



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

ATENCIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA:

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN APSITEL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ZÚÑIGA ZÚÑIGA MADRESELVA

DIRECTORA DE REPORTE

MTRA. GABRIELA ARIAS ENCISO

PACHUCA, HIDALGO

AÑO 2010

**Gracias por su apoyo:
Mike, Nelly, Yesh.
APSITEL.**

**Agradezco a la Mtra. Gabriela Arias Enciso
su ayuda y entrega para
el desarrollo de este trabajo.**

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
a) FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA.....	7
b) DESARROLLO SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	8
Cap.1 LA SALUD MENTAL.....	11
1.1 Principales Problemas de Salud en el Mundo y en México.....	11
1.2 Sistema de Atención de la Salud Mental en México.....	12
1.3 Sistema de Atención de la Salud Mental en Hidalgo.....	14
Cap.2 LA ATENCIÓN EN CRISIS.....	17
2.1 El Sistema de Atención en Crisis en el Mundo y en México.....	17
2.2 La Atención Psicológica Telefónica en el Mundo y México.....	17
2.3 La Atención Telefónica en México.....	19
2.4 La Atención Telefónica en Hidalgo.....	23
Cap.3 TEORÍA DE LA CRISIS.....	25
3.1 Principios de Psicoterapia.....	25
3.2 Concepto de Crisis.....	29
3.2.1 La Intervención en Crisis.....	31
3.2.2 Tipos de Respuesta Ante la Crisis.....	37

3.2.3 Intervención Telefónica en Crisis.....	38
Cap.4 LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN APSITEL.....	43
4.1 Reseña Histórica de Apsitel en Hidalgo.....	43
4.2 Organización Actual.....	45
4.3 Proceso de Atención Telefónica en Apsitel.....	47
Cap.5 EXPERIENCIA LABORAL Y PROPUESTA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN APSITEL.....	50
5.1 Experiencia Laboral en Apsitel.....	50
5.2 Limitaciones del Servicio de Atención Telefónica de Apsitel.....	55
5.3 Propuesta para Mejorar la Atención Telefónica de Apsitel.....	57
Cap.6 CONCLUSIONES.....	62
Referencias.....	64
Anexos.....	67
Anexo I Formato de Llamadas.....	68
Anexo II Consideraciones Éticas del Terapeuta Telefónico.....	69
Código ético del psicólogo.....	69
Anexo III Técnicas cognitivo-conductual.....	74

RESUMEN

Este trabajo se centra en los servicios de atención psicológica telefónica que ofrece Apsitel, institución privada cuyos usuarios son personas que cursan por un proceso de crisis emocional, siendo la atención telefónica el primer contacto con el usuario para posteriormente llevar a cabo la atención psicológica presencial.

EL nivel de pobreza y la multiculturalidad del Estado de Hidalgo afectan emocionalmente a un número significativo de su población la cual presenta altos niveles de ansiedad, agresión, hostilidad, y depresión, siendo primordial su atención inmediata para prevenir futuras psicopatologías.

El objetivo del presente reporte de experiencia laboral, es analizar el proceso de atención psicológica telefónica que se brinda en Apsitel a las personas que están pasando por cualquier situación de crisis emocional y que además requieren atención psicoterapéutica, con el propósito de implementar medidas que mejoren la calidad de los servicios profesionales que esta institución pionera en la capital del estado de Hidalgo ofrece.

Palabras clave: Atención psicológica telefónica, intervención en crisis, crisis emocional.

SUMMARY

This work centers on the services of psychological attention via telephone offered by Apsitel, private institution whose users are persons who are undergoing a process of emotional crises; the telephone being the first contact with the user in order to subsequently undertake presential psychological attention.

The economic and social characteristics of the State of Hidalgo, due to its poverty and multiculturality, emotionally affect a significant percentage of its population, which presents high levels of anxiety, aggression, hostility, and depression, so that its immediate attention is fundamental in order to prevent Future psychopathologies.

The objective of this present report of work experience is to analyse the psychological attention by telephone that is provided in Apsitel to persons that are going through any situation of emotional crisis, and who, besides, require psychotherapeutic attention, with the purpose of implementing measures that improve the quality of the professional services that this institution offers as pioneers in the Capital city of the State of Hidalgo.

Key Words: Psychological attention by telephone, intervention in crises,
emotional crisis.

a) FUNDAMENTACION DEL TEMA

Este reporte de experiencia profesional, se ocupa de la atención psicológica telefónica, estos servicios surgieron para la prevención del suicidio, en 1953 en Londres, actualmente están al alcance de las persona en las principales ciudades del mundo y de México, aunque sería deseable que existieran en todas las localidades urbanas y rurales ya que la comunicación telefónica tiene la ventaja de que desde cualquier lugar el usuario puede conectarse con una institución o persona especializada y recibir atención.

Más aún existen poblaciones que no cuentan con atención a la salud mental, por lo que el teléfono puede ser una herramienta útil para atender a las personas que requieren de atención psicológica urgente.

Las personas que presentan una crisis emocional, están en una situación de vulnerabilidad, debido a que han perdido la estabilidad que hasta entonces tenían, se encuentran sensibles y la crisis que presentan tiene efectos en ellos a nivel cognitivo, afectivo, somático, interpersonal y conductual, es en estos casos que la atención telefónica puede proporcionar los primeros auxilios psicológicos para prevenir intentos suicidas, o que la crisis pase de un estado leve a uno más grave. Se sabe que las crisis pueden presentarse a cualquier hora y en cualquier día, incluso cuando los servicios de salud mental no están disponibles, por lo que un servicio de atención psicológica telefónica disponible las 24 horas, los 365 días de año como el que ofrece Apsitel es indispensable en cualquier lugar del mundo.

También puede ocurrir que sea necesario proporcionar al usuario, mayor información, referencia o canalización a otros servicios, al mismo tiempo que se brindan los primeros auxilios psicológicos que exige la atención en crisis.

El presente trabajo surge de mi experiencia laboral de dos años y medio, pretende analizar: el servicio de atención psicológica telefónica que otorga Apsitel proponiendo medidas para mejorar la calidad del servicio.

Afortunadamente ya existen algunos servicios de atención similares en nuestro país, por lo que esperamos que este trabajo sirva como referencia para quien brinde este tipo de servicios.

b) DESARROLLO, SISTEMATIZACION Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Apsitel, centro de atención psicológica, alrededor del cual gira el presente trabajo, en el cual presto mis servicios como psicóloga desde febrero de 2008 y tiene como objetivo: contribuir a la prevención de problemas de salud mental, brindando apoyo psicológico en situaciones de crisis. Para ello ofrece la primera llamada de primeros auxilios psicológicos gratuita y posteriormente proporciona consulta presencial en sus instalaciones a un costo accesible.

En Apsitel se ofrecen diversas formas de intervención:

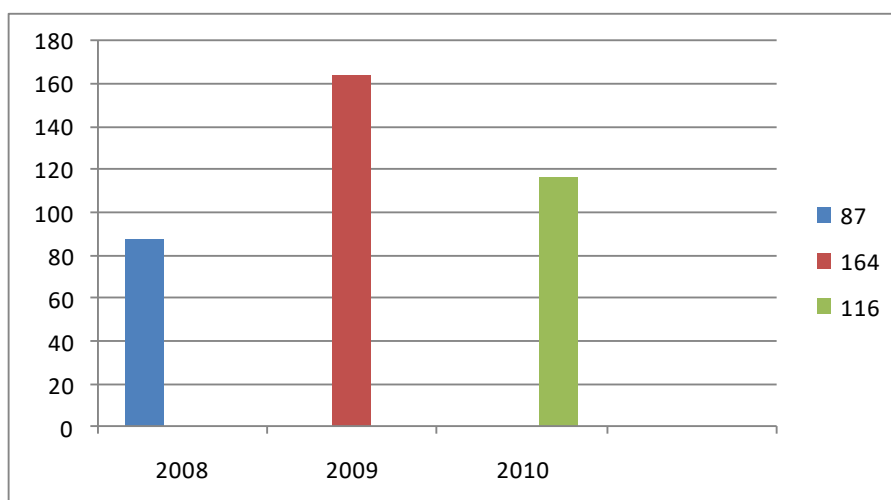
- a) Apoyo psicológico telefónico: intervención en crisis, las 24 horas, los 365 días del año.
- b) Psicoterapia con enfoque cognitivo-conductual: esta terapia ha demostrado resultados positivos y en poco tiempo en personas con depresión, y trastornos relacionados con el estrés (Hernández y Sánchez, 2007, p.90).
- c) Asesoría especializada: asesoría legal, orientación educativa.
- d) Evaluación y psicodiagnóstico infantil y de adultos.
- e) Consulta: individual, familiar y de pareja.

Este centro de atención psicológica telefónica es una opción con la que cuentan los habitantes de la ciudad de Pachuca, Hgo., en la que pueden recibir orientación en diversas problemáticas, desarrollar estrategias y aprender a tomar decisiones para lograr un mejor funcionamiento individual y social.

Además se imparten conferencias en diversas instituciones y escuelas con temas de interés para la población, con el objetivo de orientar y fomentar la salud mental de la población.

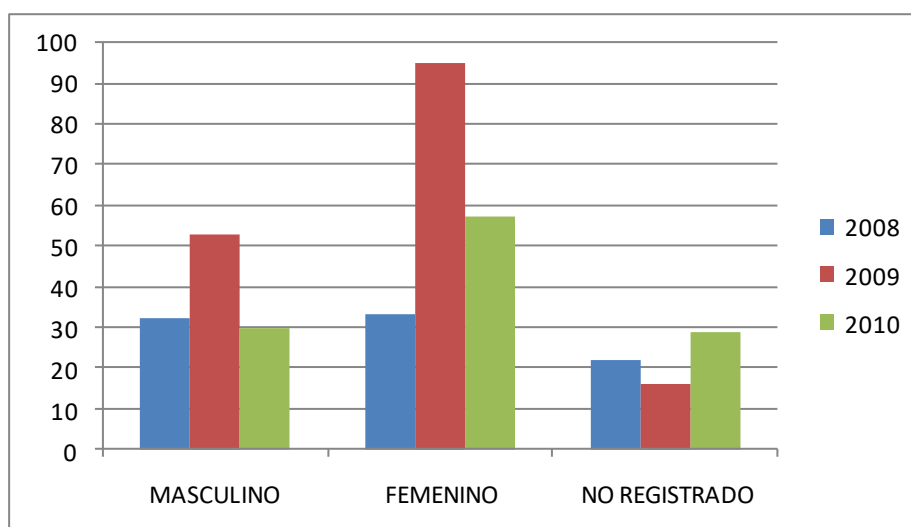
Las siguientes graficas nos muestran la demanda que ha tenido el servicio de atención psicológica telefónica, en los últimos dos años y medio, quienes llamaron y el motivo de la llamada.

Grafica 1. Ilustra el total de llamadas en los años, 2008, 2009 y 2010,



En el año 2008 se atendieron a 87 personas, en el 2009 a 164, en el 2010 a 116 siendo un total de 367 solicitantes a la fecha.

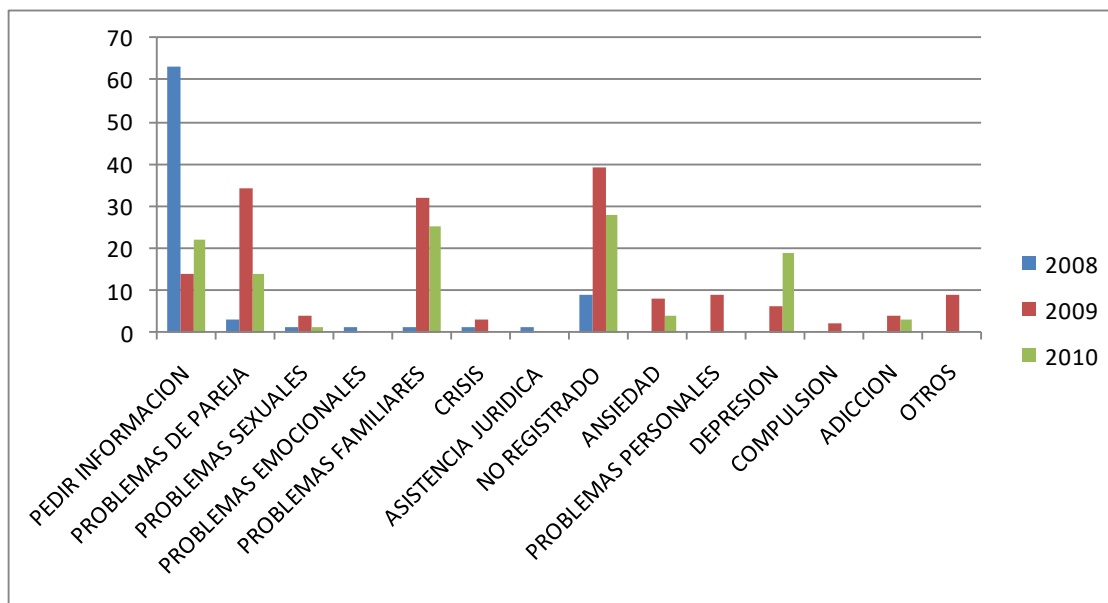
Grafica 2. Hombres y mujeres que llamaron a Apsitel.



Pacientes masculinos que en el año 2008 llamaron a Apsitel 32, en el 2009 llamadas 53, en el 2010 llamaron 30, dando un total masculino 115; pacientes femeninos en el año 2008 llamadas 33, en el año 2009 llamadas 95, en 2010 llamadas 57 dando un total de 185 femenino; no registrados en el año 2008 a 22, en el año 2009 a 16, en el año 2010 a 29, dando un total de 67, estos datos arrojan que las mujeres fueron quienes más llaman para solicitar este servicio.

En la siguiente grafica veremos cuáles han sido los motivos por los cuales los usuarios han llamado a Apsitel.

Grafica 3. Motivo de consulta.



En lo que se refiere al motivo de consulta de un total de 367 llamadas, 99 fue para pedir informes, problemas de pareja 51, problemas sexuales 6, problemas emocionales 1, problemas familiares 58, crisis 11, asistencia jurídica 1, no registrado 76, ansiedad 12, problemas personales 9, depresión 25, compulsión 2, adicción 7, otros 9.

Podemos ver que el número de llamadas, muestran el interés y lo pertinente de este servicio para la población, considerando que es el único de naturaleza privada que brinda atención psicológica telefónica en el estado de Hidalgo.

Nota: los datos son parciales pues no todos los terapeutas registraban los datos de las llamadas, lo que nos hace suponer que el número de llamadas era mayor.

Cap. 1 LA SALUD MENTAL

1.1 Principales Problemas de Salud Mental en el Mundo y en México

Se puede definir a la salud mental como un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana. Para la Organización Mundial de la Salud OMS, la salud mental es: “el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, conductuales, afectivos y en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (Escandón, 2000 p. 17).

Datos de la OMS arrojan que existen 450 millones de persona en el mundo con trastornos mentales graves, como esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar (psicosis maniacodepresiva) y más de 150 millones de personas sufren depresión, para las personas que viven en países en desarrollo, los trastornos mentales son cada vez más frecuentes, como consecuencia de problemas persistentes asociados a la pobreza, de la transición demográfica, y de desastres naturales. En más del 50% de los países en desarrollo no se presta ninguna atención a las personas con trastornos mentales. Los cuales son considerados como una carga, y a quienes no se les otorga asistencia, debido a la falta de recursos para la salud mental en estos países, es la familia la que los proporciona. Por lo que, en los países en desarrollo más del 75% de las personas con un trastorno depresivo grave no reciben un tratamiento adecuado (OMS, 2007 p. 1).

Según Prince (2008), “no hay salud sin salud mental, menciona la relación entre enfermedades físicas y mentales, un ejemplo de ello son las patologías cardiovasculares que se presentan en personas con depresión o ansiedad”.

Este autor menciona que para lograr ese propósito, “se deben superar algunas barreras como: priorizar la salud mental en la agenda pública de salud; mejorar la organización de servicios relacionados con estas patologías; descentralizar

la atención ofrecida en los hospitales y potenciar la atención primaria; educar a más profesionales de la salud mental e incorporar más especialistas en salud mental a los puestos directivos de salud pública". (Prince, 2008, p. 859).

Según la OMS (2005, p. 16) en el atlas de Salud Mental se muestra que "192 países cuentan con un ligero aumento en el número total de psiquiatras, de 3.96 a 4.15 por cada 100 000 personas en todo el mundo, la distribución entre las diversas regiones varía de 9.8 en Europa a 0.04 por cada 100 000 personas en África, esa desigualdad ha aumentado desde 2001".

El Dr. Saraceno concluye al respecto que estos datos:

Reflejan la realidad actual que se sigue concediendo a la asistencia de salud mental una baja prioridad dentro de la salud pública. Hay suficientes razones científicas y ética para cambiar esta actitud e invertir más en salud mental. Los planificadores de salud pública y las instancias decisorias deben tomarse más en serio las necesidades de salud mental de su población (OMS 2005 p. 5).

Se predice que en nuestro país para el año 2020, más de 10 millones de mexicanos sufrirán depresión en algún momento de sus vidas, lo que afectará de manera definitiva su desempeño económico y social, siendo cuatro los padecimientos discapacitantes: esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo, y que una de cada cinco personas presentará al menos un trastorno mental en su vida, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2000 p.13).

1.2 Sistema de atención de la Salud Mental en México

La Secretaria de Salubridad (2003, p. 4), reconoce que "La salud mental es una situación determinada por factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, que incluye padecimientos como: ansiedad, epilepsia, demencias, depresión, esquizofrenia, así como trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado. La realización exitosa de acciones de salud pública, lograra que la población conserve la salud mental, además de la salud física, así como acciones para prevenir, tratar y rehabilitar".

En La ENEP del año 2000, aparecen los siguientes datos:

Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos por uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%). Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). La ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) son los dos padecimientos más tempranos. La fobia específica (7 años), seguida por el trastorno oposicionista (8 años), aparecen después. Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias. La región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%) explicada por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias (ENEP 2000, p.13).

Un hecho real es que la población con problemas de salud mental por lo general “no solicita ayuda, por miedo al estigma social o por no conocer los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial, esto a pesar de que gran parte de la población tiene problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades, muertes en la familia, económicos, etc.) los cuales representan fuentes importantes de estrés; por otro lado, los servicios de salud ofrecen poca atención especializada; lo que sí es indudable, es la falta de coincidencia

entre las necesidades de la población y de la atención en las Instituciones de salud, lo que dificulta el tratamiento oportuno” (Salud Mental 2001 p.8).

1.3 Sistema de Atención de la Salud Mental en el Estado de Hidalgo

En el estado de Hidalgo destaca una institución que es un modelo de atención mental en el país y que se ha preocupado por dar atención a la población.

A continuación explicaremos sus fundamentos:

El modelo Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental, que se lleva a cabo en Villa Ocaranza en Tolcayuca, Hidalgo, tiene como antecedentes, la reforma de 1977 de Trieste, Italia con la promulgación de la ley 180, gracias a la cual se cierran los manicomios y se crean servicios alternativos para la comunidad.

Este modelo también toma la experiencia de España, que promulga la Ley General de Sanidad de 1986 y el Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico Leganes (Consame Salud, 2006 p. 70-73).

El actual concepto de atención en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza, inicio en el año 2000 con el objetivo básico de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales y favorecer en los casos posibles, su pronta reinserción social, otorgando atención integral a la salud mental, este hospital cuenta con dos casas de medio camino cada una con 17 usuarios y 10 Villas de transición hospitalaria con 94 usuarios.

Su misión es: mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, así como favorecer su pronta reinserción social.

Sus principios son:

SOCIALES

Se trabaja coordinadamente con el sector salud para lograr la atención a todo aquel que lo requiera, además dando seguimiento a las personas con alguna enfermedad mental.

CIENTÍFICOS

Psicofármacos duraderos

P.I.R.I (atención primaria, secundaria y terciaria).

Lograr que los enfermos tengan la medicación que requieren, para poder dar atención desde las primeras etapas de la enfermedad y dar continuidad.

HUMANÍSTICOS

En este Hospital es fundamental el respeto a los derechos humanos, para no dañar, ni solo asilar a los enfermos. El propósito final es lograr la pronta reinserción a la sociedad.

Los ejes de rehabilitación bajo los cuales trabaja con los usuarios son: Actividades de la vida diaria para logra autonomía, terapia física y estimulación motriz, para mantener la funcionalidad.

Psicoeducación y conducta.

Para lograr este objetivo se les da terapia de expresión y actividades socioculturales y recreativas.

Una estrategia que funciona como *Vacuna Psicosocial*: incluye a los familiares del usuario con el objetivo que conozcan la problemática y sepan cómo actuar ante ella, consta de: Servicio educativo psicosocial sistematizado para el empoderamiento familiar.

Estas acciones llevan el siguiente orden:

1A. DOSIS educación y fomento de la salud mental.

2A. DOSIS: Detección asertiva, Dx interdisciplinario y vanguardista, Tx psicosocial innovador.

3A DOSIS: Rehabilitación biológica, social y psicológica, empoderamiento Familiar.

En el área Psicosocial:

Se les proveen talleres de rehabilitación, además participan en talleres de, cerámica, maquila, cestería bordados, tejidos, manualidades, dibujo, pintura, cocina.

Con el objetivo de reinsertarlos en el medio social y laboral.

Este modelo es novedoso pues el tratamiento que se les da a los usuarios, permite su reintegración en la sociedad, y el núcleo familiar eliminando la internación y como consecuencia el abandono del paciente.

Además en nuestro estado se cuenta con módulos de salud mental en centros de salud en Pachuca, Tulancingo, Zimapán y Huejutla, en donde se ofrecen servicios de salud mental, los cuales, junto con los Hospitales Generales de la capital del estado y de la ciudad de Actopan, se da cobertura a las necesidades de la población en esta materia

Otro centro importante de atención de la salud mental en el estado de Hidalgo, es el “Módulo de Salud Mental Abraham Kanan, el cual inició operaciones en el año 2002 y que de acuerdo con datos del 2008 atiende a 466 pacientes; siendo las principales causas por las que acude la población: ansiedad, esquizofrenia y epilepsia” (Medicina Digital, 2008).

Según la Secretaria de Salubridad (2003) el tratamiento que se otorga en estos centros es integral, de manera personalizada y bien dirigida, en el que la familia tiene una participación directa, lo cual es determinante ya que permite tener mayor éxito en el tratamiento, logrando así la reducción de recaídas en los pacientes.

Estos servicios están disponibles para la población que presenta algún problema de salud mental, sin embargo en muchas ocasiones no recurren a ellos, por lo que un servicio de atención privado como Apsitel es una alternativa para la población del estado de hidalgo.

Cap. 2 LA ATENCIÓN EN CRISIS

2.1 El Sistema de Atención en Crisis en el Mundo y en México

La atención en crisis tuvo sus inicios en los Estados Unidos de Norteamérica, alrededor de la época de los 40's a raíz del incendio del centro nocturno Coconut Grove en Boston, Eric Lindemann publica un estudio "en el que menciona que cuando alguien se encuentran bajo un estado de estrés importante conlleva una incapacidad para actuar" (Slaikeu, 2000 p. 6).

"En nuestro país, en la ciudad de México en 1985, se crea un servicio de atención psicológica a raíz de los sismos de ese año, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), coordino un sistema de apoyo psicológico telefónico, además implementó diversos programas para apoyar a las víctimas y sus familias, así como a la población afectada por el desastre" (Romo 2007, p 5).

2. 2 La Atención Psicológica Telefónica en el Mundo y México

"La cantidad de servicios proporcionados por el teléfono, aumenta y se vuelve más compleja a medida que la sociedad evoluciona, en Europa se puede hablar de un desarrollo de este tipo de atención, existen datos de que fue el pastor anglicano Chad Varah en 1953 quien inició la ayuda telefónica en su parroquia de Londres. También fue el fundador de The Samaritans 1953 y de Befriends International 1974. Befriends International una liga de organizaciones cuya finalidad es apoyar en todo el mundo, con programas de voluntariados enfocados en la prevención del suicidio" (Slaikeu 1988, citado en Romo 2007, p. 2).

De acuerdo con (Lester, 1977, p. 445) "El desarrollo de las primeras técnicas de intervención y del procedimiento de utilización del teléfono para salvar vidas se atribuye al Centro de prevención del suicidio de la ciudad de Los Ángeles, Estados Unidos, donde se desarrolló el modelo que conformó la columna vertebral del movimiento de prevención del suicidio".

Actualmente existen otras asociaciones internacionales que brindan estos servicios, es el caso de International Federation of Telephonic Emergency Services (IFOTES), con sede en Ginebra, y que fue fundada en 1976 durante el IV Congreso de Servicios Telefónicos de Ayuda realizado en Bruselas. Cuyo objetivo es promover experiencias entre los miembros (IFOTES, 2008, p.1).

En Nueva Zelanda en los años sesenta se crea el servicio de “counseling” por teléfono. Las mujeres son las que más llaman, un servicio importante es el de la “Línea de ayuda a niños” que otorga orientación a niños que han sido abandonados o abusados, por familiares (Márquez, 1993, citado en Romo 2007, p. 3).

Suiza cuenta con una amplia variedad de teléfonos de emergencia, uno es para casos de crisis. España tiene “el teléfono de la esperanza” que es un programa evangélico (Aguilar, 1992, citado en Romo 2007, p. 3).

En América Latina, Colombia, México y Perú, existe una fundación de ayuda al niño y adolescente en riesgo llamada ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo), que es una ONG, sin fines de lucro, que cuenta con una línea telefónica de ayuda, denominada: Teléfono ANAR. El objetivo de ANAR es promover los derechos del niño, tanto los asistenciales, de orientación y prevención de situaciones de peligro, como de colaboración con distintos organismos para impulsar el conocimiento de la problemática del menor en general (Fundación ANAR 2005, p. 1).

Chile destaca en Latinoamérica, cuenta con líneas telefónicas de emergencia y un método emergente para intervención en crisis, en este país han reportado un número importante de investigaciones que demuestran que este método es especialmente apropiado para hacer denuncias o consultar sobre diversos temas cuando la gente está enfrentando un problema y no cuenta con una red de soporte social pertinente para acogerlo (Fundación ANAR 2005, p.1).

En Francia existe una asociación llamada Amitié France que edita la revista S.O.S. que agrupa a más de cuarenta servicios telefónicos en todo el país, la mayoría brinda servicio las 24 hrs. por teléfono principalmente para prevención de suicidio. Los números telefónicos repiten una o más cifras, con la idea de

que la persona recuerde el número con mayor facilidad cuando se encuentre en un estado de crisis (IFOTES, 2008).

“En México surgen los programas de Medicina y salud “a distancia” como es el caso de SAPTEL, la cual surgió en el año 1985 a raíz del sismo que azotó a la ciudad de México y que dejó a muchas familias en la desolación por la pérdida de sus seres queridos y de sus viviendas, esta organización cuenta con la participación de profesores y estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM que brindan consejo e intervención en crisis por teléfono” (Romo 2007, p. 5).

2.3 Atención Telefónica en México

Es innegable que el estilo moderno y posmoderno de la vida urbana y rural en México se caracteriza por altos niveles de estrés y frustración que pueden originar estados emocionales de sufrimiento o disfuncionales, por lo es importante acercar la atención psicológica a la población, para evitar o prevenir problemas mayores. La Secretaría de Salud (ENEP 2000, p 10) “reporta que no menos de 10 millones de mexicanos hoy, sufren algún grado de depresión. En el mundo y en México se carece de servicios de salud mental a través del modelo tradicional cara a cara”. Por lo que la atención telefónica puede ayudar a subsanar esta deficiencia.

En México en los años sesentas existió un servicio de ayuda telefónica, la Asociación Mexicana de Ayuda al Desesperado, a cargo del Dr. Gallardo, y otro fundado por la Sra. Gainor en una Iglesia de las Lomas de Chapultepec, con atención solo en inglés de viernes a domingos. Desafortunadamente estos servicios no funcionaron por falta de apoyo económico y por la poca respuesta comunitaria (Romo 2007, p. 4).

De junio de 1967 a enero de 1972 en el hospital de emergencias de Coyoacán, se encontraba el Centro de Prevención del Suicidio, daba atención psicológica por teléfono y en consultorio, se brindaba atención a las personas que estaban internas por intento suicida, se les administraban medicamentos, psicoterapia breve y de emergencia, además el equipo de atención estaba conformado por; psiquiatras, psicóloga, trabajadora social y una secretaria (Romo, 2007, p. 4).

En 1970 se funda con el nombre de “Centro de Trabajo Juvenil” la institución que actualmente es conocida como Centro de Integración Juvenil CIJ, bajo la supervisión de las Damas Publicistas de México y Asociados A.C. el objetivo principal era la prevención, el tratamiento, la rehabilitación e investigación en farmacodependencia. Es en 1973 que la institución cambia de nombre por el de “Centro de Integración Juvenil”, en la actualidad la institución cuenta con 32 centros en todo el país (CIJ, 1980).

“SAPTEL inicia operaciones como tal en 1992, este programa es de la Cruz Roja Mexicana y es el primero a nivel internacional que utiliza psicólogos y que cuenta con una estructura formal que incluye una historia clínica codificada, que permite identificar el perfil social, económico y demográfico del usuario, brindan además de intervención en crisis por teléfono para la población de la ciudad de México y su área metropolitana, atención inmediata en situaciones de emergencia emocional o psicológica. Al año atiende un promedio de 80.000 consultas.

Además de ser útil en el manejo de crisis emocionales, ofrece programas para desarrollar en forma óptima habilidades y repertorios para un funcionamiento social adecuado” SAPTEL. (2009).

A continuación se mencionan diversos servicios de atención psicológica por teléfono con los que se cuenta en la actualidad en nuestro país.

SAPTEL

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por teléfono. Su meta es proporcionar un servicio oportuno y eficiente en el manejo de emergencias psicológicas y crisis emocionales, proporcionar información relacionada con el uso de servicios de salud mental, canalizar o fungir como enlace entre el usuario y el servicio especializado de salud mental que requiera. Atención las 24hrs los 365 días del año.

018004727835, 52598121

ACERCATEL

Intervención en crisis, orientación psicológica y emocional. Brinda servicio las 24 horas, los 365 días del año 01.800-110-10-10

SERVICIOS DE ORIENTACION SEXUAL: DIVERSITEL

Información, orientación así como referencia sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, derechos humanos y diversidad. Brinda servicio de lunes a viernes de 9:00 a 21:00 hrs. 01 (55) 52-72-25-22.

CELSAM

Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM), Información y asesoría en relación con los derechos de la mujer, con su sexualidad y la planificación familiar. Brinda servicio de lunes a viernes de 9:00 a 17:00.

01-800-317-05-00

TELSIDA

Brinda información relacionada con Enfermedades de Transmisión Sexual, principalmente información sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (TeLSIDA) brinda información y asesoría con el objeto de prevenir el contagio de la enfermedad, apoyo emocional y canalización además de análisis clínicos. Brinda servicio las 24 horas los 365 días del año. 01-800-712-08-86
01-800-712-08-89

INMUJERES

Vida Sin Violencia, servicio proporcionado por INMUJERES, Instituto Nacional de las Mujeres, que brinda asesoría legal y apoyo psicológico a víctimas, las 24 horas los 365 días del año. Dirección, Alfonso Esparza Oteo # 119, colonia Guadalupe Inn. Delegación Álvaro Obregón.

contacto@inmujeres.gob.mx

01-800-911-25-11

01 (55) 53 22 42 00

DENUNCIA

El Centro Nacional de Atención Ciudadana, Policía Federal Preventiva, PFP proporciona orientación jurídica y apoyo psicológico, principalmente a víctimas de algún delito. Recibe denuncias de delitos federales y proporciona auxilio en accidentes carreteros. Brinda servicio las 24 horas los 365 días del año.

01-800-440-36-90

Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

Es una instancia dependiente de la Secretaría de Salud que tiene por objetivo el promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la información, orientación y canalización para su tratamiento a personas con problemas de tabaquismo, alcoholismo, y otras drogas. Además brinda apoyo y orientación a sus familias.

Orientación, informes, apoyo y canalización a personas en situación de crisis por adicciones. Servicio las 24 horas, los 365 días del año.

01-800-911-20-00

Centros de Integración Juvenil (CIJ).

Es una asociación civil sin fines de lucro, incorporada al Sector Salud, fundada en 1969 con el objetivo de atender y realizar actividades encaminadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación científica sobre el consumo de drogas en México.

Orientación, información, apoyo y canalización de personas en situación de crisis por adicciones, servicio las 24 horas, los 365 días del año.

LOCATEL

Orientación e información sobre diversos rubros: salud, apoyo psicológico, asesoría legal, así como localización de personas extraviadas (entre otros). Brinda servicio las 24 horas, los 365 días del año. 56 58 11 11

La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, dependiente del Poder Ejecutivo y Federal, cuenta con servicios que proporcionan apoyo psicológico, en las dieciocho agencias especializadas, en cuatro de ellas, se encargan de delitos sexuales, proporcionando atención médica, psicológica y legal a las víctimas. Éste centro atiende las 24 horas del día los 365 días del año.

Cada uno de estos servicios telefónicos brindan un servicio especializado, dirigido a determinada población o problemática específica, algunos de ellos son servicios federales que se ofrecen en toda la república mexicana, pero otros se encuentran únicamente en el distrito federal.

2.4 La Atención Telefónica en Hidalgo

En la investigación realizada en el estado de Hidalgo, se encontró que son pocos los centros que proporcionan servicios de atención telefónica, algunos atienden crisis, además de otras problemáticas, veremos algunos de estos:

IHJ INSTITUTO HIDALGUENSE DE LA JUVENTUD

Línea de Joven a Joven, donde podrás encontrar apoyo para las dudas y problemas a los que te enfrentes. Servicio las 24 horas todo el año.

Tel. 7193295

01800 7151926

Tel Mujer 075

Línea de atención a las mujeres con asesoría jurídica, psicológica y en salud gratuita y confidencial vía telefónica.

Marcando 075 o al

01800502221

Teléfono 089

Denuncia Anónima y Atención Ciudadana. Atiende situaciones de crisis y da atención psicológica, cuenta con psicólogos, de 8:30 a 22:00 hrs., los 365 días del año

Como puede observarse estas líneas son solo algunas de las más importantes que proporcionan ayuda y orientación psicológica, notamos que los objetivos de estas líneas son diversos, con el objetivo de cubrir las diversas necesidades de los usuarios.

.

CAP. 3 TEORÍA DE LA CRISIS

3.1 Principios de la Psicoterapia

La intervención en crisis es un tipo de psicoterapia breve, a continuación se define que es la psicoterapia:

tratamiento utilizado para problemas emocionales en la que una persona entrenada tiene una relación profesional con un paciente con el objetivo de eliminar, modificar o retrasar los síntomas presentes, para que los patrones de conducta disfuncionales no se arraiguen, sino generar crecimiento y desarrollo de la personalidad (Wolber,1967 citado en Phares, 1999 p.294).

“La Psicoterapia es un proceso que comprende desconocimiento, aprendizaje y re aprendizaje, su trabajo es comprender el efecto de las experiencias específicas de la vida en el organismo humano, ayuda a modificar percepciones pasadas, mal adaptativas que afectan los sentimientos y comportamientos actuales” (Bellack y Small, 1980 p. 37,38).

De acuerdo con Feixas,(1995, p. 88), diferentes modelos de psicoterapia entre los que destacan:

Los Modelos Psicodinámicos

El término psicodinámico en la psicoterapia, se relaciona con el psicoanálisis esta teoría psicológica fue formulada por Sigmund Freud, la cual se basa en la interpretación de los procesos mentales inconscientes.

Son llamados psicodinámicos, porque la teoría que los fundamenta sostiene que la conducta es la resultante de una serie de movimientos e interacciones que se producen en la mente de las personas, es decir plantea que tanto la mente como la conducta son influidas por el ambiente social del sujeto.

De acuerdo con La teoría psicoanalítica está compuesta de tres partes:

1. Teoría del desarrollo humano.
2. Teoría de la psicología anormal.
3. Una teoría del tratamiento.

El Modelo Sistémico

Está conformado por un grupo de técnicas “basadas en unos esquemas conceptuales de carácter general acerca de la naturaleza del cambio y de cómo producirlo terapéuticamente. En este modelo la selección de una técnica se hace en función del tipo de paciente, y la clasificación, tanto de técnicas como de pacientes, requiere una cierta elaboración teórica” (Feixas, 1995, p. 364).

El objetivo principal de esta intervención es cambiar los síntomas para crear así un nuevo equilibrio del paciente, se trabaja en el contexto familiar, haciendo conciencia en ellos, para promover expectativas diferentes.

Este modelo se sustenta en cuatro pilares básicos (Feixas, 1995, p. 364).

1. La teoría general de los sistemas: en donde Ludwing von Bertalanffy la define como la totalidad, que funciona como la interdependencia de sus partes entre sí y con otros sistemas que lo rodean.
2. La cibernética: su idea principal de los sistemas es que estos encuentran un continuo cambio, evolucionando con el tiempo.
3. La teoría de los tipos lógicos de Russell: define los diferentes niveles por donde va pasando un sistema en crecimiento, a lo largo de su vida.
4. Teoría de comunicación: trabaja principalmente en el presente y las relaciones entre las personas, que se interesa en las interrelaciones y comunicaciones, así como en la importancia del contexto, la transmisión de información.

El profesional transforma el sistema familiar, incluyéndose en el para hacerlo cambiar en un sistema terapéutico. Se une a la familia para ayudarla a reparar y modificar su funcionamiento de forma que pueda desempeñar una mejor relación con sus miembros.

Una de las terapias más efectivas para la atención telefónica en crisis es la terapia cognitivo-conductual por lo que se hablara de esta a continuación.

Los Modelos Cognitivos

En términos generales la psicoterapia cognitiva, “busca modificar o cambiar patrones de pensamientos que, según se piensa, contribuyen a los problemas del paciente” (Phares, 1999 p. 395).

El objetivo de los tratamientos cognitivos: cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto, dentro de los principales fundadores esta Albert Ellis, autor de la Terapia Racional Emotiva (TRE), la cual sostiene el principio de que los individuos adoptan esquemas o formas de razonamiento y poseen control sobre sus pensamientos, acciones y conductas en este proceso de interacción, donde se pretende conocer el contenido específico de las cogniciones y creencias del paciente. Este modelo ayuda a los pacientes a identificar e informar sobre sus disfunciones cognitivas (cómo ocurren, cuándo se presentan y el impacto que genera en sus sentimientos) (Phares, 1999 p.399).

Los terapeutas formados bajo este esquema (TRE) trabajan para persuadir a los pacientes de que sus creencias son irracionales, y les ofrecen enseñarles una filosofía de vida más adaptativa. El modelo cognitivo-conductual propuesto por Beck y Ellis puede entenderse como un método colaborativo, partiendo del supuesto de que la gente o el paciente cambia su manera de pensar más rápidamente si la razón del cambio viene de su propia introspección (Phares, 1999 p. 399).

“En la terapia cognitivo-conductual la relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente ofrece un marco en el que el paciente aprende los procesos de identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales; el propósito principal de este modelo es cambiar las creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar en el futuro otras creencias” (Hernández y Sánchez, 2007 p. 61).

“La terapia cognitiva es un modelo de tratamiento de la depresión postulados por Beck (1970) y de algunos trastornos de la personalidad como la ansiedad, desarrolló conceptos para el tratamiento de pacientes con ideación suicida, para la desesperanza; creó una serie de escalas, el inventario de la depresión,

la escala de ideas suicidas, la escala de intentos suicidas; y la escala de la desesperanza” (Hernández y Sánchez, 2007 p. 62).

“La psicoterapia cognitivo-conductual incluye en una serie de terapias, así como acciones conductuales y cognitivos; las primeros tienen la intención de modificar la conducta mediante acciones directas y los segundos intentando modificar conducta y las emociones correspondientes por medio de cambiar la evaluación y de los procesos automáticos del pensamiento” (Hernández y Sánchez, 2007, p. 90).

“Se trabaja el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje previo ha llevado a una conducta dada, siendo ésta desadaptativa para las circunstancias que se viven. Se inicia un proceso de reaprendizaje de nuevas formas de respuesta ante la situación crítica o a disminuir el malestar o la conducta no deseada, llevándolo a adquirir conductas más adaptativas. Las terapias que se denominan “cognitivo-conductuales” comparten las siguientes características:

- 1 Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos en lugar de responder a los acontecimientos mismos.
- 2 El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
- 3 La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta).
- 4 Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
- 5 La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos) puede modificar la conducta y la emoción.
- 6 Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios”(Ingram y Scout, 1990 citado en Hernández y Sánchez, 2007 p. 90, 91).

De acuerdo con estos principios, las técnicas cognitivas pretenden poner a prueba lo que se llama “falsas creencias” (ideas erróneas, conceptos fundados en el contexto, los resultados de la conducta y lo desadaptativo de las mismas para la situación que se está viviendo), enseñando al paciente a realizar las siguientes operaciones:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir las cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que lo predisponen a distorsionar sus experiencias.

La “finalidad de la terapia cognitivo-conductual consiste en cambiar la forma de estructurar el pensamiento, mitigar las alteraciones emocionales para disminuir los efectos conductuales, los que a su vez funcionarán de reforzamiento para resolver nuevos problemas y así en un continuo” (Hernández y Sánchez, 2007 p. 92).

Estas terapias cognitivo-conductuales han demostrado ser muy útiles para el tratamiento de diversas alteraciones emocionales entre ellas las diversas crisis que todos los seres humanos experimentamos en algún momento de la vida.

3.2 Concepto de Crisis

“La crisis según los caracteres chinos (weiji) significan “peligro y oportunidad” es ir del orden al caos, a un cambio de carácter. El término griego *krinein* significa decidir, y sus derivaciones nos indican que la crisis implica, a la vez que decisión, discernimiento; así como también un punto decisivo, durante el que habrá un cambio para mejoría o empeorar. Crisis en sentido originario es *juicio*, es la decisión final sobre un proceso o elección en general, terminación de un acontecer en un sentido o en otro” (Slaikeu, 2000 p. 16).

(Rappaport, 1965 citado en López y Samano 2007 p. 22).considera que una crisis surge al percibirse: una amenaza a las necesidades instintivas o al sentido de integridad física o emocional; la pérdida de una persona, habilidad o aptitud; un reto que amenaza con sobrepasar las capacidades del individuo. Una crisis es un desorden emocional temporal, como consecuencia del riesgo que sufre una persona con ciertas características psicológicas a un evento traumático y encierra un potencial dañino para el individuo.

La crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu,1995, p.11).

Según Caplan (1996 p. 90), se entiende “la crisis como un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como un peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental”. Por lo que se considera que es un desequilibrio psicológico.

(Lester y Brockop 1973 citados en Rodríguez 1984, p. 21), consideran que la “crisis es una situación intolerable, la cual debe de ser resuelta debido a que potencialmente puede causar el deterioro psicosocial del individuo”.

Para Slaikeu (2000 p. 17-20) “la crisis es un grupo de eventos de riesgo que se presentan en la vida de una persona con desorden psicológico y su urgencia de ayuda, lo que conlleva tanto el peligro de un trastorno mental como la pertinencia para el crecimiento de una persona, están presentes en la vida de todo ser humano. Se caracterizan por un colapso en la capacidad de resolver problemas, la ayuda que se proporcione es crítica para determinar cómo tomaron los individuos sus decisiones, es el punto de partida o decisivo para el cambio”.

Los autores citados coinciden en que el estado de crisis es una situación límite donde la persona pierde momentáneamente la capacidad de manejo de la situación mientras dura la crisis, además de que es en estos momentos cuando la persona es más receptiva a la ayuda del exterior. Una crisis genera desequilibrio, ansiedad y desorganización emocional, pero no siempre es destructivo o negativo, ya que las crisis pueden ayudar a crecer o desarrollar las potencialidades de las personas llevándolas a niveles de funcionamiento óptimo.

3.2.1 La Intervención en Crisis

La intervención en crisis se origina en 1942 con la publicación que hace Erik Linderman de un estudio sobre un incendio ocurrido en el barrio de Boston. Destaca que una crisis es un acontecimiento que estimula un estado de estrés importante conlleva una incapacidad para actuar (Trejo, 2009 p. 20).

Slaikeu (1995, p.12), define la intervención en crisis como “un proceso de ayuda a una persona que está cursando un suceso traumático con la intención de aminorar un daño físico o emocional e incrementar nuevas habilidades para el crecimiento.”

Este proceso abarca dos fases:

1. Intervención de primer orden o primera ayuda psicológica. Puede durar minutos a horas lo pueden proporcionar asistentes comunitarios
2. Intervención de segundo orden, es un principio primordial de la terapia en crisis. Puede durar semanas o meses, y lo proporcionan terapeutas o consejeros capacitados con técnicas de evaluación y tratamiento.

El autor identifica dos tipos de crisis:

Crisis de desarrollo: son aquellas relacionadas con el pasaje de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud, y que por lo tanto, son más predecibles.

Una crisis circunstancial es aquella en la cual el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o con la etapa de su desarrollo, lo que significa que tales crisis pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento. Son accidentales e inesperadas, y su rasgo sobresaliente es que se apoya en algún factor ambiental Slaikeu (2000, p. 19).

TIPOS DE CRISIS

CRISIS CIRCUNSTANCIALES O EXTERNAS	CRISIS EVOLUTIVAS O DE DESARROLLO
<ol style="list-style-type: none"> 1. crisis sexual violación , incesto 2. aborto 3. intento de suicidio 4. enfermedad crónica o aguda 5. divorcio o separación 6. maltrato a niños, cónyuges, personas mayores 7. crisis familiar 8. viudez 9. víctima de accidentes 10. choques culturales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. concepción o esterilidad 2. embarazo, parto o nacimiento 3. infancia y niñez temprana 4. la adolescencia 5. crisis que involucran la identidad sexual 6. crisis de madurez 7. jubilación 8. envejecimiento 9. muerte

Fuente Wairib,2001 (citado en Trejo 2009, p 23)

(Slaikau 2000, p.21) Al resolver una crisis pueden suceder tres resultados son: “un cambio para mejorar, agravarse o regresar a niveles anteriores de funcionamiento, cualquiera que sea el resultado acarreará implicaciones en el funcionamiento futuro de la persona, desde luego que una resolución de tipo positivo ayudará a la persona a sentirse segura y con posibilidad de enfrentar de manera efectiva futuras crisis. La resolución de las crisis mencionadas anteriormente es determinante ya que esto es un factor fundamental de salud mental”.

Para Velázquez (2003,p.43), “Las crisis provocan una ruptura en la continuidad el ser y en sus relaciones con el medio. Estas desencadenan vivencias de padecimientos, temores, fantasías específicas, que pueden promover, en la persona afectada, el riesgo de enfermarse”

Slaikeu (2000 p. 17) le atribuye cinco características al estado de crisis:

1. Temporal: se recupera el equilibrio en cuatro o seis semanas.
2. Suceso que lo precipita.
3. Presenta una secuencia más o menos predecible.
4. La resolución tiene un potencial hacia niveles más altos o más bajos (mejorar o empeorar).
5. La resolución depende de la gravedad del suceso precipitante y de los recursos materiales, personales y sociales del individuo.

En el Proceso de atención e Intervención en crisis, propone un modelo de atención multimodal en dos niveles:

- a) El primero que denomina intervención de primer orden o primeros auxilios psicológicos (P.A.P.).
- b) El segundo que es la intervención en crisis o terapia en crisis.

Los cuales cuentan con las siguientes características:

a) Intervención en crisis de primer orden

Es llamada también Primeros Auxilios Psicológicos, es una intervención breve que se brinda en cualquier lugar y puede durar de minuto a horas, dependiendo de la gravedad de la situación de crisis, ésta tiene como submetas:

- 1.- Proporcionar apoyo al paciente
- 2.- Reducir el riesgo de mortalidad
- 3.- Canalizar a recursos de ayuda

Siendo prioridad disminuir la crisis psicológica, para que se pueda llevar a cabo los cinco componentes o pasos propuestos por el autor:

- 1.- Realizar el contacto psicológico.

- 2.-Examinar las dimensiones del problema.
- 3.-Explorar las soluciones posibles.
- 4.-Ayudar a tomar decisiones concretas.
- 5.-Seguimiento.

1.- Realizar el contacto psicológico.

En este primer contacto con la persona en crisis, se requiere saber escuchar activamente, lo que implica comprender desde la visión y perspectiva del individuo, incluso sus sentimientos y actitudes. Lo más importante para la persona en crisis es sentirse escuchada, comprendida y apoyada, lo que conduce a la reducción de la intensidad de las emociones y a reconocer sentimientos como cólera, angustia, entre otros.

Este primer paso tiene por objetivo:

Facilitar la comunicación, que la persona en crisis sienta que es escuchado, aceptado y que se le brindara ayuda; para lo que se requiere una voz pausada, amable y segura. Alentar la expresión de sentimientos, invitar al paciente a hablar, responde de una manera tranquila y controlada si es posible establece contacto a nivel físico, el objetivo es que reoriente su energía para hacer posible que actué sobre la situación.

2.- Examinar las dimensiones del problema

Este punto implica realizar una investigación más allá de la crisis actual indagando sobre el pasado, presente y futuro inmediato, además pretende determinar el funcionamiento de la persona considerando el suceso que la precipitó, sus efectos en cada uno de los subsistemas del CASIC, (Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognoscitiva).

En el presente inmediato deberá realizarse una valoración del CASIC durante la crisis, recursos personales, sociales, el grado de mortalidad (suicidio u homicidio).

El prestador de los primeros auxilios psicológicos deberá considerar las decisiones inmediatas que la persona en crisis deberá tomar, sus necesidades inmediatas y las posteriores. Lo anterior se realiza en una entrevista con el individuo, durante la cual se registra la información obtenida de cada área.

3.- Explorar las soluciones posibles

En este punto se identifican diversas alternativas de solución tanto para las necesidades inmediatas detectadas en el punto anterior, como las posteriores, se debe indagar sobre lo que ya se intentó para solucionar la crisis, motivar para que la persona genere alternativas, proponer otras, explorar los pros y contras de dichas alternativas, tanto a corto, mediano o a largo plazo y considerar los posibles obstáculos de su implementación.

4.-Ayudar a tomar una acción concreta

Se procede a elaborar un plan para solucionar las necesidades inmediatas, dejando en claro, lo que se hará, cómo se llevara a cabo, y quien lo hará. El objetivo aunque sea limitado es que el paciente haga tanto como sea capaz, solo en caso de que las circunstancias lo imposibiliten para actuar, el terapeuta deberá ser más directivo sobre todo para asegurar la autoprotección de la persona y evitar que dañe a otros.

5.-Seguimiento

Este es un paso fundamental que completa los primeros auxilios psicológicos, para llevarlo a cabo se recaba información y se establece un procedimiento que permita el registro para observar el progreso del paciente y familiares. Según Slaikeu (2000, p.116) “este registro puede hacerse cara a cara o vía telefónica, aclarándose quien llamara a quien, cuando y donde se realizara la entrevista además fecha acordada para el seguimiento, esto completa el procedimiento”.

Estos procedimientos cubren las etapas necesarias y suficientes para el primer contacto crítico para una persona en crisis.

b) Intervención en Crisis de Segundo Orden o de Segunda Instancia

La intervención de segundo orden, también llamada terapia en crisis, es un proceso terapéutico a corto plazo que se dirige a la resolución de la crisis, lo cual implica ayuda a la persona a enfrentar la experiencia de la crisis (expresar sentimientos y que obtenga dominio cognoscitivo de la situación), lo que ayuda a que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida, el motivo es que el individuo este mejor dotado y preparado para enfrentar el futuro.

La terapia en crisis busca reducir la posibilidad de que la persona se convierta en un enfermo mental crónico del suceso en crisis, ya sea por una crisis de desarrollo o circunstancial. (Slaikeu, 2000, p. 116,117)

Esta intervención de segunda instancia implica también la valoración de los subsistemas que componen el CASIC, como se muestra en el cuadro siguiente:

Subsistemas del perfil básico de la personalidad CASIC

MODALIDAD SISTEMA	VARIABLES/SUBSISTEMAS
Conductual	Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos en la alimentación y en la bebida), conducta sexual, hábitos en el sueño, uso de drogas y tabaco, presencia de cualesquiera de los siguientes: suicidio, homicidio o actos agresivos.
Afectivo	Sentimientos sobre cualesquiera de las conductas expresadas arriba; presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, felicidad, depresión, etc.; afecto inadecuada a las circunstancias de la vida. ¿Son sentimientos manifiestos o encubiertos?
Somático	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, trastornos estomacales, y cualesquiera otros dolores somáticos; estado general de relajamiento/tensión, sensibilidad del tacto, visión, gusto, olfato y oído.
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo; fuerzas interpersonales y dificultades; número de amigos, frecuencia del contacto con amigos y condescendencia, el papel asumido con varios íntimos (pasivos, independientes, líder, coigual), modo en la resolución del conflicto (asertivo, agresivo, introvertido); estilo interpersonal básicos, (simpáticos, receloso, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).
Cognoscitivo	Día normal y sueño de noche, descripciones mentales sobre el pasado o el futuro, autoimagen, objetivos en la vida y razones para su validez, creencias religiosas, filosofía de la vida, presencia de cualesquiera de las siguientes: catástrofes, sobregeneralizaciones, delirios, alucinaciones, diálogo irracional con uno mismo, racionalizaciones, ideación paranoide, actitudes generales (positivas/negativas) hacia la vida.

fuelle Slaikeu (2000) tabla p. 34

Según Phares (1999, p. 159) un modelo de Intervención en crisis de primer contacto implica:

a) Entrevista de intervención en crisis, cuyos objetivos principales son:

- Comprender lo que pasa.
- Responder de manera calmada y con seguridad.
- Propósito de la entrevista en crisis es enfrentar los problemas a medida que ocurren y dar un recurso inmediato.
- Intención desviar la posibilidad de que ocurra un desastre.
- Quien llame entre en relación terapéutica.
- Elaborar soluciones a largo plazo.
- Se requiere entrenamiento, sensibilidad y juicio.
- hacer las preguntas correctas para obtener la información adecuada y evitar que quien llame cuelgue.

Esta entrevista se puede complementar posteriormente con:

Entrevista de historia clínica.

Antecedentes personales y sociales del paciente.

Datos, fechas, eventos concretos y sentimientos del paciente al respecto.

Proporcionar antecedentes amplios y contexto en el cual ubicar al paciente y su problemática (Phares, 1999 p.155).

3.2.2 Tipos de Respuestas ante las crisis

Por lo general la respuesta a una crisis la provocada una situación inesperada con las siguientes características:

- A nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento.
- A nivel psicológico el estado temporal de shock puede ser seguido por negación, confusión, terror, tristeza, incredulidad e inquietud. Este tipo de reacciones alteran el equilibrio psicológico del individuo.

- A nivel fisiológico: pueden presentarse algunas reacciones de estrés general tales como cambios en el ritmo cardíaco, respiración agitada, sudoración excesiva, (Wainrib, 2001, citado en Trejo 2009, p.24).

(Du Ranquet, 1966, citado en Trejo 2009, p.24) describe un patrón de conducta de quien está pasando una situación de estrés.

- Percepción del acontecimiento y de los sentimientos que esta suscita. Se puede dar una percepción no realista del acontecimiento sucedido, y los sentimientos que desencadena.
- Búsqueda de un apoyo adecuado en el entorno.
- Puesta en acción de las capacidades.

3.2.3 La Intervención Telefónica en Crisis

El teléfono es un aparato que se ha convertido en una necesidad, al permitir una comunicación simultánea entre dos o más personas, salvando distancias, sin necesidad de desplazarnos. Es por eso que la atención telefónica, puede proporcionar una protección temporal a la integridad física y mental, para impedir que las crisis emocionales lleguen a ser graves o crónicas (Rodríguez, 1984, p.3).

Características de la atención psicológica telefónica:

1. La principal característica de la orientación por teléfono es que la ayuda que se proporciona a la persona en crisis se da sin el beneficio de las señales no verbales, los cuales son los gestos faciales y el lenguaje corporal, se apoyan exclusivamente en las palabras y cómo se hablan.

En ella el paciente tiene el control pues puede terminar la conversación cuando él quiera.

2. Permite el anonimato del paciente. El proteger la intimidad facilita una mayor revelación de sí mismo.

3. El anonimato del consejero favorece la transferencia positiva, en la medida en que el usuario no cuenta con la información sobre las características del consejero lo cual favorece la transferencia positiva.

4. La orientación por teléfono reduce la dependencia de quien llama.

5. Accesibilidad: el contar con un teléfono de ayuda al alcance acorta las barreras geográficas, con lo cual una persona en crisis puede contar con la orientación que necesita en los lugares más apartados y de inmediato, incluso si está en su propio hogar.

6. La orientación por teléfono está disponible en cualquier momento, en el día o en la noche, la mayoría abiertos 24 horas del día, todo el año por lo cual la asistencia está disponible con el mínimo de tiempo de espera (Lester, 1977 p. 440).

Para llevar a cabo la intervención en crisis telefónica se debe de considerar los cinco componentes de los primeros auxilio psicológico mencionado en el punto 3.2.1, los cuales pueden usarse como un mapa conceptual o mapa cognoscitivo que orienten la conducta del terapeuta telefónico y son:

1. Realizar el contacto psicológico.
2. Examinar las dimensiones del problema.
3. Analizar las soluciones posibles.
4. Ayudar a tomar una acción concreta.
5. Seguimiento.

Para el terapeuta telefónico es importante tener presente lo que debe y no debe hacerse en los primeros auxilios psicológicos, condensado en la siguiente tabla tomada de Slaikeu (2000)

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
1.Contacto	Escuchar de manera cuidadosa Reflejar sentimientos y hechos Comunicar aceptación	Contar tu propia historia Ignorar sentimientos o hechos Tomar partido
2. Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas Pedir a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas de si/no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de peligro
3. Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel
4. Acción concreta	Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Hacer confrontación cuando sea necesario Ser directivo, si, y sólo si, debes hacerlo	Intentar resolver todo ahora Realizar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario
5.Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuará la acción del plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más

Fuente Slaikeu (2000, p. 137)

En López y Samano (2007, p.30) se menciona que el terapeuta telefónico contempla el manejo de cuatro elementos principales de la terapia centrada en el cliente.

1. Aceptación: no adoptar ni emitir juicios, esto permite al usuario de la línea saber que tiene derecho de ser individuo, de tener sus propios juicios y opiniones.
2. Respeto: mantener la autoestima del usuario en un nivel aceptable, dando la sensación de estar en una relación de igualdad para logra que se sienta valorado,
3. Empatía: es el entendimiento de los sentimientos básicos del paciente, proporciona la sensación de ser entendidos y, de que estamos capacitados para la comprensión de sus sentimientos.
4. Esperanza/ Confianza: se refiere a la firme creencia en la habilidad de todas las personas para sobrevivir y recuperar el control de sus vidas. Lo que genera el convencimiento de que la persona con quien esta hablando posee las herramientas necesarias para hacer frente a sus problemas.

Para lo cual el terapeuta debe de poner en práctica las habilidades de escucha tales como:

- El silencio: permite al usuario reflexionar o clarificar sus pensamientos.
- Reflejar sentimientos al paciente: comunicar que estamos entendiendo sus sentimientos por medio de su expresión verbal y no verbal.
- Repetir y resumir los puntos más importantes: es reflejar el pensamiento del usuario, señalando, marcando y ubicando percepciones; haciendo una síntesis de todos los eventos y sentimientos que menciona.
- Parafrasear: ayuda a simplificar los mensajes y hacerlos manejables, entendibles y con posibilidad de darles una dirección.
- Clarificar los sentimientos: se refiere a ver las conexiones de eventos que aparentemente no se observan. Cuando el facilitador no lo tiene claro tampoco lo estará para el paciente.
- Compromiso: es la habilidad de hacer que los pacientes se expresen, haciendo comentarios para invitarlos a que se expresen más (López y Samano, 2007, p. 31).

Ventajas de la intervención en crisis

La intervención oportuna en la crisis conlleva los siguientes beneficios:

*Disminuye el riesgo de problemas más severos de la personalidad o de actos suicidas.

*Incremento de su autoestima, al ayudarle a movilizar sus recursos y fuerzas, enfatizando los aspectos positivos de su personalidad y la habilidad de trabajar con ellos de forma constructiva.

*Durante la intervención en crisis da al individuo la posibilidad de verbalizar el problema enfrentándolo primero a ese nivel y después en el conductual lo cual le permitirá verlo más objetivamente.

*La meta de la intervención es la resolución psicológica de la crisis y restablecer el nivel de funcionamiento anterior a la crisis” (López y Samano 2007, p. 32).

Es de resaltar que “la ayuda que se le brinda a los usuarios en una intervención para resolver los problemas, se contemplan en el contexto de la estructura de conservación de la salud y la modulación de estrés. El modelo enfatiza un enfoque holístico del funcionamiento humano, basado en valores humano expresados (alineación social disminuida y responsabilidad compartida para la solución de los problemas en la comunidad) dirigido a formar habilidades vitales que reduzcan el estrés y enfrentamiento” (Slaikeu, 1995, p. 216)

Desafortunadamente se han hecho pocos estudios acerca del impacto o efectividad de la atención por teléfono en la resolución de las crisis de las personas que la solicitan.

Cap. 4 LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN APSITEL

4.1 Reseña Histórica de Apsitel en Hidalgo

El estado de Hidalgo no es ajeno a las situaciones de crisis, por lo que también aquí, se ve la necesidad de contar con un servicio similar al que hay en otros puntos del país y del mundo, por lo cual se crea un servicio de atención telefónica en crisis en el año de 2004, con el nombre de APSTEL (Atención Psicológica Telefónica) centro de atención psicológica telefónica en la ciudad de Pachuca Hidalgo.

Es un sistema de atención telefónica privado, para mejorar la calidad de vida de todo aquel que tiene necesidad de atención mental, por ello se abre un centro de atención psicológica telefónica, con la intención de acercar la ayuda psicológica al público en general, 24 horas los 365 días del año.

Dando origen a APSTEL que surge con la idea de contar con un servicio profesional de atención psicológica telefónica privada para la atención de personas que han sido objeto de eventos catastróficos que han puesto en riesgo su integridad física, psicológica y en la que su vida estuvo amenazada, lo que se conoce como intervención en crisis.

Después de realizar una investigación sobre servicios similares y considerando costes y facilidades se eligió brindar el servicio mediante una línea telefónica 01800 que permitiese acceso al servicio desde cualquier sitio de todo el país.

En el año 2005 ya con conocimientos teóricos suficientes, se decide rentar un consultorio, en un edificio de la colonia San Javier, ubicado en Valle de San Javier 707 segundo piso, en Pachuca Hidalgo, para el centro de atención psicológica telefónica, nombrándole, APSTEL, donde se cuenta con cubículos y líneas asistenciales, repartidas en cuatro números telefónicos locales, un 01-800 y un 01-900 y se hace publicidad con carteles, distribuyéndose en la ciudad.

Al pasar el tiempo algunos pacientes solicitaban atención psicológica personalizada, por lo que vio la necesidad de que se instalara un consultorio y

así se dio comienzo a las consultas presenciales para las personas que así lo requerían.

Por lo que además de las llamadas de atención psicológica, ahora se atendían pacientes, como el servicio era novedoso, la gente aceptaba por lo que se tuvo que aumentar el personal. En el turno de las mañanas atendían dos psicólogas, otra a medio día, en ese tiempo me integro al equipo de trabajo, en el turno de las tardes, atendiendo el teléfono hasta la noche, se implementó el servicio de “sígueme” de la línea telefónica, por lo que en ocasiones se extendía la atención a uno o más días, incluyendo los fines de semana.

A mediados de año 2008, apoyándose en una agencia de publicidad se hacen varias modificaciones, como cambio de nombre, de APSTEL a Apsitel: “Atención Psicológica Telefónica”, se crea un logo y un slogan “todos los problemas tienen solución, sólo hay que hablar con la persona indicada”, se reorientan sus políticas de atención, se desarrollan otras formas de publicidad e imagen, como carteles, postales, página de Internet. Además se comienza a promocionar el servicio, en diversos medios de comunicación, como Periódico Sol de Hidalgo, Radio (98.1 fm) y Televisión (Canal 3 Pachuca) en Hidalgo. Además el personal participa en distribuir la publicidad: carteles, trípticos y volantes, en la ciudad y cuando hay oportunidad fuera de ella.

Cabe destacar que los psicólogos de Apsitel asisten a diversos eventos relevantes llevados a cabo en la ciudad de Pachuca, tanto para la promoción del servicio como para dictar conferencias, cursos y talleres.

Entre ellos destaca la actividad dentro del programa PEC, (Programa Escuelas de Calidad) el cual es una iniciativa de la reforma de la gestión institucional y escolar, que busca superar diversos obstáculos para el logro educativo, que depende de la Secretaría de Educación Pública, el cual se realiza en diversos municipios del estado, se crea la empresa bajo el nombre de CONSULTORES DE LA PROBLEMÁTICA JUVENIL Y FAMILIAR A. C. que depende de Apsitel, para el manejo de este programa. Personalmente tengo a mi cargo la coordinación de las actividades del PEC y junto con los demás

psicólogos, nos dedicamos a la promoción de Apsitel para impartir conferencias a las escuelas incorporadas a este programa.

Las temáticas a abordar son:

Los valores en niños

Comunicación y disciplina familiar

El estrés en docentes

Prevención de la agresividad

Técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de grupo

También el personal de Apsitel, imparte conferencias de diversas temáticas relacionadas con la salud emocional como las siguientes:

Estrés y salud mental.

Depresión y suicidio.

Dinámica familiar y crisis.

En el año 2010 Apsitel, cambia su slogan, “**Somos un Servicio Privado de Atención Profesional Psicoterapéutica Especializada**” siendo el que actualmente distingue a la institución.

4.2 Organización Actual

El centro de atención psicológica telefónica Apsitel, es una opción más con la que cuenta la población de la ciudad de Pachuca así como sus alrededores, ya que se brinda atención psicoterapéutica, orientación e intervención en crisis, y en casos de violencia familiar, se les brinda herramientas para que pueda considerar otras opciones, distintas a la autoagresión, como solución a la situación que la vulnera.

Sus Objetivos son:

1.-Prevención de problemas de salud mental, siendo la primera llamada de atención en crisis gratuita y posteriormente se atiende en consulta presencial en consultorio cobrando una cuota de \$200.00, por consulta.

2.- Brindar apoyo psicológico en una situación de crisis u otras intervenciones dependiendo de cada caso.

3.- A toda persona que requiera se le canalizará a otro centro de salud mental u organización para su atención.

PROPÓSITO: Ser la compañía experta en intervención en crisis emocionales, consultas psicológicas y educación continua profesional.

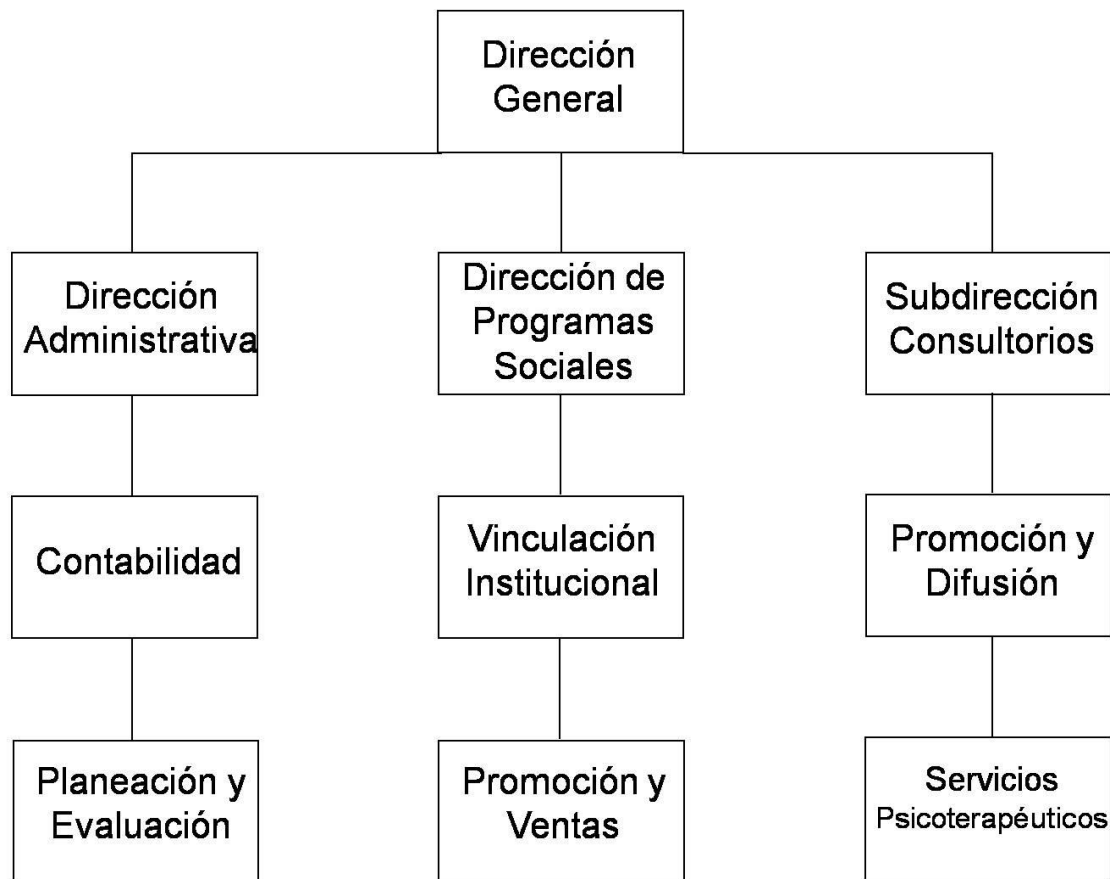
MISIÓN: Satisfacer las necesidades de atención emocional y psicológica a la comunidad en general, ofreciendo propuestas actuales de salud, educación y crecimiento personal.

VISIÓN: Ser la institución líder en el Estado de Hidalgo en atención profesional psicológica especializada.

VALORES:

- Confidencialidad: la información pertenece únicamente al paciente y al terapeuta.
- Certeza: satisfacer la necesidad del paciente.
- Disponibilidad: total trabajamos los 365 días del año y las 24 hrs. del día.
- Compromiso: todos los problemas emocionales tienen solución.

Actualmente cuenta con la siguiente Organización:



4.3 Proceso de Atención Telefónica en Apsitel

El modelo de Asesoría, Apoyo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono de Apsitel actualmente se lleva acabo de la siguiente manera:

1º En el momento que se descuelga la bocina... Apsitel+ saludo

Soy la psicoterapeuta que te entenderá mi nombre es...

2º Si es la primera vez que llama, le explicamos cómo funcionamos:

“Somos un grupo de psicólogos que brindan atención psicológica usando diversas técnicas profesionales que sobre la marcha iremos trabajando para identificar e intentar resolver su problemática, a través del teléfono o en cita presencial en nuestro consultorio..

Horario de consulta: matutino de 10 a 14 hrs. y vespertino de 16 a 19 hrs.

¿Desea continuar con la llamada?... ¿le anoto una cita? Sí la persona acepta que se haga la cita, entonces se le piden sus datos personales, explicándole:

Bien, la forma en que trabajaremos es...

Recomendaciones finales...o tareas en casa.

Su cita es para... hora... con...

* Si se agenda cita, se anota en el calendario y se avisa al psicoterapeuta que lo atenderá y a la coordinación”.

3º Si ya nos conoce.

¿Qué puedo hacer por usted?

Datos personales y que describa su problema actual... o el motivo de su llamada.

Le recordamos los servicios que ofrecemos.

a.- Consulta Presencial: Entrevista en consultorio para explorar conductas, sentimientos, pensamientos, experiencias, aprendizajes y conocimientos del paciente con la finalidad de restablecer la salud emocional del paciente y tener una mejor calidad de vida.

b.- Consulta Telefónica: Intervención vía telefónica atendiendo crisis y/o problemas emocionales de personas en situaciones conflictivas como: intentos suicidas, estados depresivos, violencia familiar, siniestros, estrés, etc.

c.- Consulta Domiciliaria: Atención psicológica personalizada en su hogar, de manera inmediata, certera y confidencial.

d.- Asesoría Especializada: Servicio médico, consejería legal, asistencia geriátrica, orientación educativa, etc.

e.- Educación Continua: Capacitación y actualización de diversos temas a través de conferencias, talleres y cursos.

4º Si quiere agendar cita...Le comentamos como funcionamos

“somos... una empresa que brinda servicios de atención profesional psicoterapéutica especializada”

Datos personales y que describa su problema actual o el motivo de su llamada

Preferiría que lo atendiera un psicólogo una psicóloga.

La forma en que trabajamos es....

Su cita es para (fecha y hora) con... (nombre de quien lo atenderá)

5º Despedida: RECUERDE...

“En Apsitel somos un servicio privado de atención profesional psicoterapéutica especializada”

Gracias por llamar, ha sido muy importante para nosotros poder atenderle...

* Si no puede venir por favor avise 4 horas antes, o un día antes.

Cap.5 EXPERIENCIA LABORAL Y PROPUESTA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN APSITEL

5.1 Experiencia Laboral en Apsitel

Al ser invitada a formar parte del equipo de atención telefónica en Apsitel, no recibí una capacitación, solo se me proporcionó el libro de Intervención en Crisis de Carl Slaikeu, con la indicación de que los leyera para que conociera sobre la intervención en crisis por teléfono, se me indicó cómo funcionaban los teléfonos y el llenado de los formatos de atención, meses después se nos dio una capacitación de cómo vender el servicio telefónico, con la finalidad de lograr que las personas que llamaban por primera vez lo hicieran de manera constante, haciéndoles notar los beneficios de la atención psicológica por teléfono.

Tuve que aprender en la práctica a dar intervención en crisis, o al escuchar como lo realizaban otras compañeras, con lo cual me di cuenta que se cometían muchos desaciertos, ya que en ocasiones la conducta de quien llamaba era enjuiciada, o se divagaba en la conversación, además muchas veces no se dejaba hablar al usuario, pues de manera inmediata se llegaba a conclusiones.

En algunos casos entraban llamadas de broma, provocación, etc. en las cuales teníamos que ser muy asertivos para terminar de inmediato con la comunicación diciendo: "Esta es una línea de atención para personas en crisis por favor cuelgue el teléfono", de no hacerlo se les menciona que se llamaría a la policía para reportarlo".

Otra situación a la que nos enfrentábamos con frecuencia es al hecho de que como es un servicio privado, se requiere de un pago por la atención, se les proporcionaba un número de cuenta de Banco para que realizaran un depósito de \$ 150.00 por la atención telefónica recibida, pero la mayoría de los usuarios no lo hacían e incluso no volvían a llamar, por lo que se implementó el servicio de atención en consultorio, informándole al paciente que el costo por sesión es de \$200.00.

A la fecha he atendido aproximadamente 140 llamadas, siendo las principales temáticas: problemas de pareja, problemas familiares y ansiedad.

Desgraciadamente en la mayoría de los casos no se lleva un seguimiento por no contar con el teléfono del usuario (ya sea porque éste no lo proporcionaba, o porque llamaban de teléfonos públicos) para poder hacerlo.

A continuación presento algunos de los casos que atendí telefónicamente.

Caso 1

Se trataba de un matrimonio de la ciudad de México, con una hija de aproximadamente dos años de edad, quien realiza la llamada es el esposo un varón de 36 años, de ocupación empleado, refiere que su esposa al llegar a casa discutió con él y se encerró en su habitación sin querer atender a su pequeña hija que estaba llorando, él se notaba muy angustiado porque ella no abría la puerta y no le contestaba, el motivo de la discusión fue, que ella se queja de ocuparse de muchas cosas en la casa y que él no le ayudaba, ya que ella también trabaja (en una zapatería).

Le pido que le mencione que está hablando con una psicóloga que desea ayudarles, que si puede tomar el teléfono para que pueda hablar con ella.

Después de varios minutos de estar tocando la puerta su esposo ella accede a tomar el teléfono para hablar conmigo, noto su tono de voz fuerte, me presento con ella le pregunto su nombre, el nombre de su hija, le explico cual es el propósito de la atención por teléfono, le pregunto cómo se siente, menciona que no se siente bien, le pregunto que si tiene algún problema de salud menciona que no, le digo que le voy a dar indicaciones de un ejercicio de relajación para que se sienta más tranquila, y le doy indicaciones de que se siente y que siga las indicaciones que le voy a dar e iniciamos con la relajación progresiva de Jacobson, después del ejercicio le pregunto cómo se siente, manifiesta que mejor, le pregunto que sí desea hablar sobre qué fue lo que sucedió, menciona que se siente muy cansada que tuvo un día difícil en el trabajo y que al llegar a casa su hija estaba llorando mucho y ella se desesperó y discutió con su esposo, comento que es normal sentirse estresada después de un día con mucho trabajo, le pregunto si son frecuentes las discusiones con

su esposo y cuáles son los motivos, refiere que a veces discuten por desacuerdos en algunas situaciones, pero que este día ella se sentía realmente cansada, pregunto si tiene a alguien que le ayude a atender a su hija, comenta que la deja en la guardería y al salir del trabajo pasa por ella, le pregunto si su esposo pasa a recoger a la niña, comenta que no, que siempre es ella la que pasa por la niña, pregunto que si el horario de su esposo le permitiría pasar por su hija en alguna ocasión, comenta que si, pregunto que si ha hablado con su esposo para que él pueda pasar por la niña en algunas ocasiones y de esa manera se sienta con menos presión, menciona que no que nunca lo han hablado que asumieron que ella era la responsable de hacerlo, comento que si él le ayudara a recoger a su hija en algunas ocasiones ella se sentiría con menos presión, comenta que si le gustaría que su esposo le ayudara, comento que lo platicue con su esposo y le explique que si le ayuda, ella se sentiría con menos presión que traten de ponerse de acuerdo que días pueden recoger a la niña ella o él.

Dice que lo platicará con su esposo, pues nunca lo había pensado, pregunto si la relación con su esposo está bien, refiere que en general sí que no tienen grandes conflictos, pregunto si su comunicación es buena, menciona que su esposo casi no habla, comento que es importante mejorar la comunicación pues es la manera en que podrán saber qué cosas son las que les disgustan para ponerse de acuerdo en cómo podrán arreglar esas situaciones, pero sobre todo para que puedan expresar sus sentimientos y saberse escuchados y comprendidos.

Comento que puede hablar con su esposo de estas sugerencias de manera calmada para llegar a acuerdos que les beneficien a ambos, dice que está bien que así lo hará.

Le pregunto cómo se siente, menciona que ya más tranquila que le ayudo mucho platicar conmigo.

Le digo que si en alguna otra ocasión le gustaría que volviéramos a hablar le podría enseñar algunas técnicas de cómo mejorar la comunicación con su esposo, me pongo a sus órdenes para una posterior consulta, le menciono los horarios en los que me puede encontrar, le menciono que si le gustaría que le

llamara en algunos días, dice que le gustaría ser ella la que se ponga en contacto conmigo en alguna otra ocasión, me agradece la ayuda y me despido.

Ella no volvió a llamar, pero se quedó más tranquila después de la intervención.

Caso 2

Llama una mujer de 26 años, soltera, menciona que tiene problemas con su familia, que discutieron mucho y se siente mal que le gustaría dejar su casa pero que no tiene a donde ir, le pregunto a que se dedica, dice que no estudia ni trabaja, pues cuando ha trabajado no le han gustado los trabajos y los deja, que actualmente está recibiendo capacitación para ser guardia de seguridad pero que cree que no le van a dar trabajo pues le dicen que está muy gorda, le pregunto que si ella se siente gorda, menciona que sí, pregunto qué cuánto mide, responde que 1.55 m y pesa 72 Kg., comento que si ha pensado en consultar a un nutriólogo para que le ayuden a controlar su peso pues es importante para su salud, dice que no pues eso implica dinero y que ella no lo tiene, pregunto con quienes vive, comenta que con su mamá, padrastro y un hermano que es el consentido de su mamá pues a él nunca lo regañan ni le dicen nada y tampoco trabaja, que la única que trabaja es su mamá, pregunto qué nivel de estudios tiene, comenta que no terminó la preparatoria pero que le gustaría seguir estudiando, pero que lo ve difícil, pues lo que más le gustaría es salirse de su casa por tantos problemas, pregunto si sabe cuánto cuesta la renta de una casa o departamento y dice que sí, que inclusive ha llegado a pensar que le gustaría irse a vivir con una amiga que ya la ha invitado para que compartan gastos, pero que como no tiene ingresos no sabe cómo hacerle, pregunto que cuáles son los motivos de las discusiones en casa, y menciona que cualquier cosa es motivo de discusión hasta de los programas que quieren ver en la televisión, pregunto que desde cuando han tenido discusiones y menciona que desde siempre pero que hace como dos años se intensificaron, le pregunto que si paso algún evento al que le atribuye esta situación, ella menciona que no se acuerda, pero que siempre ha sentido que a ella nadie la toma en cuenta, pregunto que donde está su papá, ella dice que murió cuando ella era una niña, que ya no se acuerda cómo era, pregunto qué cuantos

hermanos tiene, menciona que son dos hermanas y dos hermanos, que una hermana y un hermano ya están casados pero que viven cerca y casi diario van a su casa en la tarde a veces con sus hijos, y por lo regular le dicen cosas para estar peleando, comento que es difícil convivir con la familia pues por lo regular todos tienen puntos de vista diferentes con lo que es difícil estar de acuerdo, pregunto qué dice su mamá respecto a esta situación, dice que su mamá siempre está de acuerdo con lo que digan sus hermanos, pregunto en qué trabaja su mamá y dice que tiene una tienda de abarrotes, pregunto si no ha pensado en ir a trabajar con su mamá, pero dice que si que estuvo ayudándole algunos meses pero que no le pagaba por lo que decidió mejor buscar un trabajo fuera de la familia, menciono que una manera de evitar los conflictos con su familia, sería diciéndoles cómo se siente ante esta situación, comenta que lo va a poner en práctica pues dice que a veces cuando llegan ella no sale de su cuarto, pero que se siente mal de encerrarse, le digo que le voy a enseñar una técnica que se llama solución de problemas y le explico de que se trata, para que pueda ponerla en práctica, dice que lo va a hacer, le digo que si le puedo llamar en unos días para saber cómo está, y dice que mejor ella me llama pues habla de un teléfono público, me despido de ella le doy mi nombre de nuevo y los horarios en los que me puede contactar.

A la siguiente semana me vuelve a llamar, le pregunto cómo le ha ido y menciona que si le dieron el trabajo de guardia de seguridad y que se va a ir a vivir con su amiga, pregunto, que cuál es la opinión de su familia al respecto, comenta que su mamá le dijo que estaba bien y que sus hermanos le dijeron que ya era hora de que se fuera de la casa a hacer algo útil, pregunto que cómo se siente, menciona que bien, porque sabe que ya no va tener las discusiones diarias con su familia y con lo que le enseñe va a poder hablar con ellos, le digo que la felicito por la decisión que ha tomado, me agradece haberla escuchado, cuando sentía que nadie se interesaba en ella y no sabía qué hacer, le comento que puede volver a llamarme, le doy mis horarios y queda de llamar la siguiente semana.

No volvió a llamar.

5.2 Limitaciones del Servicio de Atención Telefónica de Apsitel

En este capítulo abordaremos las limitaciones y diversas problemáticas que se detectaron en esta institución derivándose de las mismas las propuestas para mejorar las condiciones del servicio.

Estas limitaciones son:

1.- *Costo de la llamada:* Una de las principales limitaciones es el costo de la llamada, pues el paciente al marcar el número 01 800 823 24 26, recibe una atención de primera vez de forma gratuita pero, se le explica que las siguientes llamadas tendrán un costo de \$150.00, por ello en muchas ocasiones sólo se le atiende una sola vez por teléfono o se les cita al consultorio para un proceso psicoterapéutico cara a cara, al cual generalmente, no asisten a pesar de que se les indica que puede no ser suficiente la atención que se les brinda por teléfono.

2.- *Falta de capacitación del personal:* La mayoría del personal no cuenta con una capacitación especializada, con lo cual se incrementan las limitaciones del servicio. Al atender una llamada en crisis se requiere contar con conocimientos sólidos en intervención en crisis, apoyo emocional, técnicas de escucha activa, de relajación, además de cómo atender una emergencia, si no se cuenta con este soporte teórico-metodológico no podrá otorgarse una atención de calidad a la persona que llama.

3.- *Desconocimiento de otras fuentes de atención de la salud mental:* En algunos casos, debido a la naturaleza de la problemática o situación del usuario, es necesario canalizarlo a otros servicios especializados u otras instituciones de asistencia pública y el terapeuta telefónico debe conocer esta información, ya que de no hacerlo deja desprotegido al usuario, lo cual puede tener graves consecuencias para su salud mental y emocional.

4.- *Falta de pago del servicio telefónico:* En Apsitel, algunas veces por falta de recursos no se paga el servicio telefónico, lo que impide otorgar la atención psicológica a los usuarios.

5.- *Falta de seguimiento:* Este un punto importante, de acuerdo a los teóricos de la intervención en crisis mencionados, el cual no se lleva a cabo en Apsitel por desconocimiento o por no contar con un proceso fundamentado teórica y técnicamente.

6.-*Falta de apoyo psicosocial:* Muchos teóricos coinciden en que en algunos casos graves como en la ideación suicida, es importante ponerse en contacto con los familiares o amigos cercanos para que le brinden apoyo al usuario en su proceso de crisis, lo cual no se realiza en Apsitel, por desinterés o desconocimiento por parte de los terapeutas telefónicos.

7.- *Actitud Inadecuada del terapeuta telefónico:* Muchas veces los terapeutas telefónicos adoptan una posición de “experto” o “experta”, sin tener en cuenta que el usuario requiere de empatía para resolver su problemática.

8.- *Centrarse en la sintomatología:* Así mismo el terapeuta telefónico se centra muchas veces sólo en el alivio temporal de los síntomas, perdiendo la perspectiva del problema que originó la sintomatología.

9.- *Ser demasiado directivo:* Sí bien en algunos casos es necesario ser directivo para preservar la integridad del usuario, en otras ocasiones sí éste puede decidir por sí mismo se le debe alentar a que lo haga en los aspectos que no tengan consecuencias graves, pero que le hagan sentir que aún posee el control de las circunstancias.

10.- *Tiempo de atención de la llamada:* Por ser un número telefónico 0800, el costo de la llamada lo absorbe Apsitel, el costo es mayor de lo que se paga en una llamada común, por lo cual se ha establecido que la llamada deberá durar de 15 a 20 minutos máximo, esperando que en ese tiempo se le de atención al usuario para disminuir su crisis, lo que exige pericia del terapeuta y que algunas veces no se de la debida atención.

11.- *Errores de interpretación:* No escuchar adecuadamente y no formular preguntas pertinentes impiden al terapeuta telefónico tener un panorama amplio de la problemática del usuario, el señalar y calificar las acciones del usuario cierran la comunicación y la posibilidad de ayudarlo.

12.- *Interrupciones repentinas durante la atención telefónica en crisis:* La llegada de personas al área de trabajo cuando se está realizando la atención en crisis, o que suene el celular de los terapeutas, interrumpe la concentración y los distrae, lo que disminuye la concentración y calidad de la atención al usuario.

13.- *Problemas técnicos:* En este punto consideramos cuando hay cortes de energía eléctrica, lo que impide el funcionamiento del servicio telefónico, otro problema es que el consultorio no cuenta con paredes gruesas o aislantes, lo que impide la privacidad necesaria para una atención psicológica profesional.

14.- *Jornadas largas de Trabajo:* Es importante que el terapeuta telefónico no tenga más de 6 horas de trabajo corrido, pues esto puede llegar a afectar su nivel de concentración y escucha y a la larga su salud emocional.

5.3 Propuesta para mejorar la Atención Telefónica en Apsitel

Sí bien durante mi desempeño como terapeuta telefónico he podido detectar diversas limitaciones en el servicio que otorga Apsitel, el propósito de este reporte laboral es contribuir al mejoramiento de la institución, pues la atención que se otorga es necesaria para preservar y prevenir problemas de salud mental de la población, por ello surge la siguiente propuesta:

1.- *Costo de la llamada:* Se sugiere eliminar el servicio del teléfono 0800, ya que implica un alto costo de operación para la institución y en su lugar otorgar el servicio de un número telefónico local.

2.- *Capacitación del personal:* Es indudable que para otorgar atención psicológica telefónica se requiere de personal especializado en psicología clínica, con capacitación en atención en crisis telefónica.

(Como ya se ha mencionado en el Cap.3 de este trabajo).

3.- *Contar con un manual de procedimientos:* es necesario que los terapeutas telefónicos, cuenten con un procedimiento estándar de atención al usuario que incluya los casos más comunes por lo que se sugieren los siguientes pasos:

A) Establecimiento del rapport: el cual inicia con la presentación del terapeuta, crear un clima de calidez y confianza (fundamental para la alianza terapéutica).

B) Llenar una ficha de identificación o expediente clínico con los datos, nombre, edad, sexo, teléfono, ocupación y dirección, cuidando de no tener un trato frío ni estadístico pues esto cortaría la posibilidad de establecer la relación terapéutica y poder continuar con el proceso, aunque actualmente se maneja el anonimato sería importante no llevarlo a cabo cuando sea posible, para poder darles seguimiento a las personas que llaman.

C) Definir el motivo de la llamada: es necesario tener muy claros los motivos principales que llevaron al usuario a llamar, para realizar la intervención en crisis, apoyo psicológico, canalizarlo o proporcionar la información necesaria.

D) Examen mental y de ser necesario sintomatología: implica determinar el grado de afectación en el equilibrio homeostático del usuario, las funciones básicas afectadas por la crisis, además referirlo para que reciba un tratamiento psiquiátrico especializado.

Proponemos el uso de diversas técnicas cognitivo-conductuales (anexo III) útiles en situaciones de crisis, algunas técnicas son para el manejo y control de la ansiedad.

En este primer contacto con el usuario se requiere realizar el encuadre terapéutico y en caso de asistir a una consulta presencial se explican los derechos de los involucrados, las responsabilidades, el número de sesiones, duración de la misma, los objetivos y características de la terapia.

4.- *Contar con un directorio de información:* hospitales psiquiátricos, médicos psiquiatras, instituciones del sector salud, albergues, bomberos, cruz roja, atención a víctimas, médicos generales, centros de rehabilitación, entre otros.

Igualmente se pueden establecer convenios de colaboración con otras instituciones y centros de atención, para poder diferir o trabajar de manera conjunta, con los casos que lo requieran.

5.- *No dejar de realizar el pago del servicio telefónico:* Se sugiere tener un soporte económico para evitar quedarse sin servicio telefónico y de esa manera no interrumpir el servicio de atención en crisis.

6.- *Realizar seguimiento:* Un paso fundamental en la atención en crisis es hacer llamadas de seguimiento o pedirle al usuario que nos vuelva a llamar para saber si ha podido superar la crisis, después de la llamada que realizó. Esto incluye que existan juntas semanales de los terapeutas telefónicos para comentar los casos y trabajar de forma colegiada. (Slaikou 2000, p.362).

7.- *Dar apoyo psicosocial:* Es importante que se pueda contactar con familiares o amigos para que puedan apoyar en el proceso terapéutico, para lo cual se debe de recabar información de nombres y teléfonos de sus redes sociales. (Slaikou 2000, p.362).

8.- *El terapeuta telefónico debe modificar su actitud:* Se debe de priorizar la necesidad del usuario y evitar una actitud de omnipotencia por parte del terapeuta telefónico tener presente que el objetivo principal es buscar el bienestar del usuario y que la mejor herramienta con que se cuenta es la relación de confianza y aceptación que se genere con el mismo, empatía. (Slaikou 2000, p.106).

9.- *Realizar un análisis cuidadoso y rápido de la sintomatología:* para ello es necesario contar con un entrenamiento en escuchar activa y entrevista clínica para poder captar cuáles son las necesidades del usuario, pues lo que al terapeuta puede parecerle importante, puede no serlo para él.

Es importante que el usuario sepa que la mejoría emocional que experimenta tras la atención en crisis puede no ser suficiente, y que de ser necesario se atiende con una psicoterapia cara a cara.

10.- *No ser demasiado directivo*: Cuando el usuario tenga los recursos personales suficientes debemos permitirle tomar las decisiones adecuadas, sólo en caso que la persona lo requiera se deberá ser más directivo. El contar con grupos de apoyo y talleres para crisis específicas puede ser muy útil para, aprender en grupo y superar su problemática. (Slaikeu 2000, p.106).

11.- *Manejar el tiempo de atención de la llamada*: Todos los casos son diferentes y en algunos casos no se debe limitar la atención pues se dejaría desprotegido al usuario (por principio ético no se debe de hacer), por lo que se le puede sugerir una vez que el tiempo esté por terminar, que marque un número de teléfono local de Apsitel para continuar con la atención, o invitarlo a venir al consultorio.

12.- *Evitar errores de interpretación*: Para esto se requiere de entrenamiento en intervención en crisis con el fin de que los terapeutas realicen las intervenciones en forma eficiente y si existen dudas en la interpretación realicen las preguntas adecuadas. En este sentido el entrenamiento en intervención en crisis necesitar ser una constante para todo profesional,

Esta preparación puede ser a través de:

- Cursos y talleres especializados.
- Terapia para crisis.
- También es muy importante que cuente con un supervisor, igualmente especializado o con más experiencia en el ramo, para poder recibir la asesoría necesaria y específica en cada caso.

13.- *Es necesario limitar*: en las instalaciones donde se brinda el servicio telefónico en crisis, la presencia de quien no tenga horario de atención en ese momento y apagar el celular para evitar interrupciones.

14- Solución de problemas técnicos: Se recomienda contar con una planta de energía eléctrica propia para evitar suspender el servicio telefónico cuando hay cortes de energía eléctrica, además que los espacios físicos sean adecuados (consultorio y cubículos) para la atención en crisis, lo cual redundara en la calidad de la atención a los usuarios.

15.- Evitar jornadas largas de Trabajo: Los horarios de trabajo de los terapeutas telefónicos deben de ser cortos, con un periodo de descanso a mitad de la jornada para que pueda relajarse y despejarse, por este motivo también se sugiere que reciban apoyo psicológico para preservar su salud mental.

Cap. 6 CONCLUSIONES

Por todo lo mencionado anteriormente consideramos que:

Apsitel es un centro de atención psicoterapéutica con un gran potencial, que brinda un novedoso sistema de atención psicológica telefónica pero para crecer y expandirse es necesario que corrija los puntos ya mencionados en el capítulo 5 de este trabajo.

Derivadas de mi experiencia profesional en esta Institución, en este reporte se proponen algunas recomendaciones que pretenden contribuir a mejorar la calidad de la atención psicológica telefónica que se brinda a los usuarios de Apsitel,

Entre ellas destaca la importancia de contar con terapeutas especializados en intervención en crisis, para proporcionar una atención de calidad a los usuarios y/o canalizarlos a otras instituciones o profesionistas de salud mental.

Para ello se sugiere la formación continua de los terapeutas por medio de cursos y talleres de capacitación.

También se sugiere que el equipo de terapeutas unifique criterios de trabajo para evitar dentro de lo posible que cada miembro del equipo se desempeñe de diferente manera.

Contar con un expediente completo que contenga la información pertinente de los usuarios del servicio es indispensable tanto para brindar la atención adecuada como para el seguimiento y evaluar la atención que se brinda en Apsitel, además de contar con una base de datos actualizada de hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación y de apoyo para aquellos usuarios que requieran terapia personalizada.

Con el propósito de sostener administrativamente a la empresa es importante que se realice una mayor difusión de los servicios que Apsitel otorga.

Una medida que puede servir para la difusión del servicio y que a su vez contribuya a la prevención de la salud mental, es el realizar campañas o pláticas sobre diversas temáticas de salud.

Se recomienda que Apsitel revise y de ser necesario reoriente, su misión, visión, objetivos y políticas.

Para los psicólogos que trabajan en Apsitel esta experiencia representa una oportunidad de crecimiento personal, ya que se encuentran con una amplia variedad de problemáticas, lo que contribuye a enriquecer su experiencia profesional.

Esperamos que el compartir esta experiencia laboral sea útil a los interesados en el tema y quizás sea un punto de partida para futuras investigaciones, que permitan elevar la calidad de la intervención en crisis telefónica.

Para complementando este reporte se anexan: un formato de registro de llamadas utilizado en Apsitel y algunos artículos del código ético del Psicólogo los cuales deben tenerse presentes al brindar atención psicológica telefónica, de igual forma se anexan algunas técnicas cognitivo- conductuales que pueden ser útiles al brindar este servicio.

REFERENCIAS

Bellak, L. y Small, L. (1980). *Psicoterapia Breve y de emergencia*. Segunda reimpresión en español, México: Pax-México.

Caplan, H. (1996). *Manual de psiquiatría de Urgencias*. Madrid: Medica Panamericana.

Centro de Integración Juvenil, CIJ 1980. Recuperado el 10 de marzo 2010, en www.cij.gob.mx/paginas/.../cronologia.asp

Consame Salud (2006). *Secretaría de Salud, Boletín de información Estadística* Núm. 23 Vol. 2. Daños a la salud. Recuperado el 15 de febrero 2010, en sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap4.pdf

Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica, ENEP (2000). Recuperado el 15 de enero de 2010 en www.scribd.com/.../Encuesta-Nacional-Epidemiologia-Psiquiátrica.

Escandón, C. R. (2000). *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. Universidad Autónoma del Estado de México. México. ISBN 968-831-492-9. Pág. 17 Recuperado 12 febrero 2010 en <http://www.senado.gob.mx/gace.php?sesion=2007/04/26/1&documento=28>

Feixas, G. y M^a. T. Miró (1995). *Aproximaciones a la psicoterapia*. España: Paidós.

Fundación Anar. *Fonoinfancia* (2005) Recuperado 13 de Marzo 2010 en www.anarperu.org/contac.htm

Hernández, N. A. y Sánchez, J. de la C. (2007). *Manual de psicoterapia para trastornos de la salud*. México: Libros en red. pág. 61, 256- 275

IFOTES (2008). *International Federtion of Telephone Emergency Serveces* Recuperado el 16 de marzo en 2010 en: [hh://www.ifotes.org/welcome.htm](http://www.ifotes.org/welcome.htm)

Lester (1977). D. Use of the Telephone in Counseling and Crisis Intervention. En la obra de Pool (ed.) *The Social Impact of Telephone*. Massachusetts: MIT Bicentennial Studies., págs.440-464. Recuperado el 22 de febrero 2010 en www.telefonoesperanzaalava.com/filosofia.asp the

López, C. y Samano, Y. (2007) *El estado emocional de los facilitadores de una línea de orientación e intervención en crisis*. Disertación de tesis no publicada, UNAM, D.F. México.

Medicina digital (2008). Recuperado el 15 de febrero de 2010 en: www.medicinadigital.com/.../salud.../9904-hidalgo-mo-de-salud-mental-abraham-kanan-abche-celebra-su-sexto-aniversario.html

OMS (2005). Recuperado El 12 de enero de 2010 en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas

OMS (2007). *Salud Mental*. Recuperado 24 de marzo de 2010 en www.feafes.com/FEAFES/Noticias/OMS. Anexos

Phares, E. Jerry, (1999). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: El Manual Moderno.

¿Por qué existe SAPTEL? 2009. Recuperado el 9 de marzo 2010 en <http://www.saptel.org.mx/porque.html>

Prince, M. (2008). “*The Lancet Global Mental Health Series*”. Institute of Psychiatry, King’s College: London, Uk. Organización Mundial de la Salud. 859-877 Recuperado el 15 de marzo 2010 en [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0)

Rodríguez, J., (1984). *Los servicios telefónicos para crisis*, Disertación de tesis no publicada, UNAM, D.F. México.

Romo, S. G., (2007). *Intervención en Crisis y Psicoterapia Breve, Vía Telefónica en una Institución Privada*. Disertación de tesis no publicada, UNAM, D.F. México.

Salud mental 2001. Recuperado el 10 de junio 2010 en <http://www.scidev.net/es/middle-east-and-nort-africa/opinions/salud-mental-en-el-mundo-en-desarrollo-es-hora-de-.html>

Secretaría de Salubridad, SS (2003). Recuperado el 20 de marzo 2010 en www.disasterinfo.net/.../mexico2003/.../Accion%20en%20salud%20mental.pdf

Secretaria de Salud de Hidalgo (2008). Recuperado el 12 de marzo de 2010 en s-salud.hidalgo.gob.mx/pdf/noviembre08/306_20-nov-08.pdf

Slaikau, K. (1995). *Intervención en Crisis*. México: El Manual Moderno.

Slaikau, K., (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*, (2da edición). México: Manual Moderno.

Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código Ético del Psicólogo*. (3ª ed.) México: Trillas.

Trejo, S. L. (2009). *Propuesta de intervención en crisis bajo el modelo cognitivo conductual para mujeres que han sufrido violación sexual*. Disertación de tesis no publicada, UNAM, D.F. México.

Velásquez, S, (2003). *Violencia cotidiana, violencia de género: escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS

ANEXO I



Formato de registro de llamadas

Fecha: _____ Llamada # _____ Hora: _____

Lugar: _____ Referencia: _____ Tiempo: _____

Pago: _____ Cita: _____ Psicoterapeuta: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: _____ Sexo: _____ Religión: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Teléfono: _____ Lugar de residencia: _____

Motivo de consulta: _____

Inicio del problema: _____

Información: _____

Descripción del problema:

Observaciones:

ANEXO II

Consideraciones Éticas del Terapeuta Telefónico

En el ámbito de las instituciones ya sean públicas o privadas, como es el caso de Apsitel, tenemos responsabilidades, entre ellas como facilita el que los individuos revuelvan sus crisis y la influencia que tenemos en ellos, por lo que se requiere una actitud profesional, enfrentamos problemas éticos como profesionales de la salud, los cuales tenemos que asumir precisamente con la ética que se espera de la profesión. Y nuestra respuesta debe estar en armonía con estos a continuación se propone la revisión de algunos de ellos.

Código Ético Del Psicólogo

Competencia y honestidad del psicólogo

Art. 2

En el caso de servicios, enseñanza, o investigación en áreas nuevas o que entrañen técnicas nuevas, el psicólogo podrá desempeñarse en estas, solo después de haber acreditado sus estudios, recibido el entrenamiento y la supervisión y/o consultando a las personas competentes en aquellas áreas o técnicas.

Art. 4.

El psicólogo se mantendrá razonablemente actualizado acerca de la información científica y profesional de su campo de actividad, y realizara esfuerzos continuos para mantener su competencia y pericia en las habilidades que emplea. Recibirá la educación, formación, supervisión y consulta adecuadas.

Art. 7

Cuando el psicólogo de consejo o comentario por medio de conferencias públicas, demostraciones, programas de radio o televisión, cintas pregrabadas,

artículos impresos, material por correo, internet, u otros medios, toma las precauciones razonables para asegurar que:

1. Las declaraciones están bien basadas en la literatura y practica psicológica apropiadas,
2. Las declaraciones sean por lo demás consistentes con este código ético

Art. 9

El psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad.

Por tanto, se abstendrá de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente, cliente, colega, estudiante, participante en investigaciones, u otra persona con quien tenga una obligación profesional o científica.

Calidad de las intervenciones psicológicas

Art. 30.

El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación, o experiencia supervisada, y la pericia necesarias.

Art. 35.

El psicólogo que utiliza técnicas o procedimientos automatizados a distancia como, por ejemplo, el internet o el teléfono, se cerciora de recibir la educación y formación necesaria para:

- A) Prescindir de señales auditivas (como amplitud de voz, extensión del discurso, tartamudeo y vacilación al hablar), y señales visuales (como contacto visual, ruborización e inquietud) propias de la interacción frente a frente, y
- B) Trabajar solamente con señales textuales.

Se mantienen alerta del hecho de que el correo electrónico y los sitios para chatear esconden o disfrazan las expresiones emocionales faciales, verbales, posturales, conductuales, signos diagnósticos y clínicos (auditivos y visuales) de la persona que recibe servicio psicológico por este medio.

Asimismo, le advierte de los posibles límites de la confidencialidad y toma las medidas pertinentes para ocultar su identidad.

Confidencialidad de resultados

Art. 61.

El psicólogo mantiene la confidencialidad debida, al crear, almacenar, recuperar, transferir y eliminar los registros y expedientes bajo su control, sean estos escritos, automatizados, o en cualquier otra forma. Lo hace con apego a la ley y de manera que permita el cumplimiento de los requisitos del presente código ético. Asimismo el psicólogo está obligado a tomar las medidas pertinentes para proteger sus registros electrónicos de cualquier forma de incursión por parte de extraños.

De las relaciones que establece el psicólogo

Relación de autoridad

Art. 72.

El psicólogo hace esfuerzos por contestar las preguntas de los usuarios de sus servicios y evita malentendidos aparentes acerca de los servicios que ofrece. Siempre que sea posible, el psicólogo proporciona información oral y/o escrita, utilizando un lenguaje entendible para el usuario de sus servicios.

Art. 89.

Cuando el psicólogo proporcione consejo o comentarios por medio de conferencias públicas, demostraciones, programas de radio o televisión, cintas pregrabadas, artículos impresos, material por correo, correo electrónico,

internet, prensa u otros medios, toma las precauciones razonables para evitar que los receptores de la información infieran que se ha establecido una relación personal con ellos.

Relaciones económicas

Art. 98.

En una relación científica o profesional, tan pronto como sea posible, el psicólogo y el paciente, cliente u otros receptores apropiados de servicios psicológicos alcanzan un acuerdo especificado la compensación y la forma de paga.

Art. 104.

El psicólogo arregla las consultas y canalizaciones apropiadas basándose principalmente en los mejores intereses de sus pacientes o clientes, con el consentimiento apropiado, y sujetándolas a otras consideraciones relevantes, incluyendo la ley aplicable y obligaciones contractuales.

Art. 116.

El psicólogo no abandona a los pacientes o clientes.

Confidencialidad

Art. 132.

El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto.

Art. 135.

Cuando el psicólogo consulta o se asesora de otros colegas:

1. No comparte información confidencial que pueda llevar a la identificación de pacientes, clientes, sujetos o participantes en investigación, u otra

persona u organización con quien tenga una relación de confidencialidad, a menos que haya obtenido el consentimiento previo de la persona u organización, o a menos que el revelar la información confidencial resulte inevitable, y

2. Comparte información solo en la medida necesaria para lograr los propósitos de la consultoría o asesoría

ANEXO III

TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUAL

Se propone el uso de diversas técnicas para manejar situaciones de crisis, ayudan para el control de la ansiedad, esperando que sean de gran utilidad en el desempeño de las actividades dentro de los centros de atención psicológica.

RESPIRACIÓN PROFUNDA

Cuando una persona se encuentra en estado de ansiedad su respiración es rápida y superficial, particularmente si se encuentra en estado de pánico, ya que se encuentran íntimamente relacionados con la hiperventilación (hasta el punto de llegar a suponer que la hiperventilación causa o exagera las crisis de pánico), y esta puede ser controlada efectivamente con técnicas de respiración (Lum, 1983; Rapee, 1985), como la respiración profunda, que a continuación se describe.

Objetivo:

Que por medio de la práctica de respiración profunda, el participante adquiera control sobre los estados de ansiedad, estrés, etc. Y lleguen a ser un hábito en su vida cotidiana.

1. el terapeuta explicar al paciente los beneficios de la respiración profunda para controlar la ansiedad.
2. el terapeuta expone el razonamiento de la técnica, (Robles citado en Hernández y Sánchez 2007), utilizó la siguiente instrucción en población mexicana: "Cuando somos bebés respiramos de una manera adecuada (respiración diafragmática): inhalamos mucho aire hasta llenar nuestro cuerpo y luego lo soltamos todo (ilustrar con ejemplo). Sin embargo, poco a poco vamos aprendiendo a respirar de forma cortada, para que no se vean todos esos movimientos del estómago que se produce cuando respiramos profundamente. Por eso necesitamos reaprender a respirar adecuadamente, al menos en aquellos momentos en que queramos sentirnos tranquilos".

3. El terapeuta pedirá al participante que adopte la posición que desee para iniciar la técnica de respiración profunda.
4. Se le pedirá que se despoje de cualquier prenda que le incomode, así como artículos que porte, se le propondrá cerrar los ojos si así lo desea.
5. Recostado boca arriba a todo lo largo de su cuerpo, poner la cabeza alineada con el cuerpo, derecho pero relajado.
6. Inhala (toma aire) durante siete segundos, mientras “inflas” tu estómago con ese aire... si esta respirando adecuadamente, tu estómago se infla como una bolsa cuando la soplas...si estas respirando incorrectamente, entonces, entonces subes los hombros y tu estomago permanece plano. No tienes que hacer un gran esfuerzo para tomar aire, hazlo de manera tranquila y natural.
7. Exhala (suelta el aire) lentamente, también en siete segundos, mientras inflas tu estomago, y después lo soltarás durante otros siete segundos hasta desinflar por completo tu estómago.
8. Repite 10 veces esta forma de inhalar y exhalar profundamente...y fíjate qué sensación tan agradable experimenta tu cuerpo cuando respiras de esta manera.
9. Relájate y disfrútalo.
- 10.El terapeuta motiva al paciente a practicar la respiración profunda de forma cotidiana (como tarea para el hogar) y ante situaciones relacionadas con altos niveles de ansiedad.

RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA.

La relajación progresiva fue desarrollada por Jacobson 1938 y su objetivo es reducir la tensión muscular y, la ansiedad general. Es una técnica adaptativa de afrontamiento para la disminución de la angustia fisiológica y psicológica que ayuda a relajar el cuerpo y la mente (Nezu, 2006).

OBJETIVO GENERAL

- Aprender técnicas de relajación que ayuden a los pacientes a minimizar los estados de ansiedad y tensión muscular, mediante estos se espera que logren reducir el estrés.

- Se le explica en qué consiste el entrenamiento en relajación muscular: “Se trata de aprender a tensar y luego relajar los distintos grupos musculares del cuerpo, de modo que sepas qué se siente cuando el músculo está tenso y que se siente cuando está relajado. Así cuando este aprendizaje se haya vuelto un hábito, identificaras rápidamente, en cualquier momento del día, cuando estés tenso más allá de lo necesario. Para que la relajación llegue a ser parte de tu vida, logre ser un hábito, debes practicarlo muchas veces”.
- Se le darán las siguientes instrucciones: se le pedirá al paciente que se ponga cómodo, que se despoje de todo aquello que le pueda estorbar (accesorios, relojes, zapatos) se le indica que si lo desea puede cerrar los ojos.
- Realizar la secuencia de los ejercicios de la tabla.....repetiendo dos o tres veces cada uno.
- Realizar una secuencia completa.
- Disfrutar la relajación durante unos minutos.
- Reincorporarse lentamente

Se motiva al paciente a practicar los ejercicios ante situaciones que produzcan altos niveles de ansiedad.

Ejercicios de una versión corta del Entrenamiento en Relajación de Pares de músculos de Jacobson

Grupos musculares	Ejercicios
Mano y antebrazo dominantes	Se aprieta el puño
Bíceps dominante	Se empuja el codo contra el brazo del sillón
Mano, antebrazo y bíceps no dominantes	Igual que el miembro dominante
Frente y cuero cabelludo	Se levantan las cejas tan alto como se puedan
Ojos y nariz	Se aprietan los ojos y se arruga la nariz
Grupos musculares	Ejercicios

Boca y mandíbulas	Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas Se aprieta la boca hacia afuera Se abre la boca
Cuello	Se inclina hacia la derecha Se inclina hacia la izquierda Se inclina hacia adelante Se inclina hacia atrás
Hombros pecho y espalda	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten Lo omóplatos
Estómago	Se mete hacia adentro conteniendo la respiración Se saca hacia afuera conteniendo la respiración
Pierna y muslo derecho	Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del asiento o suelo
Pantorrilla	Se dobla el pie hacia arriba tirando de los dedos, sin despegar el talón del asiento o suelo
Pie derecho	Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia arriba
Pierna, pantorrilla y pie izquierdo	Igual que el derecho
Secuencia completa de músculos	Sólo relajación

Tabla (Hernández y Sánchez, 2007, p.265).

DETENCION DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Esta técnica consiste, en darse la orden a sí mismo de “parar” de pensar en algo, por lo regular el paciente ya ha elegido la frase, se dice a sí mismo “detente” cuando se presenta el pensamiento disfuncional o una obsesión. Emmelkamp y col, Citado en Hernández y Sánchez, (2007).

Objetivo general

- Que el paciente identifique los pensamientos automáticos y que ponga en práctica la técnica para poder detener los pensamientos desagradables y desaparecerlos.
- Que el paciente mencione los pensamientos o imágenes más recurrentes, que le estén causando reacciones o malestar negativo. Se le indicara que detenga la narración cuando el terapeuta de la orden de “alto”.
- Con anticipación se le dará la indicación de que en el momento de escuchar la orden de “alto” de inmediato narre algún aspecto positivo que le venga a la mente, lo que servirá como distractor. Se realizará una técnica de respiración profunda y se le cuestionará de cómo se sintió.
- Se le enseñara a utilizar un registro de detención de pensamiento, para que en el momento que se le presenten los pensamientos o imágenes perturbadores deberá llenarlo en ese momento, para que identifique que situación lo desencadenó.