

720905



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**TENDENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DE LOS USUARIOS
DEL CALL CENTER UNAM**

DEL PROGRAMA
INTERVENCIÓN EN CRISIS A VÍCTIMAS DE DESASTRES NATURALES
Y SOCIO-ORGANIZATIVOS

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

LARA COLÍN CRUZ RAFAEL

DIRECTOR DEL IPSS. MTR. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ.

SINODALES IPSS. DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA.

MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ ARCE CORIA

DRA. GEORGINA MARTÍNEZ MONTES DE OCA.

MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO.



MÉXICO, D. F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Dar las gracias no es fácil, cuando hay tanto que agradecer primeramente a la vida a dios, a mis padres que a pesar de no encontrarse en este momento, con su ejemplo plasmado en sus acciones de vida, me proporcionaron una dirección que seguir y creer.

A mis preciosas hijas Ayelén Meredith y Ingrid Dayana, cuyo desarrollo y amor motivo en mí la continuación, esfuerzo y conclusión de esta etapa.

A mi esposa Josefina por su amor, apoyo y comprensión gracias por poder contar contigo, te amo.

A mi hermana Graciela, gracias por tu apoyo incondicional en todos estos años por tu motivación y por creer en mí, por tu confianza y amor.

Gracias familia los Amo.

A la UNAM, a la Facultad de Psicología, por la oportunidad de obtener conocimientos, experiencias, retos y satisfacciones.

Al Mtro. Jorge Álvarez Martínez, por la confianza y oportunidad. A los profesores sinodales por su tiempo, conocimientos y confianza gracias a cada una de ustedes.

Gracias a los que de alguna manera han depositado en mí su amistad, compañeros, amigos, profesores y personal de la facultad, los tendré siempre en mis recuerdos.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Datos generales del programa	4
Objetivo General del Call Center.....	4
Contexto de la Institución y del programa	5
Que es el programa Call Center UNAM.	5
Justificación.....	5
Características de la Institución, filosofía, misión, visión, metas, cobertura y acciones que realiza	6
Descripción del Call Center, su base operativa.....	7
Coordinación general Call Center.....	8
Ingreso de aspirantes a Consejero.....	8
Capacitación inicial y continua.....	9
Descripción de las actividades realizadas en el servicio social	10
Las principales actividades del consejero son:.....	10
Principales responsabilidades del consejero.....	11
Descripción de estrategias metodológicas y/o de intervención utilizados	13
Modelo propuesto de intervención en crisis psicoemocionales.	13
Terapia breve y de emergencia.....	13
Para qué sirve la Intervención de las Crisis.	15
Intervención de primera instancia.	16
Beneficios de la Intervención de primera instancia.	16
Componentes de la intervención de primera instancia.....	20
Principios clínicos de los primeros auxilios psicológicos.	18
Recomendaciones básicas de intervención.....	19
Intervención de segunda instancia.....	19
Otros Modelos de uso frecuente en el Call Center UNAM.	25
Terapia Cognitivo-Conductual.....	25
Terapia Gestalt.....	28
Soporte Teórico Metodológico	31
Crisis. Definición de Crisis	31
Principios generales de la Teoría de las Crisis.....	32
Tipos de Prevención de las crisis.	36
Tipos de crisis de desarrollo, circunstanciales y existenciales.....	37
La intervención en crisis	40

Definición de Intervención en crisis	41
Antecedentes históricos de la intervención en crisis.....	41
Influencias teóricas en la Intervención en crisis.....	43
La Intervención en crisis vía telefónica.	45
Antecedentes de la Intervención telefónica en México.....	48
Características de la Intervención en crisis vía telefónica.....	47
Investigaciones sobre el apoyo emocional vía telefónica.	51
Panorama actual de la salud mental en México.	50
Perfil del usuario de primera vez, de la atención psicológica vía telefónica en México.	52
Perfil del consejero: características personales.....	52
Habilidades y actitudes de los Consejeros en la atención de Crisis vía Telefónica.....	53
Tendencias psicoemocionales, de los usuarios atendidos vía telefónica por el programa Call Center, UNAM.....	57
Análisis y presentación de la información recabada.....	60
Registro de datos.	63
Resultados Obtenidos.....	63
Tendencias Psico-emocionales del Call Center UNAM.....	63
Perfil del usuario del programa Call Center UNAM.....	69
Recomendaciones y Sugerencias.....	69
Fases y procedimientos sugeridos en la atención psicológica proporcionada a usuarios del Call Center UNAM.....	70
Obtención de datos generales del usuario.....	70
Fase 1. Atención del usuario de primera vez.....	73
Presentación.....	74
Determinación de la naturaleza de la llamada telefónica.	74
Atención al usuario por motivos que requieren información del programa y/o derivación a otras instituciones u organismos especializados.	74
Atención a usuarios que solicitan contención psico-emocional.....	75
Motivo de consulta manifiesto.	75
Sintomatología Específica del Usuario.....	73
Guía sugerida en intervención de crisis de primera instancia vía telefónica.....	76
Protocolo.	76
Fase 2. Seguimiento y restablecimiento emocional.....	80
Consideraciones prácticas.....	81
Fase 3. Efectividad del modelo sugerido.....	85
Supervisión del modelo sugerido.....	85
Referencias.....	87
Anexo A Registro de datos.....	86

Resumen.

El presente informe Profesional reporta el esfuerzo que se ha realizado en el programa Call Center UNAM, el cual forma parte del programa Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio-organizativos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El Call Center UNAM, proporciona un servicio de información del programa, canalización del usuario a instituciones u organismos especializados, así como de contención psicoemocional vía telefónica en situaciones de crisis, tanto a la comunidad universitaria de la UNAM, como al público en general del Distrito Federal y su área Metropolitana que lo requieran.

El informe ofrece una visión integral de lo que es la intervención en crisis, sus antecedentes objetivos y características, además propone la utilización teórico conceptual de la teoría de crisis y su intervención de primera instancia a través de un protocolo a usuarios que requieren atención psicológica vía telefónica.

El objetivo principal de este informe es; conocer las tendencias psicopatológicas de los usuarios del programa Call Center UNAM, con el fin de que los resultados obtenidos, junto con la propuesta de mejoramiento en los esquemas, procedimientos y estrategias utilizadas en la atención psicológica en crisis vía telefónica cubran las necesidades que estas poblaciones y contextos en específico demandan.

Palabras clave: intervención en crisis, primera ayuda psicológica, trastorno.

Introducción.

La importancia de conocer las tendencias psicopatológicas en el estado emocional de los usuarios del Call Center de la Facultad de Psicología de la UNAM, surge de la experiencia directa en el trabajo de atención psicológica vía telefónica y es indispensable para mejorar el servicio brindado. Actualmente la población en general cuenta con acceso a este tipo de servicios proporcionados entre otros por SAPTEL, ICAS, SIMITEL, ACERCATEL etc. dentro de esta experiencia también se ha observado la necesidad de mejorar o desarrollar, esquemas, procedimientos y estrategias de atención psicológica vía telefónica, por lo que se sugiere en el presente informe la aplicación de un protocolo que tiene su base teórico-metodológica en la teoría de las crisis y su intervención de primera instancia, todo esto enfocado a cubrir las necesidades de contención psicoemocional, que demanda la comunidad estudiantil de la UNAM, así como la población abierta del Distrito Federal y su área metropolitana.

Vivir en grandes ciudades, como la nuestra, favorece el desarrollo de trastornos emocionales, además de generar todo tipo de competitividad, estrés, ansiedad, frustración y desesperación, debido al gran número de factores estresantes tanto sociales, económicos, de salud, relaciones familiares, de pareja, laborales o académicos que día a día están presentes, además de los eventos que salen de nuestro control, como es un asalto, la pérdida de un ser querido o catástrofes ocasionadas por el hombre o naturales.

Cuestiones que presionan al individuo para que modifique o cambie sus rutinas cotidianas. Nadie está exento de padecer una crisis, de desarrollo, circunstancial o existencial, lo que nos obliga a reaccionar y a poner en práctica nuestras habilidades y recursos para hacerles frente, pero cuando los recursos de adaptación y los mecanismos habituales para resolver problemas no funcionan se está en peligro para el surgimiento de una crisis.

El individuo que está en crisis, se encuentra en un momento vulnerable y como resultado de ello la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la

inhabilita aún más para encontrar una solución. La atención psicológica vía telefónica facilita al usuario franquear obstáculos como son la distancia, el tiempo los económicos, así como la flexibilidad para programar una consulta y sobre todo, la oportuna intervención para afrontar la crisis, lo que resulta crucial para la persona.

El **Call Center UNAM**, ofrece de forma gratuita y accesible vía telefónica, contención psicoemocional y canalización del usuario a instituciones u organizaciones especializadas en distintas áreas como adicciones, violencia intrafamiliar, especialidades médicas, psiquiátricas o neurológicas, lo que permitirá al usuario solicitante disponer de ayuda para el enfrentamiento inmediato de su problemática.

El programa intervención en crisis a víctimas de desastres naturales y Socio-organizativos de la Facultad de Psicología de la UNAM, del que forma parte el Call Center, desarrolla modelos de intervención psicológica efectivos, promoviendo la conformación de grupos profesionales que brinden atención psicológica cuando la población lo requiera. Promueve también la realización de acciones de tipo individual, familiar y comunitario que ayudarán a favorecer el desarrollo de estrategias de enfrentamiento adecuadas que restablezcan el equilibrio emocional individual, así como promover el fortalecimiento de redes sociales.

El beneficio de estas intervenciones proporcionadas por el Call Center en el momento adecuado de la crisis, se reflejarán en el restablecimiento emocional del usuario y la evitación de que desarrolle patologías graves en el futuro, al dotarlo de las herramientas adecuadas para el manejo de su crisis, haciendo uso de sus capacidades individuales, recursos económicos y de sus redes sociales, evitando, que la crisis afecte su competitividad individual, social, laboral o académica, así como las implicaciones económicas que tiene esto para estas poblaciones y contextos en específico.

Datos Generales del Programa de Servicio Social.

Datos generales del programa.

El programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio-organizativos de la Facultad de Psicología de la UNAM, surge a partir de los sismos de 1985, donde se vio la necesidad de crear programas que tuvieran como principal función la protección y salvaguarda psicológica de la población. El Call Center Atención Psicológica vía Telefónica, forma parte de este programa e inicia operaciones en el 2012 con apoyo del Instituto Mexicano de la Juventud y la Dirección General de servicios Médicos.

Objetivo General del Call Center.

El objetivo del programa es:

- Apoyar a la población estudiantil de la UNAM, así como a las de diferentes delegaciones políticas del Distrito Federal y a la población abierta en general que lo requiera, a través de una línea telefónica, brindando contención psico-emocional.

Así como la formación de profesionales de la salud en el área de intervención en crisis, la canalización de personas a instituciones u organizaciones especializadas en adicciones, violencia intrafamiliar, especialidades médicas, psiquiátricas o neurológicas.

La lista de problemáticas atendidas o temáticas tratadas incluye prevención de casos de alcoholismo y drogadicción, embarazos no deseados, violencia intrafamiliar, problemas académicos, etc. Como consecuencia de los diversas problemáticas que viven los usuarios en sus núcleos familiares, laborales, sociales y educativos.

Contexto de la Institución y del programa.

Que es el programa Call Center UNAM.

El Call Center de la Facultad de Psicología de la UNAM, es un programa de Contención Psico-emocional, vía telefónica, que brinda atención psicológica, en horario amplio de 12 horas de lunes a viernes.

Por sus características el acceso al Call Center está al alcance de la comunidad estudiantil de la UNAM y de la población abierta en general, este servicio es proporcionado por alumnos supervisados de los últimos semestres de la licenciatura de Psicología que realizan su servicio social.

En el presente apartado se describirán las características del programa Call Center, su misión, visión, metas, cobertura y acciones que realiza, antecedentes y objetivo general. También se proporcionará información de la organización administrativa, los requisitos que debe cumplir el prestador del servicio social, ingreso y capacitación para desempeñarse como consejero. Así mismo se describirán las principales actividades y responsabilidades del trabajo de consejero, como de los instrumentos y herramientas con las que cuenta para realizar su trabajo de forma eficiente.

Justificación.

En general la población, atendida por el programa se encuentra expuesta a presiones o factores de exigencia de la vida actual, las situaciones de crisis generadas por estos factores ya sean de desarrollo, circunstanciales o existenciales que afectan su desempeño individual, familiar, educativo, laboral o social. Por lo cual es de suma importancia atender estas crisis o desequilibrios de manera oportuna y evitar así psicopatologías graves en el futuro, estas acciones tendrán como beneficio una mayor competitividad individual, un entorno social en desarrollo y las implicaciones económicas tanto individual, familiar y social de estas poblaciones y contextos.

Características de la Institución, filosofía, misión, visión, metas, cobertura y acciones que realiza.

El programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio-organizativos de la Facultad de Psicología de la UNAM, adscrito a la coordinación de Centros u Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología, está conformado por académicos, egresados y voluntarios, quienes realizan acciones para apoyar a la sociedad y cuya principal función es la protección y salvaguarda psicológica de la población en general.

Así mismo su misión es la aplicación y desarrollo de modelos de intervención psicológica aplicados a desastres naturales y socio-organizativos, promoción y organización de grupos autogestivos capacitados para brindar primeros auxilios psicológicos y detectar síntomas de crisis, realizar acciones de tipo familiar y comunitario para favorecer el desarrollo de estilos de afrontamiento adaptativos y el fortalecimiento de redes sociales.

El objetivo de este programa es ofrecer respuestas inmediatas ante emergencias suscitadas por eventos disruptivos, brindando atención psicológica, contención, detección y canalización de damnificados o víctimas a instituciones u organizaciones especializadas.

En este contexto es que surge el Call Center UNAM, Atención psicológica vía telefónica proyecto dependiente del programa Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio-organizativos, como una manera eficaz, accesible y gratuita para proporcionar servicios de contención psico-emocional a la población.

El objetivo del presente informe profesional de servicio social es: Conocer las tendencias psicopatológicas de los usuarios del programa Call Center UNAM, con el fin de que los resultados obtenidos, junto con el protocolo de intervención en crisis de primera instancia vía telefónica sugerido cubran las necesidades de contención psico-emocional que la comunidad estudiantil de la UNAM y la población abierta del Distrito Federal y su área metropolitana demandan.

Particularidades del Call Center, su base operativa.

En particular el Call Center se basa en una central IP, con extensiones integradas en un sistema conmutador, que maneja el total de llamadas, distribuyéndolas a sus operadores ubicados en módulos individuales de trabajo.

El Call cuenta con 24 consejeros para proporcionar atención psicológica, con servicio en horario amplio de 12 horas de lunes a viernes, el espacio de operación del consejero consiste en extensión de línea telefónica y cubículo individual de trabajo para atención al usuario.

Los materiales con los que cuenta el consejero para realizar su intervención son: extensión de línea telefónica, computadora con conexión a internet y redes sociales, block de notas, distintos formatos que incluyen la cedula de registro individual, la cual es la historia clínica específica de su problemática y representa sus datos personales, motivo de atención, sintomatología específica, aspectos emocionales, diagnóstico, tratamiento, en general el estado actual que guarda el usuario y su problemática, de la atención que está recibiendo y del seguimiento de la misma.

Además cuenta con el directorio o manual de referencias de instituciones u organizaciones especializadas en distintas áreas de atención, médicas, sociales psiquiátricas, u neurológicas y de toda índole que coadyuven en proporcionar los servicios que el usuario demanda, en diferentes puntos de la Ciudad de México y su área metropolitana.

En si el Call Center UNAM, dispone de todas las herramientas necesarias tanto físicas como materiales, instalaciones, formas o medios de adquisición de información, registro, difusión, relaciones públicas, actividades administrativas, etc.; que son fundamentales para que un programa de estas dimensiones y características cumpla con los objetivos de ayuda psicoemocional para el que fue diseñado, en beneficio de la población.

Coordinación general Call Center.

La coordinación general del programa es la encargada de hacer cumplir los objetivos generales del programa, proveer tanto de las condiciones físicas, tecnológicas, materiales, de difusión, así mismo la encargada de seleccionar, capacitar y supervisar el desempeño de los prestadores de servicio social, que fungirán como consejeros de atención psicoemocional vía telefónica.

Ingreso de aspirantes a Consejero.

El Call Center UNAM, brinda la oportunidad de integrarse a este programa de atención psicoemocional vía telefónica como consejero a:

- Estudiantes de la carrera de Psicología.
- Tener el 70% de la carrera para realizar su servicio social.
- Reunir todos los requisitos que le soliciten en servicio social como: inscripción y asistencia a curso informativo de servicio social, constancia de créditos, carta aceptación.
- Proporcionar 1 fotografía tamaño infantil.
- Cumplimiento de horario de atención al usuario, hasta concluir sus 480 horas de servicio social
- Disponibilidad de tiempo para acudir a seminarios de capacitación de diversos tópicos y métodos de atención al usuario vía telefónica.

Como requisitos deseables del aspirante a consejero se establecen:

- Tener un manejo de conocimientos generales en cuanto a la intervención en crisis, de forma especial el procedimiento de entrevista, así como contar con habilidades y aptitudes como: crear empatía, actitud positiva, congruencia, asertividad, compromiso y responsabilidad entre otras.

- Es deseable que el nuevo aspirante cuente con conocimientos que se vinculan con la tarea a realizar como: conocimiento de la materia, sentido práctico, habilidad de concreción y disponibilidad de actualización.
- Para la comprobación de que el aspirante a consejero, reúne dichos requisitos, conocimientos y aptitudes, es necesaria la entrevista previa, evaluación y aceptación del aspirante por parte del coordinador general del programa.

Capacitación inicial y continua.

El programa ofrece capacitación inicial y continua a su grupo de consejeros, mediante la capacitación teórica y práctica de diversos tópicos, así como en la supervisión directa de la atención proporcionada a los usuarios y evaluación de casos, donde se realizan observaciones y recomendaciones en el actuar del consejero.

Los cursos de capacitación inician a partir de la conformación del grupo de alumnos prestadores de servicio social y es impartida por especialistas, docentes de la facultad de Psicología de la UNAM como de otras instituciones, consta de diferentes tópicos y temas todos ellos fundamentales para el conocimiento y experiencia del consejero, resumidos en la siguiente tabla- 1

seminario	nombre		tipo
1	Modelo call center	UNAM	Seminario clínico.
2	Primeros auxilios	Psicológicos.	Seminario clínico.
3	Modelo Saptel.		Seminario clínico.
4	Control de ansiedad		Seminario clínico.
5	Atención	psicopedagógica	Seminario educativo.
6	Estilos parentales en	secuestro	Seminario clínico.

7	Terapia breve	Gestalt	Seminario clínico
8	Modelo de solución	SOCS.	Seminario clínico.
9	CAE Auto diagnóstico	de hábitos de estudio	Seminario educativo.
10	Tutorías académicas.		Seminario educativo.
11	Modelos de	Intervención	Seminario clínico.

Tabla 1 seminarios de capacitación teórico-prácticos programa Call Center UNAM.

Con la adquisición de estos conocimientos teóricos y prácticos, la supervisión, evaluación y seguimiento de casos, así como el manejo de una base teórica eficiente y el soporte técnico, físico y material por parte de la Institución, el consejero Call Center UNAM, dispone de todos los elementos fundamentales, para la realización óptima y eficiente de su trabajo y dar cumplimiento al objetivo general del programa.

Descripción de las actividades realizadas en el servicio social.

Las principales actividades del consejero son:

- **Horario.** Cumplir con el horario de servicio previamente establecido, en cuanto a días y horas de servicio.
- **Atención al usuario.** Contestar las llamadas de los usuarios durante su horario de servicio.
- **Servicio.** Proporcionar al usuario un servicio oportuno y eficiente de atención, siempre mostrando respeto y comprensión por el usuario.
- **Datos Generales del usuario.** Realizar la entrevista inicial de acuerdo a los datos que especifican la cedula de registro del usuario.

- **Tipo de atención.** Proporcionar atención de acuerdo al motivo de la llamada, por parte del usuario ya sea de: información, canalización y/o contención psicoemocional.
- **Reportes.** Realizar los reportes respectivos de acuerdo al motivo de la llamada.
- **Expediente.** Integrar un expediente por cada caso atendido tanto de información, canalización u contención psicoemocional.
- **Seguimiento.** Si la atención es de seguimiento anexar el reporte de la misma al expediente inicial del usuario atendido.
- **Nueva sesión.** Proporcionar al usuario cita en día y horario para continuar con el proceso de seguimiento en su atención.
- **Actividades específicas.** En caso de tener actividades especiales (de relaciones con otras instituciones y/o elaboración de una actividad específica), realizar reporte de estas actividades.
- **Capacitación.** Presentarse a los seminarios en día y hora preestablecida por coordinación general.
- **Supervisión.** Acudir a los seminarios de exposición y retroalimentación de casos.
- **Instalaciones y equipo.** Mantener las instalaciones y equipo en condiciones adecuadas de funcionalidad, de no encontrarse en este estado, informar las necesidades de mantenimiento y materiales agotados.

Principales responsabilidades del consejero.

El tipo de atención proporcionada por parte del consejero es el núcleo central de la efectividad en la atención por lo que es fundamental, que el consejero conozca sus responsabilidades, en cuanto a la forma en que proporcionará la atención psicológica y de la cual el usuario dispondrá, sus responsabilidades son:

- **Reconocer el tipo de llamada:** que realiza el usuario, en cuanto a sus requerimientos, los motivos por los cuales llama el usuario que pueden ser de: información, canalización y de contención psicoemocional.
- **Recabar la información general del usuario:** de manera precisa, solicitada en la cedula de registro, esta es de suma importancia, ya que de acuerdo al motivo de la llamada, se proporcionara el tipo de atención que está requiriendo el usuario, así como para el control de la atención que el programa Call Center UNAM brinda, (a quien y de qué tipo, a que segmento de la población se está atendiendo, que edad, sexo, escolaridad tiene el usuario.
- **Expediente único:** que consta de su cedula de registro con los datos específicos y generales del usuario, motivo de la llamada, tipo de atención recibida, en caso de contención psicológica si se dio encuadre, situación específica mental y física que guarda el usuario al momento de su atención, diagnostico, y seguimiento de su proceso de intervención.
- **Tipo de atención:** El consejero informará al usuario el tipo de atención que se le proporcionará, el número de sesiones del que dispondrá que serán seis sesiones con una duración de 40-45 minutos, así como que el programa no da atención terapéutica cara a cara, que el servicio es gratuito y que proporciona atención en horario amplio de 12 horas de lunes a viernes.
- **Asignación de consejero:** Es conveniente que el consejero que atendió al usuario desde la primer llamada y formulo su cedula de registro sea el mismo que continúe con su atención a través de todo el proceso de intervención.
- **Fin de sesión:** Al final de la primera llamada el consejero informará al usuario del seguimiento en su atención, proporcionándole una cita de seguimiento en día y horario que el consejero crea conveniente, así como

de las indicaciones o tareas que el usuario implementara a solicitud del consejero, de esta manera quedara establecida la forma en que se proporcionará e intervendrá en cada caso.

- **Elaboración de Expediente:** De esta manera al concluir la intervención de primera vez, el consejero debe de elaborar la cedula de registro referida con el llenado de los datos requeridos que en ella se estipulan y la cual representa la base medular de la atención proporcionada y de la efectividad del método utilizado.

Descripción de estrategias metodológicas y/o de intervención utilizados.

Modelo propuesto de intervención en crisis psicoemocionales.

Es prioridad que el consejero que interviene en situaciones de crisis, disponga de una metodología de atención apoyada en un modelo teórico eficiente, como parte fundamental para realizar su trabajo y brindar el servicio de contención psico-emocional, al público usuario que lo requiera.

Una intervención oportuna en el momento de crisis no solo permite aliviar la crisis y dar lugar a que la persona tome decisiones funcionales, sino también puede ser más efectiva que muchos años de terapia posterior. El modelo PAP (Primeros Auxilios Psicológicos) o Intervención de primera instancia es la base teórico conceptual de este informe profesional.

Terapia breve y de emergencia.

La terapia breve surge como una alternativa de intervención de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica. Se define como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los usuarios acerca de sus comportamientos problema, así como su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto de sus problemas. Bellak, (1980)

Se considera como la intervención primaria para aquellas problemáticas caracterizadas por ser específicas, tales como excesos o déficits conductuales concretos y dificultades causadas por la incapacidad para la toma de decisiones, la meta es ofrecer las herramientas para cambiar actitudes básicas y mejorar los problemas subyacentes.

La terapia breve difiere de la terapia a largo plazo en que ésta última se enfoca en el tratamiento de trastornos psicológicos (entidades psicopatológicas, como depresión, anorexia, esquizofrenia, ansiedad, etc.) y tiene una duración superior a cinco sesiones de acuerdo con la severidad del trastorno Bados y Fernández, (citados en Álvarez, 2011).

Así mismo la terapia breve se sitúa exclusivamente en el presente, usa herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y su fin es el cambio de un comportamiento en específico en lugar de uno a gran escala o más profundo. Su énfasis está en incrementar su auto eficacia y la motivación para el cambio, así como la empatía y la alianza terapéutica desarrollada por el usuario, empleando, entre otras, técnicas de escucha reflexiva que le permiten identificar cómo, cuándo y por qué podría cambiar. Miller y Rollnick, (en Álvarez, 2011).

Una ayuda terapéutica breve y de urgencia, con tiempo limitado es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas recuperen el equilibrio después de un suceso crítico puede tomar de 1 a 6 semanas de acuerdo a Caplan, (citado en Álvarez, 2011).

Bellak (1980) dice que en general, las intervenciones breves deberán tener las siguientes características:

- Es limitada en tiempo y se enfoca en el aquí y ahora.
- no se investiga sobre el pasado remoto de la persona.
- no se manejan aspectos psicodinámicos profundos.

- no se hacen interpretaciones.
- Se hacen confrontaciones del sujeto con la realidad.
- Se deben fortalecer mecanismos de defensa, fortalecer el yo.
- El objetivo es la resolución de la crisis.
- Se debe promover la alianza terapéutica.

Para qué sirve la Intervención de las Crisis.

Para Karl Slaikeu, (1996) la intervención de las crisis es: " Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño) se aminore y la probabilidad de crecimiento(nuevas habilidades, perspectivas en la vida) se incrementen", página 6

Parad y Parad, (en Álvarez, 2011) dice que la intervención en crisis permite un proceso interno que puede influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto de los eventos precipitantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales de la persona afectada para afrontar de manera adaptativa sus efectos.

La finalidad de la intervención en crisis es ayudar a la persona a que tome los sentimientos o componentes subjetivos de la situación e iniciar el proceso de solución de problemas.

Este proceso abarca dos fases:

- Intervención de primer instancia y
- Intervención de segunda instancia

Intervención de primera instancia.

El objetivo principal de la intervención de primera instancia o Primeros Auxilios Psicológicos “es restablecer el enfrentamiento inmediato, en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.” Arumir, (citado en Álvarez, 2011p.50) enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda. Aún más, esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad en el momento y lugar en que aquella crisis surge.

Beneficios de la Intervención de primera instancia.

Los primeros auxilios psicológicos proporcionados al usuario según García, (citado en Álvarez 2011), pretenden ofrecer como sub-objetivos fundamentales:

- *Proporcionar apoyo emocional*
- *Reducir el peligro de muerte y*
- *Enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda.*

Proporcionar apoyo emocional: Se refiere a que el usuario aprenda habilidades específicas que son necesarias en situaciones de crisis y de esta manera solucionar dichos desequilibrios. Se ha comprobado que este conocimiento ayuda al usuario a tener un afrontamiento más efectivo en comparación con personas que no reciben ayuda.

Reducir la mortalidad: Es dirigida a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis, ya que es común que dichas crisis conduzcan a maltrato, suicidio u homicidio. En este punto se trata de tomar medidas específicas para reducir estos comportamientos destructivos, los PAP, son una herramienta útil y efectiva para el trabajo de emergencia psicológica (vía telefónica).

Vincular a la persona con recursos de apoyo: Identificar con precisión las necesidades críticas y realizar la referencia y/o canalización apropiada, su

finalidad consiste en tomar las medidas adecuadas para la resolución del problema que presenta el usuario.

En este punto el primer contacto completo de ayuda se dirige a estas áreas, y no más; no se hace esfuerzo alguno para finalizar la resolución psicológica de la crisis.

Componentes en los cuales se basa la Intervención de primer Instancia.

Según Arumir, (citado en Álvarez, 2011), son:

- *Hacer contacto psicológico.*
- *Examinar las dimensiones del problema.*
- *Sondear las soluciones posibles.*
- *Ayudar a tomar una acción concreta.*
- *Seguimiento para verificar el progresó.*

Hacer contacto psicológico: Es decir mostrar empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades del usuario en crisis. Hay que escuchar atentamente como es que visualiza y nos comunica su situación “crítica”, se le invita a que hable y que escuche lo que relata, lo que sucedió (hechos) y cómo reacciona(sentimientos y actitudes) ante estos hechos. Los objetivos son lograr que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya, esto logrará disminuir la intensidad de su ansiedad y angustia.

Examinar las dimensiones del problema: Se enfoca en tres áreas: 1) **presente** (que sucedió, como se sientes, que piensa, que puede hacer), 2) **pasado inmediato**, aquellos acontecimientos que condujeron al estado de crisis (que, quien, cuando, como) y 3) **futuro inmediato**, los riesgos para la persona y la preparación para las soluciones inmediatas.

Sondear las posibles soluciones: Se busca identificar un rango de posibles soluciones que satisfagan las necesidades tanto en corto como en el largo plazo, esto implica “acompañar” al usuario en crisis durante la generación de alternativas,

sin dejar de lado el análisis de aquellos factores que pueden obstaculizar la ejecución de un “plan” en particular.

Ayudar a tomar una acción concreta: Implica que el consejero de manera facilitadora o directiva (según las circunstancias) va a “ayudar” al usuario a ejecutar una acción en concreto para tratar con su crisis.

Seguimiento para verificar el progreso: El consejero buscará la manera en la cual pueda evaluar la eficacia de los PAP, en cuanto a su meta, así como verificar su progreso.

Principios clínicos de los primeros auxilios psicológicos.

Los principios clínicos, Álvarez, (2011), que debe aplicar el consejero son:

- **La oportunidad:** Puesto que el periodo de crisis representa un alto riesgo para el usuario como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso (como lo es la vía telefónica) el énfasis puesto en la oportunidad se considera para reducir el peligro de respuestas violentas (autodestructivas) y al mismo tiempo capitalizar la motivación del usuario para hallar un nuevo planteamiento para afrontar las circunstancias del suceso.
- **Metas:** La principal es ayudar al usuario a recuperar su nivel de funcionamiento emocional equilibrado, que tenía antes del suceso precipitante de crisis o potencializar su capacidad creativa para superar el momento crítico.
- **Valoración:** Es importante que al realizar la valoración de la crisis del usuario abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de las áreas personales, *CAS/C*, es decir las funciones conductuales, afectivas, somáticas, interpersonales y cognitivas implicadas en su crisis. La información acerca de qué está mal en la vida del usuario (como la pérdida,

o divorcio) se complementa con la información acerca de que es aun funcional (redes de apoyo)

- **Tiempo de Intervención:** A pesar de no existir un consenso sobre la duración de la intervención, estas pueden ser de minutos hasta horas dependerá del grado de afectación del usuario y de la voluntad y disposición para recibir ayuda.

Recomendaciones básicas de intervención.

Además de los principios clínicos y componentes estratégicos (realizar contacto psicológico, analizar las dimensiones del problema etc.) dice García, (citado en Álvarez, 2011) es necesario aplicar las siguientes recomendaciones en la intervención de primer orden como las siguientes:

1) Dejar que el usuario establezca el ritmo, 2) Hablar de temas que tengan relación con la situación problema. 3) no prometer lo que no sea posible 4) Dar al dialogo un sentido de esperanza. 5) Solicitar los datos para la ficha de identificación. 6) Establecer un compromiso de búsqueda de ayuda, continuar con otras sesiones o bien canalizar al usuario a alguna institución que le brinde ayuda adecuada.

Intervención de segunda instancia.

La intervención de segunda instancia o terapia para crisis dice Slaikeu, (1996), se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato (intervención de primera instancia) y se dirige a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida y disposición para enfrentar el futuro. Al tratar de resolver la crisis se ayuda a la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimientos, obteniendo dominio cognoscitivo de la situación etc.), como proceso terapéutico, la terapia en crisis, es mejor comprendida como proceso terapéutico breve Caplan, (en Álvarez, 2011), algunas semanas o meses con una duración de 45 a 50 minutos en cada sesión. Idealmente se acompañará de un periodo de seis

semanas más durante el que se restaura el equilibrio después de la crisis.

Esta postura considera que los trastornos psicológicos provienen de distorsiones cognitivas o maneras erróneas de pensar, algunos autores como Posek, Cyrlunik (citados en Hernández, 2010) sugieren que la terapia de segunda instancia debe de estar enfocada al empuje de las habilidades de la persona y a la resistencia de la propia crisis más que a las debilidades que la originaron.

En este sentido es necesaria su valoración utilizando diversas fuentes, siendo la principal, la entrevista clínica, usando la estructura CASIC, como mapa cognoscitivo e investigando el funcionamiento del usuario en cada una de estas modalidades y así determinar el impacto del suceso de crisis sobre el funcionamiento Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo, (CASIC) del usuario medibles al final de la terapia en crisis.

Los cinco subsistemas CASIC que propone Slaikeu, (1996) p.155 en la intervención de segunda instancia son:

- **Conductual:** Son las actividades diarias como patrones de trabajo, descanso, ejercicio, hábitos de comida y de sueño, comportamiento sexual, uso de drogas, intereses y eventos desagradables.
- **Afectiva:** Sentimientos acerca de cualquiera de estos, comportamientos, presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc. Así como sentimientos de aceptación de distorsión o negaciones de la realidad.
- **Somática:** Se refiere a todas las sensaciones corporales, incluyendo tacto, oído, olfato, gusto y visión y funcionamiento físico en general.
- **Interpersonal.** Es la relación asertiva o conflictiva, con otras personas como familia, amigos, vecinos, compañeros, numero de amigos, frecuencia de contacto con ellos, las habilidades sociales, el papel asumido con los distintos grupos, estilos de resolución de conflictos y estilo interpersonal básico (suspicaaz, manipulador, explotador, sumiso y dependiente).

- **Cognoscitiva.** Son las representaciones mentales acerca del pasado o futuro, autoimagen, metas en la vida, razón de las metas, creencias religiosas, filosofía de vida, pensamientos catastróficos, sobre generalización, delirios, alucinaciones, actitud en general hacia la vida, recuerdos, ideas, imágenes incómodas recurrentes, expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio.

En cuanto a la valoración del funcionamiento CASIC del usuario antes de la crisis según Rubín y Blonch (citados en Hernández, 2010), deben verificarse:

- Los medios anteriores que disponía para enfrentar y resolver problemas
- Los recursos personales y sociales más importantes así como las fortalezas y debilidades de la persona en su funcionamiento CASIC.
- Sus conflictos no resueltos que pudieran reactivarse por el incidente, además de la relativa satisfacción o satisfacción con la vida.
- La etapa de desarrollo previa a la crisis, así como sus metas y estructuras vitales para lograr objetivos.
- Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los subsistemas como son la familia, comunidad, amistades instituciones.
- Otras tensiones anteriores al incidente.

El interés es determinar que tan bien funcionaba el usuario antes del suceso de crisis, determinando así patrones previos de enfrentamiento y conflictos personales no resueltos, en este punto el propósito es determinar el impacto del suceso precipitante en las cinco áreas del funcionamiento CASIC del usuario.

La tarea inicial del tratamiento es traducir el perfil CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo) de la crisis dentro del lenguaje de la misma, la información incluida en cada modalidad representa la guía de la actividad del usuario durante el enfrentamiento de su crisis, de esta manera las

tareas u objetivos de la resolución de la crisis de segunda instancia de acuerdo a Slaikeu, (1996), son:

- *Contribuir a la supervivencia física.*
- *Identificar y expresar los sentimientos.*
- *Obtener el dominio cognitivo.*
- *Generar nuevos patrones de conducta y relaciones interpersonales.*

Las variables fundamentales del proceso de terapia en crisis, involucran la conducta del usuario orientada a la resolución de estas cuatro tareas u objetivos de la intervención. De esta manera todas las estrategias terapéuticas que se introducen en el caso son con el propósito de ayudar al usuario a que gestione actividades en una o más de estas áreas, aplicando enfoques tanto de la Terapia Gestalt, Conductual, Modificación Cognoscitiva entre otras, para ayudar al usuario a llevar a cabo modificaciones en cada una de las tareas de resolución de la crisis. Al decidir cómo se van a asignar estas estrategias terapéuticas, Slaikeu, (1996), considera lo siguiente:

- Determinar qué problema es el más sobresaliente y doloroso.
- Que es lo más fácil de tratar y con ello iniciar con éxito, esto aumenta la autoconfianza del usuario y moviliza energías de enfrentamiento.
- Buscar la actividad de resolución de la crisis que explica la mayor variación en la desorganización total del usuario.
- Atención a cualquier actividad, que si se olvida, reduce la opción del usuario a su mejoramiento.

La implementación de dichas estrategias de tratamiento, representa el núcleo de la investigación del proceso de la terapia en crisis, ya que cada una de ellas debe

estar dirigida a ayudar al usuario a alcanzar las cuatro tareas de resolución de crisis antes mencionadas.

En cuanto a la evaluación del estado de los cinco subsistemas CASIC (Conductual, afectiva, Somática Interpersonal, y Cognoscitiva), por medio del seguimiento, después de varias semanas o meses se analizan varios problemas entre los cuales se encuentran según Slaikeu, (1996) sí:

- Habrá regreso al equilibrio y reorganización de los subsistemas CASIC y de qué manera, cuáles serán las ganancias y pérdidas.
- Si la reorganización ha ocurrido en la dirección a la confianza en el futuro del usuario Al verificar el estado de las diversas modalidades y sus relaciones entre sí, se examinarán las construcciones de equilibrio recuperado.
- Desde el inicio de la crisis, necesitamos evaluar el alcance de cuáles son las capacidades de enfrentamiento que se han recuperado en dos aspectos:
 - 1) Es posible la solución del problema y
 - 2) En cuanto a la incomodidad subjetiva.

El primero lo evaluaremos al examinar el funcionamiento cognoscitivo y conductual y el segundo al evaluar las modalidades afectivas, somáticas e interpersonales. Con respecto a los problemas no resueltos en el seguimiento, Slaikeu, (1996) sugiere que se verifique:

- El avance o resolución de los problemas no resueltos, el seguimiento de la valoración no está solo en la resolución de la crisis, sino también en la resolución de un conflicto más temprano.
- Si el suceso se ha integrado a la estructura de la vida y ya no requiere atención intensa.

- Así como si la persona está dispuesta a enfrentar el futuro, dotada y lista para trabajar, relacionarse con otros, es decir si los cuatro tareas de resolución de crisis se han cumplido.

El seguimiento de los usuarios en los meses y años posteriores al suceso de crisis nos permitirá una evaluación más valiosa de la resolución de la crisis ya que la reorganización de la vida del usuario se estabilizara de tal manera que permitirá descripciones más claras del funcionamiento CASIC.

En la tabla- 2, se resumen algunas características de los tipos de intervención de primer y segunda instancia.

1ª. Intervención en crisis Primeros Auxilios Psicológicos	2da. Intervención en crisis Terapia Psicológica Breve
¿Por cuánto tiempo? De minutos a horas	¿Por cuánto tiempo? De semanas a meses.
¿Por parte de quién? Padres de familia, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, estudiantes líderes, supervisores,(que reciban entrenamiento previo)	¿Por parte de quién? Psicoterapeutas y Orientadores: psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería pastoral, enfermería psiquiátrica, orientadores vocacionales, etc.)
¿Dónde? Ambiente informal: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, lugar de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.	¿Dónde? Ambientes formal: clínicas, centros de salud mental, centros de día, consultorios, oficina escolar, etc.
¿Cuáles son las metas? Restablecer el equilibrio, dar apoyo de contención; reducir la mortalidad, rescate de eventualidades de riesgo y enlazar con recursos profesionales de ayuda.	¿Cuáles son las metas? Restablecer el equilibrio, integración del evento crítico en la estructura de vida; establecer la apertura/disposición para afrontar el futuro.

Tabla 2 Intervención primer y segundo orden, tomada de Slaikeu, (1988) p. 72

Otros Modelos de uso frecuente en el Call Center UNAM.

Terapia Cognitivo Conductual.

La Terapia Cognitivo Conductual es definida por Beck, (citado en Martínez, 2011), como un proceso de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúan para dar paso a un estilo de vida, el principal objetivo de este sistema de acuerdo a Pinedo (citado en Hernández, 2010) es que el individuo aprenda a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, estimulando el ejercicio de un esfuerzo sistemático y una práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada.

Para corregir las conductas desadaptativas, distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos, la Terapia Cognitivo Conductual utiliza una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el presente, de los problemas tanto situacionales como psicológicos se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia en la conducta.

La **Terapia Cognitivo Conductual** tiene tres conceptos clave, Pinedo (citado en Hernández, 2010) enfocados cada uno de ellos al paciente, dichos principios son:

1. **Eventos cognitivos.** Un paciente, tratado bajo esta terapia, debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.
2. **Procesos cognitivos.** Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos de aprendizaje, que son en sí mismos fruto del error.

3. Estructuras cognitivas. Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis que puede convertir en un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación.

El enfoque cognitivo conductual es cada vez más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos, tales como: depresión, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, disfunciones sexuales, etc., así como en muchos problemas, tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja y otros Pinedo (en Hernández, 2010).

Beck, (citado en Hernández, 2010) propone algunos principios de la Terapia Cognitivo Conductual y sus aplicaciones prácticas.

- Se destaca de otras terapias por su brevedad.
- Está centrado en el presente (en el "aquí y ahora"), en el problema y en su solución.
- Su carácter preventivo de futuros trastornos.
- Va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni en los "orígenes" para lograr los resultados. Por eso, pueden omitirse tales incursiones.
- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente (estilo de cooperación) y por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda que se realizan entre sesiones.
- Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes.
- Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.

- El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta.

En la tabla (3) se resumen algunas de las actividades cognitivo-conductual que se pueden presentar en el usuario en situación de crisis y las estrategias terapéuticas recomendadas a aplicar.

ÁREA	ACTIVIDAD DE LA PERSONA EN CRISIS	ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS
COGNITIVA	a) Elaborar una comprensión basada en la realidad acerca del incidente de crisis. b) Comprender la relación entre el incidente de crisis y las creencias de la persona, sus expectativas, asuntos inconclusos, ideas, sueños y metas para lo inmediato c) Adaptar/cambiar creencias, autoimagen y planes	a) Reflexionar sobre el incidente de crisis y las circunstancias. b) Analizar los pensamientos previos a la crisis y las expectativas, planes y el impacto del incidente en cada una de estas áreas. c) Asistir a la persona en la adaptación de creencias, expectativas y al hablar de si mismo d) Confrontar el suceso de crisis con las potencialidades y limitaciones de la persona
CONDUCTUAL	a) Procurar fortalecer o cambiar los patrones cotidianos de desempeño de un rol y las relaciones con las personas a la luz del (los) incidente (s) de crisis	a) Reflexionar con el paciente los cambios que pueden requerirse en cada una de las áreas principales b) utilizar sesiones de terapia, asignaciones de tareas para la casa y cooperación de la red social para facilitar el cambio en cada área c) Instruir sobre el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y emocionales

Tabla -3 Terapia Cognitivo-Conductual, tomada de SUA Facultad de Psicología UNAM.

Terapia Gestalt.

Pearls, (citado en Urzúa, 2009) enfatiza la unidad e integración mente-cuerpo y el aprendizaje de “darse cuenta” de sí mismo y de su medio. La teoría Gestalt se refiere al estudio de las personas en su campo organismo-ambiente.

Según Latner, (citado en Urzúa, 2009) la terapia está basada en los mismos principios de organización que anima la vida, de ahí el principio de autorregulación, que afirma que el organismo lucha por mantenerse en equilibrio. La terapia Gestalt (TG), la define como: un proceso de encuentro yo-tú que tiene como propósito el darse cuenta o insight, aquí y ahora tanto de uno mismo como del entorno para lograr así un ajuste creativo que exalte el potencial humano creativo. En la teoría gestalt se estudia a las personas en su campo organismo-ambiente en nueve características generales de campo, que van desde un campo vista como una red sistemática de relaciones hasta el insight.

En cuanto a las necesidades y modalidades de experiencia, uno de los objetivos de la Terapia Gestalt, es facilitar en la persona los procesos que le permitan “darse cuenta” de y satisfacer necesidades auténticas, estas necesidades se trabajan en pares: carencia-demasía, por necesidades fisiológicas- necesidades psicológicas, de origen interno-externo, orgásmicas-existenciales, auténticas-enajenadas. Para Avalos, (citado en Urzúa, 2009), las estrategias de intervención gestáltica se elaboran según lo siguiente:

- **Las líneas diagnosticadas:** (forma de ser y estar en el mundo del individuo)
- **La figura terapéutica:** (exposición libre de sus conflictos y pensamientos). Para el enfoque gestalt es tan importante el contenido (lo que dice el usuario), como el proceso (cómo lo dice), es recomendable ordenar las preguntas en tres aspectos fenomenológico, ecológico y existencial.

- **Técnica:** el tipo de técnica por utilizar responde mucho a la intención del terapeuta, tomando en cuenta la conducta, existen tres tipos de técnicas:
 1. Expresivas. el usuario expresa emociones, sensaciones o pensamientos para darse cuenta.
 2. Supresivas. Se trata de que el usuario deje de hacer algo, suprima la acción para darse cuenta.
 3. Mixtas. Mezcla de las dos anteriores.
- **Experimento:** representa la dinámica o ejercicios.

En cuanto a una sesión terapéutica gestalt dice Urzúa, (2009) está debe estructurarse en tres formas:

1. Diagonal. (es el medio por el cual el paciente adquiere el “darse cuenta”).
2. Vivencial. (implican la expresión de emociones).
3. Mixta. Aplicación de ambas (recomendable).

Cada individuo tiene un ciclo de experiencia que resulta de su forma de ser y estar en el mundo, está constituido de dos partes (el yin y el yang) cuatro zonas y ocho fases y ocho auto interrupciones, por su parte el diagnostico debe cumplir los siguientes requisitos: ser fenomenológico, que se exprese en terminas de proceso, que surja de la relación diagonal y finalmente que sea de estructura clara.

De acuerdo a Urzúa (2009) la intervención gestáltica vía telefónica, al igual que otros modelos requiere ciertos elementos y /o materiales para su realización como son: lugar físico, adecuado, infraestructura, oficina, línea telefónica, PC, para que el consultor o interventor gestáltico realice su trabajo de la mejor manera en beneficio del usuario solicitante. Al igual que en otros modelos se toma en cuenta los tipos de crisis que el individuo presenta ya sean circunstanciales y de desarrollo.

El modelo a seguir de acuerdo a Guilliand, (citado en Urzúa, 2009) establece:

- Definir el problema desde el punto de vista del usuario.
- Asegurar el bienestar físico, evaluar la letalidad y movilidad
- Promover apoyo y contención.
- Examinar alternativas; recursos materiales, físicos emocionales y sociales.
- Hacer planes; realizar un plan estratégico de soluciones.
- Obtener compromiso; ayudar al usuario a definir y comprometerse con sus futuras acciones.
- Considerar la conciencia de enfermedad del usuario; estar atento a diferenciar lo real de la fantasía del usuario.

Cada sesión es un ciclo de apertura-desarrollo y cierre, Solana, (citado en Urzúa, 2009) cada dinámica, tiene como finalidad vivenciar de una forma intensa que el usuario “se dé cuenta”, de su problemática, resuelva sus asuntos inconclusos y pase del apoyo ambiental al auto apoyo.

De acuerdo a Perls, (citado en Urzúa, 2009), en la intervención gestáltica se establecen un procedimiento, en el cual existen cuatro fases de desarrollo para una intervención gestalt.

- **Fase 1. Apertura.** El propósito es establecer la burbuja terapéutica, en esta fase solicitar los datos generales para la cedula de registro, así mismo que el usuario perciba que este es su espacio, adecuado para la relación horizontal.
- **Fase 2. Figura.** En esta fase es necesario lograr que el usuario exponga libremente sus pensamientos, mediante la disminución de tensión o ansiedad relajándolo.
- **Fase 3. Experimento.** Se refiere a una dinámica o ejercicio, el objetivo es que el usuario se dé cuenta de su problemática, puede utilizarse en

cualquiera de las cuatro fases dependiendo del caso y del objetivo de la fase.

- **Fase 4. Ayuda al cierre de la sesión.** esta fase implica hacer la retroalimentación de lo trabajado con preguntas específicas, en este punto es muy probable que encontrar esta problemática requiera, no solo una intervención, es necesario informar al usuario que se seguirá trabajando en próximas sesiones y de la importancia de las tareas asignadas por hacer.

Soporte Teórico Metodológico.

Crisis. Definición de Crisis.

Una situación de crisis puede ser entendida como peligro u oportunidad, ese es el doble componente del término chino de crisis (weiji). Quizás la mejor manera de explicar la definición de crisis es en términos de la propia teoría.

Slaikou, (1996), define crisis como: "Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo"(p.16).

Para Slaikou, (1996), cinco características definen adecuadamente un estado de crisis:

- 1) es temporal, porque el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas;
- 2) casi siempre hay un suceso que lo precipita.
- 3) tiene un curso secuencial más o menos predecible.
- 4) tiene un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos(es decir para mejorar o empeorar).
- 5) su resolución depende entre otras cosas de la gravedad del suceso precipitante y de los recursos materiales, personales y sociales del individuo.

La mayoría de los teóricos consideran que el estado de crisis es agudo en términos de un ataque repentino y de corta duración. Para Caplan, (citado en Álvarez, 2011) la crisis se resolverá típicamente de cuatro a seis semanas, en realidad lo que está limitado en el tiempo es la restauración del equilibrio, pues el ser humano no tolera periodos de desorganización amplios, ya que los estados de crisis se caracterizan por un desequilibrio emocional repentino en el que una persona experimenta tensión y ansiedad elevada por lo tanto una inhabilidad temporal para emplear sus mecanismos de enfrentamiento de forma adecuada que le permitan visualizar sus alternativas y recursos para solucionar problemas.

La manera de controlar estas situaciones es por medio de la intervención en crisis, la cual es un proceso intensivo de ayuda que se centra en la resolución de problemas inmediatos a través de recursos ambientales, sociales y personales, los cuales permiten a la persona a que recobre esa estabilidad emocional y tome el control de su vida.

Principios generales de la Teoría de las Crisis.

Iniciaremos este apartado realizando una descripción de los principios básicos de la teoría de las crisis, señalaremos que con el objeto de que esta teoría sea de utilidad, es necesario distribuirla hacia una estructura teórica general, que nos brinde consideraciones completas al contexto de las crisis en la vida, para Caplan, (citado en Slaikeu, 1996), los principios son:

- **Sucesos Precipitantes:** La experiencia de la crisis se ha comprendido como algo precipitado o desbordado por algo específico, de modo tal que algunos sucesos son universalmente devastadores, sin embargo otros no facilitan las crisis por si mismos ya que son producto del desarrollo vital del individuo. De esta manera el impacto de un suceso particular dependerá del tiempo, intensidad, duración y del grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo.

- **Tipos de Crisis:** Se ha planteado que existen dos tipos de crisis las circunstanciales y de desarrollo, la primera se refiere a situaciones accidentales o inesperadas, el rasgo sobresaliente de esta es que se apoya en algún factor ambiental. Por su parte las crisis del desarrollo son aquellas relacionadas con el traslado de una etapa del crecimiento a otra, cada una de estas etapas se relaciona con ciertas tareas del crecimiento y cuando hay interferencia en su realización se presenta una situación de crisis.
- **La clave cognoscitiva:** propuesta por Taplin, (en Slaikeu, 1996), sugirió que es la personalidad o la historia del sujeto lo que determina la crisis, en especial cómo el suceso precipitante ataca en la estructura cognitiva de la persona y hace que su situación sea crítica, en este punto deben considerarse los conocimientos de las personas y sus expectativas, esto es clave para entender la naturaleza de la experiencia de crisis y muestra por qué algunos sucesos son psicológicamente devastadores.
- **Desorganización:** Uno de los aspectos más visibles en el individuo que se encuentra en crisis es el trastorno emocional o desequilibrio experimentado, asociado a esto se presentan enfermedades somáticas (ulceras, cólicos etc.) así como trastornos de conducta (conflictos interpersonales, insomnio etc.). Esto hace referencia a la idea básica de Caplan (1985) de que el estado de crisis está caracterizado por el desequilibrio afectando diversos aspectos de la vida de la persona al mismo tiempo.
- **Vulnerabilidad y reducción de las defensas del individuo:** de acuerdo a Halpern, (citado en Slaikeu, 1996), cuando una persona ya no es capaz de enfrentar la situación debido al efecto del suceso precipitante que la ha dejado confundida y en desequilibrio, existen en esos momentos durante su crisis, las condiciones en las que el individuo está listo para recibir ayuda y entender que le sucedió o está sucediendo, es esto, lo que produce la oportunidad de cambio, característica de los estados de crisis.

- **Trastorno en el Enfrentamiento:** Casi cualquier definición de crisis se centra en la idea de que el enfrentamiento o solución del problema se ha trastornado. La perturbación de la crisis, es el resultado de un hecho amenazante, esto tendrá como consecuencia aflicciones graves para tolerar y pondrá en riesgo los recursos disponibles por parte de la persona para resolver sus problemas.
- **Límites de Tiempo:** La crisis típicamente se resolverá de cuatro a seis semanas, Caplan, (citado en Álvarez, 2011), pero es importante hacer una distinción entre la restauración del equilibrio y la resolución total de la crisis, es de mayor utilidad pensar en este periodo de tiempo (cuatro a seis semanas), como un momento en el cual el equilibrio se restaura, esto es la conducta errática, emociones, enfermedades somáticas se reducen. En este sentido el límite de tiempo en los estados de crisis positivas o negativas, es el punto central de la teoría de las crisis.

Caplan, (citado en Slaikeu, 1996), resume en siete características la conducta de enfrentamiento efectivo: 1) Explorar activamente resultados reales y solicitar información. 2) Expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración. 3) Pedir ayuda a otros. 4) Abatir los problemas haciéndolos manejables uno cada vez. 5) Estar consciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización, en tanto se mantiene el control en distintas áreas. 6) los sentimientos hasta donde se pueda, siendo flexible y dispuesto a cambiar. 7) Confiar en sí mismo y en otros, tener un optimismo básico sobre los resultados

- **Del impacto a la resolución:** Caplan, (1985), describe el inicio de la crisis como: 1) La elevación inicial de tensión por el impacto de un suceso externo, éste que inicia con respuestas comunes “a la solución de problemas”. 2) La falta de éxito en las respuestas o soluciones al problemas, más el impacto de suceso que continua, fomentará el incremento de la tensión, sentimientos de trastorno e ineficacia. 3) Este

aumento de tensión moviliza otros recursos para solucionar los problemas. En este punto, la crisis puede desviarse hacia cualquiera de las siguientes opciones: reducción en la amenaza externa, el éxito en el establecimiento de nuevas estrategias, la redefinición del problema o renuncia de metas inalcanzables. 4) Si ninguna de estas opciones ocurre, la tensión aumenta hasta un punto crucial, resultando una desorganización emocional grave.

Horowitz, (en Slaikeu, 1996) también hace una descripción de las reacciones de tensión graves, que el individuo atraviesa en el proceso de crisis, la primera reacción ante un hecho amenazante es:

- El desorden emocional, reflejado en llanto, pánico, desmayo o lamentos, el desorden conduce a la negación o intrusión.
- Donde la negación conduce a un amortiguamiento del impacto, esto puede acompañarse de entorpecimiento emocional, es decir en no pensar en lo que pasó o realizar actividades como si no hubiera pasado nada.
- La intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas y sentimientos de dolor sobre el suceso. Se pueden presentar pesadillas, imágenes de lo sucedido, algunas personas omiten la fase de negación y se desplazan directamente a la intrusión, otros oscilan entre estas dos etapas.
- La penetración o traslaboración es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos o imágenes de la experiencia.
- Por su parte la consumación es la etapa final y conduce a la integración, el suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada, en este punto algunos individuos progresan y traslaboran estos sentimientos y experiencias de manera natural, en tanto que otros necesitan ayuda externa.

- **Resultados de las Crisis:** Teóricamente se puede hablar de tres posibles resultados, uno para mejorar, dos para empeorar y tres para regresar a los niveles previos de funcionamiento.

Como responde un individuo a un suceso depende de sus recursos personales, sociales y materiales. Un déficit en cualquiera de estas áreas determina el potencial para cambiar un suceso estresante a una crisis. Los procedimientos de intervención deben valorar el grado en el que la carencia de recursos materiales ha agravado la situación, por su parte los recursos personales, se refieren a la fuerza del yo del individuo, historia previa, problemas de personalidad no resuelto y bienestar físico. Por su parte los recursos sociales refieren a las personas de su medio ambiente inmediato en el momento de la crisis.

Unger y Powell, (citados por Slaikeu, 1996), describen tres tipos de ayuda que los sistemas sociales pueden aplicar durante el momento de crisis.

- La primera es de apoyo instrumental que consiste en dar ayuda material.
- La segunda apoyo emocional, demostrándole protección, que es valorado por su familia y entorno.
- Por último proporcionarle información y referirlo a otros recursos de ayuda.

En general la formulación de la teoría de las crisis trata de variables intrapsíquicas ya que las crisis no toman lugar en el vacío están enmarcadas en los sistemas de la vida social.

Tipos de Prevención de las crisis.

Caplan (1985) menciona que cualquier intervención dirigida a asistir a las personas en el manejo de su crisis, es de suma importancia, puesto que puede prevenir la aparición de psicopatologías o trastornos de alguna clase, en etapas posteriores a la crisis, de esta manera la prevención puede tomar tres formas básicas:

1. la prevención primaria que se encamina a reducir la incidencia de trastornos.
2. la prevención secundaria que busca reducir los efectos de los sucesos ocurridos
3. y la prevención terciaria, encaminada a reparar el daño hecho después del suceso original.

De acuerdo a Slaikeu, (1996) la intervención en crisis es prevención secundaria ya que es un proceso que tiene lugar después de los sucesos críticos hayan ocurrido. En contraste a esto la prevención primaria tiene lugar mucho antes de que ocurran los sucesos de crisis, la verdadera prevención significa prever que sucedan acontecimientos críticos de desarrollo y circunstancial a través de cambios públicos o proporcionando información eficiente dirigida a la capacitación de los individuos para la resolución de sus problemas mediante el incremento de sus habilidades de enfrentamiento.

Tipos de crisis de desarrollo, circunstanciales y existenciales.

Un aspecto polémico de la teoría de las crisis es la idea de que ésta nos puede conducir a un crecimiento personal, esto eleva a la crisis de un estado de desesperación y desorganización a un positivo, de desarrollo personal y madurez. Erickson formalizo primero la idea de que la personalidad continúa a través del desarrollo de las etapas de la vida. Sugirió estudiar el desarrollo psicosocial a través de ocho etapas, cada una posee potencial de crisis, dependiendo de cómo sea resuelto un número específico de problemas o actividades en cada nivel, el crecimiento o desarrollo de una persona podría detenerse en uno superior

En este sentido el estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos.

Una revisión de la investigación de la psicología del desarrollo, indica el énfasis que se hizo en los extremos del desarrollo-niñez vejez- y solo más recientemente en la edad adulta y media Neugarten (citado en Slaikeu, 1996).

En este punto describiremos las hipótesis principales que según Slaikeu, (1996 p.46) están detrás de la aproximación del desarrollo en las crisis de la vida.

- La vida, desde el nacimiento hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y cambios continuos. El cambio que caracteriza el estado de crisis es único porque es extremista, no por el cambio en sí mismo.
- El desarrollo se considera como una serie de transiciones o etapas Erickson (1963), Neugarten, (1979); Rapaport y Rapaport, (1980) sostienen que el individuo debe superar las actividades de una de ellas para funcionar completamente en la siguiente.
- Las transiciones de desarrollo de los adultos son cualitativamente diferentes de las que se dan en la niñez y adolescencia.
- Aunque cada etapa es única, los motivos de los días juveniles son revalorados durante todo el ciclo de la vida.
- Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el contexto de la historia personal.
- Una crisis es una versión extrema de una transición, es decir entre dos periodos de estabilidad, las crisis de desarrollo son desorganizaciones que preceden al crecimiento y de hecho lo hacen posible Danish y D'Augelli, (citados en Slaikeu, 1996).

Además de estos planteamientos existen otras hipótesis según D'Augelli, (citado en Slaikeu, 1996, p. 48) que indican cuando una transición se convierte en crisis, estas son algunas de las más importantes:

- Una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo se perturba o dificulta, esto debido a la falta de habilidad, conocimiento o incapacidad para correr riesgos.
- Otra forma es pensar en términos de la demanda de sobrecarga, esto se refiere a la acumulación de sucesos precipitantes.
- La transición puede convertirse en crisis si la persona no acepta o no está preparada para los sucesos determinantes.
- Una cuarta hipótesis e refiere a que la persona se perciba a sí misma como fuera de fase, en cuanto a las expectativas de la sociedad para su grupo particular de edad.

Para apreciar el papel de las expectativas y tiempo para cualquier individuo en particular, es importante comprender que el tiempo tiene aspectos biológicos, sociales y psicológicos, y que cada uno de ellos ha sufrido cambios de acuerdo a la generación actual, por lo tanto y en congruencia con las bases teóricas, no es suficiente examinar un suceso particular de la persona, ni clasificarlo en una etapa específica del desarrollo, es importante entender la percepción de éste de la adaptación entre él y la sociedad.

Sin embargo no todas las crisis se limitan al proceso natural de maduración, muchas son completamente impredecibles su característica sobresaliente es que el suceso precipitante (ataque físico, pérdida), tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o su etapa de desarrollo. Las crisis circunstanciales pueden afectar virtualmente a cualquiera en cualquier momento sus características según Slaikeu, (1996 p.67) son:

- Trastorno repentino.
- Lo inesperado del hecho, en tanto que pocas personas están preparadas para creer que les pueda ocurrir algo.

- Calidad de urgencia. Con frecuencia se inician como urgencias que requieren de acción inmediata, las estrategias de intervención deben por consiguiente tener en cuenta prioridades para valorar, seguidas de etapas de acción apropiadas al caso.
- Impacto potencial sobre comunidades.
- Peligro y Oportunidad. En tanto que el peligro puede ser la principal señal, de las crisis circunstanciales, la desorganización que le sobreviene inicia de forma casual alguna forma de reorganización, esta tiene el potencial para trasladar a la persona a niveles de funcionamiento altos y bajos.

Estos sucesos exigen nuevos métodos de enfrentamiento por parte del individuo y proporciona la situación para examinar y reelaborar problemas personales no resueltos en el pasado, lo que le permitirá surgir si este el caso mejor dotado de herramientas de enfrentamiento para crisis futuras.

Se pueden considerar como crisis circunstanciales las referidas a:

1. Enfermedad física y lesiones.
2. Crimen, víctimas y delincuencia.
3. Guerras y hechos relacionados.
4. problemas de drogadicción, emigración, problemas económicos e interpersonales.
5. Desastres naturales provocados por el hombre y las crisis que le siguen a los desastres.

En cuanto a las crisis existenciales Guilliand y James, (citados en Hernández, 2010), desarrollaron el concepto, el cual se refiere a los conflictos internos y la ansiedad que acompañan a las importantes cuestiones humanas del propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso.

La intervención en crisis.

La demanda por los servicios de salud mental ha llevado a los países a considerar, implementar y desarrollar programas a distancia, como el único camino realista y efectivo que permita cubrir a la totalidad de la población. Puente (citado en Urzúa, 2009), señala que no existe país en el mundo que cuente hoy

con la infraestructura requerida para proporcionarle a su población servicios de salud física o mental, a través del modelo cara a cara, es por ello que la atención en situaciones de crisis puede beneficiarse de programas de salud a distancia.

Definición de Intervención en crisis

Rubín y Blonch, (citados en Hernández, 2010) definen la intervención en crisis, como el proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante el periodo de desequilibrio, con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales de la persona afectada para afrontar de manera adaptativa sus efectos, la finalidad de la intervención en crisis es ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación e iniciar el proceso de solución de sus problemas.

Antecedentes históricos de la intervención en crisis.

De acuerdo con Weimer (1992) los fenómenos que han influido para el desarrollo de la teoría explicativa de la crisis son:

- **Primero:** el tratamiento de la neurosis traumáticas durante la segunda guerra mundial, donde se diseñaron métodos o tratamientos de neurosis debidas al estrés, en las cuales se sometía al individuo a un tratamiento a corto plazo en lugar de los recursos terapéuticos acostumbrados, estas primeras formas demostraron su eficacia para patrones de conducta inapropiados.
- **Segundo:** la contribución de Erich Lidermann (1944), Sus nociones de la terapia en crisis están basadas en su trabajo con los parientes de las víctimas del incendio trágico de 1942 en el "Coconut Grove" un club nocturno de la ciudad de Boston. Lidermann concluyó que existen varias etapas de dolor que las personas deben atravesar y progresar de una manera sucesiva para poderse adaptar a la pérdida. Además demostró que

se podía ayudar a la persona para que esta elabore las diferentes etapas del proceso de luto por medio de una terapia dirigida hacia la crisis en sí, en lugar de a la personalidad general del individuo.

- **Tercero:** a partir de estos principios, Caplan (1964) fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos, su idea acerca de cómo los individuos enfrentan los eventos, nos brinda una referencia más acerca de la importancia que tienen las habilidades y repertorios con los que cuenta la persona y como estos, son factores fundamentales para evitar el deterioro psicológico. Su teoría de la crisis se formó a partir de la psicología del desarrollo de Erickson (1963) en la que plantea el crecimiento o desarrollo del ser humano a través de ocho etapas. Caplan (1985) se centró en entender como las personas vencían las diversas transiciones desde una etapa a otra y como consecuencia de esto identificó la importancia de los recursos personales y sociales al determinar, si el desarrollo de las crisis (inducidas o repentinas) resultaría en mejoramiento o empeoramiento. Este planteamiento resalta la importancia de la consulta en salud mental, que promueva un crecimiento positivo y aminore el riesgo de un deterioro psicológico.
- **Cuarto:** El factor que influyó de manera determinante, fue el establecimiento del primer centro para la prevención del suicidio en los Ángeles California en 1958; Weimer (1992) refiere que en este centro se logró manejar las crisis gracias al establecimiento de medidas clave como la comunicación telefónica, la introducción del servicio las 24 horas, este resulta ser el primer detonante para surgimiento de otros centros de atención vía telefónica.

Bustos, (en Romo, 2007) dice que dentro de los profesionales de la salud, los pediatras son el primer grupo que utilizó el teléfono de manera sistemática, uno

de los primeros reportes, fue el realizado por Lancet en 1879, quien atendió a un niño con infección respiratoria, proporcionándole a la madre las instrucciones por teléfono.

Sin embargo un grupo de sacerdotes que en el año de 1906 en la ciudad de Nueva York, USA, crearon "NY city national save a life league", son quienes brindan la posibilidad de atender vía telefónica a personas que se encontraban en riesgo de suicidio, ellos marcan el inicio de la intervención en crisis vía telefónica Slaikeu, (1996).

A estos sucesos le siguen la creación de nuevos servicios en norteamericana, Europa, Sudamérica y algunos países de Asia. En la obra de Haywood y Lute (citados en Urzúa, 2009), informan que en 1980 existían más de 500 centros en las distintas zonas geográficas.

Influencias teóricas en la Intervención en crisis.

Moss (citado en Slaikeu, 1996), identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis.

- **La primera:** es la teoría de la evolución y adaptación de los animales a su ambiente de Darwin, esta idea sugiere el desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica, es que la comunidad humana tiene o dispone de un mecanismo adaptativo esencial en los hombres en relación con su medio.
- **La segunda:** influencia se origina de la teoría psicológica, considerando la realización y crecimiento humano de Carl Rogers y A. Maslow, quienes enfatizaron en la realización y crecimiento positivo del hombre, hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes, refieren que la conducta humana es intencional y está dirigida hacia logros y propósitos reestructurales (es decir el momento en que los propósitos se vuelven inalcanzables).

- El enfoque de Erickson (1963) del Desarrollo del Ciclo de vida muestra **la tercera** influencia para la teoría de la crisis, sugiere que en la vida hay 8 etapas, en donde cada una provee un nuevo reto, transición o crisis, Erickson supone que en cada transición, el individuo debe cumplir ciertas tareas propias de cada etapa.
- **La cuarta:** influencia proviene de datos empíricos de como las personas abordan el estrés de la vida (Holmes y Masuda 1973) demostraron cierta relación entre el estrés asociado a sucesos de la vida, salud física y enfermedad

Gerald Caplan (1985) refiere que la teoría en crisis se basa en el concepto de homeostasis que mantiene al individuo de relativa estabilidad física y psicosocial. es decir la situación de crisis ocurre cuando un individuo se enfrenta a obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos o metas que le son esenciales y los cuales no logra superar con sus métodos habituales de solución de problemas, lo que trae consigo una etapa de desorganización y confusión.

Caplan, (citado por Weiner, 1992), describe cuatro fases de una situación típica de crisis:

- La **primera fase**, cuando la crisis empieza a manifestarse y el individuo experimenta tensión emocional y desequilibrio su reacción es superar esta fase mediante el uso de los mecanismos de adaptación previos aprendidos.
- En la **segunda fase**, debido a que sus intentos de equilibrio han fracasado el individuo genera una mayor desorientación.
- La **tercera fase** se caracteriza por un aumento en los niveles de tensión y una intensa movilización de recursos tanto internos como externos, del individuo en esta fase solicita ayuda o cambia sus metas.

- Si a pesar de esto no logra reducir la tensión emocional y el desequilibrio entra en la **cuarta fase** de este proceso, la desorganización difusa de la personalidad y quizás el colapso emocional.

Sin embargo hay que aclarar que esto depende en gran medida de cómo se valora tal situación de los significados que el individuo otorga a sus problemas, así como a su historial personal y su habilidad para manejar estos sucesos, sin embargo, hay ciertas reacciones que son comunes como llanto, negación, confusión y angustia, afectando una o más de las siguientes dimensiones del ser humano: Cognitiva, emocional, conductual, relacional y fisiológica.

En el siguiente apartado se puntualizara lo referente a la Intervención en Crisis en específico cuando este servicio se otorga vía telefónica señalaremos sus antecedentes, sus principales características, la experiencia en México, el perfil del usuario y del consejero.

La Intervención en crisis vía telefónica.

La comunicación vía telefónica es interactiva con capacidad de respuesta y de retroalimentación, por lo que existe la posibilidad de ambientar la situación de conversación, la trasmisión del estado de ánimo, la respiración, la sonrisa o el silencio con un significado especial por lo cual es equivalente a una conversación cara a cara en lo referente a que: transmite información, puede ayudar a resolver problemas, genera ideas y preguntas y posibilita el intercambio de opiniones, Gallego, (citado en Rodríguez, 2010) lo que nos habla de la posibilidad de considerar a la intervención psicológica vía telefónica como efectiva en todo su contexto.

Antecedentes de la Intervención telefónica en México.

En México los antecedentes sobre servicios de ayuda por vía telefónica aparecieron hasta los años sesentas por el doctor Santiago Mar Zúñiga quien

establece en el Hospital de Emergencias de Coyoacán, el Centro de Prevención del suicidio, funciono cinco años Gómez, (citado en López y Samano, 2007).

La asociación mexicana de auxilio al desesperado (AMAD), fue una tentativa realizada por el Dr. Gallardo y su esposa, ambos contestaban las llamadas y posteriormente se comunicaban con los usuarios. Otra alternativa fue la realizada por la Sra. Gainor, en una iglesia de las lomas de Chapultepec en la ciudad de México, en la cual un grupo de personas de habla inglesa y algunos bilingües fueron entrenados, su meta dar servicio en ingles inicialmente y posterior en español, ambos intentos fracasaron debido a la falta de apoyo económico y comunitario García, (citado en Romo, 2007).

En cuanto a centros hospitalarios, el de la Raza en su sección de cardiología implementó un sistema de comunicación telefónica entre pacientes con afecciones cardiovasculares con el fin de tranquilizarlos en caso de presentar alguna situación de estrés en los pacientes, sin embargo, el antecedente más significativo de servicios telefónicos en crisis surgió a raíz de los sismos de 1985 en la ciudad de México. Donde el Instituto Mexicano de Psicoanálisis y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, aparte de brindar sus instalaciones, dieron ayuda a problemas emocionales vía telefónica.

Por su parte la Facultad de Psicología de la UNAM, organizo brigadas en hospitales y abre a la comunidad su centro de servicio psicológico. Al mismo tiempo el Dr. Federico Puente propone el Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono (SAPT) coordinado por la Facultad de Psicología de la UNAM, el servicio se inició el 23 septiembre, sin embargo este servicio se suspende en diciembre de 1985 por falta de apoyo económico Acosta, (en López y Sámano, 2007).

Finalmente en Octubre de 1992 se inicia este servicio, ahora llamado SAPTEL, en un trabajo conjunto con la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Latinoamericano y del

Caribe de la Federación Mundial de la Salud Mental ONU Gaitán, (citado en Romo, 2007).

Otro esfuerzo por atender el rezago en la atención psicológica es el programa de Intervención en Crisis a Víctimas y Desastres Socio-organizativos de la Facultad de Psicología de la UNAM, el cual proporciona contención psicoemocional, a través de su Call Center Apoyo Psicológico, a la comunidad estudiantil de la UNAM y al público en general. Finalmente ha habido otros esfuerzos como el servicio Simitel del Grupo por un país Mejor A.C; Línea UAM, Acercatel, ICAS-México, In Mujeres.

Características de la Intervención en crisis vía telefónica

Slaikeu (1996) menciona que "la característica más distintiva del servicio vía telefónica es que la ayuda ofrecida al usuario en crisis tiene lugar sin el beneficio de las señales no verbales y el lenguaje corporal y se basa exclusivamente en las palabras habladas entre el consejero que ayuda y el usuario" (página 356).

Conversar es el modo y el medio por el que se desarrolla la psicoterapia, por lo tanto el consejero debe tener una fluidez de expresión verbal, la escucha empática que propone ponerse en el lugar de la otra persona, intentando ver la realidad desde este marco de referencia, evitando teñir o anteponer toda la comunicación con nuestras propias apreciaciones y preconceptos.

Para el usuario en algunos casos es provechoso no tener a la vista al consejero ya que disminuye las suposiciones negativas acerca de si es el terapeuta adecuado para ellos o no, la terapia telefónica propicia que el usuario se enfoque en lo que el consejero dice y no en cómo se ve. Kenny y McEachem (citados en Hernández, 2010).

La relación entre el tiempo del evento crítico y el tiempo de la intervención, entre más rápido se dé la intervención menos daño causará en el usuario ley de Hansel, (citado en Slaikeu, 1996), es un principio fundamental, ya que el consejero se

convierte en un amortiguador que ayudará al usuario a prevenir alguna psicopatología, regresándolo al estado previo de organización o restableciendo su equilibrio emocional, ayudándole a darse la oportunidad de crecimiento en esta crisis.

Lester, (citado en López y Sámano, 2007) sintetiza las características más importantes de lo que llama la “consejería telefónica” entre ellas destacan:

- **Control del usuario:** en el trabajo de atención telefónica el usuario tiene mayor poder sobre la relación terapéutica. Puede iniciarla o terminarla cuando él quiera, siendo esto un efecto facilitador para el consultante. Este cambio en el control de la llamada puede producir ansiedad en el consejero.
- **Anonimato del usuario:** permite minimizar los sentimientos de un posible ridículo, abuso, censura o daño e incluye una mayor disposición y apertura a “confiarse” a alguien, esto representa una valiosa ayuda a lo largo del proceso de ayuda.
- **Transferencia positiva:** los consejeros también son anónimos lo que permite al paciente fantasear y proyectar la imagen del terapeuta “ideal”.
- **Reducción de dependencia:** la atención vía telefónica, no favorece la dependencia del paciente y del consejero, transfiriéndola al servicio en general y no a un consejero en particular.
- **Accesibilidad:** mucha gente tiene teléfono o fácil acceso a uno y el costo es bajo por lo que resulta benéficos para la intervención de las crisis.
- **Horario:** Se puede acceder a él en horarios completos de 24 horas o amplios de 12 horas.

Investigaciones sobre el apoyo emocional vía telefónica.

Además de los diversos centros e instituciones ya mencionados en los Estados Unidos de Norteamérica, existe una federación con sede en Ginebra Suiza, donde

se integran servicios de ayuda vía telefónica en todo el mundo llamada IFOTES "International Emergency Services". Creada en 1967, su misión es promover las experiencias entre sus miembros por medio de la organización de congresos, diplomados y entrenamiento o apoyo con sus conocimientos, así como a la creación de nuevos programas de apoyo, IFOTES cuenta con los siguientes miembros: Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Israel, Italia, Holanda, Portugal, Singapur, Eslovenia, España y Suiza. (Citado en Urzúa, 2009).

Bermejo (citado en Urzúa, 2009) refiere que la psicología clínica, no debe ser ajena a los continuos avances en el ámbito de la comunicación y nuevas tecnologías. Algunas investigaciones señalan los beneficios palpables del papel de la línea telefónica en trastornos como depresión.

En países como Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica, a través de su investigación científica demuestran que la psicoterapia puede ser efectiva aun si el paciente y el terapeuta no se encuentran en el mismo lugar. La Harvard Mental Health Setter, (2005) en el estado de Seattle (EUA), usando el teléfono en forma combinada con la terapia cognitivo conductual, no encontró ninguna diferencia entre el éxito y la satisfacción de pacientes depresivos que fueron atendidos ya sea con la modalidad tradicional cara a cara o usando la atención telefónica.

Ludman (2007) investigadora asociada del Centro de Salud Grupal para estudios de Salud en Seattle, E.U.A., (citado en Urzúa, 2009), afirma que la consejería telefónica puede ofrecer beneficios a largo plazo a las personas que padecen depresión entre otras problemas. Este estudio fue hecho con más de 400 pacientes, también es el primero en estudiar la oportunidad de combinar la terapia vía telefónica con antidepresivos como se ofrece en la práctica médica cotidiana.

Como observamos prevención y atención temprana y oportuna son sinónimos de competitividad y salud por lo cual es necesario que las personas encargadas de proporcionar la contención psico-emocional, dispongan de habilidades y destrezas

que les permitan restablecer el equilibrio emocional de los usuarios que requieren atención psicológica vía telefónica.

En el siguiente apartado revisaremos cuales es la situación actual de la atención y salud mental en nuestro país, así como las carencias que existen en este sector.

Panorama actual de la salud mental en México.

Conocer y tener en cuenta el contexto actual de la salud mental proporciona una visión clara de la problemática que se requiere abordar y que si se atiende oportunamente derivará de amplios beneficios personales, sociales y económicos de nuestro país.

En la actualidad millones de personas son afectadas por algún tipo de desorden mental, conductual, neurológico o de abuso de drogas. Un estudio hecho por la Organización Mundial de Salud (OMS) muestra que en el 2002 existían 154 millones de personas en el mundo sufriendo depresión, la cual se estima que será en el 2020 la segunda causa de incapacidad laboral. Igualmente la OMS (2002) calcula que en el mundo cerca de 877,000 personas mueren por suicidio.

Si tomamos en cuenta que la esperanza de vida en México, se incrementó de 34 años en 1930 a 75 años en el año 2000, (INEGI, 2000), hemos pasado de un patrón de enfermedades infecto-contagiosas a otro con predominio crónico-degenerativo. Una enfermedad crónica es la depresión y aproximadamente 7.5 millones de mexicanos la padecen, uno de cada diez pacientes que llegan al consultorio según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2003).

En este estudio, el 28% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE-10(International Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problems) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8%, en los últimos 30 días. Por tipo de trastorno los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de abuso

de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida respectivamente). Sin embargo son las mujeres quienes presentan prevalencias más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9% respectivamente).

Según estadísticas del INEGI, (2005), el 20% de los mexicanos con padecimientos de salud mental, solo 2 de cada 10 reciben tratamiento adecuado (citado en Urzúa, 2009), las enfermedades mentales representan la quinta causa de muerte prematura en el país, estrechamente vinculada con los suicidios, los cuales en los últimos años de 1980 al 2005 aumentaron un 305%.

En registros oficiales en México (de más de 1250 agencias del ministerio público), ocurren aproximadamente 3,500 suicidios cada año y la cifra tiende a aumentar, con un crecimiento medio anual de 10.3%. Sin embargo esta cifra podría ser mayor por los casos que no llegan al conocimiento de la autoridad; esto por el estigma social que representa el suicidio. Alrededor de 15 millones de mexicanos tienen alguna enfermedad mental y 28% de la población ha padecido algún trastorno en algún momento de su vida.

Como puede observarse, se trata de un problema de salud grave que se atiende con apenas 0.85% del presupuesto destinado al Sector Salud (Presupuesto de Egresos de la Federación, 2006). Los servicios de salud mental deben ser considerados de igual importancia que los de salud física y por lo tanto la asignación de recursos equivalentes para la atención de la población. De esta manera es necesario contar con más y mejores programas de prevención primaria para trastornos emocionales, neurológicos, conductuales y psicosociales.

En el siguiente apartado describiremos el perfil del usuario de líneas telefónicas en México, datos relevantes que sitúan a nuestra población y contexto ya con ciertas tendencias, al menos de usuarios que requieren atención de primera vez.

Perfil del usuario de primera vez, de atención psicológica vía telefónica en México.

En general se considera que cualquier persona puede ser usuario de una línea de atención psicológica, sin embargo Resse (citado en Rodríguez, 2010) concluye que hay dos tipos de usuarios que no son adecuados para ser atendidos mediante este medio: aquellos a los que les es necesario ver a su terapeuta para poder establecer una relación terapéutica y aquellos con más de dos problemas emocionales severos o crónicos: en ambos casos deberán ser referidos a terapia cara a cara.

Dentro del sector público Saptel (www.saptel.org.mx/anexo2/reportes%2010) reporta en lo referente a sus usuarios de primera vez que buscan terapia telefónica lo siguiente: mujeres, entre 20 y 29 años, solteras, de nivel preparatoria o profesional, católicas, de nivel socioeconómico bajo y su principal motivo de consulta fue los Conflictos interpersonales, que generan estrés, depresión y ansiedad, en este tipo de problemas se pueden considerar los casos de violencia intrafamiliar donde no existen las herramientas de negociación, asertividad, regulación de impulsos, costumbres, creencias y baja autoestima entre otros, que permiten que sucedan.

Perfil del consejero: características personales.

De acuerdo con Díaz, (citado por López y Sámano, 2007), las características personales que conviene que tenga o adquiera un consejero, por ser una persona que intencionalmente se dedica a conducir a los usuarios con propósitos y motivos transparentes son:

- **Conocimiento de sí mismo.** Consiste en tener una concepción realista del ser humano y del sentido de la vida, en lo general y una conciencia clara de las propias motivaciones y necesidades en lo particular.
- **Cuidado personal de los aspectos físicos y emocionales.** necesita un alto nivel de energía y fuerza para el desgaste físico que implica el

desarrollo de su tarea y un manejo de sus emociones, que le permitan distinguir sus necesidades, de las del grupo.

- **Autenticidad.** Entendida como la manifestación natural y espontánea de la manera de ser del consejero, que se produce a partir de su propia aceptación y le da congruencia a lo que piensa con lo que hace.
- **Flexibilidad.** Este se refiere a la capacidad del consejero para revisar su propia situación y hacer modificaciones personales, sin mostrarse frío o artificial ante las circunstancias que se le presentan.
- **Optimismo y buen humor.** Una visión optimista significa que acepte con agrado su papel, a pesar de las dificultades, limitaciones que implica.
- **Manejo de Ambigüedades y la Frustración.** Se refiere a la capacidad de aceptar las contradicciones y limitaciones que impone una situación ajena a las propias decisiones. Por tal motivo debe estar consciente de que en todo programa de trabajo, existe el riesgo de que los resultados obtenidos no correspondan a sus expectativas aunque den respuesta a las necesidades de la institución o empresa.

Habilidades y actitudes de los Consejeros en la atención de Crisis vía Telefónica.

La importancia de la aplicación del modelo sugerido requiere que los consejeros cuenten con habilidades y actitudes específicas que faciliten la aplicación de este procedimiento, dentro de estas se encuentran por un lado el crear un ambiente de confianza, "empatía", para lograr que el usuario se sienta comprendido, esto facilitará el proceso de intervención, de tal manera que se propiciará una situación de seguridad psicológica, la cual se permitirá la exploración de los eventos críticos en un contexto real.

De acuerdo a Gómez, (citado en Rodríguez, 2010) las actitudes y habilidades que debe poseer el perfil de consejero son:

- **Actitud positiva incondicional:** se refiere la aceptación cálida de cada aspecto del usuario.
- **Congruencia:** es la correspondencia entre lo que la persona piensa, siente y hace, significa aceptar con libertad los diferentes sentimientos y así poder integrar las experiencias.
- **Empatía:** Se refiere al escuchar, acompañar, experimentar con el otro sus diferentes sentimientos.
- **Confrontación:** Se utiliza para clarificar la incongruencia de la persona en cuanto a lo que piensa, siente y dice.
- **Asertividad:** Es la capacidad para defender los propios derechos sin agredir a los demás, la falta de esta habilidad lleva a la desconfianza en uno mismo.
- **Habilidades para el diagnóstico clínico:** Se refiere al manejo y uso eficiente de técnicas, entrevistas sencillas y rápidas.
- **Habilidades para la investigación evaluativa:** Se refiere a datos estadísticos de las intervenciones y evaluaciones de los usuarios.
- **Contacto psicológico:** Es decir bajar la intensidad de las emociones, entender y aminorar el dolor de sentirse solos, es el reconocimiento de los sentimientos para ayudar a retomar el autocontrol.
- **Manejo del silencio:** Es la habilidad para poder interpretarlo y usarlo como estrategia para brindar un espacio libre y cómodo.

En cuanto a los conocimientos y habilidades del consejero que se vinculan con la tarea a realizar o los procesos de trabajo Díaz, (en López y Samano, 2007) establece los siguientes:

- **Dominio técnico de la materia:** Este conocimiento es fundamental para que el consejero responda a las expectativas hacia el logro de las metas, el dominio de la materia debe ir encaminado a dosificar estos conocimientos de acuerdo al nivel de madurez de los usuarios, o ponga a disposición del grupo de trabajo su capacidad técnica.
- **Credibilidad Tecnológica:** Esta se establece cuando el consejero, a través de su comportamiento, pone de manifiesto una auténtica asimilación de sus conocimientos o de aprovechamiento de sus experiencias, que los usuarios confirman a través de su desempeño como consejero, está relacionada con la confianza personal y ambas juegan un papel relevante en la necesidad psicológica de las personas.
- **Habilidad de concreción:** Uno de los aspectos generadores de angustia en los equipos, es el encontrarse con un consejero que no haya desarrollado una habilidad para concretar sus mensajes, la concreción se manifiesta de dos maneras: la primera referente a no dejar incompletas o difusas, sino a emitir mensajes claros y directos, la segunda se relaciona con la capacidad de líder para sintetizar en pocas palabras sus ideas.
- **Sentido práctico:** El sentido práctico no se limita a dar recetas a las personas, sino va más allá al propiciar que los propios participantes descubran con juicio crítico, las oportunidades que tienen para utilizar sus conocimientos y habilidades.
- **Actualización permanente:** El consejero jamás deja de aprender, si tiene una actitud abierta y sencilla, descubre en el contacto con las personas sus propias limitaciones, distintos puntos de vista y la necesidad de nuevos conocimientos, por lo que es importante mantenerse en constante actualización para estar en capacidad de respuesta a las demandas de su actividad.

En cuanto a las habilidades de “escucha” Espinoza, (citado en López y Sámano, 2007) dice que el consejero, debe prestar suma atención a:

- **El silencio:** como una importante herramienta en el trabajo en línea, permite que el consejero reflexiona o clarifique sus pensamientos.
- **Reflejar sentimientos al usuario:** Se refiere a comunicar que si entendemos la expresión verbal o no verbal de los sentimientos relacionados con el problema que se está planteando.
- **Repetir y resumir los puntos importantes:** significa reflejar el pensamiento del usuario, señalando, ubicando y marcando sus percepciones; así mismo realizando una síntesis de todos los eventos y sentimientos que el usuario ha compartido.
- **Parfrasear:** Ayuda a simplificar los mensajes y hacerlos manejables, entendibles y con posibilidades de darles una dirección.
- **Clarificar los sentimientos:** Se refiere a la necesidad de establecer las conexiones de los eventos que aparentemente no se observan. Cuando algo no está claro para el consejero, no se puede esperar que lo esté para el usuario.
- **Compromiso:** Es la habilidad para hacer que los usuarios puedan expresar más, estos pueden ser comentarios que inviten al usuario a hablar y elaborar su discurso.

Dentro de las habilidades del consejero, es importante el acompañamiento de este con el usuario. Acompañar presupone un grado mínimo de intimidad con uno mismo, exige un esfuerzo de desarrollo personal. Las intervenciones con personas en crisis se deben enfrentar con sensibilidad para percibir lo que está ocurriendo así mismo cuando alguien pide ayuda es porque ha definido que la situación está más allá de su capacidad de resolución, que ha perdido el control (Sullivan, 1992).

Como se puede observar la labor del consejero ha sido y es de suma importancia y responsabilidad, ya que se enfrenta a situaciones de atender a personas que se encuentran en riesgo, en crisis, por lo cual debe tener control de sus propias emociones para poder tomar las acciones de orientar adecuadamente y de manera objetiva al usuario y que esté restablezca su equilibrio emocional.

El siguiente apartado se presenta la información recabada de la atención psicológica proporcionada y los lineamientos que se utilizaron para el análisis y determinación de las tendencias psicoemocionales y el perfil del usuario del programa Call Center UNAM.

Tendencias psicoemocionales, de los usuarios atendidos vía telefónica por el programa Call Center, UNAM.

La importancia del resultado al obtener las tendencias psicopatológicas y el perfil de los usuarios del programa Call Center UNAM, radica en tener un conocimiento claro y específico de la problemáticas de una población en un contexto determinado, en este caso aquel que solicita información del programa y/o canalización o contención psicoemocional, debido a situaciones de crisis que presenta y que son precipitadas por distintas razones y motivos.

Para generar esta información se llevaron a cabo entrevistas directas vía telefónica y observaciones de cada uno de los casos principalmente, así como la utilización de diferentes procedimientos de interpretación (diagnostico), que de acuerdo al caso se utilizaron para lograr este objetivo.

En este sentido fueron seleccionados para este estudio solo aquellos usuarios del Call Center UNAM que cumplieran con los criterios de inclusión de determinadas categorías diagnósticas, de acuerdo con el DSM-IV.

Análisis y presentación de la información recabada.

A partir del análisis de la información de cada uno de los casos atendidos en el programa Call Center UNAM, se realizó lo siguiente:

- El análisis de las cédulas de registro de cada uno de los 118 casos de los usuarios, del Call Center UNAM, del periodo comprendido entre Enero y Julio del 2012.
- El análisis de la información contenida en cada uno de los casos atendidos y la identificación de los núcleos centrales de cada uno de ellos (tipo de trastorno) y su clasificación de acuerdo al DSM-IV, en categorías diagnósticas.
- Se agrupo a los usuarios que presentan el mismo tipo de trastorno de acuerdo al DSM-IV y de esta manera se obtuvieron las tendencias psicopatológicas que presentan los usuarios del Call Center UNAM.
- El siguiente análisis que se realizó correspondió a los datos socio demográfico de cada uno de los usuarios en cuanto a: Sexo, edad, estado civil y escolaridad y determinar el perfil del usuario del programa Call Center UNAM.

De acuerdo con el proceso antes descrito se presenta el diagrama de categorías diagnosticas del DSM-IV (tabla 4), que se utilizó para el agrupamiento de los casos dependiendo del tipo de trastorno que presento cada uno de los usuarios a quienes atendió el programa.

Categorías Diagnosticas.

Trastorno A	Subtipo B	Enfoque sugerido.	Sugerencia de canalización.
Trastorno de tipo psiquiátrico. (de acuerdo al DSM-IV)	Trastorno de inicio en la infancia, niñez o adolescencia. -Trastorno cognoscitivo. -Trastornos relacionados con sustancias. -Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. -Trastornos del estado de ánimo. -Trastornos de ansiedad.	Acompañamiento	Cualquier Institución de salud mental.

Trastorno de tipo psiquiátrico (continua)	-Trastornos somatomorfos. Trastornos Facticios. -Trastornos Disociativos. -Trastornos de la conducta alimentaria.(Anorexia, bulimia). -Trastornos del sueño. -Trastornos adaptativos. -T. de la personalidad.	terapéutico. Cognitivo-conductual.	Cualquier institución de salud mental.
Violencia Intrafamiliar.	-Psicología- -Física. Económica.	Cognitivo-conductual.	Centros de atención a la violencia intrafamiliar.
Orientación en sexualidad.	-Homosexualidad. -Disforia de género. -Preferencias sexuales. -Disfunciones sexuales.	Terapia centrada en el cliente. Acompañamiento terapéutico.	Centros de atención sexual.
Adicciones.	-Alcohol, psicotrópicos, tabaco. -Relaciones conflictivas. -Sexo.	Cognitivo-Conductual.	Centro de integración juvenil. Hospital general, clínicas de atención en adicciones.
Conflictos Interpersonales.	-Infidelidad, Timidez, Ansiedad social - inhibiciones. Relaciones.	Intervención en Crisis. Cognitivo-Conductual	Saptel, In mujeres, ICAS, Call Center UNAM.
Discapacidades	-Físicas, psicológicas y sociales.	Acompañamiento Terapéutico.	Instituciones de atención a personas con necesidades especiales.
Violación y/o abuso sexual.	Violación y/o abuso sexual a mujeres, hombres y niños.	Cognitivo-Conductual.	Centros de atención a víctimas sobrevivientes de abuso sexual.

Tabla (4) Diagrama de categorías diagnósticas DSM-IV, dependiendo del tipo de trastorno.

Registro de datos.

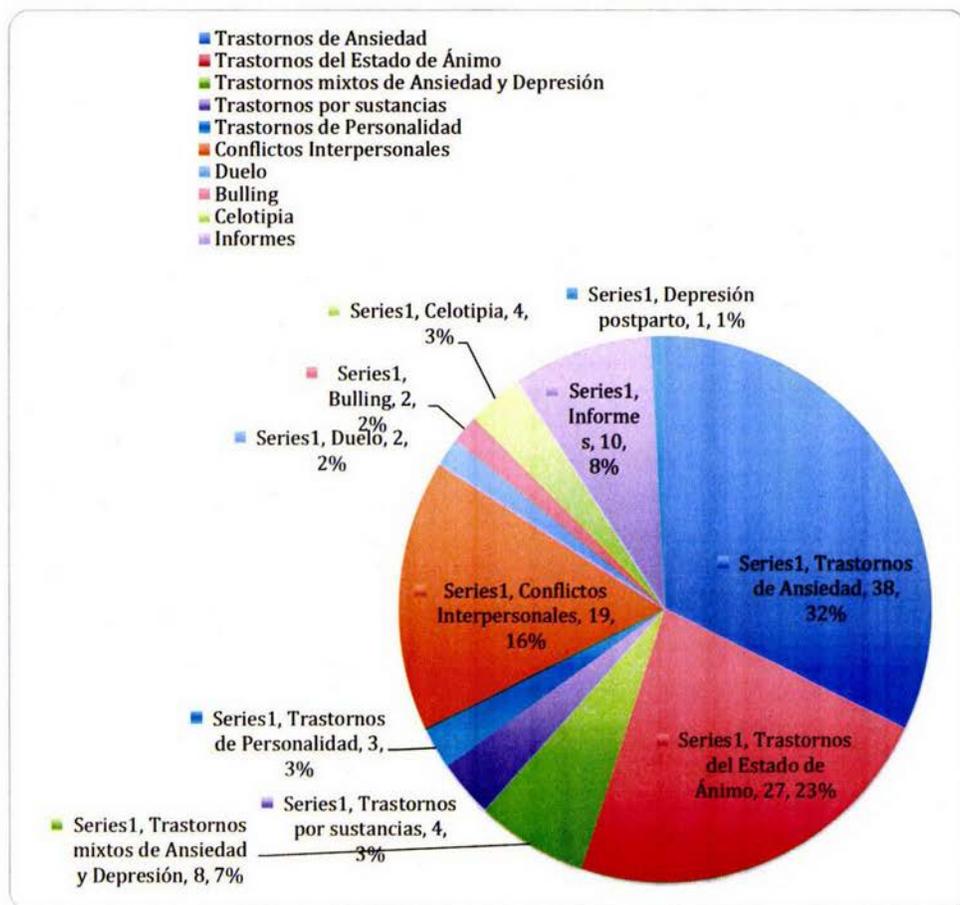
La tabla (5), presenta los datos obtenidos de los usuarios del programa Call Center UNAM, ordenados de acuerdo a las variables medibles en cuanto a motivo de consulta, categoría diagnóstica, sexo, edad y escolaridad. (Anexo A)

Resultados Obtenidos.

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis de 118 casos.

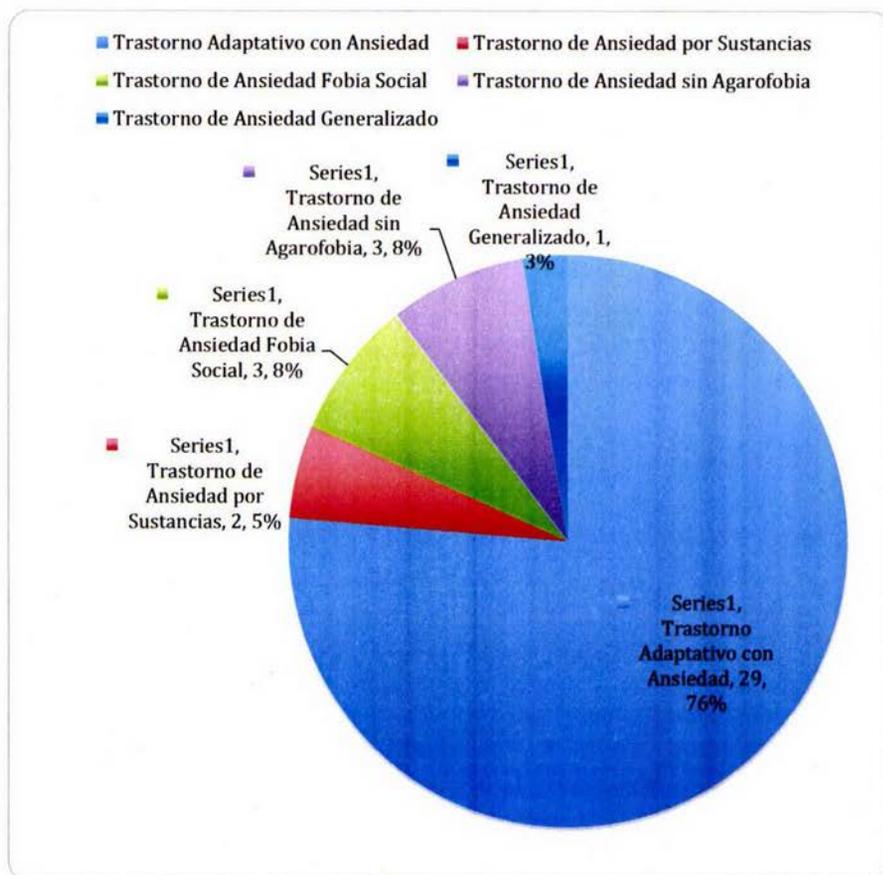
<i>Tendencias Psico-emocionales del Call Center UNAM</i>	
Trastornos de Ansiedad	38
Trastornos del Estado de Ánimo	27
Trastornos mixtos de Ansiedad y Depresión	8
Trastornos por sustancias	4
Trastornos de Personalidad	3
Conflictos Interpersonales	19
Duelo	2
Bulling	2
Celotipia	4
Información del servicio y/o canalización.	10
Depresión postparto	1

TIPOS Y PORCENTAJES.



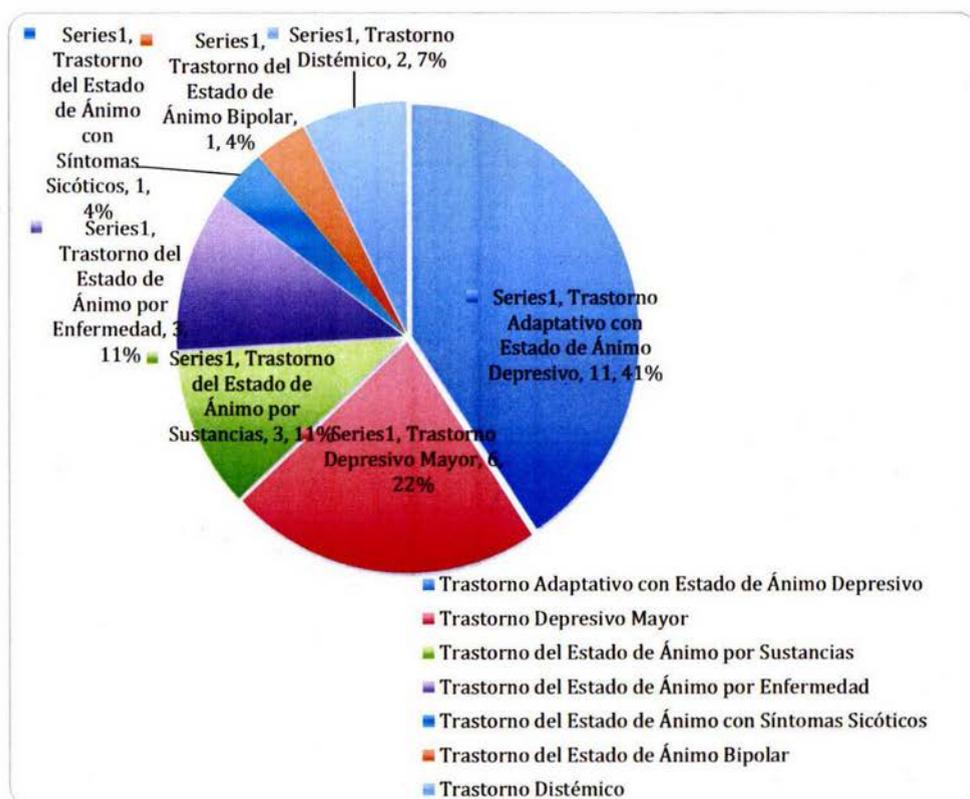
Trastornos de Ansiedad	
Trastorno Adaptativo con Ansiedad	29
Trastorno de Ansiedad por Sustancias	2
Trastorno de Ansiedad Fobia Social	3
Trastorno de Ansiedad sin Agorafobia	3
Trastorno de Ansiedad Generalizado	1

TIPOS Y PORCENTAJES.



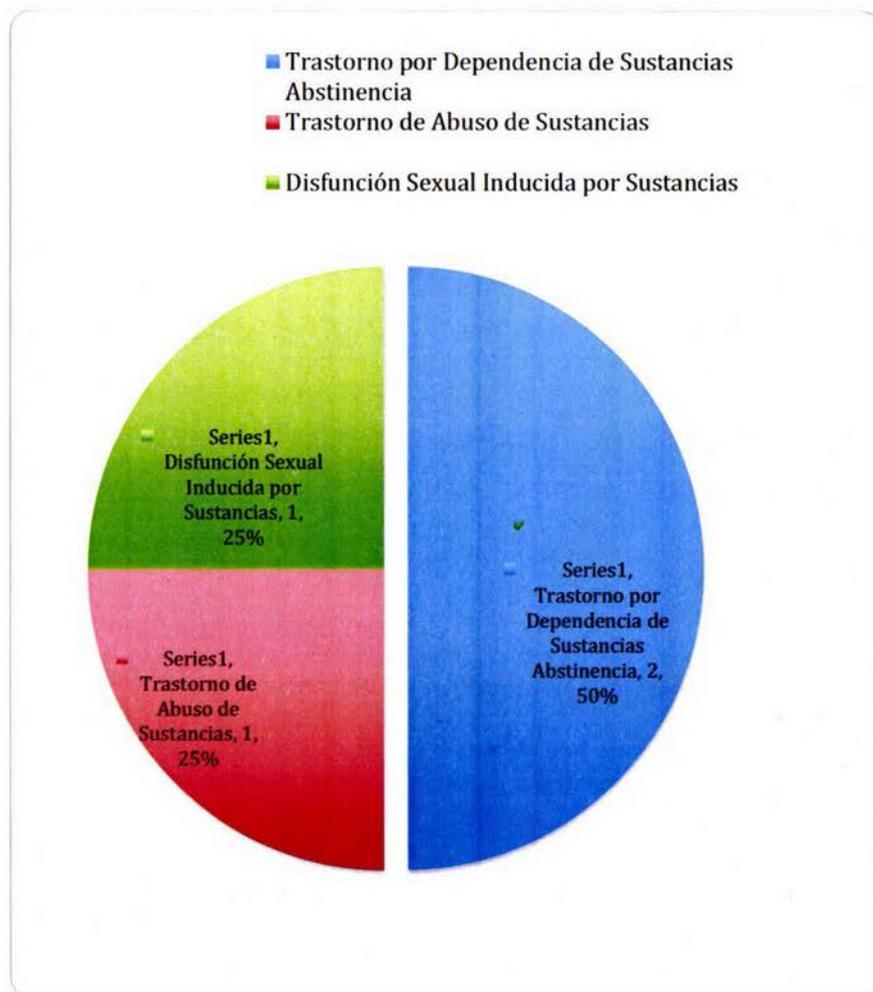
Trastornos del Estado de Ánimo	
Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo	11
Trastorno Depresivo Mayor	6
Trastorno del Estado de Ánimo por Sustancias	3
Trastorno del Estado de Ánimo por Enfermedad	3
Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Sicóticos	1
Trastorno del Estado de Ánimo Bipolar	1
Trastorno Distémico	2

TIPOS Y PORCENTAJES.



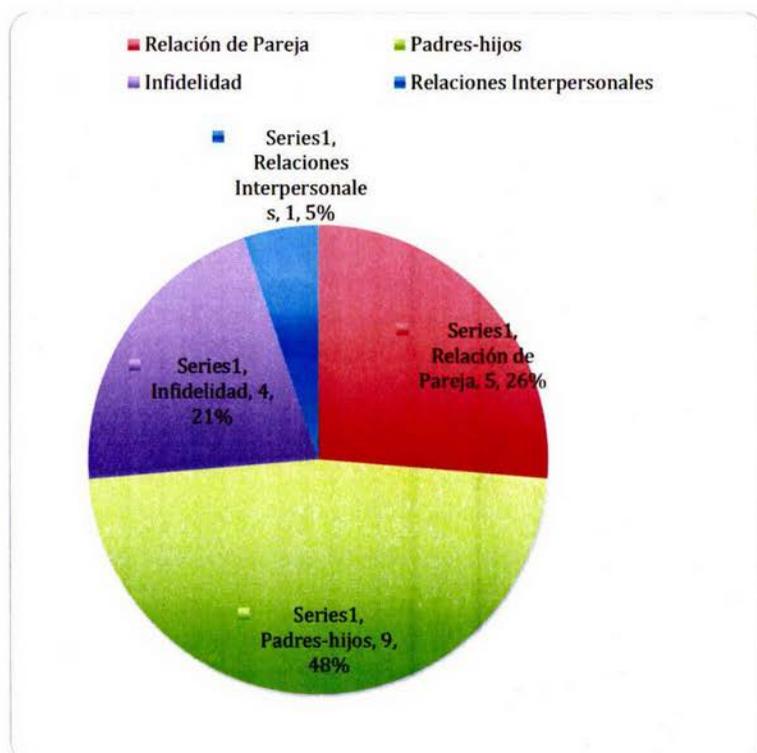
Trastornos por sustancias	
Trastorno por Dependencia de Sustancias Abstinencia	2
Trastorno de Abuso de Sustancias	1
Disfunción Sexual Inducida por Sustancias	1

TIPOS Y PORCENTAJES.



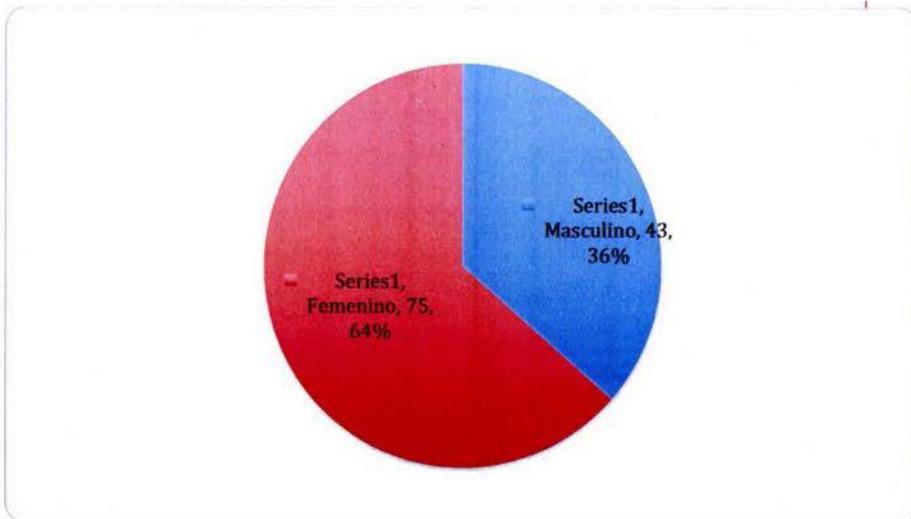
Conflictos Interpersonales	
Relación de Pareja	5
Padres-hijos	9
Infidelidad	4
Relaciones Interpersonales	1

TIPOS Y PORCENTAJES.



Perfil del Usuario.

Masculino	43	36%
Femenino	75	64%



De acuerdo con los datos analizados, el perfil del usuario más frecuente del Call Center UNAM, con el **64%** (75 casos) de la atención proporcionada es:

- **Mujeres**, con una edad promedio de **34 años** y desviación estándar de 12.9 años, con un intervalo de edad de los 22 años a los 48 años, de **estado civil; soltera y escolaridad de nivel superior**, la usuaria con menor edad fue de 11 años y la de mayor edad de 64 años.
- **Los motivos de contención psicoemocional en mujeres son:** Trastornos asociados con Ansiedad (33.5%), Depresión (20%), Conflictos interpersonales (17.5%), Información del programa y/o canalización (8%), Trastorno mixto (7%), Celotipia (5%), Trastorno de la personalidad (2.5%), Bulling (2.5), Duelo (2.5%), Depresión post parto (1.5%) en ese orden.

Edad femenina:

De 75 casos, atendidos en **88%** (66 casos) se determinó la edad, solo el 12% (9 casos), no se determinó.

Escolaridad femenina:

De 75 casos, el **55%** de la muestra (41 casos) de los cuales, 22% de las usuarias atendidas (16 casos), están cursando o tienen nivel escolar superior, 19% (14 casos), corresponde a nivel medio superior, 10% (8 casos), a usuarias de nivel secundaria y 4% (3 casos) a nivel primaria en el 45%, (34 casos) restantes de la muestra no se determinó.

Estado civil femenino:

De 75 casos, **el 89.5%** de la muestra (67 casos) de los cuales 33.5% (25 casos) corresponde a mujeres solteras, 32% (24 casos) a mujeres casadas, 10.5% (8 casos) corresponde a divorciadas, 8% (6 casos) a unión libre, 4% (3 casos) a viudas, 1.5% (1 caso) a madre soltera y finalmente el 10.5% (8 casos) no se determinó.

Perfil usuarios masculinos.

El **36%** de la atención psicológica proporcionada (43 casos), corresponde al sexo masculino con una edad promedio **de 32 años** y desviación estándar de 10.6 años, con un intervalo de edad 21 a 43 años, **su estado civil es soltero, tienen o están cursando el nivel superior.** De 43 casos en **86%** (37 casos), se determinó la edad, solo 14% (6 casos) no se determinó.

- **Los motivos de contención emocional masculina son:** Trastornos asociados a Ansiedad (30%), Depresión (28%), Conflictos interpersonales (14%), Trastornos asociados a sustancias (9.5%), Información del programa y/o canalización (9.5%), Trastorno mixto (7%), Trastorno personalidad (2%) en ese orden.

Escolaridad masculina:

Se registró en **47%** de la muestra (20 casos), del cual el 26% (11 casos) tienen o están cursando el nivel superior, 9% (4 casos) son de nivel escolar medio superior, 12% (5 casos) corresponde al nivel de secundaria y 53% (23 casos) no se determinó.

Estado civil masculino:

De los 43 casos se determinó el estado civil en **81.5%** (35 casos) de la muestra de los cuales 46% (20 casos) son solteros, 23.5% (10 casos) son casados, 9% (4 casos) son divorciados, 2.5% (1 caso) viven en unión libre y 18.5% de la muestra no se determinó.

Conclusiones.

De acuerdo con el objetivo principal del presente informe profesional, conocer las tendencias psicopatológicas de los usuarios del programa Call Center UNAM, se puede decir que la especialización del servicio, esquemas, procedimientos y estrategias de atención psicológica, deben enfocarse a los trastornos asociados a: Trastornos asociados a Ansiedad, trastornos afectivos (depresión), seguido de los Conflictos Interpersonales. Trastornos mixtos de ansiedad-depresión en ambos sexos de usuarios y trastornos por sustancias solo en usuarios masculinos en ese orden, estos motivos de atención psicológica representaron la mayor demanda **81%** (96 casos) de la contención emocional proporcionada por el programa.

En el resultado también existe una tendencia hacia los trastornos derivados de los Conflictos Interpersonales que incluyen: la relación de pareja, infidelidad y las relaciones padres-hijos siendo esta última la de mayor incidencia con 48% de los casos atendidos por Conflictos Interpersonales.

Sustento del Hallazgo

En base a estos resultados existe una coincidencia con lo que señala la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, México, (2003), en este estudio por tipo de trastorno se encontró que los más frecuentes son: los trastornos de Ansiedad 14%

seguidos por los trastornos de abuso de sustancias 9.2% y los trastornos Afectivos 9.1%.

Igualmente existe cierta coincidencia con lo reportado por SAPTEL, (2010) en relación al perfil del usuario en cuanto a que son: Mujeres, solteras, edad de 20-29 años (Call Center 22-48 años, nivel de estudios tienen o están cursando licenciatura y trastornos asociados a los conflictos interpersonales, Call Center UNAM 16% de atención psico-emocional en Conflictos Interpersonales.

Recomendaciones y Sugerencias.

Como integrante de la primera generación de consejeros del nombrado programa Call Center UNAM, de la Facultad de Psicología que proporciona servicios de contención psico-emocional a usuarios de la comunidad estudiantil de la UNAM y población abierta del Distrito Federal y área metropolitana, es un acto de responsabilidad compartir esta experiencia y resultados del programa, sus tendencias psicopatológicas y perfil del usuario, que junto con la presente sugerencia de mejoramiento de los esquemas, procedimientos y estrategias utilizadas en la atención psicológica en crisis, da respuesta a las demandas de la población usuaria.

El conocimiento de estas tendencias de contención psico-emocional, permite especializar la atención psicológica ofrecida por el programa por lo que se tendrán que realizar los cambios pertinentes para ampliar o adecuar la capacitación de los consejeros hacia el manejo de estos trastornos tendencia descritos anteriormente, lo que redituará en una intervención eficaz y oportuna hacia la población demandante, insertando de esta manera nuevamente a la persona usuaria a su vida y actividades normales, al dotarlo de las estrategias de enfrentamiento hacia su evento crítico actual y su manejo para futuras crisis, evitando así el costo individual, familiar, social, de salud y económico que representa para nuestra sociedad.

Para lograr esta efectividad en la atención psicológica del programa sugiero:

- La implementación o ampliación en la capacitación de consejeros hacia los temas tendencia que demanda la población atendida.
- La utilización del modelo teórico conceptual en intervención en crisis de primera instancia vía telefónica base del presente informe profesional.
- Así como el siguiente procedimiento de atención psicológica vía telefónica en crisis.

Fases y procedimientos sugeridos en la atención psicológica proporcionada a usuarios del Call Center UNAM.

Obtención de datos generales del usuario.

La unidad de información con la que debe contar el usuario se llama expediente y representa la historia clínica del mismo, consta de un número progresivo asignado que contiene: la cedula de registro individual, como el resto de la información pertinente del usuario. Esta cedula de registro debe estar conformada por cuatro principales secciones:

- Los datos del usuario (nombre, edad, teléfono, delegación, estado civil etc.).
- El motivo de la llamada, encuadre y los elementos de la exploración del estado actual del usuario.
- Las acciones realizadas por el consejero, diagnóstico, y autoexploración de su actuación ante el usuario.
- Las observaciones finales de la sesión terapéutica, decisiones tomadas, acciones de seguimiento, observaciones específicas de la misma.

El procedimiento de contención emocional que propongo contempla fases en la atención brindada por el consejero y se distinguen entre sí de acuerdo al tipo de problemática atendida estas fases son:

Fase 1. Atención del usuario de primera vez.

Fase 2. Seguimiento y restablecimiento Emocional.

Fase 3. Efectividad del modelo propuesto.

Fase 1. Atención del usuario de primera vez.

Presentación.

En este primer contacto con el usuario se sugiere que el consejero utilice una técnica de presentación y atención estándar del programa, es de gran importancia que se ofrezca una imagen homogénea al público usuario y esto puede lograrse al ejecutar las mismas acciones del protocolo en el mismo orden. ¿Buenas tardes...? ¿Call Center UNAM le atiende...? ¿En qué podemos ayudarle?

En este primer contacto con el usuario, se invita al mismo por medio de preguntas directas, a expresar el motivo de la llamada por lo cual contacto al programa Call Center, la forma en que se presenta el consejero con el usuario genera aspectos de alianza y de trabajo importantes, cuando se muestra empático y cálido aumenta la probabilidad de que el usuario sienta la suficiente confianza para expresar su problemática, al encontrar una persona que muestra interés en escucharle.

En este punto se recaba la información general del usuario: motivo de la llamada, nombre, edad, estado civil, teléfono, escolaridad, delegación de donde pertenece requisitos para el llenado de la cédula del usuario, a continuación se procede a la:

Determinación de la naturaleza de la llamada telefónica.

Para su determinación existen dos posibilidades:

- Información del programa y/o canalización.
- Solicitud de contención psico-emocional.

De acuerdo a estos tipos de necesidades del usuario será la atención que proporcionará el consejero ambos se describen a continuación.

Atención al usuario por motivos que requieren información del programa y/o derivación a otras instituciones u organismos especializados.

En este tipo de atención que generalmente se emplea una única sesión, el usuario solicitante desea saber información del programa con respecto a:

- En qué consiste el programa y que servicios proporciona.
- Cuál es el horario de atención y su costo.
- De acuerdo a su problema, en cual institución y/o organismo especializado se le podría atender.
- Cuál es el nombre de la institución y direcciones donde el usuario puede acudir, donde se encuentra el más cercano a su domicilio.
- Si podrá contactar el servicio nuevamente.

En cuanto a estas llamadas de información y canalización se cuenta con directorios donde se encuentra la información de instituciones y organizaciones especializadas en distintas áreas (legal, médica, psicológica y/o social), donde los usuarios podrán continuar la atención de su problemática hasta su restablecimiento o solución adecuada.

Atención a usuarios que solicitan contención psico-emocional.

En este tipo de usuario, se aplica el mismo protocolo de presentación y recolección de sus datos generales para el llenado de su cedula o historia clínica también se le pide que exponga los motivos por los que llama, se procede a explorar el motivo manifiesto de consulta, examen mental, sintomatología, tratamientos anteriores y condiciones actuales del usuario.

Motivo de consulta manifiesto.

En este punto lo mejor es promover que el usuario verbalice el motivo que lo llevo a comunicarse con nosotros, exponiendo su problemática, su forma de actuar y

afrontar su crisis, esta exposición de su parte reducirá su tensión emocional, lo que ya es terapéutico en sí mismo.

Una vez alcanzado el punto en el que el consejero sabe los motivos principales que llevaron al usuario a llamar, debe determinar el grado de afectación en el equilibrio emocional del usuario, para ello ha de realizar las preguntas correspondientes a examen mental y sintomatología el cual nos ayudará a determinar si la crisis ha afectado funciones básicas para la conservación de las funciones de prueba y juicio de la realidad, en caso de existir estos indicios es necesario considerar la necesidad de referirlo a tratamiento psiquiátrico mediante la canalización del usuario a instituciones especializadas.

Sintomatología Específica del Usuario.

En este punto se reflejan alteraciones finas del equilibrio homeostático, más frecuentemente relacionado con ajustes normales del proceso de adaptación a los cambios y con trastornos de la personalidad en individuos funcionales, síntomas somáticos(como fatiga) o corporales(consumo de drogas, alteraciones del sueño, ideas obsesivas, ansiedad, fobias), al presentarse estas alteraciones, se dispondrá de una idea clara y global de la problemática del usuario y así poder establecer un diagnóstico del estado psico-emocional que guarda y con ello los pasos a seguir en la intervención o su canalización. Recabada la información general necesaria en estas áreas, se sugiere la aplicación del siguiente protocolo de elaboración propia en intervención de crisis de primera instancia vía telefónica, derivado de técnicas de autores como Slaikeu, (1996), Guilliand y James (1993), Cornejo, (2011).

Guía sugerida en intervención de crisis de primera instancia vía telefónica.

Protocolo.

1. Hacer contacto psicológico.

Objetivos:

- Proporcionar apoyo. Ayudar a la persona a mantener el contacto con la realidad y favorecer que la persona se sienta acompañada.
- Reducir la intensidad de la angustia emocional y verificar las capacidades del usuario para la solución de su problemática.

Como el contacto con el usuario es únicamente a través de la voz, que implica no solo lo que dice, sino como lo dice. El tono de voz del consejero debe reflejar una actitud calmada, acogedora y empática, para que el usuario se sienta comprendido, estableciéndose así la alianza terapéutica, es importante prestar atención a los silencios, ya que no se cuenta con la entrega conductual del usuario, en este sentido el silencio genera ambigüedad, es decir que el usuario se encuentra pensando sobre lo que se ha conversado, que no sabe que decir o como decirlo.

En este punto se puede ayudar al usuario a expresarse con frases breves, reflexivas y empáticas, que demuestren una actitud de escucha activa y deseo de entender la situación, se invita al usuario a hablar y exponer su problemática, el motivo de su situación, que cuente lo que le sucedió y lo que le está sucediendo, mediante preguntas como:

- ¿Como esta?, ¿Que necesita?, ¿Qué le sucedió?
- ¿Debe ser delicado....expresar en palabras algunos sentimientos con respecto a la situación del usuario
- "Puedo imaginar que esto es difícil para usted"
- "Tómese su tiempo y hable cuando esté listo, respire por la nariz y exhale por la boca, si la persona está llorando

Si el usuario responde quedará establecido el primer contacto y es posible pasar a la siguiente etapa.

Dar apoyo y comprensión.

En este punto el consejero evaluará el impacto emocional de la situación, escuchando con empatía y evitando enjuiciar a la persona, se trata de escuchar en forma focalizada los hechos, poniendo límites al relato del usuario y ayudándole a centrarse en el presente, realizando comentarios que sinteticen los aspectos más relevantes de la situación. Las preguntas deben de ser específicas y directas, evitando preguntas generales o vagas que puedan contribuir a la dispersión o confusión del relato del usuario, si el usuario relaciona su situación actual con otras situaciones significativas de su vida, se recoge, el contenido y se le dice que es comprensible la asociación que estableció, recogiendo los antecedentes que sean relevantes y útiles para crear un nuevo significado, elaboración y enfrentamiento de la situación actual del usuario.

2. Evaluar las dimensiones del evento crítico.

Objetivos:

- Detectar las necesidades inmediatas y necesidades posteriores.
- Contextualizar el impacto del evento precipitante a partir de las circunstancias de la vida.

Revisar el efecto del evento precipitante a través de preguntas concretas, específicas y centradas en el presente inmediato, a fin de evaluar las consecuencias del suceso crítico en distintas áreas de la vida de la persona historia personal, matrimonial, relaciones amistosas, nivel laboral, experiencias previas, crisis anteriores y cuáles fueron sus reacciones, tratamientos médicos, psicológicos, psiquiátricos previos, hábitos y estilos de vida, consumo de sustancias, el funcionamiento CASIC (conductual, afectivo, somática, interpersonal y cognoscitiva) de la pre-crisis del usuario y cuáles son sus fortalezas y debilidades en su funcionamiento CASIC presente, considerando así los costos y los riesgos asociados. Es necesario también obtener una descripción del problema manteniendo la atención en como el suceso precipitante impacto las distintas

dimensiones de su situación (legal, medica, social, económica etc.) para identificar las necesidades inmediatas más urgentes del usuario en ese momento.

Así mismo evaluar la situación de integridad física del usuario y cuáles son las implicaciones de la situación para la persona ¿Qué siente?, ¿Qué es lo que más le preocupa?, ¿Cuáles son sus temores?, ¿Qué cree que va a pasar?, sus decisiones inminentes, esta noche, fin de semana, próximos días o meses, planes, intentos previos (canalizar los casos de intento de suicidio a instituciones especializadas), el impacto de su crisis en otros, recursos personales y si existen posibilidades de apoyo a nivel familiar y de redes sociales.

3. Explorar acciones inmediatas posibles.

Objetivos:

- Identificar soluciones a necesidades inmediatas y posteriores.
- Reducir obstáculos para la implementación de las posibles soluciones.
- Comunicar esperanza.

Una vez que el consejero tiene una visión global del usuario, el suceso precipitante de la crisis y de su perfil CASIC antes del evento y el estado actual del usuario, recursos personales, sociales y preocupaciones inmediatas, el consejero preguntara sobre las posibles soluciones intentadas por el usuario en el pasado, explorar lo que puede o pudo hacer, conseguir que el usuario genere alternativas.

En este punto el consejero puede estructurar la búsqueda de posibles soluciones con preguntas como: ¿Qué es lo que más le preocupa?, ¿Qué siente?, "Consideremos solo que usted hiciera..... ¿Qué podría suceder?"

El consejero puede perfeccionar junto con el usuario las soluciones intentadas con anterioridad o alternativas con nueva conducta y actitud por parte del usuario ((redefinición del problema), ayuda externa (terceras personas) o cambio ambiental (cambio de domicilio, hospitalización, legal) haciendo que el usuario,

discuta e introduzca estas nuevas alternativas como posibles soluciones, explorando ganancias o pérdidas(pros y contras) de las soluciones propuestas así como un plan para reducir obstáculos para su implementación, entonces se procede a categorizarlas como soluciones adecuadas a las necesidades inmediatas y posteriores.

La primera ayuda psicológica no estará completa hasta que estas etapas se han identificado y exista un acuerdo entre el usuario y el consejero sobre la aceptación de las soluciones elegidas, si esto no se ha explorado existe la necesidad de hablar más sobre el problema y sus soluciones.

Es necesario lograr que la persona mire hacia adelante, es importante mostrarle que a pesar de lo sucedido es posible una solución, que puede ser alguien, construir cosas, hacer realidad sus sueños, estimularlo a pensar con esperanza, en mejores momentos y destacar sus virtudes, reforzando su valor y fortalezas

4. Determinar acciones concretas.

Objetivos:

- Asegurar la protección de la integridad física del usuario.
- Implementar soluciones inmediatas a necesidades inmediatas.
- Reconstruir relaciones.

Es relevante evaluar, si el usuario está en condiciones de proteger su integridad física, si el riesgo es bajo y la persona es capaz de actuar en su propio beneficio entonces el consejero deberá tener actitud facilitadora “Hablemos”, “Actué”; el convenio para la acciones entre el consejero y el usuario. Si el riesgo físico es alto o la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio entonces deberá mostrar actitud directiva, “Hablemos” en estos casos canalizar al usuario a instituciones especializadas y otros recursos o redes sociales.

El consejero debe tranquilizar al usuario en cuanto a la acción concreta que debe tomar para enfrentar la crisis (incluyendo la posibilidad de que el usuario no actué), una de las tareas es que el usuario logre visualizar capacidades o recursos propios o descubrir algunas soluciones que puede acceder a través de sus redes de apoyo familiar o social, de esta manera se ayuda a la persona a tomar una decisión específica respecto a la próxima acción a realizar y la implementación de lo convenido, sobre la solución o acción concreta dirigida a abordar sus necesidades o problemas.

El papel del consejero consistirá en ayudarles a los usuarios a reconstruir relaciones, involucrándolos en entrar en contacto con personas que sufrieron la misma experiencia que ellos, esto les dará la convicción de que no son los únicos, además el compartir su experiencia les ayudara a encontrar nuevos caminos.

5. Derivación y seguimiento.

Objetivos:

- Evaluar si se cumplieron las tres metas de intervención, Proporcionar apoyo, Reducir el riesgo en la integridad física y crear un enlace con los recursos de ayuda.

Realizar la derivación del usuario a la instancia de atención siguiente, social, médica y/o psicológica, legal contactando a la persona con otras instancias, esta derivación debe ser clara y con un objetivo explícito, en el que la persona no se sienta expulsada, se trata de realizar esta derivación en la que se incluyan los siguientes aspectos:

- Derivar a los usuarios a instituciones conocidas, donde el consejero sepa que si va a ser atendida.
- Verificar la disposición del usuario a acudir a la instancia propuesta, aclarando las dudas o preocupaciones respecta a dicha alternativa.

- Explicar el propio interés por conocer el resultado.

El consejero debe de identificar información segura, sugiriendo al usuario el próximo contacto para el seguimiento de su problemática y como se encuentra en ese momento, establecer un procedimiento que permita el registro para revisar el progreso, es importante establecer quien llamará a quien, como también el momento y lugar del contacto (contrato por recontacto). La primera ayuda psicológica no está completa hasta que cada uno de los procedimientos se haya aprobado.

Resultados al final de la primera sesión.

Para evaluar:

- *El cumplimiento de las metas de la intervención de primera instancia vía telefónica (Proporcionar apoyo, reducir los riesgos en la integridad física del usuario y el enlace con los recursos de ayuda).*
- *Si se encontraron las necesidades inmediatas y se resolvieron con las soluciones inmediatas convenidas y por las acciones concretas tomadas y el enlace de necesidades posteriores se realizó entonces el proceso de intervención está completo y el consejero habrá terminado con la intervención.*
- *Si no se encontró la necesidad inmediata (la acción concreta no ayudo a resolver la crisis) entonces el consejero deberá regresar a la etapa 2 (evaluar las dimensiones del problema, entonces el proceso continua a través de explorar acciones o soluciones posibles, determinar acciones concretas a estas necesidades inmediatas, derivación y seguimiento en nueva sesión.*

Cierre de la primera sesión.



Al cierre de esta sesión, se informa al usuario el seguimiento que tendrá su atención, de las tareas que se le habrán asignado enfrentar su problemática específica, se le asignara nueva cita proporcionando el día, horario y al despedirse no olvidar proporcionar de nuevo el nombre del consejero que da seguimiento a su caso.

Fase 2. Seguimiento y restablecimiento emocional.

Desde el momento que se abre un expediente y se elabora la cedula de registro existe la posibilidad de que el usuario atendido por el motivo que sea, continúe su atención en el futuro por lo que es conveniente disponer del expediente de cada caso atendido, en él se encuentran los datos generales del usuario y las acciones que se realizaron para resolver su problemática, así como el nombre del consejero que le atendió, para que en caso de comunicarse nuevamente, se referido a su consejero inicial, ya que es él quien conoce de su problemática.

El seguimiento representa la continuación del tratamiento de intervención, en esta fase se debe recopilar la información que haya quedado pendiente debido a la elevada ansiedad que presentaba el usuario en la primera llamada, su objetivo es ante todo completar de nuevo la retroalimentación y determinar el cumplimiento o no de los objetivos de la intervención de primer instancia, además que facilita el camino hacia otras etapas de la resolución de la crisis (derivación hacia terapia para la crisis, enlace médico, social, legal etc.)

En la propuesta sugerida se incluye esta fase la de establecer después de un periodo de tiempo el seguimiento para verificar el restablecimiento de la crisis mediante el contacto telefónico con el usuario intervenido. El resultado de la intervención necesita considerar según Slaikeu, (1996),

1. Al final de la llamada.
2. Algunos días después (una semana) de la aplicación de la intervención del modelo y procedimiento sugerido de Intervención de primera instancia.

3. Derivación hacia terapia de crisis.

En el primer punto, el propósito es determinar si la intervención vía telefónica fue de ayuda inmediata, cumpliéndose los objetivos de la intervención, el restablecimiento del enfrentamiento del usuario a su evento crítico y las metas de intervención (se proporcionó apoyo, se protegió la integridad física del usuario, se crearon enlaces con los recursos de ayuda).

El segundo punto pocos días después (una semana), para realizar el seguimiento y la evaluación del incremento en la habilidad del usuario para manejar sus sentimientos relacionados con la crisis (componentes subjetivos) y su habilidad para tomar los pasos adecuados hacia la solución de los problemas inmediatos, verificando la efectividad de las medidas de acción acordadas con el usuario en la llamada inicial.

El tercer punto, la derivación del usuario hacia la terapia en crisis, y al concluir esta, de seis a ocho semanas después para examinar la naturaleza de la reorganización e integración del evento crítico en la vida del usuario. (Caplan, citado en Álvarez,

Consideraciones prácticas.

La utilidad del modelo y procedimiento sugerido implica su utilización como "mapa cognoscitivo" Slaikeu, (1996) para guiar al consejero mediante declaraciones, preguntas, acciones, sin embargo las etapas no necesitan aplicarse una detrás de otra de manera secuencial, esto sería artificial ya que muchas veces el proceso se inicia hablando de acciones soluciones, para después trasladarse a la definición del evento crítico y entonces regresar a las acciones o soluciones posibles, es mejor su utilización como mapa o guía conceptual, el consejero debe preguntarse:

¿Qué tipo de contacto estoy logrando con el usuario?, ¿Qué conozco del evento crítico?, ¿Son posibles las soluciones de acuerdo a las necesidades inmediatas?, ¿Qué acción concreta es mejor para esta situación?, ¿Quién participará?, ¿En caso de derivación, cual es el mejor momento y cuál es la mejor opción?, ¿Cómo

se realizará el seguimiento?, ¿Llamará el usuario o me comunicaré con él?, ¿Qué sucedió con la derivación?, ¿Cómo se encuentra en este momento?, la hipótesis es que si se abandona un componente del modelo sugerido la intervención es incompleta, sin embargo al pensar el consejero en los componentes como mapa cognoscitivo, puede verificar sus actividades en cualquier momento durante el proceso de intervención. Es necesario recordar que este modelo y procedimiento de intervención de primera instancia sugerido, es solo el primer paso hacia la resolución total de la crisis del usuario, su atención psicológica deberá completarse mediante la derivación hacia la terapia en crisis o intervención de segunda instancia.

Fase 3. Efectividad del modelo sugerido.

Supervisión del modelo sugerido.

La importancia de realizar una intervención adecuada, oportuna y eficaz en la contención psicoemocional que proporciona el programa Call Center UNAM, mediante la propuesta sugerida hace necesario evaluar la calidad y eficacia de la atención psicológica proporcionada por el consejero, esto se logrará realizando:

- La supervisión de las actividades y responsabilidades diarias del consejero, a través de controles en su actuación laboral en cuanto a:
 - Verificar la asistencia del consejero al servicio social, en horario establecido, mediante firma de asistencia en libreta.
 - Qué tipo de atención proporciona a los usuarios que la solicitan.
 - La elaboración del reporte diario (cédula de registro) de atención a usuarios.
 - Si el consejero requiere asesoramiento específico del modelo propuesto.

- Reporte por escrito cada semana del caso o casos que este atendiendo que incluya una descripción de los esquemas, procedimiento y estrategias que utiliza para lograr el restablecimiento emocional del usuario.
- La supervisión en la aplicación del modelo teórico así como del protocolo sugerido de intervención la “Guía de intervención en crisis de primera instancia vía telefónica”, su efectividad radica en verificar que el consejero tenga un conocimiento y manejo global de ambos, así como de la problemática expuesta por el usuario, lo cual requiere de un análisis y estudio amplio de las circunstancias y características del evento crítico, de los recursos individuales, materiales y sociales con los que cuenta y del seguimiento a las propuestas terapéuticas que el consejero está empleando para lograr el cumplimiento de los objetivos de la intervención de primera instancia proporcionada.
- Reporte por escrito del seguimiento del caso, una semana posterior a la finalización de la intervención para verificar el restablecimiento emocional, manejo de los sentimientos y las capacidades o habilidades adquiridas que obtuvo el usuario durante su proceso de intervención, en cuanto al enfrentamiento a su suceso crítico y el cumplimiento o no de los objetivos de la intervención de primera instancia vía telefónica (proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y enlazar a la persona con los recursos sociales de ayuda) verificando el estado actual del usuario, todo esto garantiza el inicio de su restablecimiento y la efectividad del modelo sugerido.

Por medio de esta supervisión sugerida y que será realizada por la coordinación del programa, el consejero dispondrá de un punto de vista paralelo al suyo en cuanto a su actuar a todo lo largo del proceso de intervención, que le ayudará a tomar las mejores decisiones para lograr alcanzar los objetivos de la intervención de primera instancia vía telefónica, lo que beneficiará al usuario en la búsqueda de la solución a su problemática y hará de la efectividad del trabajo del consejero y

del modelo propuesto un contínuum proceso de eficacia en cuanto a la intervención proporcionada y los resultados obtenidos.

Además por tratarse de una variedad amplia de motivos y circunstancias de crisis por las que los usuarios atraviesan y solicitan contención psico-emocional redituará que el consejero obtenga una amplia experiencia en la intervención de primera instancia de crisis de desarrollo, circunstanciales y existenciales.

Referencias.

Álvarez, Martínez J. (2011) Tesis Una propuesta de Atención Psicoemocional. Facultad de Psicología, UNAM.

Bellak y Small, L. (1980) Psicoterapia Breve y de Emergencia. México, Pax.

Caplan, G. (1985) Principios de Psiquiatría Preventiva. Barcelona, Paidós.

Frances Allen y Ross, R. (1999) Estudio de casos, Guía de Diagnóstico Diferencial DSM-IV-TR. España, Masson.

First, M. y Picus, H. (2002) Manual de Diagnóstico Diferencial. España, Masson.

López Mares, C. y Samano Acevedo, Y. (2007) Tesis El estado emocional de los facilitadores de una línea de orientación e intervención en crisis. Facultad de Psicología, UNAM.

Romo S. G. (2007) Intervención en crisis y psicoterapia breve, vía telefónica en una institución privada. Facultad de Psicología, UNAM.

Rodríguez, Cortez, A. (2010) Tesina Atención Psicológica vía telefónica en casos de crisis en mujeres que viven violencia física. Facultad de Psicología, UNAM.

Slaikew, A.K. (1996) Intervención en Crisis manual para práctica e investigación, (2da. edición). México, El Manual Moderno.

Sullivan, E. (2000) Persona en Crisis. México, Pax.

Urzúa, M. S., (2009) Tesina Modelo de Atención telefónica con enfoque en Terapia Gestalt. Facultad de Psicología, UNAM.

Weiner, B. I. (1992) Métodos en Psicología Clínica. México, Limusa.

Anexo A Registro de datos.

*EC- Estado Civil, S-Soltero (a), C-Casado (a), UL-Unión libre, D-Divorciado(a), MD-Madre soltera, V- Viudo(a)

Sujeto	Motivo de Consulta.	Categoría Diagnóstica.	Sexo	Edad	EC	Escolaridad.
1	Persona con problemas con su pareja.	Conflictos Interpersonales Relación de pareja.	F	42	C	Preparatoria.
2	Informes		F			
3	Informes.		M			
4	Informes		M	21		
5	Separación de pareja	Trastorno Adaptativo con edo. Animo depresivo.	F	25	C	-
6	Separación definitiva de la pareja, tristeza, culpabilidad, insomnio.	Trastorno de adaptación con edo. De ánimo depresivo.	M	24	S	Licenciatura.
7	Informes		M			
8	Persona que presenta ansiedad, llora, come más, todo por separación.	Trastorno depresivo mayor	F	32	UL	
9	Persona que termino con su novia, se siente solo, además del problema de la enfermedad terminal de su madre.	Trastorno adaptativo mixto.	M	30	S	
10	Persona que refiere tener ánimo de altas y bajas, desde que entro a estudiar a la licenciatura, flojera	Trastorno adaptativo con edo. De ánimo depresivo.	M	20	S	Licenciatura.
11	Persona que se siente insegura y con desconfianza, es temerosa y tímida, con problemas de violencia y alcoholismo.	Trastorno de Ansiedad por sustancias.	M	20	S	
12	Persona que desea llevar a su hermano a algún lugar para su atención médica.	Trastorno adaptativo con Ansiedad.	M			
13	Persona que le afecta que su hijo le miente constantemente	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F			
14	Persona que no sabe qué hacer con su relación violenta con sus compañeros de trabajo.	Bulling.	F	23	S	Medicina
15	Persona que refiere no saber qué hacer con su hija que mantiene	Trastorno adaptativo con Ansiedad.	F	36	C	

	relación con persona mayor.					
16	Persona con conflictos en su relación, idea suicida, debido a su separación, ansiedad y desesperación.	Trastorno Depresivo Mayor.	M	24	C	
17	Persona que expresa sentirse desesperado, afirma tener carácter débil, su pareja lo cela y controla.	Trastorno Adaptativo con ansiedad.	M	22	S	Licenciatura.
18	Persona que refiere necesitar ayuda, porque su hijo presenta problemas de conducta.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	40	C	
19	Persona que expresa problemas con su pareja y posible pérdida de su relación, llora y esta ansiosa.	Trastorno Depresivo mayor.	F	42	C	
20	Persona que no sabe qué hacer si continuar su carrera, idea suicida, dice que empezó ya grande su carrera.	Trastorno Depresivo Mayor	M	25		Licenciatura.
21	Persona que refiere problemas con su pareja, por diferencias en la forma de actuar y pensar.	Conflictos Interpersonales. Relación de pareja.	M	32		Licenciatura.
22	Persona que expresa problemas de depresión, refiere problemas de pareja y alcoholismo.	Trastorno del edo. Animo por sustancias.	M	21		Licenciatura.
23	Persona que refiere dolor de cabeza, temor a una crisis de ansiedad, por la presión.	Trastorno de Ansiedad sin Agorafobia.	F	20		Licenciatura.
24	Persona que refiere problemas de infidelidad y alcoholismo de parte de su novio desde hace tres años.	Conflictos Interpersonales Infidelidad.	F			Licenciatura
25	Persona que necesita orientación vocacional, no sabe que estudiar y eso le produce ansiedad.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	17	S	Preparatoria.
26	Persona que expresa sentirse triste enojado debido a no concluir su prepa, haber perdido el entusiasmo y aumentar el consumo de alcohol, desgano, se mantiene en estado funcional.	Trastorno Distimico	M	28	S	Preparatoria.
27	Informes.		F	25	S	
28	Persona que solicita ayuda ya que su novio la termino, desea hablarle de las cosas que no pudo expresarle	Trastorno Adaptativo con edo. De ánimo depresivo.	F	23	S	Licenciatura.

	y aun le molestan.					
29	Persona que expresa sentir enojo, miedo, tristeza.	Trastorno Adaptativo Mixto.	F	41	C	
30	Persona que expresa sentirse desganada, refiere pérdida de apetito, sin ganas de hacer cosas.	Trastorno Distemico	F	63	C	Licenciatura.
31	Persona que teme dejar la escuela por el trabajo, refiere separación de sus padres desde los 4 años, maltrato psicológico por el padre, su hermana lo odia, está a punto de terminar su carrera, lo ascendieron en el trabajo.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad	M	24	S	Licenciatura.
32	Persona que expresa sentir ansiedad porque se hijo de 17 años es homosexual.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	M	39	C	
33	Persona con problemas con sus vecinos, los demando y ha llegado a la agresión física y verbal, se encuentra ansiosa.	Conflictos Interpersonales.	F	63	C	
34	Persona que pide ayuda, debido a que sufre acoso por parte de su ex pareja así como por su pareja actual por Facebook, triste, vulnerable ante las amenazas y burlas.	Trastorno Adaptativo Mixto.	F	38	D	Licenciada.
35	Persona con problemas de agresión, idea suicida, agredió físicamente a su madre.	Trastorno Depresivo Mayor.	M	25	S	
36	Expresa molestia por conversación con su esposo, quien desde hace 15 años le ocasiona estrés, le ha sido infiel incluso tiene otra familia, no sabe si seguir la relación.	Conflictos Interpersonales. Infidelidad.	F	49	C	Preparatoria.
37	Persona que solicita el nombre de clínica de adicciones, ya que desde hace 2 meses logro dejar las drogas pero ya ha comenzado a experimentar el deseo de volver a ellas.	Trastorno dependencia por de sustancias.	M	43	S	
38	Persona que se encuentra desesperada, pues desea buscar ayuda para su primo, que se encuentra con problemas de adicciones, ansiosa por no haber intervenido antes, culpa.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	35	C	Maestría.
39	Expresa enojo porque su esposo es un cínico, cerrado y que no se	Trastorno Adaptativo con	F	46	C	Primaria.

	presta a hablar, pleitos por infidelidad y maltrato, refiere cita con juez calificador, nerviosa, confundida.	Ansiedad.				
40	Persona que expresa padecer crisis de angustia desde hace 10 años, tiene problemas con su madre que interfiere en su vida, antes de separarse de su anterior esposo, vivía con su suegra y tenía los mismos problemas que con su madre.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	36	C	Secundaria.
41	Persona que refiere problemática con su pareja, él le pide que se vaya, no se dirige hacia ella a pesar de tener un hijo ambos de 10 meses.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	27	UL	Primaria.
42	Persona que refiere infidelidad por parte de su esposo, padece enfermedad de cáncer, baja autoestima.	Trastorno Depresivo debido a enfermedad	F	50	C	Secundaria.
43	Joven con problemas con su pareja y familia tiene dudas de cómo actuar.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	19	S	Preparatoria.
44	Persona que consume alcohol y drogas, no quiere aumentar su consumo debido a la separación de su esposa(adiciones)	Trastorno de ansiedad por sustancias.	M	29	D	Secundaria.
45	Persona que refiere ansiedad, debido a que su hijo presenta hiperactividad y en la escuela le negaron la reinscripción.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F			
46	Información.		M			
47	Información.		F	42	S	Licenciatura.
48	Persona que se encuentra desempleada y maltratada psicológicamente por su esposo que no le permite realizarse.	Trastorno Adaptativo depresivo.	F	48	UL	Secundaria.
49	Persona que expresa sentir mucha ansiedad, es obsesivo, agresivo y temperamental.	Trastorno Antisocial de la Personalidad.	M	21	S	Preparatoria.
50	Informes		F	25	S	Preparatoria
51	Persona que refiere sentirse cansada sin ganas de hacer nada.	Trastorno Adaptativo con edo. Animo depresivo.	F	32	C	Licenciatura.

52	Persona preocupada por déficit de atención de su hija, no sabe que hacer.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	40	C	Preparatoria.
53	Persona que sufre acoso, violencia (bullying) y no sabe cómo actuar.	Bullying	F	11	S	Primaria.
54	Informes		F	20	S	Preparatoria.
55	Persona que refiere relación violenta física y emocional desde hace 3 años, toma antidepresivos.	Trastorno Adaptativo Mixto.	F	23	S	Enfermera.
56	Persona que refiere problemas con su esposa, debido a esto llega a lastimarse a si misma.	Conflictos Interpersonales Relación de pareja.	F	36	C	
57	Informes		F	28		
58	Persona que tiene problemas con sus hija van mal en la escuela, tiene que atender a su hermano hospitalizado y siente que por descuidar a su familia, su hija va mal	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	M		D	
59	Persona que termino con su novio, llora, triste.	Trastorno Adaptativo con edo. Animo depresivo.	F	24	S	Licenciatura.
60	Persona que expresa tener problemas escolares de su hija.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F		D	
61	Persona que solicita ayuda para poder comunicarse mejor con su hija de 15 años, pues no convive mucho con ella.	Conflictos Interpersonales. Comunicación padres-hijos.	M			Licenciatura.
62	Persona que busca apoyo psicológico para poder comunicarse con sus hijas adolescentes con quienes suele discutir.	Conflictos Interpersonales. Comunicación padres-hijos.	F	48	D	
63	Persona que expresa sentirse triste, con crisis de ansiedad, dice sentirse desesperada, esta medicada y siente soledad.	Trastorno del edo. De ánimo debido a una enfermedad medica.	F			
64	Persona que expresa preocupación por su hijo que término relación, tiene miedo de que reacción tenga.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	50		
65	Persona que está preocupada por su hija de 16 años la cual presenta muchos problemas.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	43	C	

66	Persona que refiere sentirse ansioso a partir de que dejo de estudiar, tranquilo, ansioso, tranquilo dice sentirse triste.	Trastorno Adaptativo Mixto.	M	34	S	Licenciatura.
67	Persona que siente impotencia por el secuestro de su nieta de 14 años y el abuso sexual que sufrió, triste, impotencia, desesperación.	Trastorno Adaptativo Mixto.	F	50	V	
68	Persona que refiere no tener el control de la conducta de sus hijos, lo que le genera baja autoestima, además de problemas de violencia con su padre, con el cual viven.	Trastorno de Adaptativo con Ansiedad.	F	38	MS	Licenciatura.
69	Refiere problemas de disfunción eréctil, lo que afecta su relación matrimonial, además cambio de trabajo.	Disfunción sexual inducida por sustancias	M	51	C	
70	Persona que refiere posible engaño de su esposo con una joven del club, reviso su Facebook donde vio un mensaje que le envió	T. Personalidad Celotipia	F	31	C	Licenciatura.
71	Persona que expresa tener insomnio, nerviosa porque su boda se realizara en tres meses.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	33	S	Licenciatura.
72	Expresa inseguridad a relacionarse con personas, tensión y ansiedad por su mama cree llevar una vida normal, padres separados creció con su padrastro es el segundo hijo de tres habla rápido menciona varios temas de su vida.	Trastorno de Ansiedad Fobia Social.	M	27	S	Secundaria.
73	Persona que expresa sentir venir una crisis y se encontraba sola manejando, problemas de presión.	Trastorno de Ansiedad sin Agorafobia.	M	34	S	Licenciatura.
74	Persona que expresa sentirse fea, gorda y desgastada, tiene una hija de preparatoria y no sabe cómo hacerse cargo de ella, triste, desanimada.	Trastorno Adaptativo con edo. Animo depresivo.	F	48	C	Secundaria.
75	Persona mayor que refiere preocupación por su nieto de que este sufra acoso sexual y temor de no poder curarlo o sobrellevar el problema.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F		C	Licenciada.
76	Persona que se entero que su hija no es su hija y empezó a tomar alcohol	Trastorno Adaptativo Mixto.	M	25	UL	Secundaria.

77	Persona que termino relación y le provoco hipocondría, le diagnosticaron una enfermedad degenerativa (artritis) se siente confundida y desorganizada.	Trastorno de Edo. animo por enfermedad medica	F		D	
78	Persona que refiere crisis familiar por el fallecimiento de su esposo, su hijo que había dejado de tomar empezó de nuevo a hacerlo, nostalgia.	Duelo	F	64	V	Secundaria.
79	Persona que a consecuencia de separación, los hijos tienen problemas escolares y de drogadicción, se siente tensa y preocupada sin saber que hacer o como enfrentar a sus hijos.	Trastorno Depresivo Mayor.	F	39	D	
80	Persona que expresa sudar en exceso, mareos todo esto como consecuencia del sismo	Trastorno de Ansiedad sin Agorafobia.	M	37		
81	Refiere problemas con su hijo y familiares como consecuencia de informar a una de sus novias de su hijo que la otra esta embarazada, el dijo que se iba a ir de su casa, triste, llorosa.	Trastorno Adaptativo con edo. animo depresivo	F	50	D	Enfermera.
82	Persona que pelea con su esposa refiere engaño de la misma, la corrió y pidió el divorcio, dolor y coraje ante esta situación.	Conflictos Interpersonales. Infidelidad.	M	40	C	
83	Persona que expresa haber tenido discusión con su pareja, no viven juntos, ella lo trata mal lo insulta.	Conflictos Interpersonales. Relación de pareja.	M	39	S	
84	Persona que pelea con su padre, no le gusta estar en su casa.	Conflictos Interpersonales Problemas padre-hijo.	F	28	S	Enfermera.
85	termino relación, siempre tiene su celular por si su novio le llama, empezó a fumar, en 3 días no comió duerme mucho cambios de humor	Trastorno Adaptativo con edo. animo depresivo	F	20	S	Licenciatura.
86	Persona que expresa maltrato de su novio, en anteriores relaciones le sucede lo mismo, además su madre interfiere diciéndole que ella es una depresiva.	Conflictos Interpersonales. Comunicación padres-hijos. Patnofiliales.	F	25	S	
87	Persona que refiere que su hijo presenta problemas de conducta	Trastorno adaptativo con	F	46	C	Enfermera.

	sexual, le dice que quiere tener relaciones con ella.	ansiedad. Orientación sexual.				
88	Persona que expresa problemas de pareja como consecuencia de una preclancia, no se siente a gusto con su cuerpo.	Depresión post parto.	F			
89	Persona que expresa tener problemas en la columna y de salud como consecuencia de esto empezaron los conflictos familiares.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	53	V	
90	Persona homosexual que termino su relación con su novio	Trastorno Adaptativo con edo. Depresivo.	M	27	S	Preparatoria.
91	Persona que refiere tener los mismos problemas con su actual pareja, que los que tenía con su ex pareja.	Conflictos Interpersonales. Problemas padres-hijos	M	28	S	Preparatoria.
92	Persona con que problemas de ansiedad desde hace 7 años como consecuencia de las constantes peleas con su esposo, el es cantante y grabo video romántico con una integrante de su grupo.	Celotipia.	F	25	C	Secundaria.
93	Problemas con su pareja por relación amistosa de su esposo con vecina, sospecha, propicio correrlo de su casa.	Celotipia.	F	33	C	
94	Persona que expresa sentirse nervioso, estresado con enojo, además pelea con todo mundo y padece insomnio debido a que no puede conseguir mejor empleo, padece migraña.	Trastorno de Ansiedad Generalizada.	M	28	S	
95	Persona que dice tener problemas de pareja y separación, tiene problemas de alcoholismo y asiste a AA.	Trastorno del edo. De ánimo por sustancias.	M	30	C	
96	Persona que hace un año dejo de beber, después de 24 años, toma medicamento.	Trastorno de Dependencia de sustancias, abstinencia.	M	51	D	Primaria
97	Persona que dice sentirse ansioso y preocupado, dice tomar mucho café.	Trastorno por Abuso de sustancias.	M	23	C	
98	Persona que refiere cambios de humor cuando lega mucha gente a la oficina, dice ser perfeccionista y	Ansiedad, Fobia Social	F	27	S	Preparatoria.

	todo lo quiere bien hecho.					
99	Persona que tiene un año de novia y se siente celosa, no confía en su novio, se ven una vez al mes.	Celotipia.	F	23	S	Preparatoria.
100	Persona que regaña mucho a su hijo, tiene un tío bipolar y tiene deudas por la compra de un carro, tiene hijo con espina bifida y retraso.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	40	UL	
101	Persona, con problemas de alcohol empezó a tomar a los 17 años su hermana lo cuida y se siente culpable porque la golpeaba se entero que era su madre.	Trastorno del edo. Animo por sustancias.	M	51	D	Secundaria.
102	Persona que desconfía de las personas, no tiene trabajo y se encuentra tensa y muy ansiosa debido al robo de sus cosas en su casa.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	48	D	
103	Persona que expresa no poder dormir por ruptura de relación de pareja, sentimientos de culpa y problemas económicos.	Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y depresión.	F	27	D	
104	Chica que refiere andar con persona mayor, imita patrones de su madre y no le gusta hablar con ella de esto.	Conflictos Interpersonales. Problemas padres hijos.	F	13	S	Secundaria.
105	Persona que expresa término con su relación de pareja lo engaño con otro.	Trastorno Adaptativo con edo. Animo depresivo.	M	26	C	
106	Sufre ataques de pánico, cuando sale la calle, sufrió de agresiones de su padre, todos los días.	Trastorno de Ansiedad Fobia Social.	M	47	S	
107	Persona con cambios de conducta, problemas se siente responsable de su hermano ya que su madre murió se siente triste.	Duelo	F	47	UL	
108	Persona que sufre cambios de ánimo y esto les ocasiona problemas de conducta a sus hijos.	Trastorno del ánimo bipolar.	F	36	S	
109	Persona que refiere problemas de infidelidad de su marido	Conflictos Interpersonales. Infidelidad.	F			
110	Persona que su sobrino fue	Trastorno Adaptativo con	M	39	C	

	diagnosticado con cáncer.	ansiedad.				
111	Persona con esposo en reclusorio, mantuvo relaciones con otro reo y actualmente tiene relaciones con otra mujer.	Trastorno personalidad trastorno antisocial.	F	21	C	
112	Joven de 14 años padres separados, vive con su padre, se enoja fácilmente, se enteraron que bebió en una fiesta.	Conflictos Interpersonales. Problemas padres-hijos.	F	14	S	Secundaria.
113	Persona que expresa ser obsesiva y controladora, lo que le ocasiona problemas con sus amigos.	Trastorno Antisocial de la Personalidad.	F	26	S	
114	Persona con problemas para elegir carrera y la relación con su padre no es buena	Conflictos Interpersonales. Problemas padres-hijos.	F	17	S	Preparatoria.
115	Persona que habla en tercera persona, fue dueño de una empresa que quebró, tiene miedo al éxito, refiere situaciones imaginarias.	Trastorno del edo. Animo con síntomas psicóticos.	M	50	C	Mercadotécnica
116	Joven que el novio quiere involucrarla a las drogas, refiere que su padre las consume, no sabe qué hacer.	Trastorno Adaptativo con Ansiedad.	F	25	S	Licenciatura.
117	Persona que tuvo problemas con su pareja, la corrió por descomponer la computadora, llorosa, ansiosa.	Conflictos Interpersonales relación de pareja	F	30	UL	
118	Persona que no sabe cómo educar a su hija de 34 años que se divorcio y fue a vivir con los padres, es desobligada con sus hijos.	Conflictos interpersonales padres-hijos	M	59	C	