



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

*“TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES, UN MODELO DE
INTERVENCIÓN EN EL CALL CENTER UNAM.”*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGIA

PRESENTA:

MARTÍNEZ LEÓN FRANCISCO

DIRECTOR DE TESIS: DR. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA.

REVISORA DE TESIS: MTRA. BLANCA GIRÓN HIDALGO.



Ciudad Universitaria, México, D.F. Enero 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE.	Paginas.
✓ INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO I.- Intervención en Crisis.	3
1.1.- ¿Qué es una Crisis?	3
1.2.- ¿Qué es la Intervención en Crisis?	8
1.3.- Principios Básicos de la intervención en Crisis.	10
CAPITULO II.- Psicoterapia Breve.	13
2.1.- ¿Que es la Psicoterapia Breve?	13
2.2.- Límites de la Psicoterapia Breve.	18
2.3.-. Importancia de la Psicoterapia Breve.	19
CAPITULO III. Call Center UNAM.	21
3.1.-. Call Center UNAM.	21
CAPITULO IV.- Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas.	28
4.1.- Antecedentes.	28
4.2- Técnicas y procedimientos.	31
5.3.- La importancia y necesidad del modelo Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas, en el Call Center UNAM.	44
Justificación	56
Objetivos.	56
Método.	57
Participantes.	57
Escenario.	57
Materiales e instrumentos.	57

Variables.	57
Diseño.	58
Procedimiento.	59
CAPITULO V.- Intervención con Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas, en el Call Center UNAM.	62
5.1- Resultados.	75
5.2- Discusión.	78
5.3- Conclusión	82
Anexos.	83
✓ BIBLIOGRAFÍA.	103

Agradecimientos.

Padres.

Lilia y Francisco, gracias por su cariño, guía y apoyo, jamás encontrare la forma de agradecer su confianza y comprensión, debo mucho de lo que soy a ustedes; son y serán siempre mi ejemplo, solo me queda decir, muchas gracias. Los amo.

Hermano.

Rodas, gracias por todos esos momentos, por estar ahí a mi lado, por escucharme y por ser siempre muy sincero, recuerda siempre estaré para ti, te quiero.

Karen.

Corazón gracias por estar siempre ahí a mi lado en las buenas y en la malas, me has enseñado que hay que luchar por nuestros sueños, hoy llego a uno de ellos, sé que aún nos queda mucho más por vivir juntos, te amo.

Tía Laura.

Gracias por todos lo que hizo por nosotros, es una persona muy importante en nuestras vidas.

Comadres y amigos.

Gracias por su apoyo incondicional, por las risas, las pláticas, los concejos, y demás, los quiero: Monse, Nubia, Irving, Claudia, Ale, Israel, Irasema, Dianita.

Dra. Mariana.

Muchas gracias por confiar en mí, responderé de la mejor manera haciendo lo que mejor se, para dar todo por el programa.

Dr. Jorge Rogelio:

Gracias, sin su apoyo este trabajo hubiera sido posible, gracias por las asesorías y sus invaluable enseñanzas.

Mtro. Jorge Álvarez.

Gracias por todas las enseñanzas, por confiar en mí para formar parte de su equipo de trabajo, a usted debo el donde estoy, muchas gracias por todo.

A los sinodales.

Gracias por su tiempo, sus enseñanzas, conocimientos y su apoyo para que proyecto fuera de calidad, muchas gracias.

Equipo Call Center.

Muchachos que les digo, de ustedes he aprendido bastantes cosas, ahora que me toca estar al frente, es un orgullo pero también es un reto, pero de eso se trata la vida, solo me queda agradecerles, no pude pedir un mejor equipo de trabajo, gracias.



Introducción.

En la actualidad los servicios de salud mental en México han incrementado su demanda, ya que la población cotidianamente se enfrenta a diversos eventos que sobrepasan su capacidad habitual de respuesta; debido a esto se rompe el equilibrio y se altera la estabilidad en la vida diaria de las personas.

Algunos de los eventos que pueden alterar la capacidad de adaptación de las personas son: la violencia intrafamiliar, los conflictos conyugales, el término de una relación, la infidelidad, los conflictos laborales, la drogadicción, la depresión, el suicidio, los celos, el ser víctima de una agresión, un robo, un accidente;.

La mayoría de las personas podrán superar rápidamente estas situaciones pero otras tendrán más dificultades y serán vulnerables a sufrir algún tipo de desequilibrio emocional; lo cual puede llevar a las personas a tomar decisiones que afecten su vida y de las personas que están a su alrededor.

La infraestructura y recursos de salud mental en México no son suficientes para la demanda de atención profesional de la misma, es por esto que la capacidad de respuesta del sector salud y seguridad social se ha visto rebasada; mientras que en la práctica privada los servicios son de alto costo para la población vulnerable.

Es por ello que se requieren modalidades de intervención psicológicas breves, con el objetivo de brindar la atención para atacar las situaciones que aquejan a dicha población; una de estas es la atención psicológica vía telefónica, la cual ha demostrado ser de gran apoyo en la Ciudad de México, además es considerada como una opción viable para la población que no tiene los recursos para asistir a un consultorio privado.

El objetivo del presente trabajo es plantear una propuesta de un modelo de atención psicológica con un enfoque en terapia breve centrada en solución de problemas, en modalidad vía telefónica, con la finalidad de brindar a los psicólogos alternativas, para atender a la población que requiere este tipo de atención a distancia.

Este trabajo pretender ser una herramienta más para el psicólogo que brinda la atención vía telefónica, para poder ayudar a las personas, de una manera más



breve, focalizada y eficaz hacia la problemática, para que así las personas puedan recuperar ese equilibrio que necesitan y poder superar el evento traumático por el que estén pasando.



Capítulo I. Intervención en Crisis.

1.1 ¿Qué es una crisis?

El uso que hoy en día se le da a la palabra crisis, es escuchar frases del tipo “estoy pasando por una crisis”, “tengo una crisis existencial”, “solo es una crisis”, esto puede tergiversarse y tomar significados muy diferentes a lo que en verdad significa “una crisis”, ya que en muchas de las ocasiones dista mucho, de la realidad.

Sin embargo el ser humano durante toda su vida pasa por diversas etapas o transiciones, debido a las constantes alteraciones en el medio donde se desarrolla; la mayoría de estos cambios son desconocidos, es por esto que la mayoría de las veces no se cuenta con algún tipo de respuesta antes estos eventos.

Sin embargo hay algunas situaciones donde aparecen nuevas exigencias, que pueden llegar a modificar la vida de las personas completamente, dando como resultado una nueva realidad.

Estas situaciones pueden provocar un desajuste emocional y psicológico en las personas, ya que no todas logran ajustarse a su nueva realidad, debido a diversos factores tanto internos como externos, dando como resultado una crisis.

La mayoría de las crisis aparecen cuando no se tiene los recursos físicos, mentales, emocionales o cognitivos para hacerles frente, es decir que sobrepasan la capacidad de respuesta que se tiene para adaptarse.

Las crisis surgen en diversos momentos de la vida y dependen de múltiples factores para cada una de las personas, como un suceso estresante, algo que afecte directamente la vida o situaciones desagradables; pero también lo son eventos agradables como un matrimonio o un hijo; estas situaciones pueden derivar en una crisis, ya que implican cambios para los cuales no se está preparado.



La palabra crisis se relaciona con el término griego “Krinein” que significa decidir, debido a que es un punto crucial, porque implica un cambio radical en la vida de las personas.

Algunos autores definen crisis como:

- Oportunidad de crecimiento y desarrollo, no solo tiene un potencial patológico. (Erikson, 1950).
- Término chino (WEIJI): Peligro y oportunidad. (Wilhelm, 1967).
- Lo define como el punto de cambio, sugiriendo que el cambio puede sanar o enfermar. (Webster, 1970).
- Período transicional que presenta oportunidad y peligro. (Caplan, 1985).

El Call Center UNAM, retoma la definición de Slaikeu (1996), el cual define crisis como: un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Esto es que las soluciones que se utilizaban dejan de tener efecto, debido a que hay un evento nuevo, es aquí cuando las personas utilizan todos los recursos de afrontamiento, para hacer frente a estas nuevas situaciones, debido a que no se está preparado, por lo tanto no se tienen respuestas ante este; dando como resultado una etapa de incertidumbre y angustia por no poder manejar esta nueva situación.

Hay varios tipos de crisis, las más importantes son las del desarrollo y las circunstanciales. (Slaikeu, 1984).

Las del desarrollo son aquellas que tiene que ver propiamente con el ciclo vital, las cuales son crisis de la infancia, de la pubertad, adolescencia, juventud, adultez, y tercera edad.

Mientras que las crisis circunstanciales, son aquellas que son inesperadas, accidentales o que dependen de factores ambientales o externos.



Como la muerte de algún ser querido, separaciones, enfermedades, desempleo, violaciones, robos, incendios, fracaso económico, infidelidades, terremotos, guerras, etc.; todo aquello que pueda lastimar, a las personas, dejando una huella psíquica, difícil de restaurar por sí sola.

Este tipo de crisis tiene cinco características:

- I. Es repentina: aparece de golpe.
- II. Es inesperada: no puede ser anticipada.
- III. Es urgente, pues amenazan el bienestar físico o psicológico.
- IV. Masiva: muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo: desastres naturales).
- V. Peligro y oportunidad: la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

Ante las crisis las personas tienen diferentes maneras de reaccionar, pero por lo general, se pasan por estas 4 etapas:

- ▲ Al inicio, la tensión ante el evento se eleva, debido al impacto que causa, enseguida el suceso hace que individuo ponga a trabajar sus posibles alternativas de soluciones o evaluando con las que cuenta.
- ▲ La mayoría de las personas intentan hacer frente a la situación con los mecanismos de respuesta que anteriormente habían funcionado, pero al no funcionar, esto trae consigo frustración, así como un aumento en la tensión y en la ansiedad, como consecuencia de que la persona es menos capaz de encontrar la solución.
- ▲ La tensión y el estrés siguen creciendo, esto provoca que el individuo busque otras formas de resolución de problemas, es aquí donde la crisis puede tomar varios caminos: que disminuya la amenaza externa, que haya éxito en la manera de resolver el problema, o que se renuncie a las metas.
- ▲ Si ninguna de las alternativas anteriores funciona, la tensión y el estrés siguen en aumento hasta dar lugar a una desorganización emocional grave.



La mayoría de las crisis son eventos traumáticos que rompen con el equilibrio y lo cotidiano en la vida de persona, por lo que es normal que se presenten una serie de reacciones, como consecuencia de vivir este tipo de situaciones.

Es por esto que las consecuencias se pueden ver en todos los aspectos de la persona, ya que causa problemas a nivel cognitivo, emocional, conductual, social, familiar y fisiológico.

Nivel Cognitivo.	Nivel Emocional.	Nivel Conductual.	Nivel Fisiológico.
Incredulidad y dificultad para dimensionar la magnitud del evento crítico.	Fuerte impacto emocional, estado de shock.	Sobreactivación o conductas erráticas.	Dolores corporales.
Confusión.	Emociones intensas de angustia, tristeza, rabia, miedo o impotencia.	Impulsividad.	Jaqueca, mareos o desmayos.
Dificultad para pensar.	Desborde emocional.	Paralización o inhibición de la conducta.	Taquicardias y alteraciones del ciclo de sueño.
Tendencia a la depresión.	Labilidad emocional.	Conductas de evitación.	Presión en el pecho, sofocamiento o falta de aire-
Hay una complicación para encontrar alternativas de solución.	Tensión e irritabilidad	Aumento de consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.	Problemas gastrointestinales.
Entorpecimiento para tomar decisiones.	Aplanamiento afectivo.	Conductas de aislamiento, reducción de la vida social.	Trastornos del sueño: pesadillas, insomnio o dormir en exceso
Reexperimentación del evento crítico	Negación.		Trastorno del apetito: inapetencias o comer en exceso.



Asociación de objetos, personas o situaciones con el evento crítico.	Revivir los efectos emocionales generados por el evento crítico.
--	--

Debido a estos síntomas, la mayoría de las personas se encuentran incapacitadas para poder salir de una crisis, ya que se localizan dentro de una “realidad” de la cual es imposible salir, si no se cuenta con los recursos físicos, psicológicos, emocionales y cognitivos.

Algunas de las personas pueden ver en las crisis, la oportunidad de madurar, ya que una vez superada, se tiene una visión diferente de la situación, dando como resultado, cambio, crecimiento y desarrollo.

Así pues se puede hablar de tres posibles resultados de las crisis: cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento (Slaikeu, 1996).

Cuando las personas no pueden hacer frente a la crisis, se requiere de la ayuda de un profesional de la salud mental que auxilie a encontrar las herramientas necesarias para poder salir de esta, y así realizar una reorganización o reestructuración de esa nueva situación, con el fin adaptarse de la mejor manera.

La intervención en crisis puede ayudar a que las personas restablezcan su equilibrio, esta es una acción terapéutica a corto plazo que se centra en la solución del problema, que presenta la persona.



1.2.- ¿Qué es la Intervención en Crisis?

La intervención en crisis ha sido utilizada en los servicios de salud mental, se llegó a asociar con la idea de la utilización de equipos multidisciplinares de doctores, enfermeras y psicólogos, que asistieran a los usuarios, en graves crisis como problemas emocionales, como la pérdida de un ser querido, pérdida del patrimonio familiar, etc.

Álvarez (2011) define a la intervención en crisis como: una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a las personas, para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones para un continuo equilibrio personal.

Se trata del primer contacto con una persona que se encuentra en crisis, es el primer apoyo psicológico (Slaikau, 1988).

También se puede definir como el proceso que sirve para ayudar a una persona o a una familia a soportar un hecho traumático, de modo que las consecuencias sean menores y haya una mayor probabilidad de crecimiento. (Slaikau, 1996).

Esta ayuda se brinda a las personas que se encuentran en un estado, donde no hay respuesta alguna hacia la situación que se tiene enfrente, así se busca ayudar a la persona, los objetivos de la intervención en crisis son los siguientes:

- Ψ Acoger y contener el impacto emocional cognitivo, conductual, fisiológico y relacional de las personas que sufren el impacto de una situación de emergencia.
- Ψ Activar los recursos de las personas y las comunidades.
- Ψ Visibilizar y articular redes de apoyo.
- Ψ Detectar a las personas que se encuentren en riesgo vital y derivarlas adecuada y oportunamente.

Estos objetivos tienen como fin ayudar a las personas que se encuentran en una situación desfavorable, ya que se encuentran en un estado de desequilibrio emocional, es aquí donde la persona entra en un estado de crisis que puede llevarla a una desorganización y un aletargamiento de su actividad.



Cuando una persona se encuentra en crisis la ayuda debe darse de inmediato, para de esta manera facilitar la resolución de misma y que la persona pueda tener las menores repercusiones posibles y se pueda desarrollar de una mejor manera.

Hay una gran variedad de estrategias de intervención, sin embargo pueden identificarse varios principios clínicos comunes (Bellak y Siegel 1992; Slaikeu, 1996), los cuales permiten hacer una intervención terapéutica exitosa.



1.3.- Principios Básicos de la intervención en Crisis.

Los principios por los cuales se rige la intervención en crisis son los siguientes:

- Ψ La intervención debe ser temprana y eficiente: inmediatez en la atención y proximidad física.
- Ψ Objetivos bien definidos a corto plazo, con expectativas realistas. La intervención será dirigida a reducir síntomas y estabilizar la situación psicológica de la persona, con procedimientos simples y bien orientados.
- Ψ Enfoque integral, además de la acción curativa o asistencial debe enfocarse con perfil preventivo y perspectiva social.
- Ψ Reestructuración y reorientación de la vida de las personas ante la situación caótica experimentada. Aprender a ver o repensar acerca del incidente crítico, de una forma menos desadaptativa para contrarrestar la emoción excesiva.
- Ψ Expresión abierta de emociones y verbalización del trauma, lo cual ayuda a la reducción de síntomas.
- Ψ Resolución de problemas concretos de la vida de las personas.
- Ψ Uso de recursos profesionales y especializados cuando sea necesario.

Slaikeu (1996) menciona un modelo básico sobre 5 pasos que deben de llevarse a cabo.

- I. Realización del contacto psicológico: Esto es el primer contacto como de empatía con los sentimientos del usuario durante la crisis, es de vital importancia escuchar a la persona como visualiza la situación y como la está viviendo. También es importante hacer que la persona verbalice lo que está sintiendo o pensando, sobre la crisis por la que está pasando, con el fin de disminuir la ansiedad, y así hacer que se sienta acompañado.
- II. Analizar las dimensiones del problema: Se hace contemplando 3 áreas, el pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato se



refiere a qué pasó antes de que ocurriera la crisis, el presente implica preguntas ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo? El futuro inmediato se enfoca en las dificultades de esta crisis para la persona y el entorno cercano.

- III. Sondar posibles soluciones: Aquí se identifican las posibles alternativas de solución que tiene la persona o la familia, así como las necesidades inmediatas para poder seguir adelante, también se tiene en cuenta los obstáculos.
- IV. Asistir en la ejecución de pasos concretos: Después de conocer las posibles soluciones hay que ejecutarlas, el objetivo es dar un paso hacia delante de la mejor manera, aquí se ayuda a la persona tomando una actitud de ayuda para hacer menos pesada la carga.
- V. Seguimiento para verificar el progreso: Implica el obtener información acerca del progreso de la persona, para conocer si se lograron o no las metas.

Esta intervención breve puede llevarse desde una hora, hasta días después de la crisis, dependiendo de la gravedad, así pues la intervención en crisis consiste en brindar apoyo, escuchar, permitir la catarsis y ayudar a la persona a vincularse con otros recursos de ayuda.

Lo que se busca con este tipo de ayuda psicológica, es que las personas restablezcan, su equilibrio emocional, para que puedan seguir adelante; todas estas acciones van encaminadas a que la persona mantenga o recupere ese estado.

Si bien lo que se busca es que la persona salga de esa crisis, esta intervención no resuelve o no termina con el problema, ya que este algunas veces no tiene solución, sin embargo, ayuda a aliviar el dolor agudo y permite que el problema sea visualizado desde otra perspectiva, con la cual se puedan encontrar soluciones.

La crisis se ha resuelto cuando se encuentran soluciones al problema, la persona logra ver en el cambio una oportunidad, es aquí cuando se pone todo el empeño



posible para poder salir de esta situación logrando que la persona visualice el problema de manera diferente, para que madure, crezca, pierda el miedo se sobreponga, para salir adelante.



Capítulo II.- Psicoterapia Breve.

2.1.- ¿Que es la Psicoterapia Breve?

Sigmund Freud, fue el primer psicoterapeuta breve, decía que los síntomas eran causados por recuerdos traumáticos que habían sido reprimidos, se deducía que si se les volvía a traer a la memoria y se experimentaban los sentimientos asociados a ellos, los síntomas se mitigarían, y se valía de la hipnosis para el tratamiento.

Pero Freud se dio cuenta que no todos los usuarios eran aptos para la hipnosis, así que desarrollo el método catártico, donde el usuario se acostaba en un diván y con una pequeña presión en la frente del usuario, además de la insistencia del terapeuta, los recuerdos y sentimientos olvidados del usuario llegaban a recordarse.

Esta técnicas fueran las precursoras del psicoanálisis, sin embargo estos tratamientos fueron breves, orientados al síntoma y se apoyaban en la intervención activa del terapeuta, es así como Freud daba paso a lo que hoy se conoce como psicoterapia breve.

La psicoterapia es un proceso muy simple que comprende 3 aspectos, el desconocimiento, el aprendizaje y el reaprendizaje, es por esto que el objetivo de la psicoterapia, es lograr que el usuario cambie su modo de percibir, elaborar interpretar y comunicar la realidad de modo que traspase de una realidad disfuncional, a una funcional. (Bellak, 1993).

De esta manera trata de ayudar a las personas a modificar aquellas percepciones pasadas que al haberse mal adaptado, afectan sentimientos y comportamientos actuales y las respuestas de estas.

En terapia sistémica, la psicoterapia breve consiste en un cambio exitoso del marco de referencia, del sentido o del valor que una persona le atribuye a un aspecto particular, de la realidad, que en función de la naturaleza de esta atribución da razón de su pena y sufrimiento. (Nardone, Watzlawick, 2012).



La psicoterapia breve o de emergencia, se llama así por oposición a la terapia de larga duración, se trata de una psicoterapia de objetivos y tiempo limitado.

Es una alternativa más dentro del campo de la psicología, surgió desde la perspectiva psicodinámica; Bellak uno de los pioneros en esta rama en 1946 desarrollo una serie de estrategias para poder atender a heridos de la segunda guerra mundial.

Su descubrimiento fue en contra de lo que hasta entonces se conocía, ya que descubrió que se podía trabajar con las personas en un periodo de 3 a 6 sesiones y lograr grandes resultados; así nació una nueva forma de psicoterapia que rompía los paradigmas y la tradición de que la psicoterapia debía tardar algunos meses o incluso hasta años.

La psicoterapia breve, tiene distintas formas de aplicarse, ya que todas se rigen bajo el mismo fin, ayudar al usuario salir del problema en el que se encuentra, pero esta modalidad de terapia no es fácil, el terapeuta debe estar muy alerta para percibir lo más importante durante cada sesión, e ir creando hipótesis, para decidir cuál será la mejor intervención para cada usuario.

Por esto la psicoterapia breve no tiene tiempo para esperar el insight, sino que hay que crearlo, hay que estimular al usuario a que llegue a él, y cuando no se presenta hay que crear estrategias para la intervención, dando como resultado, un proceso que puede considerarse como una especialidad para el profesional de la salud mental, ya que requiere el empleo total e inmediato de sus capacidades.

Para Bellak las características de la terapia breve son las siguientes:

- Es limitada en tiempo, de 5 a 6 sesiones.
- Principalmente se enfoca en el aquí y en el ahora.
- Se confronta al sujeto con la realidad.
- El objetivo es la resolución de la crisis.

De acuerdo con Bellak (1986) la psicoterapia breve tiene un máximo de 6 sesiones en la cuales se tienen que abordar de la siguiente manera:



- ✓ Primera sesión: se intentará hacer la primera impresión en la sala de espera y es la más importante:
 - I. Historia del síntoma principal.
 - II. Síntoma secundario.
 - III. Historia personal.
 - IV. Historia familiar.
 - V. Formulación dinámica y estructural.
 - VI. Evaluación de las funciones del yo.
 - VII. Tomar en cuenta a) transferencia, b) alianza terapéutica, c) contrato terapéutico y d) revisión y planificación.
- ✓ Segunda sesión: datos históricos adicionales y alianza terapéutica.
- ✓ Tercera sesión: transferir lo que ha aprendido hasta entonces. Información del cónyuge o de la familia (reunirlos).
- ✓ Cuarta sesión: se dedica a comprender los problemas más cerca del usuario, agregar insight e intervenir en cualquier otra forma necesaria, así como discutir la terminación de las sesiones y de las reacciones ante esto.
- ✓ Quinta sesión: última sesión regular. Preguntar cómo ha sido la semana para él. Se le pide que reseñe el período completo de tratamiento, además se repasa lo que ha sucedido en las sesiones.
- ✓ Sexta sesión: evaluar los logros terapéuticos y se decidirá si es necesario un trabajo posterior, se deja al usuario con una transferencia positiva.

Además de esto Bellak y Small (1970) identifican los siguientes elementos a la psicoterapia breve, de la siguiente manera:

1. Para la psicoterapia breve los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar ansiedad, conflicto débil, entre más limitada sea la capacidad



de enfrentar situaciones, mayor será el trastorno que exista de la personalidad y viceversa. El tratamiento es un intento de ayudar a la persona para obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad, con los conflictos que existen entre ésta y los impulsos, así como las introyecciones defectuosas.

2. La psicoterapia breve se enfoca, en lo que se ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprender y reaprender del modo más eficaz posible.
3. Además se enfoca y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa dentro de un marco de referencia más amplio; después provee la conceptualización más orientada para las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes.
4. La psicoterapia breve se realiza tomando en cuenta todas las defensas y posiciones psicológicas del yo.
5. Se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. Se debe comprender al usuario de la manera más completa posible, desde todos los puntos de vista, para así poder introducir variables que logren una buena adaptación más eficaz.
6. Se establece un punto central para comprender en forma precisa por qué el usuario acude a consulta en ese día en especial, cuándo inició su problema, en su pasado inmediato, y cuándo y en qué forma parecida existió su problema en su historia personal anterior.



7. Se establece también un punto entre la causalidad o continuidad entre el presente y el pasado y las muchas conexiones teóricas de los sistemas en el presente, así como comprender la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares, y físicos de la vida del usuario; con ello, se intenta establecer continuidad entre los síntomas o problemas de personalidad que se presentan y los conflictos o defectos que se tienen. Pues para comprender la especificidad en que representa el síntoma, se tienen que entender todas las fuerzas más importantes que coadyuvieron a producir el síntoma particular.
8. La eficacia de la psicoterapia breve, consiste en la aproximación enfocada y sistemática.
9. Los beneficios de la psicoterapia breve se pueden extender, más allá del centro de atención inmediato de terapia, ya que toda estructura adaptativa del usuario puede cambiar favorablemente.
10. Las indicaciones para la psicoterapia breve son amplias, seleccionando el problema para tratamiento y no al usuario.

Lo que interesa a la psicoterapia breve es lograr una supresión del síntoma, en base a una psicoterapia directiva, ya que el tiempo es corto, es por esto que las capacidades del terapeuta deben estar encaminadas a percibir toda la comunicación significativa, para formular el tipo de intervención que el usuario requiere, todo esto siguiendo los pasos descritos por Bellak.

Es necesario identificar las áreas en donde se presenta el problema en el menor tiempo posible, eso solo se logra cuando el terapeuta juega un papel activo en la terapia.



En la psicoterapia breve es fundamental que el usuario vea al terapeuta como una persona en la que puede confiar, ya que debe de estar convencido en que el terapeuta es capaz de ayudarlo.

La esencia de la psicoterapia breve es: utilizar lo que el usuario trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo que pueda logra salir de la crisis e incorporarse a la vida cotidiana.

En esta modalidad de psicoterapia son más importantes las soluciones y no los problemas, se debe impulsar rápidamente soluciones para resolver el problema, esto significa que el usuario construya una solución, donde no interesa el pasado de la persona, solo el presente y con eso se trabaja.

De Shazer (1991) menciona que la terapia breve consiste en ayudar al usuario a establecer algunas condiciones que permitan el logro espontaneo de una meta enunciada o implícita.

En la cual el usuario pueda superar la “crisis” cuando la percepción del usuario cambia, ya sea por sus experiencias, sentimientos o su pensar; cuando se da está “nueva” comprensión intelectual y emocional la persona puede seguir adelante debido a que ve la situación de una manera diferente.

Es aquí cuando el usuario lleva a cabo lo aprendido en terapia a su vida, esto da paso a la elaboración el cual es un proceso en el que el usuario aplica lo recién adquirido a una serie de situaciones donde ahora se ven de manera diferente, ahora hay soluciones a los problemas y con esto la persona regresa a un estado de equilibrio.

2.2.- Límites de la Psicoterapia Breve.

Pero este tipo de psicoterapia además de ser muy eficaz, hay que reconocer que también cuenta con límites.

- Ψ No puede producir cambios en la estructura de la personalidad, aunque sí modificaciones dinámicas no despreciables y con expectativas de mejoría en situaciones especiales de crisis.



- Ψ La psicoterapia breve fracasa cuando el terapeuta sostiene expectativas que el usuario estima poco realistas o cuando el usuario tiene expectativas mayores a las que ofrece la psicoterapia breve.
- Ψ Se logra menor beneficio en usuario psiquiátricos crónicos para los cuales está indicada una terapia de largo plazo y tratamiento farmacológico.
- Ψ Flegenheimer (1982) menciona que dado que la psicoterapia breve es de tiempo muy corto, las personas pueden verla como una forma abreviada y superficial, por lo cual es percibida como de menor jerarquía que una psicoterapia prolongada.
- Ψ Así mismo la necesidad de trabajar dentro de un marco de corto plazo pone al terapeuta bajo una gran presión, ya que hay que dar resultados lo más pronto posible, así que es posible que los terapeutas se estén con un alto grado de estrés.

2.3.- Importancia de la Psicoterapia Breve.

Small (1978) comenta que la psicoterapia no está al alcance de la mayoría de la gente y en especial de las personas de escasos recursos, por lo tanto la psicoterapia breve es una opción para estas personas, ya que representa un menor costo económico.

Igualmente afirma que la psicoterapia breve tiene un papel preventivo, "Las terapias breves desempeñan un papel preventivo, tanto para las situaciones menores como para las agudas y las crónicas; las crisis y las tensiones propias de la vida de la mayoría producen una demanda urgente de la intervención inmediata."

También ciertos ambientes exigen la aplicación de la psicoterapia breve, debido a que no es posible el contacto prolongado con el usuario, como instituciones públicas, escuelas o instituciones de beneficencia.

Si bien es cierto que la psicoterapia breve se utiliza mucho más donde hay un dolor emocional muy fuerte, en casos de desastres o en situaciones en que ponen en peligro la vida de las personas, esta modalidad de psicoterapia ha demostrado



ser muy efectiva en estos escenarios y en muchos otros, es por esto que la psicoterapia breve surge como una gran ayuda para las personas, en esta nueva realidad, donde el tiempo apremia. (Nardone, Watzlawick, 1976. Zeig, J.K. y Guilligan, 1990. Fish, R. Weakland, J. 2002)



Capitulo III. - Call Center UNAM.

3.1-. Call Center UNAM.

En los últimos años la demanda de servicio de salud mental en México se ha incrementado considerablemente, siendo hasta esta momento insuficientes, además el ritmo de vida de las personas es muy acelerado, lo cual no les permite tener una atención psicológica que demande mucho tiempo.

Debido a eso se creyó importante ofrecer un servicio que planteara formas breves y rápidas de intervención para que la atención psicológica fuera eficaz, inmediata, multimodal, que estuviera al alcance de cualquier persona y que disminuyera los costos para atender una demanda poblacional que incrementa día a día.

Como antecedente a este servicio de atención psicológica de la UNAM, esta SAPTEL, el cual comienza labores el 12 de Octubre de 1992, bajo la tutela de la Cruz Roja, con la participación de académicos, quienes son voluntarios es este servicio, al igual está formado por estudiantes de psicología y demás voluntarios, con entrenamiento en intervención en crisis.

SAPTEL brinda atención de lunes a domingo de 9:00 a 21:00 hrs, en los 17 años de servicio de SAPTEL hasta 2009 recibieron cerca de 600000 llamadas, donde se brindo atención psicológica a todo la republica mexicana, pero por cuestiones que se desconocen dejo de brindar servicio, por algún tiempo.

Tomando en cuenta la efectividad de un programa de atención psicológica vía telefónica como SAPTEL, se creó el Call Center UNAM, esta central telefónica nace el mes de hasta Abril de 2009, debido a un brote del virus Influenza tipo A H1N1, provocando la interrupción de labores en escuelas públicas y privadas.

Para atender este tipo de cuestiones el 25 de abril de ese mismo año, la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), contacta al Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos de la Facultad de Psicología de la UNAM.



La Secretaría de Salud anunció en cadena nacional, una central de atención telefónica con el número 01 800 123 1010 para dar informes a la población y evitar un histeria colectiva por la desinformación o tergiversación de la misma, y así poder atender la demanda de información clara y veraz, sobre cómo afrontar esta problemática y en su caso brindar atención psicológica a las personas que la necesitarán.

A partir de estos dos sucesos, el 10 de abril de 2012 la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Psicología, abre el programa llamado "Call Center UNAM", servicio de atención psicológica vía telefónica, con el numero 56-22-22-88, con un horario de 8:00 a 20:00 de lunes a viernes, el cual en un principio estaba dirigido a la población universitaria, pero después de unos meses, se vio en la necesidad de dar atención a la población en general, mayores de 16 años, no solo del DF y área metropolitana, sino también del interior de la republica mexicana.

El Call Center UNAM es operado por estudiantes, prestadores de servicio social, prácticas profesionales, voluntarios, así como alumnos de varias especialidades de la Facultad de Psicología así como, egresados y titulados, los cuales se entrenan en primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y terapia breve.

Este programa se rige bajo los estatutos de la Universidad Nacional Autónoma de México, lo cual implica que está amparado bajo el marco jurídico de la misma, dado que pertenece los centros y programas de la Facultad de Psicología, como sede de intervención psicológica tiene el compromiso de ajustarse a la Ley General de Salud que señala en su artículo 1o. que "se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social" y que define la salud mental como "*el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación*".



Consecuente con esto, el Call Center UNAM se adhiere al Artículo 72 de la misma ley que a la letra dice que "la prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario". Por lo que hay que centrarse "en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental".

Dicha prestación de servicios y la formación profesional siguen la recomendación del mismo artículo en relación a que deben "brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos".

Así mismo también se ajusta al Código Ético del Psicólogo por lo que se enfatiza con el estudiante la responsabilidad de presentar a las usuarios un encuadre terapéutico antes de cada sesión, para prevenir riesgos potenciales con la intervención que se lleve a cabo, así como de manejar la información proporcionada como confidencial principios que corresponden también al Artículo 74 de la Ley General de Salud.

Por consiguiente nuestro consentimiento informado es cuando los usuarios aceptan en siguiente encuadre "El Call Center UNAM brinda atención psicológica vía telefónica, gratuita y confidencial, cada sesión tiene una duración de 40 a 45 minutos cada una, el terapeuta que contesta la llamada, es quien llevara a cabo las sesiones subsecuentes, siendo 6- 8 sesiones máximo, dependiendo de la situación del caso, cada sesión se agendará semanalmente en un horario acordado por el terapeuta y el usuario."

No se atienden casos de índole legal (como secuestros, violaciones, asaltos, homicidios, violencia física, divorcios, etc.) dado que los terapeutas no se



encuentran capacitados para brindar una orientación jurídica, es por esto que se derivan estas llamadas a una institución donde les puedan brindar este tipo de orientación.

Sin embargo si en estas llamadas las personas se encuentran en crisis se brinda una contención emocional, para que pueda tomar las decisiones sin entrar en un alto grado de ansiedad, para poder recibir la asesoría jurídica en alguna otra institución; después de que reciban la atención jurídica pertinente, pueden volver a marcar a este servicio para continuar con la atención psicológica correspondiente.

Por consiguiente a ninguna persona se le niega el servicio, siempre y cuando acepte el encuadre, aunque hay personas que hacen mal uso de este servicio, argumentando que necesitan la atención, llaman constantemente cada vez cambiando su nombre, y su problemática, a este tipo de personas se les llama usuario frecuente.

Estas personas en si no tienen un motivo de llamada específico, hablan por lo menos 3 veces al día pidiendo la atención o exigiéndola, pero sin tener algún motivo “real” de consulta; el Call Center no puede negar el servicio a ninguna persona, por lo cual se le recuerda a usuario, que ya había llamado anteriormente y que ya tenía una cita con otro terapeuta, que no puede estar cambiando de terapeuta y que tienen respetar en encuadre del Call Center, para poner iniciar el tratamiento.

Es por esto que los operadores deben de tener conocimiento de cómo actuar ante este tipo de situaciones, para esto se aplica un aprendizaje gradual; una etapa de modelamiento y otra de moldeamiento, con diferente número de sesiones para cada alumno acorde al semestre que estén cursando, para propiciar el desarrollo de habilidades de intervención.



Objetivos Call center UNAM.

El Call Center se creó para asistir por medio de una central de atención psicológica vía telefónica a la población en general, que solicite esta forma de intervención:

- ▶ Dar apoyo psicológico a la población en general a través la atención vía telefónica, en la modalidad breve y de emergencia, a personas que se encuentren en estado de crisis o que soliciten este servicio.
- ▶ Así como brindar información acerca de los diferentes centros y servicios que la facultad y otros organismos especializados del gobierno y del sector privado, que se ofrece al público en general.
- ▶ Formar a psicólogos clínicos para mejorar la calidad profesional, de los mismos.

Metodología para la atención

La metodología para la atención de los usuarios del Call Center UNAM, Atención Psicológica está basada tanto en técnicas probadas dentro del estudio de la crisis psicológica, primeros auxilios psicológicos, terapia breve, control de estrés, manejo de burnout, meditación y otras que abordan las necesidades de intervención en cada caso; así como en los modelos de intervención psicológica desarrollados dentro del programa.

Speech

Los siguientes ejemplos muestran la forma abordar el protocolo de entrada del *speech* para la atención de usuarios en el Call Center UNAM, Atención Psicológica:

- “Buenos días (dependiendo el horario) Call Center de la UNAM”.
- “Buenos días (dependiendo el horario) Call Center de la Facultad de Psicología”.

Datos básicos y establecimiento del Rapport

Para el establecimiento del *Rapport* se utilizan los siguientes datos:



1. Nombre: deberá ser el nombre completo y si así lo prefiere el terapeuta puede agregarse el seudónimo (la manera en que le nombran de manera familiar).
2. Ocupación: Tendrá que ser muy específico no dejarla en términos generales. “¿Qué hace actualmente?”.
3. Escolaridad: Grado máximo de estudios y donde estudia.
4. Domicilio: Delegación o municipio en donde reside.

Estadísticas.

El Call Center UNAM se ha posicionado como una opción en atención psicológica, para la población en general, eso es lo que los usuarios reportan con calificación de un 9.7 en la calidad del servicio, siendo la misma calificación en la calidad de la terapia, mientras que la terapeuta es de un 9.8 sobre 10, así mismo la retroalimentación de la población es satisfactoria, es lo que reportan en los comentarios del servicio.

En la segunda parte del 2015 las llamadas recibidas al mes se han aproximado hasta en 300, mientras que por día se atienden cerca de 20 llamadas, todas provenientes de distintas partes del DF, y de los estados de la República Mexicana entre otros.



Figura1. Muestra el porcentaje de hombres mujeres que utilizan el servicio, del Call Center UNAM.



En el transcurso del año 2015, el Call Center UNAM atendido un total de 4560 llamadas, siendo la mayoría de los solicitantes de servicio mujeres con el 74%, mientras que los hombres solo son el 26%.



Figura 2. Muestra los temas, más frecuentes de las llamadas en mujeres y mujeres en el Call Center UNAM.

Como se puede observar el principal motivo de llamada, son los problemas de pareja con un 53% de las llamadas totales, mientras que el segundo tópico es problemas paternofiliares con un 22%, seguido de ansiedad con un 10%, en cuarto lugar esta depresión 5%.

La población que se atiende no solo es del Distrito federal y área metropolitana, también solicitan el servicio personas del interior de la república, como Oaxaca, Acapulco, Monterrey, Chiapas, Aguascalientes, Cuernavaca, Sonora, Veracruz, Chihuahua, Guadalajara, Guanajuato, Michoacán, Puebla y Colima; así mismo también se ha recibido llamadas del extranjero, de países como: Estados Unidos, Inglaterra, Japón, Holanda, Francia, España, y parte de Sudamérica.

Estos datos demuestran que el Call Center UNAM, la respuesta que ha tenido la población, utilizando nuestro servicio como una opción más de atención psicológica vía telefónica.



Capítulo VI. –Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas.

4.1- Antecedentes.

La terapia familiar sistémica nace entre los años de 1952- 1962, donde algunos psiquiatras comenzaron a integrar a los familiares de los usuarios en la terapia, sobre todo en los usuarios esquizofrénicos y delincuentes adolescentes, pero lo que ofrecía aquella psicoterapia era muy poco alentador, ya que se les consideraba incurables.

Lo que se encontró en los usuarios adolescentes, fue la remisión de su sintomatología y cuando regresaban a con su familia volvían a descompensarse, pero esta vez con más resistencia a los tratamientos de aquella época.

Lo más lógico era tratar de averiguar lo que había ocurrido en casa y había provocado la recaída, así varios equipos de psiquiatras comenzaron a estudiar las familias de los usuarios e integrarlas a la terapia.

A partir de este momento tratan de explicar cómo influyen tales relaciones presentes entre los componentes de la familia, para esto se toma en cuenta varias teorías como la cibernética, la epistemología, la teoría de la comunicación humana, teoría de grupos entre otras.

Los aportes del psiquiatra Bateson constituyen en gran medida la base teórica más relevante en el desarrollo de la teoría familiar sistémica, ya que fue quien introdujo herramientas antropológicas y la cibernética en el campo del comportamiento.

Bateson con ayuda de Weakland y Haley iniciaron un proyecto de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a paradojas.

En 1953 el grupo comienza a examinar la práctica en la psicoterapia centrando su interés en el tipo de comunicación que se da a los usuarios esquizofrénicos, su trabajo fueron publicados gracias a la ayuda del psiquiatra Donald Jackson, quien se integró al equipo en 1954, dando así un giro a la evolución del grupo, pues



aporte credibilidad a la clínica, ganado el respeto de los psiquiatras en ese momento.

El artículo la teoría de la esquizofrenia, fue un parteaguas, pues permitió pasar de una explicación tradicional, que consideraba al síntoma como algo inherente al usuario, a lo que se manejaría como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal o al contexto “la enfermedad mental empezó a considerarse dentro de patrones específicos de interacción”. (Bateson, Haley, Jackson y Weakland, 1956)

En este artículo se manejaron 2 principios que con el tiempo dan sentido a la terapia familiar sistémica:

1. La familia como sistema homeostático.
2. La hipótesis del doble vínculo.

Haley menciona que el proyecto Bateson pasó de la comunicación a la terapia y la hipnosis, la psiquiatría y la esquizofrenia. La influencia de este proyecto en terapia familiar después se convertiría en el Mental Research Institute (MRI), el cual se dedicaría a la terapia breve siendo una de las escuelas pioneras en terapia sistémica, en Palo Alto California.

Bateson, para poder postular su artículo sobre la esquizofrenia adopta la epistemología cibernética, es aquí donde se gesta lo que hoy llamamos terapia sistémica, caracterizada por escuelas como el Mental Research Institute (MRI), la escuela de Milán, las terapias orientadas a las soluciones y la terapia estratégica de Haley.

Gregory Bateson y el psiquiatra Jurgen Ruesch, se había interesado en el abordaje de los problemas psiquiátricos desde un punto de vista comunicacional e hicieron nuevas aportaciones al estudiar modelos comunicativos en las familias de personas diagnosticadas como esquizofrénicas. Su trabajo fue el precursor a la terapia familiar. (Según Fisch y Schlanger, 2002),

Por otra parte Milton Erickson, un psiquiatra, había trabajado varios años con usuarios de una manera que excluía el concepto de psicopatología individual, ya



que se enfocaba en los problemas de una forma más humana; este fue el hombre que influyó debido a su forma de asignar tareas o deberes a los usuarios y de entablar un dialogo activo con ellos.

Fue en 1959 cuando se fundó el Centro de Terapia Breve, también llamado el grupo de Palo Alto, este proyecto comenzó como una investigación sobre tratamientos en los que empleaban técnicas innovadoras para el cambio ya que se centraban en la principal queja del usuario, esto se transformó en una nueva manera de contemplar los problemas humanos.

Es por esto que los terapeutas del MRI se comenzaron a enfatizar solo en las quejas que los usuarios llevaban a terapia, utilizando en mayor medida las técnicas activas de estímulos para el cambio, buscando cual era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en lugar de reestructurar familias enteras.

Es por esto que el terapeuta del MRI cree que la mayoría de los problemas humanos se desarrollan a partir del malestar que las dificultades normales de la vida les ocasionan, así como en la forma que las perciben y abordan las dificultades.

Este malestar es alimentado por las propias soluciones fallidas intentadas, convirtiéndolas en el problema, esto es cuando las personas persisten en la autoderrota y la autoperpetuación, haciendo más de lo mismo al intentar solucionar el problema.

Los problemas pueden continuar a un nivel constante de gravedad, hay muchos que no permanecen igual durante mucho tiempo, sino que tienen a aumentar y acentuarse si no se alcanza ninguna solución o la solución alcanzada es errónea, si se aplica más de la misma solución equivocada. (Watzlawick y Weakland, 1986)

Cuando esto sucede la situación puede permanecer similar o idéntica desde el punto de vista estructural, pero la intensidad de la dificultad y del sufrimiento aumenta.



Así pues el trabajo de los terapeutas consiste en actuar sobre las quejas, para desarrollar una solución, que altere las soluciones intentadas para romper la secuencia sintomática y así lograr el cambio terapéutico.

La finalidad de esta psicoterapia es cambiar la percepción que el usuario tiene de su realidad en lugar de cambiar la cognición, ya que si se cambia la percepción, se modifica la reacción emotiva y al cambiar ésta también cambiará la reacción conductual y la cognición. (Nardone, 2005)

Así el cambio será más duradero y consistente a través del tiempo ya que el cambio fue de forma natural y espontánea.

4.2- Técnicas y procedimientos.

Formación del problema.

Es una conducta que el usuario considera claramente indeseable, más que una manifestación patológica. Así la persona que no se queja por una conducta, no tiene ningún problema, ya que en lo único en que se basa es la queja, esta no es juzgada por parte del terapeuta; cada uno tiene su escala de valores para definir lo que es una conducta aceptable o inaceptable, así mismo se acepta cuando un usuario sostiene que cierta situación, por muy terrible que nos parezca, para él no representa ningún problema. (Fisch y Schlanger, 2002).

Nardone y Watzlawick (1995) afirman que desde la perspectiva del MRI, el problema está determinado por mecanismos de acciones y retroacciones desencadenado y mantenido por las soluciones ensayadas que el usuario ha utilizado al hacer frente a los síntomas actuales.

Por lo cual el terapeuta debe recabar una clara descripción del problema o de las soluciones que ha ocupado la persona y de las reacciones del mismo. Ya que Watzlawick (1994) aporta el principio de más de lo mismo, no produce el cambio deseado, sino que por el contrario, la solución ineficaz ayuda a que el problema aumente.

Debido a que la persistencia en una solución ineficaz lleva al deterioro y mantenimiento del problema, contrariamente a las expectativas del usuario, es por



esto que los intentos de solución muchas veces generan más problemas e imposibilitan los cambios del sistema, necesarios para solventarlos.

Fisch y Schlanger (2002) mencionan que la solución consiste en conseguir que un problema desaparezca en lugar de hacer un esfuerzo de superarlo, sin embargo también se ofrecen alternativas partiendo de que no se puede dejar de hacer algo sin intentar otra cosa.

El cambio o la solución.

El cambio favorece más cambios, a lo cual agregan que los problemas requieren un esfuerzo continuo (la solución intentada) para persistir, cuando hay un cambio mínimo pero estratégico, esto producirá más cambios como efecto dómينو. (Fisch y Schlanger, 2002)

Es por esto que se presupone que alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática, produciéndose así el cambio terapéutico; dado que la secuencia está determinada de forma circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenido por ellos.

Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) mencionan que hay 2 tipos de cambios, cambio 1 y cambio 2 en base a la solución intentada por los usuarios.

El primero comprende cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas, que únicamente contribuyen al mantenimiento del síntoma, ya que cualquier combinación, transformación u operación de los miembros del grupo, resulta otro miembro del grupo manteniendo la estructura de este.

Esto es un cambio que va de un extremo a otro, como bueno-malo, no cambia nada en el fondo, sigue el mismo sistema.

Mientras que el cambio 2 se trata de un simple cambio en las premisas hasta otra serie del mismo tipo lógico, una serie implica la norma de que el problema ha de resolverse dentro del ámbito en que se cree ha de encontrarse la solución; la otra serie no implica tal cosa.



En otras palabras supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce o hace desaparecer la sintomatología, así el objetivo es conseguir un cambio tipo 2.

La solución se descubre como resultado de examinar los supuestos acerca de los puntos y no los puntos en sí, ya que se da un cambio con el fin de establecer la norma.

Capacidad de la maniobra.

Se entiende como la mejor manera de actuar del terapeuta a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten en la terapia, para esto el terapeuta debe mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia modificando su curso de forma necesaria durante esta.

La base fundamental de dicha maniobra reside en el terapeuta sabe que el usuario lo necesita más de lo que él necesita al usuario, ya que lo que al intervenir sobre el problema o dirigir el tratamiento, lo hace con la finalidad de poner fin al problema de la persona.

Otro punto fundamental es establecer los objetivos terapéuticos, esto son planteados junto con el usuario, de acuerdo con la realidad narrativa del mismo, es por esto que los integrantes del MRI piden a sus usuarios que definan las metas concretas que quieren conseguir con el tratamiento, de forma que el trabajo terapéutico se oriente, tanto por el usuario y el terapeuta, así ambas partes saben cuándo finalizara la terapia.

Según Nardone y Watzlawick (2012) los principios básicos son los siguientes:

1. La mayoría de los problemas se mantienen gracias al contexto, de la persona, debido a sus recursos, límites, creencias valores experiencias, así se aprende a interactuar con otros. Las soluciones residen en el cambio de interacciones en el contexto de las limitaciones propias de la situación.
2. La tarea de la terapia breve es ayudar a los usuarios a hacer algo distinto, cambiando su conducta interactiva/interpretativa de la conducta y de las situaciones de modo que llegue a una conclusión (solución de la queja). Para esto



se extrae toda la información posible de la queja, así como la interacción implicada, ya que la solución requiere “encajar” dentro de las limitaciones de esa misma situación de modo que sea posible el desarrollo del cambio.

3. Resistencia, se conecta el presente con el futuro, luego señalamos al usuario lo que a nuestro entender creemos que él ya está haciendo bien para él, para luego poder introducir la sugerencia de que puede llegar a ser algo distinto, cosa que es bueno para él.

4. Es posible dar algún nuevo y benéfico sentido a algún aspecto de la queja del usuario, esto es toda conducta puede ser contemplada desde muchos puntos de vista y el significado que se da a la conducta depende de la construcción mental o interpretación del observador.

5. Solo se requiere un pequeño cambio, solo es necesario un objetivo mínimo y razonable; un pequeño cambio en la conducta de la persona, puede llevar a profundas diferencias de largo alcance en la conducta de todas las personas involucradas.

6. Cambio en una parte del sistema = Cambio en el sistema.

Así mismo los autores en su libro El arte del cambio (1990) describen los pasos terapéuticos durante este tipo de psicoterapia:

- I. Primer contacto con el usuario.
- II. Definición del problema (síntomas, trastornos)
- III. Acuerdos sobre los objetivos de la terapia.
- IV. Individuación del sistema perceptivo- reactivo que mantienen el problema.
- V. Programación terapéutica y estrategias de cambio.
- VI. Conclusión del tratamiento.

➤ Primer contacto con el usuario.

El objetivo primario es crear una relación personal que se caracterice por el contacto la confianza y la sugerencia positiva, para que se pueda llevar a cabo la investigación diagnóstica.



Por ello la estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del usuario, en otras palabras el terapeuta debe adaptar su lenguaje y sus acciones a las imágenes del mundo y al estilo comunicativo del usuario.

Este primer paso es muy importante ya que aceptando aquello que el usuario nos ofrece y hablando su mismo lenguaje se logra establecer un clima de contacto interpersonal y sugestión positiva, que favorezca poner la resistencia del usuario al cambio.

Definición del problema.

Se realiza un indagación focal de la problemática, es decir aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene.

Desde la primera sesión el terapeuta debe centrar el problema basándose en la observación de la persona y de la explicación que ella hace de su trastorno del modo más claro y definido posible.

Una vez conseguida una imagen más amplia y clara posible del problema, resulta más fácil encontrar una solución más rápida y eficaz, pero el terapeuta debe tener en cuenta algunas características generales de los problemas humanos.

Según Greenberg (1980) existen 3 categorías generales:

1. La interacción entre sujeto y sí mismo.
2. La interacción entre sujeto y los demás.
3. La interacción entre el sujeto y el mundo (ambiente social, los valores y las normas que lo regulan en el contexto en el que vive)

Con alguna de estas interacciones que no funcione de manera adecuada, las otras dejan de hacerlo, lo más importante es observar cómo funciona esta circularidad y si una de las tres dimensiones afecta más directamente al usuario, porque, en tal caso habrá de ser la primera área de intervención a través de la cual se modificara todo el sistema perceptivo-reactivo.

Acuerdos sobre los objetivos de la terapia.

Cumple con una doble función:



Es una buena guía para el terapeuta, en cuanto que representa hacia donde quiere dirigirse el usuario, con una serie de objetivos por alcanzar gradualmente que garantice una verificación progresiva y control de trabajo.

Por otra parte representa para el usuario una sugestión positiva, en cuanto a la negociación y el acuerdo acerca de la duración y los fines de la cura poseen el poder de reforzar y aumentar su colaboración y confianza en el éxito terapéutico.

➤ Individuación del sistema perceptivo- reactivo que mantienen el problema.

El terapeuta ha de saber dar con los puntos de apoyo más provechosos en que sostenerse para obtener un cambio de las situación problemática. Es por esto que se debe observar cómo se aguanta el problema y cuál de los factores que lo sostienen ha de ser considerado como el foco que hay que intervenir con mayor probabilidad de éxito.

Para producir un cambio hay que intervenir acerca de las soluciones disfuncionales utilizadas por el usuario para resolver su propio problema, con el fin de identificar la solución fundamental y redundante puesta por el usuario e intervenir directamente en ella.

➤ Programación terapéutica y estrategias de cambio.

Un supuesto fundamental del enfoque estratégico de la terapia: la terapia debe adaptarse al usuario y no el usuario a la terapia, sobre esta base el terapeuta debe preparar las estrategias a utilizarse.

Deben ser estrategias indirectas o encubiertas que han de producir un cambio mucho mayor, que el que prevé el usuario, este pequeño cambio de hecho provoca una reacción en cadena de modificaciones en el interior del sistema que se ordenan a la búsqueda del reequilibrio del sistema mismo.

Cuando mediante una progresión de pequeños cambios el terapeuta ha conducido a la persona a la modificación de sus acciones disfuncionales y de sus imágenes del mundo, la terapia ha alcanzado su objetivo.

Los procedimientos utilizados con mayor frecuencia son los siguientes:



- Ψ Aprender a hablar el lenguaje del usuario: representa un estilo de comunicación fundamental en terapia estratégica, es decir aprender y emplear el lenguaje del usuario. En psicoterapia es importante utilizar una técnica comunicativa que permita hallarse prontamente en posición de influir en el comportamiento de los demás, con esta estrategia de comunicación la resistencia de los usuarios disminuye.
- Ψ Reestructuración: opera en el nivel de la metarealidad, en el cual puede tener un cambio incluso si las circunstancias objetivas de una situación están más allá del poder humano. Para Nardone y Watzlawick (2012) la reestructuración significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación y situarla dentro de otra estructura que aborde los hechos correspondientes a la misma situación concreta igualmente o mejor, cambiando así por completo el sentido del mismo. Lo que cambia es el sentido atribuido a la situación y no los hechos concretos correspondientes a estas. El ejemplo de esta técnica es de la psicóloga E. Lange en la universidad de California, en la cola de la fotocopidora el orden de una petición de una persona que iba a hacer fotocopias, produce efectos diferentes según sea la formulación
- “Perdona, tengo 5 páginas ¿Puedo usar la fotocopidora? Porque tengo mucha prisa. Esta petición tuvo un 95% de eficacia.
 - La segunda formulación, “perdona tengo 5 páginas ¿Puedo usar la fotocopidora? “esta formulación solo obtuvo un 60% de eficacia.

Este experimento muestra claramente que es posible modificar una situación para nada lógica o racional, así como el esquivar las resistencias y las convicciones lógico-racionales, demostrando que es una técnica de desbloqueo de la lógica rígida de un sujeto, abriendo caminos y posibilidades de cambio de la aparente pasividad de los pensamientos en su lógica existente.

- Ψ El uso de paradoja: es un tipo de trampa lógica en la que tropieza toda la lógica racionalista. Posee la propiedad de desquiciar los círculos viciosos y recurrentes de soluciones intentadas, que le usuario presenta de forma



obstinada, por la simple razón de que pone en crisis el sistema preexistente de precepciones de la realidad y reacciones ante ella.

- El ejemplo de una persona obsesivo-hipocondriaco, el cual manifestaba obsesivamente el terror de estar afectado por una enfermedad muy grave y trasforma cualquier señal propioceptiva corporal en un síntoma indicador de su misterioso mal.

La siguiente transcripción muestra el trabajo hecho por el terapeuta con este usuario:

- *Usuario:* Doctor, estoy deshecho, me siento mal. ¡Estoy aterrorizado! Hay un mal dentro de mí, lo siento crecer, me moriré pronto. Nadie me quiere creer, pero estoy gravemente enfermo. Sudo siempre, siento cómo el corazón late con fuerza. Y además, ya se lo he dicho a mi mujer: alguien me ha echado el «mal de ojo». Usted no va a creer en estas cosas, pero es verdad, me lo ha dicho una bruja... Nadie me quiere creer, pero me come por dentro.
- *Terapeuta:* ¡Hum!... *(Con actitud seria y pensativa)*. Estoy convencido de que usted está verdaderamente enfermo y hasta de que su enfermedad es realmente extraña. Sabe, hay muchas clases de mal ele ojo. A usted, probablemente, le han echado el «mal de ojo de la muerte» *(ligera pausa)*. Sí, creo que está usted verdaderamente muy mal, y cada vez peor; incluso, si lo miro bien, hasta me parece que está cambiando de aspecto ahora mismo. Usted está mal, es verdad, lo veo como si estuviera a punto de ponerse muy mal. Sabe, estos males tic ojo son terribles *(cierta sonrisa)*.
- *P.:* Pero, doctor, ¡que me está diciendo! Entonces, es que me muero. Y entonces ¡es verdad! ¡Estoy gravemente enfermo! ¿Y cómo es posible, doctor, que todos los análisis médicos que me han hecho hasta ahora no me hayan encontrado nada? ¿Está usted convencido de lo que me ha dicho? ¿Qué estoy enfermo y que se ve que me han echado el mal de ojo?
- *T.:* Seguro *(sonriendo ligeramente)*.
- *P.:* Doctor, no me tome usted el pelo. Yo, ahora, no me siento mal; incluso, al hablar con usted, he dejado de sudar y me siento más tranquilo. Pero, dígame, ¿es posible que a los cuarenta años el cerebro nos gaste estas malas pasadas?



Este ejemplo clínico muestra cómo en tales situaciones, en las que no funciona ninguna forma de confrontación lógico- racional, el recurso a la paradoja resulta eficaz para romper el mecanismo repetitivo de las fijaciones.

De esta forma, se crea la paradoja de hacer voluntario un síntoma que como tal, ha de ser algo incontrolado e involuntario, con el efecto de que llega a anularse, pues desde el momento en que un síntoma se convierte en voluntario pierde por completo su valor sintomático.

En la comunicación terapéutica, cuando uno se halla frente a una situación mental obstinadamente rígida y obsesiva, en lugar de oponerse a ella más bien hay que secundarla, llevándola en su intensificación hasta la exasperación y a un punto tal que se anula por sí sola.

El mecanismo es el mismo que está presente en la intervención de prescripciones del síntoma. Se pone en acción el poder desestructurante de la paradoja incentivando deliberadamente, en el coloquio, los mecanismos distorsionados con los que el usuario percibe la realidad.

Ψ Prescripciones directas: Son aquellas indicaciones directas y claras de acciones que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los objetivos para el cambio. Este tipo de intervención es útil cuando se trata de personas muy colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio para las que resulta suficiente darles la clave de la resolución del problema, prescribiéndole la manera de comportarse frente a la situación problemática para que logren desactivar los mecanismos que la mantiene operante.

Otra de las funciones es la de consolidar en la siguiente fase a la ruptura del sistema disfuncional que domina el problema, mediante acciones consientes progresivas, la capacidad del usuario da hacer frente con éxito a las situaciones antes problemáticas.

Ψ Prescripciones indirectas: Son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo, es decir mediante ellas se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha



declarado o prescrito. Aquí se utiliza el desplazamiento del síntoma, por lo general se atrae la atención hacia alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado.

- Ejemplo del usuario fóbico a quien se prescribe realizar, ante la presencia del síntoma, una tarea ansiógena y embarazosa, como es anotar con detalle sus sensaciones y pensamientos en aquel momento para luego poderlos presentar a examen del terapeuta, por lo común vuelve con el sentimiento de culpa de no haber llevado a cabo aquella prescripción embarazosa.
- Pero refiere también que, extrañamente y no se explica cómo ha sucedido, aquella semana no ha tenido los síntomas fóbicos.
- Evidentemente, ha sido tanto el agobio o el ansia por llevar a término la tarea asignada, que no ha manifestado el síntoma ante cuya presencia debería haber realizado la tarea.
- En otras palabras, la atención se ha desplazado del síntoma a la tarea, produciendo la neutralización de la manifestación problemática mediante un «conflicto benéfico». Pero lo más importante es que se ha demostrado, a través de una experiencia concreta, que él es capaz de controlar y anular sus síntomas.

Estas intervenciones, debido a su propiedad de evitar la resistencia al cambio en cuanto llevan a las personas a hacer algo sin que, mientras lo hacen, se den cuenta de ello, desempeñan un papel fundamental en la primera fase de un tratamiento estratégico. Permiten realmente una rápida y eficaz ruptura de la envarada situación de acciones y retroacciones disfuncionales.

- Ψ Prescripciones paradójicas: Ante un problema que se presenta espontáneo e irrefrenable, resulta muy eficaz prescribir el comportamiento sintomático mismo, ya que de esta manera se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar. Aquí la ejecución voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, en calidad de tal a ser algo espontáneo e incontrolable.
- Ψ Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico: Esta estrategia comunicativa posee la prerrogativa de permitir la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación



que una persona pone en práctica ante los personajes y las diversas situaciones de un relato. Esta modalidad de comunicación terapéutica minimiza la resistencia en cuanto la persona no es sometida a exigencias directas o a opiniones directas sobre su modo de pensar y comportarse. El mensaje llega en forma de velada y bajo apariencia de metáfora (Nardone y Watzlawick. 2012).

Intervenciones específicas.

El grupo del MRI ha diseñado cinco intervenciones estandarizadas, útiles en problemas caracterizados por cinco tipos de soluciones intentadas.

- I. Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente: Abarca desde problemas de insomnio, tics, dolores de cabeza, rendimiento sexual o tartamudeo, en los cuales el usuario define fluctuaciones normales del funcionamiento corporal o mental, como problema y toma de medidas para corregirlas y que no reaparezcan. La intervención consiste en pedirle al sujeto que fracase en su intento de superar el problema. La técnica de persuasión para “vender” la tarea se basan en dos premisas:
 1. Se dice al usuario que debe provocar el síntoma deliberadamente para que pueda observarlo sin angustia de luchar contra él, de manera que en la siguiente sesión traiga más información detallada de lo que ocurre.
 2. El terapeuta argumenta que el sujeto necesita entrenarse para lograr un control definitivo de la conducta sintomática y explica que el paso inicial del aprendizaje consiste en provocar el síntoma.
- II. Dominar un acontecimiento temido aplazándolo: El impulso básico es dominar con antelación una tarea para no fracasar, lo que lleva a nunca enfrentarse a ella. La intervención implica exponer al usuario al acontecimiento, con dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar con la tarea con éxito.
- III. Llegar a un acuerdo mediante coacción: Es una solución en padres de adolescentes conflictivos, el objetivo de la intervención es que adopten una postura de inferioridad denominada “sabotaje benévolo”. La tarea se basa en el supuesto de que al eliminar la actitud dominadora,



desaparecerá la conducta provocadora e inductora de rebeldía que lo progenitores has empleado involuntariamente.

- IV. Conseguir sumisión a través de la libre aceptación: Se trata de lograr una respuesta espontánea del otro que coincida con los deseos de un mismo. La petición se fundamenta en la necesidad de hacer peticiones directas, una vez redefinida la benevolencia de quien manda algo “quiero que lo hagas, pero no quiero que lo hagas si no te sientes feliz haciéndolo”, como algo intencionalmente destructivo a largo plazo y las solicitudes directas como algo beneficioso difícil de poner en práctica en un principio.

Reencuadre.

Watzlawick (1976) menciona que muchas veces confundimos cuando hablamos lo que es real en dos órdenes: un primer orden de realidad que se refiere a las propiedades físicas de los objetos que percibimos y un segundo orden de realidad basado en la atribución de sentido o de valor a esos objetos.

El reencuadre da origen a una nueva realidad, que a su vez hace posible intervenciones terapéuticas imposibles, ya que es la teoría la que decide qué podemos observar.

Reencuadre significa cambiar el marco o la perspectiva conceptual y/o emocional en relación con los cuales se experimenta una situación y ponerla dentro de otro marco que encaja bien o mejor, con lo hechos de la misma situación concreta cambiando por lo mismo todo su sentido (Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. 1976).

Conclusión del tratamiento.

Su objetivo es consolidar definitivamente la autonomía personal del usuario, se procede a la recapitulación y una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollando y las estrategias que se han utilizado.

Se considera indispensable esta redefinición final, con miras a que el sujeto alcance una autonomía personal completa, en la convicción de que esta última



requiere para consolidarse la conciencia de que la realidad psíquica y de la conductual se ha cambiado gracias a una intervención sistemática.

Por último se le hace hincapié al usuario que nada se ha añadido. Que el usuario ha aprendido a percibir la realidad y a reaccionar ante ella, utilizando positivamente sus propias dotes personales, gracias a experiencias guiadas por el terapeuta, pero ahora es absolutamente capaz de actuar solo.

El objetivo de estas técnicas y procedimientos, de la terapia breve centrada en soluciones, es utilizar los puntos de vista y los valores que la persona trae a terapia, de modo que realicemos un cambio que pueda parecer pequeño, pero significativo en la manera como el usuario afronta el problema, con el fin de interrumpir el círculo vicioso que se constituye por el problema y la solución.

En la revisión de la bibliografía acerca de la utilización de este modelo de psicoterapia, así como de eficacia, no lleva lo encontrado por Weakland (1974) donde mencionan la media del 70-75% calculada hasta mediados los años ochenta y entre 80-95%, comprobada en los años noventa (Nardone y Watzlawick 1990)

Por lo que se refiere al número de sesiones necesario para obtener la solución de los problemas presentados por el usuario desciende a 5-6 sesiones de duración media de tratamiento con un número creciente de situaciones de desbloqueo sintomático desde las primeras sesiones, a menudo tras la primera sesión. (De Shazer 1988-1991)



5.3.- La importancia y necesidad del modelo de Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas (TBCSP) en el Call Center UNAM.

El objetivo del Call Center UNAM es brindar apoyo psicológico a la población en general a través de una línea telefónica, a personas que se encuentren en estado de crisis o que necesiten de este servicio, la terapia del TBCSP se ajusta dentro de este, ya que se enfoca en saber cómo funciona el problema, más que por qué o qué tipo de diagnóstico se le asigna al usuario.

En el Call Center UNAM, la mayoría de los usuarios que ocupan este servicio tienen muy definido su problema, por lo que solicitan la ayuda para poder solucionarlo, es aquí donde muchas veces los terapeutas, requieren de una gran cantidad de herramientas, para brindar la asistencia que los usuarios necesitan.

Aproximadamente de las 20 llamadas que se reciben al día, el 35%, son problemas de pareja, mientras que el 25% son de problemas paternofiliales, por consiguiente la terapia breve centrada en soluciones puede ser de gran utilidad para los terapeutas, en muchos de estos casos, ya que al ser una terapia focalizada, se encuadra en el aquí y el ahora, y solo se centra en el motivo de llamada que el usuario hace manifiesto en durante la llamada.

A continuación se exponen algunos casos, que bien pudieron ser atendidos por este modelo, con el cual se podría obtener, un avance terapéutico aun mayor, así como una mayor eficiencia, con las estrategias antes mencionadas, además de un menor tiempo para que las personas puedan salir de ese círculo vicioso en el cual se encuentran inmersos.

Los casos que a continuación se mostraran, son copias de los reportes de llamadas que los terapeutas del Call Center realizaban al momento de esta investigación.



Caso 1.

Nombre del Usuario: Viridiana.*

Edad: 53 años.

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Casada.

Ocupación: Docente.

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura.

Motivo de Consulta: Problemas con su hijo.

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que tiene un hijo de 14 años, con el cual lleva una relación deteriorada, ya se faltan al respeto se grita mutuamente, no lo comprende, ya que no tiene ningún proyecto a futuro, debido a que no le importa la escuela, solo el futbol. Se brindó contención emocional.
- ❖ Segunda sesión: Las peleas con su hijo han estado peor, ahora tiene que elegir una escuela, para ir a la preparatoria, pero él quiere seguir jugando futbol, hasta ser un profesional.
- ❖ Tercera Sesión: No llamo.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 2.

Nombre del Usuario: Alonso.*

Edad: 26 años.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Soltero.

Ocupación: Gerente de RH.

Nivel máximo de escolaridad: Secundaria.

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue de intento suicida, donde la persona al momento de atender la llamada, se encontraba en total crisis, no podía articular ninguna palabra, solo dijo que tenía ganas de suicidarse, porque ya no valía la pena seguir viviendo y que sería lo mejor para todos sus familiares que él se muriera, así ya no causaría problemas Se brindó contención emocional.
- ❖ Segunda sesión: el verdadero problema, ya que miente todo el tiempo, para que las personas crean que él es algo más y después para demostrar que lo que dijo es cierto, tiene que robar, para justificar que todo lo que dijo tener es cierto. Además tiene una baja muy grande de autoestima, así como una dependencia a ayudar a las demás personas, que llenan un vacío que hay en él.
- ❖ Tercera sesión: la relación con sus papás ya se encuentra mejor, quiere salir de este problema y está dispuesto a tratar de cambiar para poder sentirse mejor con el mismo. Su autoestima aun esta baja, hay una desvalorización, hacia cualquier acción que intente hacer, ya que menciona como que no las va a poder terminar
- ❖ Cuarta sesión: No llamo.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 3.

Nombre del Usuario: Sarahí.*

Edad: 35 años.

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Empleada.

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura.

Motivo de Consulta: Refiere altibajos, le cuesta relacionarse con las personas.

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que a raíz de un problema familiar se dio cuenta que no sabía relacionarse con las demás personas, así como los problemas dentro de su familia, ya le ocasionaban muchos conflictos. Se brindó contención emocional.
- ❖ Segunda sesión: Menciona que le tenía miedo a los hombres, ya que no podía tener una relación seria con ellos, porque son de lo peor y nunca la van a entender.
- ❖ Tercera sesión: se preguntó sobre el hecho de que idea tenía ella de pareja y que pensaba acerca de las relaciones, dando como resultado que no tenía idea sobre lo que en verdad quería, no solo en las relaciones si no en la vida en general.
- ❖ Cuarta sesión: se dio cuenta de que ella necesitaba primero estar bien con ella, para poder aceptar a las demás personas en su vida.
- ❖ Quinta sesión: No llamo.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 4.

Nombre del Usuario: Tania.*

Edad: 25 años.

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada.

Ocupación: Ama de casa.

Nivel máximo de escolaridad:

Bachillerato.

Motivo de Consulta: Tiene problemas con sus suegros y su pareja.

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que pelea mucho con su pareja debido a que viven en casa de sus suegros, y ya no sabe qué hacer para salirse de ahí. Se brindó contención emocional y alternativas de solución.
- ❖ Segunda sesión: Ya no pelea tanto con su pareja, pero tiene problemas con sus suegros debido a que viven en su casa, se plantearon soluciones, para que ya no tengan problemas con ellos.
- ❖ Tercera sesión: Platico con su pareja sobre cuál era su plan de vida de cada uno, y quedaron en salirse de ahí en máximo año y medio para poder estar solos, y poder vivir tranquilos.
- ❖ Cuarta sesión: Se plantearon objetivos a corto, mediano y largo plazo que quería realizar, y como los podría alcanzar.
- ❖ Quinta sesión: No llamo

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 5.

Nombre del Usuario: Andrés.

Edad: 42 años.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Casado.

Ocupación: Empleado.

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura.

Motivo de Consulta: Infidelidad, por parte de su esposa.

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue por que descubrió que su esposa, le había sido infiel, por unos mensajes de texto que encontró en su celular, debido a esta la relación se rompió, estaba muy enojado por todo esto. Se brindó contención emocional.
- ❖ Segunda sesión: Ya platico con su esposa y están en una etapa de prueba de la relación, para ver si aún pueden rescatar la relación, porque no se quiere separar.
- ❖ Tercera Sesión: Las cosas ya están un poco mejor, se dio cuenta que ahora quiere hacer que su esposa le ruegue, para que vuelvan a estar juntos, pero no se ha dado cuenta de que a sus hijas les lastima esta situación, está siendo egoísta, con ellas.
- ❖ Cuarta sesión: Platico con sus hijas, se dio cuenta de que también ellas son parte de la familia, y ahora está dispuesto a ver por ellas, sentimentalmente, además de que se dio cuenta que presionaba a su esposa para que cambie, pero esto puede ser que en vez de ayudar, la orille a terminar definitivamente la relación.
- ❖ Quinta sesión: Se trabajó el cierre de las sesiones, con una recapitulación de lo que se había logrado, como descubrir que en la relación nunca hubo roles, ni adaptación por ambas partes, el matrimonio estaba hecho al “aventón”, así como darse cuenta que el dinero no lo es todo y que sus hijas son más importantes.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 6.

Nombre del Usuario: Giovanni.*

Edad: 26 años.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Soltero.

Ocupación: Desempleado.

Nivel máximo de escolaridad: Bachillerato trunco

Motivo de Consulta: No puede controlar su ansiedad y se siente deprimido.

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que tiene muchos pensamientos rumiantes, es muy nervioso, preocupado y tiene miedo a casi todas las situaciones que lo ponen fuera de su zona de confort. Se brindó contención emocional.
- ❖ Segunda sesión: La terapia se centró en la pregunta de ¿Quién soy? ¿Hacia dónde voy? Sin encontrar alguna respuesta, ya que por el momento la ansiedad lo detiene para pensar en otras cosas.
- ❖ Tercera sesión: Se trabajó sobre una actividad de ¿Quién soy? Y que me gusta, se tuvo una idea general de que le gustaría ser, y a donde le gustaría llegar en un futuro, se le pidió hacer un correo.
- ❖ Cuarta sesión: no pudo realizar la tarea ya que le preocupaba el hecho de dejar datos en la computadora, se trabajó con los pensamientos rumiantes y se le confrontó con su realidad, llegando al insight de que estaba perdiendo mucho tiempo en nada.
- ❖ Quinta sesión: se confrontó las soluciones que utilizaban, para que se diera cuenta si es que le funcionaban o lo dejaban más en la misma situación, dándose cuenta que las soluciones que utilizaban lo hacían permanecer en ese estado.
- ❖ Sexta sesión: Intento cambiar el cómo resolvía sus problemas para poder cambiar así su manera de afrontar las situaciones.
- ❖ Séptima sesión: Se trabajó el cierre de las sesiones, con una recapitulación de lo que se había logrado, hubo un cambio significativo, ganado una gran confianza y ahora ya cuenta con un plan de vida de lo que quisiera llegar a ser.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 7.

Nombre del Usuario: Mónica.

Edad: 19 años.

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura.

Motivo de Consulta: Problemas de aceptación social, no tiene amigos, se siente sola, baja autoestima.

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que tiene problemas con sus compañeros de la escuela, menciona que le cuesta mucho trabajo hablarles y que eso ha sido toda la vida. Se brindó contención emocional.
- ❖ Segunda sesión: se trabajó la parte de por qué se sentía sola, mientras recordaba la etapa de la prepa, se dio cuenta de que dependía de sus amigas para estar feliz, enseguida dijo tener miedo de estar sola, así como tener ganas de suicidarse, se realizó contención emocional.
- ❖ Tercera Sesión: Y se siente mejor, ya no hay sentimiento de sentirse tan sola, ya no hay pensamiento suicidas.
- ❖ Cuarta sesión: Le gusta un actor de Hollywood, por él tiene ganas de vivir, ese es su sueño, se trabajó habilidades sociales.
- ❖ Quinta sesión: Se habló de las relaciones de pareja que ha tenido, y que no puede establecer una relación formal con alguien.
- ❖ Sexta sesión: Se trabajó el cierre de las sesiones, con una recapitulación de lo que se había logrado.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 8.

Nombre del Usuario: Irma.*

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Nivel máximo de escolaridad: Bachillerato.

Motivo de Consulta: Bullying.

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que no tiene ganas de nada, se siente sola y todo el mundo habla cosas malas de ella, no se quiere y no tiene por qué vivir. Se brindó contención emocional.
- ❖ Segunda sesión: se trabajó el aspecto de la depresión desde donde había comenzado, y se logró cambiar un poco el pensamiento de no querer vivir.
- ❖ Tercera sesión: se trabajó la imagen personal, se dejó de tarea que preguntara a sus amigos y familiares ¿Cómo soy?
- ❖ Cuarta sesión: se trabajó ¿Quién soy? Y que quiero en esta vida.
- ❖ Quinta sesión: No llamo.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 9.

Nombre del Usuario: María.*

Edad: 22 años.

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Desempleada.

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura

Motivo de Consulta: Depresión por la pérdida de un ser querido

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que se siente muy triste por que murió su abuelo hace 1 año, su ex novio la había violado, quedo embarazada y aborto, además de que sus padres no la escuchan, se ha cortado en varias ocasiones. Se dio contención emocional y se dejó hacer una carta para el abuelo. Se brindó contención emocional.
- ❖ Segunda sesión: Se trabajaron las pérdidas, se hizo una despedida simbólica.
- ❖ Tercera sesión: Los síntomas que tenía, como cansancio, mareo y perdida del tono muscular, no eran normales, se le pidió que fuera al psiquiatra, para una valoración, se trabajó el cierre de las despedida.
- ❖ Cuarta sesión: El diagnóstico del psiquiatra fue Depresión mayor y crisis de angustia, el psiquiatra llamo a sus padres para notificarles; ahora tiene toda la atención de ellos, no la dejan sola ni un minuto.
- ❖ Quinta sesión: Después de un mes volvió a llamar, ahora sus padres la controlan, se siente perdida, no sabe quién es y no quiere causar daño, a las personas que tiene cerca, se le dejo preguntara sus amigo y personas cercanas, ¿Quién soy?
- ❖ Sexta sesión: Se trabajó con lo que se le dejo investigar, y ahora tiene una idea más clara de quién es y qué es lo que no quiere ser.
- ❖ Séptima sesión: Se trabajó el cierre de las sesiones, con una recapitulación de lo que se había logrado, ahora ya no piensa en hacerse daño, tiene más confianza, aprendió a decir no, y ve las cosa de otra manera, ya no de forma negativa, sino siempre buscarles el lado bueno.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 10.

Nombre del Usuario: Natalia.*

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Estudiante.

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura

Motivo de Consulta: Se cortó por que se sentía mal, tiene pensamiento que no la deja.

Acciones efectuadas (Intervención).

- ❖ Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que la a relación son sus padres está muy mal y eso la lástima, además de tener padres ausentes. Se brindó contención emocional.
- ❖ Segunda sesión: Quiere mejorar la relación con su mamá, deja de comer porque quiere bajar de peso, se dieron alternativas para mejorar la relación con su mamá, como expresarle lo que siente.
- ❖ Tercera sesión: La relación con su mamá mejoro, ya se siente más tranquila, no tiene esos pensamientos que la atormentaban.
- ❖ Cuarta sesión: Se habló de cómo eran sus relaciones con los hombres, descubrió que primero era el sexo y luego lo sentimental, se le pregunto si eso era lo que ella quería, a lo que dijo que no sabía ni que estaba buscando, se le dejo pensar que es lo que quiere.
- ❖ Quinta sesión: No encontró respuesta a la pregunta, dijo no saber quién era, además de sentirse perdida, se le dejo preguntar a sus amigos y familiares ¿Quién soy? ¿Cómo soy?
- ❖ Sexta sesión: Se trabajó con lo que le dijeron, así como lo pensamientos que ella tenía sobre sí, a lo que se descubrieron muchas cosas, como lo que no era y lo que quería ser, se le dejo pensar metas a corto mediano y largo plazo.
- ❖ Séptima sesión: Se trabajó el cierre de las sesiones, con una recapitulación de lo que se había logrado, se trabajaron las metas y como se podían lograr, menciono que la relación con su mamá mejoro, que ya no se cortaba, ya come mejor, ahora tiene logros y metas que quiere realizar, además de sentirse muy bien.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Como se puede observar en los casos anteriores, para que haya un cambio significativo en el motivo de llamada de las personas por lo menos tuvieron que pasar más 3 de sesiones, y algunas de ellas no llegan a la tercera llamada.

Es por esto que se busca una alternativa donde las personas que solicitan el servicio, puedan tener un cambio significativo, en mucho menos tiempo, de que hasta ahora se logra, es por eso que todos estos casos son posibles abordarlos de con el modelo TBSCP, el cual ha mostrado excelentes resultados, en usuarios con este tipo de problemas (Nardone, 1998).

Esta propuesta está fundamentada, ya que los exponentes del TBCSP mencionan que en teoría el terapeuta interviene con el usuario desde el primero contacto, incluso por teléfono. (Fish, R. Weakland, J. Y Segal, L. 1994)



Justificación.

Lo que busca esta investigación es adaptar el modelo del de terapia breve centrada en solución de problemas, para aplicarlo vía telefónica, dadas sus características, se plantea como una buena opción, para reducir el tiempo en que los usuarios puedan ver un cambio sobre la problemática que presentan, dado que se concentra en las soluciones intentadas o formas de solución del problema, con la finalidad de interrumpir ese ciclo para descubrir una nueva realidad para el usuario y así este pueda encontrar una solución.

A si mismo este enfoque menciona que el tratamiento es un medio para solucionar un problema específico, por lo que no hay necesidad de dedicar demasiado tiempo a la terapia.

Esto ayudaría mucho al Call Center UNAM, dado la demanda de los usuarios que hay, además de que con muchos de ellos solo se tiene la oportunidad de hablar una vez, y se puede hacer una pequeña intervención, para lograr generar un cambio, no solo brindar contención emocional.

Objetivos:

- Ψ Adaptar el modelo de Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas (TBCSP), vía telefónica, en el Call Center UNAM.
- Ψ Una vez modificado el modelo TBCSP aplicarlo a 10 usuarios en el Call Center UNAM.
- Ψ Mostrar que este modelo es útil en la solución de problemas de los usuarios que llaman al Call Center UNAM.
- Ψ Mostrar con viñetas clínicas, la utilidad del modelo de TBCSP.



Método.

Participantes.

Se atendió a 10 usuarios del Call Center UNAM, con la adaptación del modelo de Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas de Nardone y Watzlawick (1990) para un atención vía telefónica, los sujetos tenían un rango de edad de 19 a 70 años, con diferentes ocupaciones, desde amas de casa a jefes de personal, además de diferentes escolaridades, con rango desde primaria hasta licenciatura.

Los participantes de la muestra no fueron elegidos por lo tanto el muestreo fue no probalístico incidental.

Escenario:

La aplicación de esta investigación se realizó en el Call Center UNAM, el cual se ubica en el Edificio C segundo piso cubículo 209 en la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria.

Materiales:

Teléfono fijo y una diadema, así mismo se utilizó una libreta, formatos de llamadas de seguimiento y pluma.

Instrumentos:

Se adaptó el modelo TBCSP usando la metodología de Nardone y Watzlawick (1990) para aplicarla en el Call Center UNAM.

Además se utilizó el “Formato de registro de llamadas en Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas”, para cada primera entrevista, el cual es diferente a los que se usan en el Call Center UNAM, ya que fue uso exclusivo para esta investigación (ver anexo 1).

Variables:

Independiente: Intervención psicológica vía telefónica a través del modelo Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas.

Dependiente: Solución a la problemática

**Diseño:**

Estudio de caso descriptivo.

Definiciones conceptuales:**Psicoterapia:**

Ψ “Es lograr que el usuario cambie su modo de percibir, elaborar, interpretar y comunicar la realidad, de modo que traspase de una relación disfuncional a una relación funcional” (Simon, F, Stierlin, H. y Wynne, L., 1984).

Solución:

Ψ Es la construcción de una perspectiva alterna, aceptable que hace que el usuario experimente la situación de una manera diferente. (Nardone, G. Watzlawick, JH. 1990).



Procedimiento.

A este programa los usuarios llaman buscando ayuda psicológica, a cada uno de ellos se les da el siguiente encuadre:

“El Call Center UNAM brinda atención psicológica vía telefónica, cada sesión dura de 45-50 minutos, se agenda una sesión por semana, las cuales son de 6-8 sesiones y el mismo terapeuta que recibe la llamada, es quien llevará todas las sesiones, o si usted lo desea se le puede derivar a alguno de los centros de la facultad o alguna institución para que le brinden otro tipo de servicio o información.”

Una vez que usuario aceptaba el encuadre se procedía a realizar la entrevista y la intervención, con la adaptación de la Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas, de Nardone y Watzlawick (1990), que está descrita a continuación.

I. Primer contacto con el usuario.

- ✓ Es la apertura de la terapia, el objetivo primario es crear una relación personal, que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, utilizando frase como “estamos aquí para escucharte”, “estamos aquí para ayudarte”, “cuéntame en que puedo ayudarte”, la estrategia fundamente es aprender y hablar el lenguaje del usuario, introducimos a su problemática y comprenderlo desde ahí.

II. Definición del problema (síntomas, trastornos)

- ✓ Aquí es fundamental aclarar de un modo concreto el “problema” y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene, basándose en los que el usuario dice, se utilizan preguntas
 - i. ¿Cuál es el problema?
 - ii. ¿Cuándo se presenta?
 - iii. ¿En dónde se presenta más?
 - iv. ¿De qué modo se manifiesta el problema?
 - v. ¿Con quién aparece el problema, o se enmascara o bien no aparece?



- vi. ¿Qué ha hecho para resolverlo?
 - vii. ¿Qué ha hecho su familia o amigos para ayudarlo a resolverlo?
 - viii. ¿Para qué sirve el problema?
 - ix. ¿Cuál es su función?
 - x. ¿A quién beneficio el problema?
 - xi. ¿Quién podría resultar dañado por la solución del problema?
- III. Acuerdos sobre los objetivos de la terapia.
- ✓ La definición de objetivos representa para el usuario una sugestión positiva, ya que se refuerza y esto aumenta su colaboración y confianza en el éxito terapéutico, utilizando frases como “Creo que puedes y eres capaz de lograr lo que nos proponemos” o “Pienso que lograras resolver tus problemas”, estos mensajes ejercen una sugestión positiva hacia el cambio, después de esto se plantean los objetivos de la terapia en una escala gradual y progresiva de pequeños objetivos, que cambien el sistema rígido del usuario.
- IV. Individuación del sistema perceptivo- reactivo que mantienen el problema.
- ✓ Una vez identificado el problema, es necesario escuchar cómo se sostiene el problema y cuáles son los factores que lo sostienen, que serán considerados como el foco de intervención con mayor probabilidad de éxito.
- V. Programación terapéutica y estrategias de cambio.
- ✓ Con la base de la terapia debe adaptarse al usuario y no el usuario a la terapia, se utilizará alguna de las estrategias antes mencionadas como:
 - i. Aprender a hablar el lenguaje del usuario.
 - ii. Reestructuración.
 - iii. Paradoja.
 - iv. Uso de anécdotas y lenguaje metafórico.
 - v. Prescripciones directas.
 - vi. Prescripciones indirectas.
- VI. Conclusión del tratamiento.



- ✓ El objetivo es consolidar definitivamente la autonomía personal del usuario, se procede a una recapitulación y a una explicación de las estrategias que han utilizado.

Cada sesión de seguimiento, comenzaba de la misma manera, se retomaba lo que se había dejado la sesión pasada y se comenzaba la intervención desde ese punto, siempre teniendo en mente los objetivos de cada sesión, terminaba cada sesión con 3 preguntas para los usuarios.

Ψ ¿Cómo me siento?

Ψ ¿Qué aprendí?

Ψ ¿Qué me llevo de la sesión para trabajar?

El cierre de las sesiones se realizó de la misma manera para cada usuario, recapitulando, lo visto durante todas las sesiones, cual había sido el cambio que ellos había notado y que esperan lograr más adelante.



CAPITULO V.- Intervención con Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas, en el Call Center UNAM.

A continuación se exponen individualmente los 10 casos de los usuarios atendidos con el modelo TCSP, en el Call Center UNAM.

Caso 1 atendido con TCSP.

Nombre del usuario: Salvador.*

Edad: 19 años.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Soltero

Ocupación: Desempleado.

Nivel máximo de escolaridad: Bachillerato.

Motivo de Consulta: Se siente deprimido, no tiene ganas de hacer nada

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada fue que se sentía deprimido, no tiene ganas de hacer nada, “soy un huevon”, desde que salió de la prepa no se siente bien; se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, **la intervención fue la siguiente, el uso de una paradoja, la cual sería la siguiente: se vería al espejo y se diría “no puedo hacer nada más, soy un gran bebé”**. Así mismo se le dejó hacer una lista de las cosas que les gustaría hacer y las que ha hecho.
- Segunda sesión: Menciono que en esta semana se sentía con muchas ganas de seguir adelante, que el decirse “gran bebé”, lo hizo darse cuenta de que no quería seguir así; en esta sesión el usuario menciona sentirse un poco más aliviado, **la intervención fue trabajar con la lista y cuál era la primera actividad que podría realizar, para poderla llevar a cabo.**
- Tercera Sesión: El usuario refirió que pudo realizar la actividad que se había fijado, se sentía muy bien, ya que se había solucionado su problema, **por lo cual la intervención fue reforzamiento positivo de esta situación.**
- Cuarta sesión: El usuario menciona que su problema se había solucionado así **Se trabajó el cierre, sobre que avances hubo y a qué resultados se llegaron.**
- *Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.

Caso 2 atendido con TCSP.



Nombre del usuario: Lurdes.*

Edad: 19 años.

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Estudiante.

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura.

Motivo de Consulta: Se siente triste, quiere dejar de llorar.

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada fue que se siente triste deprimida, ha sufrido bullying, desde la secundaria, dice odiarse, ya no quiere llorar, eso la hace sentirse mal, quiere salir adelante, se brindó contención emocional, además se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, **la intervención fue prescripción del síntoma, se le dijo que estaba bien sentirse triste, que si tenía ganas de llorar, llorara, pero empezando con 10 minutos al día, cada día iba a aumentar 10 min hasta llegar a 1 hr al día, sin parar;** después se le dejó que pensara como le gustaría que fueran las cosas, actuar como si un día no se sintiera triste ni nada, y hacer una memoria de ello.
- Segunda sesión: Se retomaron las tareas, la usuario menciona que solo lloro 3 días, ya que después no pudo llorar más, ya no se siente triste, **en la intervención se brindo un devolución de cómo veía las cosas la primera vez en comparación con la memoria que realizo**, descubriendo que pudo hablarle a sus compañeros de salón, además encontró una actividad que le gustaría hacer, en su escuela. Se le dejó investigar los requisitos para ingresar a esa actividad.
- Tercera sesión: Se inscribió en la actividad, y encontró a más personas que les gusta la misma actividad, **la intervención se trabajó refuerzo positivo sobre qué es lo que necesita para seguir con ese estado de ánimo, y que hiciera una lista sobre qué otras cosas le gustaría realizar.**
- Cuarta sesión: Se retomó la lista de objetivos que quiere alcanzar, menciona que ahora puede ver la luz al final del túnel que siempre le parecía oscuro, se siente mucho mejor, por fin le ve fin, al problema, **la intervención fue brindar reforzamiento positivo.**
- Quinta sesión: **Se trabajó el cierre, sobre que avances hubo y a qué resultados se llegaron.**

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 3 atendido con TCSP.

Nombre del usuario: José. *

Edad: 20 años.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Soltero.

Ocupación: Estudiante.

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura.

Motivo de Consulta: Problemas con su familia, por su consumo de marihuana.

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que recientemente había discutido con sus padres, porque le encontraron marihuana en su cuarto, y lo regañaron, ahora cada vez que sale le dicen que si ya va a fumar, y le marcan a cada rato, para saber cómo esta, y eso lo tiene muy molesto, se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, **la intervención fue una prescripción directa, se le pidió que actuara como si estuviera drogado, cuando estuviera enfrente de sus padres, y que viera cual era la reacción de ellos.** Así mismo se le dejó realizar un proyecto de vida, acerca de cómo va a llevar su consumo de marihuana y su carrera en el canotaje.
- Segunda sesión: Se retomaron las tareas dejadas, menciona que lo que le sorprendió fue la reacción de su mamá cuando lo vio, “drogado”, menciona nunca verla tan preocupada, dijo sentirse mal por estarla preocupando tanto, así mismo sobre el proyecto de vida, no lo pudo realizar ya que le costó trabajo realizarlo, **la intervención fue una clarificación acerca de la situación además se le dejó de tarea el proyecto de vida y pensar como no podría preocupar a su mamá.**
- Tercera sesión: Se retomaron las tareas dejadas, y la solución que encontró fue dejar de fumar marihuana, ya que así su mamá no se iba a preocupar por él, y eso le permitiría desarrollarse de mejor manera, en su carrera de canotaje, **la intervención fue un reforzamiento positivo de la situación además se le dio una lista de los beneficios de dejar la marihuana.**
- Cuarta sesión: Se trabajó, en cómo se había sentido en la semana, le ha costado un poco de trabajo, el no fumar marihuana, pero ahora la relación con su mamá, va mejor que nunca, se siente escuchado, y comprendido, por ella, **la intervención fue un reforzamiento positivo de la situación.**
- Quinta sesión: Se retomó la sesión pasada, dijo que hubo muchos cambios, que ya se sentía mucho mejor, que la relación con su mamá, va muy bien y debido a que ya había



arreglado sus problemas, **la intervención consistió en un reforzamiento positivo de la situación, además de una recapitulación de los logros que ha tenido.**

- Sexta sesión: **Se trabajó el cierre, sobre que avances hubo y a qué resultados se llegaron.**

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 4 atendido con TCSP.

Nombre del Usuario Carlos.*

Edad: 21 años.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Soltero.

Ocupación: Estudiante

Nivel máximo de escolaridad: Bachillerato trunco.

Motivo de Consulta: Menciona que tiene problemas con su mamá, quiere llevarse mejor con ella, “entenderla”.

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada, fue ha tenido problemas últimamente con su mamá, debido a que ella no lo entiende, quiere tener una mejor relación con su mamá, más tranquila, debido a que solo pelean todo el día, se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, **la intervención fue prescripción del síntoma, iba a pelear con su mamá, al menos 10 veces al día, por cualquier situación, y enojarse cada vez más con ella**, así mismo se le dejó pensar acerca de cómo se vería en 3 años de estar peleando diario con su mamá.
- Segunda sesión: Se retomaron las tareas, la primera solo la llevo a cabo los 2 primeros días, después ya no le encontró sentido a pelear con ella, **la intervención fue una clarificación acerca de la situación además se abordó el cómo se vería y dijo no sentirse a gusto con lo que vio, no le gustaría estar así. Se dejó de tarea un plan de vida, así como ayudarlo a su mamá con una actividad en la casa, la que él quisiera.**
- Tercera Sesión: Se retomaron las tareas asignadas, **la intervención fue retomar los puntos de su plan de vida y realizar una clarificación de cómo iba a llegar a realizarlos**, el plan de vida incluye el seguir con sus estudios y el buscar un trabajo, ya que no puede seguir sin tener dinero, y la relación con su mamá, va mejorando ahora que ya le ayuda, no tienen problemas, se trabajó de cómo iba a llegar a esas metas en un corto, mediano y largo plazo.
- Cuarta sesión: Se siente muy bien, tiene la confianza de salir a buscar trabajo, así que **la intervención fue un reforzamiento positivo de la situación y la tarea fue buscar trabajo, al que pueda asistir, para lograr una de sus metas.**
- Quinta sesión: Fue a una entrevista de trabajo, se sintió muy seguro, le gustó mucho el trabajo que le ofrecieron, y está a la espera de que le confirmen, **la intervención fue un reforzamiento positivo de la situación.**



- Sexta sesión: Le dieron el empleo, se sentía muy feliz y animado, **se trabajó el cierre, sobre que avances hubo y a qué resultados se llegaron.**

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 5 atendido con TCSP.

Nombre del Usuario: Armando.*

Edad: 70 años

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Casado.

Ocupación: Contador.

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura.

Motivo de Consulta: Tiene pensamiento rumiantes, acerca de su amante que lo acaba de abandonar, por otra persona.

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que no puede dejar de pensar en la persona que fue su amante por más de 15 años, ya que ella acaba de terminar la relación que tenían, argumentando que encontró a otra persona con la cual se va a casar, se siente devastado, sin motivo para vivir, se brindó contención emocional, además se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, **la intervención prescripción del síntoma, se le pidió que no dejara de pensar en ella al contrario, que pensara en ella 15 minutos al día, solo en eso 15 minutos, podía pensar en ella, pero en todo el día, no lo hiciera, cada día le iría aumentando 15 min, hasta llegar a 1hrs, al día.**
- Segunda sesión: No llamo.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 6 atendido con TCSP.

Nombre del Usuario: Alejandra.*

Edad: 23 años.

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Unión libre.

Ocupación: Empleada.

Nivel máximo de escolaridad: Bachillerato trunco.

Motivo de Consulta: Se siente mal porque su pareja descubrió que le fue infiel.

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que su pareja descubrió por medio de su celular, los mensajes que tenía con su amante, debido a esto él la dejó, ella menciona sentirse como una “puta”, por haberle hecho eso a su pareja, que anteriormente, había engañado a sus otras parejas, pero que esta vez sí le dolía, perderlo, se brindó contención emocional, además se sondearon las soluciones que se ha intentado, para no hacer más de lo mismo, **la intervención fue el uso de una paradoja, que durante esta semana, se viera al espejo y se dijera “quiero a mi pareja, pero aun así busco a otras personas para sentirme bien”**, al igual se le dejó que pusiera una lista de los pros y los contras de tener un amante.
- Segunda sesión: Se retomaron las tareas, la primera de ellas, tuvo un efecto negativo, ya que menciona que se había dado cuenta de que perdía mucho teniendo un amante, dijo sentirse muy mal con su pareja, como si la hubiera traicionado, pero que quería recuperarla así que se trabajó en como recuperaría la relación con su pareja, **la intervención fue una reestructuración cognitiva acerca de la situación que presenta, dando como resultado, un punto de vista diferente acerca de la problemática al terminar la sesión.**
- Tercera sesión: Se abordó el tema de cómo le había ido con su pareja, menciona que había llegado a unos acuerdos, pero que ella tenía que trabajar para poder ganarse la confianza de su pareja, **la intervención fue una clarificación de la situación con lo cual ella se dio cuenta que tenía que ganarse también a ella, para que no pasara por lo mismo.**
- Cuarta sesión: Se trabajó en que es lo que ella, buscaba en su pareja y que está dispuesta a dar, para que su relación funcionara de nuevo, **la intervención fue un devolución de las cosas donde se contradecía además de una clarificación de la situación, mencionando al final de la sesión que se siente mejor y con ánimos de arreglar las cosas.**



- QUITA SESIÓN: Hablo con su pareja, lo van a intentar de nuevo, **la intervención fue una recapitulación de los eventos y una devolución de sus logros, al final dijo sentirse una mujer diferente, y le va poner todas las ganas para que su relación funcione.**
- Sexta sesión: **Se trabajó el cierre, sobre que avances hubo y a qué resultados se llegaron.**

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 7 atendido con TCSP.

Nombre del Usuario: Rita.*

Edad: 34 años.

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada.

Ocupación: Empleada.

Nivel máximo de escolaridad: Carrara Técnica.

Motivo de Consulta: Problemas con su hijo, ya que se escapó de la casa.

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que su papá se llevó a su hijo a Querétaro, ya que el niño, no quiere estar con ella, le dice que ella no es su madre, que sus papás son sus abuelos, esta ultima vez, se salió de su casa y se fue a la terminal de autobuses para irse con los abuela, Rita se preocupó demasiado al no encontrarlo, hasta que lo localizo en la terminal, al llegar por él, la policía le pregunto a su hijo, porque lo había hecho refirió que quisiera a su mamá en la cárcel, que para él no existe, Rita se siente muy mal, no sabe qué hacer, se encuentra desesperada, se brindó contención emocional, además se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, ***la intervención fue un reencuadre de la problemática, se le menciona que si ya había intentado todo, cuál era la mejor solución para que ya no sucedieran este tipo de situaciones, a lo que Rita lleo a que era mejor que su hijo se fuera, y la responsabilidad del niño sería completamente de los abuelos, que ella no se haría carga para nada de su hijo, si eso es lo que él deseaba, que le dolía demasiado, pero era lo mejor para ambos.***
- Segunda sesión: No llamo.

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 8 atendido con TCSP.

Nombre del Usuario: Juana*

Edad: 59 años.

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Casada

Ocupación: Jubilada.

Nivel máximo de escolaridad: Técnica en enfermería.

Motivo de Consulta: Se va a divorciar, se siente mal por dejar a su esposo.

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que se siente triste por dejar a su marido, se va a quedar sola, sin nadie con quien pasar el resto de su vida, pero lo tiene que dejar por que la agredía física y psicológicamente, se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, **la intervención fue prescripción del síntoma, dejar que el recuerdo llegue, pensarlo y sentirlo, el primer día 10 min, en todo el día, después ir aumentando el tiempo hasta llegar a 1hrs, al día para pensar en eso solamente, además planear que va a hacer ahora que tendrá mucho tiempo para sí.**
- Segunda sesión: Se retomaron las tareas, la primera de ellas, solo pudo llegar a los 40 min, después le pareció una pérdida de tiempo, estar pensando en lo mismo, y mejor decidió que quería tener más tiempo para realizar actividades que le gustan hacer, como manualidades, hacer deporte, salir con sus amigas, **la intervención fue una reestructuración cognitiva de la situación, además se le dejo que eligiera una de las actividades y la pusiera en práctica.**
- Tercera sesión: Se siente mucho mejor, ya no piensa en su marido, está concentrada en sus actividades, salió con sus amigas y ellas le sugirieron aún más actividades por hacer **la intervención fue una reforzamiento positivo de la situación, y menciono que ahora quiere sentirse bien con ella.**
- Cuarta sesión: Ahora ya va a clases de fotografía, menciona sentirse muy bien, sigue el proceso legal, vio a su aun marido y ya no sitio nada por él, quiere seguir hacia adelante con su vida, **la intervención fue un reforzamiento positivo de la situación, dando como resultado que ya no tenía ningún problema.**
- Quinta sesión: **Se trabajó el cierre, sobre que avances hubo y a qué resultados se llegaron.**

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 9 atendido con TCSP.

Nombre del Usuario: Leslie*

Edad: 55 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Divorciada.

Ocupación: Jubilada.

Nivel máximo de escolaridad: Carrera técnica.

Motivo de Consulta: Perdió a su pareja hace 8 meses, pero aun lo sigue extrañando.

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada, fue que perdió a su pareja hace 8 meses debido a un cáncer, pero desde ese momento lo sigue extrañando, le habla cuando está en su casa, como si siguiera vivo, le platica lo que hizo en el día, pero últimamente se siente muy mal, porque fue a clases de baile, donde le asignaron una pareja, pero ella sintió que engañaba a su pareja difunta y eso la hizo sentir muy mal, se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, **la intervención fue un reencuadre de la situación, cada vez que fuera a su clase de baile, le pidiera permiso a su "pareja" para que la dejara que la dejara ir a bailar.**
- Segunda sesión: Se revisó la tarea encomendada, a la 3ra vez que realizó el ejercicio, dijo sentirse muy tonta realizando la tarea debido a que su pareja ya no está y no tiene caso pedirle permiso, **la intervención fue una reestructuración cognitiva del evento, después de esto menciono sentirse bien con ánimos de hacer algo por ella, se dejó de tarea que le gustaría hacer ahora que se siente bien.**
- Tercera sesión: Menciona que ahora tiene una visión muy diferente de la vida, la situación que ante le preocupaba ahora ya no tiene importancia, y ahora está saliendo con su pareja de baile, **intervención fue un reforzamiento positivo de la situación, dando como resultado que ya no tenía ningún problema.**
- Cuarta sesión **Se trabajó el cierre, sobre que avances hubo y a qué resultados se llegaron.**

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.



Caso 10 atendido con TCSP.

Nombre del Usuario: Diego.

Edad: 23 años.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Soltero.

Ocupación: Estudiante.

Nivel máximo de escolaridad: Licenciatura.

Motivo de consulta: Ataques de ansiedad.

Acciones efectuadas (Intervención).

- Primera sesión: El motivo de la llamada, fue porque tiene constantes ataques de ansiedad, cuando las cosas no salen como él quiere, así mismo no puede entablar una conversación con las mujeres de su salón, se pone muy nervioso y eso lo hace alejarse de las personas, se sondearon las soluciones que se han intentado, para no hacer más de lo mismo, **la intervención fue prescripción del síntoma, cada día iba a tener 15 minutos para ponerse lo más ansioso que pueda, en algún lugar donde se sintiera cómodo, solo en eso momento se podía poner ansioso, después se le pidió que hiciera un speech de como hablaría con una chica de su salón.**
- Segunda sesión: Dijo sentirse un poco menos ansioso, pero que aún sentía que perdería el control de la situación, y eso lo hacía sentirse incomodo con sus compañeros de clase, **la intervención fue prescribir el síntoma ya que se le dejo que aumentara el tiempo a 25 min por día.**
- Tercera Sesión: Bajo el nivel de ansiedad, sin embargo ya puedo tener una conversación con una de sus compañeras por unos minutos, **intervención fue un reforzamiento positivo de la situación, así como descripción del síntoma, donde se le dejo platicara con su compañera por lo menos 1 vez al día, y si se sentía nervioso, se lo hiciera saber.**
- Cuarta sesión: Pudo platicar con su compañera, cuando sentía que entraba en ansiedad, le comento que estaba nervioso, y esa sensación desapareció, **la intervención fue un reforzamiento positivo de la situación** ahora se siente más seguro al hablar.
- Quinta sesión: Ya casi no tiene ataques de ansiedad, los puede controlar, se siente mucho mejor, ahora ya puede platicar con sus compañeros, aun le cuesta trabajo pero lo puede hacer, **intervención fue un reforzamiento positivo de la situación**
- Sexta sesión: **Se trabajó el cierre, sobre que avances hubo y a qué resultados se llegaron.**

*Se cambió el nombre del usuario por confidencialidad.

5.1.- Resultados.

Se atendieron a 10 usuarios del Call Center UNAM, con el modelo terapia breve centrada en solución de problemas y los resultados fueron los siguientes:

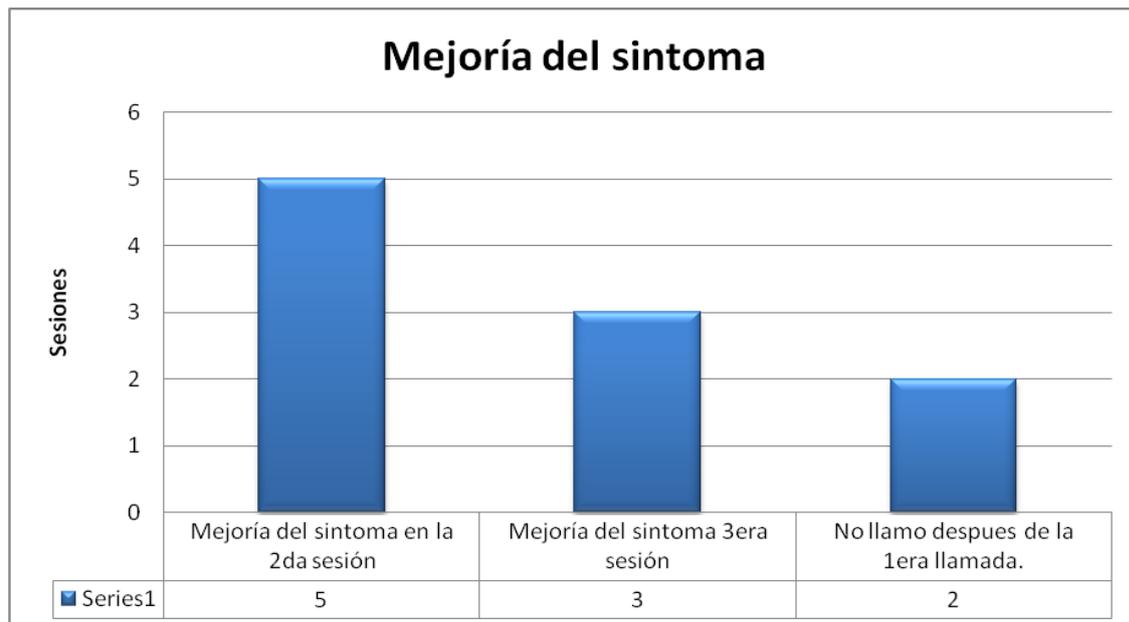


Figura 3. Muestra el porcentaje de mejoría de los usuarios atendidos con Terapia Breve Centrada en Solución de Problemas (TBCSP), en el Call Center UNAM.

De las 10 personas atendidas con el modelo TBCSP, en 5 de ellas hubo una mejoría significativa, del motivo principal presentado en la primera sesión, hasta casi extinguirse, por completo, a su vez 3 personas tuvieron esa mejoría en la 3ra sesión, mientras que 2 personas ya no llamaron después de la primera llamada.

Estos resultados muestran la eficacia de este modelo de psicoterapia breve, ya que, al solucionar el motivo de llamada de una manera eficiente, se pudo atender de una manera más pronta y en un menor número de sesiones.

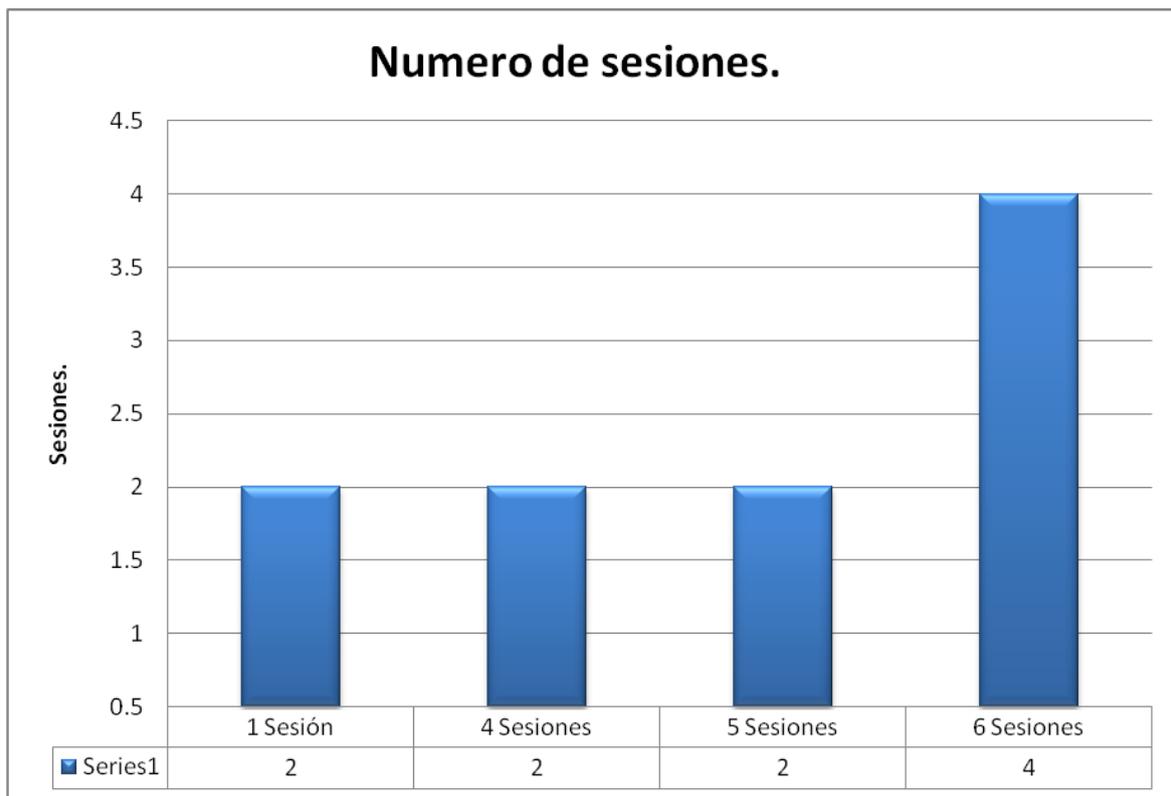


Figura 4. Muestra el número de sesiones de los usuarios.

En cuanto a las sesiones promedio de las personas atendidas, se redujo en 4 sesiones en 2 personas, mientras que para otras 2 fueron solo 5 sesiones, 6 sesiones tuvieron 4 persona y las ultimas 2 solo 1 sesión, debido a que ya no hubo seguimiento alguno.

Estos resultados muestra la eficacia de este modelo, vía telefónica, ya que se redujo el síntoma principal en máximo la 3ra sesión, dando como resultado que las sesiones se redujeron en tiempo, hasta con solo tener 4 sesiones, para que los usuario ya no requirieran, más atención.

La aplicación de este modelo de terapia breve, en el Call Center UNAM, deja buenos resultados ya que un promedio de 3 sesiones, son las suficientes para que los usuarios, eliminen o reduzcan el síntoma que manifestaban como motivo de llamada y 6 sesiones para terminar con la intervención, con una efectividad del 80% en los usuarios.

En comparación con el grupo control, esta aplicación tuvo mayor éxito, dado que 8 de los 10 usuarios, terminaron el tratamiento y así su problemática, mientras



que el grupo control, solo 5 terminaron su tratamiento y los otros 5 no volvieron a llamar.

En cuanto a las sesiones promedio para terminar el procedimiento, en el grupo control fue de 7 sesiones, mientras que en la aplicación de este modelo, fueron solo 4 sesiones en promedio, para dar por terminado el tratamiento.

Estos datos arrojan que la aplicación del TBCSP, resulto más efectivo y eficaz, para el alivio de los síntomas de los usuarios, dando como resultado menor número de sesiones, y una afectividad del 80% en relación a los usuarios que no fueron atendidos con este modelo.



5.2.-Discusión.

Tal como se mencionó el Call Center UNAM de la Facultad de Psicología, es un programa que brinda atención psicológica a la población en general, allí se utiliza el modelo de psicoterapia breve y de emergencias, se atienden a las personas vía telefónica, cada llamada tiene una duración aproximada de 30 a 45 minutos, y el seguimiento de los casos es de 6-8 llamadas por usuario.

Se utilizó la metodología de Nardone y Watzlawick (1990) adaptándola para su aplicación vía telefónica en el Call Center UNAM, donde la parte fundamental de este modelo es:

La definición del problema del usuario, para esto se recaba la mayor información posible, desde la primera sesión el terapeuta debe centrarse en el problema basándose en la escucha de la persona y de la explicación que ella hace de su problemática del modo más claro y definido posible, para poder tener una muy buena imagen de que es lo que ocurre con el problema y como se podría intervenir.

Ya que una vez conseguida una imagen más amplia y clara posible del problema, resulta más fácil encontrar una solución más rápida y eficaz. (Nardone y Watzlawick, 1990)

El objetivo de esta psicoterapia es enfocarse y seleccionar los síntomas principales y su causa; dentro de un marco de referencia, que el usuario menciona, para después proveer la conceptualización más certera y orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes, para la problemática que presenta. (Nardone y Watzlawick, 2012)

Es decir en esta investigación se trabajó con lo que los usuarios traen consigo a terapia, es aquí donde el psicólogo, acepta esta realidad del usuario y trabaja con ella para encontrar una solución, la cual consiste en conseguir que un problema desaparezca en lugar de hacer un esfuerzo de superarlo, sin embargo también se ofrecen alternativas partiendo de que no se puede dejar de hacer algo sin intentar otra cosa. (Fisch y Schlinger 2002).



La aplicación de este modelo, vía telefónica cumple con los objetivos planteados por Bellak y Siegel (1992); Slaikeu, (1996) ya que como se puede observar en las viñetas clínicas los objetivos son muy bien definidos a corto plazo, con expectativas realistas; además la intervención fue dirigida a reducir síntomas y estabilizar la situación psicológica de la persona, con procedimientos simples y bien orientados.

Dado las características del servicio, la población presenta dos particularidades, la primera es que algunas personas que utilizan el servicio, tienen muy presente su problemática, por lo que requieren de intervenciones prontas y eficientes, que puedan ayudar a solventar su queja.

Otra parte de la población, tienen un motivo de llamada muy fluctuante, es decir en el momento de la entrevista inicial, comentan cerca de 5 problemáticas, las cuales quisieran atender al mismo tiempo, esto complica el actuar de los psicólogos, ya que no hay una certeza por parte del usuario, sobre su motivo principal de consulta.

Lo encontrado en la investigación, fue que este modelo de psicoterapia, resulto igual de efectivo para ambas poblaciones, siendo la única dificultad que a algunos de los usuarios les costó trabajo aceptar las prescripciones que se les encomendaban, ya que para ellos estaban fuera de su lógica por ejemplo:

“No sé si pueda realizarlo” “Suenan muy complicado hacerlo”

Como consecuencia a la gente parece costarle cambiar su percepción en relación al problema, lo que lleva a que no se den cuenta de que están repitiendo lo mismo una y otra vez dado que lo único que varía es la forma de la solución (Nardone y Watzlawick, 2012).

En este modelo es preciso utilizar estrategias “directivas” como en muchos de los procedimientos descritos en el presente trabajo, ya que son necesarias dado que su finalidad es obtener lo más rápidamente posible la solución de los problemas del usuario, en otras palabras, su bienestar.



Las estrategias que se utilizaron estaban encaminadas a evitar la resistencia del usuario al cambio, para llevarlo a sentirse mejor debido a lo que se busca es lograr una supresión del síntoma, en base a una psicoterapia directiva, ya que el tiempo es corto, es por esto que las capacidades del terapeuta deben estar encaminadas a percibir toda la comunicación significativa, que el usuario trae consigo.

Los resultados obtenidos en esta investigación son similares con lo encontrado en la aplicación de este modelo en De Shazer (1996) ya que se obtuvo una mejor acción terapéutica esto se ve los resultados se vieron reflejados en los usuarios en la segunda sesión: se había disminuido el síntoma o se había terminado la problemática que presentaban.

Lo cual demuestra que la aplicación de este modelo, redujo el síntoma, debido a que fue resuelto o disminuido en máximo 3 sesiones, como lo encontrado por Watzlawick, Nardone y De Shazer (1996), ya que refieren que este modelo reduce el síntoma desde las primeras sesiones, a menudo tras la primera sesión.

Por lo que se refiere a eficiencia, el número de sesiones necesario para obtener la solución de los problemas presentados por el usuario desciende a 5-6 sesiones de duración media de tratamiento. (De Shazer, 1996)

En esta investigación, fueron necesarias de 4-6 sesiones en promedio para dar por terminado el tratamiento, lo encontrado fue que es solo se requiere un pequeño cambio, solo es necesario un objetivo mínimo y razonable; un cambio en la conducta de la persona, que puede llevar a profundas diferencias de largo alcance en la conducta de todas las personas involucradas. Nardone y Watzlawick (2012)

Estos resultados similares son gratificantes para el Call center, ya que los usuarios, manifestaron que su problemática dejó de ser serlo, o se disminuyó a un grado tal que ya no les parecía un problema, para su vida diaria, por lo tanto se puede sugerir que el modelo TBCSP, es una opción eficaz para utilizar en este programa.



En relación al éxito de este modelo De Shazer (1996) señalar un 83% de efectividad en su estudio, mientras que lo encontrado en éste, fue de 80%, de los casos

Debido a que 2 personas no marcaron después de la primera llamada, esto se pudo deber a múltiples factores lo cuales no se conocen, como si se resolvió su problemática durante la primera llamada y no tenían necesidad de volver a marcar, o tuvieron algún percance que ya no les permitió marcar después.

Sin embargo se pueden contemplar que dentro de las sugerencias podrían estar, el realizar un muy buen rapport con los usuarios, y así generar una buena adherencia terapéutica, además de preguntar a los usuarios, si después de su primera llamada han terminado, con su problemática.

Podríamos concluir que este estudio, este modelo cumplió con el objetivo del Call Center UNAM, el cuál es la resolución inmediata de las crisis individuales para el restablecimiento del funcionamiento del usuario antes, durante y después del evento crítico.

Además no hubo ningún inconveniente en su aplicación vía telefónica, esto se demuestra en la comparación de los datos obtenidos en diversas formas de psicoterapia, aplicados en el Call Center UNAM, debido a que se muestra que hay un mejor desempeño por parte de la TBCSP, ya que 8 de los 10 usuarios, terminaron el tratamiento y así su problemática; mientras que los usuarios atendidos con Terapia Breve y de Emergencias, solo 5 terminaron su tratamiento y los otros 5 no volvieron a llamar.

Es por esto que se llega a la conclusión de que este modelo tiene una mayor eficacia para resolver efectivamente y con menores costos, la mayoría de los problemas de los usuarios, además muestra resultados significativos por lo que refiere a la eficacia general del modelo TBCSP adaptado y utilizado en el Call Center UNAM.



5.3.-Conclusión.

En el presente estudio se observó la adaptación del modelo de TBCSP vía telefónica, en 10 usuarios en el Call Center UNAM, dando como resultado un promedio de 4-6 sesiones para terminar con la problemática de los usuarios, y una reducción del síntoma en un máximo de la 3ra sesión, así mismo se tuvo una efectividad de 80% de casos de éxito.

Este modelo de tratamiento sirvió para las 2 poblaciones, que actualmente llaman al Call Center UNAM, con buenos resultados, tanto para las personas que conocen su problemática, como para las que tiene bastantes motivos de llamada.

Si bien es cierto que se cumplieron los objetivos de esta investigación una quedan muchas preguntas por responder, es una muy buen aproximación de este modelo vía telefónica pero habría que seguir con este investigación para determinar si es viable para más personas, con diferentes problemática a las aquí mostradas,

Sería muy aventurado tratar de generalizarlo, es por esto que se propone ampliar la investigación, para demostrar de una manera más contundente la efectividad de esta terapia vía telefónica.

Sin embargo esta investigación ofrece un acercamiento de la terapia Breve Centrada en Solución de Problemas como una buena alternativa de tratamiento dentro del programa.

Dentro de las sugerencias se podría plantear que se requiere estudiar las variables que puedan afectar la intervención como:

- Los usuarios ya no marcan después de la primera llamada.
- Que las prescripciones no sean muy bien recibidas por los usuarios.
- Tener un mejor entrenamiento en este modelo de intervención psicológica.

Por último sería conveniente que se lleve a cabo un seguimiento de la aplicación de este modelo, con un mayor número de usuarios atendidos, para poder tener datos contundentes, para ayudar a refutar lo encontrado en esta investigación.



Anexos.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario.	Salvador
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León
Fecha.	4/marzo/2014
Edad	19 años
Escolaridad.	Bachillerato
Ocupación	Desempleado
Hora de inicio y de término.	1:32 p.m.- 2:10 p.m.
Delegación de Procedencia o Municipio.	Tlalpan
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Casa
¿Cómo se enteró del Servicio?	Un amigo le dio el número.

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Se siente deprimido no tiene ganas de hacer nada, dice ser un “huevo”, desde que salió de la prepa no se siente bien, ha buscado trabajo pero no encuentra ninguno.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

Se obliga hacer lo que le pide su mamá, que haga en su casa, sale al parque, escucha música, va con sus amigos, ha buscado trabajo, pero no hay ninguno, no tiene ni ganas de



hablar, está marcando porque se lo pidió su mamá.

3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.
- Valores.
- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.

Menciona ser un “huevo”, le da flojera hacer las cosas, no se quiere levantar de su cama, dice “el problema es mío”, pero no sea cuál sea la problemática.

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Quiere ver el lado positivo de las cosas, pero le cuesta mucho trabajo, no tiene ganas ni de salir de su cuarto, pero saber que tiene que hacerlo, porque quiere seguir estudiando.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

Como la situación es que no tiene ganas de hacer nada, la intervención es la siguiente: la intervención fue la siguiente, el uso de una paradoja, la cual sería la siguiente se vería al espejo y se diría “no puedo hacer nada más, soy un gran bebé”.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

Se le dejó hacer una lista de las cosas que les gustaría hacer y las que ha hecho.

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario.	Lurdes.
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León.
Fecha.	10/3/2014
Edad	19 años
Escolaridad.	Licenciatura.
Ocupación	Estudiante.
Hora de inicio y de término.	3:10 p.m.- 4:00
Delegación de Procedencia o Municipio.	Gustavo A. Madero.
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Casa
¿Cómo se enteró del Servicio?	Por internet.

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Se siente triste, dice estar deprimida, sufrió bullying en la preparatoria, dice odiarse, ya no quiere seguir llorando, ya que ahora está en la universidad y quiere salir adelante, pero no deja de llorar, y debido a eso no puede concentrarse y hacer el trabajo que le dejan.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

Se ha alejado de los demás, dejo de comer, se ha cambio de escuela, ahora se la pasa estudiando, su familia la apoya, pero no es suficiente, y no tiene amigos en la facultad.

3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.
- Valores.
- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.

Se siente menos que los demás, ya que no se considera una mujer delgada y atractiva,



como las demás, sabe que vale mucho pero no lo cree.

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Quiero dejar de sentirme triste, para poder llevar una “vida normal”, dejar de llorar, ya que eso me detiene a la hora de querer hacer las cosas.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

La intervención fue provocar el síntoma, la indicación fue la siguiente, se le dijo que estaba bien sentirse triste, que si tenía ganas de llorar, llorara, pero empezando con 10 minutos al día, cada día iba a aumentar 10 min hasta llegar a 1 hr al día, sin parar.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

Se le dejo que pensara como le gustaría que fueran las cosas, actuar como si un día no se sintiera triste ni nada, y hacer una memoria de ello.

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario.	José.
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León.
Fecha.	12/3/2014
Edad	18 años.
Escolaridad.	Licenciatura.
Ocupación	Estudiante
Hora de inicio y de término.	3:46 p.m. 4:15 p.m.
Delegación de Procedencia o Municipio.	Xochimilco.
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Casa.
¿Cómo se enteró del Servicio?	Por su papá, le dio un flyer.

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Habla por que tiene problemas con sus padres, debido a su consumo de marihuana, sus papas tiene miedo de que vaya a dejar la escuela, pero él está muy seguro de que no será así, y que solo la fuma pro que le gusta pero que la tiene bajo control.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

Sus papas no lo dejan salir de la casa, por miedo a que vaya a fumar marihuana, y cuando puede salir le marcan cada 30 minutos, para saber cómo esta y con quien; el ya no ha fumado nada desde hace un mes, y dice que no es muy seguido que lo hace.

3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.



- Valores.
- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.

Menciona tener el control, sobre su consumo, que solo lo usa como recreación, y que eso no le afectará con su carrera en el canotaje, pues sabe cuánto tiempo tarde el cuerpo en deshacerse de la sustancia y sabe cuándo serán los exámenes antidoping en canotaje.

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Que sus padres dejen de molestarlo, acerca del consumo de droga, ya que lo tiene muy controlado.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

La intervención fue una prescripción directa, se le pidió que actuara como si estuviera drogado, cuando estuviera enfrente de sus padres, y que viera cual era la reacción de ellos.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

Así mismo se le dejó realizar un proyecto de vida, acerca de cómo va a llevar su consumo de marihuana y su carrera en el canotaje

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario.	Carlos
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León.
Fecha.	30/01/2014
Edad	21 años
Escolaridad.	Bachillerato trunco.
Ocupación	Desempleado.
Hora de inicio y de término.	12:05 p.m. 12:50 p.m.
Delegación de Procedencia o Municipio.	Gustavo A. Madero.
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Casa
¿Cómo se enteró del Servicio?	Internet.

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Quiere poder llevarse mejor con su mamá, ya últimamente ha tenido muchos problemas con ella, dice que quiere llevar una relación más tranquila sin tantas peleas.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

Respirar profundamente, Desquitarse después de una pelea con una almohada, no hablar con ella, salir a dar una vuelta para despejarse.

3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.
- Valores.



- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.

Quiere darle la vuelta a su mamá, ser más inteligente, piensa que el problema es de los 2, su mamá por no hacerle caso y el por dejar las cosas al último.

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Tratar de entender a su mamá, que ya no haya peleas.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

La intervención fue provocar el síntoma, iba a pelear con su mamá, al menos 10 veces al día, por cualquier situación, y enojarse cada vez más con ella.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

Así mismo se le dejó pensar acerca de cómo se vería en 3 años de estar peleando diario con su mamá.

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario	Armando
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León.
Fecha.	7/10/2014
Edad	70 años
Escolaridad.	Licenciatura
Ocupación	Contador
Hora de inicio y de término.	11:15 a.m. 12:06 p.m.
Delegación de Procedencia o Municipio.	Netzahualcóyotl
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Oficina.
¿Cómo se enteró del Servicio?	Internet.

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Tiene pensamiento rumiantes, acerca de su amante, ya que lo abandono, porque ella inicio una relación con otra persona y ya no puede verlos, además está enojado porque le había pedido tener un hijo con ella, pero no quiso; y ahora con esta nueva persona ya está embarazada, y eso para él fue lo que más le está doliendo. Aunado a esta comienza a tener problemas con su familia, porque le pregunta por qué esta tan extraño.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

No pensar en ella, trabajar, distraerse, no llamarla, no verla, no enviarle mails, ni mensajes, en pocas palabras, bórrala de su vida.



3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.
- Valores.
- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.

“Ella es una mala persona, se atrevió a dejarme”, si ella lo engaña está mal, pero si él lo hace nos hay problema, el sí puede tener una familia aparte, pero ella no, “no tenía por qué irse si tenía todo conmigo.”

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Perderle el cariño, seguir siendo amigos, dejarla de extrañarla.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

La intervención provocar el síntoma, se le pidió que no dejara de pensar en ella al contrario, que pensara en ella 15 minutos al día, solo en eso 15 minutos, podía pensar en ella, pero en todo el día, no lo hiciera, cada día le iría aumentando 15 min, hasta llegar a 1hrs,al día.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

No había la necesidad de dejar de pensar en ella, ya que era lo más importante en su vida, así mismo tenía que hacer un nuevo plan de vida, como recuperaría a su familia.

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario.	Alejandra.
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León.
Fecha.	24/02/14
Edad	23 años.
Escolaridad.	Bachillerato trunco.
Ocupación	Empleada.
Hora de inicio y de término.	11:30 a.m. 12:20 p.m.
Delegación de Procedencia o Municipio.	Tláhuac.
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Casa
¿Cómo se enteró del Servicio?	Internet

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Se siente mal, porque su pareja se enteró que le fue infiel, dice sentirse un “puta”, no quiere perder a su pareja. Toda su vida ha engañado a sus parejas, pero esta vez, si le duele el haberlo hecho, ya que lastimo a su esposo.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

Ha tratado de cambiar, pero nunca lo consigue, siempre fracasa se siente sola, por eso busca a alguien la quiera.

3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.
- Valores.



- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.

No sabe por qué lo hace, no quería lastimarlo, pero la otra persona la hizo sentirse “querida”, se sentía muy bien, por eso tuvo esa relación.

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Quiero sentirme bien, dejar de ser una “puta”, ganarme la confianza de mi esposo.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

La intervención fue el uso de una paradoja, que durante esta semana, se viera al espejo y se dijera “quiero a mi pareja, pero aun así busco a otras personas para sentirme bien.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

Al igual se le dejó que pusiera una lista de los pros y los contras de tener un amante.

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario	Rita
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León.
Fecha.	28/10/14.
Edad	34 años.
Escolaridad.	Carrera técnica.
Ocupación	Trabajadora Social
Hora de inicio y de término.	11:24 a.m. 12:30 p.m.
Delegación de Procedencia o Municipio.	Huixquilucan
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Casa
¿Cómo se enteró del Servicio?	Internet

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Su papá se llevó a su hijo al Querétaro, debido a que el niño menciona que sus abuelos son sus papás, ya que cuidaron de él desde que tenía 4 años, ahora su hijo se fugó de su casa para irse con ellos, lo encontraron en la terminal de autobuses, listo para ir a casa de los abuelos.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

Ha hablado con su hijo, lo ha regañado, lo ha castigado, le ha pegado, pero ya no hay nada más que pueda hacer con él.

3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.



- Valores.
- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.

Es mi hijo que este aquí, o debe de estar conmigo, yo soy su madre, mis papas están mal, al querer quitármelo, ellos están mal, lo quiero aquí de regreso.

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Establecer límites, quitar restricciones.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

La intervención fue el uso de una paradoja, que durante esta semana, se viera al espejo y se dijera “quiero a mi pareja, pero aun así busco a otras personas para sentirme bien”.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

Se le dejo que pusiera una lista de los pros y los contras de tener un amante.

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario.	Martha
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León.
Fecha.	24/11/2014.
Edad	59 años.
Escolaridad.	Técnica.
Ocupación	Jubilada.
Hora de inicio y de término.	3:40 p.m. 4:50p.m.
Delegación de Procedencia o Municipio.	Ecatepec.
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Casa.
¿Cómo se enteró del Servicio?	Internet.

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Está en proceso de divorcio y se siente mal, ya que no sabe si dejar a su marido o no, tiene remordimiento por haber metido la demanda, ya que se va a quedar sola, sin nadie con quien pasar el resto de su vida, pero lo hizo porque ella había agresión física.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

No pensar en su esposo, no estar en su casa, sus amigas le dicen que lo deje, pero ella no está segura en dejarlo, ya que un siente algo por él.

3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.



- Valores.
- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.

Tiene 59 años, cree que no va encontrara a otra persona, con la cual pueda pasar el resto de su vida, no lo quiere dejar, a pesar de la violencia física por la cual ha pasado.

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Dejarlo, sentirse bien, no preocuparse, que le deje de doler.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

La intervención fue provocar el síntoma, dejar que el recuerdo llegue, pensarlo y sentirlo, el primer día 10 min, en todo el día, después ir aumentando el tiempo hasta llegar a 1hrs, al día para pensar en eso solamente.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

Además planear que va a hacer ahora que tendrá mucho tiempo para sí.

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario.	Angélica.
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León.
Fecha.	5/11/2015.
Edad	55 años.
Escolaridad.	Carrera técnica.
Ocupación	Jubilada.
Hora de inicio y de término.	2:40 p.m. 3:30p.m.
Delegación de Procedencia o Municipio.	Cuauhtémoc.
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Casa
¿Cómo se enteró del Servicio?	Amiga.

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Perdió a su pareja, se siente muy triste, no puede dejar de llorar, es lo que más quiere dejar de hacer, ya que no le gusta sentirse mal.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

Ha intentado salir de su casa, distraerse, no pensar en su esposo, dormir en casa de un familiar, irse con su hermana.

3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.
- Valores.
- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.



La culpa de esto la tiene su pareja por dejarla sola, ahora ella tiene que lidiar con estos sentimientos y no le gusta llorar.

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Dejar de llorar, porque no le gusta, además quiere estar bien con ella.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

La intervención fue un Reencuadre de la situación, cada vez que fuera a su clase de baile, le pidiera permiso a su “pareja” para que la dejara que la dejara ir a bailar.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

Ninguna.

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Formato de registro de llamadas en terapia breve centrada en solución de problemas.

Nombre del Usuario.	Diego.
Nombre del Terapeuta.	Francisco Martínez León.
Fecha.	13/10/14
Edad	23 años.
Escolaridad.	Licenciatura.
Ocupación	Estudiante.
Hora de inicio y de término.	12:50 p.m.- 1:30 p.m.
Delegación de Procedencia o Municipio.	Iztapalapa.
Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.).	Casa.
¿Cómo se enteró del Servicio?	Poster en su Facultad.

Intervención de terapia centrada en soluciones.

1. ¿Cuál es el problema o queja?

- Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- Describirlo en una frase.
- Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas).
- Pedir ejemplos.

Tiene crisis de ansiedad, no puede terminar los proyectos, por tratar de controlar la ansiedad.

2. Intentos de solución.

- Cosas que el usuario u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan).
- Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase.

Parase, detenerse, guardar la calma, y pensar en otras cosas.

3. Postura del usuario.

- Marco de referencia.
- Valores.
- Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta.
-



En los lugares que pasa más frecuentes, como en su escuela, casa, cuando hay gente, el ruido, no le gusta tanta gente.

4. Definición de metas / objetivos de la terapia.

- Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

Controlar la ansiedad, método de sistematización en sus estudios.

5. Estrategia terapéutica para el cambio.

- Giro de 180° de la temática principal del cliente.
- Lo que se debe evitar.

La intervención fue provocar el síntoma, cada día iba a tener 15 minutos para ponerse lo más ansioso que pueda, en algún lugar donde se sintiera cómodo, solo en eso momento se podía poner ansioso.

6. Tarea específica

- Lo que más fácil se incorpora a la rutina del usuario.
- Sugerencia más sencilla que le podemos dar.
- Cosa que dicha o hecha por el usuario representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

Después se le pidió que hiciera un speech de como hablaría con una chica de su salón.

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



Bibliografía.

- Ψ Álvarez, J. (2011). *Reporte del programa de intervención en crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM: una propuesta de atención psicosocial*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Ψ Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Editorial. El manual moderno. México.
- Ψ Bellak, L. y Small L. (1970). *Psicoterapia breve y de emergencia*. Editorial. El manual moderno. México.
- Ψ Cortés, J. (1997). *Propuesta de intervención en crisis hospitalaria*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Ψ De Shazer, S. (1991) *Claves para la Solución en Terapia breve*. Editorial. Paidós Ibérica. España.
- Ψ De Shazer, S. (1996) *Claves en psicoterapia*. Editorial. Gedisa. Barcelona.
- Ψ De Shazer, S. (2003) *En su origen las palabras eran magia*. Editorial. Paidós. Buenos Aires.
- Ψ Díaz, N. (2010). Modelo para la formación de profesionales de la psicología en la atención de la violencia de género contra las mujeres en la pareja. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ψ Espinoza, M. (2004) *El modelo de Terapia Breve: Con enfoque en problemas y en soluciones en: L. Eguiluz (Comp.) Terapia familiar: Su uso hoy en día*. Editorial. Páx. México.
- Ψ Farré L, Hernández, B. (1992) *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*.



- Ψ Fera, I. y Rivera I. (1994). *Sistema de apoyo psicológico por teléfono: una alternativa para la intervención en crisis*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Ψ Flegenheimer, W. (1988). *Técnicas de psicoterapia breve*. Raffaello Cortina. Italia.
- Ψ Fish, R. Weakland, J. (2002). *Cambiando lo incambiable*. Editorial. Herder. España.
- Ψ Fish, R. Weakland, J. Y Segal, L. (1994), *La táctica del cambio*. Editorial. Herder. España.
- Ψ Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía: Caminos inusuales para modificar la conducta*. Editorial. Amorrortu. Buenos Aires.
- Ψ Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Editorial. Paidós. Barcelona.
- Ψ Ludewing, K. (2010) *Bases teóricas de la terapia sistémica*. Editorial. Herder. México.
- Ψ Nardone G. (2008) *La mirada del corazón: aforismos terapéuticos*. Editorial. Paidós. Barcelona.
- Ψ Nardone, G. (1998). *Psicosoluciones*. Herder. Barcelona.
- Ψ Nardone G., Portelli C. (2005) *Conocer A Través del Cambio*. Editorial. Herder, Barcelona, España
- Ψ Nardone G, Salvini A. (2006) *El diálogo estratégico. Comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*. Editorial. Integral. Barcelona.



- Ψ Nardone, G. Watzlawick, JH. (2012). *Terapia breve: Filosofía y arte*. Editorial. Herder. Barcelona.
- Ψ Nardone, G. Watzlawick, JH. (1990). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Editorial Herder. Barcelona.
- Ψ Slaikeu, K. (1996) *Intervención en Crisis*. Editorial. El Manual Moderno. México.
- Ψ Slaikeu, K. (1996) *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. Editorial. El manual moderno. México.
- Ψ Small, L. (1978). *Psicoterapias breves*. Barcelona. España.
- Ψ Sullivan, E (2000). *Personas en crisis*. Editorial. Pax. México
- Ψ Sullivan, D. y Everstine, L. (1992). *Personas en crisis*. México.
- Ψ Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. (1976) *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Editorial. Herder. Barcelona.
- Ψ Watzlawick P (1994) *Lenguaje del cambio*. Editorial. Herder. España.
- Ψ Wittezaele. J y García, T (1994). *La Escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las ideas*. Herder. Barcelona
- Ψ Zeig, J.K. y Guilligan, S.G. (1990) *Terapia Breve. Mitos, Métodos y metáforas. (comp.)*. Editorial. Amorroutu Editores. Buenos Aires.