

34
20j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



CAMPUS IZTACALA

SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO:
UNA ALTERNATIVA PARA LA INTERVENCION
EN CRISIS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
IRENE FERIA PULIDO
IRASEMA RIVERA PEÑA



IZTACALA, EDO. DE MEX.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicamos esta tesis al:

Lic. Ernesto Arenas Cobán

Lic. Juan Manuel Mancilla Díaz

Lic. Rocío Soria Cruzano

Como muestra de agradecimiento por el entusiasmo,
tenacidad y paciencia desinteresada que mostró al aportar sus
valiosos conocimientos dirigiendo este trabajo, para el logro
de nuestras aspiraciones profesionales:

IRENE E IRASEMA

IRASEMA E IRINE:

Gracias por tu amistad, por los momentos compartidos y por el trabajo y esfuerzo que realizamos para culminar esta meta profesional.

Gracias por ser tan especial y por todo aquello que permitio lograr una buena amistad.

T.Q.M.

IRINE E IRASEMA

RESUMEN.

El presente estudio es una recopilación y presentación del trabajo realizado dentro del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, sugiriendo a éste como una alternativa para el trabajo del psicólogo clínico. Para llevar a cabo esta investigación se hizo una revisión teórica del trabajo realizado hasta la fecha en este aspecto bajo el enfoque cognitivo-conductual. Además se realizó una encuesta telefónica a 150 personas de ambos sexos, de edad y condición social indistinto, las cuales requirieron del servicio por lo menos en dos ocasiones; con el propósito de respaldar la investigación teórica así como el trabajo realizado especialmente en este sistema, mostrando que es necesario y efectivo este tipo de terapia para la población en general. Lo cual se corrobora en los resultados obtenidos en este trabajo.

INDICE

	PAGINA
Introducción	
Capítulo 1. ANTECEDENTES HISTORICOS Y CONCEPTUALES.	
Concepto de crisis.....	1
Concepto de intervención en crisis.....	5
Influencias teóricas de la intervención en crisis.....	10
La intervención en crisis por teléfono a través de la historia.....	13
Intervención en crisis por teléfono: experiencias internacionales y en México.....	20
Capítulo 2. ASPECTOS RELEVANTES DE LA INTERVENCION.	
Características de la primera entrevista por teléfono..	33
Características del terapeuta que interviene en situación de crisis.....	40
Aspectos a considerar dentro de la comunicación en la entrevista por teléfono.....	45

Capítulo 3. SAPTEL: SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO.

Saptel: Organización y funcionamiento.....	51
Saptel como alternativa para el trabajo del psicólogo que interviene en terapia de crisis emocional.....	70
Presentación de casos y su forma de intervención.....	73
Metodología.....	103
Resultados.....	106
Discusión.....	113
Conclusiones.....	115
Anexos.....	118
Referencias.....	121

INTRODUCCION.

La labor que el psicólogo desempeña dentro de la sociedad es muy extensa, ya que éste se introduce en diferentes áreas, por ejemplo, a un psicólogo se le puede encontrar en una escuela, en una industria, en un hospital, en un laboratorio, en una institución de asistencia social, en clínicas de rehabilitación, en un consultorio clínico, etc.; en este último escenario, su labor se ha identificado como el trabajar con personas denominadas como "locas", y en general con personas "anormales".

El trabajo clínico presenta características definitorias específicas como lo es un contacto persona persona, cara a cara, dentro de un ámbito físico como lo es un consultorio clínico, lo cual permite una comunicación interpersonal en donde se pueden detectar aspectos no verbales, como gestos, posiciones, movimientos, etc.

Un tipo específico de trabajo clínico es la intervención en crisis, ésta se ha requerido en un marco urbano y tecnológico que genera una necesidad de comunicación con fines de orientación psicológica, como lo es la terapia psicológica por teléfono.

La intervención en crisis ha sido un aspecto estudiado y abordado por diferentes posturas psicológicas y aplicado en diferentes países del mundo, lo

INTRODUCCION.

La labor que el psicólogo desempeña dentro de la sociedad es muy extensa, ya que éste se introduce en diferentes áreas, por ejemplo, a un psicólogo se le puede encontrar en una escuela, en una industria, en un hospital, en un laboratorio, en una institución de asistencia social, en clínicas de rehabilitación, en un consultorio clínico, etc.; en este último escenario, su labor se ha identificado como el trabajar con personas denominadas como "locas", y en general con personas "anormales".

El trabajo clínico presenta características definitorias específicas como lo es un contacto persona persona, cara a cara, dentro de un ámbito físico como lo es un consultorio clínico, lo cual permite una comunicación interpersonal en donde se pueden detectar aspectos no verbales, como gestos, posiciones, movimientos, etc.

Un tipo específico de trabajo clínico es la intervención en crisis, ésta se ha requerido en un marco urbano y tecnológico que genera una necesidad de comunicación con fines de orientación psicológica, como lo es la terapia psicológica por teléfono.

La intervención en crisis ha sido un aspecto estudiado y abordado por diferentes posturas psicológicas y aplicado en diferentes países del mundo, lo

cual será tratado en el primer capítulo del presente trabajo. A su vez la intervención en crisis ha sido realizada por medio del servicio de atención psicológica por teléfono.

Para llevar a efecto este tipo de intervención es importante considerar las características de la primera entrevista por teléfono, retomando algunas de la entrevista psicológica cara a cara, así como las características del terapeuta que interviene en situación de crisis y la manera de entablar la comunicación en dicha entrevista y terapia telefónica, lo cual será ampliado dentro del segundo capítulo.

¿Qué es el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono?, ¿Es una alternativa terapéutica en la intervención en crisis?, ¿Cuál es su relevancia social?, estas preguntas generales nos proporcionan un marco inicial para presentar este trabajo, el cual se puede clasificar como exploratorio, descriptivo, no manipulativo, de campo, grupal y transversal.

Como ya se mencionó el presente trabajo se enfoca en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, así pues, se tratarán las principales características de éste, su funcionamiento y organización indagando en la efectividad que presenta, entendida ésta como satisfacción a la demanda y logros alcanzados, lo cual se obtendrá a través de las respuestas proporcionadas por las personas solicitantes de este servicio, por medio de los cuestionarios diseñados para indagar la satisfacción de usuarios del servicio

se presentan algunos casos para ilustrar la forma del trabajo en dicho sistema, todo esto podrá ser observado en los capítulos tres y cuatro respectivamente.

Finalmente se puede decir que este tipo de terapia breve dentro de la disciplina clínica, es una opción que conlleva diversas características que otras intervenciones no tienen, como por ejemplo, seguridad: en el sentido de no estar frente a frente, las personas se sienten con plena confianza para expresar sin ninguna reserva la problemática existente; anonimato: requisito importante para que las personas puedan adquirir la seguridad mencionada ya que se les reitera la confidencialidad de la información proporcionada; rapidez: se puede atender a las personas en una forma rápida antes de que desarrollen una cronicidad y resistencias posteriores a la terapia, ya que la mayoría de las personas solicita una terapia solo en momentos de crisis y una vez superado este trance, problema o situación desaparece la motivación para seguir explorando profundamente los problemas.

Además, para las personas el obtener resultados rápidos es de gran necesidad ya que la mayoría al asistir a terapia es lo que busca y que mejor si ésta no solo le proporciona un alivio rápido, sino además le resulta económico y accesible al poder realizarlo en cualquier momento y en cualquier lugar.

Por lo anterior este trabajo tiene como objetivo: determinar la efectividad del apoyo psicológico por teléfono como terapia y analizar este

CAPITULO 1.

ANTECEDENTES HISTORICOS Y CONCEPTUALES.

CONCEPTO DE CRISIS.

El ser humano al estar inmerso en una sociedad está propenso a diversos cambios en su vida, algunos de ellos pueden ser resueltos de manera inmediata y en algunos otros esto no sucede así por lo que el sujeto puede encontrarse con dificultades para superar estos cambios de manera rápida y efectiva por lo cual el sujeto puede entrar en conflicto con la situación, el ambiente, su persona, etc., por ejemplo, después de una situación traumática como lo es un accidente, una cirugía, la muerte, un asalto, una violación, etc., la experiencia suele ser muy fuerte para el sujeto, lo que hace que entre en un estado de crisis emocional (Kolb, 1987).

Todos podemos estar expuestos en cierto momento de la vida a experimentar crisis caracterizadas por una desorganización emocional que influye en las estrategias de enfrentamiento, es decir, las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad para resolver problemas.

De aquí que se delimite el término de crisis, entendiéndolo que es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la 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 (Caplan 1966).

El estado de crisis lleva un proceso de etapas bien definidas por Caplan (1961); en donde describe el inicio de la crisis como sigue:

1.- Hay una elevación inicial de tensión, que en ocasiones se puede presentar o no dependiendo del evento, por el impacto de un suceso externo traumático para la persona.

2.- La falta de éxito en las respuestas para soluciones de problemas más el impacto continuo o no continuo del suceso traumatizante fomenta además el incremento de la tensión, sentimientos de ineficiencia y trastornos emocionales.

3.- Como la tensión se va incrementando se llega hasta un punto crucial, resultando una desorganización emocional grave.

Esto quiere decir, que el curso que toma la crisis, es decir, el desarrollo de problemas psicológicos a largo plazo, depende de la forma de resolver este conflicto, ya sea por el mismo sujeto o por la intervención o ayuda de otras personas. Sin embargo, en ocasiones una crisis es necesaria para una evolución y reorganización de la personalidad.

Por su parte Webster (1974) define a la crisis como "el punto decisivo", sugiriendo que el cambio puede ser favorable o desfavorable. Por ejemplo, la

crisis de la adolescencia que es considerada como una etapa del desarrollo del individuo en donde se experimenta una serie de cambios que son considerados necesarios para su adecuada evolución.

Como se puede observar existen diferentes definiciones de lo que es crisis, sin embargo la definición más apegada para los fines del presente trabajo es la mencionada por Caplan (*op. cit.*).

Ya que su descripción de crisis presenta los puntos necesarios para distinguir y definir a ésta. Los puntos necesarios son los siguientes: elevación inicial de tensión; la falta de éxito en las respuestas para solucionar problemas y el incremento de la tensión.

¿Qué hace que una crisis desemboque en un crecimiento y otra en un deterioro inmediato o con problemas psicológicos subsecuentes?

Una consideración inicial es la magnitud del suceso que le está precipitando, por ejemplo la muerte de un ser querido, un accidente, etc.

Los recursos personales integran un segundo grupo de variables en donde a través de la experiencia de cada sujeto algunas personas están mejor dotadas que otras para enfrentar las tensiones de la misma.

Un tercer planteamiento incluye los recursos sociales con los que cuenta el sujeto: el apoyo familiar, de los amigos, de un terapeuta, etc.

Newak (cit. en Gaitán, 1993) sugiere que el impacto de un suceso particular depende: del tiempo, la intensidad, la duración, la secuencia y el grado de interferencia con otros sucesos de desarrollo. Por lo que una inadecuada resolución de la crisis, puede conducir a una persona a un deterioro psicológico a largo plazo si no se resuelve el conflicto emocional que desencadenó la crisis.

Así, la desorganización extrema que acompaña la experiencia de crisis conducirá a alguna forma de reorganización, negativa o positiva para el sujeto y sus familiares en donde es importante que esta persona asimile los conflictos de modo que su salud mental se encuentre en mejores condiciones. Es importante aclarar que el concepto "salud mental", presenta diferentes definiciones y parámetros, y no hay un criterio universal, sin embargo, para fines de este trabajo se entenderá ésta como: el nivel de funcionamiento de una persona antes de experimentar una crisis.

Como se mencionó anteriormente, hay personas quienes cuentan con habilidades que les permiten por si solas resolver el conflicto; otras no, por lo que la ayuda terapéutica es importante.

CONCEPTO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.

La intervención psicológica es de suma importancia en cuanto ayudar a la persona en el restablecimiento de su estado emocional para que esta reacción no se prolongue y cause graves daños psicológicos y que no solo desestabiliza a éste, sino que repercute en la familia y a la gente que le rodea socialmente.

Así, la intervención en crisis se puede definir como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos sea mayor (Slaikeu, 1988).

De acuerdo con Gaitán (*op. cit.*), la intervención en crisis puede definirse en dos órdenes: la primera intervención que es en el instante mismo de la crisis y que la intervención la puede dar la persona o las personas que se encuentren en ese momento, por ejemplo, un maestro, un estudiante, un transeúnte, etc. Esta intervención se denomina primaria, ya que es la primera ayuda que recibe la persona que ha sufrido el accidente o trauma y que no tiene ningún fundamento terapéutico ni de personal entrenado en intervención en crisis.

En las semanas y/o meses siguientes al suceso, algunas personas necesitan de una segunda intervención o psicoterapia de crisis. Esto involucra un periodo de psicoterapia corto o largo, según el caso o la gravedad de la

crisis o el evento dirigido a ayudar al individuo a solucionar su problemática en vez de cerrarse las perspectivas.

Otra definición de intervención en crisis es la expuesta por Baldwin (1979), quien dice que ésta es el conjunto de actividades diseñadas para influir sobre el curso de una crisis hacia aquella conducta más adaptativa y eficaz en el futuro. Su objetivo principal es ayudar a la persona que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis, aunque la mayoría de los terapeutas reconocen que el paciente nunca "regresa" al nivel anterior de funcionamiento esto dependerá de la magnitud del evento. Al tratar y resolver la crisis con buen resultado, la persona aprende nuevas formas de enfrentamiento, ya que su potencial preventivo impide que el daño evolucione al atender de manera inmediata al solicitante.

De acuerdo con las dos anteriores definiciones, para los fines del presente trabajo se formuló la siguiente definición de intervención en crisis: es un proceso que se lleva a cabo con cualquier persona que experimenta o ha experimentado una situación de crisis, el cual puede aplicarse en el mismo momento de la crisis o después de que ésta se haya presentado, dicha intervención puede llevarse a cabo una o varias ocasiones lo cual involucraría una psicoterapia corta o prolongada con el propósito de ayudar a la persona a recobrar el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis, aunque la mayoría en muchas ocasiones no logra alcanzarlo.

Se optó por esta definición ya que como puede observarse contempla tanto aspectos referidos por Newak como por Baldwin, lo cual permite tener un panorama más amplio y claro de lo que en este trabajo se refiere a dicha intervención.

La intervención en crisis toma lugar después de un suceso traumático, en donde al tratar con alguien que sufre del impacto de una experiencia catastrófica, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Primero, enfocar el suceso inmediato (si fue un accidente, robo, muerte, violación, etc.). Debe tenerse en cuenta el contexto de la experiencia de la vida del paciente, conocer su historia y explorar el significado específico. El incidente debe entenderse en términos de sus distorsiones perceptivas, esto es, cada individuo da su interpretación personal de como vivió el evento y la magnitud que representa para éste; ya que cualquier evento catastrófico, tendrá significados diferentes para cada persona.

Uno de los aspectos más relevantes de una crisis es el trastorno emocional o de desequilibrio experimentado por el individuo.

Las reacciones emocionales varían en cada sujeto, se experimentan sentimientos de impotencia al no lograr solucionar el conflicto lo que produce una tensión interna, también hay reacciones emocionales como el llanto, enojo, culpa, remordimientos, etc. También pueden presentarse reacciones

psicosomáticas como úlceras, cólicos, así como trastornos de conducta como conflictos con la familia, en el trabajo, en la escuela, etc.

Halpern (cit. en Gaitán, *op. cit.*), en 1973 señaló que en un estudio con personas que habían experimentado un trauma que les desencadenó una crisis, éstas mostraban los siguientes síntomas más significativos:

- 1.- Sentimientos de cansancio y/o agotamiento.
- 2.- Sentimientos de desamparo.
- 3.- Sentimientos de inadecuación.
- 4.- Sentimientos de confusión.
- 5.- Síntomas físicos.
- 6.- Sentimientos de ansiedad.
- 7.- Desorganización en el funcionamiento en las relaciones laborales.
- 8.- Desorganización en el funcionamiento de sus relaciones familiares.
- 9.- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales.

Como lo indica la investigación la crisis puede afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo que afecta sentimientos, pensamientos, la conducta y funcionamiento físico.

Como ya se estableció previamente, casi en cualquier definición de crisis se encuentra en la idea de que el enfrentamiento o solución de problemas sea trastornado.

Caplan (1964) resume lo que denominó enfrentamiento efectivo ante la crisis en siete características para la resolución de éstas:

1. Explorar el evento desencadenante de la crisis (muerte, robo, accidente, etc.) y la forma como la enfrenta el sujeto.
2. Que se le permita al sujeto expresar sin reserva, sentimientos negativos, positivos, frustración, etc.
3. Brindar ayuda a corto y largo plazo así como buscar ayuda de otros.
4. Ayudar a la persona a abatir los problemas haciéndolos manejables, tratables y trabajando cada uno de ellos.
5. Estar conciente de la fatiga y las tendencias que propicien la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos por solucionar el conflicto.
6. Ayudar al sujeto a dominar sus sentimientos hasta donde sea posible, siendo el sujeto flexible y estar dispuesto a cambiar.
7. Hacer que el sujeto vuelva a cambiar en sí mismo y en otros y que obtenga un optimismo básico sobre los resultados.

La importancia de la intervención psicológica en crisis radica en el hecho de promover un incremento positivo en el individuo para así aminorar

el riesgo de un deterioro psicológico que afecte su estabilidad personal y el adecuado desenvolvimiento en su medio.

INFLUENCIAS TEORICAS DE LA INTERVENCION EN CRISIS.

Moss (cit. en Rogers, 1978), identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis. La primera es la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. La idea de Darwin sobre la supervivencia es el esfuerzo de los más aptos en la lucha por su existencia como organismos vivos en relación con su medio. Las ideas de Darwin sugieren el desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica, es que la comunidad humana tiene un mecanismo adaptativo esencial en los hombres en relación con su medio. Estas ideas sirven de base para explicar la forma de solucionar crisis; ya que al poder adaptarnos a otros medios, como menciona Darwin, también podremos adaptarnos a otras situaciones o eventos.

La segunda influencia se origina de la teoría psicológica considerando la realización y crecimiento humano completos. Las preguntas básicas conciernen a la motivación y el impulso: Qué mantiene activa a la gente y con que fin?

La idea de Freud de que la motivación es un intento por reducir la tensión, fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, fue desafiada años más tarde por teóricos como Carl Rogers (1971) y Abraham Maslow (1974), quienes enfatizaron en la realización y crecimientos positivos del hombre. Enfocaron ambos aspectos en las personas hacia la autorealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes.

El estudio de Maslow sobre contemporáneos y personajes históricos (Abraham Lincoln, Albert Einstein, Jane Adams y Eleanor Roosevelt) revela modos de vida caracterizados por espontaneidad, intereses sociales y altruismo, amistades, independencia relativa de influencias culturales, habilidad para resolver problemas y una amplia forma de referencia o perspectiva de ver la vida. La premisa de la autorealización del hombre es congruente también con el énfasis de Buhler y cols. (1972), de que la conducta humana es intencional, y está constantemente dirigida hacia logros y propósitos reestructurales.

Este último concepto es un punto esencial de las teorías en las que se contempla la crisis como el momento en que se bloquean los propósitos o se vuelven súbitamente inalcanzables.

El enfoque de Erikson (1963), del desarrollo del ciclo de la vida muestra la tercera influencia teórica para la teoría de la crisis. Desde su punto de vista cada una de las ocho etapas en las que el autor maneja el proceso de

proceso de desarrollo proveen un nuevo reto, transición o crisis, y a su vez proporcionan una alternativa para la teoría psicoanalítica original, que sugiere que la esencia básica de la vida está en los sucesos de la primera infancia y la infancia misma.

La teoría de las etapas de Erikson supone que en cada transición, el desarrollo subsecuente es "peligroso", por así decirlo. Un adolescente que no pudo resolver la crisis de identidad vs. confusión del papel, al elegir una carrera, sus creencias y matrimonio corre el riesgo de abstraerse y confundir sus decisiones como adulto hasta que el conflicto anterior se resuelva.

Una cuarta influencia sobre la teoría de la crisis proviene de datos empíricos sobre como los humanos abordan el estrés extremo de la vida. Estudios en este ámbito incluyen los traumas en campos de concentración, muerte repentina de un cónyuge y parientes, cirugía mayor, agonía de un niño y desastres (Holmes y Masuda, 1973).

Como se mencionó anteriormente, la teoría de la crisis tiene sus raíces principalmente en el psicoanálisis y en otras posturas como las de Erikson, Rogers, entre otros. Sin embargo, gracias a las aportaciones de cada uno de estos postulados se rescatan tres aspectos que sirven de guía a la práctica a la intervención en crisis:

- a) La principal atención en el caso de intento de intervención se enfocará en los detalles de las crisis y en su evolución y pronóstico

subscuente. En contraste con otros métodos psicoterapéuticos, se pone menos atención a los eventos históricos o a los procesos psicológicos.

b) Se mantiene el potencial durante toda la crisis para que haya crecimiento del individuo a través de un enfrentamiento efectivo.

c) A las personas se les percibe con una perspectiva ecológica en sus ambientes humanos y naturales, con la consideración de su punto de su vista de su mundo psicosocial y físico que lo rodea; y de su mundo psicobiológico interno, las interacciones entre los dos pueden tener efectos de crisis sobre el individuo.

LA INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO A TRAVES DE LA HISTORIA.

Históricamente se han dado varios precedentes en la utilización de la intervención en crisis. A principios de la década de los cuarentas, la intervención en crisis tuvo un enfoque preventivo. Los voluntarios de las líneas telefónicas de urgencia estaban entrenados para prevenir de cometer un suicidio a quienes llamaban (Caplan, *op. cit.*)

La mayor parte de los investigadores en este tema concuerdan en señalar que la contribución que tuvo una mayor influencia sobre la práctica de la intervención en crisis fue en la obra de Erich Lindemann (1964) y su socio Gerald Caplan (1961). Y las nociones de Lindemann de la terapia de crisis se

crisis se basaron en su trabajo con los parientes de las víctimas de un incendio trágico de 1943 en el "Coconut Grove", en un club nocturno de Boston. Lindemann concluyó que existían determinadas etapas de dolor que las personas deben atravesar y progresar de una manera sucesiva para poderse adaptar a la pérdida del difunto. Además demostró que se podía ayudar a la persona a que elaborará las diferentes etapas del proceso de luto por medio de una terapia dirigida hacia la crisis en sí, en lugar de a la personalidad general del individuo.

En el área de salud pública, la prevención puede tomar tres formas (Bloom, 1977 y Caplan, 1964). La prevención primaria dirigida a reducir la incidencia de trastornos, la prevención secundaria, destinada a reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos, y la prevención terciaria que tiene como finalidad reparar el daño hecho después de que el suceso original se ha presentado. En este contexto la intervención en crisis es prevención secundaria desde que el proceso tiene lugar después de que los sucesos críticos de la vida hayan ocurrido. La intervención en crisis se considera prevención secundaria ya que es utilizada principalmente por personas que se encuentran en un momento de crisis y en ese instante necesitan ayuda psicológica sin que esa situación haya causado una problemática mayor y más compleja teniendo que remitirse a instituciones más específicas.

Por lo general las metas de la intervención en crisis son más limitadas que aquellas que persigue la psicoterapia. Así como la intervención en crisis se puede distinguir de la psicoterapia con base en sus metas, se pueden contrastar estas dos formas de tratamiento por medio de la importancia otorgada a diferentes técnicas. La diferencia más obvia implica la temporalidad: la intervención en crisis por lo general es breve, diez sesiones máximo.

El origen de la intervención en crisis moderna se remonta a los trabajos de Erich Lindemann y colaboradores acerca del incendio acaecido en Boston (del cual se habló anteriormente), en donde 493 personas perecieron cuando las llamas cubrieron a la multitud.

Lindemann y colaboradores de Massachusetts General Hospital desempeñaron un papel activo en la ayuda a sobrevivientes, y de aquellos que perdieron a un ser querido en el desastre. Su informe clínico (Lindemann, *op. cit.*), sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que el progreso del doliente equivale a aceptar y resolver la pérdida.

Lindemann llegó a creer que el clero y otros asistentes comunitarios podrían tener un papel importante en la ayuda a la gente desolada durante el proceso de duelo, de modo que venciera dificultades psicológicas posteriores.

Este concepto fue explotado ampliamente con el establecimiento del Wellesley Human Relations Service (Boston) en 1948, uno de los primeros centros comunitarios de salud mental y por su notable interés en la terapia breve en el contexto de la psiquiatría preventiva.

Partiendo de los principios dados por Lindemann y los colaboradores asociados con el Massachusetts General Hospital y Harvard School of Public Health, quienes formularon primero el significado de crisis en la vida en adultos psicopatológicos; Caplan manifestó la materia en forma breve: "Una investigación de la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos períodos de crisis el individuo parece enfrentar sus problemas de una manera inadaptada y se observa que surge un deterioro en la salud antes de la crisis" (Caplan, 1964; pág. 35).

Si una investigación de pacientes psiquiátricos adultos concluyera que las crisis tratadas en forma deficiente o sus transiciones conducen a desorganizaciones subsecuentes y enfermedad mental, entonces la prevención debería contemplarse desde etapas del desarrollo en la infancia y la juventud.

La teoría de la crisis de Caplan se formó en consecuencia a partir de la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson (*op. cit.*), en la que el ser humano fue provisto para entender el crecimiento o desarrollo a través de una serie de ocho etapas claves. El interés de Caplan se centró en entender como la gente vencía las diversas transiciones desde una etapa a otra. Pronto

identificó la importancia de los recursos personales y sociales al determinar si el desarrollo de las crisis (inducidas o repentinas también) resultaría en mejoramiento o empeoramiento.

A principios de los años sesentas, el movimiento de prevención para suicidas creció con rapidez en E. U. A.; apoyándose en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan. Centros como los Angeles Suicide Prevention, Crisis Service, Erie County (Buffalo) Suicide Prevention And Crisis Service, proporcionan durante 24 horas los 365 días del año por línea telefónica directa, prevención a suicidas.

Vinculado a la mentalidad activista social de los mismos años, los centros confiaron mucho en los esfuerzos de no profesionales y voluntarios paraprofesionales y en sus programas de orientación por teléfono (McGee, 1974 cit. en Slaikeu, *op. cit.*). Si bien los centros inicialmente se dedicaban a prevenir suicidios, la mayor parte cambiaron a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis.

La idea fue una asesoría de apoyo disponible por teléfono a cualquier hora, día o noche. Este enfoque fue ampliamente desarrollado para incluir una función más amplia donde los trabajadores pudieran, cuando fuera necesario, viajar a hogares estaciones de autobuses, campos de recreo y sitios similares y proporcionar la intervención en el lugar (McGee *op. cit.*).

Tuvieron que desarrollarse las técnicas adecuadas y exclusivas para la intervención en crisis por teléfono, (Knickerbocker y McGee, cit. en Slaikeu, *op. cit.*; Slaikeu, Tulkin y Speer, cit. en Slem, 1973).

La principal estructura teórica del trabajo antes requerida, se apoya en la orientación de crisis en la vida de Caplan. La idea fue comprender la desorganización grave y perturbación en términos de la teoría de la crisis, en todos los casos, en las crisis de suicidio, divorcio, desempleo, violencia conyugal o rebeldía adolescente.

Al igual que el crecimiento de los centros de prevención para el suicidio lo fue el de los centros de urgencia formal en los movimientos comunitarios de salud mental en E. U. A. Como medida para implementar las recomendaciones del U. S. Congress Joint Commission of Mental Illness And Health, 1961, y con el apoyo activo de la Kennedy Administration, el congreso aprobó el Community Mental Health Center Act en 1963.

En concordancia con el propósito de proveer servicios de salud mental en un ambiente comunitario (esto es no restringiéndolos a hospitales) se puso énfasis sobre la intervención temprana dirigida a observar los problemas menores desde su descubrimiento hasta patologías graves. La intervención en crisis y servicios de urgencia (24 horas), se consideraron como parte integral de cualquier sistema comunitario de salud mental completo.

Aún cuando la implementación del concepto de salud mental comunitaria no ha dejado de tener estos obstáculos (Bloom, *op. cit.*), la cercanía de servicios complementarios, como parte de la estructura de la crisis ha perdurado. El sistema de servicio equilibrado de los años de 1970, identificó cinco áreas programadas: a) servicio, b) administración, c) participación ciudadana, d) investigación y evaluación y e) desarrollo personal.

Como los programas de intervención en crisis se desarrollaron en los años de 1960 y 1970, surgió la literatura sobre intervención. En revistas de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, se publicaron numerosos informes de casos sobre como ayudar a individuos y familias en crisis.

Durante este tiempo los investigadores dirigieron su atención hacia los programas de evaluación para los centros de crisis. Con esta confianza sobre el tratamiento a corto plazo, la intervención en crisis se valoró más, aun como contraste económico que condujo a la utilización de los recursos escasos. Por ejemplo, Cummings y colaboradores (cit. en Gaitán, *op. cit.*), en 1977 en el Kaiser Permanente en California demostraron la eficacia en cuanto al costo de la psicoterapia a corto plazo (un promedio de 6.2 sesiones) en un plan de salud. Esta innovadora terapia baja el costo de los servicios médicos futuros.

Por lo tanto la intervención en crisis desempeña un importante papel en los paquetes de salud completos.

INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y EN MEXICO.

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Dentro de los profesionales de la salud, los pediatras fueron el primer grupo que comenzó a utilizar el teléfono de manera sistemática. Uno de los primeros reportes al respecto fue el realizado por Lancet en 1879, quien atendió a un niño con infección respiratoria, proporcionando a la madre las instrucciones por teléfono. Actualmente, ellos intervienen una octava parte de su tiempo en el empleo por teléfono (Bustos, 1989).

Respecto al alivio a problemas en la naturaleza emocional, su involucramiento parte de sucesos como la prevención de suicidios. En estos primeros intentos, los sacerdotes participaban de manera más activa que los profesionales de la salud mental.

La moderna intervención en crisis por teléfono, la cual comenzó en los cincuentas, se convirtió en el sostén del movimiento de prevención del suicidio y creció rápidamente en los sesentas. Más allá del incremento en el número de centros a partir de los setentas se observó un desarrollo de nuevos programas y una rápida expansión en la literatura del counseling por teléfono.

Dentro de este campo, según McGee (cit. en Slaikeu *op. cit.*), los voluntarios aparecen hasta 1906, con un grupo de sacerdotes en Nueva York creando la New York City's National Save A-Life League. Posteriormente, hasta 1953 en Londres aparecen "los samaritanos del teléfono fundada por el reverendo Chad Varah, organización religiosa que utilizaba este aparato como herramienta fundamental para prevenir el suicidio.

Ellos son los primeros que utilizaban esta modalidad y establecen sucursales en todo el mundo. En Estados Unidos, es en 1958 cuando Farberow y Shneidman fundan el primer servicio en Los Angeles. Su funcionamiento era más o menos similar pero sin sacerdotes. No obstante, es durante 1964 también en Los Angeles que por primera vez participaban profesionales en el "Centro para la prevención del suicidio de Los Angeles". Aunque que no fue el primer servicio de counseling por teléfono de 24 horas, este centro es acreditado como el primero que desarrolla técnicas sobre como usar el teléfono para desempeñar intervenciones salvando vidas. Conforme este centro iba conociéndose mejor, las personas telefoneaban para solicitar ayuda a otro tipo de problemas emocionales por los que en breve se demostró que podía ser de mayor utilidad como auxiliar en las crisis. Por lo tanto, también entrena a institutos sobre como mejorar la intervención con usuarios angustiados a través del teléfono (Bustos, *op. cit.*).

A estos sucesos, les siguen la creación de nuevos servicios en Norteamérica, Europa, Sudamérica y algunos países de Asia. En la obra de Haywood y Laute (cit. en Bustos, *op. cit.*), informan que en 1980 existían aproximadamente 500 centros en las distintas zonas y geografías.

En 1968 en Buffalo, Nueva York surge el "Servicio para Crisis y Prevención del Suicidio". Esta organización fue establecida para enfrentarse a una necesidad de apoyo en caso de crisis, funcionando las 24 horas y también para facilitar una estrecha coordinación de servicios públicos y voluntarios en el área de Buffalo y el Condado de Erie. A finales de los setentas el S. P. C. S. tuvo cuatro líneas telefónicas anunciadas por separado en el directorio telefónico y columnas del periódico diciendo más o menos lo siguiente:

"Si necesitas ayuda para un problema familiar o personal, llama a servicios para crisis en cualquier hora del día o de la noche, los siete días de la semana. El número es 834-31-31. Servicio de crisis provee solución a problemas en forma confidencial por teléfono; información sobre 500 agencias de ayuda; apoyo de manera inmediata para problemas familiares o angustias personales, asistencia para víctimas de violación y ataque sexual, y acceso a servicios sobre salud y retraso mental. Los trabajadores están en servicio las 24 horas del día para responder a llamadas de suicidio, situaciones de crisis y emergencia de salud mental" (Gaitán, *op. cit.*).

Slem (1973), reportó los objetivos principales del servicio telefónico del Condado de Oakland en Michigan fundado en 1970. Este servicio ayuda a los usuarios con sus crisis inmediatas, asistiéndolos en la resolución de problemas generales con el fin de prevenir la exacerbación de patologías o su presencia posterior. Asimismo sirve a la comunidad como una fuente de información acerca de problemas actuales de adolescentes, estableciendo así bases para la acción comunitaria adicional. Estos objetivos rebasan la intervención en crisis y demuestra la factibilidad de trabajar relacionados con una institución o dentro de la misma.

Además, en Estados Unidos existen otros servicios telefónicos especializados, por ejemplo está el "Hot Line", para atender casos de abuso sexual, los que han aumentado su incidencia en niños y sus familiares. Esto conlleva a tratar de mejorar el entrenamiento de los prestadores de este servicio. También existe una línea telefónica que brinda información al público sobre problemas de aprendizaje, su identificación y tratamiento. Otros servicios son los que se abocan a intervenir en el control del tabaquismo y abuso de drogas (Slem, *op. cit.*).

A partir de los sesentas Nueva Zelanda ha creado servicios de "counseling" por teléfono. A través de los años el número de llamadas ha ido en aumento, en especial las realizadas por mujeres. Uno de los servicios más importantes en este país es el de "Línea de ayuda a niños" en Christchurch en

el año de 1985. Esta ha brindado su orientación a niños cuando éstos tienen dificultades con su familia sobre todo en casos de abuso y de abandono (Marquez, 1993).-

En 1984, en Inglaterra se inicia un proyecto de trabajo telefónico interdisciplinario entre maestros, trabajadores sociales, abogados, médicos, visitantes domiciliarios y otras agencias de trabajadores sociales, utilizando anuncios en servicios públicos y radio con el fin de mejorar la comunicación entre el niño y su familia (Bustos, *op. cit.*).

Alemania posee más de 50 servicios llamados "Seelsorge" difundidos a través de radio, prensa y televisión. Los prestadores de este servicio le dan prioridad a la comunicación bajo el enfoque de la terapia no directiva centrada en el cliente. Han colaborado más de 2600 personas desde 1973 y, a medida que pasa el tiempo, están disminuyendo los voluntarios por especialistas menores de 65 años. Si el usuario lo desea puede exponer su caso por teléfono, por carta, por computadora o puede pedir una visita domiciliaria. Los motivos de consulta más frecuentes son el aborto, desempleo, soledad, problemas psicológicos, dependencia al alcohol y suicidio. Reciben 300,000 llamadas al año, aumentando su incidencia en la noche. Dos terceras partes de los consultantes conservan su anonimato (Bustos, *op. cit.*).

En Praga, Checoslovaquia, la señora Sona Drdkova del Instituto de Medicina de la Universidad Charles hace un reporte de los servicios telefónicos y de la población consultante. Esta presenta los mismos problemas que otros países, solo que el índice de crisis suicidas aumenta sobre todo en la capital. Anualmente de cada 100,000 habitantes, de 500 a 600 personas de más de 15 años hablan a este servicio (Blum y Cornelius, 1986).

Suiza tiene un amplio repertorio de números telefónicos de urgencia que distribuye su población, entre los que figuran los servicios para casos de crisis. En Londres existen centros samaritanos apoyados por tres estaciones de televisión, dos periódicos nacionales y veinte locales. En este país también existe servicio por carta; los motivos de consulta más frecuentes se refieren a fobias sexuales y soledad. En España, entre otros, está "el teléfono de la esperanza" que es un programa evangélico (Aguilar, 1992).

En Francia existe una asociación llamada "Amitié France", que edita una revista llamada S. O. S. y agrupa a más de 40 servicios telefónicos en todo el país, de los cuales más de 30 poseen servicio las 24 horas. La atención es exclusivamente telefónica y está centrada principalmente en la prevención del suicidio (Slaikeu, *op. cit.*).

Por otra parte, en Tokio, Japón, un servicio telefónico llamado "Inochi No Denwua" dirigido por el pastor Kikuchi y trabajado por 300 colaboradores

colaboradores cristianos y de otras religiones, debidamente seleccionados y entrenados, atendiendo problemas psicológicos. Existe una amplia gama de motivos de consulta y reciben más de 80 llamadas al día (Marquez, *op. cit.*).

Levi (1988), informa que el centro de asistencia para suicidas (C. A. S.), en Buenos Aires, Argentina, funciona las 24 horas proporcionando ayuda telefónica gratuita a suicidas desde hace aproximadamente 15 años. Voluntarios no profesionales anónimos atienden a través del teléfono y en una sola entrevista terapéutica a todo aquel que llama a este centro. Este servicio posee una sola línea telefónica de atención al público con una extensión para supervisión del caso y otra línea de uso interno administrativo.

EXPERIENCIAS EN MEXICO

En México, los antecedentes de servicios de ayuda nacional son muy escasos y se ignoran muchos datos. Entre los conocidos están los siguientes:

El Dr. Mark Zúñiga (cit. en Bustos, *op. cit.*) informó que en los años sesentas surgió el primer servicio de ayuda telefónica. La Asociación Mexicana de Auxilio al Desesperado (A. M. A. D.), fue una tentativa realizada por el Dr. Gallardo. El y su esposa contestaban las llamadas y, posteriormente, se comunicaban con los usuarios. Otra tentativa fue la realizada por la Sra. Gainor (voluntaria) en una iglesia de Las Lomas de

Chapultepec. Un grupo de personas de habla inglesa y algunos bilingües fueron entrenados con el propósito de establecer en la Ciudad de México una rama de los samaritanos. Su meta fue dar servicio de ayuda telefónica en inglés todos los viernes a partir de las 5:00 P. M. hasta las 12:00 P. M. del día domingo. Pensaban también dar, posteriormente, el servicio en español; ambos intentos fracasaron debido a la falta de apoyo económico y comunitario (García, 1992).

En junio de 1967 a enero de 1972 el Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Emergencia de Coyoacán, brindaba ayuda médica y psicológica a través del teléfono y en consulta. El equipo de trabajo estaba integrado por tres psiquiatras, una psicóloga clínica, una trabajadora social y una secretaria que hacía un recorrido y revisaba los libros en el hospital detectando a las personas que estaban por intento suicida. A esto acudía un médico del servicio a la cama del paciente para informarle que se le deseaba ayudar y en casi todos los casos aceptaban. Se les daba psicoterapia breve y de emergencia, en algunos casos se administraban medicamentos y se levantaban notas sobre el caso.

Se atendieron un total de 500 personas de diferentes niveles socioeconómicos y de diversas creencias; una vez que el paciente era dado de alta, continuaba en consulta externa. Además de lunes a viernes de 16:00 a

20:00 hrs. los pacientes podían establecer comunicación telefónica con este centro en situaciones críticas.

El hospital La Raza, en la sección de Cardiología implementó desde hace tiempo un sistema de comunicación telefónica entre pacientes con afecciones cardiovasculares con el fin de que se tranquilizaran unos a otros en caso de presentarse alguna situación que produciese estrés en el paciente y lo angustiara de tal manera que incluso pudiese causarle un paro cardiaco.

El Centro de Orientación Psicológica y Psicoterapia, A. C., ofrece atención psiquiátrica de emergencia las 24 horas del día. Entre sus servicios está el de urgencia telefónica (Hot Line) en el que la persona consultante habla a un radio localizador da una clave y su nombre, la recepcionista pasa el recado a este centro y un especialista se pone en contacto con la persona afectada. La gran desventaja de este sistema es el no contar con una comunicación directa e inmediata (Bustos, *op. cit.*)

Puede considerarse que el antecedente más significativo de servicios telefónicos en crisis surgió a raíz de los sismos ocurridos el 19 y 20 de septiembre de 1985 en la ciudad de México. Donde el Instituto Mexicano de Psicoanálisis y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otros, aparte de brindar sus instalaciones para atención al público en consulta externa, dieron su ayuda a problemas emocionales a través del teléfono.

Por su parte la Facultad de Psicología de la U.N. A. M.

48 horas después de los sismos ocurridos, organiza brigadas que se dirigen principalmente a hospitales y morgues y abre a la comunidad su centro de servicio psicológico. Al mismo tiempo el Dr. Federico Puente propone el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (S. A. P. T.), coordinado por la Facultad de Psicología de la U. N. A. M. El servicio se inició el día 23 de septiembre, siendo la primera fase de éste. Previamente se hizo un reclutamiento de voluntarios que tuvieran las siguientes características:

1.- Para recepcionistas (así denominados los psicólogos que atendieron las llamadas): estudiantes de postgrado con experiencia clínica y psicólogos titulados de cualquier área de especialización. Sus funciones fueron recibir llamadas y canalizarlas a profesionales de la salud mental con experiencia clínica (psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas).

2.- Para terapeutas: los antes mencionados, a quienes se les proporcionaron lineamientos de atención psicológica, así como procedimientos de obtención de datos de los solicitantes del servicio para el registro y seguimiento en su caso. Los terapeutas fueron 34 con diferentes tipos de formación y orientación teórica.

El servicio se suspende en diciembre de 1985 por falta de apoyo económico y surge la necesidad de reestructurar el servicio para brindar una ayuda más completa.

Posteriormente, de abril de 1986 a junio de 1987 se inicia una segunda etapa de S. A. P. T.; desafortunadamente el viernes 29 de julio de 1988, sin previo aviso, se suspende el servicio por problemas administrativos.

Finalmente, en octubre de 1992 se inicia una tercera etapa de este servicio, ahora llamado S. A. P. TEL, el cual se abordará en detalle posteriormente.

Como se ha podido observar a lo largo de este capítulo, el concepto de crisis y la intervención en crisis se ha estudiado y aplicado principalmente por el psicoanálisis, con un enfoque internista, sin embargo la aplicación de este tipo de terapia, como ya también se mencionó no se limita exclusivamente a este enfoque, ya que a diferencia de otros métodos psicoterapéuticos se enfatiza: 1) menos atención a los procesos psicológicos o eventos históricos, 2) crecimiento del individuo a través de un enfrentamiento efectivo, 3) a la persona se le percibe como una perspectiva ecológica, considerando su mundo psicosocial y físico que le rodea. Estas premisas generales no se contraponen con la orientación general del enfoque conductual, mismo que sustenta el modelo secuencial integrativo bajo el enfoque cognitivo-conductual que también ha servido como herramienta teórica y metodológica en la experiencia de las autoras, este modelo se describe brevemente a continuación y se ha representado de la siguiente forma: E - O - R - C.

E: son los antecedentes, lo que ocasiona la conducta problema en ese momento. Estos pueden ser externos o ambientales y también internos, los que se pueden dividir en cognitivos y fisiológicos.

O: se refiere al organismo, considerando de éste su condición biológica, pensamientos, autovaloraciones, etc., y que están relacionados con la conducta problema.

R: son las respuestas que pueden presentarse en tres niveles: cognitivos, motores y fisiológicos.

C: son las consecuencias, todo lo que sucede después de la conducta problema detectando cual es la contingencia que aumenta o mantiene dicha conducta (Fernández Ballesteros y Carrobes, 1979).

Desafortunadamente este enfoque ha sido escasamente utilizado en casos de crisis, aunque actualmente nos hemos percado a través de nuestra experiencia que este modelo empieza a utilizarse con más fuerza por la ventajas que ofrece, como: la identificación de contingencias ambientales que en ese momento están afectando a la persona, la forma en que responde la persona ante esos eventos y la manera de poder estimular y reforzar para lograr un objetivo. Todo esto se analizará posteriormente con la presentación de algunos casos escogidos al asar los cuales demuestran el trabajo realizado por el psicólogo.

Como se ha podido apreciar a lo largo de este primer capítulo la situación de crisis como su intervención han sido puntos de estudio y aplicación de diversas posturas psicológicas. También se ha podido conocer que la intervención de dicha situación de crisis presenta además de la ya conocida intervención cara a cara, otra alternativa que nos proporciona las mismas o mejores condiciones para llevar a efecto dicha intervención, como lo es el apoyo psicológico por teléfono, ya que al igual que la consulta cara a cara contamos con un psicólogo el cual nos escucha, nos proporciona seguridad y confidencialidad, aunado a esto, al realizarse la terapia por teléfono contamos con la ventaja de poder sentirnos relajados en el sentido de que el terapeuta no observa al paciente como lo es en la entrevista cara a cara, por lo que el paciente no tiene que estar cuidando su postura, sus movimientos, su arreglo, etc. Y por otra parte para el psicólogo puede presentarse la gran facilidad de concentrarse en la plática del paciente y realizar sin ninguna distracción sus anotaciones, ya que no tiene que ocupar tiempo para además de escribir, mirar al paciente

CAPITULO 2.

ASPECTOS RELEVANTES EN LA INTERVENCION.

CARACTERISTICAS DE LA PRIMERA ENTREVISTA POR TELEFONO.

La entrevista profesional difiere de otras formas de entrevista en que un individuo consulta a otro que se ha designado como experto. Se espera que el "profesional" proporcione alguna forma de ayuda, ya se trate de un abogado, un arquitecto o un médico. En una entrevista médica típica, una persona sufre y desea alivio y de la otra se espera que la proporcione. La esperanza de obtener ayuda para aliviar su sufrimiento es la que motiva al paciente a exponerse y a "contarlo todo". Este proceso resulta facilitado por el carácter confidencial de la relación entre el médico y el paciente. Con frecuencia resulta posible obtener una cantidad considerable de información acerca del paciente y de su sufrimiento escuchándole simplemente (MacKinnon, 1988).

La diferencia de la entrevista médica, expuesta anteriormente, en la entrevista psiquiátrica el psiquiatra se interesa en los síntomas del paciente, las fechas de su iniciación y los factores significativos en la vida del paciente, susceptibles de explicarlos. Con todo, sin embargo, el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico se basan tanto en la historia total de la vida del paciente como en su enfermedad presente.

Esto incluye el estilo de vida del paciente, el concepto que tiene de sí mismo y las pautas tradicionales de enfrentarse a las situaciones.

Los síntomas psiquiátricos implican las funciones defensivas del ego y representan conflictos psicológicos inconscientes. En la medida en que el paciente se defiende de la percepción de dichos conflictos, tratará también de ocultarlos al entrevistante. Por consiguiente, aunque el paciente psiquiátrico esté motivado a ocultar sus sentimientos más íntimos y las causas fundamentales de su trastorno psicológico.

La entrevista orientada únicamente al establecimiento de diagnóstico da al paciente la impresión de que es un ejemplar de patología sujeto a examen y, por consiguiente, le dispensa de revelar sus problemas. Si existe una sola señal de entrevista lograda, ésta es el grado en que el paciente y el médico desarrollan un sentimiento compartido de comprensión. El principiante interpreta con frecuencia, erróneamente este enunciado como consejo de proporcionar seguridad o aprobación. A título de ejemplo, las declaraciones que empiezan con: "no se preocupe usted" o "esto es perfectamente normal", son tranquilizadores, sin duda, pero no comprensivos (MacKinnon, *op. cit.*).

La entrevista ha sido el instrumento más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación psicológica. Para hablar de entrevista se requiere:

- * Una relación directa entre personas (dos o más)
- * Una vía de comunicación simbólica, preferentemente oral

* Unos objetivos prefijados y conocidos, al menos, por el entrevistador.

* Una asignación de roles que significan (al menos idealmente) un control de la situación por parte del entrevistador. Fijación de objetivos y control son los fundamentos para que se hable en la entrevista de una "relación" (Fernández Ballesteros y Carrobes, *op. cit.*)

Según Canell y Kahn (cit. en Fernández Ballesteros *op. cit.*), tres son las condiciones básicas que deben cumplirse para que una entrevista tenga éxito en cuanto a recopilación de información:

- 1.- La accesibilidad de los datos requeridos al sujeto.
- 2.- El conocimiento y la comprensión del sujeto, de su papel y de los modos de transmisión de información que de él se solicitan.
- 3.- Una motivación suficiente del sujeto para asumir su papel y cumplir lo requerido.

Aunque no hay aun consenso acerca de si se debe caminar de lo particular a lo general o viceversa, hay cierto acuerdo en cuanto a la forma más global de llevar la entrevista.

Existe una serie de recomendaciones para llevar adecuadamente la entrevista, ya sea en cuanto a estilos donde se juega fundamentalmente con

variables afectivas y psicosociales (por ejemplo, efectos positivos o facilitadores en la demostración de competencia y experiencia; demostración de calidez, empatía y autocongruencia: efectos negativos-inhuidores o de competitividad, de actitudes distantes, controladoras u hostiles), ya sea en cuanto a recomendaciones concretas de la conducción. En un primer momento y a partir del planteamiento del problema que motiva la consulta, recoge información en dos áreas principales: la descripción "topográfica" de las conductas problemáticas y la descripción de aquello que las rodea, desde sus circunstancias de aparición hasta aspectos más o menos alejados, tanto transversal como longitudinalmente. El conjunto de la información recogida le permite formular hipótesis funcionales: lo que son hasta ahora meras coincidencias cronológicas se postulan como enlaces operativos en función de paradigmas.

Al igual que la entrevista cara a cara (tanto en psiquiátricos como en consultorios de psicólogos), la entrevista por teléfono contiene aspectos similares e importantes como los siguientes: Kolb (1983) menciona que siempre es preferible entrevistar primero al paciente, antes de discutir su problemática con un miembro de la familia o con un amigo. El hecho de ser entrevistado primero también puede aliviar la sospecha, a veces existente, de que el médico o el psicólogo es un enemigo o está sometido a los deseos de una familia hostil.

Siempre se debe hablar con el miembro de la familia o el amigo para obtener información adicional que el paciente no ha dado. Esto puede darse en los casos en donde no es el paciente el que directamente solicita la ayuda, sino que algún familiar o amigo contacta el servicio para la ayuda de aquel. Puede reinterrogarse al paciente para determinar su concepto de los incidentes o factores que no relató. Deben anotarse con gran cuidado las discrepancias entre el relato del paciente y el de cualquier otro informante.

El paciente, habitualmente, trae consigo ciertos temores falsos, conceptos y sentimientos de culpabilidad respecto a su enfermedad. Su actitud también puede variar desde la acepción y la comprensión, hasta la intolerancia. Puede ser protector exigente, condenatorio o poco realista. A menudo el familiar al tratar de ser útil, puede contribuir, sin quererlo a complicar la problemática.

Es importante que la entrevista inicial se lleve a cabo bajo circunstancias que permitan un contacto privado con el paciente. Esto da la sensación de igualdad y también ayuda a la investigación posterior, ya que el paciente a menudo habla más libremente en esa primera ocasión que en entrevistas subsecuentes.

El paciente no se dará a conocer a menos que el psiquiatra o psicólogo muestre signos de interés y comprensión. Debe hacerse sentir al paciente que se le está tomando en serio, que se le está tratando con dignidad y como a un

igual, con la debida consideración de sus opciones y declaraciones. El psicólogo debe tratar escrupulosamente de mantener la autoestimación del enfermo y permitirle una iniciativa considerable al relatar su historia.

Por su parte, Slaikeu (*op. cit.*) señala que los modelos de ayuda cara a cara pueden adaptarse a las situaciones telefónicas.

Menciona cinco fases:

A) Hacer el contacto psicológico (de acuerdo con el enfoque que maneja el terapeuta). En la consejería por teléfono el principal vehículo para lograr el contacto con un paciente es la voz del consejero que no solo incluye lo que dice, sino como lo dice, el tono de voz de éste necesita ser calmado y alentador para que el paciente en crisis se sienta comprendido, aceptado o para que un aire de calma⁴ reemplace al de trastorno y confusión que provoca el estado de crisis.

En vez de involucrarse con el pánico del usuario (con frecuencia se reflejan en un tono alto y rapidez en el habla), los consejeros deben aprender a responder con habla atenta, calmada y controlada. Se debe prestar atención al diferente papel que juega el silencio en el consejero telefónico como contrario a las discusiones cara a cara. Estar muy atento a los sucesos y sentimientos, y hacer uso de exposiciones reflexivas, empáticas, que permitan saber al usuario que el consejero escucha, comprende y acepta lo que está diciendo.

B) Examinar las dimensiones del problema. Una táctica útil es formular preguntas abiertas-finales como: " ¿Qué sucedió recientemente que le hace las cosas difíciles ahora?" o "Cuénteme más sobre lo que lo está afectando recientemente". Estas y otras preguntas como "quien", "que", "donde", "por que", "cuando" y "como", pueden formularse sin que parezcan amenaza y tener el potencial para obtener información sobre las dimensiones del problema del usuario.

Una de las ventajas del consejería telefónica es que puesto los consejeros no pueden observar a los usuarios se facilita el que los consejeros puedan tomar nota del proceso de la conversación.

C) Explorar las posibles soluciones. El hecho de que una persona llame a la línea telefónica de urgencia o al servicio de consejería telefónica, proporciona algún indicio sobre las dificultades para llegar a las soluciones de las crisis. Los usuarios, con frecuencia, agotan sus recursos personales y sociales (Speer, cit. en Slaikeu, op. cit. y Caplan, 1964), o de alguna manera creen tener disponibles familia, amigos, compañeros de trabajo que no entienden o por alguna otra razón no deben involucrarse en el problema en ese momento.

Entonces un contacto telefónico, proporciona una excelente oportunidad al consejero para preguntarse por algunas vías que ha tratado el usuario, explorar los obstáculos que se encontraron. El objetivo es generar

tantas direcciones potenciales como sea posible a fin de actuar sobre las necesidades inmediatas identificadas al principio.

D) Ayudar a tomar una acción concreta. La acción directiva puede clasificarse desde la llamada del consejero a un miembro de la familia hasta tener un equipo móvil que visite al usuario en su hogar o enviar a una unidad de rescate cuando las consecuencias sean un intento suicida.

E) Seguimiento. La confidencialidad se protege si el usuario proporciona el momento para llamar (cuando otros miembros de la familia o compañeros de cuarto estén lejos), o si el usuario acuerda llamar al centro a una hora en particular. El seguimiento sirve para el beneficio del usuario y también puede ser una ayuda moral y motivante para los trabajadores telefónicos, en forma de retroalimentación sobre como se ha recibido la ayuda.

CARACTERISTICAS DEL TERAPEUTA QUE INTERVIENE EN SITUACION DE CRISIS.

La intervención en crisis por lo general es breve, por lo tanto, en la mayoría de los casos no se esperaría que el tratamiento durara más de 10 sesiones. Junto con estas limitaciones de tiempo se dan diferencias importantes en la conducta de los terapeutas. Es más probable que el interventor de crisis sea más directivo y muy activo en las sesiones que el

terapeuta "promedio", que centre su interés en el área del problema primario, que se interese en los motivos del aquí-y-ahora en lugar de los del pasado, y que ofrezca consejos, orientación e información directa acerca de las formas opcionales para que efectúe la conducta deseable (Butcher, 1978).

Blum y Cornelius (*op. cit.*), en estudios realizados demostraron que las personas que contestaron por primera vez una llamada de ayuda psicológica asumían el rol de escuchador pasivo dando el usuario más respuestas de simpatía que los consejeros más experimentados.

Bernstein (1986), menciona que el entrevistador intenta dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda. Esto generalmente significa tratar al cliente con calma, interés y de una forma aceptante; haciendo preguntas para obtener información relevante, por ejemplo: " Ha intentado suicidarse alguna vez?", " Qué clase de pastillas tiene en casa?"; y trabajando directamente sobre el problema inmediato o refiriéndolo a algún servicio social o psicológico adecuado.

Bellack y Small (1970), afirman que la psicoterapia breve y de emergencia es una interacción verbal o simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente. Exige que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados, de hipótesis bien fundamentadas y del máximo orden posible en cuanto a la precisión del pensamiento y la mayor

economía en la intervención. El terapeuta tiene que estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa, mientras con rapidez formula los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido común, y casi simultáneamente tiene que decidir sobre cual es la intervención más fructífera. El terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight (involucración profunda con el paciente), tiene que crearlo; no tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla. Y cuando estos procesos básicos no se presentan tiene que inventar alternativas.

Marquez (*op. cit.*), propone que la actitud del terapeuta en la intervención en crisis requiere de una actitud de gran apoyo por parte de éste; para poder reestablecer la homeostasis. El terapeuta es más directivo que confrontativo e interpretativo; su función es dar apoyo y dirección.

Finalmente se proponen algunas sugerencias para la actitud que el terapeuta debe asumir en una intervención en crisis emocional, como complemento a las anteriores:

- 1.- Cuando atienda una llamada debe relajarse y escuchar. No debe hacer promesas que no pueda cumplir. No se identifique al inicio como miembro de ninguna clase, raza, religión o partido político; después se verá la conveniencia que lo haga o no.

2.- Al principio tal vez le toque cargar el mayor peso de la conversación. La persona que llama puede estar nerviosa y puede no saber como empezar.

3.- Debe considerar con seriedad todas las llamadas. Muchos hablan para preguntar "de parte de un amigo" o "para pedir información acerca del servicio". Debe ser amable y no desaminarse cuando cuelgue. El que llama obtuvo una respuesta y tal vez con eso basta para empezar.

4.- Con frecuencia las personas que llaman tienen una desconfianza profunda en los demás, especialmente si sienten que serán criticados. Necesitamos hacerles sentir que pueden confiar en nosotros, y que lo consideramos una persona digna de respeto independientemente de la situación en la que se encuentra.

5.- No siempre será evidente que la persona se encuentra en problemas. Tratará de poner una fachada aceptable. No se debe indagar demasiado ni precipitarse en obtener información de áreas que la persona está escondiendo.

6.- Recalque el hecho de que la persona es quien llamó y que por lo tanto puede terminar la llamada cuando quiera.

7.- NO pregunte su nombre sino hasta que haya establecido contacto afectivo o hasta que la persona se lo diga espontáneamente. Algunos no utilizan su verdadero nombre. Asegúrele a la persona que si le quiere dar su nombre verdadero, éste y todos los datos que quiera proporcionar serán

tratados con absoluta confidencialidad. Esto facilitará la identificación de llamadas posteriores de la misma persona.

8.- Escuchar tiene efectos terapéuticos. No obstaculice su capacidad de escuchar dejando que sus convicciones, pensamientos y sentimientos interfieran. Trate de escuchar empáticamente y de manera activa.

9.- Cuando la persona le pida que emita un juicio o un diagnóstico, no lo haga, puesto que no es el objetivo de la intervención. Como opción enfóquese en la problemática principal y analícela con el paciente, confróntele y permita que el mismo paciente determine su juicio.

10.- No de su nombre completo, ni su dirección, ni su teléfono particular, ni los datos de otras personas del grupo. No debe acceder a entrevistas cara a cara, a menos que así lo requiera la terapia.

11.- En ocasiones las conversaciones se prolongan. Trate de evitar llamadas demasiado largas. No toda la ayuda se puede proporcionar desde la primer llamada. Invite la persona a que le llame nuevamente. Sin embargo, cuando la situación es seria y la conversación es fluida y productiva, utilice todo el tiempo que necesite.

12.- De ser posible no refiera a la persona a otro centro o servicio sin estudiar antes el caso, tampoco debe ser remitido con otro terapeuta. Si se trata de un caso de urgencia puede considerarse la canalización a otras instituciones.

13.- Tome tantas notas como pueda pero sin perder la atención a la persona. Estas notas son confidenciales pero deben dejarse en un expediente para que si la persona llama cuando no está usted se le pueda ayudar de todos modos. Pregunte a la persona si ha llamado antes y trate de encontrar su expediente. Recuerde que al llamar por segunda vez los datos pueden no coincidir con los de la primera llamada.

Los participantes en un programa de intervención en crisis tienen tres tipos de responsabilidades éticas y morales:

- A) Hacia los usuarios del servicio.
- B) Hacia el grupo de trabajo.
- C) Hacia la organización como un todo.

ASPECTOS A CONSIDERAR DENTRO DE LA COMUNICACION EN LA ENTREVISTA Y TERAPIA POR TELEFONO.

Gran parte de los comportamientos humanos están dirigidos a la transmisión de mensajes a las personas que las circundan, y en los primeros años de su vida el hombre aprende a utilizar un código que le permite transmitir a sus semejantes cuanto ocurre dentro de sí y a comprender cuanto ocurre dentro de los demás.

El lenguaje verbal es el ejemplo más obvio de un comportamiento que, a través de un código común, permite a cada uno comunicarse con las personas que están a su alrededor; sin embargo, éste no es el único medio de comunicación interpersonal, y en psicología tal vez no es siquiera el más importante. De hecho, la comunicación puede realizarse a través de vías verbales y de vías no verbales. De las primera estamos generalmente concientes, dado que el lenguaje verbal se desenvuelve al nivel de la conciencia; de las segundas lo estamos menos dado que se trata de una modalidad de comunicación que escapa en gran parte a nuestro control por cuanto que es no concientemente deseada y ejecutada. Las inflecciones del discurso, el tono de la voz, la expresión del rostro, la mímica y la gesticulación son simples ejemplos de una comunicación que no utiliza instrumentos verbales en su actuación.

La comunicación verbal sirve para expresar conceptos, mientras que la comunicación no verbal sirve para expresar emociones; la primera suele ser más precisa, más dúctil, más controlable; en tanto que la segunda es más intensa, más elemental y menos controlable (Pancheri, 1982).

Todas las comunicaciones entre seres humanos son en parte verbales y en parte no verbales: frecuentemente, una sirve de refuerzo a la otra y expresa aquella parte de los contenidos de la conciencia que no es expresable por medio de la primera.

Slaikeu (*op.cit.*), menciona que la característica más distintiva del servicio telefónico es que la ayuda ofrecida a una persona en crisis tiene lugar sin el beneficio de las señales no verbales tales como los gestos faciales y lenguaje corporal y se basa exclusivamente en las palabras habladas entre el que ayuda y el usuario y como son habladas. A este respecto Sullivan (1972) dice que la mayor parte de las guías referentes a lo que la gente no quiere decir en realidad nos llega por vía de los oídos. Las variaciones tonales en la voz son con frecuencia guías seguras en la comunicación. Una persona dice lo que es evidente y hay que investigar que es lo que quiere decir. El terapeuta tiene que prestar mucha atención a los aspectos delatadores de la entonación, ritmo de la conversación, dificultad de enunciación, etc., ya que son señales o indicadores de significado.

Por su parte, Bellak y Small (*op. cit.*), señalan que la palabra es el medio de comunicación en psicoterapia; debe observarse la elección de palabras del paciente, el ritmo de su discurso, el estilo y método de expresarse, el énfasis o carencia de él, etc. Asimismo, el terapeuta debe tener conciencia de su propia forma de expresarse.

No obstante que la atención es proporcionada a través de una máquina, ayuda, ya que permite la transmisión de todo aquello que pueda localizarse. En el campo de la salud mental es posible establecer un diagnóstico y tratamiento sin la presencia física de la persona, ya que se basa en gran parte

sobre el discurso del paciente. Permite salvar barreras personales y geográficas, dado que existen problemas y circunstancias reales que obstaculizan a muchas personas el acudir a recibir atención, como el transporte, horario, pocos recursos, etc.

A continuación se enumeran algunas consideraciones acerca del comportamiento humano que conviene tener en cuenta durante el proceso de intervención en crisis.

- 1.- Todo comportamiento humano tiene un propósito.
- 2.- Cada persona es única, irrepetible, insustituible y reacciona de manera diferente a las demás.
- 3.- Las personas tienen ciertas necesidades básicas comunes.
- 4.- Las emociones en conflicto y los sentimientos mezclados, son naturales.
- 5.- Una persona no puede cambiar sus sentimientos simplemente porque se le diga que lo haga. Por ejemplo " No te enojés!".
- 6.- El consejo rara vez funciona, puesto que las personas por lo general hacen lo que quieren de todos modos. Sin embargo es un punto importante que debe desarrollarse dentro de la terapia.
- 7.- Las personas quieren controlar sus vidas tanto como le sea posible.
- 8.- Es natural que las personas afectadas por un mal físico, emocional o espiritual, se vuelvan más dependientes

9.- El cuerpo y la mente tienden naturalmente hacia la salud y la recuperación.

10.- Las personas tienden a transferir a nuevas relaciones, sus actitudes de agrado y desagrado hacia otros, por asociación y semejanza.

11.- Existen por lo menos dos formas de plantear una situación o de resolver un problema las cuales dependerán de éstos, ya que cuando una persona enfrenta una situación que le está causando algún conflicto emocional se deben encontrar diferentes alternativas para resolverlo, ya sean metas personales, cambios específicos en la persona, recurrir a instituciones específicas (A.A., clínicas, etc.).

12.- La respuesta de una persona puede tener muy poco que ver con el entrevistador.

13.- Las personas enfrentan las experiencias dolorosas o desagradables de muchos modos distintos.

14.- No se debe ser exageradamente optimista o festivo acerca de los problemas de los clientes.

15.- No existe una línea tajante entre el comportamiento normal y el anormal.

16.- Uno de los mayores errores dentro de las relaciones interpersonales es subestimar la importancia de los sentimientos de los demás.

Es importante reconocer y reafirmar como la comunicación no solo es indispensable para la interacción del individuo sino también para conocer que es lo que sucede con él. Esto puede lograrse mediante la entrevista clínica; en ésta la comunicación verbal presenta gran importancia ya que comunica a través de conceptos lo que ocurre en la persona, sin embargo se presenta otro aspecto de igual importancia como lo es la comunicación no verbal, la cual por lo general reafirma lo que se está expresando verbalmente.

Por otro lado, al hablar de una consulta o terapia por teléfono similarmente se ha encontrado que el lenguaje verbal sirve para conocer lo que sucede con el individuo, pero se encuentra la limitación de no contar con toda la gama del lenguaje no verbal, por ejemplo gestos, apariencia, postura, movimientos, etc., que pueden expresar todo el sentido emocional de la situación de la persona. Sin embargo, existe la alternativa de poder corroborar esta situación emocional por medio de aspectos importantes y perceptables en la conversación telefónica como lo es: el tono de voz, llanto, muletillas, quebrantamiento de voz, tono bajo o agresivo, tartamudeo, vacilaciones, silencios, etc. Aunque esto no es clave nos da pautas para conocer dicha situación.

CAPITULO 3.

SAPTEL: SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO.

SAPTEL: ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO.

Actualmente la población de las grandes ciudades requiere tener acceso a espacios que le permitan desarrollar sus potencialidades al máximo, ya que quienes no lo hagan se encontrarán amenazados por la marginación, el desempleo o subempleo y, en cualquier caso, por la frustración. Sabemos que la tolerancia a la frustración es una función tan necesaria como compleja y difícil para el ser humano, y que su manejo deficiente además de estar invariablemente presente en todos los cuadros psicopatológicos puede disminuir la capacidad productiva de cualquiera afectando alguna o todas las facetas de su vida, sus emociones, su familia, su trabajo, su pareja, etc. (Gaitán, op. cit.).

Los servicios de salud mental pública actualmente funcionan en forma bastante aceptable, en general en cuanto a la atención que se brinda a nivel psicológico. Sin embargo, un enorme porcentaje de la población queda desprotegido en lo que se refiere a servicios de psicoterapia para manejar la conflictiva psicológica que no amerita hospitalización (Gaitán, op. cit.).

El hueco existente hasta ahora con respecto a esta gran necesidad de la población ha sido cubierto, aunque no en forma satisfactoria, por algunas instituciones (IMMS, ISSSTE, Salubridad, DIF.), ya que en algunas de ellas sus miembros y alumnos aportan horas de trabajo cotizadas a un nivel accesible para personas de bajos recursos económicos.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) se presenta, entonces, como una alternativa única de acceso a espacios como los antes descritos, por la vía de una ayuda psicoterapéutica profesional realizada por personal competente previamente seleccionado, en proceso de capacitación permanente y supervisado por especialistas y expertos.

SAPT (Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono) fue el primer nombre con el que se le conoció, es un servicio que se creó en 1985, precisamente 48 horas después de ocurridos los sismos de aquel año en la Ciudad de México. Este sistema se constituyó por iniciativa de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (Nuestra Imagen, 1992).

Este servicio, que tuvo una duración inicial de seis meses, ofrecía consejo y ayuda a los habitantes afectados por la enorme devastación y el alto número de víctimas humanas que produjeron los sismos del 19 y 20 de septiembre de ese año (Armendáriz, 1993). En aquel tiempo, que representa la primera etapa de este servicio, fue posible atender satisfactoriamente 700 casos de personas

dañadas psicológicamente por este fenómeno. En esta etapa el SAPT ayudó a las personas que presentaban problemas de angustia, depresión, soledad, nerviosismo, relación interpersonal y sobre todo, un alto grado de estrés.

Tres meses después, en diciembre de 1985 se cierra el SAPT, con el objeto de reestructurar el sistema y evaluar sus resultados (Nuestra Imagen, op. cit.).

Posteriormente se consideró iniciar una segunda etapa de este sistema, para ello se constituyó un grupo de trabajo integrado por profesores universitarios y pasantes de las licenciaturas de Psicología, quienes fueron cuidadosamente seleccionados. Los que conformaban este grupo comenzaron a trabajar arduamente a través de seminarios durante un periodo de 18 meses. Una vez que concluyó este trabajo se reabre este servicio en julio de 1987.

Durante esta etapa fueron atendidas aproximadamente 4,000 personas, de ellas mil fueron referidas a diversos hospitales, instituciones y organismos no gubernamentales; el resto fue atendido a través del propio sistema (Armendáriz, op.cit.). Sin embargo a fines de 1989 el SAPT suspendió nuevamente su servicio, ya que sus dirigentes se dieron a la absorbente labor de organizar el Congreso Mundial de la Salud Mental que por primera vez se llevó a cabo en nuestro país y que incluía un Sub-congreso para la Atención de la deficiencia mental (Nuestra Imagen, op. cit.).

A partir del 12 de octubre de 1992 inició sus actividades la etapa tres o definitiva del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, modificando sus siglas por SAPTEL; cabe señalar que desafortunadamente no existió una continuidad entre la primera, segunda y tercera fase de este sistema, ya que hubiera sido de gran importancia y ayuda rescatar todo lo que se hizo en cada fase para empezar con la siguiente, así al retomar todas las experiencias de cada una de ellas sería de gran ventaja y no partir de cero echando al vacío todo ese trabajo realizado. La tercera etapa se realiza en trabajo conjunto con la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial de Salud Mental. El 7 de noviembre del mismo año se celebró la inauguración oficial con la representación del gobierno de México, de diversas agencias de la ONU en nuestro país, de las universidades participantes, la iglesia y diversas organizaciones civiles profesionales y paraprofesionales (Aguilar, 1992; Armendáriz op. cit.; Gaitán op. cit.).

Previamente la Cruz Roja Mexicana facilitó sus instalaciones con el objeto de desarrollar un curso de capacitación para los voluntarios de diversas universidades egresados de la Licenciatura de Psicología. Solo aquellos que aprueban satisfactoriamente el curso son autorizados a proporcionar el servicio. La duración del curso de capacitación es de cuatro horas semanales en un periodo de 8 a 12 semanas. Cabe aclarar que los terapeutas son evaluados

mediante entrevistas, exámenes psicológicos y la observación de su desempeño frente al teléfono. Tienen que ser personas fuertes (emocionalmente hablando), centradas, como con capacidad para escuchar, expresarse y mantener la calma en las situaciones de emergencia. Una vez recibida la capacitación correspondiente se procede a prestar el servicio al público.

Las llamadas se reciben en el conmutador central de la Cruz Roja Mexicana (395-11-11) de ahí se canalizan inmediatamente a SAPTEL a cualquiera de sus cuatro líneas; cabe aclarar que este servicio funciona las 24 horas del día de los 365 días del año, además de ser gratuito.

En el mismo instante en que suena la campana del teléfono el terapeuta de SAPTEL comienza su labor.

La primera decisión que debe tomar al recibir una llamada consiste en determinar de que tipo es ésta. Existiendo tres posibilidades:

- a) Información
- b) Canalización
- c) Consulta

Es necesario escuchar atentamente el discurso del usuario, comprendiendo el contenido emocional que lo envuelve, para poder elegir a cual de los grupos pertenece.

A) INFORMACION: Si el usuario formula una pregunta específica y deja claro el motivo de su necesidad se da respuesta a la pregunta, por ejemplo: "Buenas tardes, señorita, Me proporciona por favor el teléfono de alguna clínica psiquiátrica infantil? Mi doctor me dijo que eso era lo adecuado, y que ahí me informarían". Cuando se realiza una llamada de información su duración aproximada es de 5 minutos.

Cuando el usuario manifieste un deseo general o inespecífico o no deje claros sus motivos o necesidades, será necesario investigar las razones de la solicitud y según la información obtenida volver a iniciar este proceso de decisión, para saber si requiere información, canalización o consulta.

En caso de precisar información solamente, ésta puede ser de varios tipos:

1.- Información sobre SAPTEL

2.- Información sobre servicios de psicoterapia, excluyendo el propio SAPTEL

3.- Información sobre otros servicios de salud o en general de servicios públicos no relacionados con el subsector de la salud mental.

En cualquier caso que sea pertinente será necesario especificar el lugar al que fue referido y las razones de la referencia.

B) CANALIZACION: Se clasifican las llamadas como solicitud de canalización cuando el usuario requiere datos con respecto a alguna institución a

la cual acudir por ayuda psicológica, pero sin tener una noción concreta de lo que busca. En este caso se deben investigar tanto la razón del deseo de iniciar consulta como el tipo de aproximación deseado o imaginado por el usuario (en caso de haber alguno); partiendo de ello el terapeuta realiza una evaluación rápida de la situación y decide el lugar que recomienda para que el sujeto reciba la atención que busca y precisa. Cabe aclarar que este tipo de llamada tiene una duración entre cinco y diez minutos.

Para esta toma de decisión, debe guiarse de los siguientes parámetros:

1. El deseo del usuario en cuanto al tipo de tratamiento buscado.
2. El tipo de problemática que presenta el usuario para saber si existe alguna o varias aproximaciones psicoterapéuticas específicas para su padecimiento.
3. La opinión del terapeuta que recibe la llamada, en función del tipo de aproximación psicoterapéutica que considere más adecuada.

Las posibilidades existentes en el directorio de instituciones al efecto. Dicho directorio está compuesto por instituciones tanto públicas como privadas que prestan servicios como: ayuda a problemas de alcoholismo, a problemas de educación especial, problemas psiquiátricos, etc.

C) CONSULTA: Este tipo de llamada tiene una duración promedio de 30 a 40 minutos. Cuando la llamada se trate de una consulta el siguiente paso

necesario será verificar tanto si cuenta el usuario con terapia externa como si ya había llamado antes a SAPTEL, ya que en el primer caso se debe desalentar la consulta y en el segundo ya existe cédula de registro (anexo 1).

Debe siempre prevenirse la posibilidad de estar invadiendo el trabajo de otro terapeuta (dentro o fuera de SAPTEL). Esto debido a que cuando dos personas opinan independientemente con relación a un mismo tema, pueden decir dos cosas que sean ciertas pero que parezcan distintas o hasta contradictorias para el sujeto, creando confusión en este último y dándole así una justificación y una forma de sabotear un proceso terapéutico.

Además SAPTEL está programado para ser un servicio de apoyo psicológico principalmente dirigido a aquellas personas que no tengan acceso a servicios similares, y esta condición no se cumple en el caso de personas que respondan afirmativamente a esta pregunta. Debido a todo lo anterior en conjunto el solo hecho de contestar "si" a la primera parte de este apartado, casi invalida automáticamente la posibilidad de atención, la única razón válida para seguir esta consulta sería confirmar en lo posible que el usuario ha constatado la inaccesibilidad temporal de su terapeuta, o sea, que efectivamente por el momento es imposible localizarlo y que la situación actual es en realidad de emergencia o crisis.

Cuando no se hayan agotado las posibilidades de encuentro con el terapeuta se recomienda, en primera instancia, movilizar al usuario en la búsqueda del mismo. Si la situación no es de emergencia o crisis se debe ayudar al usuario a utilizar cualquier método que le permita apelar a su capacidad de demora y esperar a que su terapeuta habitual esté accesible y pueda explicarle y trabajar su situación actual cara a cara con su terapeuta antes de pretender una nueva relación de trabajo psicológico.

Si no es primera vez que solicitan el servicio, se le pregunta el nombre o apelativo que dió la primera vez y se le pide que espere un momento para localizar su expediente. Todo expediente debe contener la cédula de registro del usuario y cualquier hoja anexa con comentarios que haya sido necesario realizar.

Con el expediente en la mano se le informan los horarios del terapeuta de primer contacto proponiéndole que lo busque.

Cuando el usuario se resista a seguir esta sugerencia, debe instársele a verbalizar claramente las razones de su desaveniencia y si se les juzga razonables se le atiende, adjuntando al expediente correspondiente una hoja resumiendo los elementos de juicio utilizados, por ejemplo, "mi primer contacto fue con una mujer y lo tomé porque sentía urgencia, pero en realidad yo necesito hablar con un hombre para sentirme a gusto, con ella no puedo hablar de todo lo

que tengo" o " en aquella ocasión hablé de casa de un amigo en circunstancias especiales, pero no puedo comúnmente llamar en ese horario", etc.

Ya con un expediente en mano, sea nuevo o previamente iniciado, se comienza propiamente la consulta. A un terapeuta bien entrenado todo el procedimiento anterior debe tomarle entre 30 segundos y 5 minutos, dependiendo del caso específico que le ocupe. El tiempo referido está de acuerdo con las pautas requeridas dentro del entrenamiento al terapeuta; pautas que se han determinado por las personas coordinadoras de este servicio y que a través de su experiencia consideran este tiempo como ideal.

Se debe investigar y clasificar el motivo de consulta, que se refiere al por qué el paciente solicita el servicio. Las posibilidades para que el registro de cada uno de estos motivos se indica a continuación. En caso de que exista la más mínima duda, en una hoja anexa ha de exponerse el o los motivos que verbaliza el solicitante tal como él los mencione, sin cambiar nada.

1.- RELACIONES INTERPERSONALES.

1.1 - Problemas resultado de la interacción y/o situaciones con familiares (no pareja).

1.2.- Problemas resultado de la relación conyugal (pareja).

1.3.- Problemas relacionados con separación o divorcio.

1.4.- Problemas por enfermedad física y/o mental grave (psicosis) de algún familiar.

1.5.- Deficiencia en el repertorio de interacción social.

1.6.- Otro. Especificar.

2.- PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONTROL Y MANEJO DE LA SEXUALIDAD Y/O DE LA AGRESION *

2.1.- Problemas asociados con la fertilidad o infertilidad, incluyendo aborto.

2.2.- Miedo al contagio y/o presencia de enfermedades venéreas, incluyendo SIDA.

2.3.- Disfunciones ** psicosexuales (homosexualidad, bisexualidad, perversiones, etc.).

2.4.- Problemas asociados con el incesto, incluyendo intentos de violación familiar.

2.5.- Violación o intentos de violación por extraños.

2.6.- Problemas directamente relacionados con la pérdida de control de la agresividad.

2.7.- Intento suicida.

* Aunque son problemáticas distintas dentro de las categorías determinadas por el sistema se manejan en un mismo rubro.

** Aunque se manejan indistintamente disfunciones desviaciones en este caso optaron por utilizar para este rubro la palabra disfunciones.

2.8.- Otro. Especificar.

3.- SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A LA DEPRESION.

3.1.- Problemas asociados con el ciclo de dormir, incluyendo insomnio.

3.2.- Transtornos en la alimentación.

3.3.- Sentimientos de soledad y/o abandono.

3.4.- Otro. Especificar.

4.- ADICCIONES.

4.1.- Problemas asociados con el consumo de alcohol.

4.2.- Problemas asociados al consumo de medicamentos (farmacodependencia).

4.3.- Problemas asociados a otras drogadicciones, incluyendo tabaquismo.

4.4.- Otro. Especificar.

5.- PROBLEMAS ASOCIADOS A LA ANSIEDAD.

5.1.- Problemas específicos, incluyendo fobias y cuasifobias o casi fobias.

5.2.- Problemas relacionados o asociados con pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo-compulsivo.

5.3.- Problemas relacionados con el funcionamiento del organismo y/o enfermedades físicas.

5.4.- Otro. Especificar.

6.- PROBLEMAS ECONOMICOS, LABORALES Y/O LEGALES.

7.- PROBLEMAS ESCOLARES.

8.- SINTOMAS Y/O SOSPECHAS DE PSICOSIS.

9.- OTRO. ESPECIFICAR.

Desde otro punto de vista, las solicitudes de consulta de emergencia pueden clasificarse en dos categorías no excluyentes: emergencia psicológica y crisis emocional.

La emergencia psicológica queda definida como un desequilibrio psicológico intenso provocado por sucesos ocurridos en el mundo externo del sujeto. Este tipo de eventos pueden ser de tal magnitud que provocan avasallamiento de la capacidad del individuo para enfrentarlos, y por tanto requieren el apoyo de personal capacitado en dar terapia de apoyo en cualquiera de sus diversas modalidades, según cada caso particular (por ejemplo: terapia respiratoria, de relajación, técnicas de eliminación como la desensibilización sistemática para las fobias, 'counseling' o consejo terapéutico, etc..

Toda emergencia puede desencadenar una crisis emocional; no toda crisis emocional proviene de una emergencia. La crisis puede desarrollarse sin intervención importante de eventos en el mundo externo del sujeto. Por crisis emocional se entiende una respuesta sistemática del individuo a un desequilibrio

psicodinámico intimamente relacionado con procesos del mundo interno inconsciente del sujeto.

Ante esta situación el procedimiento seguido en SAPTEL consiste en hacer todas las preguntas pertinentes hasta conocer a fondo la situación y comprender sus motivaciones. Una forma de lograrlo es investigando principalmente:

A) Lo que provoca la mayor angustia.

B) Depresión; manejo de los duelos, es decir, ayudarlo a recordar sus problemas, hablar de peligro, detenerse en sus penas y desgracias, etc., ya que la única manera de olvidar es recordar.

C) Lo que genera el mayor sentimiento de culpa.

D) El nivel de tolerancia a la frustración.

Cada uno de estos elementos debe ser reintegrado al paciente en forma de palabras, logrando así a través de esta información, logre tomar una decisión adecuada para él.

En muchas ocasiones, lo anterior no basta para reestablecer el equilibrio perdido, y sea porque el usuario lo decida o porque el terapeuta lo recomiende, se hace necesario referir al paciente a otro servicio de psicoterapia cara a cara y con otras condiciones. Esto es necesario cuando el terapeuta se percata que la

problemática del paciente requiere de una atención mas allá de una intervención en crisis.

Esta referencia marcará el fin de la psicoterapia breve ofrecida inicialmente, sin importar si el motivo de consulta original fue de emergencia psicológica o de crisis emocional. En este momento se recordará al usuario que si en el futuro desea volver a utilizar SAPTEL puede hacerlo, siendo lo más conveniente que intente contactar al mismo terapeuta que lo ha atendido y lo conoce.

Algunas veces el usuario no accede a la referencia, o acuerda hacerlo pero no lo lleva a cabo; y en vez de ello sigue buscando el servicio de terapia por teléfono. En estos casos, la terapia breve ofrecida por SAPTEL contempla una prolongación de la misma destinada específicamente a descubrir y explicar al sujeto las razones que pueda tener consciente o inconscientemente para no seguir la sugerencia terapéutica que se le hace, hasta lograr que acepte lo que indudablemente representa la mejor opción para su bienestar.

Volvemos a recordar aquí que, en cualquier caso que sea pertinente, será necesario especificar el lugar al que fue referido y las razones de la referencia.

REFERENCIA.

La referencia puede realizarse hacia las siguientes alternativas:

- 1.- Referencia a su terapeuta de primer contacto.

Cuando el terapeuta de un turno diferente refiere al usuario con su terapeuta de primer contacto, como ocurre en las consultas 2 y 4 del ejemplo citado más adelante.

2.- Fin de terapia breve o de emergencia por decisión del usuario.

Cuando el usuario explícitamente reporta al psicoterapeuta su deseo de dar por finalizado el tratamiento. En este caso se sugiere pedir el teléfono del usuario para, previa autorización, realizar un seguimiento periódico de su estado emocional.

La razón principal de ellos es que no es común que los usuarios den este tipo de notificación, generalmente cuando ya no se desea el servicio sencillamente se deja de llamar, y es posible que con ello estén emitiendo una señal en el sentido de pedir apoyo sostenido.

3.- Deseo explícito del usuario.

Cuando, por razón de las limitaciones propias del tipo de asistencia que se está ofreciendo, el sujeto accede a la sugerencia de acercarse a otro tipo de aproximación psicoterapéutica, adecuada a su propio universo personal.

Cuando este sea el caso, deberán agregarse otros dígitos más en esta categoría, esto en función de la técnica terapéutica sugerida.

4.- Fin de terapia breve o de emergencia por límites del campo terapéutico y canalización al lugar en donde le es necesario o conveniente iniciar otra psicoterapia a mediano o largo plazo.

Cuando, por limitaciones propias del tipo de asistencia que se está ofreciendo, el terapeuta decida dar fin al tratamiento y sugiera al sujeto acercarse a otro tipo de aproximación psicoterapéutica adecuada a su propio universo personal.

En este caso hay que especificar el tipo de limitación que se presentó, de acuerdo a lo siguiente:

A) Límites propios del tratamiento psicoterapéutico.

B) Límites atribuibles al psicoterapeuta.

5.- Fin de terapia breve o de emergencia por decisión del terapeuta.

Cuando, en la situación descrita en el inciso anterior, el usuario no acceda a la sugerencia de acercarse a otra fuente de tratamiento.

6.- Otro.

Especificar cuál en el espacio al efecto al final de la cédula de registro o en una hoja anexa.

LUGAR.

También debe citarse la clave del tipo de aproximación que se le sugiere y el nombre de la institución, sociedad o agrupación a la que fue remitido el usuario.

La clave se obtiene de la lista de instituciones siguiente:

- A.- Servicios de emergencia.
- B.- Denuncias ante autoridades del ministerio público.
- C.- Centros de atención a víctimas de abuso sexual.
- D.- Centros de atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
- E.- Centros de atención a personas con SIDA.
- F.- Centros de atención en terapia de grupo.
- G.- Centros de atención en terapia familiar.
- H.- Centros de atención en terapia de pareja.
- I.- Centros de atención en terapia individual.
- J.- Centros de atención para adolescentes.
- K.- Centros de atención para niños.
- L.- Servicios psiquiátricos, instituciones y/o privados.
- M.- Otro.

Cabe mencionar el tipo de población que se contempla como susceptible de ser beneficiada por este servicio:

1.- Personas de cualquier extracción social, edad o sexo, que se encuentren en una situación de emergencia o crisis emocional.

2.- Individuos de bajos recursos económicos que, por tanto, no puedan pagar un servicio terapéutico similar. A pesar de que existe como servicio público en México, el acceso a éste es muy problemático, ya que las citas se dan a un largo plazo y en pocas ocasiones las personas no están dispuestas a esperar tanto tiempo y en contadas ocasiones cuando la cita es "rápida" el servicio de terapia es grupal y por lo tanto general y no atiende las particularidades de cada persona y caso.

3.- Puede verse beneficiado por este servicio cualquier individuo que, debido a su trabajo y a las grandes distancias que deberían recorrer habitualmente en nuestra ciudad, no pueden dedicar el tiempo que requiere desplazarse a un servicio de salud mental en un momento de crisis o emergencia emocional.

4.- En muchas ocasiones íntimamente relacionado con lo anterior, también pueden verse influidas por los beneficios de SAPTEL aquellos sujetos para quienes la relación de interacción humana cara a cara es difícil o imposible, y por tanto la distancia física y/o la posibilidad de anonimato aseguradas son condiciones inalineables en la decisión de buscar ayuda psicológica. En estos

casos, el cable telefónico puede ser de hecho la única alternativa existente (Gaitán, op. cit.).

Es importante mencionar como a pesar de estar presentando el servicio al público los terapeutas pertenecientes al sistema continúan semanalmente llevando a cabo seminarios de asesoría de casos. Estos son de dos clases:

1.- Seminario para la presentación de seminarios clínicos. Obligatoriamente el terapeuta debe presentar, en un seminario, casos clínicos atendidos por él, en donde un supervisor discutirá las acciones recomendables y otros aspectos de interés. El curso se imparte dos horas por semana.

2.- Seminario de operación y servicio. Semanalmente debe revisarse la operación del servicio y, en caso de que exista algún problema, llevar a cabo las acciones correspondientes para solucionarlo, problemas referentes al caso, por ejemplo, al no poder ubicar con exactitud el tipo de problema que se está tratando o en cuanto al funcionamiento del servicio, cambio de horarios, de guardia, etc. Este seminario tiene una duración de dos horas p[or] semana. Todo terapeuta debe contar con un tutor o supervisor (Nuestra Imagen, op. cit.)

SAPTEL COMO ALTERNATIVA PARA EL TRABAJO DEL PSICOLOGO QUE INTERVIENE EN TERAPIA DE CRISIS EMOCIONAL

En este trabajo se considera y propone SAPTEL (entendido como la ayuda o apoyo psicológico por teléfono) como una alternativa para el trabajo terapéutico, en medida de las ventajas que este presenta, las cuales se mencionan a continuación:

A) Accesibilidad: cualquier persona que tenga teléfono o que tenga acceso a un teléfono público puede contactar con un centro de apoyo o con su psicólogo inmediatamente; no tiene que seguir procedimientos burocráticos, ni otro tipo de trámites como la evaluación diagnóstica, que en las instituciones de salud mental demoran la posibilidad de recibir ayuda. Por lo general estos centros funcionan las 24 horas del día, lo cual facilita un acceso inmediato a la relación de ayuda.

B) Control: en el contacto telefónico el control se encuentra fundamentalmente en la persona, ya que ella puede iniciarlo o terminarlo en el momento en que le parezca conveniente.

C) Anonimato: esta posibilidad de no ser identificado es atractiva para personas que nunca buscarían un contacto cara a cara. El anonimato permite a la persona correr riesgos mayores en la expresión de experiencias dolorosas que

en la situación cara a cara. Siempre cuenta con la posibilidad de colgar si la situación se complica.

El anonimato del orientador también supone algunas ventajas, ya que algunas personas se inhiben frente a su presencia. La cercanía necesaria en la relación terapéutica puede lograrse también por teléfono, sin el compromiso de volver a tener enfrente a una persona que ya sabe demasiado de uno mismo. Para el orientador, el contacto telefónico representa un alivio en el trabajo con situaciones que le producen ansiedad y temor, como el trabajo con víctimas de SIDA o con personas con enfermedades contagiosas.

D) La apariencia física: muchas personas que son excesivamente conscientes de la impresión que causan en los demás, les preocupa la forma en que visten, el peinado que usan, su estatura, etc., prefieren este tipo de contacto por que les evita la tensión de tener que estar pendiente de la reacción del orientador. Para personas con deformidades o defectos físicos visibles, el contacto telefónico reduce también una fuente de amenaza a su autoestima.

Finalmente se puede mencionar por todo lo expuesto, que SAPTEL cuenta con ciertas limitaciones pero también grandes ventajas que hacen que las primeras no sean significativas. Por tanto se propone a SAPTEL no como salvación de la humanidad, sino como una alternativa, primeramente como una ayuda a la comunidad, en segundo lugar como la semilla con la cual se pueden

realizar trabajo, investigaciones, análisis, etc., para lograr grandes frutos dentro de la terapia psicológica en crisis emocional.

Las ventajas y desventajas a las que se hace referencia ya han sido tratadas anteriormente y se considera redundante tratarlas nuevamente; por lo cual se invita al lector, si existiera alguna duda de ellas remitirse a los capítulos 1 y 2.

PRESENTACION DE CASOS Y SU FORMA DE INTERVENCION.

A continuación se presentan algunos casos atendidos dentro de SAPTEL, presentando la problemática y el tratamiento que se proporcionó a ésta. Tiene como propósitos: a) presentar un caso de cada uno de los tipos de atención dada en SAPTEL, esto es: Información, Canalización, Consulta y Consulta y seguimiento. b) los siguientes casos se eligieron ya que se consideró presentaban la suficiente información para conocer la forma de trabajo realizado en cada uno de ellos.

Es importante aclarar que todos los datos demográficos tales como: nombre, edad, domicilio y todos aquellos que pudieran identificar al usuario referido han sido omitidos o cambiados.

INFORMACION.

Duración: 5 minutos.

Paciente: Señorita, buenas tardes, ¿usted me podría decir que tipo de servicio es este?

Terapeuta: Es un servicio de apoyo psicológico en donde se atiende a la persona por teléfono. Se le escucha , se atiende su problemática, se le aconseja y se buscan soluciones.

P: ¿A cualquier persona?

T: Sí, claro.

P: ¿A qué hora puedo llamar?

T: Mire, el servicio funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, así que usted puede llamar en el momento que lo desee.

P: Gracias señorita, yo creo que después le llamo por que estoy ocupado en mi trabajo.

T: Estamos para servirle y esperamos su llamada.

COMENTARIO.

Las llamadas de información tienen un tiempo aproximado de cinco minutos de duración, ya que en ésta se concreta a explicar el funcionamiento y horarios del servicio de SAPTEL, y el cierre de este tipo de llamadas es una cordial invitación para que llame cuando la persona lo desee, recordándole que se esta para atenderle y servirle.

CANALIZACION.

Duración: 50 minutos.

Terapeuta: Apoyo Psicológico, Buenos días.

Paciente: Buenos días señorita.

T: ¿En qué puedo servirle?.

P: Me siento muy nerviosa. Viví con una amiga, un amigo; y me golpeó.

T: ¿Por qué?.

P: No me quería dejar salir.

T: ¿Cuándo fue?.

P: Antier.

T: ¿Por qué estaba en casa de su amigo?.

P: Tengo problemas psicológicos no he encontrado qué hacer. No me he encontrado a mi misma. Me llevo mal con mi familia. Tengo una niña de 8 años. Tengo problemas con la droga. A veces me despierto con ganas de salir, de escapar de algo, con un vacío.

T: ¿Hace cuánto tiempo?.

P: Hace 5 años estuve internada en el Fray. Luego me mandaron al extranjero. Tuve problemas con mi hermana.

T: ¿A qué edad?.

P: A los 27, no, a los 25.

T: ¿Qué edad tiene?

P: 32 años.

T: Cuando su amigo la golpeó ¿estaba drogado?

P: Sí.

T: ¿Y usted?

P: No.

T: ¿Qué droga utiliza?

P: Mota o PVC, cemento.

T: ¿Cada cuándo la utiliza?

P: Cada vez que tengo?

T: ¿Por lo de la droga se peleó con su familia?

P: No, tengo problemas de conducta.

T: ¿Qué problemas tenía?

P: En la escuela me dormía o me iba, con mi mamá me peleaba y con mi papá igual. Le robaba a mi mamá, he sacado cosas como pinturas o dinero.

T: ¿Para qué usaba el dinero?

P: Para dulces. Soy muy inestable.

T: ¿Cómo es esto?

P: Me aburro fácil de los trabajos, casas, amigos.

T: ¿En qué ha trabajado?

P: Como fotógrafa, recepcionista, secretaria vendedora. Tengo año y medio sin trabajar o dos meses.

T: ¿Por qué?

P: Me da miedo salir.

T: ¿Cree que algo le va a pasar?

P: Sí, despierto nerviosa a las tres o cuatro de la mañana o a las siete de la mañana. Ahora amanecí muy golpeada. La mandíbula me duele, siento el cerebro muy pesado, las manos las tengo sudorosas.

T: ¿Está en tratamiento?

P: No. Hace un año salí del centro de rehabilitación en Argentina. Estuve tres meses. Me salí y regresé a casa. Tuve problemas con mi hermana y me volví a salir. Mi niña está muy lista. Me dice cosas sobre lo que hago. Viví como cinco o siete meses en casas, en coches. Ahora voy a Durango para ir por mota. Estoy en casa de un familiar.

T: ¿Le gusta el tipo de vida?

P: No, ya no me gusta. Estoy estancada, mi forma de hablar ha cambiado.

T: ¿Cómo?

P: Hablo vagamente. Trato de no decir palabras.

T: ¿Cómo cuáles?

P: Chale, de esos. Mi familia se enoja porque hablo así. Mi familia no es de nivel alto pero ahí la lleva. Con la que me llevo mejor es con mi abuelita.

T: ¿Por qué cree que es así?.

P: No sé.

T: ¿Aspira a algo más?, ¿trabajar, estudiar?.

P: Me gustaría trabajar, cuidar niños o fotografía. Conocer gente sin vicios. Cuando voy a Cuaxoxoca, a Santa Clara hay drogas. En todos lados hay droga.

T: En todos lados hay droga y no puede irse a ninguna parte a donde no exista. De usted depende si cae o no en ella.

P: Ya lo sé.

T: ¿Usted tiene a su niña?.

P: No. No tengo a dónde llevarla. Sufro de depresión crónica que a veces me tira.

T: ¿Cuándo fué la última vez?.

P: Las he tenido señorita, pero busco compañía.

T: ¿Quién la llevo al Fray Bernardino?.

P: Mi papá me brindó su ayuda. Estuve 20 días dentro, 20 días fuera y me volvieron a aceptar. Salí de ahí con el vicio de las pastas. Luego fui a la

Integración Juvenil pero no me ayudaron. De ahí me mandaron a lo del extranjero pero era sólo terapia ocupacional. Me sentí mejor.

T: ¿Por qué?

P: Porque tenía cosas que hacer.

T: ¿A los X años tuvo a su hija?

P: Sí, pero no nos llevamos bien.

T: ¿Por qué?

P: A él le gustaba llamar la atención de las muchachas. Esto fue en Michoacán. Terminé con él y estaba embarazada, no le dije nada por temor a que me rechazara.

T: ¿Cómo se llama?

P: XXXXXX XXXXX

T: ¿Qué expectativas tiene?

P: Ahorita quisiera, no sé... tal vez suicidarme.

T: ¿Cuándo pensó en suicidarse?

P: Con un carro hace un mes?

T: ¿Ha sido esa la última vez?

P: A los 22 años me tomé 35 pastillas... me salvaron.

T: Entonces, ¿desde muy chica ha pensado en morirse?

P: No le veo sentido.

T: ¿Usted cree que la vida la ha tratado mal?

P: Si.

T: ¿Usted que ha hecho para que la vida la trate así?

P: Nada.

T: ¿Cree que es como un castigo?

P: Nunca lo había pensado.

T: ¿Usted se arrepiente de algo?

P: No.

T: ¿Le gustaría cambiar algo?

P: Todo. No me arrepiento pero quisiera sentirme productiva.

T: Cuando trabaja ¿se siente productiva?

P: No me ha gustado ese trabajo. Cuando aprendí fotografía era diferente.

T: ¿Cómo era?

P: Más noble, le echaba más ganas.

T: ¿Usted cree que la mejor salida es suicidarse?

P: No, eso no está en mi cabeza.

T: ¿Cómo piensa salir adelante?

P: No sé. Si usted tuviera algún centro de integración juvenil con talleres

o cursos.

T: Mire, tengo estos centros de integración juvenil (se le dan teléfonos y direcciones).

P: Gracias por todo.

T: Estamos para servirle y si tuviera alguna duda o requiera de más información puede volver a llamar.

P: Gracias y hasta luego.

COMENTARIO.

En estas llamadas como puede observarse se dirigen preguntas para conocer la problemática del paciente pero no se indaga profundamente en ella, ya que aquí se concreta a proporcionar el nombre, dirección y teléfono de las instituciones que se crean convenientes, de acuerdo a costo, ubicación y problemática que el paciente refiera. Y solo se le invita a volver a llamar si tiene algún problema en contactar con las instituciones o requiera de mayor información.

CONSULTA.

Duración: 50 minutos.

Terapeuta: Apoyo psicológico, buenas noches.

Paciente: Buenas noches señorita... (silencio).

T: ¿En qué puedo servirle?.

P: Estoy desesperada, hace 4 meses murió mi esposo.

T: ¿De qué murió señora?.

P: Le dió úlcera y se le perforó el estómago. Siento que debimos haberlo atendido más. Yo no pensé que estuviera así de mal. La Cruz Roja lo llevó a la clínica 135... estuvo 3 días... le dieron 3 paros respiratorios...

T: Siente que debió haberlo atendido más, que no pensaba que estuviera así de mal, ¿él le comentó algo?.

P: Mi esposo nunca nos dijo que obraba sangre. Siempre sufrió de gastritis... tenía X años... no platicó con nadie. Ahora ya no les digo nada a mis hijos.

T: ¿Usted con quién vive señora?.

P: Vivo con mis hijos. Yo trabajo... lloro cuando están dormidos. Tomé Diasepan para dormir.

T: ¿Desde hace cuánto tiempo lo toma?.

P: Hace 4 meses.

T: ¿Se lo recetó algún doctor?.

P: En un principio si... hace 2 horas me tomé la pastilla para que duerma... a ver si me hace efecto. Me las tomo a escondidas, mi hijo no sabe que me las tomo. Prefiero dormir a estar intranquila.

T: ¿Le cuesta trabajo dormir?

P: Sí, no puedo dormir desde que murió mi esposo. Primero me dieron Tafil porque así estaba tranquila. Prefiero dormir. Deje el Tafil, casi no lo tomé porque me sentía igual, me seguí con el Diasepan. En la casa hay mucha medicina. Me dice mi hijo que es antidepresivo, pero no siento mejoría... Es horrible estar en la cama sin dormir. He tomado Relaxil... quiero dejar las pastillas...

T: Me dice que estuvo tomando Tafil, siguió con el Diasepan y también tomó Relaxil ¿fueron todas al mismo tiempo?

P: No... mi hijo me mandó el Tafil cuando murió mi esposo... lo dejé y me tomé el Diasepan... el Relaxil sólo una vez hace meses. Mi hijo es doctor.

T: Además de tomar pastillas ¿toma alguna otra cosa?

P: Ultimamente me ha dado por tomar para poder dormir. Siento que no es correcto que mis hijos me vean así.

T: ¿Cómo es que la vean sus hijos?

P: Borracha... por un momento siento una falsa alegría.

T: Después ¿qué pasa?

P: Me doy cuenta de que no estoy bien. El domingo tomé y ayer no fui a trabajar porque me sentí muy deprimida.

T: ¿A qué se dedica usted?

P: Soy enfermera y cuido un paciente... Yo critico que la gente tome.

T: ¿Por qué?

P: Mi esposo fué alcohólico muchos años... sufrimos mucho... mi esposo se desobliga de nosotros totalmente.

T: Tanto de usted como de sus hijos.

P: Si... le dije que siguiera tomando y que yo me iba a ir de la casa con mis hijos a Los Angeles... allá tengo familia.

T: ¿Se fué de la casa?

P: No, pero saque mi pasaporte y el de mis hijos... era solo mentira porque yo quería que él cambiara.

T: ¿Qué pasó?

P: El me dijo que no me fuera... no volvió a tomar hasta que falleció.

T: ¿A usted le preocupa volverse alcohólica?

P: Si. Soy hija de padres alcohólicos. Sé que no es justo y me he tomado unas copas. Yo tampoco fumaba y ahora fumo. Mi esposo fumaba. Fumo a escondidas demis hijos, lo hago en el trabajo o con mis amigas.

T: ¿Tiene miedo de que sus hijos la vean haciendo cosas que antes no hacía?

P: Sí, quiero escapar de la realidad.

T: La realidad es demasiado difícil como para sentirse bien en estos momentos ¿no es así?

P: Sí, no estoy nada a gusto ni conmigo ni con lo que hago. Creo que es muy difícil seguir viviendo.

T: ¿Cuánto tiempo llevaba de casada?

P: X años.

T: ¿Ha pensado en morirse?

P: Una vez pensé en quemar mi ropa en la azotea y después tomar pastillas para morirme.

T: ¿Sólo lo pensó?

P: Lo hubiera hecho pero llegó una amiga y se me olvidó. No quiero morirme...

T: ¿No quiere morirse?

P: Mis hijos me quieren mucho... Antes de que mi esposo muriera mi hija tuvo un accidente y murió mi esposo. Sus niños se quedaron sin padre y mi esposo iba a ser su padre. Un hermano mío muy querido murió atropellado... mi padre cumple el sábado otro año más de muerto... No quiero que mis nietos tengan otro golpe, quiero vivir por ellos.

T: ¿Y por usted?

P: Si.

T: Sin embargo no está a gusto con usted ni con lo que hace como tomar pastillas, fumar y tomar... tiene miedo de volverse alcohólica y usted me dice que sabe que ésto no está bien para usted...

P: Tengo miedo de volverme alcohólica porque nunca había tomado y como mis padres fueron alcohólicos... mi madre todavía vive y solo recibí de ella golpes y malos tratos. Yo no le intereso. No me comprende. Me dice que soy mala hija. Siento que mi madre siempre me golpeó.

T: ¿Siempre la golpeó?

P: Sí, yo fui la mayor y para ella fui la sirvienta que le cuidó a sus hijos. Tuvo 12. La veo con miedo de que me regañe y me diga indirectas.

T: ¿Qué tipo de indirectas?

P: Pues que soy mala hija y que... no sé...

T: La escucho angustiada ¿qué pasa?

P: El sábado mi papá cumple otro año y me da miedo y angustia ir a casa de mi madre...

T: ¿Va a ir usted sola?

P: No, van mis cuñadas, con ellas me llevo bien. Quisiera tener una madre comprensiva. He sufrido mucho. Mi hermano el que atropellaron me decía que él me quería mucho... todo se me junta...

T: ¿Hay alguien con usted que la apoye?

P: Mis hermanos hombres me apoyan mucho. Son un amor. Son lo más grande que Dios me ha dado. Por eso quiero vivir... no me quiero morir.

T: ¿Cómo se llama usted señora?.

P: XXXXXX XXXXXX tengo X años.

T: XXXXXX XXXXXX, comprendo bien por lo que está pasando. Hay momentos en la vida en que todo se junta y parece que nunca va a terminar el dolor y el sufrimiento... parece como si sólo pudiéramos ver lo malo y lo bello se escapa de nuestra vista... Sé que es muy difícil continuar adelante cuando se han perdido a tantos seres queridos, pero escucho en su voz esperanza y deseos de vivir, usted quiere que alguien la ayude y el hecho está en que está hablando para recibir ayuda... hay algo en usted que la impulsa a seguir viviendo. Usted continúa viva y hay mucha gente que quiere... sus hijos, sus nietos...

P: Doctora yo estaba en el Seguro Social con una psicóloga, solo fui a 3 consultas porque mi trabajo me impidió seguir asistiendo... sé que esto del teléfono es sólo por teléfono y quiero ir a terapia ¿usted que me aconseja?.

T: XXXXX si usted desea asistir a terapia y cree que ahorita cuenta con el tiempo y con los deseos de asistir puedo proporcionarle unos teléfonos para que vaya a ver a algún psicólogo.

P: Se lo voy a agradecer.

T: Mire, ¿usted por donde vive?.

P: En el sur.

T: (Se le dió dirección y teléfono).

P: Muchas gracias doctora.

T: ¿Ahorita como se encuentra?

P: Ya me siento un poco mejor, acaban de llegar mis hijos y mis nietos... me sirvió mucho platicar con usted... gracias.

T: Gracias a usted XXXXX me gustaría que volviera a llamarme para decirme como está y para saber si se comunicó al teléfono que le di.

P: También me gustaría.

T: Estoy aquí en el siguiente horario (se le da horario). Señora ¿cómo se enteró del servicio?

P: Por una revista que compran mis hijos y otra amiga me lo dió... muchas gracias por escucharme.

T: Para servirle.

P: Gracias, hasta luego.

COMENTARIO.

En estas llamadas se indaga sobre la problemática y se ofrecen las alternativas de solución a ésta, tratando que de acuerdo con el paciente sean las más adecuadas al caso y que en ese momento satisfagan al usuario, después de

esto, lógicamente se les invita a realizar llamadas posteriores para conocer los resultados y de ahí continuar con la terapia, proporcionando el nombre y horario del terapeuta que le atendió. En muchas ocasiones esto no ocurre (llamada posterior), sin embargo, no quiere decir que no haya sido suficiente el servicio al contrario, la persona queda satisfecha con esa llamada y era lo que necesitaba para resolver su problema.

CONSULTA Y SEGUIMIENTO.

PRIMERA LLAMADA.

Duración: 40 minutos.

Terapeuta: Apoyo Psicológico, buenas tardes.

Paciente: Señorita.. mire, yo hablé a finales de abril, entre las 3 y las 7 de la tarde y me atendió una mujer, pero no recuerdo su nombre...

T: ¿Cuál es su nombre?.

P: *****.

T: ¿No recuerda ni siquiera el nombre o las iniciales de quién lo atendió?.

P: ... empezaba con A... Andrea o Adriana... hablé en la tarde.

T: Bueno, está bien, no hay problema... Dígame, ¿por qué llama?.

P: Es que tengo terror de entrar a una iglesia. Ayer que fuimos al centro y pasamos por la catedral empecé a sentirme mal, siento temor sólo de pasar por fuera.

T: ¿Son todas las iglesias?.

P: Sí, sobre todo las antiguas me aterran; sólo entro cuando hay gente... siento como si los santos me fueran a hacer daño; es como si algo me fuera a pasar...

T: ¿Desde cuándo siente esto?.

P: Ya tiene como 4 o 5 años; antes me pasaba pero no tan seguido como ahora.

T: ¿Cuándo se siente menos atemorizado?.

P: Pues me tranquilizo un poco cuando hay gente dentro de la iglesia, me siento más seguro, es que la cara de los santos es la que me asusta; es como si me fueran a lastimar.

T: Y... bueno, ¿de qué forma lo harían?.

P: Es como si fueran a revivir, a tomar vida y hacerme daño o hacer algo malo o darme un susto... hace como medio año tuve un sueño... soñaba que iba de camino a una iglesia, era una iglesia grande con una puerta pequeña, en la entrada

había una Virgen de Guadalupe y era la misma sensación de cuando entro a una iglesia; ya dentro iba caminando por el pasillo sintiendo que los santos me iban hacer algo, entonces caí de rodillas gritando "no me hagan nada, por favor", la gente que estaba adentro me miraba, después salí corriendo y ya fuera me sentí a salvo.

T: ¿Y son todas las caras o de algunos santos en particular?

P: Sí, todas las iglesias me dan temor; sobre todo las que son muy viejas, como la Catedral o las del centro... Por donde vivo si hay iglesias pero es menos el miedo, como que me dan más confianza...

T: ¿Son únicamente las imágenes de las iglesias o hay otras que también lo asusten?... no sé... estatuas o pinturas.

P: No, solamente las de las iglesias, sobre todo las que están adentro.

T: Bueno y ¿cómo lo agredrían?

P: No se... es como si me miraran fijamente y luego cobraran vida. A veces también siento como si, no se... los candelabros o las lámparas o algo que estuviera colgando del techo me cayera encima.

T: ¿Y cómo cree que caerían?

P: Caerían así de repente, cuando estoy junto a las cosas y las observo... siempre tengo la impresión ahí dentro de que todo me observa, me siento encerrado.

T: ¿Se siente así en otros sitios?

P: No, solo en las iglesias.

T: ¿Hace cuanto que experimenta esta sensación?

P: Tendrá 4 o 5 años.

T: ¿Cuándo fué la primera vez que se sintió así?

P: Me acuerdo que fué en Chicago, cuando fui a Estados Unidos. Yo en esa época no encontraba trabajo, era una situación desesperante, me sentía muy mal. Cerca de donde vivía había una iglesia muy grande, la puerta principal estaba cerrada, le di la vuelta y había una puerta más chica, que era una entrada lateral; iba saliendo una señora y le pregunté si podía entrar, me dijo que sí. Ya adentro me acuerdo que había una Virgen de Guadalupe en un costado. Seguí caminando por el pasillo al altar principal, me empecé a asustar pero seguí caminando. a iglesia estaba vacía, no me pude concentrar para empezar a rezar, empecé a sentir cada vez más temor; finalmente salí y me sentí mucho mejor, más aliviado.

T: ¿Su familia es religiosa?

P: Pues no, no mucho. Somos católicos pero no vamos muy seguido a misa y ese tipo de cosas.

T: ¿Qué edad tiene?

P: ++ años.

T: Y hoy en particular ¿por qué llamó?

P: Es que ayer fuimos a la catedral en el centro y me volvió a suceder lo mismo.

T: ¿A qué hora fueron?

P: Como a las 3 de la tarde.

T: Y ¿volvió a sentirse atemorizado?

P: Sí, bastante; desde ayer no estoy tranquilo.

T: Y en esta ocasión ¿qué fue lo que más le asusto?

P: Pues no sé... lo de siempre, la cara de los santos.

T: ¿Por donde vive?

P: Por el metro X.

T: ¿Tiene actualmente trabajo?

P: Sí.

T: Y ¿cómo se ha sentido desde ayer?

P: Pues mal señorita, me siento con miedo, tengo temor de que algo me pueda pasar, no puedo aceptar el poder de Dios.

T: ¿Perdón?

P: Digo... este... yo no sé porque no puedo acercarme a Dios, ni estar en su casa. Cuando ando en el metro o en la calle siempre ando preocupado.

T: ¿Le importaría si me contesta algunas preguntas?

P: Sí, dígame.

T: ¿Cuál es su dirección?

P: XXXXXXXX.

T: ¿A qué se dedica?

P: Soy

T: ¿Hasta donde estudió?

P: Terminé la, pero ya después no seguí estudiando... ahorita estoy haciendo la abierta.

T: ¿Es usted soltero?

P: ¿Eh?, sí.

T: ¿En donde nació?

P: En el D. F.

T: ¿Con quién vive?

P: Con mis papás.

T: ¿Tiene hermanos?

P: Sí, somos ..., yo soy el segundo.

T: Bien, son todas las preguntas, le recomiendo llame a los siguientes teléfonos... o visite los siguientes lugares para pedir una cita y sea atendido ahí, ya que la atención que recibirá será mejor para el problema de usted. También

me gustaría me llame después para ver que es lo que ha sucedido, si lo atendieron o si es necesario le proporcione otros sitios.

Mi nombre es y estoy para atenderle de a los días....

P: Gracias señorita, yo vuelvo a llamar.

T: Para servirle.

SEGUNDA LLAMADA.

Duración: 20 minutos.

Terapeuta: Apoyo psicológico, buenas tardes.

Paciente: Buenas tardes señorita, habla

T: ¿Cómo ha estado?.

P: Me siento bien, al menos por el día de hoy.

T: ¿Por el día de hoy?.

P: Pues sí, porque mañana quién sabe; puede ser que esté bien o mal, no lo sé.

T: ¿Recuerda lo último que hablamos?.

P: Pues más o menos.

T: Mire, ya investigué quién le había atendido la primera vez y fué la psicóloga *****

P: A que bien!, pero a ella sólo le he llamado una vez, y quisiera seguir platicando con usted. Mire, lo que pasa es que yo tengo más tiempo para llamar en la tarde y parece que la señorita está en la noche y yo no puedo llamar a esa hora.

T: Esta bien. Oiga ¿qué pasó con las direcciones y teléfonos que le dí?, ¿llamó o acudió?.

P: No, es que yo trabajo de lunes a viernes y cuando yo puedo, que son los fines de semana, parece que ellos no trabajan esos días, pero la verdad no he ido.

T: ¿A qué se refiere con no puedo?.

P: Bueno es que yo... yo si llamé, pero en uno sonaba ocupado y en el otro no era el teléfono que usted me dió.

T: ¿A qué teléfonos marcó?.

P: En X-XX-XX-XX sonaba ocupado y en X-XX-XX-XX no contestaban o me decían que era otro lado.

T: El segundo teléfono está mal en el último número, el correcto es X-XX-XX-XX , y le voy a dar otro número para que logre comunicarse al primer sitio, es X-XX-XX-XX.

P: El problema es que yo trabajo de 8:00 A.M. a 6:00 P.M. y luego me voy a la escuela.

T: ¿Qué estudia?

P: La abierta, ya se lo había comentado, ¿no?

T: Sí, efectivamente, Yo creo que cuando usted hable con un terapeuta se podrán poner de acuerdo. La situación puede ser más flexible.

P: Me sigo sintiendo mal cuando paso por una iglesia. Ayer fui al Zócalo y quise entrar a una iglesia, es una iglesia que está cerca de un parquecito. No recuerdo su nombre... es una que se está sumiendo... quise entrar, armarme de valor para entrar... me detuve un rato cerca de la entrada tratando de controlar mi miedo... había un señor en la puerta y le pregunté si había gente, me dijo que no, no había casi nadie... el señor de la entrada me miraba extrañado porque yo no me decidía a entrar y, finalmente, se rió de mí porque no pude entrar... quise intentarlo pero no pude.

T: ¿Por qué no intenta acercarse un poco hasta donde no se sienta amenazado y detenerse ahí un rato?. Esto lo podría hacer varias veces en diferentes ocasiones y puede ser que vaya venciendo, poco a poco, el miedo.

P: Sí, puede ser, oiga ¿ya le había dicho que soy casado?

T: No, no me había dicho eso, usted me dijo que era soltero.

P: Bueno, estoy casado pero ahorita estoy separado.

T: ¿Desde cuándo?

P: Tendrá como **** meses.

T: Oiga, ¿qué hace?. ¿Está de pie?, lo escucho un poco mal.

P: Ah!, disculpe, es que estoy comiendo un sandwich.

T: Provecho.

P: Gracias... Mire, dejeme platicarle porque necesito contarle lo que he vivido. Yo tuve un padre alcohólico, que falleció por lo mismo... soy el mayor de () hermanos, eso creo que ya se lo había dicho... siento que no viví una niñez como a mí me hubiera gustado... fui humillado y me golpeaban mucho... yo me acuerdo que cuando estaba chico veía cuando llegaba mi papá con sus amigos, ya bien noche, y levantaba a mi mamá para que los atendiera y como venía tomado luego la humillaba enfrente de ellos; yo luego me quería meter pero salía perdiendo porque también me tocaba a mí... yo siento que fue una infancia de mucha soledad, me hizo falta amor. Me acuerdo que era muy tímido, siempre me sentaba hasta atrás en el salón de clases y siempre tenía temor de que el maestro me preguntara... siempre me sentía incómodo, no sé, a lo mejor era envidia porque veía a mis compañeros cuando sus papás los iban a dejar o a recoger a la escuela, y yo veía que los trataban diferente, que los querían, que no los trataban como a mí... me acuerdo que yo escogía a mi propia familia... veía a alguna señora en la calle y decía 'esa señora me gustaría que fuera mi mamá' o "ese señor me gustaría que fuera mi papá"; todo eso mentalmente me hacía sentir mal... mi mamá me golpeaba mucho y aunque los

vecinos le decían que ya no lo hiciera, porque ella nos pegaba donde fuera, a ella no le importaba. Yo le tengo resentimiento a mi mamá porque era muy mala, yo entiendo seguramente estaba muy sola, pero yo me la pasaba chillando, no me sentía entre familia, como si esa no fuera mi casa; además, siempre mis hermanos y yo nos estábamos peleando... ya más grandecito me la pasaba más en la calle que en la casa... empecé a tomar.

T: ¿Qué edad tenía?

P: Tendría unos 16 o 18... andaba con los amigos para todos lados, empezábamos a tomar en bola... me sentía más contento con ellos... después me fui a Estados Unidos.

T: ¿Cuántos años tenía?

P: Cuando me fui a Estados Unidos tenía como 19 o 20..

T: ¿Cómo decidió o qué lo orillo a irse?

P: En los Chicago vive un hermano de mi papá, un día llegó una carta de él, que si quería ir para allá él me ayudaba; yo quería salir de pobre, tener más dinero y ayudar a mi familia económicamente, pero después que me fui para allá me fue muy mal, estaba desesperado, no encontraba trabajo, pensaba cosas feas, como si les fuera a pasar algo... después de eso le entre a la droga... Ya después regresé a México, me estuve mucho tiempo sin trabajar, me seguí drogando y andaba con la banda y con la pandilla, en ese tiempo conocí a

mi esposa, pero la familia de ella, sobre todo su mamá, trató de apartarnos, ella no me quería... mi esposa y yo tuvimos relaciones y nació mi primer hijo.

T: ¿Se casaron antes o después de que naciera el niño?

P: No, nos casamos antes; bueno, más bien nos casaron.. yo no quería casarme por la iglesia pero la mamá de ella dijo que nos teníamos que casar por las dos leyes... yo no quería a mi esposa... no estaba seguro de que la quisiera, teníamos muchos problemas entre nosotros, aún así nos casamos... después la empecé a celar bastante, la insultaba, le decía que el niño no era mío, sentía rencor a su familia y la molestaba con eso, le decía que era de lo peor, que su mamá era una prostituta... la empecé a golpear... y me siento tan mal...

T: ¿Se arrepiente de lo que hizo?

P: Sí, solo de recordar las cosas que hice, fueron puras estupideces, no respondí como hombre... repetí lo que mi papá hizo con mi mamá, hice lo mismo con mi familia... estoy arrepentido... y ahora estoy luchando para demostrarle a ella que estoy cambiando, para que tenga confianza en mí.

T: ¿Frecuenta a su esposa?

P: Sí, incluso yo siento que ya no es igual que antes, yo antes cuando la conocí, la celaba, pero no tanto, fue poco a poco creciendo mi inseguridad y la celaba cada vez más, cuando íbamos por la calle y volteaba a ver algo, yo creía que miraba a otro chavo, incluso cuando estaba embarazada, no me importaba

gritarle ni pegarle en la calle... después de que nació la niña fui dando más protección y atención a mi hija que al niño, que es el mayor; eso a ella le disgustaba mucho... yo al humillarla gozaba con eso, era como saber que ella me quería y aunque yo le hiciera lo que fuera, no me iba a dejar. Después de un pleito ella se fue de la casa.

T: ¿Por cuánto tiempo?.

P: Como por una semana... en ese tiempo yo la dejaba seguir estudiando para demostrarle que no me encelaba, que yo iba a cambiar; incluso estuve yendo a Neuróticos Anónimos. Fui a uno, cuando entre me dieron un folleto que tenía unas preguntas para saber si me quedaba o no... Ella creyó en mi pero seguía teniendo problemas con su familia. Estuve bien un mes pero al siguiente ya estaba igual que antes... la vez que discutimos y que fue la gota que tiro el vaso fue una vez que unas amigas suyas la invitaron a una despedida de soltera... Haber, permítame tantito.

(El paciente deja la bocina, se escucha ruido y conversaciones de gente; posiblemente llegaron visitas. Sorpresivamente colgó).

NOTA: El paciente referido en este caso, después de esta llamada, no realizó alguna otra o por lo menos no en el tiempo en que este caso fue revisado e incluido en este trabajo.

COMENTARIO.

En este tipo de llamada, al igual que en canalización y consulta, las preguntas están dirigidas a conocer si el paciente ha tenido algún otro contacto terapéutico, para saber si éstas han sido suspendidas y el motivo, o si continúa con éste, ya que si fuera el último caso se le invita a que continúe con su terapia porque si el servicio fuera simultáneo se entorpecería el trabajo de ambos terapeutas e incluso esta situación causaría conflicto y confusión en el paciente. Las preguntas posteriores van dirigidas principalmente a las conductas y estados emocionales que están propiciando la situación actual, concretándose a conocer los estímulos y las respuestas que están presentes en dicha situación, para de ahí poder intervenir con alternativas que modifiquen a éstas.

METODOLOGIA.

Sujetos: 150 personas que habían utilizado el servicio de SAPTEL dos o más veces. Cabe aclarar que de una población total de 1000 llamadas registradas (desde octubre de 1992, hasta marzo de 1993) 200 de ellas presentaban las características necesarias para contemplarse dentro de la muestra; dichas características eran: tener registrado un segundo contacto con SAPTEL en términos de consulta y además que hayan proporcionado su número telefónico. Finalmente la muestra se registró en 150, ya que 50 de los números telefónicos proporcionados eran erróneos.

Materiales: bolígrafos y lápices.

Instrumentos: cuestionarios (anexo 2), los cuales tenían como fin conocer la opinión de los usuarios de SAPTEL sobre el servicio proporcionado.

Aparatos: 2 teléfonos.

Tipo de estudio y diseño: el estudio de esta investigación es exploratorio, descriptivo, teniendo un diseño no experimental, transeccional.

A continuación se explica:

Los estudios exploratorios se efectúan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiada o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que

únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Se caracterizan por ser más flexibles en su metodología. Así mismo, implican un mayor "riesgo" y requieren gran paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador.

En cuanto al diseño se considera no experimental ya que no se manipulan deliberadamente variables, lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlo no se construye ninguna situación.

Finalmente, el diseño transeccional descriptivo tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o generalmente más variables y proporcionar su descripción; son estudios puramente descriptivos que cuando establecen hipótesis éstas son también descriptivas (Hernández y cols. 1991).

Procedimiento: éste consistió en llevar a cabo la encuesta telefónica a la muestra total registrada (150 personas) y se realizó de la siguiente manera; paso 1: primeramente a través de el número telefónico se contactó con el paciente. Paso 2: en éste se realizó una secuencia que contenía lo siguiente; a) saludo: (buenos días, buenas tardes o buenas noches); b) se pregunta por la persona (registrada en la población). En la mayoría de los casos fue posible encontrar a la persona en ese primer contacto y en algunos otros no ocurrió

así, por lo general se tuvo que realizar una segunda llamada de acuerdo al horario que proporcionaba la persona que contestaba; c) presentación: al contactar al paciente se le decía "habla la psicóloga X, del sistema de apoyo psicológico por teléfono"; d) explicación: se le explica que se realizaba una encuesta telefónica sobre el servicio brindado en SAPTEL y se le pide su autorización y cooperación para llevarla a cabo; e) aplicación: es éste punto se realiza la aplicación del cuestionario. Paso 3: se agradeció el tiempo y la participación prestada para la realización de la encuesta.

RESULTADOS.

Los resultados encontrados a través de la encuesta telefónica se obtuvieron de la siguiente manera: primeramente, una tabla de puntajes totales por medio de las respuestas obtenidas los cuales se muestran en la tabla I. De acuerdo a una escala de 10 ítems, donde el puntaje máximo son 30 puntos y el mínimo 10; obteniendo 7 intervalos de 10 a 12, de 13 a 15, de 16 a 18, de 19 a 21, de 22 a 24, de 25 a 27 y de 28 a 30.

Sin embargo al no tener registrada frecuencia alguna en los cuatro primeros intervalos se eliminaron y se trabajo con los de 22 a 24 significando satisfacción menor; 25 a 27 indicando satisfacción no completa o regular y de 28 a 30 mostrando satisfacción total.

Se obtuvo la frecuencia y porcentaje de cada intervalo, lo cual esta registrado dentro de la tabla II. Por medio de todos estos datos fue posible realizar la distribución de frecuencia y plasmarla en la figura 1.

La curva obtenida en términos a la satisfacción registrada hacia el servicio, muestra que 135 personas (90%) reportan una elevada satisfacción con respecto al servicio que les proporcionó SAPTEL; una cantidad pequeña de 12 personas (8%) reportan que existe satisfacción aunque en algunos aspectos no fue lograda totalmente y finalmente se puede observar que sólo 3

personas (2%) reportan una satisfacción menor en comparación con los otros dos rangos.

Para los "por ques" de cada pregunta se elaboraron categorías resultantes de la revisión de cada uno de los cuestionarios y a través de las respuestas se crearon tres categorías para cada pregunta. En la figura 2, se muestran los totales obtenidos para cada una de las preguntas que presentaban una respuesta abierta.

Con respecto a la importancia del servicio proporcionado, 125 personas (83.33%) manifestaron su satisfacción por la ayuda y apoyo recibido por parte del psicólogo (A); 22 personas (14.66%) porque se invierte poco tiempo y dinero (B) y 3 personas (2%) porque es de fácil acceso a un psicólogo (C).

En cuanto a la utilidad del servicio prestado, 122 personas (81.33%) manifestaron su satisfacción porque la ayuda es inmediata (A); 18 personas (12%) porque existe orientación y resolución de problemas (B) y 10 personas (6.6%) porque las escucharon (C).

Dentro de la motivación para realizar más de una llamada, 120 personas (80%) manifestaron que es por la preparación y atención del psicólogo (A); 25 personas (16.66%) por el apoyo y confianza que le transmitió el terapeuta (B) y 5 personas (3.33%) por la accesibilidad de horario y costo (C).

Con respecto a los cambios presentados a partir del contacto de la persona con SAPTEL 115 de ellas (76.66%) mencionaron que existió una motivación para reflexionar y resolver el problema (A), 21 personas (14%) por que las tranquilizaron (B) y 14 personas (9.33%) porque les escucharon (C).

En cuanto a la efectividad de la terapia en SAPTEL, 80 personas (53.33%) mencionaron que es lo mismo que ir a un consultorio psicológico con la ventaja de no tener que hablar frente a frente (A); 58 personas (38.66%) dijeron que por la accesibilidad de tiempo y dinero (B) y 12 personas (8%) porque pudieron desahogarse (C).

Dentro de la consideración de SAPTEL como una ayuda para los problemas psicológicos o crisis emocionales; (A) la atención y ayuda prestada por el psicólogo fue la satisfacción registrada por 117 personas (78%), 18 personas (12%) mencionaron la disminución de sus conflictos emocionales (B) y 15 personas (10%) manifestaron que sí, aunque depende de problema (C).

Finalmente, en cuanto a la recomendación del servicio a familiares o amigos, 114 personas (76%) expusieron que sí por el profesionalismo para resolver los problemas (A); (B) por su fácil acceso y costo 26 personas (17.33%) y 10 personas (6.66%) por la disposición que tiene.

TABLA I

PUNTAJES TOTALES DE CADA SUJETO

SUJETO	TOTAL												
1	30	25	30	49	28	73	27	97	28	121	30	145	29
2	27	26	28	50	30	74	28	98	30	122	30	146	30
3	27	27	30	51	30	75	29	99	30	123	29	147	30
4	29	28	30	52	30	76	27	100	30	124	30	148	30
5	30	29	26	53	30	77	30	101	30	125	30	149	30
6	30	30	30	54	30	78	27	102	28	126	30	150	28
7	29	31	30	55	25	79	30	103	29	127	30		
8	30	32	29	56	30	80	27	104	29	128	28		
9	30	33	30	57	30	81	30	105	30	129	29		
10	29	34	30	58	30	82	30	106	30	130	29		
11	30	35	30	59	30	83	23	107	29	131	30		
12	30	36	30	60	30	84	30	108	30	132	27		
13	30	37	27	61	30	85	29	109	30	133	30		
14	28	38	29	62	30	86	30	110	29	134	29		
15	30	39	30	63	38	87	30	111	30	135	30		
16	29	40	30	64	30	88	28	112	30	136	30		
17	30	41	30	65	30	89	30	113	30	137	30		
18	29	42	29	66	30	90	29	114	30	138	28		
19	30	43	29	67	30	91	30	115	28	139	30		
20	24	44	30	68	30	92	30	116	29	140	30		
21	30	45	30	69	30	93	23	117	29	141	30		
22	30	46	29	70	30	94	30	118	30	142	29		
23	30	47	26	71	30	95	26	119	30	143	30		
24	30	48	30	72	28	96	30	120	29	144	30		

TABLA II. Frecuencia y porcentaje obtenido para cada intervalo.

INTERVALO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
22 - 24	3	2%
25 - 27	12	8%
28 - 30	135	90%

FIGURA 1
Distribución de Frecuencia Obtenida

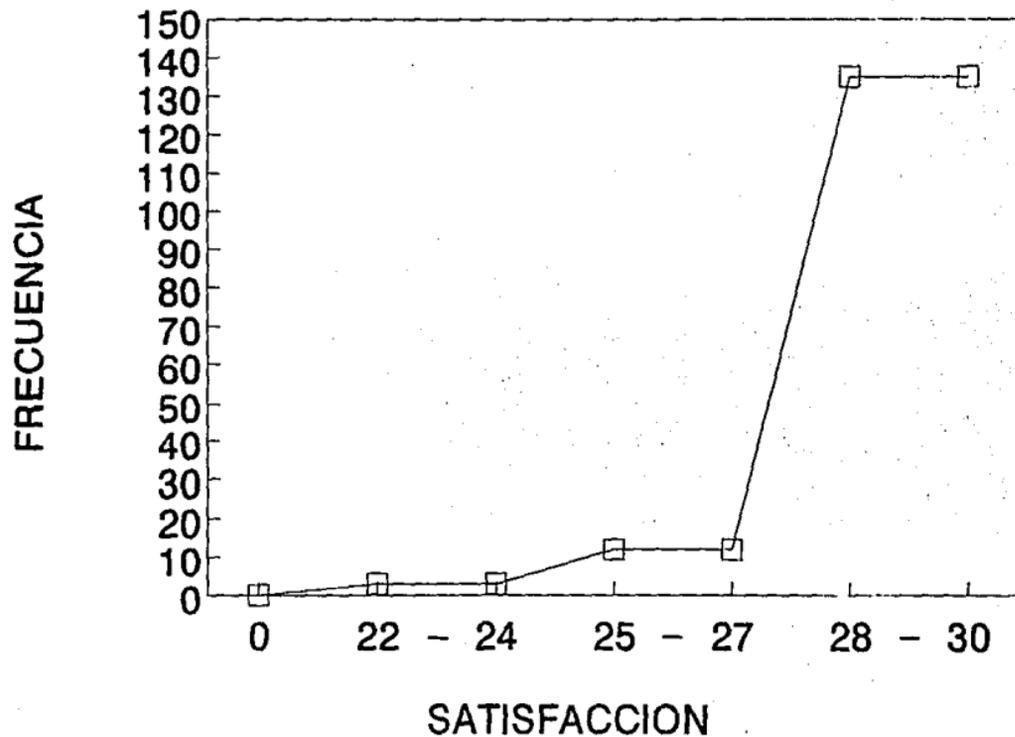
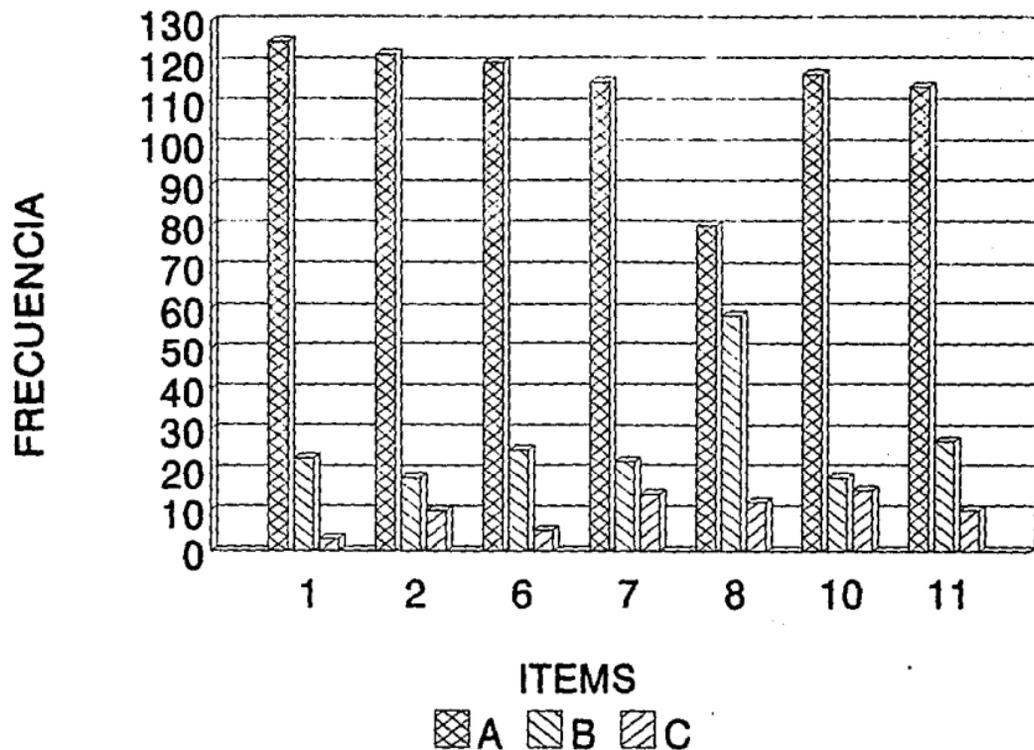


FIGURA 2
Frecuencia de los Porques



DISCUSIÓN.

De acuerdo a los resultados ya presentados y en relación con el marco de referencia inicial se pueden establecer los siguientes puntos:

En general el servicio de terapia psicológica por teléfono ha tenido gran aceptación en la población y no sólo aceptación, sino también ha dejado gran satisfacción en las personas usuarias que así lo reportan, lo cual se corrobora con los resultados obtenidos a través de la encuesta telefónica.

De acuerdo a los valores manejados para el análisis de resultados, se puede observar que en el rango de 22 a 24 sólo 3 personas reportaron una baja satisfacción, así como 22 personas registradas en el rango de 25 a 27 manifiestan satisfacción moderada; reportan esta satisfacción posiblemente porque algunos aspectos dentro de la comunicación, resolución de problemas, el deseo del paciente de un terapeuta del mismo sexo a él, entre otras no cumplieron las expectativas que el usuario deseaba. Sin embargo, 125 personas manifestaron su satisfacción total por el servicio proporcionado, lógicamente porque todas sus expectativas y aspectos desarrollados en la intervención se cumplieron favorablemente.

Como se observó, un gran número de personas reportaron una satisfacción completa por la terapia telefónica, lo cual no está estrictamente relacionado con el tipo de postura psicológica seguida por el terapeuta. Sin

embargo, en el trabajo desarrollado en este sistema por las autoras, bajo la postura cognitiva-conductual con el modelo secuencial integrativo, se lograron rápidos y efectivos resultados.

CONCLUSIONES.

La intervención en crisis es una forma de terapia que no sólo se limita a clínicas o consultorios psicológicos, sino que su intervención se ha podido ampliar, como se muestra en este trabajo a través de la consulta telefónica, apreciando esta como una alternativa para el psicólogo y la comunidad.

Esta alternativa terapéutica contempla ventajas importantes a la población beneficiada como: el acceso a una consulta o terapia psicológica a aquellas personas de escasos recursos que al requerir este tipo de servicio no cuentan con ingresos económicos suficientes, y como ya se reviso para la utilización de este servicio su costo se limita solamente al pago de la llamada. Asimismo, debe resaltarse la alta accesibilidad que representa ya que puede realizarse la llamada en el momento requerido por la persona debido a su funcionamiento las 24 horas del día, los 365 días del año.

Esta consulta telefónica se realiza de manera similar a la consulta cara a cara con la excepción de que el psicólogo proporcionante de la terapia por teléfono deberá poner especial atención en el tono de la voz, llantos, manera de expresarse, vocabulario, silencios, muletillas, tartamudeos, etc., del paciente, tal como lo haría el psicólogo en una terapia cara a cara con todo el conjunto de la conducta no verbal del paciente como: gestos, posiciones, movimientos de manos o piernas, etc.

El terapeuta que interviene en situación de crisis tiene la necesidad de conocer el proceso de su trabajo en dos direcciones: a) averiguar si el terapeuta ha llevado a cabo su labor de una forma satisfactoria proporcionando ayuda al paciente y b) tener una retroalimentación. Sin embargo, para llevar a cabo lo anterior es necesario contar con la autorización del paciente para realizar un seguimiento, no obstante en algunas o muchas ocasiones esto no puede realizarse debido a que las personas no conceden la autorización o los datos proporcionados son falsos (en este caso número telefónico) como sucedió en algunos casos de este estudio.

Se puede decir que las principales satisfacciones de los usuarios giran en el profesionalismo de los terapeutas, su apoyo y ayuda en la resolución de problemas, así como el bajo costo y accesibilidad de horario en el servicio.

Por lo antes mencionado, es necesario decir que los objetivos planteados en este trabajo han sido cumplidos en primer lugar sobre lo reportado por los usuarios respecto al servicio manifestando satisfacción total una gran parte de ellos, lo cual nos dice que realmente es efectivo este tipo de servicio y por lo tanto útil a la población solicitante. En cuanto a la alternativa para el psicólogo clínico es importante mencionar, si este sistema de apoyo telefónico tiene aceptación y proporciona ayuda satisfactoria a los usuarios necesariamente constituye una alternativa para el desarrollo profesional del terapeuta que interviene en situaciones de crisis.

A lo largo del desarrollo de este trabajo, se encontraron importantes y satisfactorios resultados, sin embargo, cabe señalar que se encontraron 2 limitaciones. La primera de ellas fue que varios de los números telefónicos fueron falsos, lo cual redujo la muestra registrada en un principio; la segunda es la información proporcionada por los encuestados, ya que no es posible verificar la veracidad de la información proporcionada.

Es importante ampliar las investigaciones en este campo, porque debe hacerse notar que esta apenas van comenzando. El presente trabajo da pie a iniciar nuevos estudios: por ejemplo, se pueden conocer los diferentes enfoques de trabajo y analizar que tipo de aproximación teórica tiene mayor rapidez y eficacia en la resolución de problemas; otro aspecto sería conocer cuales personas son las que obtienen mayor satisfacción hombres o mujeres; conocer si la edad de los usuarios es un factor importante, entre otros aspectos que pueden estudiarse para ampliar las investigaciones en este campo, las cuales seran de gran utilidad para los terapeutas al proporcionar el apoyo demandado.

30. ILUSIONES/ESPECÍFICA 103
31. ALUCINACIONES/ESPECÍFICA 104
32. COLORES/ESPECÍFICA 105
33. PARANESTIAS 106
34. IDEAS DE PERSECUCION 108
37. CIRCONFUSIVAS 110
38. AMESIA 111
40. FENOMENO DE LO YA VISTO 113
62. OTRAS/ESPECÍFICA 115
63. TRANSFORMOS DE LA ORIENTACION 116
65. INTELIGENCIA 119
67. SINTOMAS SOMATICOS 120
68. FATIGA 122
71. HIPOTONIA 124
73. DISPERCION DE LA CONCENTRACION 125
75. IDEAS DEPRESIVAS 128
54. IDEAS DE DAMNEDA 127
56. DESPERSONALIZACION 129
59. HIPOPRESIAS 132
61. FENOMENO DE LO NUNCA VISTO 134
64. ATENCION Y CONCENTRACION 137
66. RECONOCIMIENTO DEL GRADO DEL PROBLEMA 139
68. APORTE DE ATENCION EN FUNCIONES CORPORALES 121
70. ALTERACIONES EN EL SUEÑO 123
72. IRRITACION 125
74. ANIMO DEPRESIVO 127
76. ANGUSTIA 129

77. FODIAS 130
79. DESPERSONALIZACION 132
81. CALIFICACION GLOBAL DE SEVERIDAD 134
82. DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE AQUELLO CON LA 9ª. CLASIFICACION PARA LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA O.M.S. 135 136 137 138 139
83. DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE AQUELLO CON EL D.S.M. III 140 141 142 143 144
84. DIAGNOSTICO AGREGADO DE LA O.M.S. 145 146 147 148 149
85. DIAGNOSTICO AGREGADO DEL D.S.M. III 150 151 152 153 154
86. TIPO DE RESPUESTA-REACCION DEL TERAPISTA 155
89. CATARSIS 157
90. RAPPORT 159
92. NUMERO DE TARJETA 161
94. CLAVE 2 166 168 170 171 172 173
96. TERAPIA DE DENSIBILIZACION 175
98. TECNICAS DE AUTOPROTECCION 177
100. ENSAYO INDICATIVO 179
78. OBSESIONES Y COMPULSIONES 131
80. CREDITIBILIDAD DE LA INFORMACION 133
87. EXPERIENCIA PSICOTERAPEUTICA 156
89. ADECCION 158
91. TERAPIA DE APOYO 160
93. CLAVE 1 162 163 164 165 166 167
95. TERAPIA DE RELAJACION 174
97. TERAPIA EDUCATIVA 176
99. EJERCICIO FISICO 178
101. ANIMO SATISFECHO TELEFONICO 180

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 2.

Cuestionario aplicado a la muestra elegida.

1.- Considera importante este tipo de servicio?, Por qué?

Respuesta: Si (3) Regular (2) No (1).

2. Le fué de utilidad el servicio prestado?, Por qué?

Rs.: Si (3) Regular (2) No (1).

3. Cuando tuvo la necesidad de llamar se le dió la atención adecuada.

Rs.: Si (3) Regular (2) No (1).

4.- La ayuda recibida le fue de utilidad?

Rs.: Si (3) Regular (2) No (1).

5.- De manera momentánea o aún le sigue siendo útil?

Rs: Sigue siendo útil(3) Momentanea (2) No fué útil (1)

6.- Qué le motivó a realizar más de una llamada?

7.- Podría decir que se presentó algún cambio a partir de su contacto con SAPTEL?, Por qué?

Rs.: Si (3) Regular (2) No (1).

8.- Considera que el llevar a cabo una terapia en SAPTEL es efectivo?, Porqué?

Rs.: Si (3) Regular (2) No (1).

9.- Cómo considera la preparación y la forma de atención del terapeuta que le proporcionó el servicio?

Rs.: Si (3) Regular (2) No (1).

10.- Considera que SAPTEL es realmente una ayuda para los problemas psicológicos o crisis emocionales?, Por qué?

Rs: Si (3) Regular (2) No (1).

11.- Usted le recomendaría a familiares y/o amigos el uso de SAPTEL?, Por qué?

Rs.: Si (3) Regular (2) No (1).

REFERENCIAS.

- AGUILAR, A (1992), "SAPTEL. Los reclamos de los suicidas",
El Herardo, México, D. F., Año XXVIII, No. 9725.
11-Noviembre, diario, p.p.
- ARMENDARIZ, J. (1993), "En el 395-11-11 desde octubre
funciona el servicio de apoyo psicológico por teléfono"
Tiempo libre, Revista, 8 al 14 de julio, p.p. 52.
- BALDWIN, B. (1979), "Crisis intervention: An overview of
theory and practice, The counseling psychologist, p.p.
43-52.
- BELLAK, L. y SMALL, L. (1970), Psicoterapia breve y de emer-
gencia, segunda edición, Pax, México, p.p. 1-37.
- BLOOM, B. (1977), Definitional aspects of the crisis concep
In H. J. Parad (Ed). Crisis intervention: Selected
readings. New York: Family Service Association of America.
- BUHLER, K. (1972), Crisis en Psicología, Madrid, Morata,
p.p. 253.
- BUSTOS, L. (1989) Sistema de apoyo psicológico por teléfono:
motivo de consulta, TESIS U.N.A.M. México, p.118.
- BUTCHER, J. (1978), Handbook of reseach methods in clinical

psychologi, New York, J. Wiley, p. 728.

BERNSTEIN, D. (1986), Introducción a la Psicología Clínica

México, Mc Graw-Hill, p. 662.

BLUM, A. D. y CORNELIUS, R. P> (1986), "An evaluation of the

Differences in Counseling Style Between Novices and

Experienced Telephone Counselors", Crisis Intervention,

Western Illinois: Vassar College, (Search from the

Psycinfo Database, 1986, 67 - 86, July, Resumen No. 72-

12741).

CAPLAN, G. (1961), An approach to community mental health New

York: Grune y Stratton, p. 543.

CAPLAN, G. (1964), Principles of preventive psychiatry, New York, Basic

books, p. 300.

CAPLAN, G. (1966), Principios de psiquiatría preventiva Buenos Aires,

Paidós, p. 306.

ERIKSON, E. H. (1963), Growth and crises of the health personality.

In identity and the life cycle: Selected papers, Psychological Issues. 1 (1), p.p.

50-100.

FERNANDEZ BALLESTEROS y CARROBLES (1979), Los métodos en

evaluación conductual Madrid, p. 81.

GAITAN, A. (1993), "Tratamiento, seguimiento y canalización en psicoterapia breve y de emergencia por teléfono",

Primer Encuentro sobre Psicología de Emergencia en México,

México, mayo.

GARCIA, E. (1992), "Cruz Roja Mexicana, Servir Mejor", Nuevo Siglo,

p.p. 36-37.

HERNANDEZ, R., FERNANDEZ, C. y BAPTISTA, P. (1991),

Metodología de la investigación, México, Mc Graw-Hill.

p. 505

HOLMES, D. y MASUDA, A. (1973), Psychotherapy: Experience behavior mentation, communication, culture, sexuality and clinical practice, Boston, Little Brown, p. 1077.

KNICKERBOCKER, D. y MC GEE, R. (1976), "Clinical Effectiveness of non Profesional Telephone Workes in a Crisis Intervention Center", en la obra de Lester y Brockopp (edit). Crisis Intervention and Counseling byTelephone, Springfiel, Illinois: Charles, C. Thomas Publisher.

KOLB, L. (1983), "Psiquiatría Clínica Moderna", México,La

Prensa Médica Mexicana, sexta edición, p. 850.

KOLB, L. (1987), Psiquiatría Clínica, México, Interamericana
sexta edición, p. 850.

LEVI, L. (1988), Society, stress and disease, Oxford. Oxford

LINDEMANN, E. (1964), "Symptomatology and management of acute grief", In H. J. Parad (Ed). Crisis intervention: Selected readings. Reprinted from American Journal of

Psychiatry. p. 101.

MACKINNON, R. (1988), Psiquiatría Clínica Aplicada, México, Interamericana. p. 432.

MARQUEZ, O. (1993), Desastres: Efectos psicosociales y alternativas de intervención (vivencias técnicas y humanas del terremoto de 1985 en la clínica de la Ampag), Universidad Autónoma del Estado de México, México, primera edición, p. 325.

MASLOW, A. (1974), La amplitud potencial de la naturaleza humana, Trillas, p. 540.

MOSS, R. (1976), The Human Context Environmental Determinants of Behavior, U. S. A. Ed. Wiley- Interscience Publication, p. 444.

NUESTRA IMAGEN (1992), "Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono", Revista, Vol. 2, No. 2, bimestral, septiembre-octubre, p.p. 4-7.

PANCHERI, P. (1982), Manual de psiquiatría clínica, México, Trillas, p. 392.

- ROGERS, C. (1971), Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría, Buenos Aires, Paidós, p. 459.
- ROGERS, C. (1978), Orientación Psicológica y Psicoterapia: Fundamentos de un enfoque centrado en la persona, Madrid, Narcea, p. 359.
- SLAIKEU, K. (1988), Crisis Intervention: a handbook for practice and reseach, segunda edición, Boston: Allyn and Bacon, p. 519.
- SLEM, C. (1973), "Crisis Phone Services: Evaluation of a Hotline Program", American Journal of a Community Psychology, p.p. 219-227.
- SULLIVAN, H. (1972), La entrevista psiquiátrica, Buenos Aires, Psique, p.p. 20-33.
- WEBSTER, C. (1974), Formas del pensamiento, Buenos Aires, Paidós, p. 134.