



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**DEL MOTIVO DE CONSULTA A LOS FOCOS DE  
INTERVENCIÓN CLÍNICA EN EL TRABAJO  
TERAPÉUTICO DE PSICÓLOGOS EN  
FORMACIÓN**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**LIZBETH MÚJICA MANRIQUE**



**DIRECTOR DE TESIS**  
MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

Ciudad de México  
Marzo, 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.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**DEL MOTIVO DE CONSULTA A LOS FOCOS DE  
INTERVENCIÓN CLÍNICA EN EL TRABAJO  
TERAPÉUTICO DE PSICÓLOGOS EN  
FORMACIÓN**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**LIZBETH MÚJICA MANRIQUE**

**DIRECTOR**

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

**REVISOR**

DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

**SINODALES**

DRA. CORINA CUEVAS RENAUD

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA

MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ



Ciudad de México  
Marzo, 2016

*“No sólo éramos dichosos,  
sino también conscientes de serlo”*

*Rudyard Kipling*

## **Agradecimientos**

### *Académicos*

Gracias:

A la Mtra. Asunción Valenzuela por su tiempo, dedicación y paciencia para poder llevar a cabo este proyecto.

A la Dra. Corina Cuevas por orientarme en todas mis dudas e impulsarme para continuar con mi trabajo.

A Mtra. Dora Ma. Moreno-Bello por su motivación e inspiración para comenzar mi tesis.

A las profesoras: Mtra. Rosario Muñoz, Mtra. Beatriz Macouzet y la Dra. Amada Ampudia por sus comentarios que permitieron enriquecer y mejorar esta investigación.

Al equipo que conforma el CCAP “Los Volcanes” quienes fueron parte fundamental en mi formación como profesionista responsable y comprometida.

A los psicólogos que participaron en esta investigación, quienes a través de su trabajo clínico y su disposición pude llevar a cabo este trabajo.

### *Personales*

Gracias:

A mi padre, Andrés Mújica por ser mi principal formador quien me abrió horizontes no sólo desde los libros, sino desde los viajes.

A mi madre, Blanca Manrique por escucharme, darme el mejor consejo y enseñarme que soy una persona valiosa, amorosa y gozosa.

A mi hermano, Marcos Mújica que siempre está ahí para responder a mis preguntas, compartir conmigo un nuevo descubrimiento, explicarme cómo funciona el mundo o sólo para molestar.

# Índice

|  |    |
|--|----|
| Índice.....  | 5  |
| RESUMEN .....  | 8  |
| INTRODUCCIÓN.....  | 9  |
| MARCO TEÓRICO .....  | 12 |
| 1.-Salud mental y Psicología comunitaria .....                 | 12 |
| 1.1 ¿Qué es la salud Mental? .....                             | 12 |
| 1.2 La Salud Mental en México y el mundo. ....                 | 15 |
| 1.3 Psicología comunitaria y Salud mental comunitaria .....    | 17 |
| 1.3.1 Salud mental comunitaria. ....                           | 17 |
| 1.3.2 Psicología comunitaria. ....                             | 18 |
| 2.-Modelos de Intervención en el trabajo comunitario.....      | 20 |
| 2.1 Marco Clínico- Comunitario .....                           | 20 |
| 2.1.1 Prevención Primaria y el papel del psicólogo. ....       | 23 |
| 2.1.2 Prevención Secundaria y el papel del psicólogo .....     | 26 |
| 2.1.3 Prevención Terciaria y el papel del psicólogo.....       | 29 |
| 3.-Importancia de la atención en la clínica comunitaria.....   | 30 |
| 3.1 Evaluación clínica .....                                   | 30 |
| 3.1.1 La importancia de la evaluación .....                    | 31 |
| 3.1.2 Diagnóstico.....   | 32 |
| 3.2 Intervención, tratamiento o terapia .....                  | 33 |
| 3.2.1 Motivo de consulta y motivo de atención psicológica..... | 33 |
| 3.2.2 Intervención .....                                       | 34 |
| 3.2.3 Proceso de intervención .....                            | 34 |
| 3.2.4 Foco de intervención.....                                | 35 |
| 3.2.5 Enfoques de intervención .....                           | 36 |
| 3.3 Supervisión Clínica .....                                  | 39 |
| MÉTODO .....   | 41 |
| Justificación y planteamiento del problema.....                | 41 |
| Objetivo.....  | 42 |
| Objetivos Específicos.....                                     | 42 |
| Tipo de estudio .....  | 42 |

|  |    |
|--|----|
| Variables .....  | 43 |
| Muestra.....   | 45 |
| Sujetos.....   | 46 |
| Contexto y escenarios.....   | 47 |
| Proceso de admisión .....  | 48 |
| La población que acude al centro .....   | 49 |
| Instrumentos.....  | 50 |
| Estrategia o procedimiento .....   | 51 |
| RESULTADOS.....  | 52 |
| 1.- Característica de la población atendida. ....  | 52 |
| Edad .....   | 52 |
| Sexo .....   | 52 |
| Sexo y Edad .....  | 52 |
| Estado Civil .....   | 53 |
| Escolaridad .....  | 53 |
| Escolaridad y edad .....   | 53 |
| Procedencia.....   | 54 |
| Ocupación .....  | 55 |
| Ocupación y edad.....  | 55 |
| Ingreso de los pacientes por familia .....   | 55 |
| 2.- Motivo de consulta. ....   | 56 |
| Motivo de consulta por género .....  | 61 |
| Motivo de consulta de acuerdo grupo de edad y género.....                                      | 62 |
| 3.- El establecimiento de los focos de intervención clínica .....                              | 69 |
| Panorama general de los focos de intervención.....   | 70 |
| Relación entre focos de intervención y motivo de consulta.....                                 | 76 |
| 4.- Los principales enfoques de intervención y las técnicas e instrumentos de evaluación. .... | 78 |
| Técnicas e instrumentos utilizados por los psicólogos .....                                    | 79 |
| 5.- Análisis general del proceso de intervención clínica. ....                                 | 80 |
| Objetivo Clínico .....   | 80 |
| Área de intervención.....  | 80 |
| Tratamiento Anterior .....   | 81 |
| Duración del proceso de intervención.....  | 82 |



|  |     |
|--|-----|
| Entrevista/Evaluación .....  | 82  |
| Intervención .....   | 82  |
| Cierre.....  | 83  |
| Situación del proceso del paciente y logros.....   | 84  |
| Estado del expediente.....   | 84  |
| DISCUSIÓN .....  | 85  |
| Características de la población .....  | 87  |
| Motivo de consulta .....   | 88  |
| Focos de intervención y propuestas .....   | 90  |
| Enfoque, técnicas y proceso de intervención .....  | 92  |
| CONCLUSIÓN.....  | 96  |
| Referencias.....   | 98  |
| Anexos.....  | 107 |
| Anexo 1. Cuestionario semi-estructurado .....  | 107 |
| Anexo 2 Solicitud de admisión Adultos.....   | 109 |
| Anexo 3. Solicitud de admisión menores de edad.....  | 113 |
| Solicitud para padres .....  | 113 |
| Solicitud para menores de edad .....   | 118 |
| Anexo 4. Gráficas de los principales motivos de consulta de acuerdo al mes de ingreso y egreso del centro..... | 122 |

## RESUMEN

En México, la inversión en atención a la salud mental es en su mayoría destinada a los hospitales psiquiátricos, los cuales no son suficientes ante su alta demanda, además muy poco de este presupuesto se utiliza en la prevención. Es decir, existe poca investigación sobre lo que hace que en un primer momento que las personas acudan a solicitar ayuda psicológica. Asimismo la estadística que actualmente existe en la salud mental parece estar más enfocada en realizar inventarios sobre mobiliarios y estancias de las personas que son internadas por algún trastorno psiquiátrico.

Es importante conocer cuáles son las problemáticas en salud mental que afectan a una población y el tipo de intervención que está realizando el psicólogo clínico en cuanto a evaluación y tratamiento, dado que permitirá generar programas preventivos que incidan en la prestación de servicios de atención en la salud mental. El presente trabajo buscará responder ¿Qué relación existe entre los motivos de atención psicológica y el establecimiento de focos de intervención clínica que realizan psicólogos en formación en un Centro Comunitario de Atención Psicológica?

El objetivo central es conocer qué papel está jugando el psicólogo en formación en la intervención clínica comunitaria y la importancia de conocer cuál es la problemática que hace que las personas acudan a solicitar ayuda psicológica. Por lo cual, se realizó una revisión de expedientes y se aplicaron encuestas semi-estructuradas a psicólogos en formación sobre los pacientes que se atendieron durante el 2014 en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”. Este análisis arrojó información sobre las características sociodemográficas, el motivo de atención psicológica, el establecimiento de focos y el proceso de intervención clínica.

**Palabras clave: Foco de intervención, motivo de consulta, intervención comunitaria, formación profesional**

## INTRODUCCIÓN

La atención en la salud mental es un problema que cada día preocupa más a nivel mundial, ya que existe un aumento en el número de suicidios y de personas diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico (De la Fuente, 2012). Existen diversos factores que influyen en este aumento, aunque no se sabe con precisión es posible que una mayor conciencia y difusión sobre la salud mental lleve a más personas a buscar ayuda psicológica. Un factor que podría influir es el cambio en la dinámica demográfica, es decir la urbanización permite mayor alcance y atención sobre los problemas psicológicos y por lo tanto mayor afluencia.

Los factores sociales también influyen en la salud mental, como la estabilidad económica, educación, calidad de la convivencia social y la integración familiar, también, el empleo, la habitación, nutrición. (Secretaria de Salud citado en Fernández, Oliver & Hernández, 2012; Martín & Paz, s.f). Por otro lado Caplan (1999) menciona que en la salud mental influyen los accidentes, pobreza, enfermedades, fracaso escolar, entre otros. Estos factores tienen impacto a nivel físico y psicológico en la población y propician un aumento en la búsqueda de atención psicológica. Desde esta perspectiva ofrecer recursos psicológicos en las personas desde la prevención que les permitan afrontar estos factores sociales influye en la disminución de esta demanda.

De acuerdo a lo anterior, en la actualidad existe una mayor demanda de los servicios de atención en salud mental, donde los hospitales psiquiátricos y las clínicas privadas no alcanzan a brindar el servicio profesional requerido. En el Informe Sobre Salud Mental de México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de Salud (IESM-OMS, 2011) se menciona que una debilidad del Sistema de Salud Mental es que se apoya sólo en los hospitales psiquiátricos, en consecuencia, los costos de atención resultan elevados y la mayoría de los esfuerzos (económicos, normas etc.) no se destinan a establecimientos del primer nivel de atención, por lo que no hay una atención temprana y oportuna de los trastornos mentales y de comportamiento.

Una alternativa para resolver esta problemática surge desde la psicología comunitaria y la salud mental comunitaria. Estas dos perspectivas proponen una intervención desde la prevención y la atención oportuna acercándose a la población. Actuar desde la comunidad brindando recursos a las personas puede disminuir esta demanda y evitar que problemas causados por estresores sociales (paso a la adolescencia, pérdida de empleo, separación de pareja) requieran una atención psiquiátrica (Musitu., Herrero, Cantera, y Montenegro ,2004).

Para poder generar programas de intervención es necesario conocer el ambiente social en el cual se desenvuelve la población, pues la prevención se debe enfocar en una injerencia oportuna como una intervención en crisis, talleres psicoeducativos, grupos de apoyo y terapia breve, donde se brinde a las personas los recursos y herramientas necesarias que les ayuden a afrontar sus problemas cotidianos o a detectar a tiempo aquellos que requieren atención especializada. Por eso es trascendental conocer el papel jugado por el psicólogo en la intervención comunitaria y cómo estas problemáticas se están abordando en el sistema de salud mental. Caplan (1999) menciona que para conocer una población es necesario hacerlo desde el trato persona a persona, donde el profesionalista experto en la salud mental es consejero o consultor para las decisiones políticas.

Para poder crear intervenciones preventivas desde la atención comunitaria es necesario generar investigación que proporcione información sobre estas necesidades y que el psicólogo cuente con los conocimientos que lo puedan hacer participe en el diseño de programas preventivos. En México, la estadística en salud mental, solo se enfoca en los diagnósticos que requieren atención psiquiátrica y no existe información sobre el motivo por el cual las personas acuden a solicitar atención psicológica, antes de que éste sea diagnosticado como un trastorno.

La estadística sólo se limita a conocer indicadores como números de camas, admisiones, admisiones involuntarias, duración de la estadía y diagnóstico de los pacientes, así mismo cada entidad de la república tiene su propio sistema y forma de recolectar indicadores y no existe información homogénea sobre la salud mental en el

país. (IESM-OMS, 2011). Al no existir conocimiento sobre las principales razones por la cual se acude a atención psicológica, no se pueden generar políticas preventivas que permitan disminuir la demanda de solicitud de los hospitales psiquiátricos del país.

Es importante realizar estudios que nos permitan conocer los motivos por los cuales las personas solicitan atención psicológica para generar programas de prevención que ofrezcan una atención oportuna y una optimización de los servicios de salud mental. Así como conocer la forma en que los psicólogos están abordando los problemas que llegan al consultorio, qué recursos son los que brindan y qué tipo de terapias son las que utiliza. A partir de lo anterior surge la pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre los motivos de atención psicológica y el establecimiento de focos de intervención clínica que realizan psicólogos en formación en un Centro Comunitario de Atención Psicológica?

Comprender la relación de los motivos de consulta y el establecimiento de focos de intervención nos permite conocer a la población desde sus necesidades, así como generar estrategias de intervención y prevención que nos ayudan a brindar una atención psicológica pertinente, ofrecer una atención oportuna beneficia en el ahorro y focalización de recursos, lo cual haría más eficiente los servicios de atención en la salud mental.

Para poder conocer los motivos de consulta y el proceso de intervención que se lleva a cabo desde la atención psicológica comunitaria se realizó el análisis de los pacientes atendidos durante un año en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” por medio de la revisión de expedientes y la aplicación de encuestas semi-estructuradas a los psicólogos que dieron consulta. Se debe agregar que se realizó una revisión sobre el panorama actual de salud mental, la psicología comunitaria y su intervención desde un marco clínico comunitario dando énfasis a su importancia y proceso. Este análisis nos acerca a conocer el papel que juega el psicólogo en formación en una intervención desde la prevención y la atención oportuna.

# MARCO TEÓRICO

## 1.-Salud mental y Psicología comunitaria

En este capítulo se revisan las definiciones de salud mental y cuál es su panorama en México, para conocer lo que en la actualidad se entiende por salud mental y cuál es la situación del país en este tema. También se tratan las concepciones de la psicología comunitaria y la salud mental comunitaria como dos perspectivas que abordan la salud mental desde la prevención, el acercamiento a la comunidad y la atención oportuna.

### 1.1 ¿Qué es la salud Mental?

Aun no se ha llegado a un consenso sobre cómo definir la salud mental ya que se puede abordar desde diferentes disciplinas. (Fernández, Oliver y Hernández, 2012). La salud mental se define desde diferentes instituciones y autores, se da énfasis a diferentes aspectos y factores que la influyen, así como consensos a los cuales se llega para entenderla y de limitarla. A continuación se muestran algunas definiciones de salud mental.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (p. 7). La OMS (2004) considera a la salud mental como un pilar en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones.

Por lo tanto los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente... en donde los individuos son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades.(P.7)

La Secretaria de Salud define la Salud Mental como:

Un fenómeno complejo determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos e incluye padecimientos como la depresión, ansiedad, epilepsia, demencias, esquizofrenia y los trastornos del desarrollo en la infancia algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido lograr que la población conserve la salud mental además de la salud física, depende en gran parte de la realización exitosa de acciones de Salud Pública, para prevenir, tratar y rehabilitar. (Citado en Fernández, Oliver & Hernández, 2012, p.15; Martín & Richard, s.f, p.4)

Por otro lado Lledó (2009) establece la salud “no una carencia de patología, si no como la presencia de un estado de bienestar, en el sentido de un desarrollo suficientemente válido de las capacidades del sujeto”. (p.27) donde es importante tomar en cuenta los síntomas como expresión del conflicto, el estilo o forma de vida donde se observa la autonomía e individuación del sujeto, por ultimo las actitudes y formas de comunicación.

Fernandez, Oliver y Hernández (2012) definen:

La Salud Mental es un aspecto de la Salud Integral, inseparable del resto y se refiere no solamente a la ausencia de enfermedades y trastornos mentales, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social, que son inherentes a la naturaleza del hombre y condicionan su bienestar. Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés de la vida cotidiana,

realizar un trabajo fructífero y hacer aportaciones positivas a la comunidad. (p. 22)

Una manera de entender la salud mental es reconocer el tipo de comportamiento que está dentro de la norma. Un ejemplo de este criterio es el diagnosticar los trastornos psicológicos es el manual de publicaciones de American Psychological Association (APA) y el manual Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque estos manuales no definen lo que es enfermedad mental, establecen normas y criterios para clasificar lo que se considera una conducta dentro o fuera de la norma. Ramírez (2012) menciona que los profesionales de la salud mental establecen ciertos criterios para identificar las conductas anormales como:

- Desviación estadística del conjunto de comportamientos y vivencias consideradas frecuentes en la mayoría de las personas.

- Presencia de lesión o disfunción de la fisiología humana.

- Desventaja biológica

- Desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad.

De acuerdo a las definiciones anteriores podemos entender a la salud mental como un estado donde la persona es capaz de reconocer sus habilidades, sus competencias, formas de comunicación y el papel que juega en su medio, donde sus comportamientos son acordes a lo esperado y sus conductas no afectan a terceros o a sí mismos. Reconocen a la persona como un ser social que se encuentra en un estado de bienestar y es capaz de contribuir a su comunidad.

Podemos observar que en estas definiciones de salud mental se entiende al individuo como un sujeto inmerso en un ambiente, el cual influye y es influenciado por el medio en el que se desarrolla. Para Misuto (2004) los problemas de salud mental residen en la relación del individuo con su entorno social, ya que el entorno social



puede ser tanto fuente de conflictos como de soluciones, impone limitaciones pero también impone recursos. Es importante conocer cuáles son los diferentes motivos que les impiden a las personas encontrarse en un estado de salud mental.

## **1.2 La Salud Mental en México y el mundo.**

La OMS (2004) establece que hay 450 millones de personas afectadas por un trastorno mental. En donde hay una prevalencia mayor de depresión, psicosis, trastornos del desarrollo, trastornos de la conducta, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastorno por uso de drogas, autolesión/suicidio.

En México alrededor de seis de cada veinte mexicanos presentaron algún trastorno psiquiátrico alguna vez en su vida, es decir el 28.6% de la población mexicana presentó alguno de los veintitrés trastornos catalogados en el CIE. Entre los trastornos más frecuentes se encuentran los trastornos de ansiedad, los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos afectivos. Los principales trastornos para las mujeres son las fobias (específicas y sociales) y episodios depresivos mayores mientras que para los hombres dependencia al alcohol y los trastornos de conducta (Medina, *et. al.*, 2003).

La OMS establece que alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año. En México en el 2011 hubo cerca de 5 718 suicidios, de los cuales el 79.6% fueron hombres y el 20.4% fueron mujeres. El 53.3% se encontraba entre los 15 y 34 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2013).

En los países desarrollados se atiende el 44% y el 70% de los trastornos de la conducta, mientras que en los países subdesarrollados solo el 10% es atendido (OMS, 2004). En México por cada 100,000 habitantes existe una cobertura distribuida de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Por lo que la mayoría de los recursos son insuficientes, se encuentran mal distribuidos y en grandes metrópolis (IESM- OMS, 2011).

La preocupación por la salud mental no es un problema prioritario en la mayoría de los países, pues del presupuesto total de salud solo el 1% se destina a la salud mental (OMS, 2004). En México se le asigna el 6.5% del PIB a la salud pública, del cual solo el 2 % de este presupuesto se destina a la Salud Mental. De este porcentaje el 80% está orientado a la operación de hospitales psiquiátricos (IESM-OMS, 2011).

Por otro lado, De la Fuente y Heinze (2014) mencionan que el presupuesto en la atención en salud mental es dedicado al tercer nivel de atención, el cuál es el más especializado sin embargo es el más costoso. En México existen 46 hospitales psiquiátricos, 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y ocho establecimientos residenciales. La mayoría de estos servicios se ubican en las grandes ciudades. En la actualidad existen 544 establecimientos de salud mental para pacientes ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100 000 habitantes. El 27% de la atención ambulatoria se proporciona a niños y adolescentes.

Un factor que puede influir en que no se detecte a tiempo una patología psiquiátrica es la falta de una educación adecuada en el área de la salud mental para los profesionales de la salud. Estos están poco sensibilizados para detectar y atender pacientes con alguna comorbilidad psiquiátrica (Fuente de la & Heinze, 2014).

De acuerdo a lo anterior existe muy poca atención en la Salud Mental en México y el mundo. No es un problema prioritario para las autoridades gubernamentales sin embargo, en los últimos años ha ido en aumento una necesidad de atención en este aspecto. Existe poca inversión en otras alternativas de atención tal como la prevención. Detectar a tiempo las dificultades emocionales, conductuales y sociales que las personas presentan en la vida cotidiana puede evitar que se desarrolle en un trastorno mental que requiera atención psiquiátrica e implique un gasto y pérdida económica.

Existen diversos factores sociales que influyen en la salud mental, factores como la estabilidad económica, educación, la calidad de la convivencia social y la integración familiar, también, el empleo, la habitación, nutrición. (Secretaria de Salud, citado en Fernández, Oliver & Hernández, 2012; Martín & Richard, s.f). Musitu (2004) menciona

que brindar recursos y desarrollo en entornos sociales es una vía de intervención principal.

### **1.3 Psicología comunitaria y Salud mental comunitaria.**

Existe un aumento de problemas en Salud Mental a nivel mundial, como la psicosis, la demencia, angustia, depresión, suicidios e intentos de suicidio, así como trastornos generados por la pobreza y violencia (De la Fuente, 2012). Los servicios de atención son insuficientes o implican altos costos económicos, es importante buscar otras alternativas que permitan disminuir la creciente demanda de servicios de salud mental (Rico, 2012).

Estas alternativas surgen desde la medicina (Salud Mental Comunitaria) y la Psicología (Psicología Comunitaria), ambas preocupadas por generar una intervención en la salud mental desde una diferente perspectiva: la prevención y el acercamiento a las comunidades. A continuación se hará una descripción de estas alternativas, puesto que abordan la atención de la salud mental desde una intervención oportuna y ambas son un campo de acción del psicólogo.

#### *1.3.1 Salud mental comunitaria.*

La Salud Comunitaria hace referencia a todo campo de acción en el cual interviene el médico fuera de una institución clínica o un hospital. La Salud Mental Comunitaria surge desde esta perspectiva y busca la participación activa de la comunidad en las decisiones mediante la prevención y promoción de la salud. Para llevar acabo esto se capacita a la población para hacer frente a sus problemas ya que se ve a la comunidad como una generadora de recursos y busca un cambio positivo en sus instituciones con el fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad.

La salud mental comunitaria es:

Un modelo asistencial de la reforma psiquiátrica, esta nueva estrategia y nuevo modelo organizativo, asistencial y teórico. Un nuevo modelo que

integra una clínica donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico, con un paradigma científico centrado en el ciudadano y la ciudadanía (Marcos & Topa, 2012, p.16).

Rico (2012) menciona que una solución para dar respuesta a la necesidad de atención en salud mental es desarrollar redes capaces de resolver problemas que consideren las necesidades de los pacientes, propone a los Centros Comunitarios de Salud Mental como una alternativa de alta eficacia y bajo costo para acercarse a la población y evitar la estigmatización, ya que la psiquiatría comunitaria tiene la responsabilidad de capacitar a la población, ofrecer tratamientos y consultas cercanos a la población, servicios integrales, enfoque multidisciplinario, dar continuidad a los cuidados, así como evaluar, investigar y prevenir sobre salud mental.

### *1.3.2 Psicología comunitaria.*

En 2004, Musitu propone a que la Psicología Comunitaria: es una disciplina que trata de analizar e intervenir en los contextos en los que se desarrollan las personas, e intenta comprender cómo se perciben los contextos en los que interaccionan para potenciar su desarrollo. La psicología comunitaria propone dar un énfasis a las características y procesos sociales como un factor que incide en la salud mental.

Existen tres orientaciones en la Psicología Comunitaria, sus diferencias surgen desde sus inicios y están determinadas por un contexto político-social. (Cuadro 1). Por un lado tenemos la Psicología Comunitaria, que surge en 1963 en Boston, Estados Unidos donde se crean los primeros centros de Salud Mental Comunitaria debido a que la salud mental ya no solo es la ausencia de enfermedad, si no que se considera un estado de bienestar físico, psicológico y social (Musitu,2004).

Por otro tenemos a la Psicología Social Comunitaria, la cual surge desde un contexto latinoamericano y da énfasis a una intervención de concienciación y prácticas sociales que buscan devolver el protagonismo a las comunidades. Por último la psicología comunitaria española, la cual surge desde un desarrollo legislativo que

brinda una comunidad autónoma dando paso a estudios específicos de la Psicología Comunitaria (Musitu, Herrero, Cantera y Montenegro, 2004).

### Principales características de las orientaciones en Psicología Comunitaria

|                          |  |  |                        |
|--------------------------|--|--|------------------------|
| <b>Nombre</b>            | Psicología Comunitaria   | Psicología Social Comunitaria                    | Psicología Comunitaria |
| <b>País</b>              | Estados Unidos de America  | Latinoamérica                                    | España                 |
| <b>Marco Conceptual</b>  | Marco Clínico Comunitario  | Marco socio-comunitario                          | Autonomía Comunitaria  |
| <b>Tipo Intervención</b> | Centrada en el individuo   | Centrada en un grupo                             | Local *                |
| <b>Modelos</b>           | Salud Mental Comunitaria<br>Estrés Psicosocial<br>Conductual Comunitario | Cambio Social<br><i>Empowerment</i><br>Ecológico | Local*                 |

Cuadro 1. Principales características de las orientaciones en psicología comunitaria.

Nota: \*Dependiendo de la localidad es el modelo y tipo de intervención

Adaptada de Musitu G. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona. Editorial UOC. P 18-22

Tanto la Salud Mental Comunitaria, la Psicología Comunitaria y la Psicología Social Comunitaria reconocen el papel que juega el individuo en su entorno y como el entorno tiene impacto en el individuo. Tienen diferentes referentes teóricos y orígenes, por lo tanto diferentes maneras de operar e intervenir. Sin embargo, todas surgen desde una necesidad de solucionar una problemática, donde no se cumple un estado de bienestar físico, psicológico y social, entendido como salud mental.

## **2.-Modelos de Intervención en el trabajo comunitario**

La psicología comunitaria surge en dos diferentes contextos y desde dos diferentes marcos conceptuales. El Marco Clínico Comunitario y el Marco Socio Comunitario, el primero orientado a la salud mental comunitaria y el segundo a los problemas sociales y el cambio social. En este capítulo y con motivo de la investigación solo se describirá la Psicología Comunitaria desde el enfoque Clínico Comunitario y desde sus diferentes modelos de intervención.

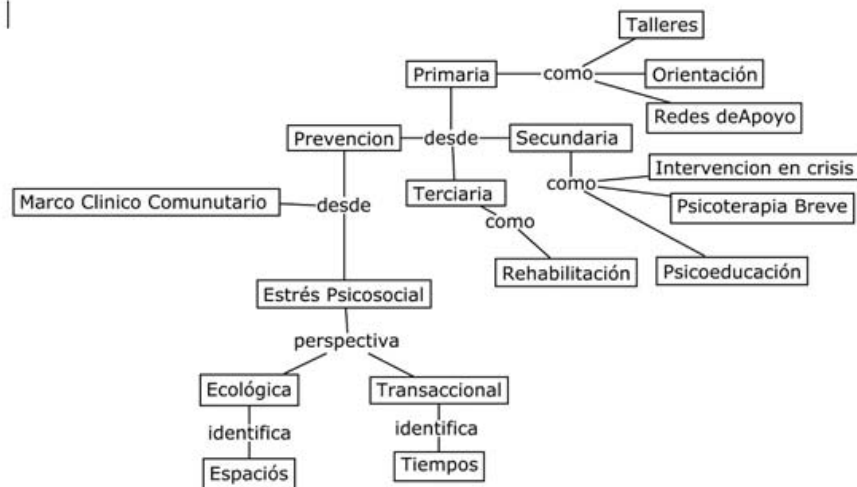
### **2.1 Marco Clínico- Comunitario**

Musitu ,Herrero, Cantera y Montenegro (2004) mencionan que la intervención desde el Marco Clínico Comunitario tiene un carácter interdisciplinar que reconoce la participación de diferentes factores, no se determina por un campo temático propio, ni por un cuerpo teórico sustantivo y específico, si no por su modo de enfocar, percibir, valorar y tratar las problemáticas. Esto nos permite entender que la perspectiva desde el marco Clínico-Comunitario tiene diferentes formas de generar impacto en una comunidad. Estos autores señalan dos: la prevención y el estrés psicosocial.

En la prevención podemos englobar todo tipo de intervención comunitaria pues ubica la prevención en los niveles: primario (dirigida a personas individuales con factores predisponentes), seguida de una prevención secundaria (que atiende el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los problemas) y terciaria (enfocada a las secuelas del problema y a su rehabilitación).

El modelo de estrés psicosocial propone que existen experiencias que generan tensión psicológica, estas dependen del contexto y situaciones físicas sociales (ecológica) y ocurren en momentos donde hay un mayor riesgo (transaccional). Existen acontecimientos que generan efectos estresantes como desempleo, divorcio, jubilación, la muerte de un familiar, el fracaso escolar, etc. Este modelo permite identificar cuándo, dónde y cómo pueden ocurrir experiencias estresantes por lo que busca fortalecer los recursos de las personas y marca la importancia del apoyo social, por lo que se encuentra en la prevención primaria (Musitu et. al ,2004).

## Intervenciones desde el marco clínico comunitario



Cuadro 2. Éste esquema muestra las dos formas en las cuales se puede intervenir desde el marco clínico comunitario y sus derivados

Adaptación de Musitu, G., Herrero J., Cantera L., y Montenegro M (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. UOC: Barcelona p.88-95

Para llevar a cabo la prevención es necesario comprender el ambiente social comunitario en donde se desenvuelve la población que es el principal gestor de situaciones y conductas de riesgo. El conocer la comunidad nos permite saber cómo y de qué forma intervenir. Para Fernández-Álvarez (2009) existen diferentes modalidades y técnicas de intervención:

- a) sobre trastornos específicos (asistencia y detección precoz)
- b) sobre la incidencia de factores mentales en problemas sanitarios generales.
- c) Formación de grupos de autoayuda
- d) Colaboración en el diseño e implementación de comunidades terapéuticas
- e) Campañas de promoción
- f) Fomento de recursos de rehabilitación del tejido social

Las diferentes técnicas de intervención que existen dentro de la Psicología Comunitaria y la Salud Mental Comunitaria pueden englobarse en el esquema de la prevención. Pues ambas buscan disminuir la incidencia de problemáticas de salud mental en una comunidad.

### Esquema general de la prevención

| Tipo               | Primaria  | Secundaria   | Terciaria   |
|--------------------|---|--|---|
| <b>Objeto</b>      | Causas  | Crisis   | Efectos   |
| <b>Enfoque</b>     | Proactivo   | Activo   | Reactivo  |
| <b>Tiempo</b>      | Antes de la Emergencia  | Durante la emergencia  | Después de la aparición del problema  |
| <b>Objetivos</b>   | <p>Reducción de la incidencia (del número de casos nuevos).</p> <p>Refuerzo de los conocimientos aptitudes y recursos necesarios para afrontar con garantía de éxito posibles crisis futuras</p>  | <p>Disminución de la prevalencia o duración (del número total de casos existentes)</p> <p>Detectar nuevos casos.</p> <p>Restablecimiento de los niveles habituales de autocontrol, autoestima o funcionamiento general.</p> <p>Reparar trastornos.</p> | <p>Minimación del impacto (del deterioro patológico).</p> <p>Reducción de los síntomas (de la extensión, intensificación y cronificación de los trastornos)</p> <p>Evitación de recaídas</p> <p>Rehabilitación Psicosocial.</p> |
| <b>Campo</b>       | <p>Población en general</p> <p>Grupos de riesgo</p> <p>Ambientes y experiencias de riesgo (acontecimientos y transiciones vitales)</p>  | <p>Personas y grupos inmersos en contextos estresantes.</p>  | <p>Personas afectadas con trastornos agudos o crónicos.</p>   |
| <b>Estrategias</b> | <p>Información y sensibilización</p> <p>Concientización y educación</p> <p>Promoción de la calidad de vida.</p> <p>Protección social.</p> <p>Creación de redes de apoyo social.</p> <p>Fortalecimiento de la capacidad de respuesta personal a demandas del entorno social.</p> | <p>Intervención en crisis</p> <p>Consulta, Consejo</p> <p>Orientación</p> <p>Acompañamiento</p> <p>Apoyo Social</p> <p>Terapia Breve</p> <p>Grupos</p>   | <p>Terapia</p> <p>Consejo</p> <p>Grupos de autoayuda</p> <p>Redes de apoyo Social</p> <p>Orientación y Acompañamiento</p> <p>Resocialización</p> <p>Reinserción Psicosocial</p>   |

Cuadro 3. Esquema general de las diferentes formas de intervención en la atención comunitaria desde la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Adaptada de J. M. Blanch (coord.), *Teoría de las Relaciones Laborales. Fundamentos* (p.141). Barcelona: Editorial UOC



### 2.1.1 Prevención Primaria y el papel del psicólogo.

De acuerdo a Caplan (1999) la prevención primaria es aquella que se dedica a la creación de programas que disminuyan la incidencia de trastornos (físicos o mentales). En su “Modelo de Temas Recurrentes de la Prevención Primaria” (cuadro 4) propone factores de riesgo (enfermedades físicas, pobreza, deprivación social, ruptura de la familia, muerte, divorcio, accidentes, dificultades de aprendizaje, etcétera) influyen en la incidencia de un trastornos de la salud mental y como la enseñanza de competencias permite que las personas afronten de manera diferente las problemáticas de la vida cotidiana (estresores sociales).

“Modelo de Temas Recurrentes de la Prevención Primaria”



Cuadro 4. Factores y competencias que se utilizan en la prevención primaria.

Adaptado de [Caplan, G.](#) (1999) *Psicología orientada a la población. Teoría y Práctica*. En Navarro J., Fuentes A., [Ugidos T.](#) (Eds). *Prevención e Intervención en Salud Mental*. (p. 22) Salamanca: Amaru

En el cuadro 3 podemos ver que las estrategias de prevención primaria están encaminadas a brindar información, orientación, a brindar apoyo y al fortalecimiento de recursos. El psicólogo como profesional no puede cambiar los factores de riesgo sin embargo debe interesarse por entender cómo diferentes estresores psicosociales son afrontados de diferente manera por cada persona, debe reconocer cuáles son las competencias necesarias que permiten a una persona enfrentar un problema. Los factores en donde puede generar cambios el psicólogo se encuentran en la enseñanza de competencias.

Las intervenciones que puede hacer el psicólogo en este modelo son la consulta, colaboración y educación para profesionales, educación de la población, orientación, intervención preventiva, promover y reunir redes de apoyo (Caplan, 1999).

### **2.2.1 Talleres Psicoeducativos**

Un taller es definido como un grupo de personas que trabajan cooperativamente para hacer algo, dentro del marco educativo tiene un significado en el cual las personas se han reunido con un objetivo específico de aprendizajes prácticos que se transfieren para transformar la realidad. Así, un taller es el lugar donde se llegan a formar, desarrollar habilidades y capacidades que permiten la modificación de la percepción. En un taller se une la teoría y la práctica (Maya, 2007).

Es preferible que los talleres psicoeducativos estén centrados en la persona, donde se tome en cuenta las necesidades e intereses propios. Se reconozca a la persona con capacidad constructiva, creativa y activa. A través del descubrimiento de sus propias posibilidades y recursos por medio de dinámicas, ejercicios y vivencias modifique sus actitudes y acciones. La propia experiencia permite los descubrimientos personales y de grupo, al reconocer diversas alternativas y formas de ver la vida (García-Muriel, 2006).

Para realizar el diseño de talleres y conocer el objetivo específico en el cual se busca intervenir es necesario conocer cuáles son las problemáticas que afectan a la comunidad y a la población en general. Esto permitirá brindar recursos en las áreas donde resulta afectada la población. La intervención primaria desde los talleres y formación de grupos también permite la creación de redes de apoyo en la comunidad. Y brinda recursos y herramientas para poder afrontar problemáticas de la vida cotidiana.

### **2.2.2 Redes de apoyo**

De acuerdo a Caplan (1999) las redes de apoyo son aquellas personas que se encuentran alrededor de alguien en una situación difícil. Estas redes pueden ser la

familia, los vecinos, cuidadores profesionales, no profesionales o instituciones que brindan orientaciones. Un sistema de red de apoyo debe:

- a) Aumentar la fuerza propia que el individuo pondrá en juego para resolver la situación peligrosa.
- b) Validan identidad.
- c) Mantener la esperanza y perseverar en la situación difícil.
- d) La participación activa en tareas.
- e) Reducir la intensidad de los sentimientos mediante tranquilizar al individuo o intensificar el sentimiento de competencia.
- f) Evitar la fatiga y la incapacidad de descansar.

Lin y Ensel (1989) definen que el apoyo social son “aquellas provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, proporcionadas por la comunidad, redes sociales y relaciones íntimas que pueden darse tanto en situaciones cotidianas como de crisis” (En Buelga & Musitu, 2009, p. 68). En esta definición se hace mención de que existen tres fuentes de apoyo social: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas.

El apoyo social es subjetivo y depende de la percepción que tenga el individuo sobre el apoyo. Las funciones del apoyo social son la instrumental y la expresiva, esta última se refiere al medio en el cual se comunican nuestros problemas. La existencia de confianza e intimidad es un apoyo que se considera esencial para el mantenimiento y fomento de la salud y el bienestar en donde su pérdida tiene importantes efectos negativos sobre la salud. La función instrumental se refiere a las relaciones sociales que nos permiten alcanzar objetivos y metas (laborales, escolares) (Buelga & Musitu, 2009).

Gotlib (1992) propone diferentes estrategias de intervención basadas en el apoyo social, en donde el objetivo principal es crear interacción con el entorno social capaz de satisfacer las necesidades psicosociales de las personas, sin necesidad de un profesional u otra figura formal de ayuda. La función del profesional es la de intervenir para generar cambios en la estructura social, cambios en la conducta individual o las actitudes mediante tres actividades: a) creación de las condiciones que

conduzcan al apoyo necesitado b) determinar si el apoyo tiene lugar y c) evaluar el impacto. Existen diferentes niveles de intervención: individual, diádico, grupal, social y comunitario. Estas intervenciones buscan mejorar los recursos psicosociales de las personas a través del intercambio con miembros de su grupo social primario (Gracia, 1997).

### **2.2.3 Orientación Clínica (sensibilización o canalización).**

Caplan (1999) define la orientación como “una educación personal que se hace necesaria con algunos individuos que necesitan información sobre aspectos muy específicos de su propio caso”. (p.67). La orientación clínica, podría ser interpretada como una terapia breve pero esta ocurre antes del evento por lo cual se encuentra en la prevención primaria. Es decir, mediante un número determinado de sesiones se busca que el sujeto se prepare para un evento que le causa ansiedad o estrés. Cuando las personas se encuentran en riesgo psicológico se pueden utilizar sesiones que permitan trabajar con los problemas por adelantado. También se consideran como intervenciones preventivas breves (Bellack & Siegel, 1986).

La orientación puede interpretarse como brindar información específica sobre algún tema, así como ayudar a la persona hacerse consciente de alguna situación que vive o prepararla para un evento que está por vivir.

### ***2.1.2 Prevención Secundaria y el papel del psicólogo***

La prevención secundaria busca reducir el tiempo de duración de la enfermedad, donde se deriva la idea de diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. Si se reduce la duración, también se reduce el número de enfermos (Caplan, 1999). Esta busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos (Slaikeu, 1996).

En el Cuadro 1 podemos observar que la prevención secundaria es la que se aplica durante una emergencia, una crisis y busca la detección oportuna de casos y la disminución de la prevalencia o duración. Busca el restablecimiento de los niveles de funcionamiento general. La intervención que tiene el psicólogo en esta área es más directa, pues a través de la intervención oportuna evita la complicación del problema.

La prevención primaria y la secundaria no se oponen entre sí, sino que se complementan la una de la otra. La primaria actúa para reforzar los recursos antes de la aparición del problema y la secundaria interviene valorando y generando competencias de recursos durante la aparición del problema, antes de que se normalice el problema.

### **2.3.1 Intervención en crisis**

Una crisis “es una situación delimitada en el tiempo, de perturbación en las funciones de un individuo normal que ocurre ante circunstancias peligrosas, involucradas generalmente una pérdida o un reto, que va más allá de las habilidades de la persona de dominar tal situación” (Caplan,1999,p.35). Una crisis puede propiciar un crecimiento personal o un daño inminente. Los recursos propios y los contactos sociales son clave para poder superar una crisis (Slaikeu, 1996).

La definición de intervención en crisis propuesta por Slaikeu es “un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza” .(1996, p.6) Este proceso es subdividido en dos partes primeros auxilios psicológicos y terapia para crisis, la primera se brinda de inmediato y la segunda se encamina a facilitar la resolución psicológica de la crisis.

Caplan (1999) propone una serie de reacciones “genéricas” que ocurren ante la crisis, como el aumento de la necesidad de unirse con otros individuos, el incremento de la sugestionabilidad y cambios en la salud mental. Aunque no se sabe qué factores son los que permiten a una persona sobreponerse a una crisis existen ciertos factores que influyen como la competencia, la condición física y la disponibilidad de fuentes naturales de apoyo, personas que han sufrido situaciones similares o cuidadores profesionales. Él menciona que la intervención en crisis debe darse desde la ayuda anticipatoria (se prepara al individuo en caso de una posible crisis) y la intervención preventiva donde en un periodo corto se atiende a la persona en situación de crisis, la

cual debe enfrentarse a la situación que está viviendo en el momento que esté preparada.

Algunas personas necesitan de una terapia para crisis o psicoterapia breve que les permita a los individuos elaborar los sucesos traumáticos para que puedan salir preparados para enfrentar el futuro. La intervención en crisis debe entenderse como una intervención que se da en el momento en que ocurre “una desorganización grave” y busca aminorar los daños tanto emocionales como cognitivos que se pueden derivar de la situación en crisis (Slaikeu, 1996).

### **2.3.2 Terapia Breve**

La terapia breve es utilizada por los profesionales de la salud como una estrategia de intervención que se caracteriza por atender problemas específicos, la cual busca brindar herramientas a los consultantes para cambiar sus actitudes básicas y manejar problemas subyacentes (Hewitt y Gantiva, 2009). Existen diferentes aproximaciones a la terapia breve, sin embargo en todas se busca la solución de problemas inmediatos.

Desde un enfoque sistémico, se sostiene que la terapia breve focalizada como la resolución a un problema específico y determinado la cuál atiende en especial al circuito internacional sostenedor del problema e interviene para lograr los cambios (Szprachman, 2003). Mientras que por otro lado, desde una perspectiva cognitivo-conductual, Hewitt y Gantiva (2009) la definen como “una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos problema, así como su capacidad y motivación para comenzar hacer algo al respecto” (p.166).

Braier (2009) menciona a la psicoterapia breve/focal o de objetivos y tiempo limitado se centra en la labor terapéutica en una determinada problemática dentro de la estructura psicopatológica del sujeto, lo ayuda a generar mejorías y cambios determinados, que entre las metas terapéuticas son importantes sobre otras por su urgencia y/o importancia.

Bellack & Siegel (1986) proponen “La Psicoterapia breve intensiva y de urgencia” como parte de la prevención secundaria, pues por medio de una intervención breve y oportuna pueden detenerse problemáticas o disminuir el impacto de una crisis antes de que se hagan más graves o crónicas. La psicoterapia breve intensiva y de urgencia tiene sus fundamentos desde teorías psicoanalíticas, de aprendizaje y de sistemas, por que busca resolver diferentes problemáticas.

La terapia breve, en sus diferentes perspectivas tiene como finalidad el atender una situación en crisis o problemas en donde la persona no se siente capaz de enfrentar o que necesita un apoyo para poder superar su problemática.

### ***2.1.3 Prevención Terciaria y el papel del psicólogo.***

De acuerdo a Caplan (1999) la prevención terciaria es aquella que busca la reducción de casos con trastornos, en donde se trabaja con las personas que presentan cierta sintomatología (alucinaciones, ansiedad, depresión) que les impide vivir. Por lo tanto los programas se enfocan a enseñar a las personas a vivir con esta sintomatología. Deben aprender a desempeñar su vida cotidiana con la presencia de una enfermedad “identificable, definible y cuantificable”. Por su parte, Bellack & Siegel (1986) mencionan que la prevención terciaria es aquella donde hay curaciones de las condiciones crónicas (psicóticos crónicos o síntomas perturbadores).

En la prevención terciaria se busca la disminución del impacto (del deterioro patológico) y la reducción de los síntomas (Cuadro 1), esta incluye estrategias encaminadas a reducir el deterioro causado por una crisis o una problemática. Su finalidad es reparar los daños ya hechos en pacientes psiquiátricos (Slaikeu, 1996).

Tanto las técnicas utilizadas en la prevención primaria como en la secundaria pueden utilizarse en la prevención terciaria ya que se complementan. El papel que juega el psicólogo en la prevención terciaria es importante, pues es un apoyo que ayuda a las personas ya diagnosticadas con un trastorno a vivir con su sintomatología y la toma de medicamentos. Así como a la rehabilitación de personas que vivieron una situación de crisis o traumática no atendida en el momento oportuno.

### **3.-Importancia de la atención en la clínica comunitaria.**

Un factor que favorece el aumento de los servicios de atención en salud mental es que las personas solicitan el servicio debido a malestares emocionales e infelicidad. Los psicólogos en formación, ya no deben especializarse solo en la atención para llegar al diagnóstico de un trastorno, sino que también deben atender problemas cotidianos en donde las personas solicitan o necesitan un apoyo (Echeburúa, Salaberría, Corral & Cruz-Sáez, 2011). Lo cual hace que se amplíe el tipo de intervención que el psicólogo hace en la clínica comunitaria. Casas (2014) comenta la importancia de que el psicólogo clínico intervenga en las áreas de atención primaria donde ayude a la prevención y fortalezca las instituciones de salud.

El psicólogo clínico desempeña diferentes actividades las que sobresalen Casas (2014) menciona la evaluación, el diagnóstico e intervención, así como el trabajo comunitario y la investigación, también destaca la importancia de la intervención desde la prevención como actividades que realizan los psicólogos.

Compas y Gotlib (2003) señalan que las actividades en las cuales se puede desempeñar el psicólogo clínico son la investigación, la enseñanza, la evaluación, el tratamiento, la prevención, la consultoría y la administración. A su vez, Phares (1996) refiere la terapia, la evaluación, la enseñanza, la supervisión clínica, la investigación, la consultoría y la administración.

La formación de los psicólogos debe estar encaminada al desempeño de diversas actividades en las cuales es necesario tener las competencias y habilidades para realizarlas. Con fines de este trabajo, de estos autores se especificaran las actividades en las que participan los psicólogos en formación en un centro comunitario de atención psicológica. Estas son principalmente: la evaluación, el diagnóstico, la intervención y supervisión clínica.

#### **3.1 Evaluación clínica**

Casas (2014) menciona que la función principal de realizar una evaluación es la de establecer un diagnóstico que permita llevar a cabo un tratamiento para buscar



explicaciones y solución al problema. Los métodos, modelos y procedimientos que son utilizados para realizar la evaluación y diagnóstico son propios del área clínica.

La Real Academia Española (2015) define la evaluación como el estimar, apreciar, calcular el valor de algo. Dentro de la psicología el término de evaluación es un concepto muy amplio. La evaluación psicológica es considerada una rama de la psicología con objetivos propios de investigación que se dedica al análisis científico de la conducta humana, y su finalidad es la toma de decisiones para la intervención (Aragón, 2011).

Fernández-Ballesteros (2004) señala que en los últimos 20 años se ha ampliado el objeto de la evaluación psicológica. Hace la diferencia entre psicología y evaluación psicológica, la primera tiene como objetivo el estudio de la conducta humana para establecer principios generales mientras que la evaluación psicológica busca verificar si los principios generales de la psicología se dan en un sujeto (individual o grupo).

De acuerdo a Barrio (2003) evaluar es entendido como emitir juicios sobre objetos o personas. La evaluación psicológica tiene como objetivo el análisis de un conjunto de características psicológicas de un determinado sujeto (o grupo de sujetos). Fernández-Ballesteros (2004) hace una diferencia entre el término valoración y evaluación, el primero hace referencia a los objetos mientras que el segundo se dedica a las personas o grupos.

Por otro lado Aragón (2011) señala que en la evaluación psicológica el término evaluación no se restringe sólo al diagnóstico, sino todo un proceso cuya meta consiste en identificar, rotular, seleccionar, plantear objetivos, intervenir, pronosticar y evaluar si los objetivos planteados se alcanzaron: su finalidad estriba sobre todo en su utilidad para la toma de decisiones.

### ***3.1.1 La importancia de la evaluación***

La evaluación psicológica es la integración de información que permite una “valoración de la situación actual, así como un pronóstico, y un plan de cambio o recomendaciones que puede referirse a individuos, grupos, organizaciones, técnicas de intervención, o programas de política social, educativa o sanitaria” (Garaigordobil, 1998,

p.23) Estas nos ayudan a obtener información sobre debilidades y fortalezas para generar tratamientos e intervenciones. Es necesaria la evaluación para poder llevar a cabo una intervención psicológica exitosa y eficaz, pues de esta se obtienen datos necesarios y relevantes que nos permiten tomar decisiones para realizar una intervención adecuada (Aragón, 2011).

De acuerdo a lo anterior podemos entender que la evaluación psicológica busca recoger información mediante diferentes técnicas e instrumentos con el fin de obtener un diagnóstico que nos permita tomar una decisión para poder generar un programa de intervención. La evaluación psicológica se aplica a diferentes áreas de la psicología y dependiendo su objetivo es el proceso de evaluación.

En la evaluación en psicología no existe un modelo único que oriente cuales son los métodos de evaluación, así como qué objetivos y procesos que se deben seguir (Roa, 1995). La evaluación psicológica se puede considerar como una disciplina científica y de investigación, dedicada a la exploración y análisis científico de la conducta humana, cuya meta es la toma de decisiones para la intervención (Aragón, 2011).

### ***3.1.2 Diagnóstico***

De acuerdo al Diccionario de Psicología (2011) el término diagnóstico es utilizado en el juicio médico sobre una enfermedad basado en sus síntomas y signos, en psicología se entiende como un pronóstico de lo que puede suceder si se realiza o no la intervención. Ibañez y Echeburúa (2015) mencionan que el diagnóstico permite relacionar las observaciones clínicas con el conocimiento científico que existe sobre las enfermedades mentales, sin embargo realizar un diagnóstico precoz puede impedir prevenir los síntomas del desarrollo de una enfermedad mental.

El diagnóstico clínico se puede entender como psicodiagnóstico en el campo de la psicología (Garaigordobil, 1998). Para Macías y González (2008) en el psicodiagnóstico se identifican las manifestaciones individuales de lo psíquico, así como determinar las posibilidades y perspectivas del desarrollo personal. Es un proceso que busca un acercamiento al sujeto de investigación desde una visión

dinámica e integradora. Este proceso es: entrevista inicial con rapport, evaluación y administración de tests, por último cierre y devolución de la información.

Diferentes autores hacen referencia al psicodiagnóstico como un término que se utiliza en la evaluación clínica para identificar el problema psicológico del sujeto evaluado. Este término tiene connotaciones clínicas por su vinculación a la medicina y su perspectiva psicodinámica, donde existe una preferencia por lo cualitativo que lo cuantitativo. Es sustituido por el de evaluación debido a diferentes factores entre ellos es la aparición de nuevas teorías, su asociación a la psicodinámica, la búsqueda de evaluaciones acorde a las experimentales y las críticas sociales por el abuso y uso de tests (Aragón, 2011; Fernández-Ballesteros, 2004; Garaigordobil, 1998; Roa, 1995).

### **3.2 Intervención, tratamiento o terapia**

#### ***3.2.1 Motivo de consulta y motivo de atención psicológica***

Antes iniciar cualquier proceso terapéutico el consultante, paciente o cliente acude a solicitar el servicio de atención psicológica. La causa por la cual busca recibir apoyo psicológico permite guiar al psicólogo en una serie de acciones, interpretaciones y pensamientos que ayudan a llegar a un diagnóstico (Rodríguez-Charry, 2007).

De acuerdo a Martínez-Farrero (2006) el motivo de consulta es aquel donde se expresa la sintomatología por la cual el paciente acude a solicitar ayuda psicológica, el motivo de consulta debe ser expresado como una demanda psicológica, es decir habla de la motivación y los intereses subjetivos del paciente a implicarse en la solución de su malestar.

El motivo de consulta también puede ser entendido como “una guía sobre la que ha de comenzar a indagar el terapeuta, dado que inicialmente hace referencia a las inquietudes del consultante, pero posteriormente podría relacionarse con otro tipo de elementos.” (Muñoz-Martínez & Novo, 2012, p.26). A su vez Fiorini (2006) refiere que el motivo de consulta es un eje motivacional que permite organizar el proceso terapéutico, facilitarlo y reforzar la alianza terapéutica.

Podemos encontrar el motivo de consulta manifiesto, donde el paciente interpreta su malestar, sin embargo después de algunas entrevistas aparece en motivo de consulta latente, donde se hace referencia a la percepción subjetiva del motivo de consulta (Martínez-Farrero, 2006). Con fines de este trabajo no se profundiza entre las diferencias de motivo de consulta manifiesto y latente. Se tomó en cuenta el motivo de consulta que fue expresado por el paciente. Tanto Rodríguez –Charry (2007), Martínez-Farrero (2006) y Muñoz-Martínez & Novo (2012) señalan la importancia que tiene el motivo de consulta para poder plantear una intervención clínica en un proceso terapéutico.

### ***3.2.2 Intervención***

Después de conocer el motivo de consulta y realizar una evaluación, se procede a una intervención. El termino intervención, tratamiento o terapia es manejado en la literatura de forma indistinta y se refiera al método para inducir cambios en el comportamiento, pensamientos o sentimientos de una persona. En la intervención se busca solucionar el problema o mejorar la capacidad del individuo para afrontarlo (Trull & Phares, 2003).

De acuerdo al Diccionario de Psicología (2011) podemos entender intervención como un proceso estructurado y sistemático por el cual el psicólogo pretende producir cambios en el comportamiento de las personas con un objetivo. Fernández-Ballesteros (2003) menciona que una demanda de cambio lleva consigo una intervención y la intervención se realiza en las condiciones que causan el problema comportamental.

### ***3.2.3 Proceso de intervención***

El proceso de psicoterapia es entendido como el uso de técnicas psicológicas para tratar los trastornos de personalidad y conducta (Morris & Maisto, 2014). Mientras que Feixas y Miro (2003) señalan que desde hace 30 años se realiza investigación sobre el proceso terapéutico, donde se empezó a describir el curso de la terapia, posteriormente se llevaron a cabo investigaciones sobre su narrativa, su eficacia, los cambios que produce y el papel del terapeuta. En la actualidad se han diseñado

diferentes formas de analizar el proceso de intervención terapéutico (Frojan, Montaña, Calero & Ruiz, 2011; Ruíz-Sancho, Frojan-Parga & Calero-Elvira A, 2013).

Baumman y Pérez (1994) proponen que existen elementos comunes en un proceso de intervención: 1.-Reglas de acción (decisiones sobre el diagnóstico y la selección del procedimiento o método de intervención), 2.-Establecimiento de una alianza terapéutica y 3.- Aplicación de las técnicas terapéuticas (reorganización de estructuras cognitivas y reestablecer disposiciones de la conducta). Este proceso se engloba en dos fases; 1) Aclarar el problema, determinar el objetivo y elegir el método y 2) Fines y logros de la terapia.

Por otro lado, Compas y Gotlib (2003) mencionan el proceso psicoterapéutico es una interacción entre dos personas, donde el profesional capacitado trata de ayudar al paciente a pensar, sentir o compartir de manera diferente. Esto desde un conjunto de procedimientos pre escritos por una determinada teoría, escuela o pensamiento. Las etapas que tiene acabo este proceso son 1.- El cliente no logra cumplir las propias expectativas o es incapaz de enfrentar un problema apremiante, 2.- Resolución de síntomas, movilizar las habilidades del cliente al afrontamiento y 3.- Desaprendizaje de patrones problemáticos.

Morris C. y Maisto A. (2014) mencionan que los procesos terapéuticos tienen en común: 1.-Una explicación de la problemática, 2.-Acciones específicas para afrontar el problema de forma eficaz y 3.- Una alianza terapéutica donde el terapeuta es una persona cálida, empática y afectuosa con vínculo emocional de comprensión y respeto mutuo.

#### ***3.2.4 Foco de intervención***

Para realizar la intervención se establecen objetivos y metas que surgen a partir del motivo de consulta y la evaluación. Estos objetivos y metas pueden ser entendidos como focos de intervención, en donde el psicólogo utiliza sus conocimientos teóricos para crear una estrategia que le permita al paciente generar un cambio. Fiorini (2006) refiere que el motivo de consulta es el que da paso al foco, el cuál es entendido como una delimitación de la situación total del conflicto.

Las diferentes definiciones de intervención, tratamiento y terapia pueden ser más amplias desde los diferentes enfoques como psicoanálisis, terapia racional emotiva, el consejo centrado en el cliente, la terapia cognoscitiva, la terapia Gestalt y otros (Trull & Phares, 2003, 294; Casas, 2014; Compas & Gotlib, 2003).

El foco principal de intervención depende mucho del sufrimiento que produce, los riesgos que tiene el paciente para sí y su familia, si afecta su calidad de vida (Keawe'aimoku Kaholokulaa et. al, 2013). Dentro del CCAP "Los Volcanes, donde se lleva a cabo esta investigación, además de lo expuesto, el foco de intervención se establece en función de la demanda y urgencia del paciente, del nivel de formación del psicólogo y sus competencias así como desde las posibilidades institucionales de atención.

Llevar a cabo un análisis del proceso terapéutico de los diferentes tipos de intervención, sería una investigación muy extensa que requiere de una revisión de cada uno de los casos atendidos en el centro. Para fines de este trabajo el estudio del proceso terapéutico que se realizó fue a partir de los focos de intervención establecidos, número de sesiones de intervención, divididas en entrevista/evaluación, intervención y cierre.

También se tomó en cuenta si el psicólogo percibió logros, si considero el proceso completo, si el paciente fue dado de alta, baja o aun continua en el proceso, el objetivo clínico y el área de intervención. Este tipo de análisis tiene limitaciones, se pierde gran parte de la labor que se efectúa en un centro comunitario, sin embargo nos da una orientación sobre el trabajo que realizan los psicólogos en una comunidad mientras participan en diferentes programas de formación profesional.

### ***3.2.5 Enfoques de intervención***

La Real Academia Española (2015) define enfoque como el "Dirigir la atención o el interés hacia un asunto o problema desde unos supuestos previos, para tratar de resolverlo acertadamente". De acuerdo a lo anterior, podemos entender enfoque de intervención como la guía que utiliza el psicólogo clínico para comprender, evaluar y solucionar al problema del solicitante desde un modelo psicológico.

De acuerdo a Phares (1996) una vez que se establecieron las metas de intervención es necesario decidir el tipo de tratamiento, este puede ser desde los diferentes modelos de psicoterapia. Sánchez-Escobedo (2008) menciona que tradicionalmente el psicólogo clínico se basa en diferentes modelos que le guían en la intervención psicológica. Estos modelos son diferentes formas de concebir el comportamiento humano, derivan de diferentes metodologías, estrategias de intervención y explicaciones de fenómenos.

Feixas & Miro (2005) mencionan que dentro de la psicoterapia existen alrededor de cuatrocientas propuestas terapéuticas, sin embargo proponen la siguiente clasificación en cuanto a modelos: psicodinámico, humanista-existencial, conductuales, cognitivo y sistémico. Por otro lado Trull & Phares (2003) mencionan que la intervención puede ser centrada en el cliente, cognitiva, conductual o psicoanalítica. El enfoque de intervención se realiza en función de los problemas, la duración de la terapia, las dificultades y tiempos según el proceso terapéutico.

El tratamiento puede ser dirigido de forma individual, de pareja, familiar o grupal, en diferentes edades niños, adolescentes y adultos (Compas & Gotlib, 2003). De acuerdo a Trull & Phares (2003) busca producir un ambiente de confianza donde el cliente aprenda nuevos modos de adaptación y proporcione ayuda para el logro de metas.

A continuación se explicara de forma breve algunos modelos de atención en psicología, de acuerdo a la clasificación de Feixas y Miro (2005).

| Principales Modelos de atención en psicología   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Modelos Psicodinámicos  |   |   |   |
| Definición  | Exponentes  | Algunos conceptos   | Técnicas  |
| Referencia al psicoanálisis, donde el conflicto intrapsíquico tienen un papel central.  | Sigmund Freud   | -Interpretación de la resistencia, transferencia y del deseo.                                   | 1.-Producción material: asociación libre, acciones transferenciales y resistencias.                                 |
|   | Alfred Adler  | -Hacer consciente lo inconsciente (objetivo terapéutico)  | 2.-Análisis del material: confrontación, aclaración, interpretación y construcción.                                 |
|   | Carl G. Jung  | -Asociación libre   |   |
|   | Wilhem Reich  | -dinámica de conflicto  |   |
|   | M. Klein<br>K. Horney   | -mecanismos de defensa  |   |
| Modelos humanista-existencial   |   |   |   |
| Definición  | Exponentes  | Algunos conceptos   | Técnicas  |
| Enfoques provenientes de una tradición fenomenológico-existencial. Da un énfasis a la autorrealización y desarrollo de potencial humano.                        | L. Binswanger (psicoterapia existencial)                                | -Autonomía e interdependencia social.   | -Las actitudes del terapeuta favorecen su proceso terapéutico.  |
|   | V. Frankl (Logoterapia)   | -Autorrealización   | -Evolución del auto concepto a través del proceso terapéutico.  |
|   | Kurt Goldstein (Gestalt)  | -Búsqueda del sentido.  | -Las emociones en el proceso terapéutico.   |
|   | Carl Rogers y Abram Maslow ( psicoterapia centrada en el cliente)       | -Concepción global del ser humano.  |   |
|   | J. Moreno (Psicodrama)<br>Wilhelm Reich (terapia corporal y energética) |   |   |
| Modelos conductuales  |   |   |   |
| Definición  | Exponentes  | Algunos conceptos   | Técnicas  |
| La mayor parte de la conducta es aprendida y los tratamientos se enfocan en el cambio de la conducta observable.  | I. M Pavlov   | -Condicionamiento clásico, condicionamiento operante y modelado.                                | -Modificación de la conducta inadaptada   |
|   | W. M Bechtereov   | -Aplicación de los hallazgos de la psicología experimental en la práctica clínica.              | -Evaluación de los parámetros y contingencias que controlan la conducta.  |
|   | J. B. Watson  |   | -Técnicas de Recondicionamiento   |
|   | B. F. Skinner   |   | -Técnicas operantes.  |
|   | Thorndike<br>Solomon<br>Lindsey<br>Wolpe<br>H. Eysenck                  |   | -Técnicas de modelado   |
| Modelos Cognitivos  |   |   |   |
| Definición  | Exponentes  | Algunos conceptos   | Técnicas  |
| Se le otorga una mayor importancia a las cogniciones (emociones, pensamiento y conducta) en la génesis de los trastornos psicológicos y el proceso terapéutico. | Aron T. Beck  | -Procesos mentales  | -Procedimiento activo, directivo, estructurado y de breve duración.   |
|   | Albert Ellis  | -Esquema: estructura y proposiciones cognitivas.  | -Modelo explicativo simple y estrategias para su resolución.  |
|   | Kelly   | -Sistema de construcciones personales   | - Asignación gradual de tareas  |
|   | Bandura   | -Procesamiento automático   | -Relajación.  |
|   | Mahoney   | -Cambio de estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto. | -Programación de actividades.   |
|   | Meichenbaum   |   | -Autoobservación.   |
| Modelos Sistémicos  |   |   |   |
| Definición  | Autores   | Algunos conceptos   | Técnicas  |
| Se enfocan en la modificación de patrones de interacción interpersonal.   | Jay Haley   | Teoría General de los sistemas.   | -La solución del problema se encuentra supeditada al cambio en los patrones disfuncionales de interacción familiar. |
|   | Salvador Minuchin   | Teoría clínica de la comunicación humana  | -Reformulación  |
|   | Bertalanffy   | Relación interpersonal didáctica  | -Resistencia al cambio  |
|   | Bateson   |   |   |

Cuadro 5. Principales modelos de atención psicológica.

Adaptado de Feixas G. y Miro T. (2005). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós. Pp.88-270



### **3.3 Supervisión Clínica**

Haley (1997) menciona que debido a la cantidad de enfoques de intervención que existen es difícil la formación como terapeuta, menciona que es necesario generar espacios de práctica y no solo de formación teórica. La supervisión clínica es una estrategia de enseñanza-aprendizaje entre el aprendiz y el experto. Existen diferentes tipos de supervisión: didáctica que se encamina al aprendizaje de la terapia, la asistida donde dos colegas discuten un caso difícil o cuando requieren una opinión por último supervisar para aprender a supervisar. La supervisión se puede realizar mediante la discusión del caso, la grabación del caso y se apoya con seminarios, sesiones de terapia entre experto/aprendiz.

Trull y Phares (2003) define la supervisión clínica como una enseñanza individual o de pequeños grupos donde se aprende haciendo, se discuten los casos atendidos, bajo condiciones controladas y seguros con un supervisor experimentado. Linares y Ortega (2008) sugiere a la supervisión como una estrategia de enseñanza que genera un vínculo de aprendizaje entre el supervisor y su alumno, donde el supervisor es un observador activo que escucha e interviene en la sesión y prepara terapeutas competentes.

Valenzuela (2011) menciona que la supervisión dentro de la psicoterapia se refiere a que el supervisor (más experimentado y con mayor formación) colabora en la formación del supervisado. La supervisión clínica implica diferentes actividades que incluyen “competencias conceptuales, técnicas y éticas-personales adquiridas en la formación y puestas en marcha en las actividades de evaluación, diagnóstico y psicoterapia durante el ejercicio profesional” (p.25). La supervisión se puede realizar con un paciente, una familia o un grupo a nivel privado, institucional o comunitario.

El fin de la supervisión clínica es que el terapeuta cambie la percepción de sí mismo y le permita actuar con un mayor repertorio para la búsqueda de soluciones, el aprendiz explore su propio estilo, contener la ansiedad y temor del terapeuta aprendiz y proteger al cliente de las actitudes incorrectas que puede ejercer el terapeuta (Linares & Ortega, 2008).

Existen diferentes tipos de intervención y esta depende del nivel de formación del aprendiz y de los objetivos del programa académico. De acuerdo a Valenzuela (2011) en los centros comunitarios de atención psicológica donde hay un programa de formación profesional los tipos de supervisión que se deben brindar son:

- De acuerdo a la etapa y objetivos de formación: Supervisión clínica general (competencias generales requeridas en el ejercicio profesional clínico) y supervisión por programa de formación (servicio social, maestría, prácticas profesionales)
- De acuerdo al tipo y nivel de intervención psicoterapéutica: Individual (proceso terapéutico de un solo un paciente), grupal (procesos de psicoterapia grupal) y familiar o de pareja (proceso de terapia familiar).
- Según el número de supervisados: individual (supervisor-supervisado) y grupal o colectiva (supervisor/equipo de supervisores – supervisados).
- Dependiendo del momento de intervención clínica: Inicial (durante o después del primer encuentro clínico) y subsecuente o de proceso (analizar el desarrollo de la evaluación o psicoterapia).
- El grado de experiencia y participación clínica: Cruzada (psicólogos del mismo nivel de formación), diseminación (psicólogos con mayor formación a quienes comienzan el ejercicio profesional).

## MÉTODO

### **Justificación y planteamiento del problema.**

La salud mental en la actualidad es un tema que preocupa a organismos internacionales. México es un país donde la atención en la salud mental no es un tema prioritario esto se refleja en el presupuesto destinado a la salud mental que es el 2% del presupuesto total de salud. De este 2% el 80% se destina a hospitales psiquiátricos, por lo que las acciones desde prevención y la atención comunitaria se ven mermados (IESM-OMS, 2011).

En el 2011 la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizaron una evaluación sobre el panorama de la salud mental en México, en esta se sugieren ciertas recomendaciones a nuestro país para mejorar la calidad y atención en la salud mental, pero no desde la atención psiquiátrica, sino desde la prevención.

Entre los profesionales de la salud mental es importante preguntarse qué habilidades está adquiriendo el psicólogo en formación para realizar intervención desde marco preventivo, donde hay mayor demanda y se busca minimizar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos.

Así mismo, es importante conocer cómo intervienen los psicólogos en diferentes programas y niveles de atención a la Salud Mental, en cuanto a evaluación e intervención se refieren, en un escenario comunitario. A partir de lo anterior surge la pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre los motivos de atención psicológica y el establecimiento de los focos de intervención clínica que realizan psicólogos en formación en un Centro Comunitario de Atención Psicológica?

Indagar sobre la intervención que realizan los psicólogos en el consultorio desde el motivo de consulta y los focos de intervención propicia la identificación de las problemáticas de una población y provee información que orienta a la creación de programas preventivos. Una forma de conocer esta intervención es desde la atención clínica-comunitaria que se realiza en los Centros Comunitarios de Atención Psicológica.

## **Objetivo**

En un servicio de atención clínica comunitaria (CCAP “Los Volcanes):

Identificar la importancia de la relación entre los motivos de consulta psicológica y el establecimiento de focos de intervención terapéutica en procesos de tratamiento que realizan psicólogos clínicos en formación.

### **Objetivos Específicos**

- Describir las características sociodemográficas (edad, nivel socioeconómico, escolaridad, procedencia, estado civil, ocupación) de las personas que acuden a solicitar atención.
- Indagar sobre el motivo de consulta de personas que acude a solicitar atención psicológica y analizar el establecimiento de los focos de intervención
- Identificar los principales enfoques de intervención que utilizan los psicólogos en formación y las técnicas e instrumentos de evaluación.
- Conocer el curso, alcance, duración y participantes de los procesos de intervención clínica.

### **Tipo de estudio**

No experimental, debido a que como señala Hernández y cols., (2010) se trata de una investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, de forma tal que, se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos.

Es un estudio de campo, ya que el estudio es llevado a cabo en una situación real (Hernández y cols., 2010), en este caso dentro del ambiente donde se desenvuelven actualmente las personas objeto de estudio.

Exploratorio, ya que el objetivo del estudio es examinar principalmente los mecanismos de atención en la población que acude a consulta psicológica en un centro comunitario de atención psicológica. (Hernández y cols., 2010).

Esta investigación buscó observar el comportamiento de una variable en un contexto natural, por lo cual se indagó en:

1.-El motivo de consulta o atención psicológica de personas que acuden a solicitar atención psicológica.

2.- El establecimiento de los focos de intervención clínica de personas que acuden a solicitar atención psicológica

3.- Los principales enfoques de intervención que utilizan los psicólogos en formación y las técnicas e instrumentos de evaluación de personas que acude a solicitar atención psicológica.

4.- En conocer cuál es el curso, alcance y participantes de los procesos de intervención clínica.

## **Variables**

### *Motivo de atención psicológica*

En el motivo de atención psicológica o motivo de consulta es aquel donde se expresa el interés y la causa por la cual el solicitante necesita el apoyo psicológico. En este trabajo no se profundizó entre las diferencias de motivo de consulta manifiesto y latente. Tomaremos en cuenta el motivo de consulta que fue expresado por el paciente (Martínez-Farrero, 2006; Muñoz-Martínez & Novo, 2012; Rodríguez-Charry, 2007).

### *Focos de Intervención clínica*

Los focos de intervención clínica es la estrategia que el psicólogo plantea para dar solución al motivo de consulta. Este se enfoca en la estrategia que dé solución al malestar lo más pronto posible. Dentro del CCAP "Volcanes" además de lo expuesto, el foco de intervención se establece en función de la demanda y urgencia del paciente,

así como el nivel de formación del psicólogo y sus competencias (Fernández-Ballesteros, 2003; Phares, 1996; Keawe'aimoku Kaholokulaa, 2013).

### *Enfoques de intervención*

Los enfoques de intervención son los marcos referenciales que permiten al psicólogo comprender el problema y seleccionar un tipo de tratamiento. Los tratamientos se basan en diferentes metodologías, estrategias de intervención, la duración de la terapia, las dificultades y tiempos según el proceso terapéutico. Son una guía que utiliza el psicólogo clínico para comprender, evaluar y solucionar al problema del solicitante desde un modelo psicológico (Phares, 1996; Sánchez-Escobedo, 2008; Feixas & Miro, 2005; Trull & Phares, 2003).

Dentro de esta investigación, para conocer los diferentes enfoques de intervención que realizan los psicólogos en el CCAP “Los Volcanes” se establecieron diferentes categorías:

- 1.-Psicoeducación: Orientación
- 2.-Cognitivo Conductual (Triada cognitiva, Terapia racional emotiva)
- 3.-Humanista (Terapia de juego centrada en el niño, Enfoque humanista centrado en la persona, Gestáltico)
- 4.-Psicodinámico: (Terapia filial, Terapia Breve, Terapia Breve)
- 5.-Terapia Narrativa (Posmoderno Narrativo)
- 6.-Sistémico: (Terapia breve sistémica, Terapia sistémica con enfoque estructural)

### *Proceso de intervención*

El proceso de intervención es el curso de la terapia, su eficacia, los cambios que produce y el papel del terapeuta (Feixas & Miro, 2003; Frojan, Montaña, Calero & Ruiz, 2011; Ruíz-Sancho, Frojan-Parga & Calero-Elvira, 2013). Para fines de este trabajo el análisis del proceso terapéutico se hizo a partir de los siguientes datos:

Curso: Número de sesiones de evaluación, de intervención y cierre. Si el proceso se consideró completo o incompleto. Si el paciente fue dado de alta, baja o aun continua el proceso terapéutico.

Alcance: Se entenderá como el objetivo clínico del proceso terapéutico: orientación, valoración, tratamiento y canalización. Así como el área de intervención: personal, familiar, padre-hijo y pareja y si se reportaron logros durante la intervención.

## Muestra

La muestra que se tomó para realizar este estudio será por conveniencia por la facilidad de localizar a los psicólogos que atendieron a los pacientes durante el 2014. El muestreo de o por conveniencia es una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. (Hernández y cols, 2010)

El CCAP “Los Volcanes” abrió un total de 144 expedientes durante el 2014, se tomó en cuenta el primer folio abierto en el 2014 y el último que se abrió en Diciembre del 2014. Se realizó una revisión de cada uno de los expedientes.

### Situación de los expedientes durante la revisión

| Estado de expediente | Frecuencia | Porcentaje % |
|----------------------|------------|--------------|
| De grupo             | 3          | 2            |
| Incompleto           | 27         | 18.7         |
| Reapertura           | 2          | 1.7          |
| Total                | 26         | 22           |

**Tabla 1.** Motivo por el cual los expedientes no se incluyeron en el análisis de datos.

Cómo se puede observar de los 144 expedientes revisados, no se tomaron en cuenta aquellos expedientes de grupo, así como los que no contaban con un estudio socioeconómico o que no se encontró al psicólogo que atendió el caso. A su vez se agregaron los expedientes reabiertos durante el 2014. Se contó con un total de 117

expedientes, los cuales se dividieron en expedientes con focos de intervención y sin focos de intervención. (Tabla 2)

#### **Pacientes en donde se estableció foco de intervención**

| Focos de intervención | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Con                   | 95         | 81.2       |
| Sin                   | 22         | 18.8       |
| Total                 | 117        | 100%       |

**Tabla 2.** Pacientes que se incluyeron en el análisis del proceso de intervención porque contaban con un foco de intervención

Para realizar el análisis estadístico sobre el motivo de consulta y los datos sociodemográficos se tomaron en cuenta todos los expedientes (117). Para realizar el análisis sobre el proceso de intervención sólo se tomó en cuenta aquellos pacientes donde se establecieron los focos de intervención el 81.2% de los expedientes.

#### **Sujetos**

- A) Consultantes que fueron aceptados en el CCAP “Los Volcanes” como pacientes durante Enero –Diciembre 2014 que contaran con un expediente individual, estudio socioeconómico y motivo de consulta.
- B) Psicólogos pertenecientes a un programa académico que realizaron sus prácticas y residencia en el CCAP “Los Volcanes”.
  - a. Programa Único de Especializaciones en Psicología: Intervención Clínica en Adultos (9 psicólogos) y Grupos e Intervención Clínica en Niños y Adolescentes (3 psicólogos).
  - b. Maestría en Psicología: con residencia en Terapia Familiar (1 psicólogo) y con residencia en Psicoterapia Infantil (5 psicólogos).
  - c. Programa de Servicio Social (5 psicólogos)



## Contexto y escenarios

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” se inauguró el 26 de Noviembre 2004 como parte de un convenio establecido por la Facultad de Psicología UNAM y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C. El CCAP está ubicado en Volcán Cofre de Perote esquina con Volcán Fujiyama s/n, Colonia Los Volcanes, Tlalpan, Ciudad de México. Surge como parte de un convenio establecido por la Facultad de Psicología UNAM y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C. El convenio se establece por el interés de la facultad de abrir espacios de formación para realizar actividades como prevención, evaluación, intervención e investigación y al mismo atender las necesidades de una población en el terreno de la salud mental (Valenzuela, 2014).

A lo largo de los años el CCAP “Los Volcanes” ha contado con diferentes programas académicos para atender estas necesidades de formación y atención a la comunidad. En su fundación en CCAP contaba con programa de Servicio Social, posteriormente de integraron residentes en maestría y por último especialidad.

Actualmente el CCAP “Los Volcanes” cuenta con los programas académicos:

- Programa Único de Especializaciones en Psicología: Intervención Clínica en Adultos y Grupos e Intervención Clínica en Niños y Adolescentes.
- Maestría en Psicología: con residencia en Terapia Familiar y con residencia en Psicoterapia Infantil.
- Programa de Servicio Social.

En general, los diferentes programas académicos realizan actividades como: Pre consulta; entrevista para evaluación clínica (individual y familiar); psicodiagnostico; orientación individual y familiar; psicoterapia breve, focalizada y de tiempo limitado; juego diagnóstico y psicoterapia de juego; terapia familiar y de pareja; intervención en crisis; referencia a otras instituciones y seguimiento de casos (Valenzuela, 2011). Así mismo cada programa cuenta con actividades específicas que permiten el óptimo funcionamiento del centro.

En el 2014, el equipo de CCAP “Volcanes” se encontró conformado por 8 académicos, 5 estudiantes de Servicio Social, 4 residentes de maestría en Psicoterapia infantil y 3 residentes de maestría en Terapia Familiar, 6 en la Especialidad Adultos y Grupos y 4 en la Especialidad de Niños y Adolescentes.

### **Proceso de admisión**

Debido al incremento de la demanda de atención psicológica en el CCAP “Los Volcanes” fue necesario implementar un proceso de admisión que disminuyera la lista de espera y diera respuesta lo más pronto posible a los solicitantes de atención psicológica.

El proceso de admisión en el CCAP es el siguiente:

1.- Contacto Inicial: El solicitante llama o acude para solicitar informes. En el cuál se le mencionan los costos y el proceso de admisión. Se le asigna el día en que debe acudir para llenar al cuestionario, el consentimiento informado y la entrevista de admisión.

2.-Recepción: El solicitante acude a su cita. Se presenta al equipo y se informa sobre el proceso. Se realiza el llenado del cuestionario, en donde se analiza la información obtenida. Se realiza la entrevista de 50 minutos donde se busca aclarar u obtener más información sobre el acontecimiento por el cuál asiste el consultante. Se elabora una nota clínica.

3.-Comité de evaluación: Se presenta la solicitud del paciente donde se busca detectar las principales necesidades del caso, los elementos diagnósticos, el pronóstico, los posibles focos de intervención y se decide si cuenta con los recursos para atender el caso.

4.-Respuesta y acciones: Se comunica con los consultantes las consideraciones y propuestas realizadas por los especialistas para dar atención al caso. Dependiendo del caso se decide si se requiere mayor evaluación, si es atendido por algún integrante del equipo académico o si es referido a una institución especializada.

## La población que acude al centro

De la delegación Tlalpan, los pacientes que acuden al CCAP son principalmente de las colonias Los Volcanes, San Pedro Mártir, Los Hornos, El mirador, Tlalcoligia, San miguel Topilejo, Tepeximilpa, San Andrés y Pedregal de las Águilas.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en un área de 1609 metros alrededor del CCAP “Los Volcanes” hay una población de 88, 157 habitantes, de los cuales 22,662 tienen de 15 a 29 años, 35,177 tienen 30 a 59 años y 7,903 son mayores de 60 años. Existen 2797 con algún tipo de discapacidad. A diferencia de hace 10 años que se fundó el CCAP “Los Volcanes” actualmente la mayoría de la población que se encuentra alrededor cuenta con los servicios básicos de acuerdo a la Encuesta Nacional de Población y Vivienda (2010).

Valenzuela (2011) refiere que los principales motivos de consulta son problemas de aprendizaje, problemas de conducta en casa y escuela, problemas emocionales de diversa índole, violencia y desintegración familiar, depresión y diversos tipos de duelo, trastornos de ansiedad y carácter, maltrato y abuso sexual infantil, alcoholismo y adicción a drogas (Cuadro 6).

| Principales motivos de consulta (2005-2014)   |            |
|---|------------|
| Motivo de consulta  | Porcentaje |
| Trastornos depresivos   | 16%        |
| Problemas emocionales y de conducta en niños: enuresis, encopresis, ansiedad de separación, impulsividad, agresividad | 16%        |
| Síntomatología diversa: somatización, impulsividad, autolesiones  | 14%        |
| Trastornos de ansiedad  | 13%        |
| Problemas del desarrollo, aprendizaje, TDAH, TCA  | 12%        |
| Problemas de pareja: separación, divorcio, celotipia, migración   | 8%         |
| Disfunción y violencia familiar   | 8%         |
| Alcoholismo y adicción a drogas   | 5%         |
| Diversos tipos de duelo y pérdida, intento suicida  | 4%         |
| Diversas formas de maltrato y abuso sexual infantil   | 2%         |
| Otros: discapacidad intelectual, psicosis, TLP  | 2%         |
| Total   | 100%       |

Cuadro 6. Principales motivos de consulta en el CCAP "Los Volcanes" .

Tomado de Valenzuela, A. (2014). Supervisión Clínica y formación en servicio en un Centro Comunitario de Atención Psicológica. Ponencia en VII Congreso Internacional de Psicología Clínica. Sevilla, España.

## **Instrumentos**

Cuestionario semi-estructurado: Diseñado para esta investigación que buscó obtener datos sociodemográficos del paciente y datos sobre el proceso de evaluación e intervención (motivo de consulta, objetivo clínico, focos de intervención, tipo de intervención y logros.) Este cuestionario fue llenado a partir de los cuestionarios de admisión, los expedientes y los psicólogos que atendieron a los pacientes durante el 2014. (Anexo 1)

Cuestionarios de admisión: Utilizado y diseñado por el CCAP “Los Volcanes”. Este cuestionario tiene tres versiones “Solicitud de admisión adultos” (Anexo2), “Solicitud de admisión para padres” (Anexo 3) y “Solicitud de admisión para menores de edad” (Anexo 4)

Los cuestionarios de admisión se dividen en tres partes:

- Identificación del cuestionario: Esta parte es llenada por el personal del centro, donde se escriben datos como número de expediente, fecha de aplicación, programa académico que lo aplicó, psicólogo que lo aplicó y observaciones.
- Datos sociodemográficos: busca obtener datos básicos del solicitante como origen, domicilio, escolaridad, trabajo, ingreso, seguro médico y composición familiar.
- Motivo de consulta: Se busca obtener datos sobre el motivo por el cual se solicita atención, cuando inicio el problema, si ha intentado solucionarlo, si con anterioridad ha presentado el problema, que tan grave lo considera y cómo está afectado su vida, si ha recibido con anterioridad apoyo psicológico, si toma algún medicamento y por qué quiere solicitar atención psicológica.

El cuestionario de admisión es complementado con una entrevista de 45 - 60 minutos donde se busca obtener más información sobre el motivo de consulta y se elabora una nota clínica que se anexa al expediente. En el cuestionario de admisión de padres la tercer parte del cuestionario se contesta con referencia al menor por el cuál solicitan

atención, solo los mayores de 12 años y menores de 18 años contestan el cuestionario de admisión para menores de edad.

Expedientes: Se lleva un registro de todos los pacientes atendidos en el CCAP “Los Volcanes” y cada uno contiene cuestionario de admisión, los instrumentos aplicados, tratamiento, nota clínica inicial, evaluación e historia clínica propuestas y focos de intervención.

### **Estrategia o procedimiento**

Para llevar a cabo este estudio se realizó el siguiente procedimiento:

1. Se revisaron 141 expedientes abiertos durante el periodo de Enero-Diciembre de 2014, se anexaron aquellos expedientes que se volvieron a reabrir durante ese periodo y se descartaron aquellos que no contaban con los datos sociodemográficos. De esta revisión se obtuvo información sobre los datos sociodemográficos (estado civil, ocupación, escolaridad, programa), el motivo de consulta escrito por el paciente, objetivo y proceso de intervención.
2. Se localizó a los psicólogos que atendieron a los pacientes durante el 2014 y se les aplicó un cuestionario semi-estructurado (Anexo 1). Se utilizaron medios como correo electrónico o el teléfono para obtener más información sobre el caso. Mediante la aplicación de este cuestionario se obtuvo información adicional sobre los focos y áreas de intervención, tipo de tratamiento y logros.
3. A partir de la información se realizó una base de datos y análisis estadístico descriptivo donde se utilizó el programa Microsoft Excel 2010 y el Programa IBM SPSS Statistics versión 2.0
4. Se realizaron tablas de contingencia y gráficos para poder comparar las diferentes variables entre sí.

# RESULTADOS

## 1.- Característica de la población atendida.

### Edad

La población que atendió el CCAP “Los Volcanes” durante el 2014 tuvo una Media de 22.26, una Mediana de 15 y una Moda de 14. El mínimo de edad que acudió a una sesión terapéutica fue de 3 años mientras que el paciente de mayor edad fue de 73 años. El número de pacientes que acudieron por grupo de edad fue de 39 niños de 3 a 12 años es decir el 33%, acudieron 31 adolescentes de 12 a 18 años que es el 27% y por último 47 adultos entre 18 años a 73 años un 40.20% total de la población.

### Sexo

De los 117 pacientes atendidos en el CCAP “Los Volcanes” el 59.8% fueron mujeres y el 40.2% fueron hombres, es decir, acudieron un total de 70 mujeres y 47 hombres.

### Sexo y Edad

De los 117 pacientes que se atendieron en el centro la distribución edad y el sexo por grupo de edad fue la siguiente: la población masculina predomina en los niños y adolescentes pero por solo un caso. Sin embargo en la población adulta predomina la población femenina.

### Comparación de género por grupo de edad

|      |              | Sexo       |            |            |            |
|------|--------------|------------|------------|------------|------------|
|      |              | Femenino   |            | Masculino  |            |
|      |              | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Edad | Niños        | 20         | 28.6%      | 19         | 40.4%      |
|      | Adolescentes | 16         | 22.9%      | 15         | 31.9%      |
|      | Adultos      | 34         | 48.6%      | 13         | 27.7%      |
|      | Total        | 70         | 100%       | 47         | 100.0%     |

**Tabla 3.** Frecuencia de la población masculina y femenina en cuanto a grupo de edad (niños, adolescentes y adultos).

## **Estado Civil**

De los 117 pacientes atendidos, 86 de los pacientes mencionaron estar solteros, 21 casados, 7 divorciados y 2 se encontraban viviendo en unión libre. El porcentaje de personas solteras fue de 74%, en unión libre 2%, casados el 18% y divorciado el 6%.

## **Escolaridad**

La escolaridad de los pacientes se registró de acuerdo a su ocupación, en aquellos que se encontraban estudiando se tomó en cuenta el nivel que cursaban, mientras que en los pacientes que se encontraban trabajando se anotó el último nivel de escolaridad concluida. De los 117 pacientes que fueron atendidos durante el 2014: 20 pacientes se encontraron en nivel el preescolar el 17.1%, un total de 26 pacientes en nivel primaria el 22.2%, 29 pacientes en nivel secundaria un 24.8%, 25 en el nivel medio superior un 21.4% y 17 en un nivel superior con 14.5 %.

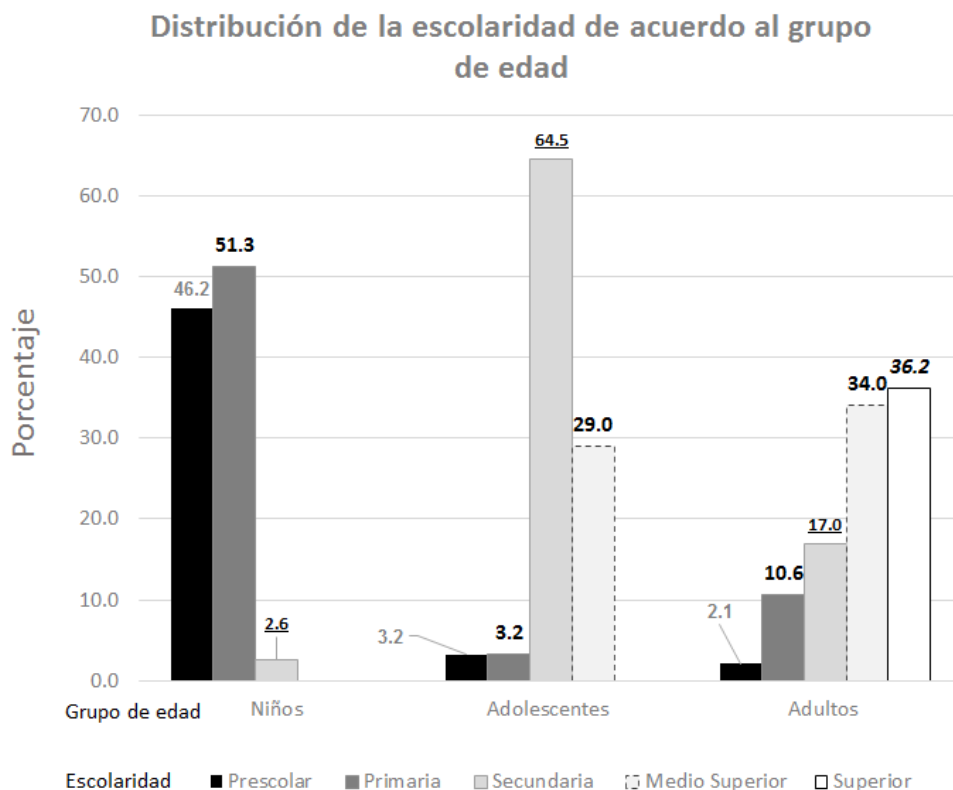
### ***Escolaridad y edad***

Si comparamos la escolaridad de acuerdo al grupo de edad se encontró que el grupo de 18 niños (menores de 12 años) se encuentran cursando el preescolar, 20 la primaria, mientras que el grupo de edad de Adolescentes (12 a 18 años) 20 se encuentra cursando la secundaria y 9 el nivel medio superior.

Como es de esperarse en el grupo de Adultos (18 años en adelante) se encuentran más distribuidos los niveles de escolaridad, 1 caso en nivel preescolar, 5 en nivel primaria, 8 en nivel secundaria, 16 en nivel medio superior y 17 en nivel superior.

De acuerdo a lo anterior se obtuvo la siguiente gráfica (Figura 1), en la cual se muestran los porcentajes de nivel de escolaridad del total de pacientes por grupo de edad. La escolaridad predominante en el grupo de niños es la primaria, mientras que en los adolescentes es la secundaria y en los adultos es el nivel superior.

**Figura 1.** Gráfico que muestra la distribución del nivel de escolaridad de acuerdo al grupo de edad.



## Procedencia

Los pacientes que acuden a solicitar atención psicológica al CCAP “Los Volcanes” provienen principalmente de la delegación Tlalpan con una frecuencia de 82 y un 70.1%, seguido de la delegación Coyoacán con una frecuencia de 7 y 6%, después de la delegación Iztapalapa con una frecuencia de 5 y un 4.5%.

Las delegaciones Benito Juárez, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Álvaro Obregón, Cuauhtémoc, Xochimilco, Venustiano Carranza, Azcapolzacó, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta y Estado de México tienen menos del 2.6% entre uno y dos casos de solicitantes por lugar que acuden como pacientes del CCAP “Los Volcanes”. Aunque este porcentaje es mínimo, nos habla del alcance que tiene el centro. Esto puede deberse a su convenio con la UNAM, ya que éste se encuentra anunciado en la



página de la Facultad de Psicología. Así mismo, habla de la necesidad de abrir más centros de atención psicológica.

### **Ocupación**

Las categorías que se hicieron para saber la ocupación de los pacientes atendidos durante el 2014, fueron 4: estudiante, ama de casa, con actividad económica remunerada y sin ninguna actividad económica. De los pacientes 72 son estudiantes es decir 61.5%, 29 pacientes, el 24.8% realizan una actividad económica remunerada, 9 son amas de casa el 7.7% y 7 no realizan alguna actividad económica remunerada el 6%.

### ***Ocupación y edad***

Al comparar la ocupación por grupo de edad notamos que 100% de los niños son estudiantes, en los adolescentes 27 son estudiantes el 87.1 % y sólo 4 se encuentran desempleados y no realizan ninguna actividad académica el 12.9%.

En la ocupación de la población adulta atendida se encontró que 29 se encuentran realizando una actividad económica remunerada el 61.7%, 9 se dedican al hogar el 19.1%, 6 continúan con sus estudios el 12.8% y 3 se encuentran desempleados el 6.4%.

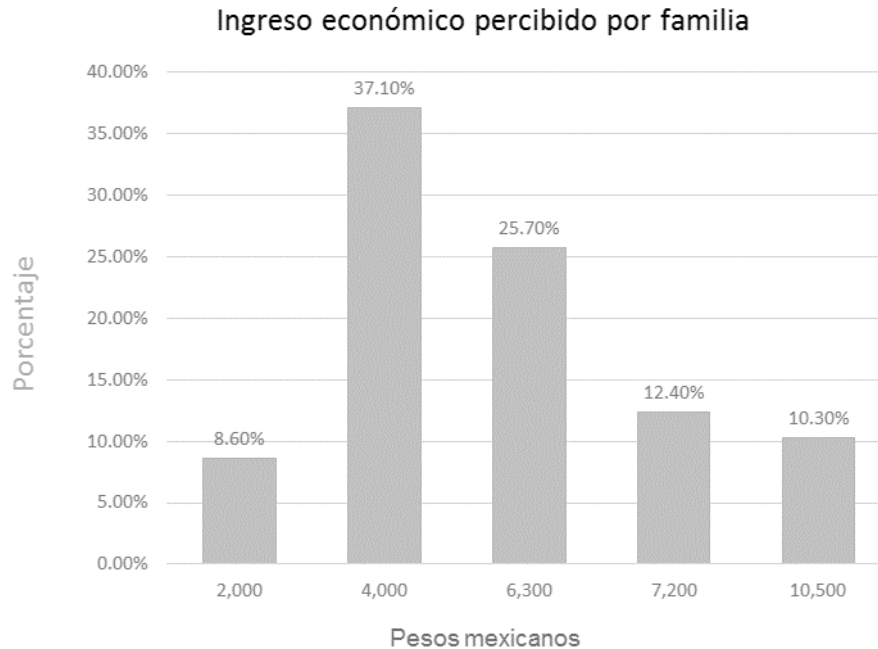
### **Ingreso de los pacientes por familia**

Para poder estimar el ingreso de los pacientes, se realizó una conversión de las cantidades proporcionadas a salario mínimo, de acuerdo como lo estableció Comisión Nacional de Salarios Mínimos en el 2014. Se tomó en cuenta el salario mínimo que pertenece a la zona geográfica del Distrito Federal, Zona A: 67.29 pesos y se realizó un redondeo. De acuerdo a lo anterior se obtuvieron las siguientes categorías: 1 salario mínimo=2000 pesos, 2 salarios mínimos=4000 pesos, 3 salarios mínimos=6300 pesos 4 salarios mínimos = 7200 pesos y 5 salarios mínimos =10,500 pesos

En el caso de los niños y adolescentes se obtuvo el ingreso de sus padres. De los 117 pacientes atendidos, 12 (10.3%) no proporcionó datos sobre sus ingresos. La mayoría

de los pacientes se encuentra en un ingreso de 2 a 3 salarios mínimos, cómo se muestra en la figura 2.

**Figura 2.** Gráfico que muestra el ingreso económico de las familias de acuerdo al salario mínimo.



## **2.- Motivo de consulta.**

Una vez realizadas cada una de las encuestas, se obtuvo información sobre los diferentes motivos de consulta por los cuales las personas acuden a solicitar atención psicológica. De las diferentes respuestas que tuvieron de los psicólogos y lo referido por los pacientes se obtuvieron las siguientes categorías:

- 1) Problemas relacionados con adicciones: En esta categoría se incluyó a las personas que mencionaron consumir alguna sustancia adictiva.
- 2) Atención en crisis: En esta categoría se incluyó a las personas que mencionaron acudir por presentar un estado de crisis emocional.
- 3) Problemas escolares y de aprendizaje: En esta categoría se incluyó a las personas que mencionaron acudir por problemas para relacionarse en la escuela, con profesores, compañeros y dificultad para el aprendizaje.

- 4) Problemas para relacionarse: En esta categoría se incluyó a las personas que mencionaron tener problemas para relacionarse en casa, escuela o trabajo y con relaciones interpersonales escasas o conflictivas.
- 5) Violencia (Familiar o de pareja): En esta categoría se incluyó a las personas que mencionaron haber recibido o ejercido una agresión física dentro de la dinámica familiar o de pareja.
- 6) Ansiedad: En esta categoría se incluyeron a las personas que mencionaron tener angustia ante alguna situación específica o presentaron dificultades para conciliar el sueño o preocupaciones que consideraban exageradas.
- 7) Problemas relacionados con la pareja: En esta categoría se incluyó a las personas que mencionaron que se acababan de separar, que en su relación existía inseguridad, celos, infidelidad o peleas constantes.
- 8) Autolesiones: En esta categoría se incluyeron aquellas personas que mencionaron llevar a cabo la práctica de “cutting”
- 9) Problemas en la relación entre hijos y padres: En esta categoría se incluyeron aquellos pacientes que mencionaron tener dificultades para poner límites a sus hijos, así como mejorar su comunicación con ellos o referían estar preocupados por algunas conductas que presentaban sus hijos. Así como aquellos pacientes que no contaban con una figura paterna o materna o la relación era conflictiva con alguno de ellos. (comunicación)
- 10) Depresión: En esta categoría se incluyeron aquellos pacientes que mencionaron tener depresión, dificultad para realizar su rutina, sentimientos de tristeza, soledad, enojo y llanto constante.
- 11) Fobias: En esta categoría se incluyeron a las personas que mencionaron tener miedo a una situación específica que les impedía realizar su rutina, o aquellos pacientes donde se mencionó tener miedos con frecuencia.
- 12) Intento de suicidio: En esta categoría se incluyeron pacientes que mencionaron intentar atentarse contra su vida.
- 13) Desórdenes alimenticios: En esta categoría se incluyó a los pacientes que mencionaron tener algún problema con la alimentación.

- 14)Enuresis: En esta categoría se incluyó a los pacientes que acudieron debido a tener micción involuntaria.
- 15)Abuso Sexual: En esta categoría se incluyó a los pacientes que mencionaron sufrir abuso sexual y el cuál les provocaba alguna dificultad en el momento de acudir a solicitar atención.
- 16)Duelo: En esta categoría se incluyó a las personas que mencionaron acudir por la pérdida reciente de un familiar.

Algunos de los pacientes atendidos durante el 2014 presentaron dos motivos de consulta, ya que mencionaron uno mientras realizaban su solicitud de admisión y otro se detectó durante la entrevista, sin descartar el primer motivo de consulta. De los 117 pacientes atendidos 38 tuvieron dos motivos de consulta, el 32.5%. Es importante mencionar que muchas veces los motivos por los cuales la persona acude a solicitar atención psicológica se modifican conforme las sesiones de tratamiento avancen y se ajustan a las necesidades y demandas del paciente.

El motivo de consulta principal por el cuál las personas acuden a solicitar atención psicológica fue “Problemas en la relación entre hijos y padres” con un 19.7%. El segundo motivo que predominó fue de 17.1% con “Agresión y problemas para relacionarse”, seguido de un 10.3% de “Problemas de pareja” y por último un 8.5% de “Ansiedad”. En el motivo de consulta secundario, se obtuvo principalmente fue “Problemas para relacionarse entre hijos y padres” con un 8.5%, seguido de un 6.8% de “Agresión y problemas para relacionarse”. En la tabla 4 observamos el motivo de consulta principal y secundario por número de casos.

### Frecuencia y porcentaje del motivo de consulta principal/secundario

|   | Motivo de consulta |             |            |            |                   |
|---|--------------------|-------------|------------|------------|-------------------|
|   | Principal          |             | Secundario |            |                   |
|   | Frecuencia         | Porcentaje  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje valido |
| Adicciones                                    | 2                  | 1.7         | 0          | 0          | 0                 |
| Atención en Crisis                            | 2                  | 1.7         | 2          | 1.7        | 5.3               |
| <b>Problemas escolares y de aprendizaje</b>   | <b>12</b>          | <b>10.3</b> | 0          | 0.0        | 0                 |
| <b>Agresion y problemas para relacionarse</b> | <b>20</b>          | <b>17.1</b> | <b>8</b>   | <b>6.8</b> | <b>21.1</b>       |
| Violencia (pareja,familia,pares)              | 6                  | 5.1         | 3          | 2.6        | 7.9               |
| Ansiedad                                      | 10                 | 8.5         | 1          | .9         | 2.6               |
| Problemas de pareja                           | 15                 | 12.8        | 3          | 2.6        | 7.9               |
| Autolesiones                                  | 8                  | 6.8         | 1          | .9         | 2.6               |
| <b>Problemas de relacion hijos-padres</b>     | <b>23</b>          | <b>19.7</b> | <b>10</b>  | <b>8.5</b> | <b>26.3</b>       |
| Depresión                                     | 6                  | 5.1         | 1          | .9         | 2.6               |
| Fobia   | 4                  | 3.4         | 3          | 2.6        | 7.9               |
| Intento de suicidio                           | 2                  | 1.7         | 2          | 1.7        | 5.3               |
| Desordenes alimenticios                       | 1                  | .9          | 0          | 0.0        | 0.0               |
| Enuresis                                      | 3                  | 2.6         | 0          | 0.0        | 0.0               |
| Abuso sexual                                  | 2                  | 1.7         | 3          | 2.6        | 7.9               |
| Duelo   | 1                  | .9          | 0          | 0.0        | 0.0               |
| Estrés  | 0                  | 0.0         | 1          | .9         | 2.6               |
| Total   | N=117              | 100.0       | n=38       | 32.5       | 100.0             |

**Tabla 4.** Motivos de consulta principal y secundario de acuerdo al número de casos que se presentaron.

Nota: En el motivo de consulta secundario se manejan dos porcentajes de acuerdo al numero de pacientes N=117, n=38

Al realizar tablas comparativas en el motivo de consulta inicial con el secundario de los 38 pacientes con dos motivos de consulta se obtuvo la Tabla 5. En la cual se observa que el motivo de consulta principal y secundario es similar en diferentes casos.

#### Relación entre motivo de consulta inicial y secundario por número de casos

|  | Motivo de consulta |  |          |
|--|--------------------|--|----------|
|  | Inicial            | Secundario                               |          |
| Adicciones                             |                    | Problema de relación hijos y padres      | 1        |
| Problemas escolares y de aprendizaje   |                    | Agresión y problemas para relacionarse   | 4        |
| Intento de suicidio                    |                    | Problemas en la relación hijos y padres. | 1        |
| Autolesiones                           |                    | Problema en la relación hijos y padres   | 1        |
| Duelo                                  |                    | Atención en crisis                       | 1        |
| Desordenes Alimenticios                |                    | Abuso sexual                             | 1        |
| Agresión y problemas para relacionarse |                    | Problemas en la relación hijos y padres  | 4        |
|  |                    | Fobia                                    | 1        |
|  |                    | Ansiedad                                 | 2        |
|  |                    | Eneuresis                                | 1        |
| Violencia                              |                    | Depresión                                | 1        |
|  |                    | Problemas de pareja                      | 3        |
|  |                    | Agresión y problemas para relacionarse   | 1        |
|  |                    | Atención en crisis                       | 1        |
|  |                    | Problemas en la relación hijos y padres  | 3        |
| Ansiedad                               |                    | Fobia                                    | 2        |
|  |                    | Violencia                                | 1        |
|  |                    | Agresión y problemas para relacionarse   | 1        |
| Depresión                              |                    | Abuso sexual                             | 2        |
|  |                    | Problemas en la relación hijos y padres  | 1        |
|  |                    | Problemas de pareja                      | 1        |
| Problemas de pareja                    |                    | Intento de suicidio                      | 2        |
|  |                    | Estrés                                   | 1        |
|  |                    | Agresión y problemas para relacionarse   | 1        |
|  |                    |  | Total 38 |

Tabla 5. Se muestra el motivo de consulta principal con el motivo de consulta secundario con que se presentó. Se observa que en algunos casos hubo mas de dos casos donde coinciden dos motivos

Por ejemplo, se presentaron 4 casos donde el motivo de consulta principal de “Problemas Escolares y de aprendizaje” se presentó junto con el motivo de consulta “Agresión y problemas para relacionarse”. Otro de los casos significativos fue que el de “Problemas para relacionarse” se presentó junto con el motivo de consulta “Problemas en la relación hijos-padres”.

Aunque no se puede hablar de una relación significativa entre un motivo de consulta y otro, dadas las limitaciones de esta investigación. Es interesante observar como un motivo de consulta se puede presentar junto con otro en repetidas ocasiones con diferentes casos. Un caso interesante es el de ansiedad quien en dos ocasiones presenta una fobia y depresión que en dos casos se presenta como motivo de consulta secundario o posterior abuso sexual. También se puede observar en problemas de pareja junto con intento de suicidio o violencia.

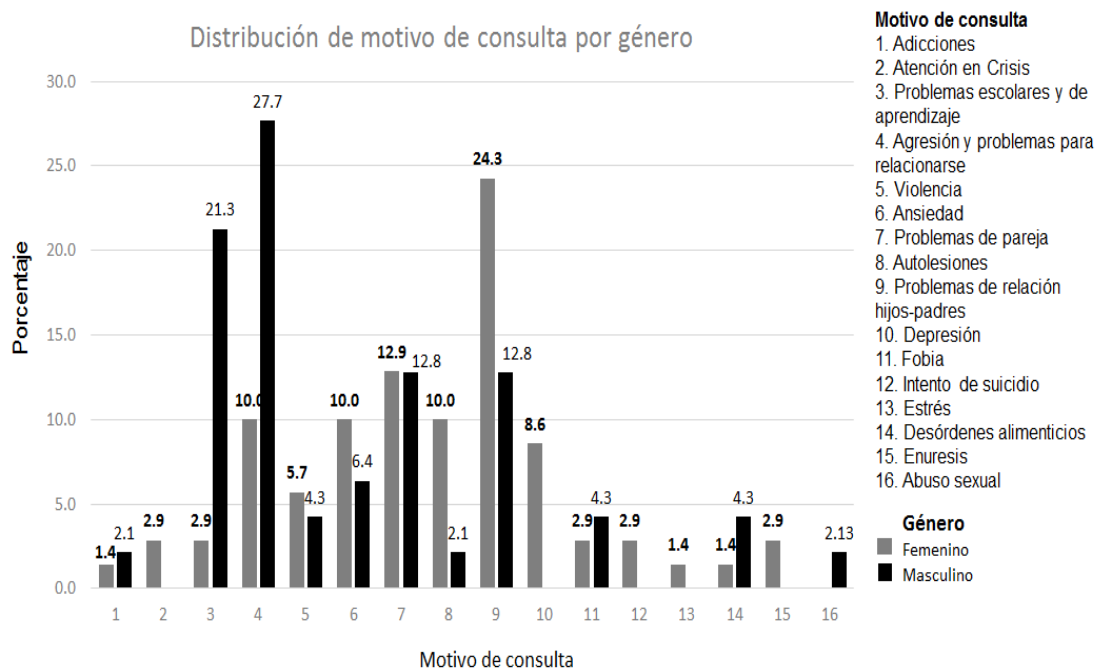
#### ***Motivo de consulta por género***

Al CCAP “Los Volcanes” acudieron un 60% de mujeres y un 40% de hombres, de los cuales su motivo de consulta se distribuyó como se muestra a continuación. Figura 3

En donde se observa que la población masculina acudió al CCAP principalmente por: Agresión y problemas para relacionarse 27.7%, seguido de un motivo de consulta por Problemas escolares y de aprendizaje con 21.3% y en tercer lugar encontramos Problemas de pareja con 12.8% y Problemas en la relación hijos y padres con 12.8%.

En las mujeres el principal motivo de consulta es: Problemas en la relación hijos y padres con 24.3%, seguido de Problemas de pareja con 12.9% y Agresión y problemas para relacionarse/Ansiedad/Autolesiones con 10%.

**Figura 3.** Gráfico que muestra la distribución en porcentaje de los motivos de consulta de acuerdo al género.



***Motivo de consulta de acuerdo grupo de edad y género.***

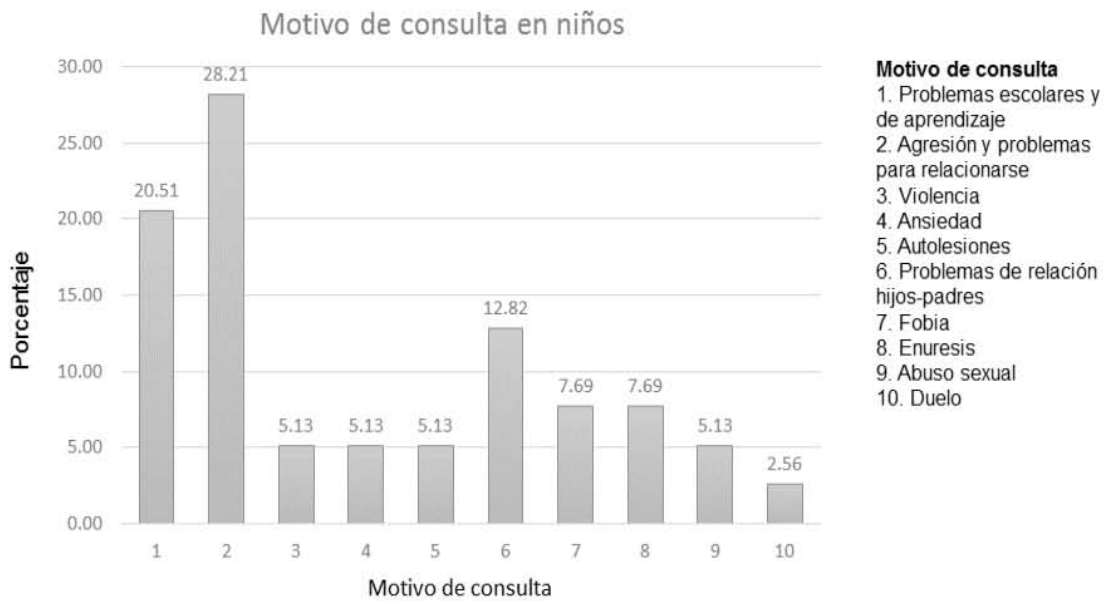
Del total de pacientes que acudieron atención psicológica el 40% fueron adultos, el 33% niños y el 27% adolescentes. De estos porcentajes se obtuvo los motivos de consulta principal en cada grupo.



## Población Infantil

La población infantil fue un total de n=39. Se presentaron 10 motivos de consulta, en la gráfica (figura 4) se observa que destacan los motivos por Agresión y problemas para relacionarse y Problemas escolares y de aprendizaje.

**Figura 4.** Gráfico que muestra la distribución de los motivos de consulta en la población infantil (0 a 12 años)



Al comparar el motivo de consulta entre el grupo de edad y sexo se encontró que en la población masculina infantil presenta motivos de consulta sobre la relación con pares y problemas escolares. La población femenina presenta problemas en relación hijos y padres, autolesiones y ansiedad. (Tabla 6)

Distribución de motivo de consulta en Niños

| Motivo de consulta                     | Género     |             |     |
|--|------------|-------------|-----|
|  | Femenino   | Masculino   |     |
| Problemas escolares y de aprendizaje.  | 5.1        | <b>15.4</b> |     |
| Agresión y problemas para relacionarse | 12.8       | <b>15.4</b> |     |
| Violencia (pareja,familia,pares)       | 2.6        | 2.6         |     |
| Ansiedad                               | <b>5.1</b> | 0.0         |     |
| Autolesiones                           | <b>5.1</b> | 0.0         |     |
| Problemas de relación hijos-padres     | <b>7.7</b> | 5.1         |     |
| Enuresis                               | 2.6        | <b>5.1</b>  |     |
| Abuso sexual                           | <b>5.1</b> | 0.0         |     |
| Duelo                                  | 0.0        | <b>2.6</b>  |     |
| Fobia                                  | 5.1        | <b>2.6</b>  |     |
| Total                                  | 51.2       | 48.8        | 100 |

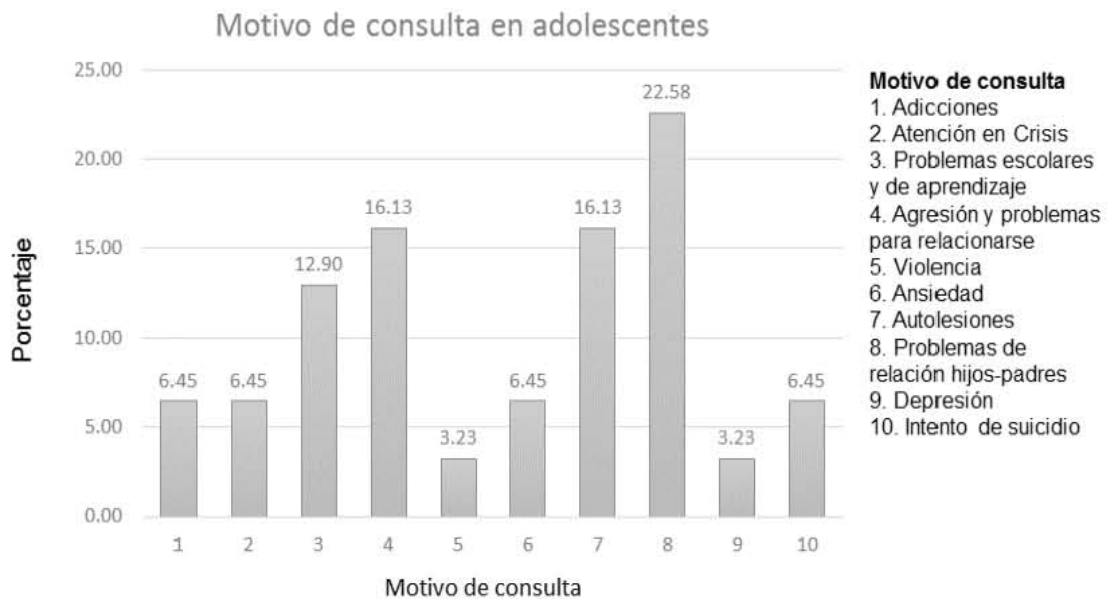
**Tabla 6.** Porcentaje de distribución del motivo de consulta de la población infantil n=39

Nota: En negritas se destaca el motivo que predomina en la comparación femenino y masculino.

## Población Adolescente

Se presentaron 10 motivos de consulta en la población adolescente (Figura 5) en donde predomina la dificultad en la relación entre hijos y padres. Por otro lado, Agresión y problemas para relacionarse y Autolesiones se encuentran en el mismo porcentaje.

**Figura 5.** Gráfico que muestra la distribución de los motivos de consulta en la población adolescente ( 12 años a 18 años)  
n=31



En cuanto al género, en la tabla 7 podemos observar que hay un mayor número de motivos de consulta en la población femenina, está acude por autolesiones y problemas en la relación hijos y padres, por otro lado la población masculina acude por problemas escolares y de aprendizaje, así como problemas para relacionarse.

Distribución del motivo de consulta en Adolescentes

| Motivo de consulta                      | Género      |             |     |
|---|-------------|-------------|-----|
|   | Femenino    | Masculino   |     |
| Adicciones                              | 3.2         | 3.3         |     |
| Atención en crisis                      | <b>6.5</b>  | 0           |     |
| Problemas escolares y de aprendizaje    | 0           | <b>12.9</b> |     |
| Agresión y problemas para relacionarse  | 3.2         | <b>12.9</b> |     |
| Violencia                               | 0           | <b>3.2</b>  |     |
| Ansiedad                                | 3.2         | 3.2         |     |
| Autolesiones                            | <b>12.9</b> | 3.2         |     |
| Problemas en la relación hijos y padres | <b>12.9</b> | 9.7         |     |
| Depresión                               | <b>3.2</b>  | 0           |     |
| Intento de suicidio                     | <b>6.5</b>  | 0           |     |
| Total                                   | <b>51.6</b> | 48.4        | 100 |

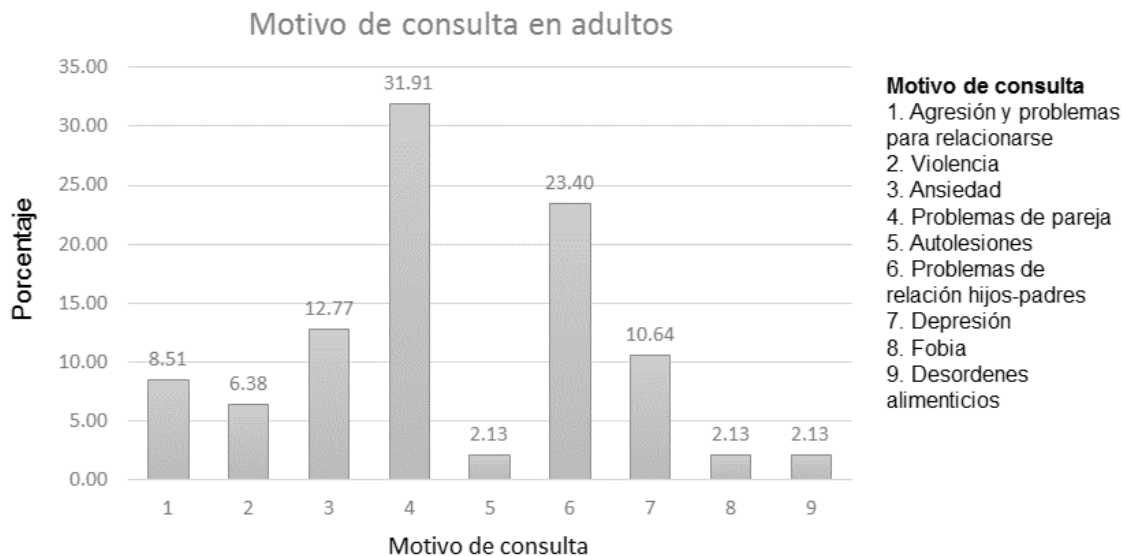
**Tabla 7.** Porcentaje de distribución del motivo de consulta de la población adolescente n=31

Nota: En negritas se destaca el motivo que predomina en la comparación femenino y masculino.

## Población adulta

En esta población se presentaron 9 motivos de consulta, donde el motivo de consulta problemas de pareja y problemas en la relación hijos y padres. También la ansiedad es un motivo que se ve presente en la gráfica.

**Figura 6.** Gráfico que muestra la distribución de los motivos de consulta en la población adulta ( 18 años en adelante) n=47



En la población adulta los hombres acuden por problemas para relacionarse y problemas de pareja, mientras que las mujeres por problemas de pareja, ansiedad y violencia. En general se nota una mayor distribución en los motivos de consulta de la población femenina, esto puede deberse a que acudieron a atención más mujeres que hombres.

Distribución del motivo de consulta en Adultos

| Motivo de consulta                     | Genero      |            |
|--|-------------|------------|
|  | Femenino    | Masculino  |
| Agresión y problemas para relacionarse | 2.2         | <b>6.4</b> |
| Violencia (pareja, familia, pares)     | <b>6.4</b>  | 0          |
| Ansiedad                               | <b>8.5</b>  | 4.3        |
| Problemas de pareja                    | <b>19.1</b> | 12.8       |
| Autolesiones                           | <b>2.1</b>  | 0          |
| Problema en la relación hijos y padres | <b>21.3</b> | 2.1        |
| Depresión                              | <b>10.6</b> | 0          |
| Fobia                                  | 0           | <b>2.1</b> |
| Desórdenes alimenticios                | <b>2.1</b>  | 0          |
| Total                                  | 72.3        | 27.7       |

**Tabla 8.** Porcentaje de distribución del motivo de consulta de la población adolescente n=47

Nota: En negritas se destaca el motivo que predomina en el genero masculino y femenino.

En las gráficas anteriores (Figura 4, 5, 6) se percibe que el motivo de consulta cambia conforme el grupo de edad. En los tres grupos se encuentra alto el motivo de consulta “Problemas entre hijos y padres”. Sin embargo, en el grupo de adultos los tres motivos que se encuentran altos son “Problemas de pareja” (31.9%), “Depresión” (10.6%) y “Ansiedad” (12.8%). En el grupo de adolescentes, los motivos de consulta que predominan “Autolesiones” (16.1%), “Agresión y problemas para relacionarse” (16.1%) y “Problemas escolares y de aprendizaje” (12.9%). En el grupo de niños uno de los principales motivos de consulta fue “Agresión y problemas para relacionarse” (28.2%) y “Problemas escolares y de aprendizaje” (20.5%).

### **3.- El establecimiento de los focos de intervención clínica**

Después de establecer o detectar el motivo de consulta, el psicólogo procede a establecer los focos de intervención, donde se identifica los recursos y dificultades del paciente. Después de la obtención de la información de los expedientes, se notaron focos de intervención específicos para cada paciente, por lo que se decidió establecer una serie de categorías para clasificar cada uno de los focos de intervención. Al aplicar los cuestionarios a los psicólogos se les indicó que escribieran los focos de intervención con los que más se trabajó y se mantuvieron durante el mayor número de sesiones.

El análisis solo se realizó con los casos en donde se estableció al menos un foco de intervención. Las categorías que se establecieron a partir de lo mencionado por los psicólogos fueron las siguientes:

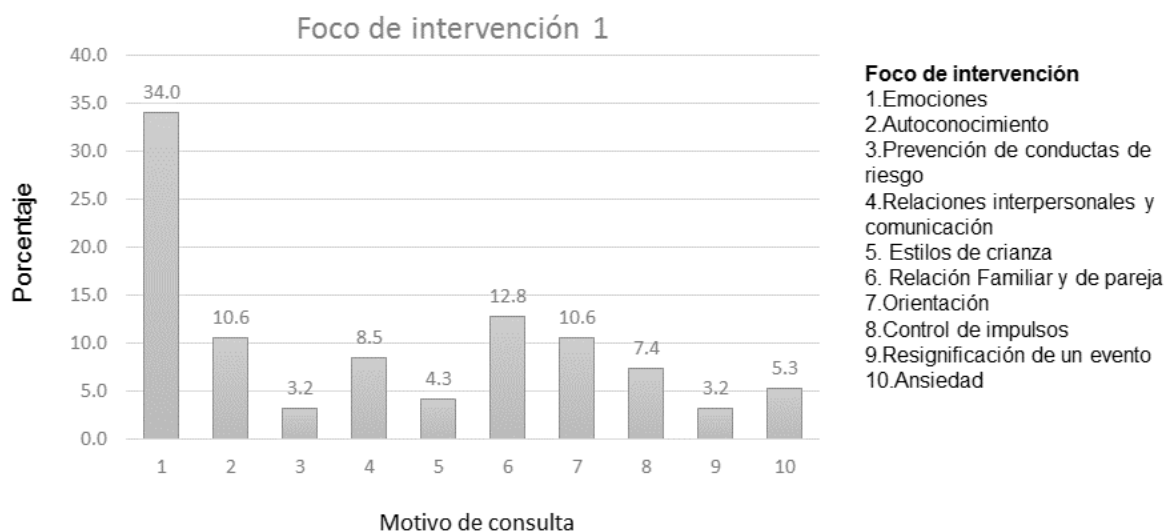
1. Emociones: En esta categoría se incluyó toda intervención realizada en el área emocional (regulación, reconocimiento, control, contención).
2. Autoconocimiento: En esta categoría se incluyó toda intervención enfocada hacia la autoestima, auto concepto, valía personal, autoimagen, autocuidado, independencia e individuación, responsabilidad de actos, fortalecimiento de yo, seguridad y autoeficacia.
3. Prevención de conductas de riesgo: En esta categoría se incluyó toda intervención orientada hacia la prevención.
4. Relaciones interpersonales y comunicación: En esta categoría se incluyeron toda intervención encaminada a estrategias de comunicación y para relacionarse. Así como favorecer redes de apoyo y habilidades sociales.
5. Estilos de crianza: En esta categoría se incluyeron aquellos focos de intervención encaminados a establecer acuerdos de crianza entre los padres o cuidadores, establecer límites y acompañamiento en la crianza de los hijos.
6. Relación familiar y de pareja: En esta categoría se incluyeron las intervenciones que se enfocaron en la reestructuración, roles, comunicación, separación y dinámica familiar o de pareja.

7. Orientación: En esta categoría se incluyeron los focos de intervención enfocados a brindar orientación en la toma de decisiones, solución de problemas, proyecto de vida y establecer metas. También se incluyó brindar información sobre algún tema específico como acudir a una institución o un especialista.
8. Autolesiones: En esta categoría se incluyó el brindar información sobre las autolesiones, tanto a los padres que acudían porque sus hijos presentaban autolesiones como a los adolescentes que presentaban esta conducta.
9. Control de impulsos: En esta categoría se agregaron las estrategias que se brindó a los pacientes en el manejo de enojo, ira y culpa.
10. Resignificación de un evento: En esta categoría se incluyó todo foco de intervención que buscó la elaboración, sensibilización, comprensión, valoración, modificación de la percepción de una situación específica.
11. Ansiedad: En esta categoría se incluyó la intervención encaminada al reconocimiento, manejo y disminución de los síntomas de ansiedad.

### Panorama general de los focos de intervención.

De los 117 casos atendidos en 95 casos se estableció un foco de intervención, es decir en el 80.3% de total de casos se logró establecer un objetivo.

**Figura 7.** Gráfico que muestra el porcentaje de la distribución del principal foco de intervención. n= 94

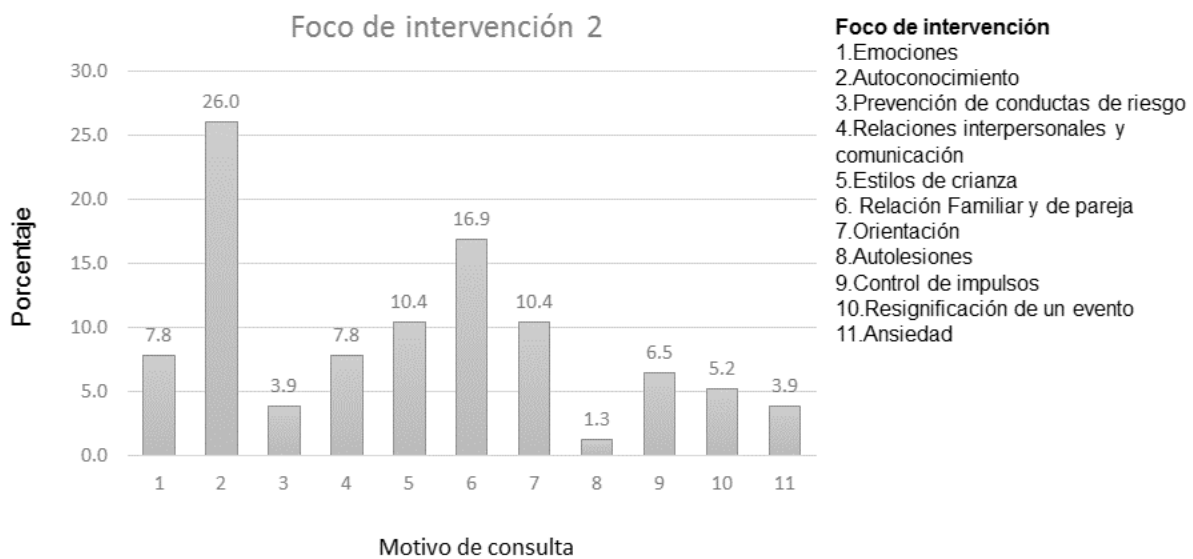




Como se muestra en la Figura 7 se establecieron 10 diferentes focos. Una intervención que destaca es en el área emocional.

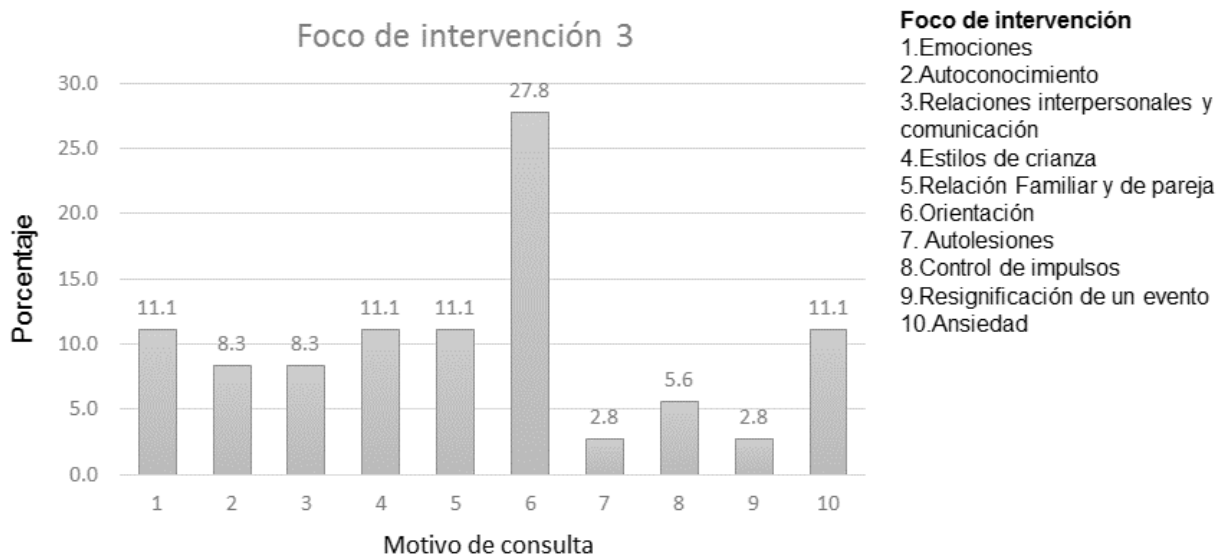
De los 117 casos atendidos en el centro, solo en 77 se establecieron dos focos de intervención un 65.8% de los casos. En la gráfica (Figura 8) se observa que el autoconocimiento es área donde más intervienen los psicólogos, después de las emociones.

**Figura 8.** Gráfico que muestra el porcentaje de la distribución del foco de intervención secundario. n= 77



De los 117 casos atendidos en el centro solo el 30.8% se establecieron tres focos, solo en 36 pacientes. (Figura 9). Al parecer este tercer foco de intervención que establecen los psicólogos se encamina en brindar orientación a los pacientes.

**Figura 9.** Gráfico que muestra el porcentaje de la distribución del tercer foco de intervención secundario. n= 36



### Foco de intervención por grupo de edad

En la Tabla 9 se observa que en el primer foco de intervención las emociones sobresalen en los 3 grupos de edad, sin embargo como segundo foco de intervención hay diferencias. En los niños fue la relación familiar y de pareja, en los adolescentes auto conocimiento y control de impulsos mientras que en los adultos orientación.

En la tabla 10 se muestra que en el segundo foco de intervención en niños predomina el autoconocimiento, en adolescentes la relación familiar y de pareja y en los adultos el autoconocimiento.

En la tabla 11 se observa que en los niños se trabajó orientación, está enfocada hacia los padres, mientras que en los adolescentes se trabajó las relaciones interpersonales y la relación familiar. En los adultos se trabajó la relación familiar y ansiedad.

Comparación entre el grupo de edad y foco de intervención principal

| Foco de Intervención                            | Grupo de edad |             |              |             |            |             |
|---|---------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|
|   | Niños         |             | Adolescentes |             | Adultos    |             |
|   | Frecuencia    | Porcentaje  | Frecuencia   | Porcentaje  | Frecuencia | Porcentaje  |
| Emociones                                       | 17            | <b>48.6</b> | 6            | <b>26.1</b> | 9          | <b>25</b>   |
| Autoconocimiento                                | 0             | 0.0         | 4            | <b>17.4</b> | 6          | <b>16.7</b> |
| Prevención de conductas de riesgo               | 1             | 2.9         | 2            | 8.7         | 0          | 0.0         |
| Relaciones interpersonales y Estilos de crianza | 2             | 5.7         | 2            | 8.7         | 4          | 11.1        |
| Estilos de crianza                              | 1             | 2.9         | 1            | 4.3         | 2          | 5.6         |
| Relación Familiar y de pareja                   | 7             | <b>20.0</b> | 1            | 4.3         | 4          | 11.1        |
| Orientación                                     | 1             | 2.9         | 2            | 8.7         | 7          | <b>19.4</b> |
| Control de impulsos                             | 2             | 5.7         | 4            | <b>17.4</b> | 1          | 2.8         |
| Resignificación de un evento                    | 1             | 2.9         | 0            | 0.0         | 2          | 5.6         |
| Ansiedad  | 3             | 8.6         | 1            | 4.3         | 1          | 2.8         |
| Total   | 35            | 100         | 23           | 100         | 36         | 100         |

**Tabla 9.** Frecuencia y porcentaje por grupo de edad y foco de intervención principal. n=94

Nota: Se destaca los focos que predominan en cada grupo.

### Comparación entre el grupo de edad y el foco de intervención secundario

| Foco de Intervención                           | Grupo de edad |             |              |             |            |             |
|--|---------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|
|  | Niños         |             | Adolescentes |             | Adultos    |             |
|  | Frecuencia    | Porcentaje  | Frecuencia   | Porcentaje  | Frecuencia | Porcentaje  |
| Emociones                                      | 2             | 7.7         | 2            | 9.5         | 2          | 6.7         |
| Autoconocimiento                               | 11            | <b>42.3</b> | 4            | 19.0        | 5          | <b>16.7</b> |
| Prevención de conductas de riesgo              | 0             | 0.0         | 3            | 14.3        | 0          | 0.0         |
| Relaciones interpersonales y Estilosde crianza | 2             | 7.7         | 2            | 9.5         | 2          | 6.7         |
| Relacion Familiar y de pareja                  | 3             | 11.5        | 1            | 4.8         | 4          | 13.3        |
| Orientación                                    | 3             | 11.5        | 6            | <b>28.6</b> | 4          | 13.3        |
| Autolesiones                                   | 2             | 7.7         | 2            | 9.5         | 4          | 13.3        |
| Control de impulsos                            | 0             | 0.0         | 0            | 0.0         | 1          | 3.3         |
| Resignificación de un evento                   | 1             | 3.8         | 0            | 0.0         | 4          | 13.3        |
| Ansiedad                                       | 2             | 7.7         | 1            | 4.8         | 1          | 3.3         |
|  | 0             | 0.0         | 0            | 0.0         | 3          | 10.0        |
| Total  | 26            | 100         | 21           | 100         | 30         | 100         |

**Tabla 10.** Frecuencia y porcentaje por grupo de edad y foco de intervención principal. n=77

Nota: Se destaca los focos que predominan en cada grupo.

Comparación entre el grupo de edad y el tercer foco de intervención

| Foco de intervención                      | Grupo de edad |             |              |             |            |             |
|---|---------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|
|   | Niños         |             | Adolescentes |             | Adultos    |             |
|   | Frecuencia    | Porcentaje  | Frecuencia   | Porcentaje  | Frecuencia | Porcentaje  |
| Emociones                                 | 1             | 7.7         | 0            | 0.0         | 3          | <b>20.0</b> |
| Autoconocimiento                          | 1             | 7.7         | 0            | 0.0         | 2          | 13.3        |
| Relaciones interpersonales y comunicación | 1             | 7.7         | 2            | <b>25.0</b> | 0          | 0.0         |
| Estilosde crianza                         | 2             | 15.4        | 0            | 0.0         | 2          | 13.3        |
| Relacion Familiar y de pareja             | 1             | 7.7         | 2            | <b>25.0</b> | 1          | 6.7         |
| Orientación                               | 7             | <b>53.8</b> | 1            | 12.5        | 2          | 13.3        |
| Autolesiones                              | 0             | 0.0         | 1            | 12.5        | 0          | 0.0         |
| Control de impulsos                       | 0             | 0.0         | 0            | 0.0         | 2          | 13.3        |
| Resignificación de un evento              | 0             | 0.0         | 1            | 12.5        | 0          | 0.0         |
| Ansiedad                                  | 0             | 0.0         | 1            | 12.5        | 3          | <b>20.0</b> |
| Total                                     | 13            | 100         | 8            | 100         | 15         | 100         |

**Tabla 11.** Frecuencia y porcentaje por grupo de edad y foco de intervención principal. n=36

Nota: Se destaca los focos que predominan en cada grupo.

## **Relación entre focos de intervención y motivo de consulta**

Esta investigación busca comprender la relación que hay entre el motivo de consulta con los focos de intervención. En la Tabla 12 podemos observar foco de intervención y los diferentes motivos de consulta que se atendieron.

Algunas categorías de focos de intervención son frecuentes en la mayoría de los motivos de consulta, tal es el caso de los focos de intervención establecidos como emociones, autoconocimiento, relación familiar y de pareja y orientación.

El foco de intervención emociones y autoconocimiento se presentó en 13 de los 17 motivos de consulta. La intervención para mejorar la relación familiar y de pareja y orientación fue utilizada en 10 de los 17 motivos de consulta. Mejorar estrategias en relaciones interpersonales y de comunicación se presentó en 8 motivos de consulta, seguida de control de impulsos y estilos de crianza presente en 7 motivos de consulta. Re significación de un evento se encuentra presente en 6 motivos de consulta y por último prevención de conductas de riesgo, ansiedad y autolesiones en menos de 4 motivos de consulta.

**Focos de intervención y los motivos de consulta en donde se presentó**

|                    | Foco de intervención                     |    |  |   |  |   |
|--------------------|--|----|--|---|--|---|
|                    | Emociones                                | #  | Autoconocimiento                         | # | Orientación                              | # |
| Motivo de consulta | 1 Atención en Crisis                     | 2  | 1 Atención en Crisis                     | 1 | 1 Atención en Crisis                     | 1 |
|                    | 2 Problemas escolares y de aprendizaje   | 3  | 2 Problemas escolares y de aprendizaje   | 3 | 2 Problemas escolares y de aprendizaje   | 1 |
|                    | 3 Agresión y problemas para relacionarse | 12 | 3 Agresión y problemas para relacionarse | 7 | 3 Agresión y problemas para relacionarse | 7 |
|                    | 4 Violencia                              | 1  | 4 Violencia                              | 2 | 4 Ansiedad                               | 1 |
|                    | 5 Ansiedad                               | 3  | 5 Ansiedad                               | 2 | 5 Problemas de pareja                    | 3 |
|                    | 6 Problemas de pareja                    | 7  | 6 Problemas de pareja                    | 5 | 6 Autolesiones                           | 3 |
|                    | 7 Autolesiones                           | 3  | 7 Autolesiones                           | 1 | 7 Problemas de relación hijos-padres     | 7 |
|                    | 8 Problemas de relación hijos-padres     | 5  | 8 Problemas de relación hijos-padres     | 6 | 8 Depresión                              | 1 |
|                    | 9 Depresión                              | 2  | 9 Depresión                              | 2 | 9 Fobia                                  | 1 |
|                    | 10 Fobia                                 | 1  | 10 Fobia                                 | 1 | 10 Eneuresis                             | 1 |
|                    | 11 Desórdenes alimenticios               | 1  | 11 Desórdenes alimenticios               | 1 |  |   |
|                    | 12 Eneuresis                             | 1  | 12 Eneuresis                             | 1 |  |   |
|                    | 13 Abuso sexual                          | 1  | 13 Abuso sexual                          | 1 |  |   |
|                    | Total 42                                 |    | Total 33                                 |   | Total 26                                 |   |

|                    | Foco de intervención                     |   |  |   |  |   |
|--------------------|--|---|--|---|--|---|
|                    | Relación familiar y de pareja            | # | Relaciones interpersonales y de comunicación | # | Estilos de crianza                       | # |
| Motivo de consulta | 1 Problemas escolares y de aprendizaje   | 3 | 1 Problemas escolares y de aprendizaje       | 1 | 1 Problemas escolares y de aprendizaje   | 3 |
|                    | 2 Agresión y problemas para relacionarse | 5 | 2 Agresión y problemas para relacionarse     | 3 | 2 Agresión y problemas para relacionarse | 1 |
|                    | 3 Violencia                              | 2 | 3 Violencia                                  | 1 | 3 Ansiedad                               | 1 |
|                    | 4 Ansiedad                               | 3 | 4 Ansiedad                                   | 3 | 4 Problemas de pareja                    | 1 |
|                    | 5 Problemas de pareja                    | 2 | 5 Autolesiones                               | 2 | 5 Autolesiones                           | 2 |
|                    | 6 Autolesiones                           | 1 | 6 Problemas de relación hijos-padres         | 2 | 6 Problemas de relación hijos-padres     | 6 |
|                    | 7 Problemas de relación hijos-padres     | 9 | 7 Depresión                                  | 2 | 7 Depresión                              | 1 |
|                    | 8 Intento de suicidio                    | 1 | 8 Abuso sexual                               | 1 |  |   |
|                    | 9 Eneuresis                              | 1 |  |   |  |   |
|                    | 10 Abuso sexual                          | 2 |  |   |  |   |
|                    | Total 29                                 |   | Total 15                                     |   | 15                                       |   |

|                    | Foco de intervención                     |   |  |   |  |   |
|--------------------|--|---|--|---|--|---|
|                    | Control de impulsos                      | # | Resignificación de un evento             | # | Prevención de conductas de riesgo      | # |
| Motivo de consulta | 1 Problemas escolares y de aprendizaje   | 2 | 1 Agresión y problemas para relacionarse | 1 | 1 Adicciones                           | 2 |
|                    | 2 Agresión y problemas para relacionarse | 4 | 2 Ansiedad                               | 1 | 2 Problemas escolares y de aprendizaje | 1 |
|                    | 3 Violencia                              | 2 | 3 Problemas de pareja                    | 1 | 3 Autolesiones                         | 2 |
|                    | 4 Ansiedad                               | 2 | 4 Problemas de relación hijos-padres     | 2 | 4 Problemas de relación hijos-padres   | 1 |
|                    | 5 Problemas de relación hijos-padres     | 2 | 5 Depresión                              | 2 |  |   |
|                    | 6 Depresión                              | 1 | 6 Duelo                                  | 1 |  |   |
|                    | 7 Intento de suicidio                    | 1 |  | 8 |  |   |
|                    | Total 14                                 |   | Total 16                                 |   | Total 6                                |   |

|                    | Foco de intervención  |   |
|--------------------|-----------------------|---|
|                    | Ansiedad              | # |
| Motivo de consulta | 1 Ansiedad            | 8 |
|                    | 2 Problemas de pareja | 2 |
|                    | 3 Autolesiones        | 1 |
|                    | 4 Fobia               | 1 |
|                    | Total 12              |   |

**Tabla 12.** En el cuadro se muestra la cantidad de motivos de consulta que fueron atendidos por foco de intervención. Nota: El # representa la cantidad de veces que se presentó el foco como un foco principal, secundario o tercero.

#### **4.- Los principales enfoques de intervención y las técnicas e instrumentos de evaluación.**

El enfoque de intervención con el que se va a orientar el proceso terapéutico es decidido por el psicólogo y este depende muchas veces de su formación teórica. En este análisis solo se busca conocer en que enfoque se están formando los psicólogos del CCAP “Los volcanes”.

Para poder analizar los principales enfoques de intervención que utilizan los psicólogos a partir de la información que se obtuvo de la encuesta se establecieron las siguientes categorías:

- 1.-Psicoeducación: Orientación
- 2.-Cognitivo Conductual (Triada cognitiva, Terapia racional emotiva)
- 3.-Humanista (Terapia de juego centrada en el niño, Enfoque humanista centrado en la persona, Gestáltico)
- 4.-Psicodinámico: (Terapia filial, Terapia Breve)
- 5.- Terapia Narrativa
- 6.-Sistémico: (Terapia breve sistémica, Terapia sistémica con enfoque estructural)

De los 117 pacientes atendidos en el CCAP “Los Volcanes” solo en 95 de ellos se realizó una intervención, a partir de esta población se obtuvo el enfoque de intervención.

El enfoque de intervención principal utilizado por los psicólogos en formación fue psicodinámico con una frecuencia de 31 casos el 26.5 % de los casos, seguido de una intervención humanista con una frecuencia de 23 casos, es decir el 17.9%. Una intervención desde la psicoeducación obtuvo el 15.4% con una frecuencia de 18 casos. Mientras que una intervención cognitiva conductual se utilizó en 12 casos



obteniendo el 10.3%, por último las intervenciones en sistémico 4.3%, narrativo 3.4% y gestalt 1.7%

En 30 casos se mencionaron dos enfoques de intervención, es decir en un 25.6% se utiliza un enfoque integrativo, donde hay diversas técnicas y la comprensión del problema se da desde dos enfoques. El enfoque que predominó como segundo enfoque de intervención fue el humanista con 33.3% de los casos, mientras que el cognitivo-conductual un 20%, gestáltico con un 23.3% y psicodinámico con 13.3%, Por último, el 3.3% fue obtenido por el narrativo, sistémico y psicoeducativo.

### **Técnicas e instrumentos utilizados por los psicólogos**

En el análisis de las técnicas e instrumentos utilizados por los psicólogos durante su intervención no se realizaron categorías, debido a que muchas de las técnicas utilizadas eran muy específicas. Pero a continuación se mencionaran las técnicas que reportaron los psicólogos:

- A) Señalizaciones, reflejos, metáforas, confrontaciones, interpretaciones, preguntas, devoluciones y elucidaciones.
- B) Técnicas narrativas (carta, autobiografía)
- C) Aplicación de una prueba proyectiva (Teste de la figura humana, persona bajo la lluvia, test de la Casa, Árbol, Persona, Bender)
- D) Aplicación de prueba psicométrica (Sucesos de vida, MMPI)
- E) Lecturas
- F) Límites y reglas
- G) Técnicas de control (enojo, relajación muscular, tiempo fuera, ansiedad, respiración diafragmática)
- H) Juego
- I) Reconocer pensamientos ansiosos, buscar alternativas racionales a la preocupación.
- J) Reconocer emociones, contención emocional, MATEA
- K) Triada cognitiva y Reestructuración cognitiva
- L) Análisis de pros/contras de la situación probable.

- M) Dramatizaciones
- N) La terapia del darse cuenta.
- O) Acomodo geográfico
- P) Terapia de hermanos
- Q) Valoración
- R) Técnicas de Arte
- S) Actividades sensoriales.

## **5.- Análisis general del proceso de intervención clínica.**

### **Objetivo Clínico**

Durante el proceso de admisión y la valoración del caso dentro del equipo del CCAP “Los Volcanes” se establece un objetivo clínico el cuál el psicólogo va a comenzar su intervención, los objetivos clínicos que se establecen en CCAP son:

- 1.-Orientación: No se encuentra un motivo de consulta en el paciente pero se le brinda orientación sobre su inquietud.
- 2.-Tratamiento: El paciente cuenta con los recursos personales necesarios para iniciar un tratamiento.
- 3.-Valoración: Se busca indagar más sobre la problemática por la que acude.
- 4.-Canalización: Se realiza una intervención breve que busca que el paciente acuda a la institución más especializada en su caso.

El 73.5% es decir 86 de los pacientes atendidos en el centro su objetivo clínico fue tratamiento, 15 de los pacientes el 12.8% se realizó una valoración, 12 de los pacientes el 10.3% una orientación y 4 de los pacientes el 3.4% se realizó una canalización.

### **Área de intervención**

La intervención que se realiza en El CCAP “Los Volcanes” debido al programa académico y de formación, así como las necesidades detectadas en los pacientes puede ser solo con la persona que solicita atención, en pareja, familia, en grupo o intervención hijos y padres. En el área de intervención se obtuvo la siguiente tabla.

**Frecuencia y porcentaje del área de intervención del total de los pacientes**

| Área de Intervención          | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| Personal                      | 83         | 70.9       |
| Familiar                      | 6          | 5.1        |
| Hijo con orientación a padres | 13         | 11.1       |
| Pareja                        | 3          | 2.6        |
| Grupo                         | 12         | 10.3       |
| Total                         | 117        | 100        |

Tabla 13. Área en que se realizó la intervención de los pacientes atendidos.

### Tratamiento Anterior

Del total de pacientes atendidos durante el 2014 el 31.6% antes de acudir al CCAP “Los Volcanes” menciono haber acudido atención psicológica.

**Frecuencia y porcentaje de los pacientes que con anterioridad tuvieron atención psicológica.**

| Tratamiento anterior | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Si                   | 37         | 31.6       |
| No                   | 80         | 68.4       |
| Total                | 117        | 100        |

**Tabla 14.** Existió un acercamiento con anterioridad en atención psicológica.

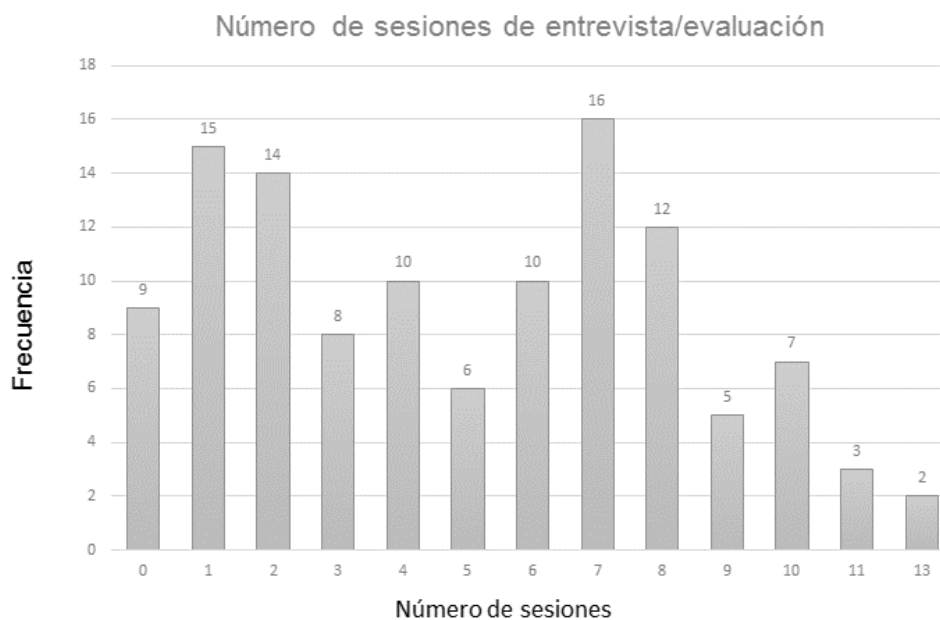
## Duración del proceso de intervención

El proceso de intervención del paciente se dividió en sesiones de entrevista, sesiones de intervención y sesión de cierre. En promedio los psicólogos en el centro tienen 5 sesiones de entrevista/evaluación, 7 sesiones de intervención y 1 sesión de cierre.

### *Entrevista/Evaluación*

Las sesiones de entrevista/evaluación se observa que en 7 sesiones los psicólogos efectúan este proceso. Realizar en una a dos sesiones de

**Figura 10.** Distribución del número de sesiones de acuerdo a la frecuencia.

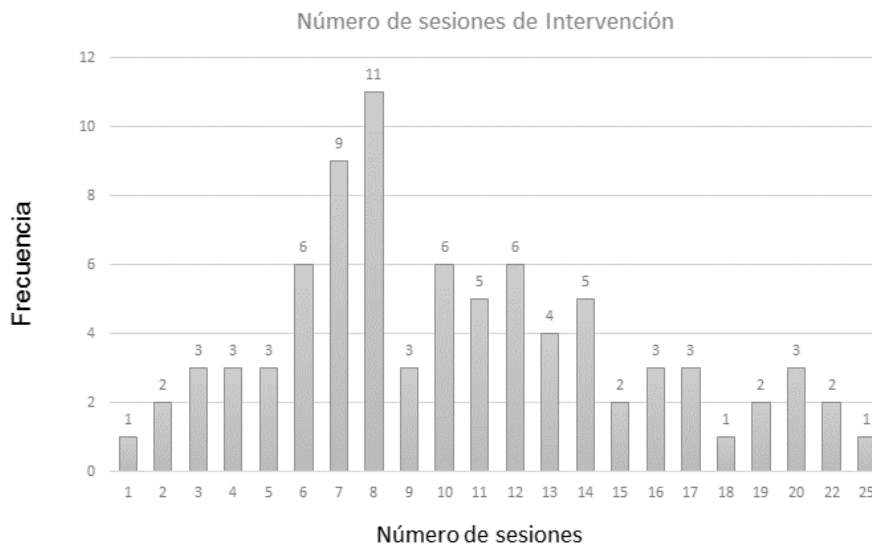


entrevista/evaluación también tiene una frecuencia alta. (Figura 10)

### *Intervención*

Hay una mayor distribución de la frecuencia de números de sesiones de intervención debido a que cada caso requiere un tratamiento específico, sin embargo se puede observar que entre las sesiones 6,9 y 11 hay una mayor concentración de datos. (Figura 11)

**Figura 11.** Distribución del número de sesiones de acuerdo a la frecuencia.

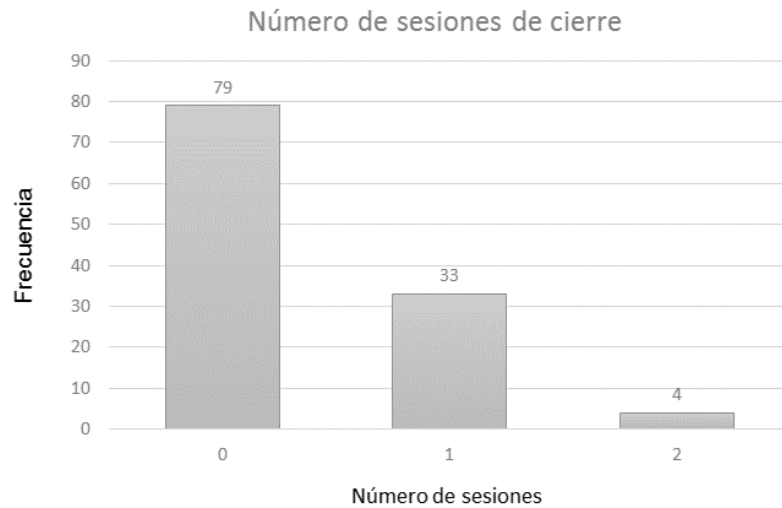


En esta gráfica (Figura 11) se muestra la distribución de los pacientes donde se logró realizar una intervención n=84.

### **Cierre**

Pocos son los psicólogos que logran obtener un cierre en un proceso de intervención, pero las sesiones se encuentran en una y cuando se requiere llega a dos sesiones. (Figura 12)

**Figura 12.** Distribución del numero de cierre sesiones de acuerdo a la frecuencia.



### **Situación del proceso del paciente y logros.**

Todo proceso terapéutico busca mejorar el paciente y notar cambios que lo ayuden a mejorar la situación por la cual acude a solicitar atención. Este proceso muchas veces se puede completar o no, sin embargo se notan cambios y logros en el paciente. En el CCAP de los 117 pacientes atendidos durante el 2014 el 32.5% (38 pacientes) tuvo un proceso completo, 39.6% (46 pacientes) su proceso fue incompleto, mientras que el 28.2% (33 pacientes) se encuentran en proceso.

De los 117 pacientes atendidos el 68.4% (80 pacientes) se notó algún logro, mientras que el 31.6% (37 pacientes) no se notó ningún logro.

### **Estado del expediente**

Durante la revisión de los expedientes del año 2014 en el CCAP “Los Volcanes” se encontraron diferentes situaciones del expediente, algunos de los pacientes admitidos durante en el 2014 aún se encontraban en proceso terapéutico o ya no acudían al CCAP por lo cual se crearon 3 categorías donde se identificó el estado de los expedientes: Alta, Baja y En Proceso. De los 117 expedientes revisados el 35.9% (42 expedientes) se encuentra dado de alta, otro 35.9% (42 expedientes) se dio de baja y el 28.2% (33 expedientes) se encuentra en proceso.

## DISCUSIÓN

El psicólogo clínico se ocupa del bienestar a nivel mental y emocional. En la actualidad, el concepto de salud mental es entendido como un estado donde la persona es capaz de reconocer sus habilidades, sus competencias, formas de comunicación y el papel que juega en su medio (Lledo, 2009; Fernández, et al, 2012; Ramírez, 2012; Misuto, 2004). Entonces, su formación se debe orientar en adquirir competencias que le permitan atender a la población que acude a solicitar apoyo psicológico para las problemáticas de la vida cotidiana.

Las instituciones que se dedican a la atención de la salud mental, son una alternativa a los problemas cotidianos que presentan las personas y a la vez ofrecen atención desde una intervención desde la comunidad.

Existen diferentes formas de concebir la intervención comunitaria: desde la medicina con la salud mental comunitaria (Marcos & Topa, 2012; Rico, 2012) y desde la psicología como son la social comunitaria (Misuto, 2004) y la clínica comunitaria (Misuto, Herrero, Cantera & Montenegro, 2004; Fernández-Álvarez, 2009; Caplan, 1999). Todas estas formas de intervención buscan disminuir los problemas de salud mental de la población con diversas técnicas y desde diferentes marcos teóricos.

En el CCAP “Los Volcanes” se realizan actividades como la creación de talleres en escuelas primarias y secundarias, se brinda apoyo con la creación de grupos de orientación, se promueve la formación de grupos terapéuticos, se ofrece atención en crisis, consulta, acompañamiento y terapia breve. De acuerdo a estas actividades que se llevan a cabo en el centro, lo podemos ubicar en una intervención clínica comunitaria que ofrece atención en un nivel primario y secundario, enfocándose principalmente en el secundario. Desde el punto de vista de Caplan (1999) y Blanch (2003).

Esta investigación se dirigió a la intervención secundaria que realizan los psicólogos en la atención individual ya sea para consulta, acompañamiento o

psicoterapia breve. Se obtuvieron datos sobre el tipo de intervención que en este aspecto realizan los psicólogos en formación dentro de este centro.

El proceso de intervención que se lleva a cabo en el centro depende de la demanda de atención que realizan los consultantes. Por lo que al recibir una solicitud de atención psicológica primero se realiza una valoración inicial donde se les pide acudir a una cita para llenar una solicitud de admisión y tener una entrevista. Después se realiza una apreciación inicial del caso. A continuación se toman decisiones y se realiza una devolución en la cual se le informa al consultante sobre el programa de intervención propuesto, el terapeuta que lo atenderá o si será referido a otra institución. Además se desarrolla el programa de intervención y al finalizar, se realiza la evaluación respectiva y el cierre del proceso.

Como se mencionó, una característica de este centro es que está integrado por un equipo de psicólogos que se encuentran en formación y las diferentes actividades se llevan a cabo por estudiantes supervisados por profesores que cuentan con la experiencia en la atención clínica comunitaria. En el centro llevan una supervisión periódica que les permite completar una fase de enseñanza-aprendizaje. Estas actividades permiten a los psicólogos detectar sus habilidades, reconocer sus propios recursos y los prepara como terapeutas competentes al poder observar la intervención de un terapeuta más experimentado.

Es importante hacer notar que las supervisiones desde la formación profesional que se brindan en el centro para completar un proceso de enseñanza- aprendizaje en los psicólogos, de acuerdo a Valenzuela (2011) son las siguientes:

- Supervisión clínica general y grupal: dos veces a la semana se realizan discusiones sobre los consultantes que solicitan su ingreso como pacientes y de consultantes que se encuentran en un proceso de atención psicológica. A estas supervisiones acuden los supervisores, los supervisados y estudiantes.



- Supervisión por programa de formación y nivel de atención: cada programa es supervisado de acuerdo a las actividades que realiza en el centro. Por ejemplo, los supervisados que se están especializando en terapia individual o grupal, la supervisión se encamina en este aspecto y los profesionistas que se están formando en atención familiar su supervisión se hace desde los referentes teóricos requeridos.
- Supervisión en un nivel inicial y subsecuente: en las entrevistas de admisión del centro se realiza una supervisión después de este primer encuentro clínico, posteriormente el caso es supervisado durante todo su proceso.
- Supervisión cruzada y de diseminación: Al ingresar al centro como psicólogo en formación se permite la atención clínica en pareja. Esta modalidad permite que psicólogos con mayor experiencia enseñen a los psicólogos que acaban de ingresar, posteriormente las parejas se forman por psicólogos en un mismo nivel de formación.

### **Características de la población**

Aunque este estudio se realizó con una población limitada y sus resultados no son generalizables nos dan una orientación sobre la población que acude a solicitar atención psicológica en este centro. En resumen, la mayoría de los pacientes que asisten provienen de la delegación Tlalpan (70%), lo cual es esperado por la ubicación del centro.

En cuanto al sexo, observamos que en la niñez y adolescencia acuden en su mayoría hombres mientras que en los adultos acuden más mujeres, esto se puede deber a un factor cultural donde se identifica el papel de la mujer como una persona emocional y el del hombre asume un papel de fortaleza.

En la revisión de expedientes realizada se encontró que se atendieron más adultos que niños y adolescentes, esto puede deberse a que en agosto del 2014 se realizó el cambio de generación del programa académico de maestría en psicoterapia infantil.

En cuanto a la escolaridad en general, la mayoría se encontró en el nivel básico, sin embargo al considerar sólo la población adulta, su nivel se encuentra en el medio superior, lo que puede indicar que en esta población el nivel educativo puede ser un factor que influye con la cultura de acudir al psicólogo.

De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL (2010) Tlalpan tiene un ingreso mensual per cápita de 4, 871 pesos. Los pacientes que acudieron al centro mencionaron tener un ingreso entre 2 y 3 salarios mínimos lo que equivale estar en un rango de 4000 a 6000 pesos mensuales, lo que nos indica que las personas que acuden a recibir atención se encuentran dentro del nivel promedio de ingreso de esta delegación.

La población adolescente que acude al centro en un 87.1% son estudiantes y en la población adulta el 19.1% se dedica al hogar mientras que el 12.8% son estudiantes. La población adulta de esta investigación por lo general realiza una actividad económica remunerada (61.7%), sin embargo es importante hacer notar que su ingreso generalmente proviene de un trabajo informal.

Los datos demográficos nos dan una idea sobre el tipo de población atendida, sin embargo estos datos sólo se pueden utilizar dentro del centro pero nos acercan a conocer el tipo de población atendida por género, edad, ocupación, procedencia, estado civil e ingreso económico. Conocer la población que es atendida en los centros comunitarios nos invita a plantear preguntas que fomentan la investigación en relación las necesidades y problemáticas de las diferentes categorías sociodemográficas, que permiten plantear políticas dirigidas a un grupo específico.

### **Motivo de consulta**

El objetivo principal de este trabajo fue el comprender la importancia que tiene el motivo de consulta y los focos de intervención en la atención clínica comunitaria. Al realizar el análisis de los datos obtenidos durante un año de atención psicológica en este centro, se obtuvieron resultados sobre los motivos de consulta más frecuentes y el enfoque y tipo de intervención que realiza el psicólogo en este contexto. Lo anterior

aporta una orientación sobre las principales demandas que se tiene en atención psicológica y la intervención que realizan psicólogos en formación en el ámbito comunitario.

Las categorías se realizaron a partir de lo escrito en el cuestionario de admisión que llenan los consultantes al solicitar atención psicológica. No se trabajó desde un motivo de consulta basado en un diagnóstico porque lo que se buscaba conocer era qué malestar hace acudir en un primer momento a una persona a solicitar ayuda.

Esto se debe a que la mayoría los estudios realizados en México se llevan a cabo por psiquiátricos y se basan en un diagnóstico bajo las normas de la APA y la OMS. En este aspecto los psicólogos mexicanos realizan pocas investigaciones sobre las características de la población que solicita atención y sus motivos para acercarse en un primer momento a terapia.

El principal motivo de consulta de las personas que acudieron a solicitar ayuda fue “Problemas en la relación entre hijos y padres”, esta categoría abarca el motivo de consulta donde los pacientes solicitan atención debido a que existe un malestar en su relación con sus padres o bien con sus hijos.

En la población adolescente éste fue el principal motivo de consulta y en la población infantil fue el tercero, mientras que en el grupo de adultos se ubicó como segundo motivo de consulta. Al parecer las dificultades en la paternidad o los modelos y estilos de crianza, así como el tipo de vinculación y comunicación familiar son los principales motivos por los cuales las personas solicitan apoyo.

El segundo motivo de consulta de las personas que solicitaron atención fue el de “Agresión y problemas para relacionarse”, en esta categoría se incluyó a las personas que tenían dificultades en sus relaciones interpersonales ya sea porque reaccionaban de forma impulsiva o agresiva, que no establecían relaciones por aislamiento o timidez. Esto también se encontró como principal motivo de consulta en los niños, mientras que en los adolescentes apareció como segundo motivo junto con autolesiones. Cabe

mencionar que en los adultos esta categoría no figuró como un motivo de consulta principal.

El tercer motivo de consulta que predominó en la población fue “Problemas de pareja”, aunque sólo se encontró presente en la población adulta y se relaciona con manifestaciones de violencia intrafamiliar y sobre todo de pareja. Parece ser que esta problemática es una de las principales causas por las que los adultos se acercan a solicitar apoyo psicológico.

Realizar una investigación desde el motivo de consulta presenta ciertas limitaciones, una de ellas es que el motivo de atención suele cambiar en el ámbito clínico, ya que conforme avanzan las sesiones se focalizan las necesidades y núcleos de intervención. Otra limitación es que las categorías utilizadas resultan ser muy generales ya que se obtuvieron desde la demanda del paciente, por lo tanto no pueden compararse con otras investigaciones donde se utilizan otras categorías diagnósticas, pero aun así nos dan una visión general sobre las diferentes problemáticas que se atienden en un proceso de intervención terapéutica breve donde muchas veces el proceso terapéutico no se encamina a establecer un diagnóstico sino a la búsqueda de la solución de un problema.

### **Focos de intervención y propuestas**

Al realizar un análisis descriptivo se encontró que existen algunas categorías de intervención que predominan en relación a los motivos de consulta, tal es el caso de los focos relacionados a manejo de emociones, autoconocimiento y orientación. Al analizar los focos de intervención en la población total permite darnos cuenta que generalmente una intervención breve desde la prevención secundaria se hace a partir de estas categorías. Conocer qué tipo de herramientas son las que se fortalecen en la atención psicológica nos permite inferir con qué recursos y habilidades se puede trabajar con la población que ayuden en el afrontamiento de las diferentes problemáticas que les impiden tener una salud mental.

Por ejemplo, la categoría emociones nos indica que trabajar con la población desde el reconocimiento de emociones, su regulación y control podría favorecer la disminución de la aparición de trastornos y ayudar en un adecuado afrontamiento de las problemáticas de la vida cotidiana, impidiendo su complicación y agravamiento. Desde la prevención primaria se pueden crear campañas de promoción donde se sensibilice y se cree conciencia sobre la importancia de reconocer, controlar, comunicar y contener las emociones, así como generar programas que den a la población una educación emocional que fortalezca su capacidad de respuesta personal a las demandas del entorno social.

Otra categoría en la que trabajan los psicólogos en la atención psicológica, es el autoconocimiento, es decir, trabajar con la valía personal, en la autoestima, mejorar la autoimagen y seguridad, fomentar el autocuidado, la independencia e individuación que lleven al paciente a fortalecer su independencia y responsabilizarse de sus actos. Fomentar estas actividades en la población mediante la generación de proyectos que brinden este recurso, permite afrontar y anteponerse a diversas problemáticas presentes en nuestra vida.

La relación familiar fue otra de las principales categorías con las cuales se trabaja en la atención psicológica. Brindar estrategias que permitan la comunicación familiar puede disminuir la incidencia de problemas relacionados a este motivo. Desde una prevención primaria trabajar con los padres de familia y los hijos, el ciclo de la familia, las etapas de la vida, los límites, así como los roles de cada miembro puede favorecer el mejoramiento del ambiente familiar, como puede ser la promoción de talleres psicoeducativos y mejorar las redes de apoyo.

Otro papel importante en el que intervienen los psicólogos en el ámbito comunitario es el de brindar orientación a los pacientes, en diferentes temas. Ésta es una orientación encaminada a brindar información que les permita la toma de decisiones y la solución de problemas.

Conocer el trabajo que realizan los psicólogos desde una intervención psicoterapéutica, enfocada a la población que acude y los recursos que se fortalecen en las personas genera información que permite conocer la situación actual de la salud mental en el país. A partir de las estrategias que se brindan, se pueden crear proyectos que desde una prevención primaria ayuden a la disminución de la solicitud de la atención psicológica y psiquiátrica. Estos proyectos deben estar encaminados a que las personas adquieran recursos, herramientas y habilidades que les permita afrontar las demandas del medio social.

### **Enfoque, técnicas y proceso de intervención**

El evaluar y analizar un proceso de intervención terapéutica requiere de un análisis de lo que ocurre a lo largo de cada una de las sesiones, se debe tomar en cuenta los diferentes factores que la influyen, así como los enfoques de atención psicológica. El presente trabajo de investigación no se encaminó a evaluar el proceso terapéutico de los psicólogos como tal, pero sí buscó acercarse a conocer elementos importantes acerca del proceso, su enfoque y logros.

Es interesante hacer notar que el tipo de intervención reportada por este centro fue en su mayoría un enfoque psicodinámico, seguido del humanista y de psicoeducación, así como intervenciones cognitivas-conductuales. Al entrevistar a los psicólogos mencionaron la importancia de la integración teórica y procedimental, al utilizar técnicas de diferentes enfoques, aquellas que consideraban adecuadas a los pacientes y los requerimientos de solución a las diferentes problemáticas. Las técnicas e instrumentos utilizados por los psicólogos varían también, dependiendo de los objetivos de la sesión y los recursos del paciente.

De los pacientes en quienes se planteó realizar una intervención psicoterapéutica, en el 70% ésta fue de tipo individual y el otro 30% restante corresponde a intervenciones familiares o en grupo. El 68.4% de los pacientes mencionó que en algún momento ya habían acudido previamente a recibir atención psicológica, pero es importante hacer notar que generalmente esto corresponde a

sesiones aisladas (en ocasiones a una sola sesión) y no a un proceso completo de tratamiento.

En esta investigación el promedio de procesos de intervención tiene alrededor de 4 sesiones de entrevista-evaluación y 7 sesiones de intervención terapéutica propiamente dicha. Solo el 32.5% de los psicólogos logran realizar un cierre, ya que los pacientes no suelen acudir a la última sesión. Por lo general el cierre abarca entre una y dos sesiones.

En relación a esto, en cuanto al expediente, el 35.9% se dio de alta mientras que el 35.9% se dio de baja pero se determinaron los alcances logrados hasta la última sesión registrada. En cuanto a logros terapéuticos, el 68.4% de los psicólogos mencionó que observó cambios importantes en los pacientes después de la intervención y que sólo el 32.5% logró concluir el proceso. Al realizar las entrevistas y revisión de expedientes el 28.2% de los pacientes se encontraban en proceso.

El análisis del proceso de atención psicológica que se realizó a lo largo de esta investigación es limitado y no es suficiente ya que se pierden importantes aspectos sobre el trabajo que realizan los psicólogos en un proceso de intervención terapéutica. Sin embargo, es una propuesta que busca conocer y acercarnos a éste fenómeno. En este sentido es importante generar investigación sobre estos procesos con el fin de conocer cuáles son las principales herramientas que intervienen en el cambio terapéutico y el tipo de competencias teóricas, procedimentales y personales del psicólogo. El desarrollo y duración del proceso psicoterapéutico como tal, sus costos, beneficios y si en términos generales la formación que está recibiendo en la academia está cubriendo las necesidades y demandas que la población requiere.

La intervención que realiza cada psicólogo depende tanto de su formación teórica como técnica y de su personalidad, ya que la intervención psicológica es una interacción de dos personas y es influido por factores subjetivos. Este trabajo propone el análisis del proceso de intervención estableciendo categorías y criterios, que permitan la comparación del trabajo de diferentes psicólogos.

Las investigaciones realizadas sobre la atención clínica comunitaria nos acercan a la población y favorecen que el psicólogo, desde la atención psicólogo-paciente, desarrolle conocimiento que incida en el diseño de políticas públicas en el país. Así como, hacerse partícipe de la agenda pública en cuanto a salud mental, ya que el psicólogo tiene la responsabilidad como profesionalista, de fomentar diferentes tipos de intervención que no estén encaminadas solo a la atención clínica.

El trabajo terapéutico que se brinda en los centros comunitarios, si bien importante, no es la única alternativa para fomentar y conocer las necesidades de la población en cuanto a salud mental, ni la única forma de brindar recursos a la población desde una atención primaria. Existen diversas instituciones públicas o privadas y organizaciones civiles, que desde una preocupación por las diversas problemáticas que afrontan diferentes grupos o comunidades promueven la creación de intervenciones desde la concientización, la sensibilización, la creación de redes de apoyo, la educación y promoción de una calidad de vida.

Estos organismos impulsan la investigación y participación activa de la población sobre las necesidades de grupos vulnerables o incitan a los gobiernos a promover políticas públicas que favorezcan la disminución de estas problemáticas. Existen una gran cantidad de organizaciones que atienden poblaciones vulnerables y que promueven la salud mental en el país.

Un punto importante que se debe mencionar, es que aunque existe un aumento en la demanda de atención psicológica, se está lejos de tener una cultura de la consulta psicológica. Esto se debe a diversos factores, uno de ellos es que las personas acuden al psicólogo en busca de una solución a sus problemas pero sin hacerse responsables de sus actos o asumir su participación en el conflicto. Es decir, sus expectativas sobre la atención psicológica no son reales en cuanto a la solución del conflicto.

Martínez-Farrero (2006) refiere que el motivo de atención psicológica debe ser expresado como una demanda, es decir el paciente debe tener un reconocimiento de



una necesidad subjetiva y el deseo de pedir ayuda. El psicólogo debe averiguar cuál es la motivación real por la que acude el paciente a solicitar consulta psicológica y que es lo que espera de la atención. Para que un tratamiento se pueda llevar a cabo y tenga éxito el paciente debe expresar su deseo y compromiso.

Otro factor que puede afectar la falta de una cultura psicológica es como se asume el psicólogo como profesionalista y si su formación le da las habilidades necesarias para desenvolverse en el ámbito laboral, en el caso de los psicólogos clínicos si cuentan con la capacidad de brindar una atención clínica de calidad al egresar de la carrera. Ya que el papel que desempeñan en la sociedad construye una imagen sobre su profesión y por lo tanto influye en su reconocimiento.

Fomentar la investigación sobre el proceso de atención psicológica y que tipo de demandas se tiene en la atención clínica arroja información que puede influir en el proceso de formación de los psicólogos, ya que es importante tener profesionalistas capaces de afrontar las demandas que existen en el consultorio. De igual forma, impulsa la intervención comunitaria que ofrezca recursos a la población e información sobre lo que es y que se debe esperar de una intervención psicoterapéutica.

## CONCLUSIÓN

En resumen, esta investigación se acercó a conocer la intervención que realizan los psicólogos en formación en la clínica comunitaria con el fin de acercarse a la población atendida. Para ello se revisaron expedientes clínicos y se realizaron entrevistas en el CCAP “Los Volcanes” del año 2014. Se obtuvieron características sociodemográficas de la población, motivo por el cuál solicitaban atención y principales áreas de intervención. Se buscó dar énfasis a la importancia de llevar a cabo investigación desde la atención clínica que fomente la disminución de la incidencia de problemas en salud mental con la creación de programas de prevención.

La atención de la salud mental es una preocupación que no es prioritaria para los gobiernos, por lo que la mayoría de los recursos se destinan a los hospitales psiquiátricos. Estos no son suficientes ante su alta demanda y si la atención no se brinda a tiempo el malestar se puede agravar en un trastorno mental que requiera hospitalización.

Los Centros Comunitarios de Atención Psicológica son una alternativa desde la prevención, la optimización de los servicios y la atención oportuna que puede disminuir los costos y consecuencias de la no atención en la salud mental del país. Esta investigación buscó dar a conocer la importancia que tienen estos centros en su intervención desde la prevención y la formación de psicólogos, que permite vincular la atención de necesidades en salud mental y a su vez fomenta la profesionalización de los psicólogos.

Otro aspecto importante es la necesidad de conocer la intervención que realizan los psicólogos en escenario, ya que a partir de estas investigaciones se puede conocer la calidad de servicio que ofrecen, así como reconocer algunos aspectos relacionados con las necesidades de su formación. Este trabajo intentó acercarse a los problemas que enfrenta el psicólogo clínico en el trabajo de comunidad y las herramientas que utiliza en un proceso terapéutico.

Al mismo tiempo, los psicólogos tienen la necesidad de realizar investigaciones en los CCAP sobre las problemáticas que están atendiendo, sin embargo es una necesidad a nivel nacional. Todas las instituciones que ofrecen un servicio de atención psicológica requieren efectuar investigaciones estableciendo acuerdos y criterios generales para todo el país, ya que los psiquiátricos son las principales instituciones que generan investigación en salud mental, sin embargo esta investigación no se puede generalizar debido a que cada institución establece sus propias normas.

La información arrojada a partir de las investigaciones realizadas en los CCAP y las instituciones de salud necesitan encaminarse a la creación de programas preventivos y políticas públicas que disminuyan la demanda, los costos de atención y favorezcan la detección precoz de los problemas psiquiátricos.

De acuerdo a lo anterior es importante fomentar la apertura de Centros Comunitarios de Atención Psicológica que brinden atención en la salud mental y que a su vez permita la formación de psicólogos clínicos bajo supervisión. Debido a que son una alternativa viable que beneficia a la población que requiere una atención psicológica y contribuye a que los psicólogos en formación adquieran experiencia y habilidades clínicas para poder brindar una atención de calidad.

## Referencias

- Aragón L. (2011). *Evaluación psicológica: historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México, D.F: Manual Moderno (pp.7-8)
- Baumann U. y Pérez M. (1994). *Manual de Psicología Clínica*. Barcelona: Herder.
- Barrio del V. (2003). *Evaluación psicológica aplicada a diferentes contextos*. Madrid: UNED (pp.633-658)
- Bellack, L. y Siegel H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México, D.F: Manual Moderno (pp.1-7)
- Blanch J.M (2003) *Trabajar en la modernidad industrial*. En J. M. Blanch (coord.), *Teoría de las Relaciones Laborales. Fundamentos* (p.141). Barcelona: Editorial UOC
- Braier E. (2009). La psicoterapia focal y breve. Rasgos distintivos. En el *Simposio Bianual de la Sección de Psicoterapia Psicoanalítica de la FEAP*, «Nuevos abordajes en psicoterapia psicoanalítica». Barcelona, 9 de mayo de 2009. Recuperado el 26 de mayo de 2015 de [http://intercanvis.es/pdf/23/23\\_art\\_03.pdf](http://intercanvis.es/pdf/23/23_art_03.pdf)
- Buelga S. y Musito G. (2009) Orientaciones Clínicas-Comunitarias. En Musito G., Buelga S., Vera A., Avila Ma., & Arango C., *Psicología Social Comunitaria*. (pp.55-106) Trillas: México.
- Caplan, G. (1999) Psicología orientada a l población. Teoría y Práctica. En Navarro J., Fuertes A., Ugidos T. (Eds). *Prevención e Intervención en Salud Mental*. (pp.19-72) Salamanca: Amaru

Casas J. (2014). Psicología Clínica: Revisión contextual y conceptual. *Psiconex*, 6, p.1-20

Compas, B. y Gotlib, E. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica: Ciencia y práctica*. Madrid: Mc.Graw Hill. (pp. 296-299)

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL (2010). *Pobreza a nivel municipio 2010*. Recuperado el 29 de Octubre de 2015 de <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Medicion-de-la-pobreza-municipal-2010.aspx>

Consuegra N. (2011). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: ECOE

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. D., & Cruz-Sáez, M. S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 423-435.

Feixas G y Miro, T (2005). *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós. (pp. 87-349)

Fernández-Álvarez, H. (2009). La vertiente clínica de la salud mental. Psicología clínica en el ámbito comunitario. En Gonzales (eds), *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones* (pp. 222-229). Madrid: Síntesis Psicológica

Fernández-Ballesteros (2004). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudios de casos*. Madrid: Pirámide (p.97)

Fernández S., Oliver C. & Hernández L. (2012). *Perfil epidemiológico sobre la salud mental en México*. Distrito Federal: Inner Traditions Recuperado el 6 de Mayo de 2015 de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias8\\_Salud\\_Mental\\_Mex\\_ago12.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias8_Salud_Mental_Mex_ago12.pdf)

Fiorini J. (2006) *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión (pp.81-100)

Froján P. M, Montaña F. M, Calero E. A & Ruiz S. E. (2011). Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico. *Clínica y salud*. 1(22) pp. 69-85 Recuperado el 8 de Septiembre del 2015 de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n1/v22n1a05.pdf>

Fuente de la J.R (2012) Impactos de la globalización en la salud mental. *Gaceta Médica de México*. Recuperado el 7 de Mayo de 2015 de [http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM\\_148\\_2012\\_6\\_586-590.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_586-590.pdf)

Fuente de la, J. R, y Heinze M., G. (2014). La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud mental*, 37(6), 523-530. Recuperado en 25 de noviembre de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000600011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600011&lng=es&tlng=es).

Fuente de la R, Díaz A y Fouilloux C. (1998) La formación de psiquiatras en la República Mexicana. *Salud Mental* (pp.3-8).

- Garaigordobil, M. (1998). *Evaluación Psicológica: Bases teórico metodológicas*. Salamanca: Amaru (pp.21-33)
- García-Muriel L. (2006) *La comunicación. Una experiencia de vida. Manual de Trabajo en grupos*. (2ª ed.) México: Plaza Y Valdes (pp. 57-70)
- Gracia E. (1997) *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós ibérica (pp. 39-41)
- Haley J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires. Amorrortu. (pp.25-34)
- Hernández-Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hewitt, N. y Gantiva C. (2009) La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 27(1) 165-176.  
Recuperado el 25 de mayo de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79911627012>
- Ibáñez, C., y Echeburúa, E. (2015). Función y limitaciones del pronóstico en la evaluación diagnóstica en el ámbito de la psicología clínica. *Clínica y Salud*, 26(1), 17-22.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Panorama sociodemográfico del Distrito Federal*. Aguascalientes: INEGI Recuperado el 29 de Octubre de 2015 de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_socio/df/panorama\\_df.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/df/panorama_df.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos mexicanos 2011*. Recuperado el 6 de Mayo del 2015 de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mapa/espacioydatos/>

Keawe'aimoku Kaholokula J., Godoy A., O'Brien W., Haynes S. & Aurora G. A. (2013) Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clinica y Salud*. 24 (2013). 117-127

Linares J. y Ortega J. (2008). *Terapia familiar. Aprendizaje y supervisión*. México: Trillas. (pp. 25-34)

Lledó, J. L. (2009). Concepto de Salud y enfermedad. *La exploración psicodinámica en salud mental*. San Vicente: Editorial Club Universitario. (pp. 23-28).

López, J. A. P. (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International journal of clinical and health psychology*, 4(1), 191-205.

Macías, Y. C., y González, E. J. L. (2008). Psicodiagnóstico, una mirada a su historia. *Medisur*, 5(3), 85-91

Maya A. (2007) *El taller educativo. ¿Qué es? Fundamentos, como organizarlo y dirigirlo, como evaluarlo*. (2ª ed.) Bogotá: Aula Abierta Magisterio. Pp. (11-16).



- Marcos A. y Topa G. (2012) *Salud Mental Comunitaria*. Madrid. Editorial UNED Ciencias Sociales y Jurídicas (pp.399-418)
- Martínez-Farrero (2006).Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, XXVI (97)*. 53-69
- Martín J. y Richard M. (s.f) *La salud mental en México*. México. Editorial Dirección General de bibliotecas SIID. (pp. 5-9). Recuperado el 13 de Mayo de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Medina, Ma. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J.,Fleiz, C.,Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, (4) 1-16
- Morris C. y Maisto A. (2014) *Psicología*. México: Pearson. (p.440)
- Muñoz-Martínez A. y Novoa-Gómez M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia psicológica*, 30 (1).25-36
- Musitu G. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona. Editorial UOC. (pp. 18-22)
- Musitu, G.,Herrero J.,Cantera L., y Montenegro M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Barcelona*. Editorial: UOC. (pp.40-41)
- Organización Mundial de la Salud (2004) *Invertir en Salud Mental*. Biblioteca de la OMS. Ginebra: Suiza Recuperado el 2 de Mayo de 2015 de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. Organización Panamericana de la Salud: México Recuperado el 1 de Julio de 2015 [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm\\_oms.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf)

Phares J. (1996). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual moderno. (pp.4-29).

Ramírez, M. (2012) Concepto de salud y enfermedad mental. Principales signos y síntomas de la enfermedad mental en del Cano, A. M. M., & Cantisano, G. T. (2012). *Salud mental comunitaria*. Madrid: Editorial UNED. (pp.35-36)

Real Academia española. (2001). Prevención. *Diccionario de la lengua española* (22.ª ed.) Recuperado el 25 de mayo de 2015 de <http://lema.rae.es/drae/?val=prevencion>

Real Academia Española. (2001). Enfocar. *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.) Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=FIJ8jj4>

Real Academia Española. (2001). Evaluar. *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.) Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=H8KldC6>

Rico, H (2012) Una opción para aumentar efectividad y reducir costos en la atención a la salud mental. *Boletín de atención psiquiátrica*. 3(8) p.3

- Roa, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial (pp.25-119)
- Rodríguez-Charry (2007) Motivos de Consulta y Clínica Constructivista. *Revista Diversitas – Perspectivas En Psicología* 3(2).pp. 239-247
- Ruiz-Sancho E, Froján-Parga M & Calero-Elvira A. (2013) Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de psicología*. 3(29) 779-790 Recuperado el 8 de septiembre del 2015 de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n1/v22n1a05.pdf>
- Sánchez-Escobedo (2008). *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno. (pp.297-321)
- Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México, D.F.: Manual Moderno (pp.3-14)
- Szprachman R. (2003). *Terapia Breve*. Buenos Aires: Lugar. (pp.13-27)
- Trull y Phares (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson (pp.293-312)
- Valenzuela, M. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México. (p.105)
- Valenzuela, A. (2014). Desarrollo de competencias profesionales en un modelo de admisión clínica. Ponencia en *VII Congreso Internacional de Psicología Clínica*. Sevilla, España.

Valenzuela, A. (2014). Supervisión Clínica y formación en servicio en un Centro Comunitario de Atención Psicológica. Ponencia en *VII Congreso Internacional de Psicología Clínica*. Sevilla, España.

## Anexos

### Anexo 1. Cuestionario semi-estructurado

#### Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”

##### Pacientes atendidos 2014

Folio: \_\_\_\_\_ Psicólogos \_\_\_\_\_

##### Programa

- a) PUEP Adultos y Grupos    b) PUEP adolescentes y niños    c) Residencia en Maestría Infantil  
d) Residencia en Maestría en Familiar                      e) Servicio Social

##### Datos Sociodemográficos

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (F) (M) Tratamiento anterior: (Si) (No)

##### Procedencia

- |                          |                           |                        |
|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| a) Álvaro Obregón        | g) Gustavo A. Madero      | m) Milpa Alta          |
| b) Azcapotzalco          | h) Iztacalco              | n) Tláhuac             |
| c) Benito Juárez         | i) Iztapalapa             | o) Tlalpan             |
| d) Cuajimalpa de Morelos | j) Xochimilco             | p) Venustiano Carranza |
| e) Cuauhtémoc            | k) La Magdalena Contreras |                        |
| f) Coyoacán              | l) Miguel Hidalgo         |                        |

##### Estado Civil

- |               |                |          |
|---------------|----------------|----------|
| a) Casado     | c) Soltero     | e) Viudo |
| b) Divorciado | d) Unión Libre |          |

##### Escolaridad

- |               |               |             |
|---------------|---------------|-------------|
| a) Preescolar | c) Secundaria | e) Superior |
| b) Primaria   | d) Media      |             |

##### Ocupación

- a) Estudiante    b) Ama de casa    c) Empleado \_\_\_\_\_    d) ninguno

Ingreso: \_\_\_\_\_

## Proceso Psicológico

Motivo de Consulta Referido

---

Motivo de consulta referido por el psicólogo

---

### Objetivo Clínico

|             |            |             |              |
|-------------|------------|-------------|--------------|
| Orientación | Valoración | Tratamiento | Canalización |
|-------------|------------|-------------|--------------|

### Focos de Intervención

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_

### Área de Intervención

|          |          |            |        |
|----------|----------|------------|--------|
| Personal | Familiar | Padre-Hijo | Pareja |
|----------|----------|------------|--------|

Tipo de Intervención /Técnicas/ Enfoque/

---

| Sesiones                  | Situación del paciente | Proceso    |
|---------------------------|------------------------|------------|
| Entrevista/<br>Evaluación | Alta                   | Completo   |
|                           | Baja                   | Incompleto |
| Intervención              | En proceso             |            |
| Cierre                    |                        |            |
| Total                     |                        |            |

Logros

---

Observaciones

---

## Anexo 2 Solicitud de admisión Adultos



CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"

SOLICITUD DE ADMISIÓN DE ADULTOS



No. Expediente: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Aplicado por: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Fecha y Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Hombre ( ) Mujer Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle y Número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación Actual: \_\_\_\_\_

Nivel máximo de Estudios (concluido): \_\_\_\_\_ ¿En qué área? \_\_\_\_\_

¿Trabaja actualmente?: (SI) (NO) ¿Dónde trabaja? \_\_\_\_\_

¿En qué consiste su trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto gana? \$ \_\_\_\_\_ Su ingreso es: ( ) semanal ( ) quincenal ( ) mensual

¿Cuántas personas dependen económicamente de este ingreso? \_\_\_\_\_

Si no trabaja, ¿de quién depende económicamente? \_\_\_\_\_

¿Quién o quiénes aportan al ingreso familiar? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas dependen económicamente de éste ingreso? \_\_\_\_\_

Señale el ingreso total mensual en la familia:

( ) Menos de \$2,000 ( ) \$2,000 a \$4,000 ( ) \$4,000 a \$6,000 ( ) \$6,000 a \$10,000 ( ) Más de \$10,000

¿Cuenta con seguro médico? (SI) (NO) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Actualmente vive con:    ( ) Padre    ( ) Madre    ( ) Pareja    ( ) Hermanos/as    ( ) Hijos/as

( ) Otras personas, especifique: \_\_\_\_\_

De las personas que viven con usted, indique en la siguiente tabla el nombre, parentesco y tipo de relación que mantiene con ellas:

| Nombre | Parentesco | Edad | Ocupación | Escolaridad | Relación |
|--------|------------|------|-----------|-------------|----------|
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |

**MOTIVO DE CONSULTA.**

¿Cuál es su motivo de consulta? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa un poco más sobre esta situación:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Desde cuándo le ocurre esto? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha hecho algo para tratar de solucionarlo? (SÍ) (NO) Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es su idea del por qué le sucede esto?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Anteriormente ya le había pasado esto? (SI) (NO) ¿Qué hizo para solucionarlo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿De mayor a menor cuáles considera usted que son sus principales conflictos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Cómo califica en general su problema:

( ) Muy leve    ( ) Leve    ( ) Moderado    ( ) Grave    ( ) Muy Grave

Cuando usted tiene tiempo libre en qué lo ocupa (pasa tiempos, actividades, etc.). \_\_\_\_\_

---

Indique con una "X" en qué grado, esta problemática está afectando su vida, tomando como criterios:

0= Nada    10= Mucho

| Área                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Familiar             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sentimental (Pareja) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Escolar              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Laboral              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Social               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sexual               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Emocional            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Salud Física         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Señale con una "X" el grado de relación que usted tiene con las siguientes personas, tomando como criterios:

0= Muy Mala    10= Muy Buena

|               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Padre         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Madre         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Hermanos/as   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Pareja        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Hijos/as      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Amigos/as     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Compañeros/as | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Vecinos/as    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Autoridades   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

¿Ha recibido anteriormente apoyo psicológico? (SI) (NO)

¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Especifique el tipo de tratamiento y la fecha en que lo recibió: \_\_\_\_\_

---

¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? (SI) (NO)

En caso afirmativo especifique el tipo de problema: \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿De qué manera afecta a su vida este problema de salud? \_\_\_\_\_

Actualmente ¿está tomando algún medicamento? (SI) (NO) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Quién lo recetó? \_\_\_\_\_

¿Está interesado en recibir atención Psicológica? (SI) (NO)

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué acontecimiento (s) lo llevo a solicitar atención psicológica en este momento? \_\_\_\_\_

¿Qué espera al solicitar atención en este Centro? \_\_\_\_\_

¿Ya conocía el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”? (SI) (NO)

¿Cómo se enteró del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”?

¿Algún miembro de su familia ha recibido o está recibiendo apoyo psicológico en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su disponibilidad de horario entre semana? \_\_\_\_\_

¿Algún comentario que desee agregar? \_\_\_\_\_

**GRACIAS**

## Anexo 3. Solicitud de admisión menores de edad

### Solicitud para padres



CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"  
SOLICITUD DE ADMISIÓN PARA PADRES



No. Expediente: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Aplicado por: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

#### Datos del padre o tutor:

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

(s)

Sexo: ( ) Hombre ( ) Mujer Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle y Número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Nivel máximo de Estudios (concluidos por completo): \_\_\_\_\_ ¿En qué área? \_\_\_\_\_

¿Trabaja actualmente?: (SI) (NO) ¿Dónde trabaja? \_\_\_\_\_

¿En qué consiste su trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto gana? \$ \_\_\_\_\_ Su ingreso es: ( ) semanal ( ) quincenal ( ) mensual

¿Cuántas personas dependen económicamente de este ingreso? \_\_\_\_\_

Si no trabaja, ¿de quién depende económicamente? \_\_\_\_\_

¿Quién o quiénes aportan al ingreso familiar? \_\_\_\_\_

¿Cuenta con seguro médico? (SI) (NO) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Actualmente vive con: ( ) Padre ( ) Madre ( ) Pareja ( ) Hermanos/as ( ) Hijos/as

( ) Otras personas, especifique: \_\_\_\_\_

**Datos del menor para quien solicita la atención:**

Nombre de la persona para quien solicita la atención:

\_\_\_\_\_

|                  |                  |            |
|------------------|------------------|------------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |
|------------------|------------------|------------|

Sexo: ( ) Hombre ( ) Mujer      Edad: \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Actualmente vive con: ( ) Padre ( ) Madre ( ) Hermanos/as ( ) Hijos/as

Otras personas: especifique \_\_\_\_\_

De las personas que viven con el menor de edad, indique en la siguiente tabla el nombre, parentesco y tipo de relación que mantiene con ellas:

| Nombre | Parentesco | Edad | Ocupación | Escolaridad | Relación |
|--------|------------|------|-----------|-------------|----------|
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |

Estudia: (SÍ) (NO) Nivel máximo de Estudios: \_\_\_\_\_

Institución/ Escuela donde estudia: \_\_\_\_\_

Grado o Semestre que cursa: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA.**

¿Cuál es el motivo de consulta? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe un poco más sobre esta situación:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Desde cuándo ocurre esto? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha hecho algo para tratar de solucionarlo? (SÍ) (NO) Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Anteriormente ya le había pasado esto? (SI) (NO) ¿Qué hizo para solucionarlo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿De mayor a menor cuáles considera usted que son sus principales conflictos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es su idea del por qué le sucede esto?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cómo califica en general su problema:

( ) Muy leve    ( ) Leve    ( ) Moderado    ( ) Grave    ( ) Muy Grave

Cuando el menor de edad tiene tiempo libre en qué lo ocupa (pasa tiempos, actividades, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique con una "X" en qué grado, esta problemática está afectando la vida del/a menor, tomando como criterios:

0= Nada    10= Mucho

| Área                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Familiar            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Escolar             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Laboral             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Social              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sexual              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Emocional           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sentimental/amorosa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Marque el tipo de relación que el/la menor tiene con las siguientes personas tomando como referencia:

0= Muy Mala 10= Muy Buena

|                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Padre             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Madre             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Hermanos/as       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Pareja (novio/as) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Amigos/as         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Compañeros/as     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Vecinos/as        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Autoridades       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

¿Ha recibido anteriormente apoyo psicológico? (SI) (NO)

¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Especifique el tipo de tratamiento y la fecha en que lo recibió: \_\_\_\_\_

¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? (SI) (NO)

En caso afirmativo especifique el tipo de problema: \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿De qué manera afecta a su vida este problema de salud? \_\_\_\_\_

¿Toma actualmente algún medicamento? (SI) (NO) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Quién lo recetó? \_\_\_\_\_

¿El/la menor está enterado/a de que se está solicitando atención Psicológica para él/ella? (SI) (NO)

¿El/la menor está interesado/a en recibir atención Psicológica? (SI) (NO)

¿Qué acontecimiento (s) lo llevo a solicitar atención psicológica en este momento para su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué espera USTED al solicitar atención en este Centro? \_\_\_\_\_

¿Ya conocía el Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes"? (SI) (NO)

¿Cómo se enteró del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"? \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su familia ha recibido o está recibiendo apoyo psicológico en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su disponibilidad de horario entre semana? \_\_\_\_\_

¿Algún comentario que quiera agregar? \_\_\_\_\_

**GRACIAS**

## Solicitud para menores de edad



CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"  
SOLICITUD DE ADMISIÓN PARA MENORES DE EDAD



No. Expediente: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Aplicado por: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Fecha y Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Hombre ( ) Mujer Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle y Número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación Actual: \_\_\_\_\_

Estudios: (Sí) (No) Nivel máximo de Estudios: \_\_\_\_\_

Institución/ Escuela donde estudias: \_\_\_\_\_

Grado o Semestre que cursas: \_\_\_\_\_

¿Quién o quiénes aportan al ingreso familiar? \_\_\_\_\_

¿De quién dependes económicamente? \_\_\_\_\_

¿En qué trabaja y cuánto gana la persona de quien dependes? \_\_\_\_\_

Señala el ingreso mensual promedio de tu familia: \_\_\_\_\_

( ) Menos de \$2,000 ( ) \$2,000 a \$4,000 ( ) \$4,000 a \$6,000 ( ) \$6,000 a \$10,000 ( ) más de \$10,000



Indica el nombre completo, edad y parentesco de quien se hace responsable de ti:

\_\_\_\_\_

¿Con quién vives? \_\_\_\_\_

De las personas que viven contigo, indica en la siguiente tabla el nombre, parentesco y tipo de relación que mantiene con ellas:

| Nombre | Parentesco | Edad | Ocupación | Escolaridad | Relación |
|--------|------------|------|-----------|-------------|----------|
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |
|        |            |      |           |             |          |

¿Cómo consideras tu desempeño escolar? \_\_\_\_\_

¿Cuáles materias se te facilitan más? \_\_\_\_\_

¿Cuáles se te dificultan más? \_\_\_\_\_

¿Cómo consideras tu relación con tus compañeros? \_\_\_\_\_

Y la relación con tus maestros ¿cómo es? \_\_\_\_\_

#### **MOTIVO DE CONSULTA.**

¿Cuál es tu motivo de consulta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe un poco más sobre esta situación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Desde cuándo te ocurre esto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Has hecho algo para tratar de solucionarlo? (SÍ) (NO) Especifica: \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu idea del por qué te sucede esto?

---

---

¿Anteriormente ya te había pasado esto? (SI) (NO) ¿Qué hiciste para solucionarlo?

---

---

¿De mayor a menor cuáles consideras que son sus principales conflictos?

---

---

Cómo calificas en general tu problema:

( ) Muy leve ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( ) Muy Grave

Indica con una "X" en qué grado, esta problemática está afectando tu vida, tomando como criterios:

0= Nada 10= Mucho

| Área                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Familiar             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sentimental/ amorosa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Escolar              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Laboral              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Social               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sexual               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Emocional            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Salud                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Marca el grado de relación que tienes con las siguientes personas, tomando como criterios:

0= Muy Mala 10= Muy Buena

|               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Padre         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Madre         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Hermanos/as   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Novio/a       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Amigos/as     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Compañeros/as | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Vecinos/as    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Autoridades   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

¿Has recibido anteriormente apoyo psicológico? (SI) (NO)

¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Especifica el tipo de tratamiento y la fecha en que lo recibiste: \_\_\_\_\_

¿Has hecho algo para tratar de solucionarlo? (Sí) (NO) Especifica: \_\_\_\_\_

¿Estás siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? (SI) (NO)

En caso afirmativo especifica el tipo de problema: \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿De qué manera afecta tu vida este problema de salud? \_\_\_\_\_

¿Tomas actualmente algún medicamento? (SI) (NO) ¿Cuál?

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Quién lo recetó? \_\_\_\_\_

¿Te interesa recibir atención Psicológica? (SI) (NO)

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué esperas al solicitar atención en este Centro? \_\_\_\_\_

¿Ya conocías el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”? (SI) (NO)

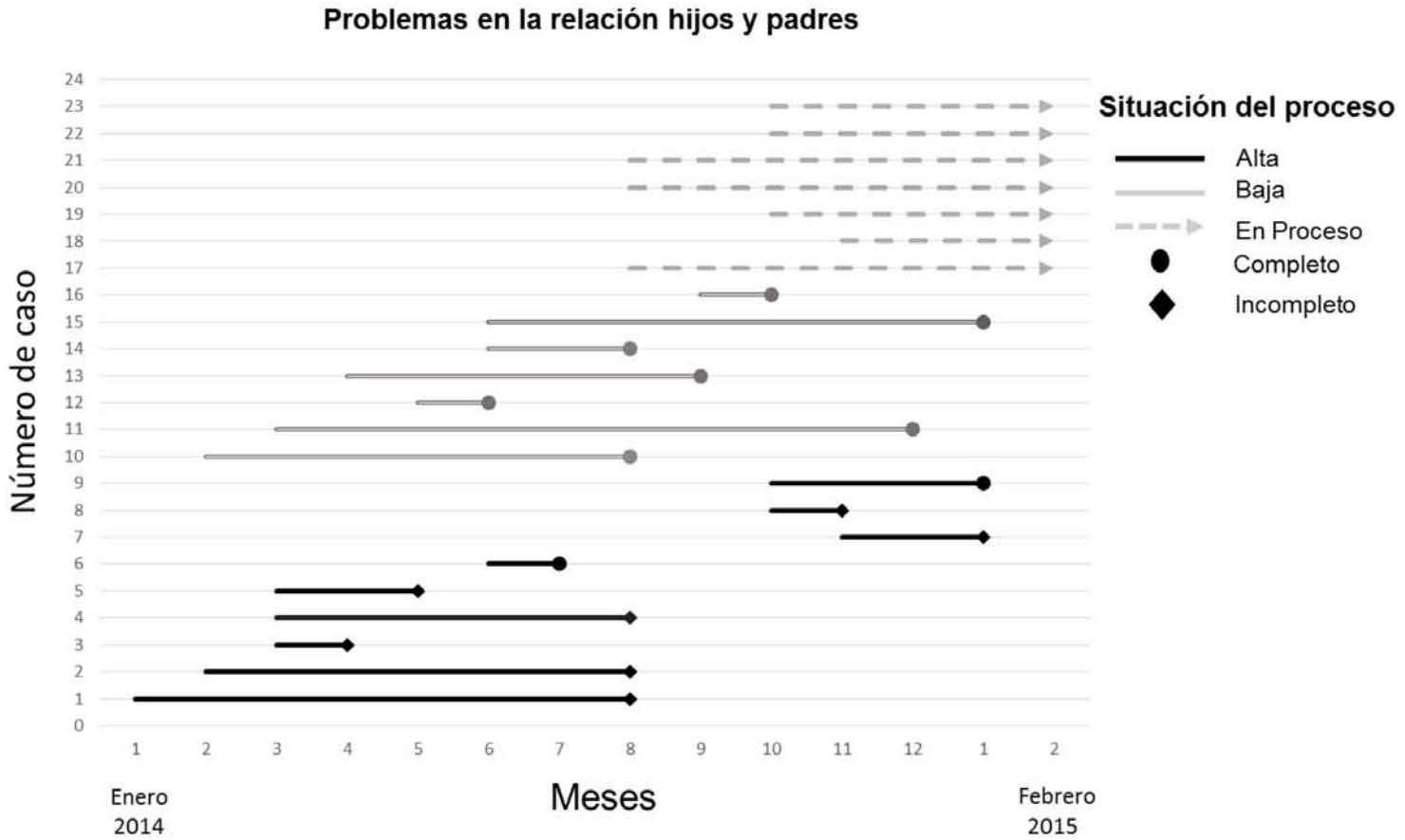
¿Cómo te enteraste del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”?

¿Algún miembro de tú familia ha recibido o está recibiendo apoyo psicológico en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”? \_\_\_\_\_

¿Algún comentario que quieras agregar? \_\_\_\_\_

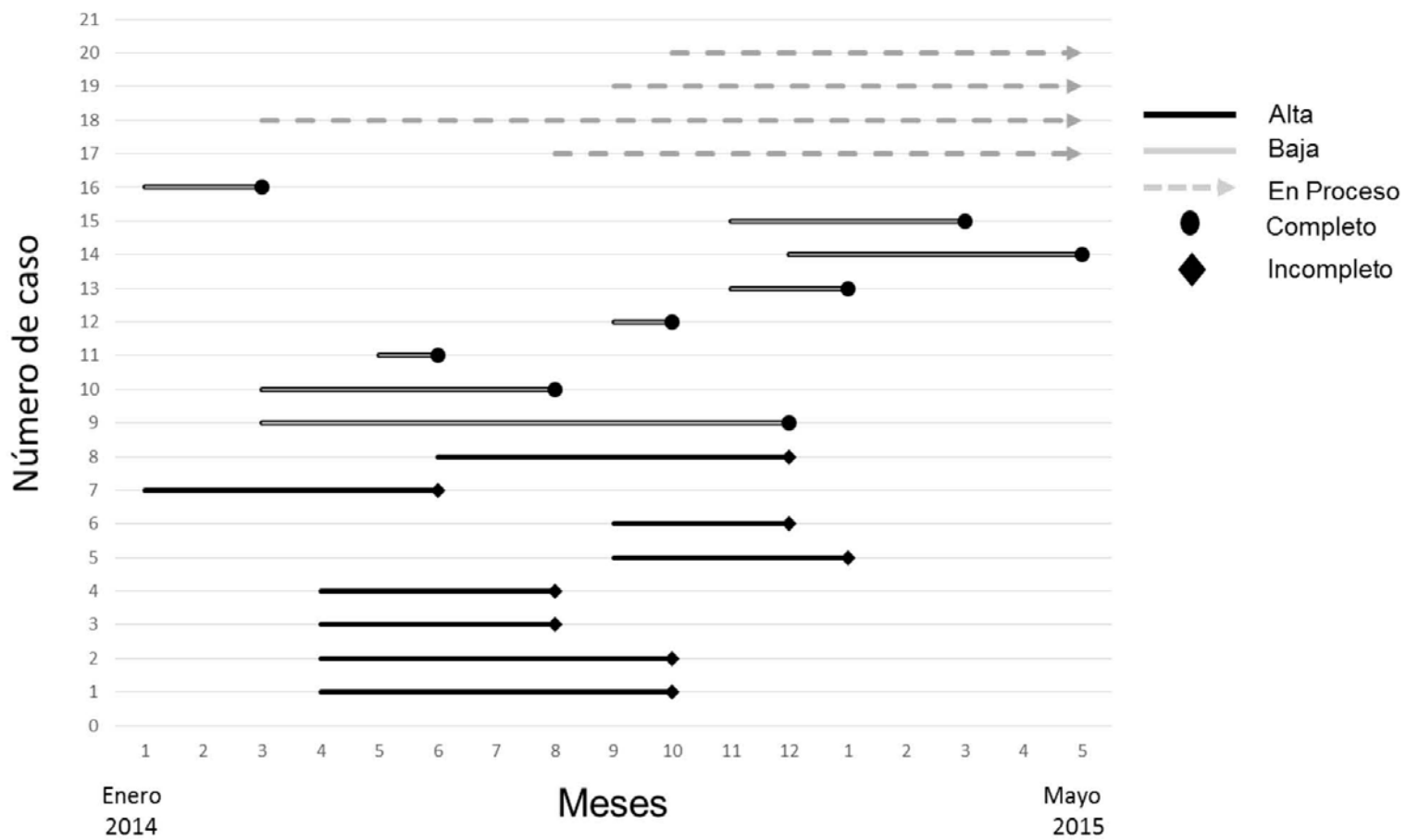
**GRACIAS**

Anexo 4. Gráficas de los principales motivos de consulta de acuerdo al mes de ingreso y egreso del centro.



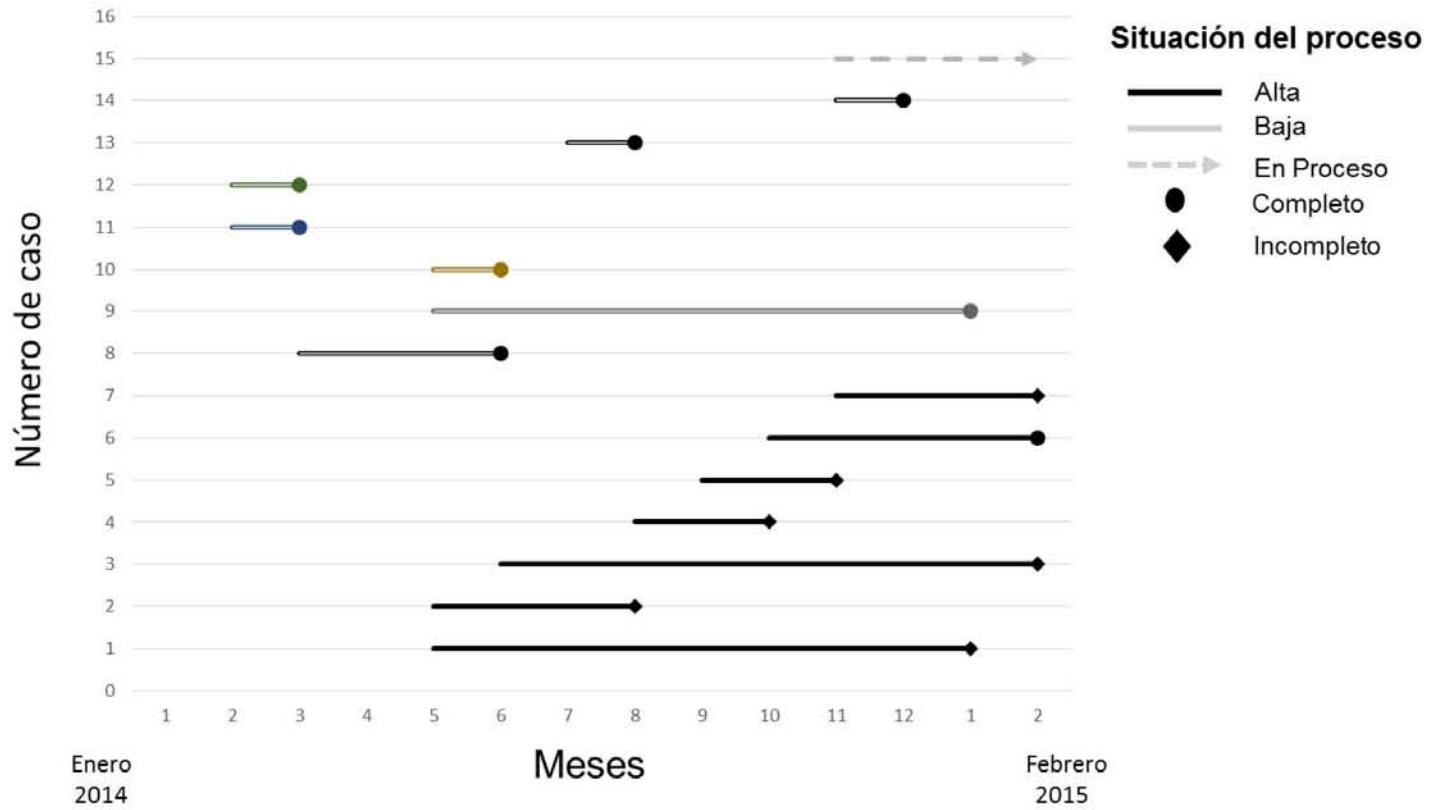
Incidencia del motivo de consulta de acuerdo al tiempo que permaneció en atención terapéutica.

### Agresión y problemas para relacionarse



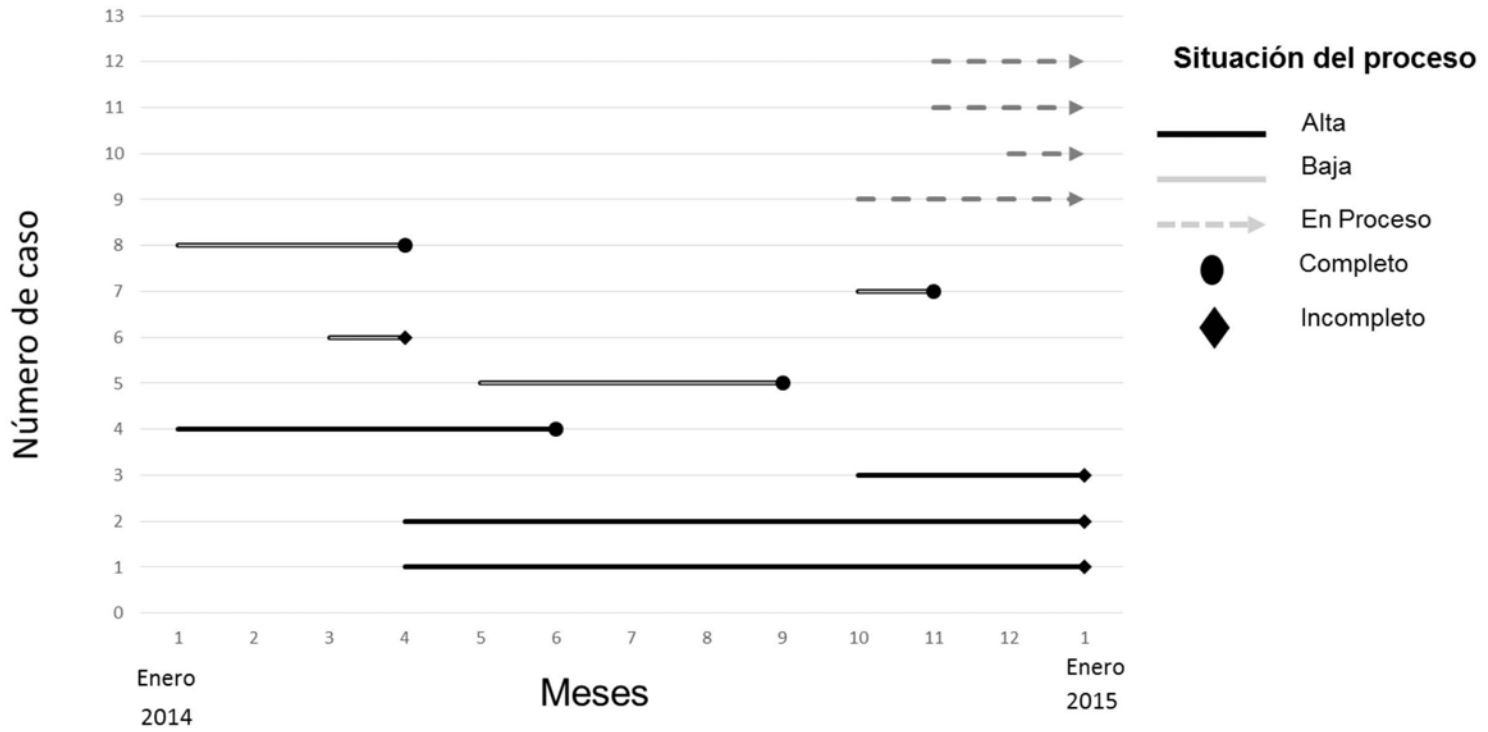
Motivo de consulta de acuerdo al tiempo que permaneció en atención terapéutica.

### Problemas de pareja

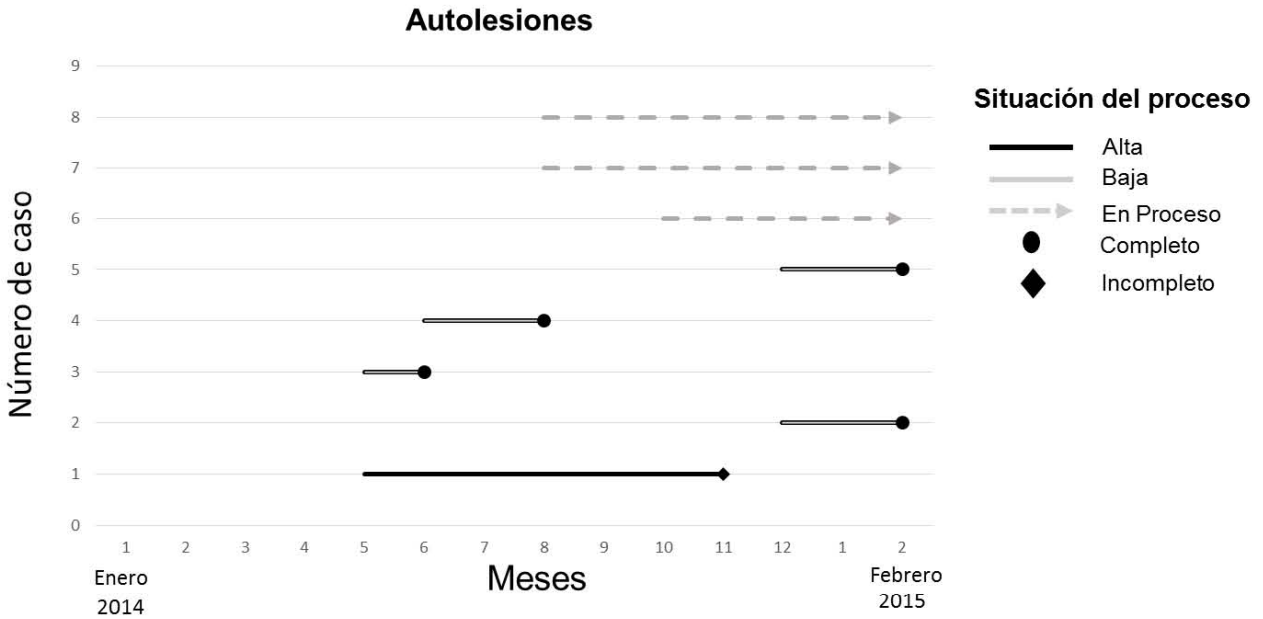


Incidencia del motivo de consulta de acuerdo al tiempo que permaneció en atención terapéutica.

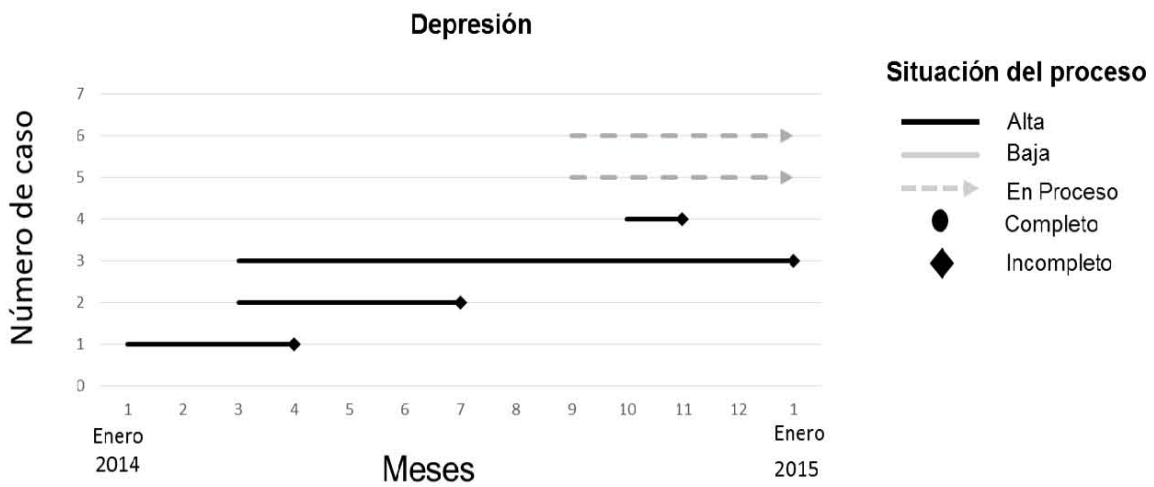
### Problemas escolares y de aprendizaje



Incidencia del motivo de consulta de acuerdo al tiempo que permaneció en atención terapéutica.

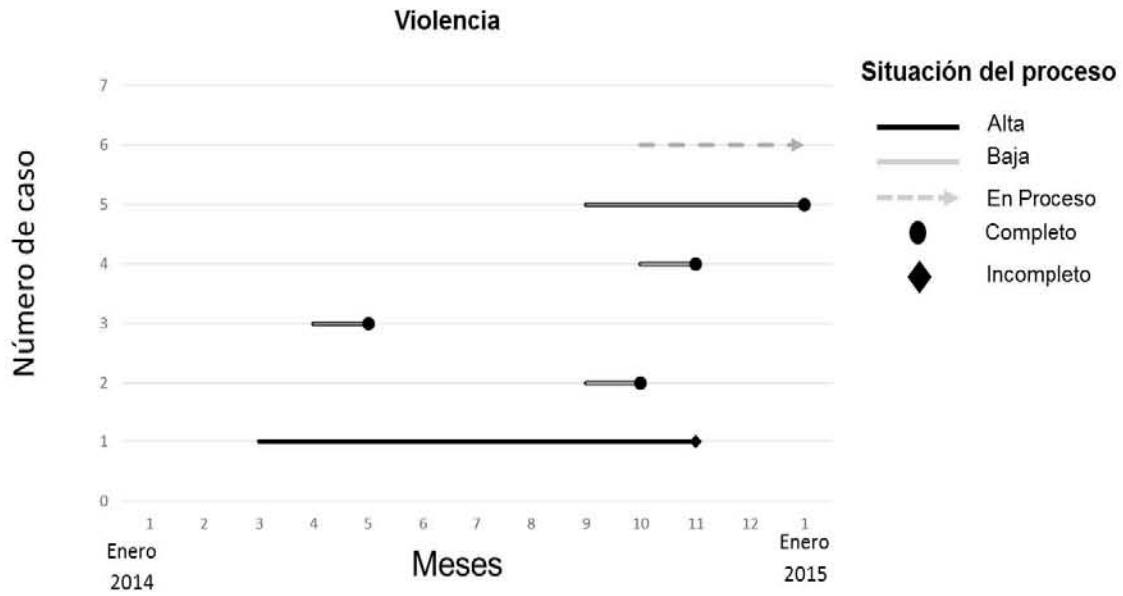


Incidencia del motivo de consulta de acuerdo al tiempo que permaneció en atención terapéutica.

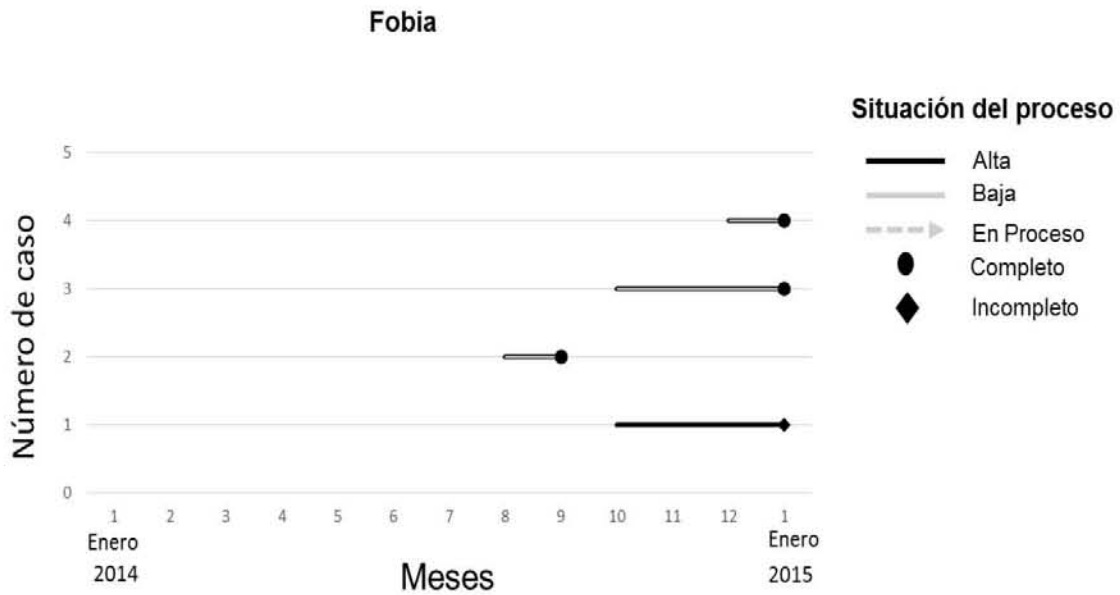


Incidencia del motivo de consulta de acuerdo al tiempo que permaneció en atención terapéutica.

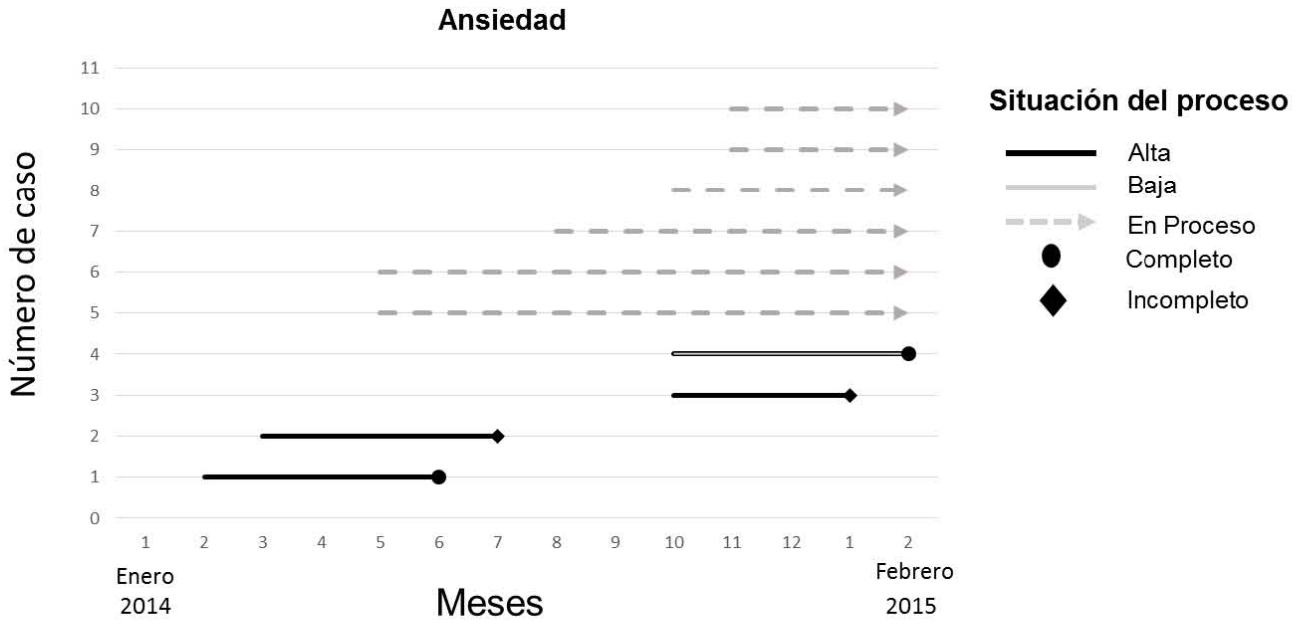




Incidencia del motivo de consulta de acuerdo al tiempo que permaneció en atención terapéutica.



Incidencia del motivo de consulta de acuerdo al tiempo que permaneció en atención terapéutica.



Incidencia del motivo de consulta de acuerdo al tiempo que permaneció en atención terapéutica.