



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**MEDICINA CONDUCTUAL: INTRODUCCIÓN A LA PRÁCTICA
CLÍNICA EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE ENFERMOS
CRÓNICO-DEGENERATIVOS EN EL CENTRO DE CONSULTA
EXTERNA / CONSEJERÍA DE PRIMERA LÍNEA EN LA
ATENCIÓN DE URGENCIAS PSICOLÓGICAS EN POBLACIÓN
UNIVERSITARIA**

INFORME FINAL DEL SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
LESLIE DENISE AVILA ROJAS

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ
ASESOR: DR. ALAN ALEXIS MERCADO RUIZ
ASESOR: DR. CESAR AUGUSTO DE LEON RICARDI
SINODAL: MTRA. GUILLERMINA NETZAHUATL SALTO
SINODAL: DR. OMAR ALEJANDRO VILLEDA VILLAFANA



CIUDAD DE MÉXICO

2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice:

	Pág.
Resumen	3
Introducción	4
Desarrollo de la temática	7
1.1 Medicina Conductual	7
1.2 Conceptualización de la crisis	8
1.3 Relevancia de la atención de crisis en población universitaria y público en general	9
1.4 Primeros Auxilios Psicológicos	11
1.5 Intervención en crisis	13
1.6 Protocolo ACERCARSE	14
2. Institución donde se realizó el servicio	16
2.1 Actividades realizadas durante el servicio social	18
2.2 Productividad	19
2.3 Presentación de caso clínico	24
2.4 Competencias alcanzadas	36
2.5 Sugerencias para la mejora del programa	37
Conclusiones	39
Referencias	41
Anexos	49

RESUMEN:

El psicólogo en servicio social desempeña múltiples actividades según la institución y programa en el que se desempeñe, en este manuscrito se describen las actividades realizadas en uno de los ocho subprogramas de “Medicina Conductual: Introducción a la práctica clínica en la atención psicológica de enfermos crónico-degenerativos en centro consulta externa”, programa con clave 2023-12/23-346. El subprograma al que se hace referencia lleva el nombre de “Consejería de Primera Línea en la atención de urgencias psicológicas en población universitaria”, atiende casos de emergencias psicológicas y problemas relacionados con el estrés agudo-complejo. El objetivo de la Consejería de Primera Línea es que los estudiantes aprendan a detectar, manejar y dar seguimiento a crisis psicológicas mediante la implementación de intervención breve en modalidad presencial, dando contención o canalizando a los consultantes según sus necesidades. Se brinda atención principalmente a estudiantes universitarios, pertenecientes a la UNAM, sin embargo, la atención se ha extendido y actualmente se ha abierto al público general. Los servicios se realizan dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", ubicado en el sótano del edificio D de la Facultad de Psicología. El tipo de intervención brindada por el programa, de manera general, es el consejo breve con enfoque Cognitivo-Conductual centrado en el Modelo de solución de problemas.

Palabras clave: intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, emergencias psicológicas, atención primaria.

Introducción

Dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM se ofrece la posibilidad de realizar el servicio social y prácticas profesionales a los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Las actividades se ofrecen en diversos escenarios especializados con los que cuenta la universidad, a los cuales se les conoce como Centros de Formación y Servicios Psicológicos.

Desde la creación en 1981 del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, se ofrece atención a la comunidad, se desarrollan programas de investigación y se proporciona al estudiante una enseñanza práctica, directa y supervisada para que pudieran vincular la teoría y la práctica (Barragán, 2010). En esta sede se encuentra el *programa “Medicina Conductual: Introducción a la práctica clínica en la atención psicológica de enfermos crónico-degenerativos en consulta externa”*, el cual fue creado por la psicóloga Rebeca Sánchez Monroy en 2020 y tiene como misión contribuir en la formación y actualización del estudiante de Psicología en el campo clínico y de la salud, así como, brindar atención de carácter preventivo, de tratamiento y de rehabilitación a la comunidad universitaria y al público en general.

Una de las razones por las que es importante ofrecer atención psicológica a las personas con enfermedades crónico-degenerativas es porque éstas son las principales causas de mortalidad en México (Escamilla-Núñez et al., 2023). Las enfermedades con mayor prevalencia son la hipertensión arterial con 256.5 casos por cada 100 mil habitantes, la diabetes mellitus tipo 2 con 186.7 casos por cada 100 mil habitantes y depresión con una tasa de 40.1 casos por cada 100 mil habitantes (Secretaría de Salud [SS], 2022, p.4). Si los recursos psicológicos, económicos y de apoyo social de la persona

enferma no son suficientemente sólidos, podría experimentar mayor estrés y, por lo tanto, sufrir afectaciones en su calidad de vida (Oviedo, 2018). Además, padecer alguna enfermedad crónica puede aumentar la probabilidad de desarrollar una afección de salud mental (National Institute of Mental Health [NIH], 2021).

Por ello, Peralta (2021) afirma que es fundamental y beneficioso que haya psicólogos involucrados en el tratamiento de aquellas personas con enfermedades crónico-degenerativas, pues son quienes pueden intervenir en la esfera emocional, en la motivación, en la modificación de conductas y en la promoción de hábitos de autocuidado. Cabe mencionar que de este proyecto de servicio social se derivan varios subprogramas:

- a) Formulación de casos clínicos.
- b) Entrevista de primer contacto preconsulta e historia clínica.
- c) Entrenamiento y práctica de consejeros en Medicina Conductual.
- d) Entrenamiento y práctica de consejeros cognitivo-conductuales en un centro de consulta externa.
- e) Entrenamiento y práctica de consejeros en colegios y universidades COE-DGOAE.
- f) Entrenamiento y práctica en consejería psicológica para estudiantes universitarios.
- g) Consejería de primera línea en la atención de urgencias psicológicas en población universitaria.

Debido a la realización del servicio social dentro del subprograma “*Consejería de primera línea en la atención de urgencias psicológicas en población universitaria*”, el tema central será la atención de crisis psicológicas específicamente.

Este subprograma se apertura en el periodo semestral 2024-1 por la psicóloga Rebeca Sánchez Monroy, junto con la Mtra. Dulce Viridiana Santiago García como corresponsable, la razón fue porque los asistentes de la clínica solicitaban constantemente contención emocional, de modo que, ante la demanda por parte de la comunidad universitaria y personas externas, se decide crear un espacio con personal capacitado y dedicado a esta labor. A continuación, se describen las actividades realizadas durante el servicio social, el cual se llevó a cabo del 21 de agosto de 2023 al 08 de marzo de 2024, en un horario matutino de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. de lunes a viernes, acorde a las fechas del calendario académico de la UNAM.

1. Desarrollo de la temática

1.1 Medicina Conductual

La Medicina Conductual es definida por diversos autores como un campo interdisciplinario entre la ciencia conductual y la biomédica (Schwartz & Weiss, 1978; Reynoso, 2012, citados en Reynoso, 2014; Arroyo et al., 2013), ya que, se aplica la teoría y los métodos conductuales para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en personas con padecimientos médicos o psicológicos (Reynoso & Seligson, 2005). De acuerdo con Arroyo et al. (2013), las enfermedades pueden surgir debido a ciertas conductas, asimismo, al presentarse una enfermedad, habrá modificaciones en su conducta, los cuales serán necesarios para mejorar la salud y disminuir los síntomas.

Como se menciona en el párrafo anterior, la llegada de una enfermedad trae consigo una alteración en diversas áreas de la vida, lo cual remarca la necesidad de un equipo multidisciplinario y es aquí donde observa la importancia de que haya un equipo de psicólogos especializados en el proceso de enfermedad (Bravo, 2004). Como parte del proceso de enfermedad, los individuos experimentan una serie de crisis emocionales que les demandan el ejercicio de estrategias de afrontamiento para superar las problemáticas, de este asunto se hablará en el siguiente apartado.

1.2. Conceptualización de la crisis

Actualmente, se conocen diferentes conceptualizaciones de las crisis llegando a describirlas con características que no distan unas de otras, pero sin un consenso claro. Se dice que una crisis surge ante una situación conflictiva, amenazante o traumática que

desequilibra al sujeto de manera temporal, causando que perciba que sus propias capacidades no serán suficientes para resolver como regularmente lo haría, debido a este desequilibrio psicológico, se requiere que el sujeto realice ajustes internos (Benveniste, 2000; Cohen & Ahearn, 1989; Slaikou, 1996).

Algunos ejemplos de eventos traumáticos son vivir en riesgo de muerte, lesiones severas o violencia sexual (Overstreet et al., 2017). Para ser más específicos, existen dos tipos de crisis: las vitales del desarrollo o madurativas y las circunstanciales.

Las primeras se identifican como predecibles y regularmente graduales, algunos ejemplos de eventos que desencadenan estas crisis son: el ingreso escolar, el desarrollo profesional y laboral, la adolescencia, el nacimiento de los hijos, la menopausia, la jubilación, entre otros (Cortese et al., 2004). Por otro lado, al segundo tipo se les distingue por irrumpir de manera imprevisible en un corto periodo, poniendo en alto riesgo el bienestar físico y psicológico de una persona o una comunidad entera. Los eventos que entran en esta categoría pueden ser enfermedades agudas o crónicas, ser víctima de algún asalto, agresión y/o abuso sexual, una catástrofe natural, la muerte inesperada, guerras, divorcios, problemas económicos, abortos, etcétera (Cortese et al., 2004; Slaikou, 1996).

Estos sucesos exceden la capacidad de respuesta de las personas, provocando que sus recursos se sobrecarguen (Prewitt, 2002, como se citó en Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja [IFRC], s.f.). Como se puede observar, atravesar por una crisis es un desafío, especialmente si no se cuenta con la asistencia necesaria, no obstante, se dice también que vivir una crisis puede llevar a la persona a un crecimiento (Slaikou, 1996). Independientemente del tipo y gravedad

de la crisis el trabajo del psicólogo se vuelve fundamental, de este tema se hablará a continuación.

1.3 Relevancia de la atención de las crisis en población universitaria y público en general

El Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México [CCSJCM] (2023, p. 4, 6) informa que en los años 2022 y 2023 se brindó atención psicológica a 78 mil 729 personas y reporta un incremento del 15% en el año 2023 en comparación del año anterior. Cabe mencionar que las personas de 21 a 30 años son quienes más ayuda solicitan (31.4%), posteriormente, se encuentra la población de 12 a 20 años (27.4%), seguidos de los adultos de 31 a 40 años (20.2%), 41 a 50 años (11.3%) y finalmente personas de 51 a 60 años (8.7%). Este mismo informe menciona que los motivos de las crisis son: Problemas con la pareja o ruptura, violencia familiar, ansiedad, problemas familiares, manejo de emociones, depresión, duelo, maltrato infantil, desesperanza, ideación o intento suicida y delitos sexuales.

Con la información anterior, es posible observar la necesidad de más profesionales que atiendan crisis psicológicas, especialmente en la comunidad estudiantil. Arenas-Landgrave et al. (2019) dan a conocer el porcentaje de alumnos de la UNAM de diferentes carreras que solicitan apoyo psicológico, por ejemplo, la Facultad de Psicología solicitan mayormente la atención (24.1%), las facultades que le siguen son Arquitectura (6.8%) y Derecho (6.0%). Si se recuerda el contexto que envuelve la vida universitaria, exámenes, entregas de proyectos, clases largas, lecturas, profesores con altas exigencias, las horas de trayecto, horas de práctica, etcétera, será más sencillo comprender por qué la

población universitaria tiende a presentar un incremento en síntomas de ansiedad, estrés o depresión (Rendon & Agudelo, 2011).

Aunado a ello, existen factores ajenos a lo académico, como pueden ser las cuestiones afectivas, familiares, económicas o sociales y el aumento de responsabilidades, situaciones que provocan vulnerabilidad emocional e incapacidad para enfrentar o sobrellevar situaciones (Cobo-Rendón et al., 2020; Torres et al., 2017).

En esa misma línea, Shamah-Levy et al. (2022) reportaron que en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2021 que 16.1% de la población con una edad de entre 20 años y más presentó sintomatología depresiva moderada o severa. De hecho, la depresión y ansiedad son cuestiones que se presentan con regularidad y las que han tenido mayor impacto en términos de Años de Vida Saludable (AVISA; Palacios-Jiménez et al., 2022).

Una muestra de ello es el incremento de suicidio que se ha presentado en el grupo de jóvenes de entre 15 y 29 años. En México, la tasa de suicidio en 2015 fue de 8.1 por cada 100,000 habitantes; para 2021 la tasa subió a 10.4 por cada 100, 000 habitantes; convirtiéndose en la tercera causa de muerte de hombres y para las mujeres la quinta (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022, p. 3).

Además, Palacios-Jiménez et al. (2022), revelan que, dentro del IMSS, durante el periodo de 2020 a 2022, la esquizofrenia, el episodio depresivo, el trastorno depresivo recurrente y la demencia han sido algunos de los 10 principales motivos de consulta. Por si fuese poco, la Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud [SPPS] en su 2° Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones de 2022 (p. 36), reportan que los recursos disponibles para la salud mental no son suficientes,

asimismo, se reporta que 8 de cada 10 personas no recibían la atención adecuada y oportuna (Méndez, 2023). Ante esta realidad es que se torna de relevancia ofrecer primeros auxilios psicológicos de calidad y un seguimiento que permita la atención de la crisis, en el siguiente apartado se hablará de esta temática.

1.4. Primeros auxilios psicológicos

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's) surgen a raíz de las intervenciones en crisis. Se les considera una intervención de primera instancia, lo cual quiere decir que se brindan luego de las primeras horas posteriores de haber estado expuesto a una crisis o situación traumática e indica, evidentemente, que las reacciones se encuentran en una fase aguda (Everly et al., 2016).

La atención de los PAP's es temprana, breve, práctica y se orienta a disminuir y prevenir las consecuencias que se pueden presentar física y psicológicamente, como la muerte del propio individuo o alguien más (Comité Permanente entre Organismos [IASC], 2007; Corey et al., 2021; Everly & Lating, 2017; Muñoz et al., 2007; Rendón & Agudelo, 2011; World Health Organization [WHO], War Trauma Foundation [WTF] and World Vision International [WVI], 2011).

Cabe mencionar que con esta intervención no se busca reemplazar un servicio de psicoterapia (Everly & Mitchell, 1999, como se citó en Muñoz, 2007), sino ayudar a las personas a gestionar la situación y tomar decisiones informadas (IFRC, 2021). El profesional que proporciona los PAP's no emite algún diagnóstico o tratamiento, pero sí ayuda a las personas a llegar con el personal especializado para que, si es el caso, reciban la atención necesaria de manera más completa, como atención en psicoterapia o atención psiquiátrica (Everly & Lating, 2017; Muñoz et al., 2007), por eso mismo los

pueden proporcionar algún padre de familia, policía, clero, abogados, médicos, orientadores, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, estudiantes, supervisores, etcétera, con la condición de que haya recibido un entrenamiento adecuado (Slaikeu, 1996).

Los principios de los PAP's son: Evaluar, Escuchar y Enlazar (Corey et al., 2021), además de reducir la mortalidad hacia el mismo individuo en crisis u otros (Corral & Gómez, 2009). Estos principios se pueden observar en diversos protocolos que se han creado, como puede ser el Protocolo de Intervención de Slaikeu (1996) el cual consta de cinco pasos: realizar contacto psicológico, examinar dimensiones del problema, analizar posibles soluciones, asistir en la ejecución de acción concreta y hacer seguimientos; el protocolo ACERCARSE (Muñoz et al., 2007) o el ABCDE (Cortés & Figueroa, 2015), los cuales buscan acompañar a la persona, ayudar a reducir el nivel de estrés que se pueda experimentar, restablecer su integridad y favorecer el uso sus propios recursos para sobrellevar la situación crítica (Rendón & Agudelo, 2011).

1.5 Intervención en crisis

Posterior a vivir una crisis será benéfico recibir atención emocional de segunda instancia, es decir, una intervención en crisis. La intervención en crisis se considera como un proceso terapéutico breve que tiene como meta final auxiliar a la persona para que resuelva la crisis, integre lo sucedido y pueda afrontar vivencias futuras, teniendo ya un nuevo concepto de su persona y el mundo (Slaikeu, 1996). A estas alturas, han transcurrido ya semanas o meses en la vida del sujeto desde que el evento estresante se suscitó, la intervención dirige al individuo a un análisis que le permita comprender lo que experimentó, también promueve que las capacidades, herramientas, mecanismos de

afrontamiento y recursos sociales previos del sujeto se reactiven y se fortalezcan luego de haber vivido alguna crisis, debido a lo anterior, este trabajo será realizado por un psicólogo, puesto que se requieren conocimientos específicos para llegar a la meta final (Parad & Parad, 1990; Slaikeu, 1996).

Se recurre con más frecuencia al modelo CASIC, protocolo propuesto por Slaikeu en 1996, sin embargo, se han creado otras propuestas, como el Modelo de 7 pasos de Intervención, a saber: Realizar evaluación biopsicosocial y comprobar grado de letalidad, establecer contacto psicológico, identificar las dimensiones del problema, fomentar la exploración de emociones, generar alternativas y nuevas estrategias de afrontamiento, restablecer funcionamiento mediante un plan de acción y planificar seguimientos (Roberts & Ottens, 2005); el Sistema de Evaluación de TRIAGE (Myers, 2001), el Modelo ACT (Roberts, 2002) o el Modelo de 6 pasos de James & Gilliland (2005, como se citó en Ahmad & Ashri, 2018), que consta de lo siguiente: Definir el problema, asegurar la seguridad del individuo, proporcionar apoyo, explorar alternativas de solución, hacer un plan detallado y sencillo y obtener compromiso.

A pesar de la variedad en los protocolos para atender las crisis, en el subprograma *“Consejería de primera línea en la atención de urgencias psicológicas en población universitaria”* se emplea el modelo ACERCARSE del cual se hablará a continuación.

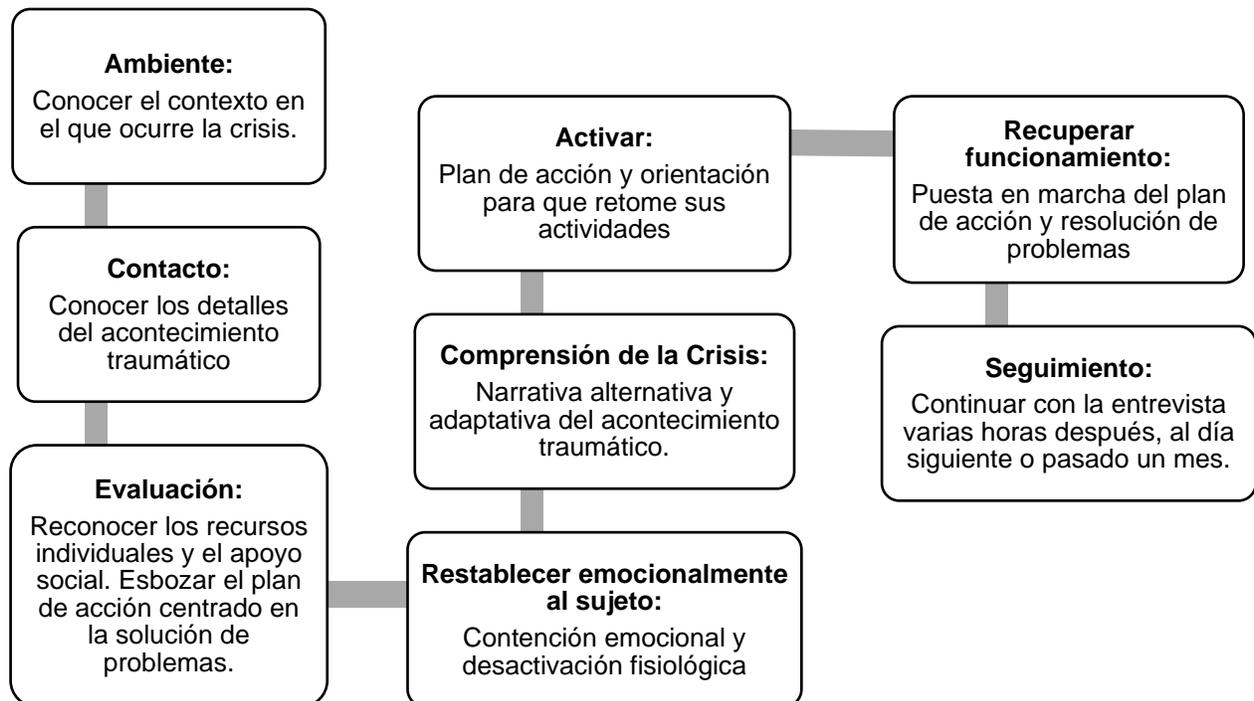
1.6 Protocolo ACERCARSE

Dentro del CSP “Dr. Guillermo Dávila”, se utiliza el protocolo ACERCARSE el cual tiene como objetivo facilitar la organización y actuación en la intervención de los PAP’s. La ventaja con este protocolo es la flexibilidad con la que cuenta para realizar ajustes de

acuerdo con las necesidades que se presenten en cada caso (Muñoz et al., 2007). Consta de ocho etapas secuenciales que permiten brindar una atención integral como se describe en la Figura 1. Este protocolo se usa dentro del programa de atención a crisis psicológicas ya que es el más completo en comparación con otros, por ejemplo, no sólo se evalúa, escucha y enlaza con otros servicios, sino que se instiga al sujeto para que trabaje en su restablecimiento emocional, se brinda información basada en hechos, instrucciones concretas y se le hace una devolución de los sucesos con la interpretación que el paciente realizó.

Figura 1.

Protocolo ACERCARSE



Nota: Elaboración propia.

2. Institución donde se realizó el servicio

La sede de este programa de servicio social fue el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila”, ubicado en el sótano del Edificio D de la Facultad de Psicología, con la siguiente dirección: Avenida Universidad 3004, Edificio D, sótano, Copilco Universidad, 04340 Ciudad de México, CDMX.

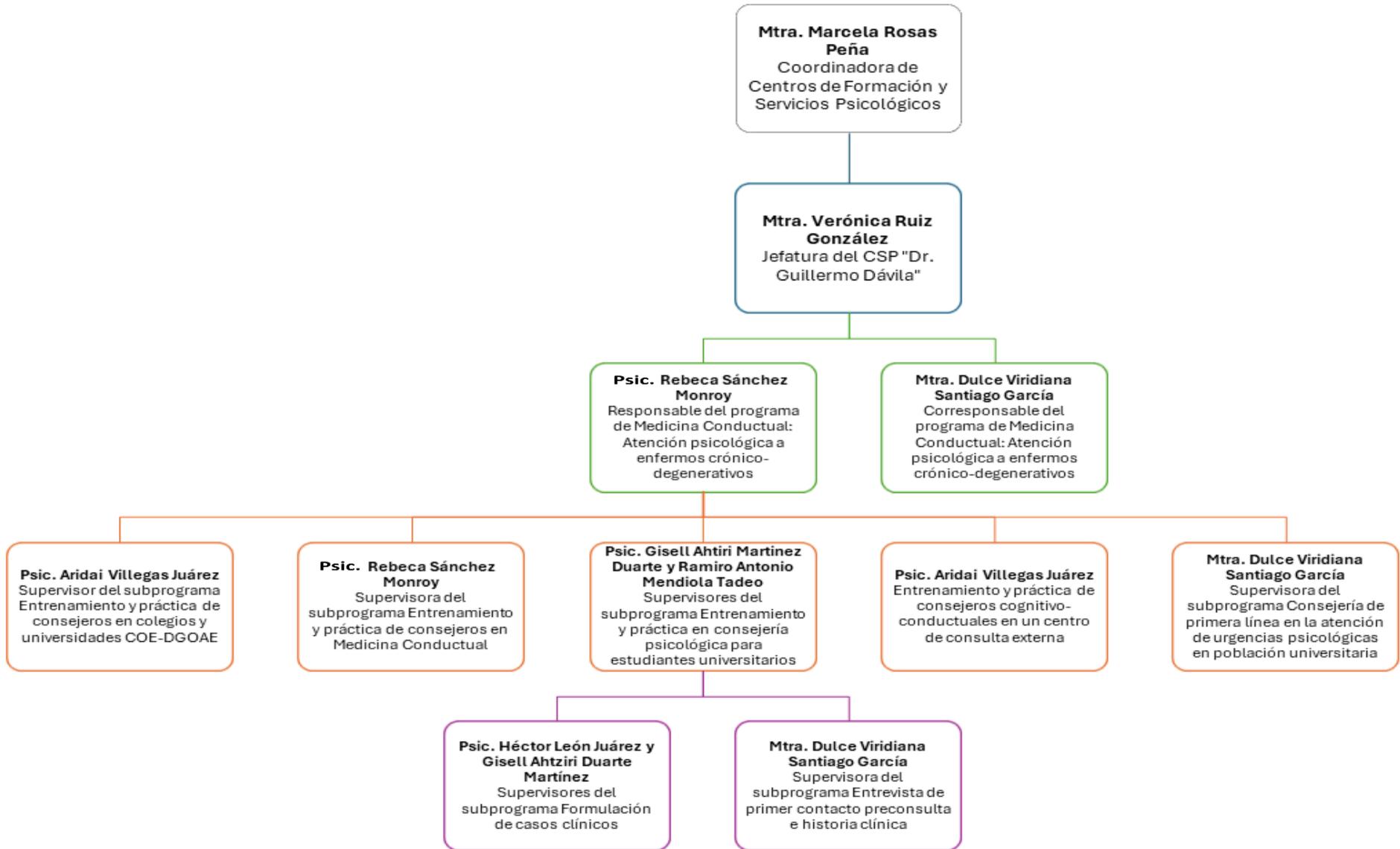
El centro de servicios psicológicos es dirigido por la Mtra. Verónica Ruiz González, quien supervisa todos los programas de servicio que se dan en el Centro. Por otra parte, si se habla únicamente del programa de *Medicina Conductual: atención psicológica a enfermos crónico-degenerativos*, se cuenta con el apoyo de varias personas como se observa en la Figura 2 en donde se describe el organigrama de este Centro.

El subprograma de “*Consejería de primera línea en la atención de urgencias psicológicas en población universitaria*” tiene como objetivo entrenar al estudiante de licenciatura en la detección, manejo y seguimiento de crisis psicológicas de los consultantes que acuden a un centro de consulta externa para la contención, canalización o tratamiento mediante la implementación de intervención breve en problemas del espectro de estrés agudo-complejo en modalidad presencial.

Este subprograma ofrece un nivel de atención primaria en salud mental, es decir, se atienden las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a través de la promoción de la salud, la prevención, la participación social, la organización de servicios de salud, el enlace con otros servicios y el tratamiento de las personas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.).

Figura 2

Organigrama del Programa Medicina Conductual



Debido al incremento de problemáticas en el área de salud mental (Vargas & Villamil, 2016), se ha optado brindar atención de primera instancia como estrategia para hacer frente a las demandas de la sociedad, por ejemplo, realizar intervenciones tempranas al detectar factores de riesgo y vulnerabilidad, como las crisis psicosociales o eventos estresantes, previene que alguien desarrolle un trastorno psicosocial grave en un momento futuro (Fernández et al., 2007).

2.1. Actividades realizadas durante el servicio social

Las actividades que se realizaron como parte de este programa fueron las siguientes: realizar entrevista de primera vez, así como entrevista de historia clínica, aplicar, calificar e interpretar batería de pruebas conformada por el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck (BDI y BDA), Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), Test de Solución de Problemas (TSP) y el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2), formular el caso clínico con el Mapa Clínico de Patogénesis, elaborar un mapa de alcance de metas, diseñar un plan de tratamiento, exponer casos clínicos de manera grupal, proporcionar Consejo psicológico en modalidad presencial, organizar y actualizar expedientes físicos y electrónicos, asistir a supervisión individual, brindar atención y seguimiento de intervención en crisis, así como diseñar trípticos y/o infografías sobre temas en el cuidado a la salud mental. Cada una de estas actividades se llevaban a cabo en diferentes horarios y bajo la supervisión de los profesores a cargo. En la tabla 2 se puede observar la forma en la que se repartía el trabajo clínico.

Tabla 2*Horario de actividades*

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8am	Turno clínico de atención de crisis y actualización de expedientes		Supervisión grupal para presentación de casos clínicos, a cargo de la psicóloga Rebeca Sánchez Monroy	Turno clínico de atención de crisis y actualización de expedientes	
9am				Consultante 190370	Consultante 190395
10am				Supervisión individual	Consultante 189429
11am				Consultante 190899	Consultante 199451
12 pm					

Nota: Elaboración propia

2.2 Productividad

Se atendieron un total de dieciséis personas, donde 10 fueron mujeres y 6 hombres con edades entre los 18 y 58 años, de los cuales 8 eran estudiantes, 4 trabajadores de la UNAM y 4 público externo. De los usuarios atendidos, 9 recibieron primeros auxilios psicológicos y 7 atención psicológica.

Entre las técnicas empleadas se incluye el Modelo de Solución de Problemas, la cual es una estrategia de afrontamiento, que tiene como meta enseñar a las personas a desarrollar habilidades que le permitan resolver conflictos de la manera más eficaz y adaptativa posible. El proceso es sistematizado y cuenta con cinco fases:

orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones e implementación de la solución y verificación (Nezu et al., 2014). Dentro del modelo, se encuentra la técnica de exteriorización, cuya función es ayudar al sujeto a despejar su mente de información, que, aunque podría ser relevante, lo sobrecarga mentalmente y podría limitar su concentración en otras actividades. Lo anterior se logra a través del uso de notas escritas o de voz, donde se describa y relacione información relevante. Es posible recurrir a esta técnica si se busca llevar registro de emociones, detonantes o pensamientos para conocer más de su persona y tomar mejores decisiones o bien, para recordar tareas importantes con las que se debe cumplir. Además, se recurrió al método DEPA, la cual es presentada en forma de acrónimo, cuyo significado es el siguiente: detente, enlentece, piensa y actúa. Tiene como objetivo ayudar a las personas en su regulación emocional, ya que, la desregulación emocional se puede convertir en una barrera para solucionar problemas de manera eficaz, por lo tanto, se proporcionan estrategias que permiten identificar y comprender el significado de las reacciones que el sujeto presenta ante situaciones estresantes, para que posteriormente consiga detenerse, enlentecer la emoción y actuar de manera racional (Nezu et al., 2014). La tercera técnica usada del Modelo de Solución de Problemas fue el Modelo ACC, la cual sigue la propuesta de Ellis et al. (1981, citado en Pérez-Acosta et al., 2008), en donde se plantea que lo que influye en las reacciones emocionales y conductuales depende de la manera en que se interprete un acontecimiento. Para comprender esta reacción se propone esquematizar los sucesos de la siguiente manera: A es el detonante, C es la creencia o pensamiento que aparece ante el desencadenante y la segunda C es la consecuencia emocional o conductual que el

detonante provoca. Con esta herramienta se pueden identificar reacciones propias, aprender a realizar interpretaciones más objetivas y reducir creencias o acciones automáticas (Nezu et al., 2014).

Aunado a lo anterior, la psicoeducación fue un elemento usado de manera recurrente con los consultantes, debido a que con esta se brinda información clara, precisa y basada en evidencia sobre algún problema de salud mental o físico a los pacientes y familiares, relacionada con los síntomas, causas, posibles tratamientos, etc y cómo se relaciona con su motivo de consulta (Godoy et al., 2020; Gómez, 2023).

Otra de las técnicas empeladas fue la validación emocional, esta permite reconocer la experiencia que tuvo el paciente, pues al analizar el contexto en el que se suscitaron los hechos, permite darle sentido a las emociones que la persona experimentó y al mismo tiempo, no significa que se acepten o que no se cuestionen las conductas desadaptativas, si llegaran a existir; cabe mencionar que lo anterior permite conectar con el paciente y generar una mejor relación terapéutica (Linehan, 1993, como se citó en Maero, 2017). Por otra parte, se hicieron uso de los autorregistros, para recopilar datos sobre el estado anímico del sujeto, sobre situaciones, personas o conductas que aumentan o reducen determinada emoción, de igual forma, permiten conocer las actividades de la persona (Ruiz et al., 2012).

Con algunos pacientes se usó el debate socrático para abordar el aspecto cognitivo, ya que, tiene como meta poner en tela de juicio algunas de las creencias disfuncionales. El procedimiento consta de preguntas que lleven al sujeto a evaluar sus pensamientos y comprobar su veracidad, gracias al diálogo y reflexión que ocurre

entre el consultante y el experto es posible crear en conjunto nuevas creencias más adaptativas y racionales (Echeverría-Escalante, 2024). Con otros consultantes se recurrió a la técnica de flecha descendente, la cual busca identificar las creencias más profundas de una persona hacia un tema en específico, lo anterior se logra al realizar una serie de preguntas en secuencia, las cuales, indagan el significado de los pensamientos de un individuo, las preguntas se detendrán cuando no sea posible dar otra respuesta o si la respuesta proporcionada no es creíble para el sujeto. (Ruiz et al., 2012; André, 2023).

Igualmente, se puso en práctica el entrenamiento en habilidades sociales, enfocado específicamente en el rechazo de peticiones, de modo que las personas aprendan a hacerlo de manera clara, concisa y sin excusas. Durante el proceso, los pacientes aprenden a comprender las peticiones, a distinguir entre una razón y una excusa, a aplicar procedimientos defensivos como el disco rayado, la interrogación negativa o el banco de niebla, asimismo, se asignan tareas para practicar las nuevas conductas (Caballo, 1993). También se recurrió al *role-playing*, puesto a que es posible ensayar una conducta específica dentro de un contexto controlado, además de que contribuye a que los pacientes retengan de mejor manera los nuevos aprendizajes. Cabe mencionar que dentro de este contexto se puede observar cómo realizar la conducta de manera apropiada, posteriormente, llevarlo a la práctica, recibir retroalimentación, practicar aplicando las correcciones y recibir reforzamiento (Ruiz et al., 2012).

De las últimas técnicas por mencionar son la técnica de *Grounding* y respiración diafragmática, ambas se pueden usar ante situaciones desbordantes con el objetivo de regresar a la persona a un estado de calma. La primera, por ejemplo, permitirá al individuo focalizar su atención en algo distinto a la problemática y anclarse al presente, propiciando que se regule emocionalmente (Najavits, 2002). La segunda, es una técnica de relajación caracterizada por el uso del diafragma, la cual es útil para reducir el nivel de activación fisiológica ante situaciones estresantes, ya que se realizan respiraciones profundas de manera lenta y controlada (National Cancer Institute [NCI], s.f.).

En cuanto a la atención de primeros auxilios psicológicas se recurrió al protocolo ACERCARSE, el cual, como se mencionó anteriormente, consta de ocho fases que permiten realizar de manera estructurada una intervención en donde se brinde contención emocional y se cree un plan de acción orientado a la solución del problema (Muñoz, 2007). En la Tabla 3 se resumen las técnicas y la frecuencia en la que se usaron con los consultantes.

Tabla 3*Técnicas cognitivo-conductuales empleadas*

Técnica	<i>f</i>
Solución de problemas	16
Validación emocional	15
Psicoeducación	14
Exteriorización	14
Respiración diafragmática	12
Primeros auxilios psicológicos con protocolo ACERCARSE	9
Técnica <i>Grounding</i>	5
Flecha descendente	5
Modelo ACC	5
Autorregistros	4
Técnica DEPA	3
Debate socrático	2
<i>Role-playing</i>	2
Entrenamiento en habilidades sociales: Rechazo de peticiones	1

Nota: Elaboración propia.

2.3 Presentación del caso clínico

Dentro de este apartado se presenta un ejemplo de trabajo terapéutico el caso del usuario con ID 189429.

Datos generales de identificación. Paciente femenina de 19 años, estudiante del cuarto semestre de la carrera de psicología de la Facultad de Psicología en la UNAM. Originaria de la Ciudad de México, residente de Cuajimalpa de Morelos. Sin

Historia médica y psicológica. La consultante niega enfermedades físicas, sin embargo, con referencia al área psicológica, reporta haber iniciado con las autolesiones e ideas de muerte a la edad de 9 años, alrededor de 2013. En 2023 inició su tratamiento psicológico en un Centro de Integración Juvenil (CIJ), posteriormente llegó al CSP “Dr. Guillermo Dávila”, en donde el médico en turno de salud mental de primer contacto le prescribió Sertralina, Hidroxicina y Quetiapina ante sintomatología ansiosa-depresiva, sin embargo, no inició el tratamiento.

Motivo de consulta. En octubre de 2023, la paciente solicita atención psicológica en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, por segunda vez. La entrevista es realizada por la Mtra. Dulce Viridiana Santiago García, en donde se busca obtener información actualizada de su motivo de consulta. En cuanto a su motivo de consulta, la consultante refiere sentirse en riesgo de recaída a su conducta autolesiva y menciona estar dispuesta a comenzar su tratamiento para tratar su sintomatología ansiosa-depresiva.

Evaluación Clínica Psicológica. La evaluación psicológica se realizó mediante una entrevista conductual semiestructurada a la paciente (que se encuentra en el Anexo 1) cuya duración fue de 60 minutos, una entrevista de Historia Clínica (la cual se ubica en el Anexo 2) con una duración de 90 minutos, la aplicación de la batería de pruebas conformada por el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck (BDI y BDA), Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), Test de Solución de Problemas (TSP) y el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). Para fines de este caso solo se reportarán los resultados de los Inventarios de Beck, esto considerando el motivo de consulta.

Al examen mental se observa a una femenina con un adecuado aliño e higiene, una vestimenta acorde a su edad, estatus socioeconómico y tonalidades oscuras. Facie de tristeza. Hiponimia. Nulo contacto visual. Voz en volumen bajo. Aplanamiento emocional. Presentaba movimientos estereotipados en pies y manos. Orientada en tiempo, espacio y persona. Presentaba discurso fluido, coherente y congruente, conciencia normal, juicio dentro de la realidad y conciencia de la enfermedad. Sin alteraciones en la sensopercepción. Hay presencia de pensamientos de minusvalía.

Análisis de Variables y Secuencias Funcionales relacionadas al Problema.

Se hizo uso del Mapa Clínico de Patogénesis, propuesto por Nezu et al. (2006), para trazar la ruta a seguir en la intervención, puesto que esta herramienta permite representar gráficamente las variables involucradas en el surgimiento y mantenimiento de la problemática del paciente, además de establecer la relación que existe entre estas conductas.

Dentro de la variable de respuesta la paciente presenta sintomatología de ansiedad como dolor muscular, taquicardia, opresión en el pecho, insomnio, miedo a que pase lo peor, pánico y dificultad para respirar. Aunado a lo anterior, se observan respuestas correspondientes a sintomatología depresiva, como la incapacidad para sentir placer, hipersomnia, ideas de muerte, desmotivación, tristeza, fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse, sensación de vacío, tristeza y llanto. Además, la paciente reporta consumo de alcohol con un patrón de medio litro a 1 litro por semana en reuniones sociales y consumo de una cajetilla de cigarrillos a lo largo de un día y medio. Las respuestas de ansiedad y depresión que reporta la paciente se presentan ante problemas familiares, incluso si no estaba involucrada directamente, por ejemplo, “el

problema sólo era de mi hermano, pero los gritos y lo que le decían mis papás me hicieron recordar lo que me decían a mí cuando tenía su edad y reviví lo que sentía antes” (sic. pac.); asimismo, al estar expuesta a estrés por temporada de evaluaciones académicas, al cometer errores y al experimentar soledad, la sintomatología ansiosa-depresiva y el consumo de alcohol y tabaco se incrementan, aunado a la falta de adherencia farmacológica a Sertralina, Hidroxicina y Quetiapina. Lo anterior, trae como consecuencia que la paciente se aíse y tenga pensamientos autolesivos, además de tener conflictos con amistades y recibir regaños de sus padres y profesores. Estas respuestas tienen como variables distales las comparaciones que los padres de la paciente hacían de su desempeño académico con el de otros, autolesiones en brazos y piernas desde 2013, pensamientos de muerte y tener influencia de un padre alcohólico. En la Figura 4 se presenta el Mapa Clínico de Patogénesis de Samanta.

Posterior a la evaluación y análisis del caso, se diseñó un Mapa de Alcance de Metas (Nezu et al., 2006) instrumento que funge como un organizador visual en donde se plasman las metas finales, los obstáculos que se pueden presentar y las estrategias que serán usadas para vencer las barreras y conseguir la meta esperada. En el caso de la paciente, se estableció como meta final que la paciente acuda a una valoración médica en salud mental en primer contacto e inicie adherencia al tratamiento farmacológico correspondiente y use estrategias de regulación emocional para disminuir sintomatología ansiosa-depresiva. En la Figura 5 se encuentra el Mapa de Alcance de Metas de la paciente.

Plan de tratamiento. Como se mencionó en el apartado anterior, el Mapa de alcance de metas permite esbozar el camino a seguir para cumplir una meta. Lo anterior se puede lograr con ayuda del Plan de tratamiento, el cual desglosa la meta en diversas acciones, especifica cómo se emplearán las estrategias y contempla las tareas que el paciente deberá realizar fuera de sesión para cumplir con la meta final.

El Plan de Tratamiento contemplaba diez sesiones y se dividía en tres etapas: La adherencia al tratamiento psicofarmacológico, la prevención de recaídas de autolesiones y la canalización a un servicio enfocado en la prevención de adicciones. Durante esta intervención serían implementadas estrategias provenientes del enfoque cognitivo-conductual, como la psicoeducación, el modelo ACC, la exteriorización, la simplificación, el modelo de solución de problemas, técnicas de distracción cognitiva y relajación, entre otras. Para obtener información detallada del plan de tratamiento, se puede recurrir a la tabla 4.

Figura 4

Mapa Clínico de Patogénesis

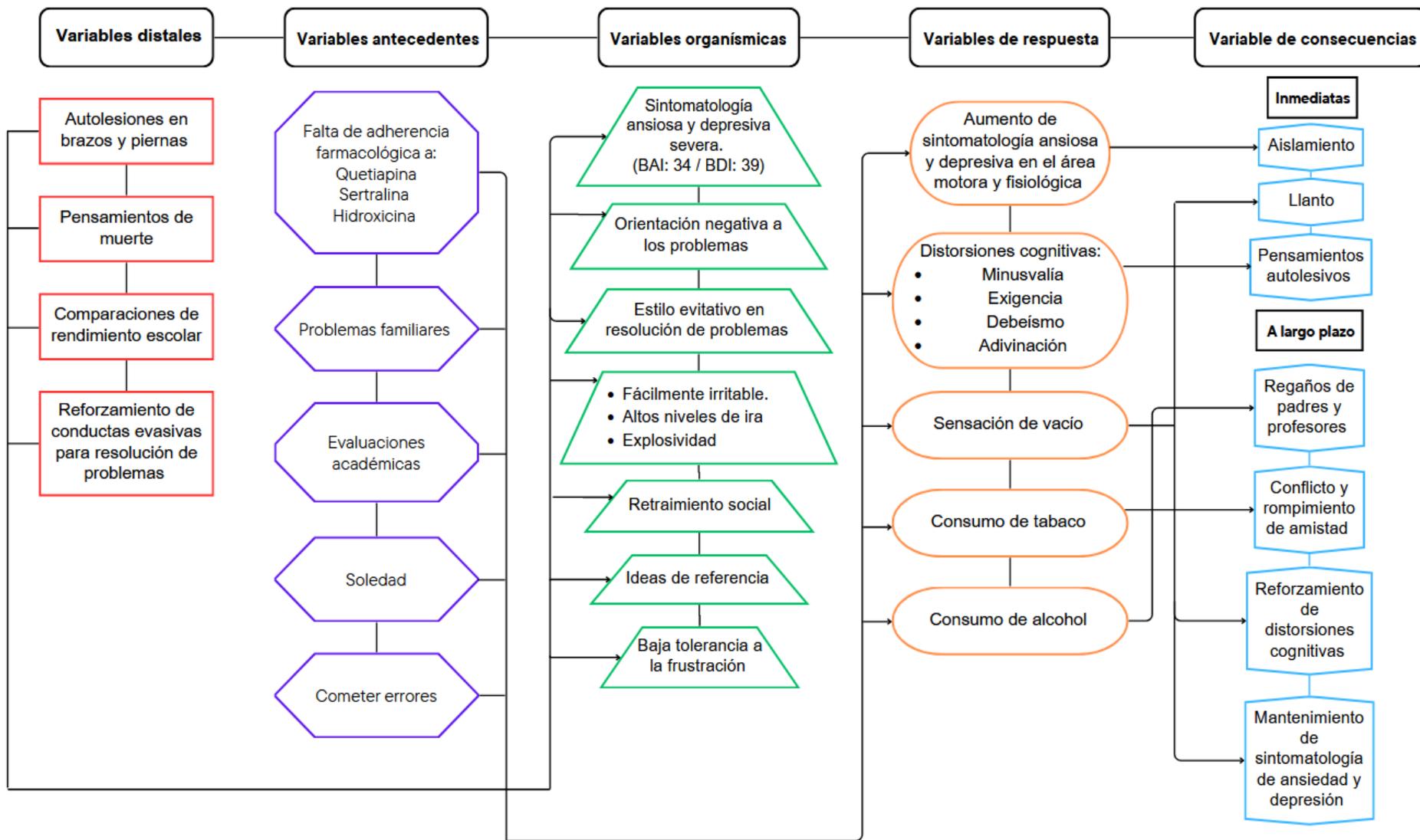


Figura 5

Mapa de Alcance de Metas

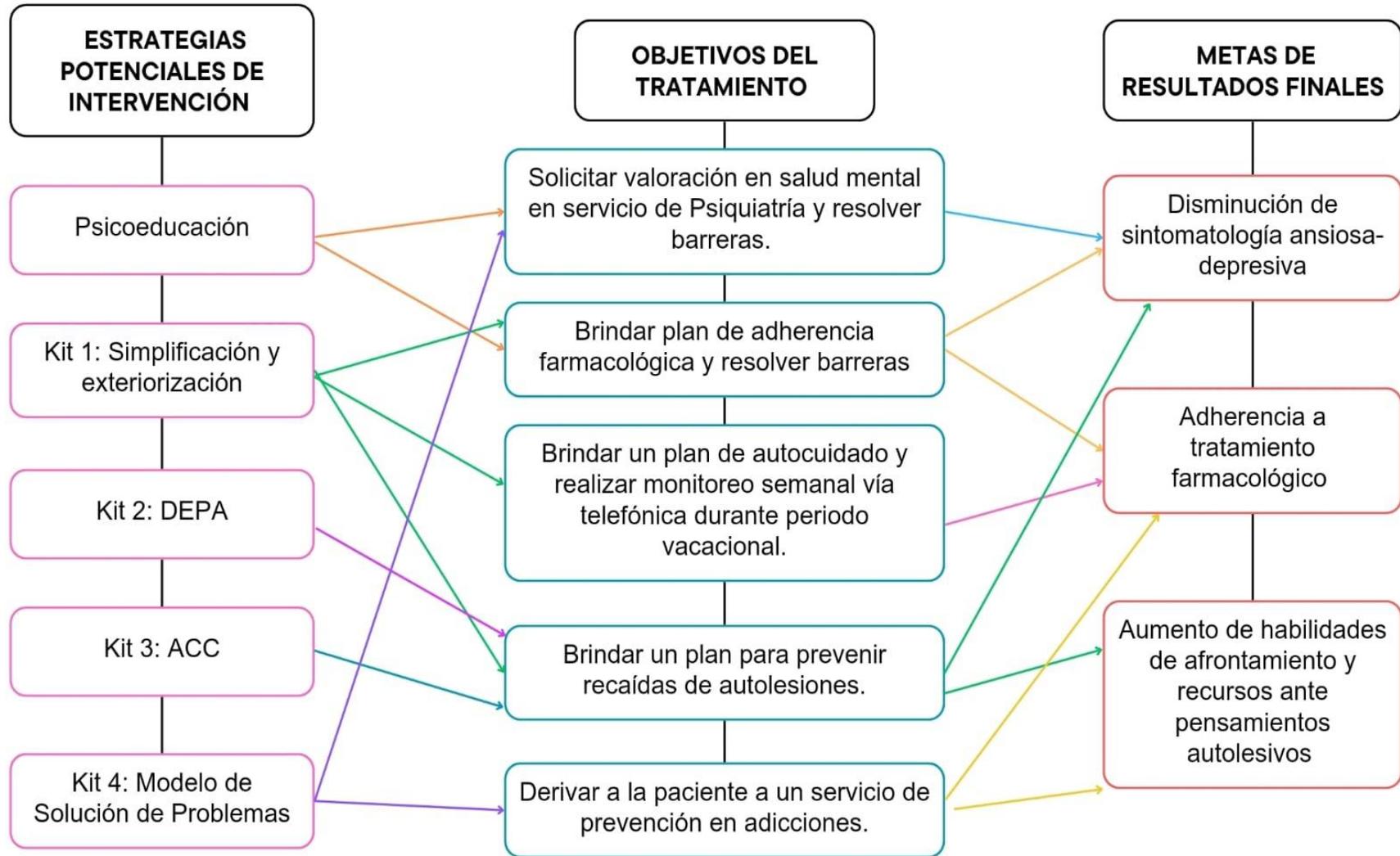


Tabla 4*Plan de tratamiento*

<i>Sesión</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad de sesión</i>	<i>Tarea para casa</i>	<i>Criterios e indicadores de cambio</i>
1	Solicitar valoración por servicio psiquiátrico	Devolución de resultados y psicoeducación de la problemática y de la importancia de la atención psiquiátrica.	Acudir al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y solicitar una cita para valoración.	Firmar hoja de referencia.
2	Solicitar valoración en salud mental en servicio de Psiquiatría y resolver barreras.	Monitorear asistencia al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y resolver barrera. Informar de los datos necesarios para su atención en dicho lugar.	Acudir a la cita en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y hacer uso de la lista creada en sesión.	Paciente acude con la prueba de la cita. Hoja con lista de sintomatología y dinámica familiar
3	Solicitar valoración en salud mental en servicio de Psiquiatría y resolver barreras.	Monitorear asistencia al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y resolver barreras. Brindar psicoeducación sobre el autocuidado. Indagar planes para periodo vacacional.	Presentar alternativas de servicio privado a familiares y seleccionar una opción. Buscar opciones de actividades recreativas para periodo vacacional y posibles lugares a los que podría acudir.	Lista de alternativas de psiquiatras privados. Se conoce rutinas y hábitos de la paciente.
4	Brindar un plan de autocuidado y realizar monitoreo semanal vía telefónica durante periodo vacacional.	Indagar opción seleccionada para la valoración en salud mental. Retomar psicoeducación de cuidados a la salud. Monitorear tarea de sesión pasada. Generar plan de autocuidados para periodo vacacional y resolver barreras. Realizar ejercicios de respiración diafragmática profunda. Acordar seguimientos telefónicos para periodo vacacional.	Aplicar plan de autocuidados. Realizar ejercicios de respiración diafragmática profunda al menos 3 días a la semana. Generar cita en servicio privado en caso de aún no tener cita, o que la fecha esté lejana, en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.	Creación de plan de autocuidados. Paciente cuenta con cita para el psiquiatra en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
5	Brindar plan de adherencia farmacológica y resolver barreras.	Monitorear asistencia a cita de valoración mental/psiquiatría. Monitorear ejercicios de respiración diafragmática profunda. Brindar psicoeducación en fármacos que le fueron prescritos.	Comprar medicamentos y llenar el autorregistro.	Paciente presenta receta elaborada por el psiquiatra.

		Brindar plan de adherencia al tratamiento farmacológico. Buscar opciones para la compra del medicamento. Entregar hoja de autorregistro.	Realizar ejercicios de respiración diafragmática profunda al menos 3 días.	
6	Brindar plan de adherencia farmacológica y resolver barreras.	Monitorear la adherencia al medicamento y resolver barreras. Proporcionar recomendaciones para afrontar los efectos secundarios del medicamento.	Tomar medicamentos y aplicar recomendaciones para efectos secundarios.	Paciente toma en tiempo y forma medicamento durante la primera semana. Entrega de autorregistro.
7	Brindar un plan para prevenir recaídas de autolesiones.	Monitorear adherencia a medicamentos y resolver barreras. Brindar psicoeducación sobre conductas autolesivas. Realizar un ACC para que paciente comprenda la función de sus conductas autolesivas en el pasado y se pueda prevenir una recaída. Crear plan de prevención de recaída.	Realizar ejercicios de respiración diafragmática profunda por al menos 5 días. Aplicar plan de prevención de recaídas de autolesiones si es necesario. Realizar un ACC ante aparición de ansiedad.	Creación de plan de prevención de recaídas de autolesiones.
8	Brindar un plan para prevenir recaídas de autolesiones.	Monitorear adherencia a medicamentos y resolver barreras. Monitorear ejercicios de respiración diafragmática profunda. Monitorear ACC. Monitorear plan de prevención de recaída. Realizar psicoeducación sobre técnica DEPA para regulación emocional, introducir técnica de <i>Grounding</i> .	Realizar ejercicios de respiración diafragmática profunda por al menos 5 días. Practicar técnica de <i>Grounding</i> por al menos 3 días. Aplicar plan de prevención de recaídas de autolesiones si es necesario.	Emplea técnica de <i>grounding</i> en sesión. Verbaliza pasos a seguir de plan de prevención de recaída.
9	Derivar a la paciente a un servicio de prevención en adicciones.	Monitorear adherencia a medicamentos y resolver barreras. Monitorear plan de prevención de recaída. Entregar referencia al Centro "Dr. Héctor Ayala." Aplicación de pruebas psicológicas post tratamiento.	Practicar técnica de <i>Grounding</i> por al menos 5 días.	Firmar hoja de referencia. Paciente contesta pruebas psicológicas post tratamiento.
10	Derivar a la paciente a un servicio de prevención en adicciones.	Hacer devolución de resultados de pruebas psicológicas post tratamiento. Monitorear instalación al programa de prevención en adicciones y resolver barreras. Acordar seguimientos post tratamiento en caso de no haber recibido aún cita para el programa de prevención en adicciones.	N/A	Firmar hoja de egreso. Niveles de ansiedad y depresión disminuyen en pruebas BAI y BDI.

Resultados

Se emplearon dos pruebas psicológicas de una batería para comparar si la paciente tuvo una disminución en la sintomatología ansiosa-depresiva después de la atención de consejería que recibió. En la tabla 5 se presentan los resultados pre y post intervención del Inventario de Depresión de Beck y del Inventario de Ansiedad de Beck, los cuales se sometieron a un estadístico denominado Cambio Clínico Objetivo (CCO), el cual consiste en realizar una sustracción entre el puntaje de la evaluación post intervención y el de pre-intervención, la cual, posteriormente se dividirá entre el resultado de evaluación pre-intervención. Se dice que hubo un cambio clínico significativo en el comportamiento de una persona, si se obtiene un resultado ≥ 0.20 , esto derivado del despeje de la siguiente fórmula (Cardiel, 1994, como se citó en González-Celis & Cruz-Peralta, 2022).

Tabla 5

Evaluaciones pre y post de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck

Nombre del Inventario		Evaluación preintervención	Evaluación post Intervención	CCO
Inventario de Depresión Beck	de de	39	14	0.64
Inventario de Ansiedad Beck	de de	44	17	0.61

Nota: Elaboración propia.

Como puede observarse, se obtuvo un cambio clínico objetivo significativo en los síntomas de ansiedad y depresión según los inventarios de Beck. En cuanto a la sintomatología depresiva, la paciente verbaliza directamente “*ya no me siento tan irritable como antes*”, “*la tristeza se siente menos intensa y el tiempo de duración es menor*” (*sic.pac.*). La paciente reporta incremento de energía y haber recibido comentarios de sus conocidos los cuales señalaban que se ve más activa. Durante la intervención la paciente reportó estar involucrada en actividades extracurriculares e interactuar socialmente con personas nuevas, cuando, al inicio de la intervención se veía a una persona socialmente aislada. También, al acudir a sesiones, se presentaba en mejores condiciones de aliño, se puede observar un semblante más radiante, colores en su ropa claros y brillantes, uso de maquillaje y peinados.

En cuanto a la sintomatología ansiosa se observa que, la forma en que la paciente intentaba resolver los problemas o situaciones que le causaban ansiedad era a través de un estilo de resolución evasivo. Sin embargo, conforme pasaron las sesiones, con ayuda del modelo de solución de problemas, la paciente logró afrontar las problemáticas, pese a experimentar ansiedad a causa de una discusión con un amigo, pese al estrés académico, conflictos familiares, cuestiones afectivas, etcétera. Aunado a ello, la paciente reportó: “*estaba muy ansiosa, quería fumar de nuevo, pero en su lugar decidí hacer ejercicios de respiración e irme por otro lado para no caer en la tentación. Comprobé que no necesité fumar para tranquilizarme*” (*sic. pac.*).

Conclusiones y discusión. Ante estresores académicos, problemas familiares y afectivos, aparecieron pensamientos de autolesión y riesgo de recaída, lo cual se pudo manejar satisfactoriamente, gracias a la técnica DEPA y al plan de seguridad se evitó que la paciente tuviera una recaída. Cabe mencionar que la adherencia al tratamiento de la paciente fue de suma importancia durante el proceso, sin embargo, para lograrla se requirieron varias sesiones para sensibilizarle a través de la psicoeducación para que logrará vislumbrar el problema, las posibles soluciones y la importancia de apegarse al tratamiento. Asimismo, la llegada del periodo vacacional interfirió en la continuidad del proceso, no obstante, gracias a los seguimientos realizados semanalmente, vía MEET®, se pudo desarrollar mejor la alianza terapéutica y fomentar en la paciente las conductas de autocuidado, las cuales fueron útiles para semanas posteriores durante la intervención.

2.4 Competencias alcanzadas

Durante la estancia en el Centro de Servicios Psicológicos se aprendieron las siguientes habilidades y competencias:

- Realizar Mapas Clínicos de Patogénesis y formular casos.
- Elaborar Mapas de Alcance de Metas.
- Diseñar Planes de tratamiento.
- Aplicar, evaluar e interpretar cinco diferentes pruebas psicológicas: Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, STAXI-2, Test de solución de problemas, MMPI-2.

- Realizar exámenes mentales.
- Aprender sobre psicopatología y emplear los conocimientos en la práctica.
- Sintetizar información.
- Aplicar el modelo de solución de problemas.
- Comunicación asertiva.
- Redactar notas clínicas.
- Elaborar referencias para solicitar valoración médica, valoración psiquiátrica o atención psicológica en alguna institución externa y pública.
- Conocer sobre psicofármacos en cuanto a sus funciones, efectos secundarios, modos de acción, etcétera, para la depresión, ansiedad, bipolaridad y psicosis.
- Desarrollar habilidades sociales
- Práctica en la contención emocional ante crisis psicológicas.

2.5 Sugerencias para la mejora del programa

Pese a que el programa de *“Medicina Conductual: Introducción a la práctica clínica en la atención psicológica de enfermos crónico-degenerativos en centro consulta externa”* se encarga de brindar asesoramiento a sus practicantes de manera previa al inicio de actividades y durante el periodo en marcha de servicio social, así como de proporcionar material para desempeñar las labores del programa, es recomendable realizar una capacitación más extensa y focalizada en la práctica clínica tal y como se hace con los asuntos y formatos administrativos. Sería benéfico que se dedicara al menos una hora para aprender técnicas generales que se puedan usar en las sesiones de consejería y atención en crisis, de esta

manera, los practicantes estarían informados de cómo actuar ante una situación similar, aunado a que habría uniformidad en las técnicas empleadas y procesos para realizar las actividades. Asimismo, se hace la recomendación de que los integrantes del programa de “*Consejería de Primera Línea en la atención de urgencias psicológicas en población universitaria*”, al menos durante sus dos primeras intervenciones, ingresen como co-terapeutas con alguno de los supervisores. Algo esencial para el futuro del programa es brindar a los practicantes una guía detallada sobre los pasos a seguir para brindar atención a consultantes con situaciones psiquiátricas urgentes, pues, dentro del Centro de Servicios Psicológicos se han atendido casos que estaban ligados a personas con diagnósticos o impresión diagnóstica de esquizofrenia, psicosis, conducta suicida, etcétera, sin embargo, en un inicio hubo falta de claridad en el protocolo. Por otra parte, también sería fructífero que durante las supervisiones grupales se realicen *role playing* con casos hipotéticos de crisis donde los estudiantes reciban retroalimentación, modelado y moldeamiento de las conductas desempeñadas.

Otro punto por mejorar son los horarios de supervisión individual, se sugiere que los horarios acordados sean fijos y dentro del horario en el que los practicantes prestan sus servicios, o en caso de que fuera complejo ceñirse al horario establecido, sería benéfico que se implementara la modalidad online. De igual forma, sería sumamente conveniente tener a dos personas encargadas de las supervisiones individuales o alguien bien informado de los casos que pueda suplir al supervisor principal, en caso de cualquier imprevisto. Finalmente, una sugerencia extra sería implementar la atención a consultantes a distancia, ya que, el Centro de

Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” cuenta con espacios limitados para la atención, debido a la gran cantidad de personas que reciben atención por varios programas, aunado a que dentro de la sede hay grupos de licenciatura que también ocupan espacios para tomar sus clases y realizar sus prácticas.

Conclusiones

La participación dentro del programa de “*Consejería de Primera Línea en la atención de urgencias psicológicas en población universitaria*” fue enriquecedora, puesto que ello ha ayudado a que se consoliden las bases para la creación de un nuevo programa dentro del Centro de Servicios Psicológicos, que atienda única y exclusivamente crisis psicológicas. El trabajo que se realizó en el subprograma ha brindado información para saber cómo adecuar mejor el programa, qué conocimientos deben de tener los estudiantes para realizar crisis psicológicas de manera más estructurada, de mejor calidad y en menor tiempo.

Se espera que el proyecto pueda contribuir a las problemáticas que se presentan en la sociedad mexicana en relación con la salud mental, pues como se sabe, los costos de un servicio privado para recibir atención psicológica son elevados, aunado a que regularmente son pocos los lugares que tienen a personal trabajando en primera línea para atender a personas justo en el momento en que están atravesando una crisis psicológica. Es preciso resaltar que, pese a que hay una alta demanda del servicio, siguen siendo pocos los lugares o el personal en un contexto universitario para orientar a los usuarios en cuanto a qué instancias pueden acercarse en caso de ser necesario un tratamiento más especializado, en cuanto a

recibir psicoeducación sobre algún medicamento o plan de cuidados, ya sea que se trate de los familiares o los mismos consultantes. Por esta razón, la creación de más programas similares beneficiará a la población, ya sea que la estructura del programa se expanda y llegue a más facultades dentro de la UNAM o que incluso se implemente en más universidades y/o escuelas de nivel medio superior, pues, como se expuso en el marco teórico del presente trabajo, este sector de la población es de los más vulnerables si se toman en cuenta el contexto en el que vive el alumnado.

Lo más conveniente para el futuro de las actividades del programa “*Consejería de Primera Línea en la atención de urgencias psicológicas en población universitaria*” será la implementación de un TRIAGE psicológico, de manera que el trabajo para el personal estudiantil de primera línea sea más ágil y propicie una toma de decisiones con mayor calidad. Además, si se toma en cuenta que el Centro de Servicios Psicológicos realiza canalizaciones a instituciones de alta demanda como al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz, al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, etcétera, será ventajoso para dichas instituciones que personal especializado haya realizado una evaluación de manera previa y se le comunique en qué nivel del TRIAGE psicológico se ubica el paciente. No cabe duda, que cada institución debe confirmar la información con la que acude cada consultante, no obstante, podría ahorrar recursos, tiempo y fomentar el trabajo en equipo entre el personal de la salud mental.

Referencias

- Ahmad, N.S. & Ashri, S.N. (2018). Comprehending Crisis Intervention among Helpers. *International journal of engineering and technology*, 7(4.38), 1-4. <https://pdfs.semanticscholar.org/c070/a51d262cda2bccc8c0eaf30829f6bdd0010c.pdf>
- André, S. R. (2023). Identificación de Supuestos y Creencias en la Terapia Cognitiva en D. J. Michelini, J. H. Wester & M. Bonyuan (Eds.), *Democracia: Crisis, desafíos, perspectivas* (29-37). Ediciones del Icala. <https://www.icala.org.ar/publicaciones/Libros-edicala/ACTAS-Jornadas%20ICALA%202023.pdf#page=29>
- Arenas-Landgrave, P., Escobedo-Ortega, N., Góngora-Acosta, S., Guzmán-Álvarez, S. & Malo, H. M. (2019). Guías de intervención para universitarios con depresión y riesgo de suicidio. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 11(2), 1-14. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2019.11.2.72747>
- Arroyo, C., Becerra, A., Fuentes, F., Lugo, I., Pérez, B., Reséndiz, A., Rivera, G., Rivera, L. & Reynoso, L. (2014). El análisis conductual aplicado: casos clínicos en medicina conductual en L. Sánchez-Carrasco & J. Nieto (Eds.), *Tendencias actuales en aprendizaje y memoria*. (pp. 215-255). Universidad Nacional Autónoma de México. <https://librooa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/3488/Tendencias%20actuales%20en%20aprendizaje%20y%20memoria%202014.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

- Barragán, L. A. (2010). *Servicio social en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM.
- Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Trópicos: La revista de la sociedad psicoanalítica de Caracas, VIII(I)*, 1-6. https://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf
- Bravo, M. C. (2004). *Reporte de experiencia profesional* [Tesis de maestría no publicada]. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ppt2004/0332290/0332290.pdf>
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI.
- Cobo-Rendón, R. C., Pérez-Villalobos, M. V., Díaz-Mujica, A. E. & García-Álvarez, D. J. (2020). Revisión sistemática sobre modelos multidimensionales del bienestar y su medición en estudiantes universitarios. *Formación Universitaria, 13(2)*, 103-118. [Http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062020000200103](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062020000200103)
- Cohen, R. E. & Ahearn, F. L. (1989). *Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres*. Harla. <https://desastres.medicina.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0192/doc0192.pdf>
- Comité Permanente entre Organismos. (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias humanitarias y catástrofes. Comité Permanente entre Organismos.

https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2019-03/iasc_guidelines_mhpss_spanish.pdf

Consejo Ciudadano Para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México. (2023).

Salud Mental Reporte 2022-2023.

<https://consejociudadanomx.org/media/pdf/10/Informe%20Salud%20Mental%20-final-.pdf>

Corey, J., Vallières, F., Frawley, T., De Brún, A., Davidson, S. & Gilmore, B. (2021).

A Rapid Realist Review of Group Psychological First Aid for Humanitarian Workers and Volunteers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1452. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041452> g

Corral, E. & Gómez, F. (2009). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia:*

Técnico en emergencias sanitarias. Arán Ediciones.

Cortese, E, N., Cortese, R. H., Díaz, V., Equisito, A., Kuzmicki, R, A., Pilatti, A, I.,

Salvati, N, & Van, G. (2004). *Psicología médica y salud mental*. Nobuko.

[https://ayudacontextos.wordpress.com/wp-](https://ayudacontextos.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/psicologia-medica-y-salud-mental2.pdf)

[content/uploads/2018/04/psicologia-medica-y-salud-mental2.pdf](https://ayudacontextos.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/psicologia-medica-y-salud-mental2.pdf)

Cortés, P. & Figueroa, R. (2015). *Manual ABCDE para la aplicación de primeros*

auxilios psicológicos. En crisis individuales y colectivas. Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN).

https://www.preventionweb.net/files/59897_auxiliar.pdf

Echevarría-Escalante, D., Estal-Muñoz, V., y Fernández-Shaw, M. (2024). Un

análisis de los estímulos antecedentes durante el debate en contextos clínicos. *Apuntes de Psicología*, 42(2), 113-120.

<https://doi.org/10.55414/gtvdas80>

- Escamilla-Núñez, M.C., Castro-Porras, L., Romero-Martínez, M., Zárate-Rojas, E. & Rojas-Martínez, R. (2023). Detección, diagnóstico previo y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mexicanos. *Ensanut 2022. Salud pública de México*, 65(1), 1-10. <https://doi.org/10.21149/14726>
- Everly, G. S. & Lating, J. M. (2017). *The Johns Hopkins Guide to Psychological First Aid*. Kindle Edition. https://www.amazon.com.mx/Johns-Hopkins-Guide-Psychological-English-ebook/dp/B09QNVW8QB/ref=tmm_kin_swatch_0?_encoding=UTF8&qid=&sr=
- Everly, G. S., Lating J. M., Sherman M.F. & Goncher I. (2016). The potential efficacy of psychological first aid on self-reported anxiety and mood: A pilot study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 204(3), 233–235. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000429>
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2021). *Formador de formadores en primeros auxilios psicológicos para Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*. IFRC. <https://pscentre.org/wp-content/uploads/2023/01/dfd-PAP.pdf>
- Federación Internacional de sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. (s.f.). *Primeros Auxilios Psicológicos. Centro Regional de Referencia en Educación Comunitaria para la Prevención de Desastres*. IFRC. https://www.psicofundacion.es/uploads/pdf/primeros_auxilios_psicologicos%20CRUZ%20ROJA.pdf
- Fernández, M. C., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., García, J., Montón, C., Redondo, M. J. & Tizón, J. (2007). Programa de prevención en salud mental

- en atención primaria. *Grupos de expertos del PAPPS*, 39(3), 88-108.
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13126850>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, A. (2023). Psicoeducación y Primeros Auxilios Psicológicos. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*, 13(26), 73-90.
<https://doi.org/10.56342/recip.vol13.n26.2023.19>
- González-Celis, A. L. & Cruz-Peralta, M. (2022). Envejecimiento saludable, calidad de vida y bienestar psicológico en mujeres mexicanas. *Opción*, 38(30), 39-52. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7527511>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022, 08 de septiembre). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. [Comunicado de Prensa].
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf
- Maero, F. (04 de mayo de 2017). *Niveles de validación en la terapia dialéctica conductual (DBT)*. *Psyciencia*. <https://www.psyciencia.com/niveles-de-validacion-en-la-terapia-dialectica-conductual/>
- Méndez, J. S. (10 de octubre de 2023). *Presupuesto para salud mental: Un derecho humano universal*. CIEP. <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-un-derecho-humano-universal/#abookmark41>

- Muñoz, M., Ausín, B., & Perez-Santos, E. (2007). Primeros auxilios psicológicos: protocolo acercarse. *Psicología Conductual*. 15(3), 479-505.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Mu%C3%b1oz_15-3oa.pdf
- Myers, R.A. (2001). *Assessment for crisis intervention: Triage assessment model*. Brooks/Cole.
- Najavits, L. (2002). *Seeking safety: a treatment manual for PTSD and substance abuse*. The Guilford Press.
https://www.tamucc.edu/education/departments/cnep/texchip/files/seekingsafety_handouts_allrightsreserved_2020.pdf
- National Cancer Institute. (s.f.). *Respiración profunda*.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/respiracion-profunda>
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/respiracion-profunda>
- National Institute of Mental Health. (2021). *Las enfermedades crónicas y la salud mental. Cómo reconocer y tratar la depresión*. Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos.
<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion.pdf>

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. Editorial El Manual Moderno.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & D'Zurilla, T. J. (2014). *Terapia de Solución de Problemas. Manual de tratamiento*. Desclée de Brouwer.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Salud Mental en Atención Primaria. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria>
- Oviedo, M. (2018). Psicología de la salud y adherencia al tratamiento. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 5(9). <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/2879>
- Overstreet, C., Berenz, E.C., Kendler, K.S., Dick, D.M., & Amstadter, A.B. (2017). Predictors and mental health outcomes of potentially traumatic event exposure. *Psychiatry Research*, 247, 296–304. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5921931/>
- Palacios-Jiménez, N.M., Duque-Molina, C., Alarcón-López, A., González-Mota, S. B., Miranda-García, M., Paredes-Cruz, F., Valle-Arteaga, E. I. & Reyna-Sevilla, A. (2022). Salud mental: relevancia del problema, estrategias y retos que afrontar en el IMSS. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(2), 150-159. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10627502/>
- Parad, H. J. & Parad, L.G. (1990). *Crisis intervention book 2: The practitioner's sourcebook for brief therapy*. Family Service America.

- Peralta, G. (26 de diciembre de 2021). *El papel del psicólogo dentro del equipo diabetológico*. Diabetes. <https://www.revistadiabetes.org/psicologia/el-papel-del-psicologo-dentro-del-equipo-diabetologico/>
- Pérez-Acosta, A. M., Rodríguez, A. & Vargas, M. C. (2008). Albert Ellis (1913-2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16(2), 341-348. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Perez_16-2oa.pdf
- Rendon, M. I. & Agudelo, J. (2011). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios. *Hallazgos*, 8(16), 219-242. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835206013>
- Reynoso-Erazo, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. El Manual Moderno. <https://drive.google.com/file/d/1xW0QE49lle22ik24myjVTaJYfyOPHbEz/view>
- Reynoso, L. (2014). Medicina conductual: Introducción. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina conductual: teoría y práctica* (11-26). Qartuppi. <https://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf>
- Roberts, A.R. & Ottens, A.J. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339. https://triggered.edina.clockss.org/servecontent?Rft_id=info:doi/10.1093/brief-treatment/mhi030

- Roberts, A. R. (2002). Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment: The Integrative ACT Intervention Model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(1), 1-21.
<https://triggered.stanford.clockss.org/servecontent?Url=http://btci.stanford.clockss.org%2Fcgi%2Freprint%2F2%2F1%2F1.pdf>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos A, (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%a9cnicas-de-intervenci%C3%b3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Torres, C.S., Espinoza, V. Sandoval, A. & Eguiluz, L. (2017). Bienestar psicológico, conductas asociadas al suicidio y el desempeño académico en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 1124-1150.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/61757>
- Secretaría de Salud. (2022). *Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México*. Dirección General de Epidemiología. 1-89.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/745354/panoepi_ENT_Cierre2021.pdf
- Secretaría de Salud & Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2022). *2° Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones*. Secretaría de Salud. 1-39.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-dxsm-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>

Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), 3-12. <https://doi.org/10.1007/BF00846582>

Shamah-Levy T., Romero-Martínez M., Barrientos-Gutiérrez T., Cuevas-Nasu L., Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Gaona-Pineda E.B., Lazcano-Ponce E., Martínez-Barnetche J., Alpuche-Arana C. & Rivera-Dommarco J. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutcovid19resultadosnacionales.pdf>

Slaikue, K. (1996). *Intervención en crisis*. (2a ed.). Manual Moderno.

Vargas, B. E. & Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3-9. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.062>

World Health Organization, War Trauma Foundation & World Vision International. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205_eng.pdf?Sequence=1



Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos
C3705

FAMILIOGRAMA

7. Descripción Clínica.

- Descripción de la apariencia del usuario (limpieza, apariencia física, vestimenta, edad aparente, expresiones, postura):

- Discurso (tipo de lenguaje, tipo de pensamientos, dificultades, nivel educativo, vocabulario):

- Funciones cognitivas (memoria, atención, concentración y orientación tiempo, lugar y persona):

- Estado emocional del usuario (Estado emocional predominante, estado emocional que acompaña al discurso):

- Principales conflictos:

- Fortalezas personales y/o sociales:

8. Otros datos Relevantes.



Coordinación de Centros
de Formación y Servicios
Psicológicos
CCFSP

**Programa de servicio: Atención psicológica
a enfermos crónico-degenerativos**

9. Historia de la atención en Salud General, Mental y Medicación.

FECHA:	INSTITUCIÓN:	DIAGNÓSTICO(S):	TRATAMIENTO:

10. Observaciones técnicas _____

11. Impresión Diagnóstica. _____

12. Sugerencias Terapéuticas. _____

ENTREVISTADOR (NOMBRE Y FIRMA): _____

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: _____

SUPERVISOR(A) (NOMBRE Y FIRMA): _____

RESPONSABLE DEL PROGRAMA (NOMBRE Y FIRMA): _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL SUPERVISOR

Indique el nivel de competencia del alumno (en el desarrollo de la Entrevista Inicial).

Insuficiente	Regular	Aceptable	Satisfactorio	Excelente
0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Anexo 2

Formato de Historia Clínica



Coordinación de Centros
de Formación y Servicios
Psicológicos
CCFSP

Programa de servicio: Atención psicológica
a enfermos crónico-degenerativos

HISTORIA CLÍNICA

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
ID Expediente:	Fecha:	Edad:
Nombre:		Sexo:
Estado Civil:	Teléfono:	Nivel máximo de escolaridad:
Dirección:		Ocupación:
Fecha y lugar de nacimiento:		Religión:
Lugar de residencia en los últimos 5 años:		
Si tiene hijos especificar número, sexo y edad:		
Fue referido por alguna institución:		
Motivo:		

II.- MOTIVO DE CONSULTA
II.a Principales antecedentes del motivo de consulta
II.b Situación actual del motivo de consulta

III. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES
III.a Edad y condición actual de salud de familiares directos (abuelos, padres, hermanos).

III.b Historia de enfermedades crónicas y/o mentales (abuelos, padres, hermanos).
III.c Descripción de la dinámica familiar de origen

IV. PERIODO DEL DESARROLLO (0 a 19 años)
IV.a Historia del desarrollo pre y post natal
IV. b Historia de la primera infancia (2 a 6 años)
IV.c Historia de la segunda infancia (6 a 12 años)
IV.d Periodo de adolescencia (12 a 19 años)

V. PATRONES DE AJUSTE ADULTOS (más de 19 años)			
V.a Desarrollo Académico y Profesional			
V.b Patrones de trabajo			
V.c Ajustes Afectivos y Emocionales			
V.d Patrones de Salud (peso y talla), Adicciones y Sexualidad			
V.e Historial de atención médica/psiquiátrica/neurológica			
FECHA:	INSTITUCIÓN:	DIAGNÓSTICO(S):	TRATAMIENTO:
V.e Ajustes Sociales, Recreativos y Culturales			

V.f Dinámica Familiar

VII. EXAMEN MENTAL

VII.a Conducta y aspecto general del paciente (habitus exterior)

VII.b Cognición y estado sensoriomotor (<i>b.1 Grado de orientación en las 3 esferas; b.2 Atención y concentración; b.3 Memoria; b.4 Recursos intelectuales</i>)

VII.c Discurso

--

VII.d Contenido del pensamiento
--

VII.e Creencias y experiencias anormales de la interpretación de eventos (<i>e.1 Especificar contenidos, inicio y grado de fijación y e.2 Experiencias anormales</i>)
--

VII.f Afectividad

VII.g Juicio

--

VII.h Personalidad (<i>h.1 Actitudes hacia sus relaciones, h.2 Actitudes hacia sí mismo, h.3 Actitudes morales y religiosas, h.4 Humor y ánimo, h.5 Intereses y actividades libres, h.6 Reacción a situaciones críticas, h.7 Rasgos de carácter</i>)

VIII. INFORMACIÓN DEL EXAMINADOR
VIII.a Sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente
VIII.b Información técnica de la aplicación de la entrevista
VIII.c Observaciones

ENTREVISTADOR (NOMBRE Y FIRMA): _____

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: _____

SUPERVISOR(A) (NOMBRE Y FIRMA): _____

RESPONSABLE DEL PROGRAMA (NOMBRE Y FIRMA): _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL SUPERVISOR

Indique el nivel de competencia del alumno (en el desarrollo de la Historia clínica).

Insuficiente	Regular	Aceptable	Satisfactorio	Excelente
0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%