana representa la única opción viable de intervención psicoterapeuta que le permite reorientar su vida, así como desarrollar estrategias y habilidades para un mejor funcionamiento individual y social (Portal SAPTEL ,2005).

Entrenamiento de los orientadores telefónicos

Los ejemplos anteriores de centros de intervención telefónica fundamentales para la formación hacen referencia al entrenamiento previo que deben llevar a cabo los futuros orientadores, Gómez (1997), ha elaborado un manual donde propone seis etapas de entrenamiento que consideramos relevante mencionar:

Primera etapa “inducción y evaluación”: Es la exploración de las expectativas y fantasías de los futuros responsables de la atención psicológica, con relación en la práctica de la intervención telefónica; lo anterior permite distinguir entre lo que se puede satisfacer legítimamente a lo largo del proceso y lo que se debe de dejar fuera por pertenecer a otras áreas. Por lo tanto permite al participante en su entrenamiento el aumento de su autoconciencia y facilita la toma de una postura responsable en su futuro trabajo con las personas.

Segunda etapa “Desarrollo sistemático de actitudes y habilidades”

En la primera parte de esta segunda etapa se requiere la revisión teórica del origen y los antecedentes históricos de la intervención en crisis; el segundo punto a tratar es el entrenamiento y desarrollo de habilidades y actitudes básicas para facilitar la

comunicación, entre las actitudes y habilidades que el orientador debe desarrollar están:

- Actitud positiva incondicional; Se describe como aceptación cálida de cualquier aspecto de la experiencia de la persona, en ella se tocan las limitaciones, fracasos, anhelos, y sentimientos de la persona. Tanto con su actitud verbal como no verbal.
- Congruencia: Congruencia significa correspondencia entre lo que la persona piensa, siente y hace. La congruencia incluye ser uno mismo a un en formas que no son consideradas como las mejores o las ideales en psicoterapia.
- Empatía: significa acercarnos a su mundo como si fuera el nuestro. Sentir su miedo coraje y confusión, como si fueran los propios, pero sin que se mezclen con la propia experiencia de esos sentimientos. La empatía es escuchar, acompañar, experimentar con el otro.
- Confrontación: Es llamar la atención a discrepancias en el comportamiento del cliente, entre lo que piensa y lo que dice; entre lo que dice y lo que hace; entre sus palabras y su lenguaje corporal; entre su auto imagen y la forma en la que los demás lo ven y entre la vida que lleva y la que le gustaría llevar. Se suele hacer verbalmente haciendo referencia a los diferentes aspectos de la comunicación de la persona.
- Asertividad: Es la capacidad para autoafirmarse y defender los propios derechos y los principios sin agredir a los demás, es una importante habilidad en el facilitador de la comunicación.

Algunas de las técnicas que se pueden usar en el entrenamiento de solución de problemas son: 1) definir el problema en términos de necesidades, 2) utilizar la "lluvia de ideas" para producir posibles soluciones, 3) seleccionar aquellas soluciones que resultan más necesarias y estimar sus posibles consecuencias, 4) establecer un plan detallado (que va a hacer, con quién, cómo, cuándo y dónde), 5) ejecutar el plan, 6) evaluar el proceso de solución del problema y posteriormente el resultado de la propuesta de solución.

Un punto importante en el entrenamiento es la preparación de los participantes en las siguientes habilidades y técnicas:

Habilidades para diagnóstico clínico: se está hablando de la utilización efectiva de técnicas de entrevista, y del empleo de técnicas de diagnóstico sencillas y rápidas de aplicar y evaluar.

Técnicas gestálticas: son útiles para liberar emociones y provocar situaciones catárticas. “para cerrar asuntos inconclusos” como las etapas finales de la elaboración del duelo, para trabajar polaridades como amor-odio, fuerza-debilidad.

Técnicas de enfoques corporales: desde dietas, ejercicios aeróbicos, hasta la utilización de diferentes tipos de masajes y relajación, la atención a los aspectos corporales durante la intervención en crisis es de importancia central. La tensión, el insomnio, la pérdida de apetito, y la alteración de distintos patrones biológicos, suelen presentarse en la mayoría de los casos y requiere atención oportuna.

La bioalimentación, la hipnosis, la biblioterapia, el control de dolor, la desensibilización sistemática, la inhaloterapia, la meditación y otras disciplinas psicocorporales pueden utilizarse con efectos positivos para el enfrentamiento de las crisis (Gómez, 1997).

Integración de la teoría y práctica: Es importante que se conozca sobre teoría de la crisis, sucesos precipitantes de la crisis, crisis circunstanciales, crisis del desarrollo, clave cognoscitiva, desorganización y desequilibrio, vulnerabilidad y reproducción de las defensas, trastornos de enfrentamiento, límites de tiempo, fases y estados, del impacto a la resolución, resultado de la crisis, enfoque genérico de la crisis y enfoque individual, pasos de la intervención en crisis, estructura general de los sistemas, entre otros.

Intervención telefónica: Se entrena en el objetivo de la intervención y se reasaltan algunas ventajas que ofrecen los centros de atención, como son: Accesibilidad, control, anonimato del llamante, el anonimato del orientador, también sobre algunas limitaciones y las fases de la primera ayuda psicológica por teléfono.

Práctica supervisada en instituciones: La tarea que se tiene que realizar es conocer a fondo el ambiente institucional. Este conocimiento se logra a través de las siguientes actividades; Inducción al ambiente institucional, observación y evaluación del ambiente institucional, formulación del programa de intervención.

Evaluación y cierre: Se pide a los practicantes que integren el reporte, de la experiencia. Los supervisores llevarán un registro individual del desempeño de sus supervisados y del cumplimiento de los objetivos del programa de entrenamiento (Gómez, 1997).

Es importante recalcar los logros y avances logrados en esta área desde los años 50's, pero aún es prioritario explorar más aplicaciones y alcances de este tipo de servicio, tal como su uso en el área educativa, insertando líneas de orientación para los estudiantes, en donde los especialistas brinden apoyo en la solución de problemas y conflictos de los alumnos. Además esto permitiría un avance tanto teórico como metodológico sustentado en la práctica de los profesionistas y un beneficio para la comunidad.

Metodología

Planteamiento del problema

El estilo moderno de vida urbana en México y la zona metropolitana se caracteriza por niveles constantes de estrés y frustración que pueden generar en cualquiera de nosotros estados emocionales disfuncionales. Entre otros elementos, la magnitud y la velocidad a la que se presentan los cambios en nuestra sociedad, están dando lugar a que personas estables emocionalmente no encuentren tiempo suficiente para adaptarse, funcionar y disfrutar de su entorno o medio ambiente. Por ejemplo, en los estudiantes universitarios se relacionan los problemas escolares con algunas situaciones críticas en su vida personal, problemas tales como muerte de un familiar, embarazo no deseado, desempleo, entre otros. Por lo tanto, para realizar la propuesta de un centro de intervención-orientación es necesario detectar los problemas a los que se enfrentan los universitarios, además conocer sus necesidades de información así como la forma en que se les puede ayudar.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la necesidad de información-orientación psicológica que tienen los estudiantes de la FESI, de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Arquitectura?

Justificación

Estudios realizados con alumnos universitarios muestran que los estudiantes tienen problemas para pedir apoyo ante situaciones críticas: depresión, problemas de pareja, embarazos no planeados, anorexia, serias dificultades para relacionarse con los padres. Muchos de los eventos estresantes que viven los jóvenes se inician en las relaciones familiares conflictivas, esto se refleja en el ámbito escolar, como por ejemplo, problemas con la autoridad, desinterés y falta de motivación para involucrarse en actividades escolares, en algunos estudios se comprobó que los alumnos de 4° a 6° semestre de la carrera de Psicología carecían de información de los efectos que podían tener los eventos estresantes en sus vidas y los vivían como algo que tenían que solucionar ellos solos, los alumnos que participaron en ellos no

pedían apoyo ante acontecimientos vitales estresantes, el argumento principal fue que por estudiar Psicología tendían que resolver solos sus problemas. En consecuencia, se presenta el abandono del hogar, el bajo rendimiento escolar y por lo tanto la deserción escolar (Moratilla, Rosete, Herrera, Campos & Zamora, 2003; Rosete, Herrera, Campos, Zamora & Moratilla, 2003 y PDP, 2003-2004).

Datos obtenidos del Proyecto de Desarrollo Personal y profesional para Estudiantes (PDP) muestran que en el 2005 se atendieron a 1342 alumnos de todas las carreras en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y en el 2006 fueron 1470 los estudiantes canalizados a sus cuatro líneas de trabajo (micro talleres, psicoterapia individual, talleres largos y sensibilización), además se destaca que la carrera con mayor numero de casos por depresión es la de Medicina, el PDP ha logrado grandes avances en la atención a los miembros de la comunidad estudiantil de la Facultad, pero no se ha podido eliminar el problema del abandono de la atención por parte del alumnado (PDP, 2005-2006).

Hipótesis

Los estudiantes Universitarios de nuevo ingreso desconocen los servicios de apoyo psicológico que se da en sus facultades y no acuden a estos ante situaciones críticas: depresión, problemas de pareja, embarazos no planeados, anorexia, serias dificultades para relacionarse con los padres.

Objetivo General:

Definir los lineamientos que permitan diseñar un centro de intervención-orientación telefónica, que brinde apoyo psicológico a los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Objetivos específicos:

- Elaborar una escala de medición que identifique la percepción sobre el apoyo psicológico, y la necesidad de recibirlo por parte de los estudiantes, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Arquitectura de la UNAM.
- Describir y clasificar las respuestas de los encuestados en relación con la facultad a la que pertenecen y su nivel de acuerdo y desacuerdo.

Método

Participantes: Para esta investigación se utilizaron a 100 Estudiantes universitarios seleccionados de forma aleatoria de tres diferentes facultades, en las cuales contamos con todas las facilidades para aplicar el cuestionario y que se distribuyeron de la siguiente forma; 32 de la carrera de psicología de la FESI, 35 de la Facultad de Psicología y 33 de la Facultad de Arquitectura, 35 hombres y 65 mujeres, de los cuales 74 son estudiantes de tiempo completo y 26 trabajan.

Materiales: Hojas, lápices.

Instrumento: Se elaboró un cuestionario de 42 preguntas para identificar la percepción del apoyo psicológico y la necesidad de recibirlo por parte de los alumnos, se compone de cuatro partes, la primera consistió de los datos demográficos, la segunda fue para obtener datos sobre tiempo dedicado al ámbito académico (reactivos 1, 2, 3, 4), el consumo de alcohol y otras sustancias (reactivos 13, 14, 15, 16), rendimiento académico (reactivos 5, 7, 8, 9), y comunicación (reactivos 6, 10, 12), la tercera parte estaba compuesta por preguntas sobre conocimiento de los servicios de atención psicológica de las facultades y de la UNAM (reactivos 17, 18, 19, 20, 21) y afrontamiento de problemas familiares (reactivos 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28), la cuarta parte corresponde a la escala de actitud sobre los servicios de atención psicológica (29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42), posteriormente se aplicó una prueba de confiabilidad la Alpha de Cronbach cuyo valor obtenido fue de **0.780** lo cual quiere decir que es confiable.

Aparato: Computadora con programa SPSS.

Procedimiento: En una primera fase se realizó el pilotaje con un cuestionario de preguntas abiertas con 25 estudiantes universitarios, para identificar los reactivos apropiados para la versión final del instrumento; después de un análisis se ajustó una versión del cuestionario con preguntas cerradas para facilitar su ejecución y tiempo de respuesta, posteriormente se les aplicó el cuestionario a los 100 participantes de 3 facultades de la UNAM, la FESI en su carrera de psicología, la Facultad de Psicología y la Facultad de Arquitectura, se capturaron los datos obtenidos en una base de datos en el programa SPSS, se prosiguió con el análisis de los datos con ayuda del mismo programa, y se obtuvo la confiabilidad.

Resultados

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron de la aplicación del instrumento usado en esta investigación a los estudiantes universitarios, de tres facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Datos demográficos:

Los participantes de esta investigación se distribuyen de la siguiente forma; 32 de los estudiantes pertenecen a la carrera de psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 35 son de la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, 33 de la Facultad de Arquitectura, 35 hombres y 65 mujeres, de los cuales 74 son estudiantes de tiempo completo y 26 trabajan, los jóvenes de la muestra fueron seleccionados por el nivel de la carrera en que se encontraban (segundo semestre de la carrera) y por las facilidades prestadas en las tres facultades mencionadas.

Tiempo que los estudiantes de la muestra dedicaban al ámbito académico: De los datos que corresponden al área académica se encontró que la mayor cantidad de estudiantes de las tres facultades dedicaban su tiempo completo a sus carreras, esto corresponde al 77% y muy pocos trabajan el 23%, complementado esta información la tabla 1 nos muestra que la mayoría de los alumnos encuestados ocupaban entre 6 y 8 horas de su día asistiendo a la escuela.

Horas al día dedicadas a la escuela					
Horas	2	4	6	8	10
Estudiantes	2%	4%	26%	46%	22%

Tabla 1. Porcentaje de horas que dedicaban los estudiantes encuestados a la escuela.

Rendimiento académico:

También se pudo observar que el 54% de los encuestados tuvieron un bajo rendimiento académico en una o más de sus materias y a la mayoría de los alumnos les fue difícil adaptarse a la forma de trabajo en la universidad. El 27% de ellos

contestaron que los motivos de su bajo rendimiento es el poco interés y el 31% es la falta de organización.

Cuales consideras que son los motivos de tu bajo rendimiento académico	
Poco interés	27%
Problemas emocionales	6%
Problemas con el profesor	5%
Falta de organización	31%

Tabla 2. Posibles motivos del bajo rendimiento de los alumnos encuestados.

Comunicación:

La mayor parte de los alumnos encuestados pidieron ayuda cuando tuvieron problemas relacionados con el aprovechamiento en sus materias, en la muestra corresponde al 78%, la mitad de ellos recurrieran a sus profesores, y creen que estos son la mejor opción en el caso de seguir teniendo problemas. Únicamente un 3% contestaron asistir a los servicios de atención psicológica.

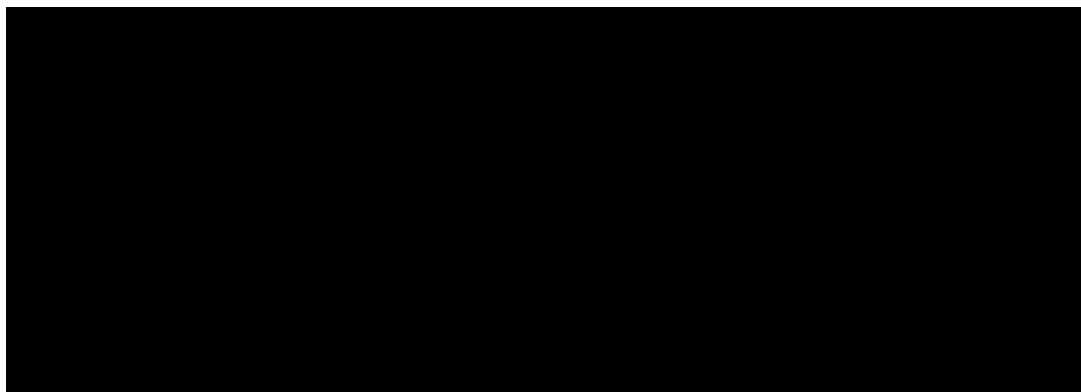


Figura 1. Personas a las que recurren o han recurrido los alumnos en caso de tener problemas con sus materias.

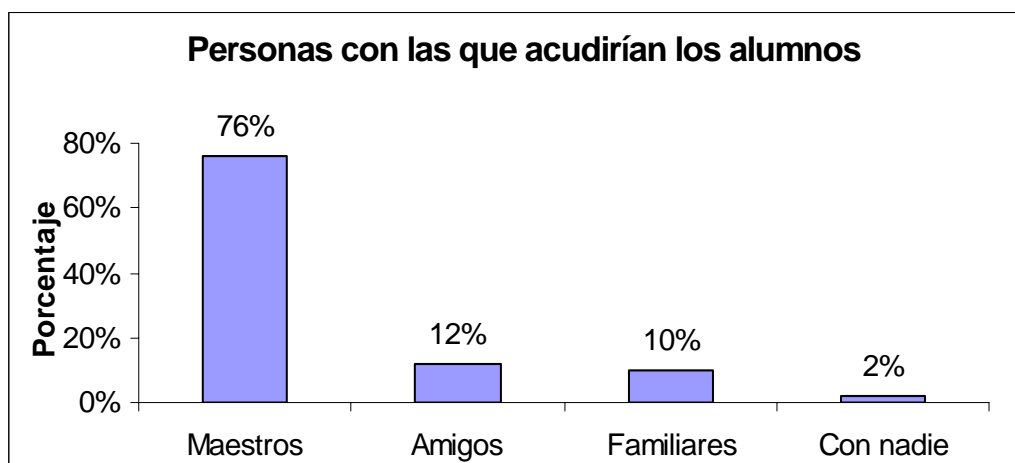


Figura 2. Personas a las cuales recurrirían los encuestados en caso de tener dificultades en su carrera.

Consumo de alcohol y otras sustancias:

En el área de consumo de alcohol y otras sustancias menos de la mitad de los participantes contestaron que consumían alcohol o algún otro tipo de sustancias, entre estas la que consumían más es el alcohol y lo hacían de 1 a 2 veces por semana.

Consumes alcohol o algún otro tipo de sustancia	
Si	No
45%	55%
Que tipo de sustancias	
Alcohol	79%
Tabaco	17%
Cocaína	4%
Consumo por semana	
1 a 2 veces	60%
3 a 4 veces	13%
5 a 6 veces	9%
Esporádicamente	18%

Tabla 3. Frecuencia del consumo de alcohol y otras sustancias, por los alumnos encuestados.

En preguntas posteriores el 66% de los encuestados contestaron que algunas veces los problemas familiares hacen que tengan un bajo rendimiento académico, el

91% contestó que no consumían alcohol por problemas familiares. Con respecto a sí su forma de beber les ocasionaba problemas el 89% dijo que nunca, el 71% indicaron que estaban muy de acuerdo en que al consumir alcohol los problemas se van. Y por ultimo el 71% dijeron que era normal emborracharse de 1 a 2 veces por semana.

Servicios de atención psicológica:

Un gran porcentaje de los alumnos de la muestra no conoce los servicios de atención psicológica que ofrece la UNAM, en la figura 4 se puede ver que los participantes en su mayoría contesto saber sobre los servicios psicológicos existentes en su facultad, mencionando que se habían enterado de estos por medio de sus profesores, de los que conocían el servicio el 19% lo califico como muy bueno y un 23 % como bueno.

¿Conoces los servicios de atención psicológica que se brinda en la UNAM?	SI	NO
	33%	67%

Tabla 4. Porcentaje de alumnos que conocen los servicios de atención psicológica de la UNAM.

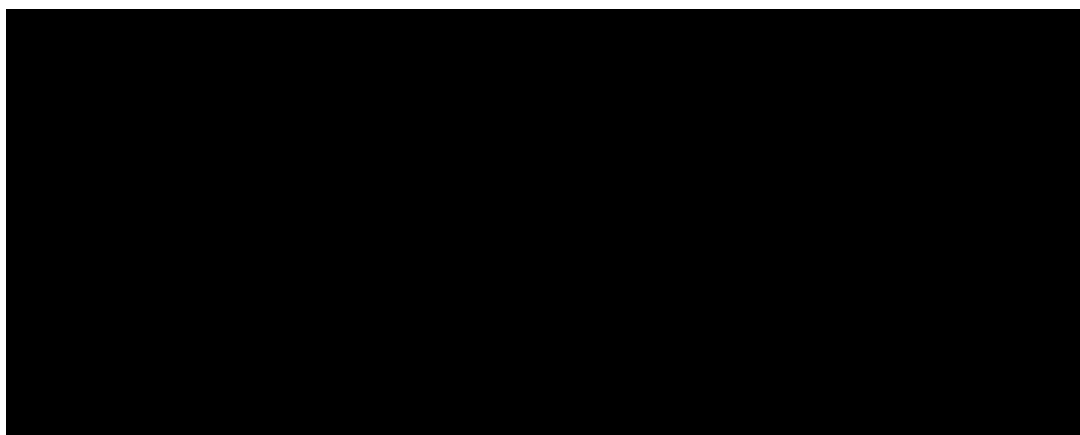


Figura 3. Porcentaje de los alumnos encuestados que conocen los servicios de orientación y apoyo psicológico en su facultad.

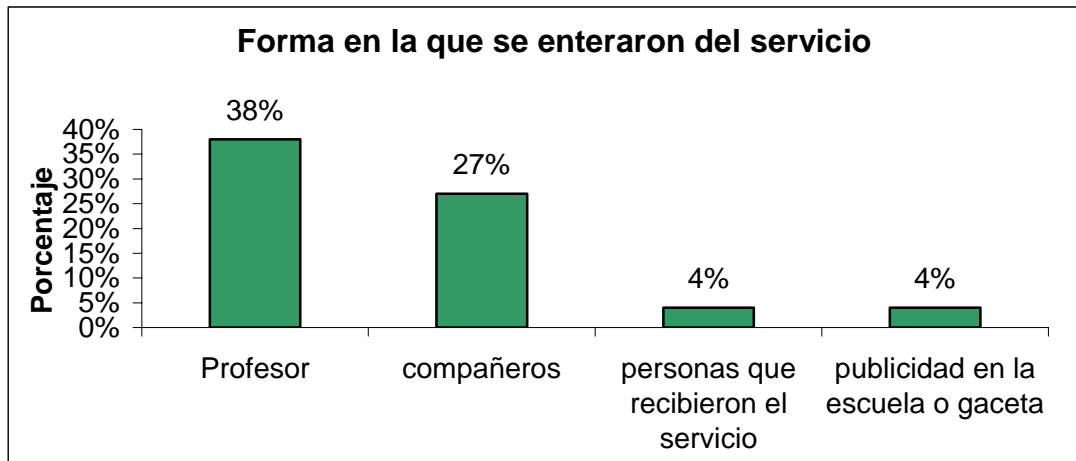


Figura 4. Forma por medio de la cual los alumnos encuestados se enteraron de los servicios de atención psicológica de su facultad.

Estrés y afrontamiento de problemas familiares:

En su gran mayoría los encuestados contestaron que los problemas familiares influían algunas veces en su rendimiento académico.

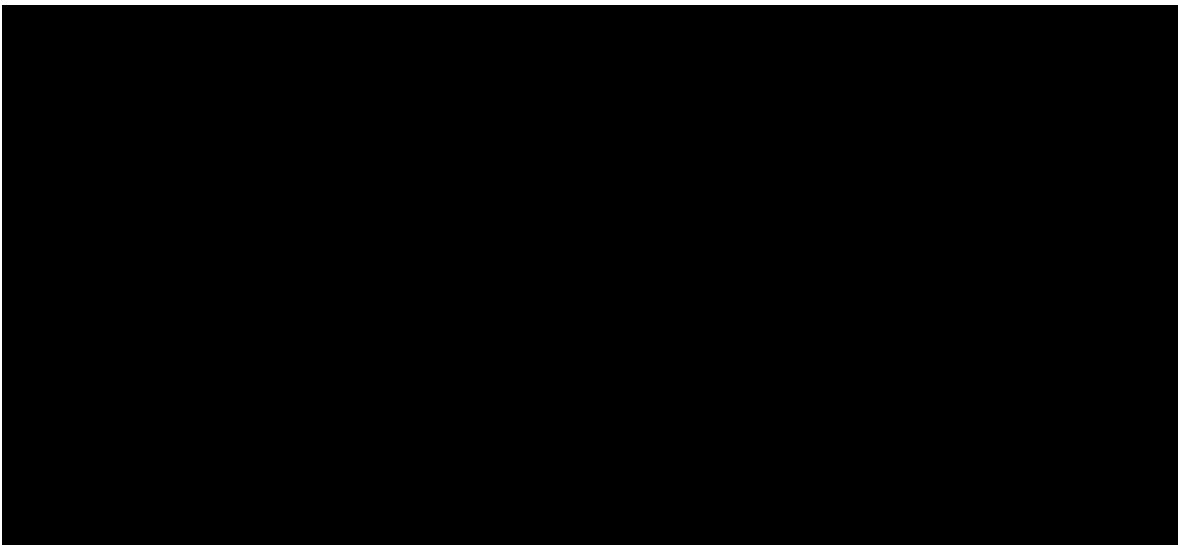


Figura 5. Porcentaje de alumnos encuestados que contestaron que los problemas familiares repercuten en su bajo rendimiento académico.

El 66% de los encuestados contestaron que algunas veces los problemas familiares hacen que tengan un bajo rendimiento académico, el 91% contestó que no consumían alcohol por problemas familiares. Con respecto a sí su forma de beber les ocasionaba problemas el 89% dijo que nunca, el 71% indicaron que estaban muy

de acuerdo en que al consumir alcohol los problemas se van. Y por ultimo el 71% dijeron que era normal emborracharse de 1 a 2 veces por semana.

	Psicología Iztacala	Psicología C.U.	Arquitectura	total
Bajo rendimiento académico por problemas familiares	Algunas veces 65.60%	Algunas veces 57.10%	Algunas veces 75.80%	66%
Consumo de alcohol ante problemas familiares	Nunca 84.40%	Nunca 91.40%	Nunca 97%	91%
Problemas familiares por el consumo de alcohol	Nunca 90.60%	Nunca 82.90%	Nunca 93.90%	89%
Al consumir alcohol los problemas se van	Muy de acuerdo 65.60%	Muy de acuerdo 68.60%	Muy de acuerdo 78.80%	71%
Es normal emborracharse de 1 a 2 veces por semana	Muy de acuerdo 71.90%	Muy de acuerdo 62.90%	Muy de acuerdo 78.80%	71%

Tabla 5. Comparación de las respuestas de los encuestados en preguntas relacionadas con el consumo de alcohol.

La mayoría de los encuestados no ha considerado el suicidio como una alternativa, únicamente 11 personas, 3 siempre, 1 muy frecuentemente, y 7 algunas veces.

	Siempre	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	nunca
FESI	1			3	28
Psicología	1			1	33
Arquitectura	1	1		3	28

Tabla 6. Actitud de los alumnos universitarios hacia el suicidio como alternativa a sus problemas.

Actitud hacia los servicios de atención psicológica:

Más de la mitad de todos los alumnos encuestados de las tres facultades

contestaron que estaban muy de acuerdo en que se tenía que estar muy deprimido

para pedir ayuda, en su gran mayoría los estudiantes estaban muy de acuerdo en que al pedir ayuda parecen débiles ante otros, y solo unos pocos contestaron que

estaban de acuerdo o muy de acuerdo en que les daba miedo o pena que otros se enterarán de sus problemas, que corresponde al 33% de toda la muestra.

	Psicología Iztacala	Psicología C.U.	Arquitectura	total
Se tiene que estar muy deprimido para pedir ayuda	Muy de acuerdo 62.50%	Muy de acuerdo 85.70%	Muy de acuerdo 48.50%	66%
Al pedir ayuda parezco débil ante los otros	Muy de acuerdo 78.10%	Muy de acuerdo 77.10%	Muy de acuerdo 64%	73%
Me da miedo o pena que se enteren de mis problemas	Muy de acuerdo 28.10%	Muy de acuerdo 34.30%	Muy de acuerdo 36.40%	33%
	De acuerdo 31.30%			

Tabla 7. Actitud de los alumnos encuestados con respecto a pedir ayuda.

El mayor porcentaje de los alumnos encuestados contestaron que estaban muy de acuerdo en que la ayuda psicológica es una forma de apoyo para resolver sus problemas. En la figura 6, se observa que en su mayoría los alumnos encuestados están muy de acuerdo en que solo piden ayuda los que no saben o no tienen habilidades para resolver problemas. En la figura 8, se puede ver que un gran número de los alumnos de las tres facultades están muy de acuerdo en que pedir ayuda es cuestión de género.

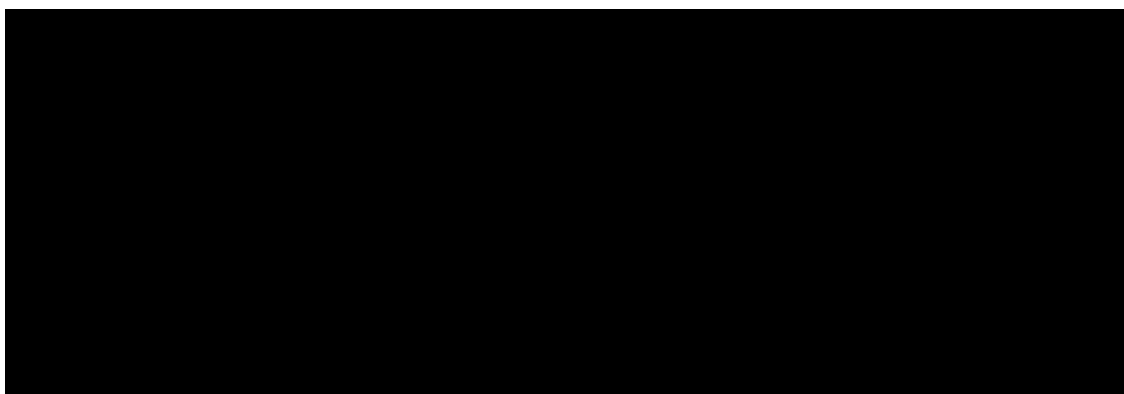


Figura 6. Alumnos encuestados que están de acuerdo en que la ayuda psicológica es una forma de apoyo para resolver sus dificultades.

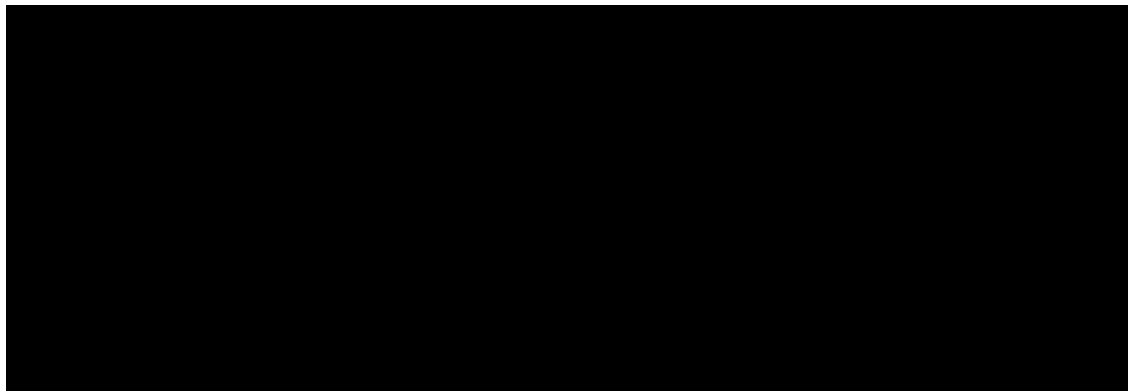


Figura 7. Alumnos encuestados que creen que solo piden ayuda los que no tienen habilidades para resolver problemas.

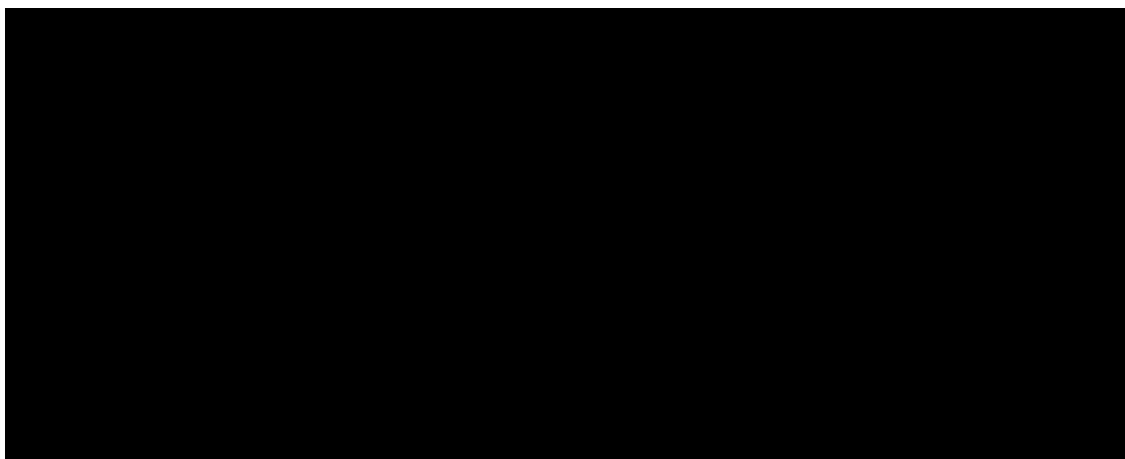


Figura 8. Alumnos encuestados que creen que pedir ayuda es cuestión de género.

Un gran porcentaje de los alumnos de la muestra contestaron que estaban muy de acuerdo en que una persona saludable afronta sus problemas. En la figura 10, los encuestados en su mayoría estuvieron muy de acuerdo en que por ser alumnos universitarios no necesitaban ayuda para resolver sus problemas. En la figura 11, se puede ver que la gran mayoría de ellos están muy de acuerdo en que una forma de afrontar los problemas y dificultades son los servicios psicológicos y médicos.

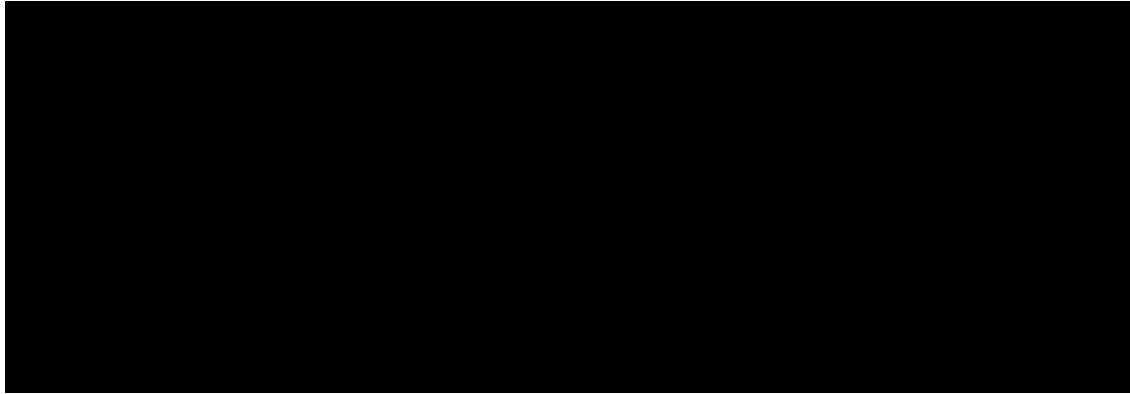


Figura 9. Alumnos encuestados que consideran que una persona saludable afronta sus problemas.

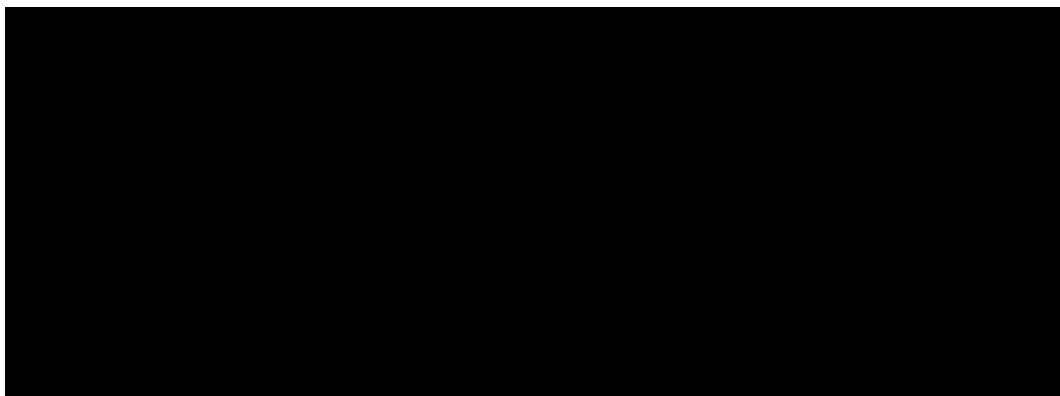


Figura 10. Alumnos encuestados que consideran que por ser universitarios no necesitan ayuda para resolver sus problemas.

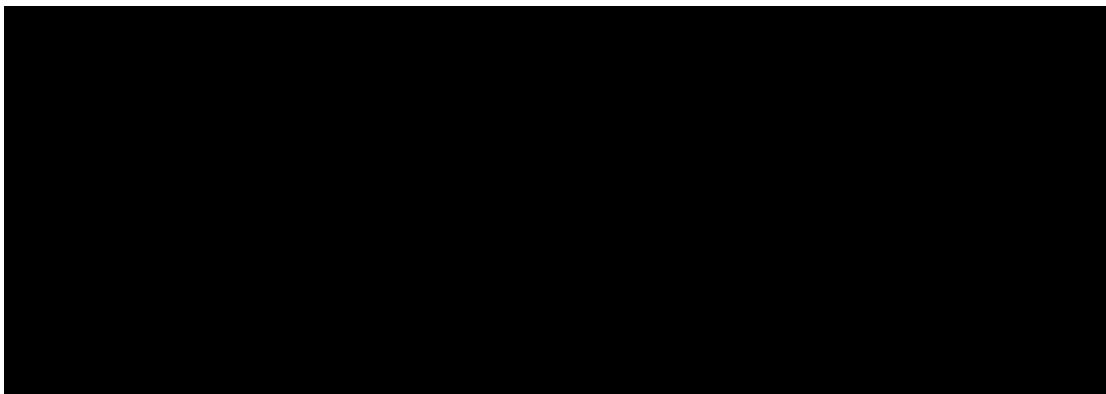


Figura 11. Alumnos encuestados que consideran que una forma de afrontar los problemas es mediante el apoyo psicológico o médico.

Un gran porcentaje de los alumnos encuestados contestaron que estaban de acuerdo y muy de acuerdo en que una muestra de salud psicológica son las

relaciones positivas. La mayoría de ellos contestó que estaban muy de acuerdo en que la salud psicológica se puede prevenir o cuidar, y solo el 29% estaba muy de acuerdo en que los problemas cotidianos tienen relación con la salud psicológica.

	Muy de acuerdo	De acuerdo
Las relaciones positivas y sanas son una muestra de salud psicológica	42%	26%
	Muy de acuerdo	De acuerdo
La salud psicológica es algo que se puede prevenir o cuidar	42%	35%
	Muy de acuerdo	De acuerdo
Los problemas cotidianos que provocan conflictos tienen relación con la salud psicológica	29%	35%

Tabla 8. Actitud de los encuestados sobre la salud psicológica.

Conclusiones

En esta investigación encontramos información sobre el conocimiento de los servicios de atención psicológica que tienen los alumnos de los primeros semestres de la carrera universitaria de tres facultades de la UNAM, además de saber su actitud y disposición a hacer uso de ellos. También obtuvimos datos acerca del consumo de alcohol en los jóvenes encuestados.

Como se puede observar en los resultados anteriores los estudiantes universitarios de la muestra respondieron que les había sido difícil adaptarse a la forma de trabajo en sus carreras, y esto se hacía evidente pues refirieron tener un bajo rendimiento académico en por lo menos una materia, la gran mayoría de ellos no trabajan, por lo tanto este tipo de actividad no afecta en su desempeño escolar. Cuando tienen problemas de bajo rendimiento acuden con sus profesores y los que no lo han hecho consideran esto como una opción, por otra parte los alumnos piensan que la falta de organización y el poco interés son las causas de su bajo rendimiento. Estos resultados coinciden con algunos encontrados en la investigación de Moratilla, Rosete, Herrera, Campos y Zamora (2003), sobre todo en los motivos del bajo rendimiento académico, entre estos se destacaban la falta de motivación para involucrarse en actividades escolares, además esa investigación obtuvo como dato relevante que los estudiantes no piden ayuda psicológica cuando tienen problemas, lo anterior también fue comprobado en esta investigación.

La mitad de los alumnos encuestados consumen algún tipo de droga, siendo el alcohol la que más predomina y consideran que es normal hacerlo de 1 a 2 veces por semana. Además mencionaron recurrir a esa sustancia en algunas ocasiones cuando tienen problemas. Esto coincide con el estudio llevado a cabo por Rojas, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Villatoro, Berenzon y López (1995), en cuanto a la prevalecía en el consumo de alcohol en estudiantes, en dicho trabajo los jóvenes en promedio consumían más alcohol que otro tipo de sustancias y entre mayor era la edad de los participantes aumentaba la cantidad y frecuencia al hacerlo. Lo anterior puede tener grandes consecuencias no sólo en la salud física de los encuestados, también puede llegar a afectar la forma en la que se relacionan con otras personas

ya sea en su familia, amigos o en el ámbito escolar, aunque esto no pudo verse reflejado en esta investigación.

Es sobresaliente que un gran número de los encuestados no conocen los servicios de atención psicológica de la UNAM, aunque dicen saber sobre la asistencia y apoyo psicológico que se da en sus Facultades. La mayoría de ellos se han enterado de este tipo de atención por medio de sus profesores y no por la publicidad dentro de su institución.

Pasando a otro tema a diferencia del estudio realizado por López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1995), sobre la ideación suicida, los encuestados no consideran el suicidio como una posibilidad.

Los alumnos de la muestra contestaron que tienen que estar muy deprimidos para pedir ayuda, que al hacerlo pueden parecer débiles ante otras personas, además de que les da pena que se enteren de sus problemas, consideran que los que llegan a hacerlo carecen de habilidades para resolver sus dificultades y que mayoritariamente lo hacen las mujeres, por otra parte respondieron que la asistencia psicológica es una forma para resolver conflictos, que es saludable acudir a ésta, pero ellos no la necesitan por que están en la universidad. Lo anterior complementa la información de Moratilla, Rosete, Herrera, Campos y Zamora (2003) en cuyo estudio detectaron que los alumnos no piden apoyo aunque reconocen que tienen problemas. Esto nos dice que los alumnos de la muestra están renuentes a hacer uso de los servicios que se les ofrecen aun que se les den todas las facilidades para que acudan a ellos. Por lo tanto tienen una actitud poco positiva al apoyo psicológico, así que dentro de nuestra propuesta estaría brindar un proceso previo de sensibilización con los alumnos de primer ingreso en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Lo anterior podría esperarse en los alumnos de la Facultad de Arquitectura, donde existen más estudiantes varones, pero es muy interesante encontrar este tipo de respuestas en la Facultad de Psicología y en la FESI, puesto que hay una mayor cantidad de mujeres dentro de su población en la carrera de psicología y el aprendizaje está más enfocada hacia las áreas de la salud.

Uno de los objetivos de este trabajo fue presentar la percepción sobre el apoyo psicológico, y la necesidad de recibirlo por parte de los estudiantes, de la FESI, de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Arquitectura. Como se puede observar en los párrafos anteriores los participantes no consideran necesitar ayuda o apoyo psicológico, y creen tener todas las capacidades y habilidades para resolver sus problemas ellos solos.

También se puede observar que más de la mitad consideran que los problemas familiares afectan algunas veces su rendimiento académico, casi en su totalidad los alumnos de la muestra contestaron que no consumían alcohol cuando han llegado a tener problemas en su familia, y además su forma de beber no les ocasiona conflictos, pero un elevado porcentaje considera que los problemas se van cuando consumen alcohol o se drogan y mencionaron que es normal hacerlo de 1 a 2 veces por semana. Esto nos lleva a interrogarnos ¿por qué personas que dicen no beber responden que están muy de acuerdo en los problemas se pueden evadir al consumir alcohol? Y ¿qué sucede dentro de la familia de los estudiantes si el consumo de este tipo de sustancias de 1 a 2 veces por semana no les ocasiona problemas?, en este caso podría ser que existe una doble moral implicada, aunque con el instrumento no lo podemos probar si encontramos que existe una discrepancia entre las respuestas y por lo tanto ellos han aprendido a que pueden aparentar, mientras consumen todo el alcohol que quieren.

Pese a lo anterior más de la mitad de los encuestados consideran que una persona saludable enfrenta sus problemas y que una forma de hacerlo es mediante el apoyo psicológico y médico, aunque un gran porcentaje de ellos contestaron estar muy de acuerdo en que por ser universitarios no necesitan de ayuda para resolver sus problemas. Por lo tanto como lo hemos dicho anteriormente no harían uso de los servicios de ayuda psicológica.

Por último un porcentaje significativo contestaron estar muy de acuerdo o de acuerdo en que las relaciones positivas y sanas son una muestra de salud psicológica, además consideran que la salud psicológica es algo que se puede cuidar y que los problemas cotidianos tienen relación con la salud psicológica. Esto nos dice que pese a la actitud negativa de hacer uso de los servicios de ayuda

psicológica los encuestados pueden promover que otros acudan a recibir apoyo para resolver sus problemas.

El tipo de investigación que llevamos a cabo tuvo algunas limitaciones, es importante destacar que esto fue a consecuencia del diseño del instrumento, pero consideramos que antes de justificar el Centro de Intervención-Orientación, se debe tener un trabajo de sensibilización con los estudiantes de primer ingreso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, con el objetivo de lograr una mayor apertura por parte de ellos a hacer uso de los servicios de ayuda psicológica que se dan en la FESI. Estudios posteriores podrían arrojar más información que lograría ser útil, sobre todo para mejorar el acceso de los alumnos de primer ingreso a los servicios de orientación y apoyo psicológico, Como podemos ver existe un desconocimiento real del como hacer uso de los servicios de apoyo psicológico, tal vez la siguiente exploración deba estar encaminada específicamente hacia este rubro.

Pese a la renuencia de los encuestados de hacer uso de los servicios de apoyo psicológico, consideramos importante el brindar un servicio de fácil acceso de atención rápida y anónima, pues esto ya ha sido implementado en otras universidades, y es una forma de vincular la orientación educativa con los servicios de atención psicología y la comunidad estudiantil de las instituciones educativas, como por ejemplo la Universidad de los Andes (2004) que implementó un servicio de intervención telefónica, y cuyo objetivo fue ofrecer atención oportuna y especializada a los estudiantes que enfrenten acontecimientos vitales inesperados que los desestabilicen emocionalmente.

Planeación Profesional de Proyecto

Centro de Intervención-Orientación de la Facultad de Estudios Superopres Iztacala (CIOFESI)

Misión: Facilitar a los estudiantes de nuevo ingreso su incorporación a la carrera universitaria en la Facultad, además de fungir como conexión entre toda la comunidad Iztacalteca y los servicios de atención psicológica ofrecidos en la institución por medio de la intervención telefónica.

Visión: Incorporar a los distintos niveles de la comunidad, desde los estudiantes, facilitadores, profesores y directivos, en la difusión y uso del servicio, proporcionar entrenamiento a los estudiantes interesados en el desarrollo de habilidades en la intervención telefónica y brindar un servicio rápido de canalización de los usuarios a los servicios de atención psicológica de la facultad.

Objetivo general: Proporcionar un servicio de fácil acceso, rápido y confiable, a estudiantes de toda la Facultad, informando sobre los distintos tipos de asistencia psicológica y canalizarlos a ellos.

Objetivos específicos:

Aprobación del proyecto.

- Presentar el proyecto ante las autoridades correspondientes.
- Lograr el patrocinio de la institución y contar con el visto bueno para el arranque del centro.
- Contar con un espacio geográfico dentro de la facultad donde establecer el centro de operaciones.
- Reunir todos los materiales necesarios para el funcionamiento del centro (computadoras, teléfonos, diademas, impresoras, papel, copiadora, archiveros, escritorios, consumibles)

Instrucción teórica y técnica.

- Formar un grupo de interesados en desarrollarse como Facilitadores telefónicos, totalmente comprometidos con el servicio.
- Capacitar a los estudiantes del grupo en intervención en crisis, intervención telefónica, e información sobre los servicios de la facultad.
- Designar al coordinador del grupo.

Inicio de atención.

- Hacer prueba piloto.
- Arrancar con el servicio.

Propaganda.

- Difundir el centro de Intervención- Orientación y el tipo de servicio ofrecido en él.

Control y comunicación.

- Llevar un registro sobre las actividades realizadas (tipo de llamadas, motivos de consulta y servicio al que fue canalizado)
- Entregar reporte semestral de actividades.

Población objetivo: Alumnos universitarios de todos los semestres de las carreras de Medicina, Psicología, Biología, Enfermería y Optometría de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Participantes clave:

- Director general.
- Supervisores.
- Facilitadores.

Gerente general:

- Director del centro de Intervención - Orientación

Patrocinadores:

- Universidad Nacional Autónoma de México

- Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Alcance:

- Montaje físico del centro.
- Capacitación de los facilitadores.
- Enlace de los servicios psicológicos de la facultad.
- Difusión del centro.
- Arranque de la atención telefónica.

Tiempo:

- Un semestre para lograr la primera fase del proyecto que incluye desde lograr el permiso, patrocinio, entrenamiento del grupo, y prueba piloto. Al arrancar el centro los horarios de los servicios serán establecidos.

Recursos Humanos:

- Director general
- Supervisores
- Jefe de la carrera de psicología
- Director de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala
- Grupo de estudiantes Universitarios voluntarios

Calidad:

Conocimientos teóricos y técnicos.

- Los Facilitadores deben manejar todos los supuestos básicos de los modelos de intervención en crisis y telefónica de los 3 modelos revisados en el entrenamiento Slaikeu, Roberts y Rubin y Bloch, lo anterior se sugiere por que se formaran especialistas en la orientación telefónica y con esto dar un servicio óptimo a los usuarios.

- El coordinador debe manejar los temas anteriores y además contar con habilidades facilitadores, liderazgo y manejo de grupo.

Equipo de trabajo y software.

- Las computadoras deben ser de última generación y contar con el sistema operativo más reciente, además de los programas necesarios para elaborar la base de datos.
- La base de datos debe ser actualizada día con día, sin faltas de ortografía y agrupando los las llamadas por tipo de consulta, edad, sexo, carrera y tipo de servicio al que fue canalizado.

Trato cotidiano

- La actitud de los facilitadores deberá ser totalmente respetuosa, todo aquel que incurra en una falta de respeto será sacado del proyecto.

Comunicación.

- El centro se compromete a entregar un reporte semestral en el cual se haga saber a las autoridades correspondientes los alcances del centro.

Integración:

- Base de datos.
- Reporte semestral de la operación del centro.

Costos:

- 5 o 6 computadoras con precio no mayor a cinco mil pesos.
- 5 o 6 alumnos voluntarios becados semestralmente, de cuatro a cinco mil pesos cada uno.
- Teléfonos, conexión a Internet, precio no determinado.
- Consumibles, no determinado.

Riesgos:

- No contar con el apoyo de las autoridades.

- No contar con el presupuesto necesario para el centro.
- No lograr el interés de los estudiantes para ser voluntarios.
- Tener poca difusión.
- Que los servicios de canalización no sean los adecuados para las necesidades de la población.

Abastecimientos:

- Tiendas de computación.
- Servicios de telefonía.

Relación entre participantes clave:

- De los usuarios con los facilitadores, clara, rápida, respetuosa.
- Del coordinador con los facilitadores, constante, clara, debe resolver sus dudas e intervenir cuando va fallas en el desempeño de estos. Elaborar juntas semanales de retroalimentación.
- Del coordinador con la gerente general cada semana en las juntas semanales.
- Del coordinador con las autoridades mensualmente con la entrega del reporte de actividades.

Bibliografía

- Calderón, A. (2004). Los cinco componentes de los primeros auxilios emocionales en la intervención en crisis. Disponible en red: <http://www.monografias.com/trabajos15/intervencion-en-crisis/intervencion-en-crisis.shtml>
- Duarte Sánchez, P. (1992). Ayuda breve y de emergencia. México: COVAC Ediciones.
- Espino, A. (2005). Intervención en crisis una estrategia para el psicólogo clínico. Reporte de trabajo profesional para obtener el título de Licenciada en psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Gómez J. (1997). Intervención en las crisis: manual para el entrenamiento, México: Plaza y Valdés editores.
- López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon & Rojas (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. **Salud mental**. 18, 4, 25-32.
- Moratilla, Rosete, Herrera, Campos & Zamora, (2003). Análisis de las condiciones vinculadas con la reprobación de estudiantes de psicología, desde su perspectiva, ponencia presentada en el Instituto Nacional de Antropología e Historia a través de la dirección de etnología y antropología social, la Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- *PDP (2006)*. Proyecto de Desarrollo Personal y Profesional para Estudiantes, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Portal SAPTEL (2005). Servicio SAPTEL Cruz Roja Mexicana, 25 párrafos, disponible en red: <http://www.saptel.info>
- “Portal la Rioja” (2004). Teléfono de la esperanza, 19 párrafos, disponible en red: <http://www.larioja.com/edicion/portada.html>
- Raber, M, Dyck, G. (1991). Control emocional y salud mental. México: Trillas.
- Roberts, A. (2000). Crisis intervention handbook, assessment, treatment, and research. New York: Oxford University Press.
- Rodríguez G. (2004), Una línea para salvar vidas, 25 párrafos, disponible en red: <http://www.laprensahn.com/nacionales>

- Rojas, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Villatoro, Berenzon & López (1995). El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México. **Salud Mental**. 18, 3, 22-27.
- Rosete, Herrera, Campos, Zamora & Moratilla, (2003 y PDP, 2003-2004). La reprobación en alumnos universitarios, *Ponencia en el II Congreso de Psicología de la Salud. Cartagena Colombia, Septiembre 2003.*
- Rubin, B. y Bloch, E. (1998). Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. España: Desclée de Brouwer.
- Sánchez-Sosa, Jurado-Cárdenas & Hernández- Guzmán (1992). Episodios Agudos de Angustia Severa en Adolescentes: Análisis Etiológico de predoctores en la crianza y la Interacción Familiar. **Revista Mexicana de Psicología**. 9, 2, 101-116.
- Slaikeu, K. (1988). Intervención en Crisis. México: Manuel Moderno.
- Universidad de los Andes (2004). Centro de intervención en crisis telefónica, disponible en red: <http://www.uniandes.edu.co/home-visitantes/>

ANEXO

El propósito del presente cuestionario es identificar las necesidades de orientación de los estudiantes universitarios, tu participación es totalmente anónima, los datos que proporciones serán usados únicamente para esta investigación.

Instrucciones. Lee cuidadosamente cada pregunta y responde honestamente lo que se te pide.

DATOS GENERALES

¿Qué carrera cursas?

¿En qué Facultad?

Semestre que cursas 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° 9°

¿Qué edad tienes? _____ años

Sexo () Masculino () Femenino

Sección 1 Instrucciones: Lee con cuidado cada pregunta y tacha la respuesta adecuada

1. ¿Eres estudiante de tiempo completo? a) si b) no

2. ¿Cuántas horas al día dedicas a la escuela? 2 4 6 8 10

3. ¿Actualmente trabajas? a) si b) no

4. ¿Cuántas horas al día trabajas? 2 4 6 8 10

5. ¿Te fue difícil adaptarte a la forma de trabajo en la universidad (carrera universitaria)?

a) Muy difícil en general b) Difícil en algunas materias c) No tuve dificultades

d) Otras (Indicar)

6. ¿Con quién acudirías en caso de tener dificultades en tu carrera?

a) Maestros b) Amigos c) Familiares

d) Otros (Indicar)

7. Tu desempeño académico en el semestre actual ha sido:

a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo

8. ¿En el semestre actual has tenido un bajo rendimiento académico en una o más materias?

a) Si b) No

9. ¿Cuáles consideras que son los motivos de tu bajo rendimiento académico?

10. ¿Has pedido ayuda o consejo cuando tienes dificultades relacionadas con tus materias?

a) Si b) No

11. ¿Cuando tienes dificultades relacionadas con tu carrera universitaria a quién has recurrido?

a) Maestros b) Amigos c) Familiares d) Atención psicológica

d) Otros (Indicar)

12. ¿A quién has recurrido cuando tienes dificultades personales?

a) Maestros b) Amigos c) Familiares d) Atención psicológica

d) Otros (Indicar)

13. ¿Consumes alcohol o algún otro tipo de sustancia? a) si b) no

14. Si consumes ¿qué tipo de sustancias son?

a) Alcohol b) Tabaco c) Marihuana d) Cocaína e) Drogas sintéticas

f) Otras (Indicar) _____

15. ¿Con qué frecuencia?

a) De 1 a 2 veces por semana b) De 3 a 4 veces por semana c) De 5 a 6 veces por semana

d) Otras (Indicar) _____

16. ¿Cuándo consumes alcohol u otras sustancias lo haces solo o en compañía de alguien?

a) Lo hago en lugar con mucha gente b) Solo con mis amigos

c) lo hago cuando estoy solo d) siempre lo hago estando solo y acompañado

Sección 2 Instrucciones: Lee cada pregunta y tacha la respuesta adecuada
--

17. ¿Conoces los servicios de atención psicológica que se brindan en la UNAM?

- a) Si b) No

18. ¿En tu Facultad existe un servicio de orientación o apoyo psicológico?

- a) Si b) No

19. Si tu Facultad cuenta con este servicio ¿de qué manera te enteraste?

- a) Por profesores b) Por compañeros c) Por una persona que recibió el servicio
d) por publicidad dentro de la escuela o Gaceta e) Otras (Indicar) _____

20. Nombra los servicios de atención psicológica de tu Facultad

21. En caso de que exista la atención psicológica en tu Facultad define la eficiencia del servicio que se ofrece.

- a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo

¿Qué propones para mejorar el servicio de orientación psicológica en tu facultad?

22. Los problemas familiares hacen que tenga un bajo rendimiento académico.

- a) Siempre b) Muy frecuentemente c) Frecuentemente d) Algunas veces e) Nunca

23. Cuando se tienen problemas familiares recorro al consumo de alcohol o algún tipo de droga.

- a) Siempre b) Muy frecuentemente c) Frecuentemente d) Algunas veces e) Nunca

24. Los problemas son tan agobiantes que una alternativa es el suicidio.

- a) Siempre b) Muy frecuentemente c) Frecuentemente d) Algunas veces e) Nunca

25. Mi manera beber alcohol o consumir algún tipo de droga me ha generado problemas académicos o familiares.

- a) Siempre b) Muy frecuentemente c) Frecuentemente d) Algunas veces e) Nunca

26. Debido a que trabajo, mi rendimiento académico es bajo.

a) Siempre b) Muy frecuentemente c) Frecuentemente d) Algunas veces e) Nunca

27. Mis padres me presionan para que obtenga buenas calificaciones.

a) Siempre b) Muy frecuentemente c) Frecuentemente d) Algunas veces e) Nunca

28. Cuando tengo un conflicto lo platico con alguna persona.

a) Siempre b) Muy frecuentemente c) Frecuentemente d) Algunas veces e) Nunca

Instrucciones. De las siguientes oraciones tacha el nivel de acuerdo o de desacuerdo que tengas con cada una; las claves utilizadas son las siguientes: Muy en desacuerdo (1), En desacuerdo (2), Indiferente (3), De acuerdo (4) y Muy de acuerdo (5).

	1	2	3	4	5
Una forma de apoyo para resolver dificultades es la terapia psicológica o los sistemas de ayuda psicológica.					
Sólo piden ayuda los que no saben y no tienen habilidades para resolver problemas.					
El pedir ayuda cuando tienes problemas es cuestión de género, es decir, solamente lo hacen las mujeres.					
Se tiene que estar muy deprimido o muy mal para recibir atención psicológica.					
Por ser estudiante universitario no necesito la ayuda de otros para resolver mis problemas porque estoy instruido.					
Al pedir ayuda parezco débil ante los otros.					
Me da miedo o pena que otros se enteren de mis problemas.					
Al consumir sustancias como el alcohol los problemas se van, aunque sea de una forma temporal.					
Es normal emborracharme o consumir drogas de 1 a 2 veces por semana.					
Considero que es saludable una persona que afronta sus problemas.					
Una forma de afrontar los conflictos o dificultades es mediante apoyo psicológico o médico.					

Las relaciones positivas y sanas son una muestra de salud psicológica.					
La salud psicológica es algo que se puede prevenir o cuidar como la salud física.					
Los problemas cotidianos que provocan conflictos tienen relación con la salud psicológica.					

Gracias por tu participación