

237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"EL EXAMEN MENTAL A TRAVES DEL SISTEMA DE
APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

DANIEL VILLORES GARCIA
AUTONOMA DE MEXICO.



DIRECTOR: DANIEL VILLORES GARCIA Y SANCHEZ NAVARRO

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este trabajo:

En primer lugar a mis padres quiénes son los pilares de mi formación espiritual, moral y académica.

Al Dr. Julian M. Gregor por sus valiosos consejos y sugerencias.

A la Dra. Emilia Lucio por sus observaciones y sugerencias así como por su gran comprensión, serenidad y paciencia en los momentos en que más lo necesitaba.

A la Lic. Estela Cordero por sus acertadas observaciones.

A mi hermano Sergio por auxiliarme en la parte administrativa.

Y muy especialmente a un gran amigo, Juan José Gómez Franca cuya valiosa contribución fue de inestimable valor para la realización de este trabajo.

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1	
MARCO TEORICO.....	5
1.1) ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS TRANSTORNOS MENTALES.....	5
1.2) CONCEPTO DE EXAMEN MENTAL.....	12
1.3) ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INTERVENCION EN CRISIS.....	14
1.4) CONCEPTO DE CRISIS	15
1.5) CRISIS SITUACIONALES.....	16
1.6) CRISIS EN LA MADURACION.....	17

CAPITULO 2

2.1) INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO.....19

2.2) EL USO DEL TELEFONO EN LOS SERVICIOS A LA
COMUNIDAD.....20

a) PREVENCION DEL SUICIDIO.....20

b) INTERVENCION EN CRISIS.....23

c) INTERVENCION EN CRISIS DE LA
ADOLESCENCIA.....24

d) SERVICIO DE ATENCION A LOS ANCIANOS.....25

e) SERVICIOS PARA INDIVIDUOS CON PROBLEMAS
Y NECESIDADES PARTICULARES.....26

f) SERVICIOS DE NATURALEZA MAS GENERAL.....27

g) CENTROS DE INFORMACION DE EMERGENCIA
SOBRE DROGAS.....27

h) CENTROS DE INFORMACION SOBRE SUBSTANCIAS
TOXICAS.....27

i) CENTROS PARA EL CONTROL DEL RUMOR.....27

CAPITULO 3

3.1) EL TELEFONO EN LA PSICOTERAPIA.....28

3.2) VENTAJAS QUE REPRESENTA EL USO DEL TELEFONO EN LA PSICOTERAPIA.....	30
a) CONTROL DEL CLIENTE	30
b) ANONIMATO DEL CLIENTE.....	31
c) TRANSFERENCIA POSITIVA.....	31
d) REDUCCION DE LA DEPENDENCIA.....	32
e) ACCESIBILIDAD	32
f) INMEDIATEZ.....	33

CAPITULO 4

4.1) EXPERIENCIAS INTERNACIONALES.....	34
4.2) EXPERIENCIAS NACIONALES.....	35

CAPITULO 5

METODO.....	38
5.1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
5.2) JUSTIFICACION.....	38

5.3) HIPOTESIS.....	38
a) HIPOTESIS CONCEPTUAL.....	38
b) HIPOTESIS ESPECIFICAS.....	38
c) HIPOTESIS ALTERNA.....	38
d) HIPOTESIS NULA.....	38
5.4) VARIABLES.....	39
a) INDEPENDIENTE.....	39
b) DEPENDIENTE.....	39
5.5) DEFINICION DE VARIABLES.....	39
a) VARIABLE INDEPENDIENTE.....	39
b) SEXO.....	39
c) EXAMEN MENTAL.....	39
d) TRANSTORNO MENTAL.....	39
5.6) POBLACION.....	40
5.7) MUESTRA.....	40
5.8) SUJETOS.....	40
5.9) ESCENARIO.....	40

5.10) TIPO DE ESTUDIO.....41

5.11) INSTRUMENTO.....41

5.12) PROCEDIMIENTO.....42

5.13) TRATAMIENTO ESTADISTICO.....43

CAPITULO 6

6.1) ANALISIS DE RESULTADOS.....44

6.2) DISCUSION Y CONCLUSIONES.....52

6.3) LIMITACIONES Y SUGERENCIAS60

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....63

ANEXOS

1) TABLAS

2) GRAFICAS

3) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
Y CEDULA DE REGISTRO

INTRODUCCION

Los problemas que presentan las grandes urbes en la actualidad tales como contaminación ambiental, sobrepoblación, drogadicción, y delincuencia entre otros, provocan la aparición de toda una gama de trastornos físicos y emocionales como pueden ser los padecimientos gastrointestinales, migrañas, ansiedad, angustia, frustración, depresión etc.

Esta situación ya de por si critica se agrava aún más si se toma en cuenta la población actual de la Ciudad de México que es aproximadamente de 23 millones de habitantes, la actual crisis económica, la falta de acceso a servicios básicos escuelas y hospitales, etc.

La organización Mundial de Salud Mental (OMS), a través de su director general Iroshi Nakajima, ha identificado la alta prevalencia de los trastornos mentales. Cuando se habla de trastornos mentales severos, la prevalencia anual es de 300 millones de personas en el mundo. Así mismo la OMS ha reportado que entre el 11% y el 46% de las personas que asisten a consulta con el médico general presentan como problema principal desordenes de tipo psicológico. La gran mayoría de estos padecimientos, cuando son detectados en forma temprana y oportuna, tienen un buen pronóstico. Cuando no ocurre así se presentan complicaciones y secuelas que tienen un alto costo social, familiar o individual, incluyendo suicidio. Al respecto, es interesante recordar que estudios realizados por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal reportan el alarmante dato de que en la Ciudad de México se suicida una persona cada 25 horas (Gaitán. 1993).

Ahora bien si a toda esta serie de factores adversos se añade uno todavía más crítico, frustrante e incapacitante como puede ser un tipo de desastre civil como los terremotos del mes de septiembre de 1985 en la Ciudad de México; la magnitud del problema se agrava todavía más, provocando toda una serie de reacciones incapacitantes en la población como angustia, desesperanza, depresión, y aislamiento, factores que a su vez pueden desembocar en posibles riesgos suicidas.

Es a partir de este momento en que un grupo de profesionales seriamente preocupados por esta problemática de la población civil de la Ciudad de México y tomando en cuenta las experiencias en este sentido que se tienen en otras ciudades como; Nueva York, Londres, Tokio, Chicago, y los Angeles entre otras, decidieron establecer un sistema de intervención en crisis por teléfono dentro de la Facultad de

Psicología de la U.N.A.M. promoviendo de esta forma una alternativa más viable de ayuda emocional especialmente a sectores de la población más afectados por estos lamentables sucesos

Este hecho cobra particular importancia si se toma en cuenta que los servicios de salud para hacer frente a toda esta serie de problemas de las grandes urbes y muy especialmente en la Ciudad de México son insuficientes

En este sentido es importante mencionar algunas de las ventajas que tiene el uso del teléfono:

El teléfono permite que dos personas puedan comunicarse a pesar de encontrarse a distancias habitualmente grandes

El ser humano encuentra en forma natural el poder comunicarse con personas que se encuentran lejos a través del teléfono

También en forma no explícita sobre todo en casos de padecimientos físicos el médico recomienda acciones específicas o cambios en las prescripciones realizadas a través del teléfono

Con estos precedentes se crea el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono en abril de 1986, al cual se hará referencia de aquí en adelante con las siglas SAPTEL. Esta investigación clínica surge en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. auspiciada por la Federación Mundial de Salud Mental misma que está dirigida a personas con problemas emocionales de la Ciudad de México y área metropolitana.

Sus principales objetivos eran Evaluar la demanda de la población previa difusión del servicio, obtener de manera fiel y precisa los perfiles sociodemográficos más frecuentes del solicitante, detectar los motivos por los que llaman, y la sintomatología más frecuente

Dicha investigación constó de varias etapas la primera de las cuales correspondiente a la infraestructura de SAPTEL consistió en el reclutamiento del personal estudiantil de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. para operar el servicio. Además de la integración de comités de profesores y asesores del Departamento de Psicología Clínica y estudios Profesionales a los cuales se les asignó la supervisión de cada uno de los equipos de tesis pertenecientes a esta etapa

asi como la obtención de los recursos necesarios para la puesta en funcionamiento del servicio.

La segunda etapa en donde se pilotearon diversos instrumentos consistió en poner en funcionamiento el servicio organizando para ello grupos y actividades de trabajo, de capacitación y difusión

Esta segunda etapa fue una etapa temprana de la investigación pues aun en México no existía experiencia estructurada de un tipo de servicio telefónico similar al de esta investigación, por lo que se diseñó la Cédula de Registro constituida a su vez por ocho diferentes instrumentos o secciones a fin de obtener información más exacta y precisa acerca de los usuarios y que se citan a continuación:

- 1 Perfil Sociodemográfico.
- 2 Historia Socioeconómica.
- 3 Motivo de consulta.
- 4 Examen Mental.
- 5 Sintomatología Especifica.
- 6 Diagnóstico de acuerdo a la O.M.S.
- 7 Diagnostico de acuerdo al D.S.M. III.
- 8 Evaluacion de las respuestas del paciente al servicio.

A partir del 12 de octubre de 1992 y con el auspicio de la Cruz Roja Mexicana y la Federacion Mundial de Salud Mental se puso en marcha la tercera etapa del sistema en las instalaciones de la Cruz Roja Mexicana.

Actualmente el sistema proporciona servicio las 24 horas del dia durante los 365 días del año.

Las llamadas son atendidas por un número variado de pasantes en psicología de diversas universidades tales como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Iberoamericana, la Universidad del Valle de México, la Universidad Intercontinental etc. y los cuales están recibiendo capacitación y supervisión permanentemente.

El conocimiento de todos los factores arriba mencionados es de suma importancia ya que estos pueden proporcionar un mayor nivel de información acerca de las características sociodemográficas de la población solicitante, así como del nivel de incidencia de los trastornos mentales y la sintomatología específica de esta misma población.

De lo anteriormente expuesto se desprende la necesidad de conocer de una forma sistematizada los trastornos mentales más frecuentes tanto en hombres como en mujeres, con el objetivo principal de proporcionar una adecuada atención para esta población, así como el establecimiento de un Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono en forma permanente con el propósito de satisfacer las urgentes necesidades de tratamiento, referencia, consejo, y orientación de esta población.

Para fines de esta investigación, la cual pretende conocer el nivel de incidencia de los trastornos mentales tanto en hombres como en mujeres de la población solicitante de SAPTEL en la Ciudad de México y área metropolitana, se llevará a cabo un análisis estadístico de frecuencias simples tomando como base el reactivo 5, sexo y del reactivo 15 al 25, examen mental de la Cédula de Registro y Manual de Procedimientos de SAPTEL Cruz Roja Mexicana (ver anexo 3), tomando una muestra de 2,359 personas solicitantes del servicio en la Ciudad de México y zonas conurbadas.

CAPITULO 1

MARCO TEORICO

1.1) ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Se tiene gran evidencia de que en los tiempos prehistóricos, los conceptos de las causas de los trastornos físicos y mentales estaban influidos por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales, y de manera específica en la influencia de los espíritus de los antepasados del clan. Se han encontrado en el Perú restos de cráneos trepanados que dan ejemplo de ello. La trepanación en probables casos de epilepsia, u otras expresiones de conducta violenta podía entenderse como un intento de liberar al paciente atormentado de los espíritus demoniacos que se encontraban en su cabeza.

La epilepsia es el trastorno mental más viejo reconocido por el hombre. En su forma más obvia consiste en un "ataque", durante el cual la persona afectada se cae al suelo, pasa por un periodo de fuerte actividad convulsiva y luego cae en estado de coma. En la antigüedad se le llamó "enfermedad divina", pues se creía que era consecuencia de una visitación divina. Posteriormente se creyó que el espíritu que poseía al enfermo era el demonio. A la epilepsia se le ha llamado vulgarmente también la "enfermedad de las estrellas", porque muchos epilépticos tienen un aviso preliminar ("aura") del ataque, que puede cobrar la forma de ver fognazos subjetivos o apariciones luminosas en forma de estrellas (Gerald, 1972).

Aparte de los amuletos y talismanes, que reflejan la creencia en la influencia de los espíritus, no existen otros hallazgos paleontológicos relacionados directamente con las enfermedades mentales o nerviosas.

Las enfermedades mentales representan una crisis en el sistema mágico-religioso y son atribuidas principalmente a la violación de un tabú, omisión de las obligaciones rituales y posesiones demoniacas (Kaplan, 1975).

Desde las épocas remotas los psicóticos eran rechazados y se veían obligados a huir a los bosques o a los lugares desérticos, alimentándose de vegetales silvestres o de raíces. Otros enfermos mentales eran confinados a sótanos y prisiones, para no constituir la burla de la comunidad.

Por otra parte los trastornados que pertenecían a la clase superior, podían permanecer dentro del grupo y aun llegaban a ostentar el poder. De aquí que históricamente encontremos casos de individuos psicóticos que llegaron a reinar. Un ejemplo lo sería Nabucodonosor, quien gobernó por más de 43 años en el siglo VII antes de Cristo y fue famoso al unificar uno de los estados más poderosos de la antigüedad y construir la hermosa ciudad de Babilonia. Sin embargo parece ser que el rey padecía de licantropía, por lo que salía de la ciudad y aullaba como un lobo enfurecido. Era común observar a Nabucodonosor alimentándose exclusivamente de hierbas durante largas temporadas.

En cambio Cleomenes I de Esparta que vivió en el siglo VI antes de Cristo, sufría ataques de agitación; fue aprisionado por sus oficiales, optando por el suicidio cortándose en porciones sus propias carnes.

De los emperadores romanos, Tiberio pudo vivir hasta los 78 años, a pesar de sufrir crisis persecutorias acentuadas. Permaneció en la isla de Capri, arrojando a sus enemigos desde lo alto de los peñascos. Distinta fue la suerte de Nerón, que padecía un delirio de grandeza, terminando al final de su vida, como un fugitivo, haciéndose degollar por uno de sus esclavos (Guarner, 1984).

En el libro del Deuteronomio de la Biblia, se dice que Dios castigará al que viole sus mandamientos con "furia, ofuscación y confusión del corazón", que puede interpretarse como manía, demencia y estupor.

Quizá el episodio de enfermedad más famoso en la Biblia lo constituye el caso de Saúl, que después de una conducta perturbada en la primeras épocas de su vida desarrollo una irritabilidad anormal, gran desconfianza e impulsos incontrolables. Al parecer, se trataba de un caso de psicosis maniaco-depresiva (Kaplan, 1975).

La descripción de la furia en la cultura griega deriva principalmente de la opinión popular y de los conocimientos médicos.

Una característica de la opinión popular era la creencia en el origen sobrenatural de las enfermedades mentales. Se creía que las personas que tenían

estas enfermedades estaban poseídas por espíritus diabólicos (personificados por las terribles diosas Manía y Lyssa). Sin embargo, existen algunos indicios de que los enfermos también podían ser considerados sagrados, como en el caso de las culturas primitivas. Presumiblemente esta opinión se basaba en un miedo inconsciente a la muerte, porque los espíritus representaban el culto de la muerte (Kaplan, 1975).

El concepto médico de locura según los escritos hipocráticos (siglo IV antes de Cristo) giraba alrededor de la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), que eran el resultado de la combinación de cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad). Las personas eran clasificadas según cuatro temperamentos correspondientes - sanguíneo, colérico, melancólico y flemático - que se creía que indicaban su orientación emocional predominante. El funcionamiento de la personalidad alcanzaba un nivel óptimo cuando se conseguía la crisis o interacción apropiada de las fuerzas internas y externas. El conflicto entre estas fuerzas, llamado discrasia, indicaba la presencia de un exceso de humor corporal que tenía que extraerse mediante las purgas, en general con eléboro negro.

Durante esa época empezó a aparecer un cambio radical en el concepto de locura. Hipócrates (460-355 antes de Cristo) escribió en la introducción de su tratado sobre la epilepsia: "No creo que la enfermedad sagrada sea más divina o sagrada que cualquier otra enfermedad sino que, por el contrario, tiene unas características específicas y una causa determinada (Kaplan 1975).

Cicerón (106-43 antes de Cristo) puede considerarse como el autor de la primera descripción detallada de las pasiones. La más fuerte era la libido (deseo violento). Cicerón fue el primero que utilizó el término en un sentido psicológico. Además, afirmó que la perturbación excesiva podía provocar enfermedades del alma que eran ocasionadas por errores en el juicio. Los conceptos de Cicerón estaban basados esencialmente en el estoicismo.

Galeno (130-200 después de Cristo), intentó confutar el dogma de los estoicos de que las desviaciones y perturbaciones psicológicas eran debidas a defectos de la razón. Sostenía que la salud del alma dependía de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma. Cuando se cometían

inconscientemente errores del juicio, podían ser corregido por una educación adecuada.

Las observaciones de San Agustín (345-430 después de Cristo) en muchos campos - sobre métodos educativos, carácter de los niños, sobre la alegría de estar entre amigos, sobre la sensación de poder que se deriva cuando se hace algo que esta prohibido - revelan una gran comprensión psicológica. En cada una de estas áreas, varios fenómenos fueron atribuidos a factores sexuales. Su análisis de la memoria anticipaba los conceptos modernos del inconsciente.

Inicialmente, el hombre medieval concebía el mundo únicamente en términos de Dios. Los fenómenos anormales eran aceptados como una parte intrínseca de la arquitectura del mundo. La creencia general era que los pacientes mentales se curaban por fuerzas sobrenaturales: Por la intercesión de los santos. Existía una semejanza con la antigua práctica de la incubación, ya que esta intercesión se decía que se producía en su mayor parte mientras el paciente estaba durmiendo. Cuando los santos no intervenían, se utilizaban métodos físicos de tratamiento - catárticos, eméticos y de sangría - (Kaplan, 1975).

Paulatinamente un nuevo pueblo se había fortalecido e hizo sentir su influencia desde el siglo VII de nuestra era. La invasión islámica creó un eje que se extendía desde Bagdad. El Cairo y Córdoba. En todas estas ciudades la ciencia medica fue desarrollada. Entre los clínicos se destacó Rhazes (865-925), nacido en Persia y el cual trabajó con los enfermos mentales. Escribió numerosos libros sobre el tema. la mayoría de los cuales se mantenían dentro de la línea hipocrática. Según Rhazes, tres son los elementos fundamentales del alma humana: vegetativo, animal y racional y de acuerdo con el predominio de uno de ellos, será observable el comportamiento del hombre (Guarner, 1984).

Constantino el Africano (1020-1087) está considerado como el fundador de la escuela de medicina de Salerno, cerca de Nápoles, que gozaba de gran renombre hacia finales de la Edad Media. En su obra *De Melancholia*, se decía que la causa de la melancolía era un exceso de bilis atribuido a un desequilibrio de los sistemas del cuerpo. Como en la antigüedad, el tratamiento que se recomendaba comprendía una dieta adecuada, palabras amables y sensibles, música, baños, catarsis, reposo, ejercicio físico y satisfacción sexual. Sin embargo el Africano, describió por primera vez los síntomas que caracterizan este síndrome: tristeza debido a la pérdida del objeto amado, miedo a lo desconocido, aislamiento e inmovilidad de la mirada en el espacio, ideas delirantes sobre hermanos y padres, que actualmente se atribuyen a la ambivalencia, e intenso miedo y culpabilidad en las personas religiosas. El Africano propuso también varias hipótesis respecto al pronóstico que en general son aceptadas actualmente. El pronóstico era más favorable en los estados reactivos agudos y cuando el paciente no había llegado a un estado de aislamiento extremo.

El núcleo de la teoría psicopatológica postulada por Alberto Magno (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274) lo constituía la noción de que el alma no podía enfermar. Por tanto, la locura era esencialmente un trastorno somático. El trastorno mental era atribuido a un deficiente uso de la razón. O bien las pasiones eran tan intensas que se interferían con el razonamiento adecuado, o bien la razón no podía triunfar debido al funcionamiento particular del aparato físico, como por ejemplo en los estados de sueño o de intoxicación. Incluso los rasgos de tipo patológico de carácter descritos por Alberto Magno, como la timidez, la arrogancia, el resentimiento y la impulsividad, eran atribuidos a factores somáticos.

En el período que precedió a la decadencia final del feudalismo, el fervor religioso en el cual estaba basado dio lugar a cantidad de movimientos heréticos y a una manifestación abierta de psicopatología colectiva, como el furor de la danza orgiástica de los países del norte, en la que los instintos sexuales y agresivos encontraban satisfacción (Kaplan, 1975).

Una persona que presentaba delirio o alucinaciones, se consideraba que estaba poseída por el demonio y que estaba embrujada. Gran cantidad de perversos sexuales, psicóticos seniles, esquizofrénicos, drogadictos y sociópatas eran falsamente acusados de brujería por el pueblo o se comprometían realmente de una manera inconsciente en prácticas de brujería mediante autosugestión.

Paracelso (1493-1543) el famoso médico suizo defendía una aproximación más humana a todos los pacientes, incluyendo los que padecían enfermedades mentales. En su libro "De las Enfermedades que Privan al Hombre de la Razón" que fue escrito en 1526 y finalmente publicado en 1567, rechazó claramente la demonología, hizo una clara alusión al inconsciente y estableció la hipótesis de que los factores sexuales intervienen en la patogénesis de la histeria y de las neurosis (Kaplan, 1975).

A partir del renacimiento el hombre comenzó a percibir la realidad como es y no como podría ser. Lo cual implica descubrimientos trascendentales en los campos de las artes y la ciencias (Guarner, 1984).

En psicología, palabra inventada en 1590 por el filósofo alemán Gœckel (1547-1628), se dio importancia a los órganos que mediaban entre las pasiones y los humores del cuerpo, subrayando así la relación cuerpo-mente.

Varios progresos científicos condujeron a la preocupación por la clasificación de los trastornos mentales. El primer libro de texto de medicina que trataba de psiquiatría, publicado en el siglo XVII, la Praxis Medica, escrito en 1602 por el médico suizo Félix Platter (1536-1614), empieza con una introducción de 75 páginas

in cuarto sobre la clasificación de las enfermedades mentales. Como sus contemporáneos, Platter se adhería a una teoría de origen orgánico humoral; sin embargo este punto de vista no excluía el demonio como factor etiológico, por lo menos en algunos casos de mujeres poseídas (Kaplan, 1975).

Robert Burton publica en Inglaterra *The Anatomy of Melancholy* en 1621 y en este libro describe las diversas formas que toma la tristeza, al mismo tiempo que relaciona el suicidio con la melancolía y la culpa (Guarner, 1984).

Thomas Sydenham (1624-1689) es considerado en general como el iniciador de la aproximación clínica en la medicina moderna. Aunque Sydenham no estaba específicamente interesado en las enfermedades mentales, fue consciente de la importancia de los síntomas neuróticos e histéricos y la frecuencia con que se producían en sus pacientes y describió estos síntomas en detalle (Kaplan, 1975).

Sydenham explicó cómo en psiquiatría, al igual que en medicina física, los síntomas podían agruparse en síndromes, con el principio, causa, y resultado característico (Eysenck, 1983).

Señaló que, contrariamente a la creencia popular que las manifestaciones histéricas no se limitaban a las mujeres sino que también podían observarse en hombres y en niños. Además, el síndrome histérico podía incluir una amplia serie de síntomas como el vómito, la tos convulsiva, espasmos del colon, dolor en la vejiga y en la espalda y retención de orina. La gran importancia de Sydenham deriva del hecho que mientras los psiquiatras se centraron exclusivamente en los fenómenos psicóticos, él fue el primero que atrajo la atención hacia los síntomas neuróticos (Kaplan, 1976).

Johan Henroth (1773-1843) con sus ideas sobre la libertad interna, creó un enfoque ético sobre el origen de las enfermedades mentales. Creía que la culpa es el factor fundamental de los desórdenes de la razón, adelantando el concepto de conciencia moral que Freud denomina superego hasta 1923 (Guarner, 1984).

En 1795, Phillippe Pinel (1745-1826) fue nombrado director del hospital de la Salpêtrière. Enseñó varios años en la universidad de París y dejó escritos tres volúmenes de *Nosographie Philosophique* publicados en 1798, en ellos clasificaba las enfermedades mentales dentro de cuatro grupos: manía, melancolía e idiocia. En un libro posterior *Traite Metaphilosophique sur la Manie* de 1801, puso énfasis en el estudio de los casos individualmente y en el tratamiento que denominaba moral.

Entre los sucesores de Pinel se encontraba Jean E.D. Esquirol (1772-1840) quien a partir de 1811, dirigió la Salpêtrière y estableció la enseñanza de la psiquiatría. Los estudios de este psiquiatra demostraron que un gran número de pacientes habían sufrido experiencias dolorosas, entre las cuales describía: falta de amor, pérdidas económicas o conflictos con la sociedad. Como resultado de sus estudios clínicos, Esquirol clasificó las psicosis en cinco categorías diferentes: la

lipemania, o sea lo que llamaríamos la depresión, la monomanía que se reservaba para los individuos obsesionados con un solo pensamiento; la demencia para las condiciones procesales; la idiocia para los débiles mentales y la manía caracterizada por agitación y fuga de ideas.

Otros psiquiatras franceses destacados lo fueron Jean P. Falret, Jaques J Moreau y Benedict A. Morel, siendo a este último a quien se atribuye la primera descripción de lo que hoy se conoce como esquizofrenia.

El primer autor importante en siglo XIX lo fue Wilhelm Griesinger (1817-1868) que puede ser considerado como el fundador de la psiquiatría científica. Originalmente estudió medicina en Zürich y después de dos años con pacientes psicóticos, Griesinger publicó su Patología y terapia de las enfermedades mentales en 1845, cuando apenas contaba con 28 años de edad. En este libro el punto de vista somático es sostenido de una manera absoluta, aunque a pesar de ello se puede registrar el aspecto psicológico, dado que el autor reconoció la importancia de la autoestima y podría decirse que se mostró contrario a cualquier tratamiento inhumano. La posición de Griesinger está dirigida básicamente a establecer el diagnóstico del enfermo y evitar cualquier tipo de especulación utilizando tratamientos somáticos.

Griesinger fue uno de los primeros en realizar una descripción de los cuadros clínicos y propugnó por la investigación en un campo hasta entonces abandonado.

Emil Kraepelin (1856-1926) constituye el autor de la clasificación más importante de los cuadros psiquiátricos que se han hecho hasta la fecha.

Kraepelin fue el primero en integrar las diversas formas de demencia precoz que habían sido descritas y reunir las dentro de una sola entidad a partir de 1893. El autor pensaba que la enfermedad era debida a una lesión orgánica del cerebro. (Guarneri, 1984)

Kraepelin publicó su primer libro de texto en 1883, pero fue la obra que publicó en 1899 la que puso la base de su sistema de clasificación. No había nada nuevo en ella, pero sistematizaba las ideas que los psiquiatras clínicos habían emitido en el transcurso de los veinte a treinta años anteriores. (Eysenck, 1983)

Otros autores germanos importantes fueron Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) quien fue el primero en describir la catatonía. Un discípulo del anterior, Ewald Hecker introdujo en 1871 la liebefrenia. Krafft Ebbing (1840-1902) escribió el primer tratado de Sexología. Karl Westphal investigó las fobias y las obsesiones.

En Inglaterra la contribución más original a la nueva ciencia fue hecha por Henry Maudsley quien en 1867 editó *The Physiology and Pathology of the Mind*, con capítulos acerca del inconsciente y la posibilidad de explorar la mente a través de él.

Habría que mencionar aquí a los maestros de Freud: Theodore Meynert (1833-1892), pensador sumamente original quien introdujo en cierta forma el concepto del yo. Sugiriendo que éste se derivaba de las sensaciones de la primera infancia, a través de tocarse a uno mismo o tocar a otro ser, con lo cual se establecía el concepto: soy o no soy. Para Meynert la corteza cerebral era la estación de comando del yo, donde los impulsos de la periferia serían recibidos y hechos conscientes, cuando las fibras nerviosas proyectan el cuadro del mundo a los hemisferios cerebrales. Creía asimismo, que porciones de la corteza estaban interconectadas por fibras de asociación que no tendrían conexión con la periferia y que producirían el pensamiento.

Jean Martín Charcot (1825-1893) fue un brillante neurólogo francés de pensamiento sumamente lúcido y lógico. Alcanzó fama por sus trabajos sobre la histeria, convirtiéndolo en algo respetable. Charcot poseía un gran talento artístico, el cual se percibía en sus lecciones de los martes y viernes a las que asistió Freud (Guarner, 1984).

Sigmund Freud (1856-1939) después de pasar algunos meses con Charcot desde 1885 a 1886, aplicó el método catártico de la hipnosis en un intento de aliviar los síntomas neuróticos de sus pacientes. Más tarde sustituyó este método por el de la asociación libre y la interpretación de los sueños. Freud también centraba su atención en la resistencia de los pacientes al tratamiento y la represión de acontecimientos importantes de su vida. Cuando se dio cuenta de la naturaleza erótica de la relación paciente-terapeuta y de la importancia de los traumas sexuales precoces, en el origen de las neurosis, Freud describió en detalle los fenómenos de transferencia y contratransferencia a la luz de la teoría de la libido, que se convirtió en el núcleo del psicoanálisis. Más tarde, Freud subrayó la importancia del ego, los mecanismos de defensa, y del instinto de muerte (Kaplan, 1975).

1.2) CONCEPTO DE EXAMEN MENTAL.- La exploración del estado psíquico de una persona es uno de los elementos más importantes de una adecuada valoración de las funciones mentales de esa persona. Esta valoración conjuntamente con la historia psiquiátrica y la valoración física sientan las bases para una adecuada valoración clínica.

Hughlings,* señaló que las funciones que se desarrollaron más recientemente desde los puntos de vista filogenético y ontogenético son las más propensas a las alteraciones.

* Mencionado en Goldman, (1987).

Por ejemplo el paciente incapaz de prestar atención a causa de fiebre o alteraciones metabólicas no puede establecer nuevos recuerdos aunque tenga intacto el sustrato neuronal para el registro de los mismos. Entre los factores que afectan la interpretación y la ejecución del estado mental están los trastornos de la atención la vigilancia o la concentración, tormentas emocionales, alteraciones perceptuales, (trastornos de la audición o de la visión), y trastornos del lenguaje receptivo y expresivo. (Goldman, 1987).

La finalidad de la exploración del estado mental consiste en valorar desde los puntos de vista cualitativo o cuantitativo la amplitud de las funciones mentales en un momento específico. El registro claro de los datos brinda una línea básica para exploraciones futuras.

La cuantificación de los elementos de la exploración del estado mental permite al clínico valorar el deterioro o la mejoría de las funciones específicas con el paso del tiempo. (Goldman, 1987).

Así pues el curso de acción implica igualar una constelación dada de características evaluadas con un plan de tratamiento particular como la psicoterapia, la medicación o la hospitalización.

Se observa que la exploración del estado mental implica el seguimiento de todo un proceso cuidadoso y detallado que incluye toda una serie de pasos encaminados a obtener una adecuada valoración clínica.

Gran parte de este proceso de valoración incluye la observación directa de las características particulares de la persona como son los rasgos faciales, las gesticulaciones, las posturas que adopta, el grado de alineamiento, la complexión física etc.

Esta observación directa nos proporciona una gran cantidad de información acerca de la situación actual de la persona.

Por otra parte cuando esta valoración se lleva a cabo a través de una línea telefónica los elementos de información otrora disponibles por medio de la observación directa lógicamente quedan descartados automáticamente.

La comunicación verbal es un reflejo de los estados emocionales y las actitudes del que habla, debido al significado oculto de las inflexiones del tono y el volumen asociados a la voz (Kolb, 1976).

El lenguaje no es simplemente una cadena de signos que se modifican y adquieren significado por sí mismos, sino que es la expresión misma de una necesidad que exige que se precise la jerarquía de sus distintos usos, tal como lo ha hecho por ejemplo, R. Jakobson que distingue numerosos usos diversos: función emotiva centrada en el sujeto, función cognitiva o acción sobre los demás, función "fática" o de mantenimiento de la comunicación, función metalingüística como, por ejemplo, cuando se emite una definición y, por último función poética. Esta última función hace que los lingüistas, valoren la importancia de las "funciones secundarias" del lenguaje (Pierre Guiraud) que son, más que ninguna otra las funciones auténticamente creadoras del discurso.

Por lo tanto, en definitiva, estudiar el lenguaje es estudiar el pensamiento, ya que cada uno se remite al otro como nos muestra desde hace un siglo una larga tradición, que va desde W. Von Humboldt y E. Cassier hasta H. Delacroix y Ed. Pichon (pasando por H. Bergson). Podemos aquí pasar por alto sin que por ello se le reste importancia, las eternas discusiones de todos los filósofos de todos los tiempos que, en definitiva, de lo único que han hablado ha sido de las relaciones entre el lenguaje y el pensamiento, es decir, de la construcción misma de la realidad "intercambiada" entre los individuos de un grupo humano. El cuerpo lingüístico debe incorporar al "cuerpo psíquico" para que el hombre pueda hablar, es decir pueda ser (Ly, 1978).

Por lo anteriormente expuesto se desprende que el nivel de habilidad, sensibilidad, y de capacidad en general (principalmente de atención auditiva) por parte del equipo de un sistema que pretende ser de ayuda psicológica a través del teléfono debe ser considerable. Y por tanto las aportaciones que se deriven de un sistema como este podrían adquirir alguna relevancia para investigaciones futuras con respecto a la Exploración del Estado Mental a través del teléfono.

1.3) ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS: El origen de la intervención en crisis moderna se remonta a los trabajos de Eric Lindeman y colaboradores, siguiendo los hechos del incendio del centro nocturno Coconut Grove en Boston, el 28 de noviembre de 1942. Siendo en su tiempo, el más grande de los incendios de un solo edificio en la historia de esa región, ya que 493 personas perecieron cuando las llamas cubrieron a la multitud.

Lindeman y colaboradores del 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 (Lindeman, 1944) **, sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones

subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas durante las que, el progreso del doliente equivale a aceptar y resolver la pérdida.

Lindeman 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, Gerald Caplan, también asociados con el Massachusetts general hospital y Harvard School of Public Health, formuló primero el significado de crisis en la vida en adultos psicopatológicos. Manifestó la materia en forma breve: "Una investigación de la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos 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). **

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 de Erikson (1963), ** 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 fue en cómo la gente vence las diversas transiciones de 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 u empeoramiento.

La psiquiatría preventiva de Caplan, y su enfoque sobre la intervención en crisis durante las etapas críticas de la vida, resalta la importancia de la consulta en salud mental que promueva un crecimiento positivo y aminore el riesgo de un deterioro psicológico. Muchas de estas crisis precoces podrían ser identificadas y pronosticadas, lo que sería muy importante para prevenir y adiestrar a diversos practicantes comunitarios en cómo ayudar a niños y jóvenes a manejar esta desorganización. El papel de los profesionales en salud mental se convirtió en el único conducto de adiestramiento a maestros, enfermeras, clero, asesores y otros, al aprendizaje para detectar y abordar las crisis en ambientes comunitarios.

1.4) CONCEPTO DE CRISIS. - Una persona en crisis se encuentra en una situación decisiva. Afronta un problema que no puede resolver empleando los mecanismos de defensa que antes le habían servido.

** Mencionado en Slaikou, (1988).

En consecuencia, aumenta su tensión y ansiedad y es cada vez menos capaz de encontrar una solución.

En esta situación la persona se siente desamparada, está envuelta, en un estado de gran trastorno emocional y se siente incapaz de actuar por su propia cuenta para solucionar su problema. (Aguilera & Messick, 1976).

1.5) CRISIS SITUACIONALES. Siempre que se presenta un acontecimiento angustioso en la vida de una persona, de una manera que amenace su integridad biológica, psicológica o social, se produce cierto grado de desequilibrio y la concurrente posibilidad de una crisis. El positivo balance del desequilibrio está determinado por varios factores, siendo más inminente el estado de crisis cuando uno o varios de estos se encuentran ausentes.

De acuerdo con Rapoport, *** cuando una necesidad instintiva o el sentido de integridad son amenazados, el yo responde en forma característica con angustia cuando se presenta una pérdida o privación, la respuesta es generalmente de depresión. Por otra parte, si la amenaza o pérdida es vista como un reto, es más probable que se efectúe una movijización de energía hacia actividades encaminadas a solucionar el problema.

Lo que a una persona solo le produce un ligero sentimiento de preocupación a otras puede producirle gran angustia y tensión.

Existen ciertos factores que influyen en la recuperación del estado de equilibrio; la percepción del acontecimiento, los mecanismos de defensa, y apoyos situacionales disponibles. Las crisis pueden evitarse si estos factores se encuentran operando en el momento en que el acontecimiento angustioso está entrando a ser parte del modo de vida del individuo.

Entre algunas de las crisis situacionales se pueden mencionar: La neurosis de combate, la reubicación por renovación urbana, la rehabilitación de las familias después de un desastre natural, los niños y adolescentes hospitalizados (Aguilera & Messick, 1976).

*** Mencionado en Aguilera y Messick, (1976).

1.6) CRISIS EN LA MADURACION.- La vida del individuo esta sujeta continuamente a cambios por el proceso de desarrollo debido a la maduración, por cambios en las situaciones de su medio o por una combinación de ambos. Las crisis potenciales se presentan en los periodos de grandes cambios sociales, físicos y psicológicos, experimentados por todos los seres humanos dentro del proceso normal de crecimiento. Estos cambios pueden presentarse durante las transiciones de rol tanto biológico como social, tales como el nacimiento, la pubertad, la temprana edad adulta, el matrimonio, la enfermedad o muerte de un miembro de la familia, el climaterio, la vejez, etc.

Las crisis de maduración han sido descritas como procesos normales de crecimiento y desarrollo. Generalmente evolucionan a través de largos periodos de tiempo, como la transición a la adolescencia y requieren con frecuencia que el individuo efectúe muchos cambios caracterológicos. Puede existir cierta conciencia de aumento de la sensación de desequilibrio, pero la comprensión intelectual de cualquier correlación con el cambio normal de desarrollo, puede resultar inadecuada.

Las situaciones de peligro que se presentan en la vida diaria, pueden servir para consolidar las crisis normales en el proceso de maduración. Cuando un individuo pide ayuda en estas circunstancias, es necesario determinar que parte de la sintomatología presentada es debida a los estadios transitorios de maduración, y cual en cambio, a un hecho angustioso en su mundo social actual. (Aguilera & Messick, 1976).

De acuerdo con Caplan, ** la crisis tiene cuatro fases evolutivas:

1.- Hay un aumento inicial de tensión a medida que se ensayan las técnicas habituales de solución de problemas.

2.-Las defensas no tienen éxito por cuanto el estímulo continúa y la sensación de malestar es mayor.

3.-Un aumento mayor de la tensión actúa como poderoso estímulo interno y moviliza los recursos internos y externos. En este estadio, se ensayan los mecanismos de emergencia para la solución de problemas. El problema puede ser definido nuevamente o puede haber una dimisión o renuncia de ciertos aspectos del objetivo propuesto por ser estos inalcanzables.

4.-Si el problema continúa y no puede ser ni solucionado ni evitado, aumenta la tensión y se presenta una desorganización muy seria.

Al presentarse un acontecimiento angustioso, hay ciertos factores reconocidos de compensación que logran la recuperación del equilibrio, tales como la percepción del acontecimiento, los apoyos situacionales disponibles y los mecanismos de defensa. (Aguilera y Messick 1976).

CAPITULO 2

2.1) INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO.- La intervención en las crisis puede ofrecer la ayuda inmediata que necesita una persona en crisis para recuperar su equilibrio. Es una terapéutica a corto término, poco costosa, que se centra en la solución del problema inmediato.

El creciente conocimiento de los factores socioculturales que pueden precipitar situaciones de crisis han conducido a una rápida evolución del método de intervención en crisis (Lester 1977).

Durante la década de los sesenta, hubo un incremento en el uso del teléfono para aconsejar u orientar a la gente. Este desarrollo tiene dos orígenes; primero el movimiento para la prevención del suicidio, seguido de la apertura del centro para la prevención del suicidio en Los Angeles en la década del cincuenta, adoptando el teléfono como instrumento primario debido a su accesibilidad.

Algún individuo en crisis podría usualmente usar el teléfono para obtener ayuda. El teléfono ofrece algunas otras ventajas sobre los modelos tradicionales de orientación o consejo, particularmente el relativo anonimato que se da en el individuo angustiado.

El segundo estímulo vino del desarrollo de los Centros de Información sobre Sustancias Tóxicas. Aquí el teléfono tiene la ventaja de proporcionar un servicio inmediato y accesible. Si una persona ingiere accidentalmente una sustancia tóxica, inmediatamente puede obtener orientación sobre el antídoto a utilizar o el tratamiento a seguir. El teléfono sirve para transmitir información rápida a la gente.

Estos dos modelos de consejo inmediato, proporcionado las 24 hrs. del día por personal entrenado, ha sido aplicado en otros lugares (Lester, 1977).

Echterling, y Hartsough, (1989) analizaron 59 llamadas de intervención en crisis que fueron obtenidas de 19 turnos de noche seleccionadas al azar recibidas en un centro de intervención en crisis por teléfono. Las personas que llamaron, entre las edades de 14 a 61 años fueron interrogadas por personas promediando edades entre los 18 a los 59 años. Se utilizó un formato llamado Forma de Interacción Telefónica en Casos de Crisis. Los hechos discutidos durante las llamadas fueron codificados, y los resultados de las llamadas fueron evaluados. Cambios sistemáticos con el fin de

predominaron resultados favorables fueron encontrados en las evaluaciones, y esto afecó la integración y las conductas encaminadas a la solución de problemas durante el principio, la mitad, y el final del tiempo de duración de las llamadas. Estos autores proponen un modelo de intervención en crisis en tres fases.

2.2) EL USO DEL TELEFONO EN LOS SERVICIOS A LA COMUNIDAD Es conveniente revisar brevemente algunos usos en los cuales el teléfono ha sido utilizado como instrumento de consejo y orientación.

a) PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. El teléfono ha sido el mayor y más importante medio de tratamiento en los centros para la prevención del suicidio. En muchos centros, el consejo por vía telefónica es el único que se ofrece (Lester, 1977).

Greer y Strasberg (1979) investigaron el alcance de los centros para la prevención del suicidio haciendo una comparación entre personas que llaman a estos centros y aquellas que no lo hacen.

Dos grupos en riesgo suicida recibieron tratamiento psicológico. 46 pacientes recibieron atención a través del servicio para la prevención del suicidio e intervención en crisis y 29 pacientes representantes de una gran muestra de la población en riesgo suicida no fueron atendidos por este servicio.

Estos dos grupos fueron comparados con la información clínica y demográfica localizada en los expedientes psiquiátricos de cada paciente.

Tres escalas fueron aplicadas retrospectivamente a la información mencionada previamente. La Escala de Predicción del suicidio, la Escala de Evaluación del Potencial Suicida del Centro para la Prevención del Suicidio y la Escala para Evaluar el Grado de Reajuste.

Los resultados indican que los dos grupos no difieren en la información demográfica, pero las personas que llaman al Centro para la Prevención del Suicidio tuvieron puntajes significativamente más bajos en dos escalas, la de Evaluación del Reajuste Social y la de Evaluación del Potencial Suicida.

Significativamente pocas personas que llamaron al Centro para la Prevención del Suicidio fueron hospitalizadas. Los resultados sugieren que las personas que llaman al Centro representan una muestra de relativamente bajo riesgo suicida.

Un buen número de estudios han comparado las características de la población que utilizan centros para la prevención del suicidio con aquellas personas que completan el acto suicida (Litmann, 1970; Wold, 1973). ***

Una interpretación común de los resultados es que estos servicios no alcanzan a hacer contacto con estas personas que eventualmente completan el suicidio.

Sin embargo, la evaluación de los estudios relacionados exclusivamente con los suicidios consumados ignoran un gran sector de la población de personas deprimidas y en riesgo suicida las cuales se incluyen dentro del gran sector de la población en riesgo suicida. Esto es como Motto lo describió aquellas personas cuyos estados emocionales se aproximan a la incapacidad incluyendo a aquellos que han considerado o consumado un intento suicida.

En una muestra de pacientes deprimidos o en riesgo suicida Motto (1971) **** encontró que 11% de los pacientes utilizaron el Servicio del Centro para la Prevención del Suicidio.

El propósito de este estudio fue el de concentrar la atención en este gran sector de la población en riesgo así como el de explorar las características que puedan diferenciar a aquellos individuos que completan el acto suicida de aquellos que no lo hacen.

En este estudio las personas que llamaron a los Centros para la Prevención del suicidio y que habían sido atendidos por el Sistema de Salud Mental del condado durante tres meses y medio fueron comparados con un grupo que recibió atención pero que no hicieron uso de los Centros para la Prevención del Suicidio. La población suicida que no hizo uso de los servicios de los Centros para la Prevención Suicida fue identificada a través de otra forma de servicio. El Servicio de Emergencia Móvil del condado.

Frankish y James, (1994) evaluaron el desarrollo en el que se basan los centros telefónicos de intervención en crisis dedicados a la prevención del suicidio. Existe cierta evidencia de que tales instituciones tienen un impacto positivo en la reducción de los intentos suicidas dentro de grupos específicos de edad, pero los datos para una relación causal entre el consejo en casos de crisis y la reducción en la tasa de suicidios es confusa. Estos autores presentan lineamientos para los centros de atención telefónica y características de programas efectivos para la prevención del suicidio. El entrenamiento para los voluntarios al teléfono se visualiza como esencial en la reducción de la tasa de intentos suicidas. Muchos programas de prevención suicida se considera que quedan cortos con respecto a los estándares recomendados.

**** Mencionado en Greer Strasberg, (1979).

Brunet, Lemay, y Belliveau (1994) investigaron un servicio de correspondencia implementado en un centro de prevención del suicidio para algunos usuarios que llamaban repetidamente, pero cuya situación no mejoró. El interés en una medida como esa se dio debido a sentimientos de inadecuación en el manejo de los usuarios frecuentes en un número de voluntarios, hecho que puede ser la causa del alto índice de renunciadas y malos manejos terapéuticos por parte de los voluntarios. 5 usuarios frecuentes mujeres entre los 18 y los 61 años con un riesgo suicida entre bajo y moderado, comenzaron a establecer contacto por correspondencia con 5 voluntarios experimentados, ninguna restricción para el uso de la línea de intervención en crisis fue hecha. La frecuencia y la duración de las llamadas por mes bajaron en la mayoría de los sujetos, y la urgencia o riesgo suicida permaneció moderado. Los sujetos reportaron que la lectura repetida de la correspondencia en un momento de stress tenía un efecto extremadamente tranquilizador.

Slaikeu, (1979) realizó un análisis de variables temporales (conversación del consejero, conversación del solicitante, y el silencio) en una muestra de llamadas grabadas en un Centro para la Prevención del Suicidio y de Intervención en Crisis. En comparación con tres grupos (solicitantes que asistían al Centro para recibir consulta, aquellos que llamaban al centro para recibir atención por teléfono, y aquellos que cancelaban sus citas subsecuentes para entrevista cara a cara). El hallazgo más importante fue que los solicitantes que llamaban al centro guardaban silencio por más tiempo que los otros dos grupos.

Un análisis de contenido de llamadas telefónicas grabadas que se hicieron al Centro de Servicios para la Prevención del Suicidio y de Intervención en Crisis en el Condado de Erie en Buffalo Nueva York, fue realizado por Slaikeu, Lester, y Tulkin, (1993).

El objetivo de esta investigación fue el de encontrar las variables que deberían diferenciar los factores que hacen que se presente o no a consulta cara a cara una persona cuando se le cita para ello. 40 llamadas de pacientes que se presentan y no se presentan por cada terapeuta telefónico (que eran un total de 20) fueron codificadas. Se concluyó que una escala basada en sus índices, diferenciaría los dos grupos.

La motivación del solicitante para obtener ayuda y la capacidad para concretar del terapeuta emergieron como los factores más importantes en la escala.

Tapp, y Spanier, (1973) compararon las características personales de los consejeros telefónicos voluntarios y estudiantes universitarios no voluntarios a través de distintas pruebas psicológicas: La escala Tennessee de Autoconcepto, el

Inventario de Orientación Personal, y el Cuestionario para el Descubrimiento del Si Mismo. Los resultados no muestran diferencias entre los grupos en su autoconcepto excepto en la percepción Etico-Moral del Si Mismo. Los grupos difirieron en las otras mediciones. Los voluntarios mostraron un patrón de respuestas en el Inventario de Orientación Personal que sugiere, que estos están más actualizados en el "Si Mismo" que el grupo de estudiantes, así también los voluntarios muestran un alto grado de franqueza en el Cuestionario para el Descubrimiento del Si Mismo. Los resultados sugieren que los voluntarios son altruistas en la motivación para trabajar y esta capacidad de servicio juega un papel importante como modelo para los usuarios.

Los datos obtenidos en un centro de intervención en crisis en Finlandia fue la base para un estudio realizado por Salminen, (1992). 248 Llamadas fueron recibidas, 186 llamadas de hombres y 62 de mujeres fueron recibidas por 22 mujeres y 18 hombres voluntarios respectivamente. De todas las llamadas se registro el sexo del usuario, la duración de la conversación, y el consejo ofrecido de una lista de alternativas.

Tanto los hombres como las mujeres voluntarios ayudaron a dos tercios de los hombres que llamaron con el solo hecho de escucharlos; los voluntarios de ambos sexos ayudaron con mayor comprensión empática a las mujeres solicitantes. La hipótesis comunmente aceptada acerca de la mayor disposición de ayudar a las personas del-sexo opuesto, no se pudo confirmar ya que tanto solicitantes como voluntarios estaban más dispuestos a establecer contacto con una persona de su mismo sexo.

Uno de los principales problemas en los centros de intervención en crisis por teléfono es el manejo y control de las llamadas con contenido sexual. Para tal fin Baird, Bosset, Smith, (1994) describen una forma de responder a las llamadas con contenido sexual obsceno u ofensivo en los centros de intervención en crisis por telefono de una forma tal que cubre las necesidades minimas del servicio y estimula a los sujetos que hacen este tipo de llamadas a que busquen tratamiento psicoterapéutico para su problema. La respuesta propuesta esta basada en principios de condicionamiento encubierto y sugestión basada en la teoría de Erickson. Estos autores también presentan un conjunto de respuestas posibles junto con una descripción racional de las precauciones sugeridas.

b) INTERVENCION EN CRISIS.- Muchos centros para la prevención del suicidio encontraron que eran requeridos para proporcionar ayuda en todo tipo de crisis, no solo crisis de suicidio, por lo que muchos centros cambiaron sus orientaciones hacia la intervención en crisis más generales.

Shamai y Michael, (1994) describen las formas en las cuales una agencia de terapia familiar se ajusta a las necesidades de la familia durante la Guerra del Golfo, ayudándolos a afrontar el impacto de tensión e inseguridad y las condiciones especiales de una guerra en la cual no toman parte. La intervención terapéutica fue hecha por teléfono bajo el modelo de intervención en crisis. Los datos clínicos obtenidos de 50 llamadas fueron divididos en 4 secciones: información con fines de identificación, descripción del problema, intervención, y evaluación terapéutica.

Los problemas fueron clasificados como individuales sintéticos o combinados. La intervención fue dirigida hacia actividades de apoyo, exploración de posibles soluciones, y apoyo en la toma de decisiones; las intervenciones duraron de 15 a 20 minutos, y la mayor parte de los problemas se resolvieron en una llamada. Los terapeutas se enfocaron en el nivel de normalidad y competencia de la familia en la situación de stress y sugieren que en situaciones similares en el futuro, una llamada de seguimiento deberá ser hecha después de la llamada inicial.

c) INTERVENCIÓN EN CRISIS DE LA ADOLESCENCIA.- El servicio de orientación telefónica pronto se enfocó hacia grupos particulares de la población, más comúnmente los adolescentes. Este servicio funciona similarmente a los centros de intervención en crisis, a excepción de que el problema se maneja de manera diferente.

Muchos centros de atención a adolescentes no intentan proporcionar servicio las 24 hrs., pero están disponibles en las tardes y en las noches.

Boehm, Chessare, Valko, y Sager. (1991) analizaron 2,270 llamadas recibidas en un servicio de atención telefónica para adolescentes durante el primer año de operación. Después del efecto de novedad inicial, los datos muestran un nivel consistente en la frecuencia de las llamadas. 68% de los solicitantes fueron mujeres. Aunque 4% de los temas discutidos se refirieron al manejo de la situación de crisis (suicidio, abuso físico etc.), 96% de los solicitantes estaban preocupados con temas de adolescentes menos urgentes, tales como relaciones interpersonales, dinámica familiar, y la necesidad de tener a alguien con quien hablar. El uso constante de este servicio apoya el hecho de contar con un servicio como este para proporcionar un buen nivel de información para adolescentes.

Klewer, Lepore, Broquet, y Zuba, (1990) analizaron el desarrollo y diferencia entre niños y niñas que solicitan apoyo de manera anónima en un Centro Comunitario de Apoyo Psicológico por Teléfono para niños. 3,402 llamadas fueron analizadas para detectar patrones de desarrollo en niñas y niños. La mayoría de las llamadas fueron de infantes entre los 6 y 12 años, 66% niñas, e infantes no supervisados por un adulto 97%. Entre las edades de 10 a 11 años la naturaleza de las llamadas cambio

hacia una búsqueda de mayor información general así como la expresión de mayor preocupación acerca de los problemas en las relaciones interpersonales. Este cambio fue particularmente dramático en las mujeres. En cuanto a la búsqueda de apoyo psicológico tanto en niñas como en niños las diferencias encontradas son mínimas entre ambos sexos.

d) SERVICIO DE ATENCION A LOS ANCIANOS.- Otra población seleccionada para una atención especial son los ancianos. La compañía de rescate de Boston, proporciona un servicio para los ciudadanos de edad avanzada, y se turna una llamada telefónica a cada miembro todos los días. Esto protege a los miembros en caso de enfermedad o emergencia, si la llamada no es contestada una persona visita a la persona en su casa (Lesier, 1977).

Las llamadas son hechas por ciudadanos de edad avanzada, y los contactos sociales son iniciados y renovados en el proceso de mantener el servicio. Este servicio es gratuito.

El servicio en la ciudad de Nueva York, financiado por participaciones de ciudadanos de edad avanzada, difiere del servicio de Boston ya que este se limita a servicios de socialización. La ciudad de Nueva York limita severamente las llamadas a solo un minuto de duración y sirve como función de protección mayor en caso de enfermedad.

Loring, Smith, y Thomas, (1994) examinaron la efectividad de un servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono establecido temporalmente durante las vacaciones de fin de año dirigido a los ancianos con problemas de soledad y abandono. El servicio se ofreció de 17 a 21 horas todos los días; durante las horas en que permanecía cerrado el servicio una grabación refería a las personas que llamaban al servicio de emergencia de algún centro de salud mental. Este servicio es proporcionado por profesionales y voluntarios entrenados procedentes de diversas universidades, organizaciones de trabajo social, centros de consejería, agencias comunitarias, e iglesias. En 1992 hubo 306 llamadas de personas ancianas; el duelo y el dolor por alguna pérdida fueron los principales temas de las llamadas. De las 306 personas que llamaron todas fueron referidas a centros de atención para ancianos, estos sitios son centros que además de proporcionar apoyo psicológico por teléfono todo el año sirven a los ancianos alimentos en sitios móviles (trailers o campers) y organizan también actividades especiales en días festivos.

Los voluntarios son entrenados para hacer las preguntas adecuadas, para de esta forma estimular a las personas a examinar sus conductas, a hacer uso del Protocolo de Emergencia de llamadas Suicidas/Homicidas, y a utilizar el Formato de Entrevista para Identificar Problemas.

Coyne, y Andrew, (1991) administraron cuestionarios a 125 personas entre 25 y 84 años solicitantes de un servicio de atención telefónica especializado en el mal de Alzheimer y enfermedades relacionadas con la demencia. 4 Solicitudes de información por cada llamada en promedio fueron hechas. Las llamadas más comunes fueron para solicitar servicio de atención a domicilio, para solicitar información acerca de la demencia, información sobre el cuidado de adultos, así como para solicitar información sobre grupos de apoyo. Los resultados demuestran que el impacto de la información y referencia se puede incrementar enfocando y extendiendo este tipo de servicios a los familiares y amigos del anciano.

e) SERVICIOS PARA INDIVIDUOS CON PROBLEMAS Y NECESIDADES PARTICULARES.- La compañía de rescate de Boston cuenta con un servicio de orientación especial para homosexuales, conjuntamente con un servicio clínico de apoyo.

El servicio también proporciona orientación en caso de aborto, a víctimas de violación, a padres con antecedentes de abuso hacia sus hijos etc.

Wellman, (1993) realizó un análisis de 378 llamadas recibidas en un servicio de orientación sobre SIDA por teléfono en un periodo de 8 meses. Se reportaron los problemas y los niveles sociodemográficos de los solicitantes.

La mayor parte de los usuarios se mostraron preocupados sobre la manera como el virus se transmite, y solicitaron información acerca de la prueba para detectar el VIH en ellos mismos, en un compañero, en un amigo, o en un familiar. A pesar del hecho de que los adolescentes se encuentran en un alto riesgo de contraer el virus, pocos adolescentes llamaron al centro, y aquellos que lo hicieron fue para solicitar información sobre sexo seguro más no pidieron ningún tipo de información sobre la prueba para detectar el VIH. En contraste otros grupos de edad más avanzados (no adolescentes) solicitaron la prueba del VIH más que información sobre sexo seguro, en una escala de 2 a 1 ó 3 a 1. Los hombres llamaron más frecuentemente por que estaban más preocupados por ellos mismos, a diferencia de las mujeres que llamaron más frecuentemente preocupadas por otros.

Wiener, Spencer, Davidson, y Fair, (1993) investigaron el papel que juegan los Grupos de Apoyo por Teléfono a Nivel Nacional como un nuevo camino hacia el apoyo psicosocial para los niños infectados del virus VIH y para sus familias.

Una muestra de 5 niñas infectadas con el VIH, 21 miembros de la familia mujeres y 14 hombres (parientes lejanos, padres, padres adoptivos, y abuelos) participaron en un Grupo de Apoyo por Teléfono a nivel Nacional. El servicio fue proporcionado por 4 trabajadores sociales. Una comparación basada en

cuestionarios pre y postest muestra que 85% de los miembros de la familia se sienten mejor acerca de ellos mismos desde que comenzaron a recibir apoyo del grupo. 83% Se sienten mejor acerca de sus habilidades para comprender a sus familiares infectados, y 80% se sienten mejor acerca de sus habilidades para manejar la enfermedad de los niños. 6 Meses después de haberse formado el grupo, los participantes continuaron sintiendo que el grupo había sido una experiencia positiva.

f) SERVICIOS DE NATURALEZA MAS GENERAL.- El Centro para la Prevención del Suicidio, cuenta con un servicio llamado "problemas en el vivir cotidiano" para estimular a cualquier persona para que llame en caso de tener cualquier tipo de problema.

g) CENTROS DE INFORMACION DE EMERGENCIA SOBRE DROGAS.- Estos centros proporcionan informacion acerca de las drogas y sus efectos, además de consejo a aquellos involucrados con drogas.

Estos servicios no solo proporcionan consejo u orientación sino que ayudan a los individuos en lo que corrientemente se llaman malos viajes o en estado de pánico agudo.

h) CENTROS DE INFORMACION SOBRE SUSTANCIAS TOXICAS.- Estos centros proporcionan orientación inmediata sobre los procedimientos de tratamiento. Aunque estos centros fueron generalmente originados por pediatras para ayudar en el tratamiento de niños que ingerian alguna sustancia tóxica, actualmente el enfoque ha sido cambiado. Esto ha sido por demás obvio ya que en muchos casos de ingesta accidental, se encuentran tendencias autodestructivas subyacentes. Como resultado de esto, los centros para la prevención del suicidio y los centros de información sobre drogas deben de trabajar conjuntamente con los centros de información sobre sustancias tóxicas para facilitar el tratamiento.

i) CENTROS PARA EL CONTROL DEL RUMOR.- Estos servicios fueron motivados principalmente debido a los desordenes de los años sesentas, y la consecuente necesidad de acallar los rumores y los consecuente levantamientos sociales. Actualmente estos centros extienden sus servicios para proporcionar información en otras áreas de interés para la comunidad (Lester, 1977).

CAPITULO 3

3.1) EL TELEFONO EN LA PSICOTERAPIA.- El teléfono en gran medida es utilizado por los profesionales calificados para establecer las citas en la psicoterapia individual cara a cara.

Por ejemplo Robertiello ***** reportó dos casos de psicoanálisis en los cuales un paciente que estaba indispuerto para visitar a su psicoanalista (debido a un viaje o enfermedad) continua su sesión por teléfono. El autor reporta que el telefono no provoca diferencia significativa alguna en el primer caso (especialmente debido a que las sesiones consistieron en discusiones sobre los sueños del paciente). Y actualmente era usado como un recurso útil en el segundo caso. En este ultimo la transferencia habia sido disruptiva debido a que el paciente no pudo estar en el consultorio con el psicoanalista.

Sus emociones interfirieron con la integracion del insight en su ego. Las sesiones por telefono facilitaron al paciente la experimentación de las emociones y tambien esto fue reflejo de la transferencia.

Beebe, (1968) ***** utilizó el teléfono como medio de integración de pacientes esquizofrénicos dentro de su familia. El apunto como primera meta, que el paciente volviera a involucrarse en situaciones familiares más bien que en aislamientos temporales de su familia.

Fisicamente retornar al paciente con su familia puede resultar muy estresante para el pero el teléfono proporciona la distancia adecuada.

El teléfono permite el contacto sin cercanía física, y frena las fantasias que se dan cuando no hay intercambio verbal. El retornar a los sentimientos de la familia involucran y permiten a la familia ayudar en aquello que pueden hacer por el paciente. Beebe reportó un caso de esquizofrenia aguda en un marineru forzado al servicio por sus padres, los cuales querian deshacerse de él. Muy pronto en el entrenamiento militar se torno ansioso confundido y se sintió como si fuera un pecador. En el aumento de su confusión creyó haber asesinado a su madre. Cuando llamó por telefono a su casa y se dio cuenta de que su creencia era falsa fue un gran alivio para él, después de esto se sintió completamente lúcido y libre de psicosis.

Wallace, (1994) Describe un servicio de ayuda a través del teléfono en Inglaterra operado por SANE (Esquizofrenia una Emergencia Nacional) dirigido a gente que sufre de alguna enfermedad mental.

***** Mencionado en Lester, (1977).

El servicio funciona de 14:00 horas hasta la media noche todos los días y en el trabajan voluntarios entrenados, supervisados por personal profesional. Más de 100,000 personas han llamado a SANELINE desde que se inauguro. por cada llamada recibida un expediente detallado es escrito inmediatamente. Los usuarios del servicio expresan su insatisfacción con la medicación y se quejan de los síntomas de la esquizofrenia.

Mc Namee, O'Sullivan, Geraldine, Lelloitt, Marks, 1989, entrevistaron a 37 agorafóbicos diagnosticados con desordenes de pánico que no podían asistir al hospital para recibir tratamiento. De estos 23 estuvieron de acuerdo en recibir el tratamiento a través del teléfono, y fueron seleccionados aleatoriamente para ser expuestos al objeto fóbico sin ningún tratamiento, o por otra parte para ser tratados por medio de la relajación, utilizando materiales de autoayuda en su propio domicilio para este fin. Las fobias y el ajuste social mejoraron significativamente en los 6 casos de autoexposición al objeto fóbico en los que fue posible establecer un seguimiento continuo durante 32 semanas, a diferencia de los 8 casos que fueron tratados por medio de relajación autoinducida, quienes se quejaron más y no mejoraron significativamente. Los agorafóbicos que reportan que no pueden asistir a la clínica u hospital pueden ser casos severos e inusuales y probablemente personas poco motivadas, pero la orientación por vía telefónica puede ayudar a algunos de ellos.

Owens (1970) ***** demostró la efectividad de inducir hipnosis por teléfono, cuando llamó a algunos de sus pacientes que previamente habían sido hipnotizados, utilizando un procedimiento de inducción estandar provocó un suave estado de hipnosis. En todos los casos el procedimiento fue exitoso. Este autor también tuvo éxito con dos paciente que no habían sido hipnotizados.

El intento de Owens fue el de explorar cualquier estado hipnótico que se pudiera inducir por teléfono, debido a que sus paciente reportaron sentimientos de relajación y reducción del dolor dental después de la inducción hipnótica, el procedimiento puede tener algo de utilidad.

El teléfono ha sido también utilizado para seguimiento en casos de alcoholismo (Catanzaro & Green, 1970) ***** (mencionado en Lester, 1977), para dar mayor rapidez a la consulta entre el paciente y el consejero, y para permitir la supervisión de casos del consejero por su supervisor (Wolf & cols. 1969) ***** Chiles (1974)***** utilizó el contacto telefónico para reforzar el procedimiento de modificación de conducta con sus pacientes. Cada día una llamada de pocos minutos es hecha y el paciente puede reportar brevemente aspectos de su propia conducta como el comer, consumo de alcohol, conducta hostil con sus familiares etc.

Peter y colaboradores (1991) investigaron los efectos de un servicio de atención psicológica por teléfono conjuntamente con manuales de autoayuda.

Los sujetos fueron 1.813 fumadores reclutados de un condado rural y de una pequeña zona urbana. Los condados fueron seleccionados en base a características sociodemográficas y asignados a condiciones específicas del servicio de atención psicológica por teléfono. Los sujetos tuvieron seguimiento durante un periodo de 18 meses.

Los servicios de atención por teléfono incluyeron grabaciones y acceso a consejeros paraprofesionales. Los resultados muestran un constante y significativo efecto entre las mediciones y los periodos de seguimiento. Estos resultados indican el gran efecto que tiene un servicio de atención psicológica por teléfono ya sea en la atención con métodos por teléfono y con métodos enfocados hacia la atención cara a cara.

Estos resultados demuestran la efectividad del servicio de atención psicológica por teléfono al aumentar el número de sujetos dispuestos a dejar de fumar gracias a las técnicas de autoayuda.

El contacto telefónico para mantener el programa de modificación de conducta y para reforzar la autoimagen del paciente, facilita la continuidad del régimen de modificación de conducta.

Miller (1973) **** investigo el procedimiento de algunos psiquiatras y encontró que el 97% utilizó el teléfono para manejo de casos de emergencia, 45% lo utilizó conjuntamente en psicoterapia cara a cara, y el 19% como modo primario de tratamiento.

Los psiquiatras difieren en que tan fácil encuentran al teléfono como medio de comunicación.

Es importante mencionar que Miller estimuló a los terapeutas para que conocieran sus propias reacciones hacia el modo de orientación, las reacciones del paciente, y la conveniencia de este medio para tratar problemas particulares. Miller notó que generalmente las depresiones eran más difíciles de tratar por teléfono, mientras que la ansiedad fue comparativamente más fácil.

3.2) VENTAJAS QUE REPRESENTA EL USO DEL TELEFONO EN LA PSICOTERAPIA.- La experiencia en el consejo telefónico y en la psicoterapia ha crecido, y un hecho aparentemente válido en este sentido es que tal consejo posee una característica no compartida por otros medios de consejo, orientación o psicoterapia.

a) CONTROL DEL CLIENTE.- Cuando el cliente asiste a la oficina del consejero, este último tiene la mayor parte del poder. Puede haber una recepcionista que recibe al cliente, y una vez que pasa a la oficina del consejero se sienta frente a

este detrás de un escritorio. Quizá la diferencia de estatus se ve reflejada en la manera de vestir del consejero o terapeuta, en el lujo de la oficina, comparada con la casa del cliente etc.

El cliente no puede mantenerse anónimo; aun cuando éste puede dar un falso nombre, el cliente puede ser reconocido de nuevo, y además frecuentemente se le requiere que de información personal mientras que el consejero o terapeuta por supuesto no la da (Lester, 1977).

Además de esto es difícil terminar el contacto ya que el cliente tiene que levantarse y abandonar la oficina, permitiendo que el terapeuta interceda para que el cliente no se vaya si es que es conveniente.

Williams y Douds, (1973) *****, han afirmado, es muy fácil en la entrevista cara a cara que el terapeuta provoque ansiedad y humillación en el cliente.

En el contacto telefónico en cambio, el cliente tiene mucho más control de la situación, ya que puede permanecer anónimo, no necesita dar información de si mismo, y no necesita de ser visto por el terapeuta. El cliente puede terminar muy fácilmente el contacto colgando (esta manera de terminación abrupta es frecuentemente el más inmediato y efectivo comentario acerca de la actuación del terapeuta).

b) ANONIMATO DEL CLIENTE.- El cliente puede mantenerse anónimo cuando habla con el terapeuta por vía telefónica, y la posibilidad del anonimato fomenta una gran revelación de si mismo así como gran nivel de sinceridad y apertura.

El anonimato minimiza los sentimientos de posible ridículo, abuso, censura, o dolor por las evaluaciones del terapeuta. El anonimato es un ejemplo de la observación sociológica de que es más fácil discutir problemas con extraños que con conocidos.

c) TRANSFERENCIA POSITIVA.- El terapeuta puede también mantener el anonimato durante la entrevista por teléfono.

En la entrevista cara a cara las fantasías del cliente acerca del terapeuta son confrontadas con la realidad, y es como si el terapeuta no pudiera vivir la fantasía. La angustia del paciente puede ser demasiada cuando este tipo de ilusiones se rompen. Estas ilusiones pueden darle suficiente seguridad para mantener el contacto con el terapeuta. El terapeuta telefónico puede también fallar al no compartir las fantasías del cliente, pero ya que el cliente se presenta solo con su voz, el terapeuta será más similar al ideal del cliente que en el contacto cara a cara.

Si el cliente puede hacer que el terapeuta haga lo que él desea, también puede estar apto para obtener del terapeuta lo que necesita (Williams, 1971) *****. Esto puede habilitar al paciente para que elimine su estado de angustia.

Por supuesto que hay peligro en permitir que el cliente habite en un mundo de fantasía por mucho tiempo. Esta situación puede ocurrir fácilmente cuando el desarrollo de las fantasías trabaja para poner en desventaja al cliente (y al terapeuta).

El cliente de esta forma puede ser forzado a enfrentar la realidad. Sin embargo, un terapeuta entrenado puede utilizar la transferencia positiva para ayudar al cliente a la obtención de un estado psicológico fuerte y solo entonces moverlo hacia la aceptación realista de lo que está pasando en el proceso de orientación, consejo, o terapia.

d) REDUCCION DE LA DEPENDENCIA. - El anonimato del consejero tiene una ventaja adicional ya que generalmente en las instituciones que proporcionan atención por teléfono los terapeutas o consejeros utilizan un solo nombre. Los terapeutas son instruidos para desalentar la dependencia del cliente sobre un terapeuta en particular. Así el cliente se convierte en dependiente de la institución y no del terapeuta.

Si un terapeuta abandona temporal o permanentemente la institución, el cliente es afectado en menor medida que cuando la dependencia ha sido dirigida a algún terapeuta en particular. Esto ayuda a los clientes suicidas, que frecuentemente responden a las vacaciones o a la ausencia del terapeuta con intentos de suicidio.

e) ACCESIBILIDAD.- La mayoría de la gente tiene fácil acceso al teléfono, y esto es vital para los clientes en estado de crisis (especialmente en crisis de suicidio u homicidio), los ancianos, y los enfermos. Mucha gente se encuentra postrada en cama o muy enferma o demasiado anciana para asistir a psicoterapia cara a cara. Para esta gente el teléfono frecuentemente es el único recurso para obtener consejo u orientación.

Mackinnon y Michaels, (1970) *****, observaron esta ventaja en casos de consulta privada en psicoterapia. La terapia era mantenida con un cliente dos veces por semana mientras viajaba a Nevada para obtener su divorcio. Otro cliente fue tratado por teléfono durante tres meses mientras estaba en cama por ordenes de su obstetra.

f) INMEDIATEZ.- Debido a la facilidad de acceso del teléfono, muchas instituciones mantienen un servicio de consulta las 24 hrs.

Así aquellos individuos angustiados pueden localizar un terapeuta rápidamente. Los terapeutas canalizan a esta clase de servicio a los pacientes durante la noche, el fin de semana, o mientras estos se encuentran de vacaciones. Es útil que el terapeuta formule un plan de tratamiento conjuntamente con la institución bajo estas condiciones.

CAPITULO 4

4.1) 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 hecho por Lancet en 1879, quien atendió a un niño con infección respiratoria, proporcionando las instrucciones a la madre por teléfono (Rodríguez, 1984) *****.

Los voluntarios aparecen hacia el año de 1906, con un grupo de sacerdotes en Nueva York creando la New York City's National Save a Life League. Es hasta 1953 cuando en Londres aparecen "Los Samaritanos del Teléfono" fundada por el reverendo Chad Varah, organización religiosa que utiliza este aparato como herramienta fundamental para prevenir el suicidio.

Ellos son los primeros que utilizan esta modalidad y establecen sucursales en todo el mundo, incluyendo México. 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 participan profesionales en el "Centro para la Prevención del Suicidio de Los Angeles".

A estos sucesos le siguen la creación de nuevos servicios en Norteamérica, Europa, Sudamérica y algunos países de Asia (Lester & Brockopp, 1973) *****.

Dado que existe un gran incremento en los servicios de ayuda telefónica se crean varias asociaciones internacionales. Entre ellas está la Federación Internacional de Ayuda Telefónica de Emergencia (IFOTES) que junto con otras crean un boletín donde aparecen los datos de este tipo de servicios de diferentes países del mundo, su nombre y teléfono (Bulletin IFOTES) *****.

4.2) EXPERIENCIAS NACIONALES

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

El Dr. Santiago Mar Zúñiga (comunicación personal, Diciembre 8 de 1988) ***** informó que el Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Emergencia de Coyoacán, de Junio de 1967 a Enero de 1972, brindaba ayuda médica y psicológica a través del teléfono y en consulta.

Este servicio era gratuito, divulgado ocasionalmente en la Televisión; conforme el Centro de Prevención del Suicidio iba conociéndose mejor, las personas telefonaban para solicitar ayuda y en breve se demostró su utilidad e importancia. No se logró que el servicio funcionara las 24 hrs. y se suspendió al cambiar las autoridades, ya que los nuevos dirigentes consideraron que este servicio no debía seguir funcionando.

Actualmente, la Asociación Mexicana para la Prevención del Suicidio, de la cual el Dr. Mar Zúñiga es Presidente Honorario, está encaminada a desarrollar un trabajo integral para atención al suicida, incluyendo atención telefónica, psicoterapia breve y de emergencia, medicación, consulta externa e internamiento. En ella trabajan psicólogos, trabajadores sociales, médicos, psiquiatras y psicoanalistas.

El Dr. Zúñiga también informa que en los años sesentas surgió el primer servicio de ayuda telefónica. La Asociación Mexicana de Auxilio al desesperado (AMAD) 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 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, y posteriormente en un futuro dar el mismo servicio pero en español.

Ambos intentos fracasaron debido a la falta de apoyo económico y comunitario.

***** Mencionado en Bustos & Acosta, (1989).

Otro servicio que proporcionaba apoyo telefónico era el de los Sacerdotes del Espíritu Santo, (Sulkes & Lazard, 1978)***** dicha orden a través del teléfono atendía llamadas de aquellas personas que necesitaban apoyo y orientación para sus problemas. De igual forma los sacerdotes acudían a casas, hospitales y a cualquier lugar donde se les llamara, así como también prestaban auxilio a las gentes que recurrían a ellos. En los casos de intento suicida hablaban con la persona tratando de acercarla al concepto de Dios y en especial a la vida cristiana, así como darle esperanza, apoyo y confianza.

El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría, tuvo un servicio telefónico atendido por una trabajadora social en la mañana y por un psicólogo durante la tarde, quienes no recibieron una capacitación específica. (Rodríguez, 1984) *****.

Neuróticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos 24 Hrs. y Jóvenes Alcohólicos 24 Hrs., por medio del teléfono tranquilizan a la persona que les llama invitándole a que los visite y se integre a ellos. Una vez que reciben orientación y que se integran al grupo, asisten regularmente a tratamiento y si en algún momento se sienten mal emocionalmente, pueden llamar al grupo y éste les proporciona apoyo *****.

Los Centros de Integración Juvenil fundan en 1978 el servicio de orientación e información. En este proyecto participaban trabajadoras sociales únicamente en un horario de 8 a 22 hrs.

En junio de 1980 se realiza una ampliación para cubrir las 24 hrs; esto se decide por la cantidad de llamadas captadas con la campana publicitaria simultánea a la V Reunión Nacional de los Centros de Integración Juvenil; en las noches las llamadas eran grabadas por un servicio automático que proporcionaba información sobre horas hábiles.

Mediante las grabaciones se observó que las características de las llamadas realizadas en la noche eran diferentes a las efectuadas en el día, se decidió entonces la participación de psicólogos en el servicio, alcanzando los 7 días de la semana las 24 hrs. *****.

Espinoza. (comunicación personal, noviembre 30, 1989) ***** informa que el Instituto Nacional de la Senectud, INSEN, a través de su departamento de Visita Domiciliaria y Geriatría Preventiva, detectaron que los problemas de la gente senecta, más que físicos eran de tipo emocional.

Esto, aunado al hecho de que la mayor parte de estas personas no podían desplazarse a la consulta externa y a que el servicio otorgado era muy costoso para la institución, surge la necesidad de implementar la Central de Angustia por vía telefónica. Este servicio empezó a funcionar desde abril de 1985 a la fecha.

El Centro de Apoyo a la Mujer Violada perteneciente al Departamento de Estudios de la Mujer dentro de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. proporcionaba apoyo psicológico y asesoría legal a mujeres en casos de violación, maltrato físico y/o emocional.

Instituciones como CONASIDA proporcionan información confidencial y anónima acerca del SIDA sus implicaciones y consecuencias tanto físicas como emocionales tanto para el individuo como para la comunidad.

Por este motivo esta institución se vio en la urgente necesidad de entrenar y capacitar a su personal de una forma mas adecuada, para de esta manera poder atender con mayor eficiencia a las personas solicitantes de este servicio, estableciéndose así el programa TELSIDA en 1989.

Tomando esto en cuenta se puede decir que el Sistema de Apoyo Psicológico por Telefono podria considerarse el antecedente más importante en México dentro del servicio de intervención en crisis y cuyo inicio tuvo lugar como ya se mencionó anteriormente a raíz de los terremotos ocurridos en el año de 1985 en la Ciudad de México.

Cuando una población tan grande como lo es la de la Ciudad de México se encuentra con problemas, situaciones o circunstancias las cuales provocan conflictos internos e incapacitantes y que se manifiestan a través de ansiedad, angustia y depresión solo por mencionar algunos, urge la necesidad de investigar toda esta gama de trastornos así como sus posibles causas y repercusiones de ahí que el objetivo principal de esta investigación es identificar los trastornos más frecuentes que se presentan tanto en hombres como en mujeres de la población que solicita ayuda psicológica por teléfono para así proporcionar alternativas de atención, canalización o referencia, así como de consejo y orientación a un gran sector de la población de la Ciudad de México y área metropolitana que no tiene acceso a los servicios básicos de salud mental públicos o privados.

CAPITULO 5

METODO

5.1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.- La necesidad de evaluar los problemas de la población de las grandes ciudades es importante, debido a que permite identificar cuales son los trastornos mentales más frecuentes en la población, es por eso que para esta investigación se plantea la siguiente pregunta problema:

¿Cuales son los trastornos mentales más frecuentes que se presentan en las personas que solicitan servicio a SAPTEL?

5.2) JUSTIFICACION.- Las diversas carencias y necesidades no satisfechas de diversos sectores de la población de la Ciudad de Mexico son muy variadas especialmente de aquellos sectores menos privilegiados y que no tienen fácil acceso a servicios de salud pública o privada como clínicas u hospitales. Debido a esto es necesario en primer lugar identificar los trastornos mentales presentes en esta población así como el nivel de incidencia de estos trastornos, tanto en hombres como en mujeres.

En segundo lugar será importante a partir de los resultados obtenidos de esta investigación evaluar el nivel de eficacia de un servicio telefónico para identificar los trastornos mentales, así como el proporcionar ayuda psicológica a través de este medio.

5.3) HIPOTESIS

5.3.1) HIPOTESIS CONCEPTUAL - En que incidencia se presentan los trastornos mentales tanto en hombres como en mujeres en la población que solicita servicio a SAPTEL en la Ciudad de México y zonas conurbadas.

5.3.2) HIPOTESIS ESPECIFICAS:

HIPOTESIS ALTERNA - Que tipo de trastornos mentales se presentan en la población que solicita el servicio de SAPTEL en la Ciudad de México y zonas conurbadas.

HIPOTESIS NULA - No se presenta ningún de tipo trastornos mentales en la población que solicita el servicio de SAPTEL en la Ciudad de México y zonas conurbadas.

5.4) VARIABLES

a) INDEPENDIENTE.- Cédula de Registro de usuarios y Manual de Procedimientos de SAPTEL.

b) DEPENDIENTE.- Las respuestas registradas en la Cédula de Registro de SAPTEL.

5.5) DEFINICION DE VARIABLES

a) VARIABLE INDEPENDIENTE.- Cédula de Registro de SAPTEL de esta cédula y para propósitos de investigación se utilizan las secciones de sexo, reactivo 5 y examen mental reactivos del 15 al 25.

b) SEXO: Diferencia física y constitutiva entre el hombre y la mujer (García Pelayo, 1994).

Para criterios de registro (ver anexo 3).

c) EXAMEN MENTAL: La finalidad de la exploración del estado mental consiste en valorar desde los puntos de vista cualitativo o cuantitativo la amplitud de las funciones mentales en un momento específico. El registro claro de los datos brinda una línea básica para exploraciones futuras.

La cuantificación de los elementos de la exploración del estado mental permite al clínico valorar el deterioro o la mejoría de las funciones específicas con el paso del tiempo (Goldman, 1987).

Para criterios de registro (ver anexo 3).

d) TRASTORNO MENTAL: 1. Trastorno de conducta. 2. Desadaptación severa. 3. Término genérico de las enfermedades mentales y todas las formas de conducta psicopatológica (Wolman, 1984).

Se entiende por trastorno de conducta a cualquier pauta de conducta inadaptada. (Swartz, 1966).

Se entiende por inadaptada a aquella persona que se siente indebidamente afligida por los conflictos. Con frecuencia procura resolver sus problemas negando la realidad o tiende a acudir a otras personas en materias que no admiten ayuda, o a apartarse de los demás de forma que hace imposible una solución satisfactoria (Hilgard, 1972).

Perturbación del comportamiento no atribuible a modificaciones fisiológicas y cuyo origen principal es algún conflicto psíquico (Volmor, 1966).

5.6) POBLACION

Toda persona solicitante del servicio de SAPTEL y de las cuales fue posible obtener la información necesaria para el llenado de la Cédula de Registro. La población solicitante del servicio de SAPTEL oscila entre las edades de 9 a 90 años aproximadamente concentrándose una mayor frecuencia entre las edades de 10 a 80 años, siendo más frecuente la solicitud de servicio por parte de las mujeres, abarcando prácticamente todos los niveles socioeconómicos principalmente clase baja y media (de uno a cinco veces el salario mínimo actual vigente).

5.7) MUESTRA

La muestra es no probabilística de tipo causal ya que la elección de los elementos no se realiza al azar, y dado que la manera de seleccionar a los sujetos no tiene ninguna formalidad predeterminada. (Bustos, Bedolla, Bustos, López, 1982).

La muestra constó de 2,359 casos extraídos de los expedientes y del archivo de datos de SAPTEL Cruz Roja Mexicana y que abarcan el periodo comprendido de octubre de 1992 a diciembre de 1994 y de los cuales fue posible obtener la información necesaria para esta investigación.

5.8) SUJETOS

Toda persona residente de la Ciudad de México y área metropolitana que solicitó atención de SAPTEL y de las cuales fue posible obtener la información necesaria para el llenado de la Cédula de Registro y que quedó incluida dentro de la muestra de 2.359 casos que abarcan el periodo comprendido de octubre de 1992 a diciembre de 1994 y que fueron atendidos por SAPTEL Cruz Roja Mexicana.

5.9) ESCENARIO

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de SAPTEL, ubicadas en la Planta Baja del Edificio de las Oficinas de la Cruz Roja Mexicana, que se localizan en la Calle de Juan Luis Vives Núm. 200, Colonia Polanco. Se cuenta con cuatro cubículos, y tres líneas telefónicas de atención al público. Cada extensión esta aislada de las otras, es decir, cada cubículo esta dividido por un cancel con un vidrio en la parte superior y a todo lo ancho del mismo cubículo, permitiendo cierta y relativa privacidad condición indispensable para atender la llamadas recibidas. Aparte se cuenta con una línea interna en donde se puede hacer llamadas para contactar de manera inmediata a los supervisores o a los directivos en caso de emergencia.

5.10) TIPO DE ESTUDIO

Ex Post Facto ya que es una investigación tendiente a una búsqueda sistemática empírica, en la que no se tiene control directo sobre la variable independiente, porque sus manifestaciones ya han ocurrido. Se infieren las relaciones entre las variables, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente (Kerlinger, 1975).

5.11) INSTRUMENTO

Cédula de registro de usuarios de SAPTEL Cruz Roja Mexicana y Manual de Procedimientos.

Esta cédula así como el Manual de Procedimientos tienen sus orígenes en el año de 1986 durante la segunda etapa del servicio, etapa en la cual se pilotearon diversos instrumentos y se puso en funcionamiento el servicio organizando para este propósito grupos y actividades de trabajo, de capacitación y difusión. En esta etapa en la cual, y debido por una parte a la gran demanda del servicio por parte de los usuarios y por otra a la necesidad de contar con un instrumento que pudiera medir de una manera fiel y precisa hasta donde fuera posible la información personal mínima necesaria del solicitante, para de esta forma proporcionar un servicio más adecuado. Para este propósito durante este año de 1986 el grupo de pasantes en psicología de la U.N.A.M. encargados de proporcionar el servicio se reúnen con el titular del proyecto Dr. Federico Puente Silva con el propósito de diseñar un instrumento que pudiera permitir la medición de aspectos clínicos básicos acerca de los usuarios como el motivo de consulta, el examen mental, la sintomatología más frecuente, el diagnóstico, así como el nivel socioeconómico de los solicitantes.

Con estos precedentes se crea la primera versión de la Cédula de Registro y del Manual de Procedimientos los cuales han tenido diversas modificaciones a partir de 1992 debido a la obtención de nuevas experiencias enriquecedoras durante el funcionamiento del servicio en las instalaciones de la Cruz Roja Mexicana, y cuya última versión se anexa al final de este documento (Ver anexo 3).

5.12) PROCEDIMIENTO

Para la obtención de la información necesaria para esta investigación, se acudió al archivo general de casos registrados así, como al banco de datos de SAPTEL Cruz Roja Mexicana de donde se tomó una muestra de 2,359 casos que comprende el periodo, de octubre de 1992 a diciembre de 1994.

A través de esta muestra se realizará un análisis estadístico de frecuencias simples con el propósito de analizar la incidencia de los trastornos mentales que se presentan tanto en hombres como en mujeres de la población solicitante de SAPTEL Cruz Roja Mexicana en la Ciudad de México y área metropolitana.

Es importante en este sentido mencionar brevemente el proceso que se sigue al momento de recibir una llamada de alguna persona que solicita el servicio de SAPTEL Cruz Roja Mexicana: En primer lugar se le contesta a la persona con voz amable mencionándole el lugar a donde esta llamando y preguntándole en que se le puede ayudar. Se le pregunta su nombre y en caso de que la persona no lo quiera proporcionar se le ofrece la opción de dar algún seudónimo, se le preguntan algunos datos socioeconomicos en ese mismo instante o poco antes del final de la sesión, (esto a discreción del terapeuta) el terapeuta a su vez proporciona su nombre y los días y horarios en que se le puede localizar. Posteriormente se escucha a la persona de manera atenta, y se valora el nivel y grado de su problemática y posteriormente se utilizan alguna o algunas de las técnicas de intervención incluidas dentro de la Cédula de Registro y del Manual de Procedimientos (Ver anexo 3).

Una vez hecho esto se le menciona a la persona que la sesión esta a punto de terminar (cada sesión tiene una duración aproximada de 50 minutos) y se le recuerda a la persona los días y horarios en que puede localizar al terapeuta. Es importante mencionar así también que este servicio esta enfocado principalmente a atender casos de intervención en crisis y psicoterapia breve por lo que el número máximo de sesiones es de 12 y en este sentido es importante mencionar también que otro de los objetivos del servicio es el de sensibilizar a las personas a que asistan a recibir tratamiento en consulta cara a cara por lo que los casos de neurosis o psicosis crónicas son referidos a otras instituciones de salud mental con los que SAPTEL tiene convenios de atención para este tipo de personas. Existen algunos casos en que las personas que solicitan el servicio por alguna razón particular no desean ser atendidas por teléfono, en este caso el terapeuta hace una breve valoración de la situación de la persona (generalmente de 15 a 20 minutos) y posteriormente se le dan varias alternativas para que asista a otra institución en donde recibirá atención cara a cara.

En este sentido cabe aclarar también que cada terapeuta antes de poder atender a una persona es necesario que sea psicólogo pasante o titulado de diferentes universidades reconocidas tales como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Iberoamericana, la Universidad del Valle de México, la Universidad Intercontinental, etc. Así como también es indispensable tomar un

curso de capacitación de tres meses de duración en técnicas de intervención en crisis, psicoterapia breve, y otras técnicas de intervención, así como también un curso de capacitación intensivo sobre el manejo de la Cédula de Registro y Manual de Procedimientos de SAPTEL Cruz Roja Mexicana (Ver anexo 3).

Es importante mencionar también que el presente estudio solo toma en cuenta a aquellos casos que si fueron atendidos por SAPTEL y que no fueron referidos a otras instituciones.

5.13) TRATAMIENTO ESTADISTICO

Los datos correspondientes se obtuvieron a través de la Cédula de Registro los cuales serán tratados por medio de un análisis estadístico de frecuencias simples, utilizando para este propósito el programa computarizado Statistic W Stat Soft.

CAPITULO 6

6.1) ANALISIS DE RESULTADOS

ESPONTANEIDAD DEL DISCURSO.- En nuestra muestra, en un 72% de los casos la persona habla de manera libre. 19% de las veces, el usuario dice algunas cosas espontáneamente y otras solamente al preguntarle, y un 8% requiere de un interrogatorio consistente por parte del terapeuta al teléfono (+).

COMPARACION

ESPONTANEIDAD DEL DISCURSO VS. SEXO

Como se puede observar, las mujeres tienden más a hablar espontáneamente, mientras que con los hombres suele ser más necesario preguntar para obtener la información.

Un 66% de los hombres habla espontáneamente, 12% solo cuando se le pregunta y un 21% habla espontáneamente y solo cuando se pregunta alternativamente.

En lo que respecta a las mujeres 76% habla espontáneamente 6% solo al preguntarle, y 19% ambos alternadamente (+).

RITMO DEL DISCURSO.- En 61% de las veces se presentó un ritmo normal en la comunicación verbal, es decir ni lento ni rápido.

Cerca del 22% de los casos estudiados presenta ritmo lento en su discurso. El 9% presentó discurso con ritmo rápido. Un 8% de la muestra presentó alternancias en su discurso, unas veces rápido otras lento (+).

COMPARACION

RITMO DEL DISCURSO VS. SEXO

En esta comparación nuevamente encontramos una gran homogeneidad, ya que como se podrá observar los hombres presentan ritmo lento en un 22% de las veces, ritmo normal un 61%, ritmo rápido 8%, y lento y rápido alternadamente también un 8% de las veces(+).

En lo que respecta a las mujeres casi un 21% presenta ritmo lento, 61% ritmo normal, 10% ritmo rápido, y un 8% ritmo alternado.

Ver anexos 1 y 2(+).

ALTERACIONES DEL DISCURSO.- En el 85% de los casos, no se observaron alteraciones en el discurso. La alteración más común encontrada es prolijidad, con casi 4% de los casos; esta alteración es manejada como la abundancia de detalles triviales e innecesarios que llevan a disgresiones fatigosas pero que concluyen en una idea final. Casi un 3% presenta incoherencia, entendida como la ausencia de sucesión lógica en las ideas que va expresando el usuario (+).

Las siguientes alteraciones que se presentan son: bloqueo; entendido como la inhibición repentina del discurso del paciente y perseverancia; repetición o expresión anormalmente persistente de una idea 3% y 2% respectivamente. incongruencia y fuga de ideas 1%. La incongruencia entendida como la falta de conexión entre lo que se dice y el contexto en que se dice, y la fuga de ideas que se entiende como el encadenamiento rápido e ilógico de ideas, que no progresan hacia la idea final se presentan solo en el 1% de los casos (+).

El tartamudeo se presenta en el 0.50% de los casos, la ecolalia en el 0.45%, otro tipo de alteración 0.13%, y la coprolalia 0.09%.

COMPARACION

ALTERACIONES DEL DISCURSO VS. SEXO

En el caso de los hombres podemos ver que el 80% no presenta ninguna alteración. Las alteraciones más comúnmente encontradas son: Prolijidad y bloqueo con 4%, perseverancia en 3% de los casos, tartamudeo 1%, coprolalia 0.27%, y ecolalia 0.13%.

En lo que respecta a las mujeres encontramos que un 87% no presentan alteraciones. Se puede observar también que las alteraciones más frecuentes son: Prolijidad e incoherencia 3%, perseverancia y bloqueo 2%, tartamudeo 0.42%, y otro tipo de alteración 0.40% (+).

MAS DE DOS ALTERACIONES DEL DISCURSO PRESENTES A LA VEZ.- En este apartado podemos observar todos los casos en los cuales se presentaron dos o más alteraciones del discurso a la vez, y de las cuales se menciona solo una de ellas. En este sentido el número total de casos (2,359) no sirve como parámetro, ya que se trata de 334 casos que presentaron 487 alteraciones del discurso (+).

Así contemplada, las alteraciones más comúnmente encontradas es la perseverancia y la prolijidad con 21%, a continuación le sigue el bloqueo con 16%, la incoherencia con 14%, incongruencia 11%, un 9% de las alteraciones en el discurso son la fuga de ideas, 4% el tartamudeo, 2% la coprolalia, y el 1% de las veces la ecolalia y alguna otra alteración del discurso (+).

MAS DE DOS ALTERACIONES DEL DISCURSO VS. SEXO

En este apartado se encontró que 72% de los hombres no presentaron ningún tipo de alteración. Un 6% presentó prolijidad y perseverancia, 5% presentó bloqueo, así como un 3% incoherencia e incongruencia, un 2% presentó fuga de ideas e incongruencia, el 1% tartamudeo, el 0.13% coprolalia, y el 0.06% ecolalia (+).

Es importante mencionar aquí que estos porcentajes representan a aquellos hombres y mujeres que presentaron más de dos alteraciones a la vez.

ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO.- Más de tres cuartas partes de los sujetos de la muestra (82%), no presentaron alteraciones en el contenido del pensamiento.

De las alteraciones clasificadas en este reactivo destacan las ideas obsesivas y fobias, con 6% y 4% respectivamente. A continuación se presentan las ideas delirantes de diversos tipos: persecutorio 2%, celotípico, hipocondríaco y megalomaniaco 1%, referencial 0.46% y religioso 0.23%.

También alcanzan cierta importancia las diversas formas de pensamiento mágico, como creer en fantasmas, brujería, etc. con 1% (+).

COMPARACION

ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO VS. SEXO

En lo que respecta a las alteraciones en el contenido del pensamiento observamos que 78% de los hombres no presentan alteraciones. El 9% presentan ideas obsesivas, 5% fobias, 2% ideas persecutorias y pensamiento mágico, y 1% ideas hipocondríacas y megalomaniacas, ideas celotípicas 0.54%, ideas delirantes de tipo religioso de referencia y algún otro tipo de alteración 0.41%.

Las mujeres por su parte presentan una distribución más o menos similar a la de los hombres en este aspecto ya que, 84% no presentan alteraciones, 4% fobias, 5% ideas obsesivas, 2% ideas persecutorias, y el 1% ideas celotípicas y pensamiento mágico (+).

MAS DE DOS ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

PRESENTES A LA VEZ.- En el caso en el que se encuentran dos o más alteraciones en el contenido del pensamiento a la vez se obtiene un total de 504 alteraciones, de un total de 385 casos.

En primer lugar aparecen las ideas obsesivas y las fobias, con 29% y 20 % respectivamente, seguidas de las ideas delirantes de tipo persecutorio 13%, el cuarto lugar lo ocupa el pensamiento mágico con 11% celotípico e hipocondríaco 6%, megalomanía 4% referencial 3%, y religioso 2% (+).

COMPARACION

MAS DE DOS ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO VS. SEXO

Podemos observar en este aspecto que los hombres presentan dos o más alteraciones a la vez en el contenido del pensamiento ligeramente con más frecuencia que las mujeres. Así se puede notar que el 72% de los hombres no presentan alteraciones.

9% Presentan ideas obsesivas, 5% fobias, 4% pensamiento mágico, 3% ideas persecutorias, 2% ideas hipocondriacas y megalomaniacas, 1% ideas de referencia, celotípicas, y algún otro tipo de alteración.

En lo que toca a las mujeres 81% esta libre de alteraciones en el contenido del pensamiento. 4% Presenta fobias, 5% ideas obsesivas, 3% ideas persecutorias, ideas celotípicas y pensamiento inágico 2%, ideas hipocondriacas, megalomaniacas y de referencia 1%, ideas religiosas de tipo delirante 0.47%, y algún otro tipo de alteraciones 0.34% (+).

ALTERACIONES DEL AFECTO.- Del total de usuarios representados en la muestra, solamente un 43% no mostró alguna alteración del afecto siendo la más común la tristeza con 28%, en segundo lugar aparece la ansiedad 8%, seguida de sentimientos de ambivalencia 7% aislamiento y aplanamiento afectivo 4%, afecto insuficiente labilidad emocional y pánico 1%, afecto inapropiado 0.45%, exaltación y otro tipo de alteración 0.32%, y euforia 0.09% (+).

COMPARACION

ALTERACIONES DEL AFECTO VS. SEXO

En este apartado es posible notar que 47% de los hombres no presentan alteración alguna. 22% presenta tristeza, 9% ansiedad, 6% aplanamiento afectivo y ambivalencia, afecto insuficiente 2% labilidad emocional y pánico 1%, exaltación y otro tipo de alteración 0.54%, afecto inapropiado y euforia 0.27%.

Por lo que respecta a las mujeres encontramos que el 42% de los casos no presenta ninguna alteración. El 31% presenta tristeza, el 8% ansiedad, ambivalencia el 7%, aislamiento el 4%, aplanamiento afectivo el 3%, pánico, afecto insuficiente y labilidad emocional 1%, afecto inapropiado 0.56%, y exaltación y algún otro tipo de alteración 0.21% (+).

MAS DE DOS ALTERACIONES DEL AFECTO PRESENTES A LA VEZ.- Del total de registros el más común fue normal 35%, seguido del de tristeza 25%, ansiedad 12%, ambivalencia 11%, aislamiento y aplanamiento afectivo 4%, labilidad

emocional, afecto insuficiente y pánico 2%, afecto inapropiado y exaltación 1%, otro tipo de alteración 0.33%, y euforia 0.26% (+).

COMPARACION

MAS DE DOS ALTERACIONES DEL AFECTO VS. SEXO

Cuando se encuentran más de dos alteraciones en el contenido afectivo observamos que 40% de los hombres no presentan ninguna alteración. El 21% presenta tristeza, 12% ansiedad, 9% ambivalencia, 5% aplanamiento afectivo, aislamiento 4%, afecto insuficiente y pánico 2%, labilidad emocional y exaltación 1%, afecto inapropiado y algún otro tipo de alteración 0.57%, y euforia 0.45%.

Las mujeres por su parte no presentan ninguna alteración en el 34% de los casos. El 27% presenta tristeza, 12% ansiedad y ambivalencia, el 4% aislamiento, 3% aplanamiento afectivo, labilidad emocional, pánico y afecto insuficiente 2%, exaltación 0.51%, afecto inapropiado 0.45%, algún otro tipo de alteración 0.17%, euforia 0.11% (+).

ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION.- Solamente en un 7% de las llamadas de consulta aparece alguna alteración en la sensopercepción.

La más común es la relacionada con experimentar una sensación de dolor en alguna parte del cuerpo, cuando esto no corresponde a un problema orgánico siendo los dolores de cabeza y los malestares gastrointestinales los más frecuentes con un 3%. Se registraron ilusiones en 1% de las llamadas, 1% reportó alucinaciones y despersonalización, parestesias 0.43%, y el rango más bajo de la clasificación lo ocupa algún otro tipo de alteración con 0.19% (+).

COMPARACION

ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION VS. SEXO

91% De los hombres que solicitaron servicio a SAPTEL no presentan ninguna alteración en la sensopercepción. El 3% presenta dolor que no corresponde a un problema orgánico, 2% ilusiones y alucinaciones, 1% despersonalización, parestesias 0.58% y otro tipo de alteración 0.14%.

Las mujeres por otra parte no presentan ninguna alteración en el 92% de los casos. El 3% presenta dolor que no corresponde a un problema orgánico, el 1% presenta ilusiones, alucinaciones y despersonalización, 0.37% parestesias, y 0.29% algún otro tipo de alteración (+).

MAS DE DOS ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION PRESENTES A LA VEZ.- Cuando se presentan más de dos alteraciones en la sensopercepción encontramos que sigue siendo más común la alteración relacionada con

experimentar una sensación de dolor en alguna parte del cuerpo que no corresponde a algún problema orgánico, con casi 40% del total de las alteraciones que son 171.

Las ilusiones alcanzan el 19% y las alucinaciones el 16%, el siguiente lugar lo ocupan los fenómenos de despersonalización con 15%, parestesias 6%, y finalmente en el rango mas bajo de la clasificación se encuentran algún otro tipo de alteraciones con 3% (+).

ALTERACIONES DE LA MEMORIA.- En la gran mayoría de los casos registrados que es de 97% no se presentan alteraciones en la memoria la más común de estas alteraciones es la amnesia o incapacidad para recordar con 1%, seguida de la hipomnesia o capacidad mnemónica reducida con 1%. El dejó vu se presenta en el 0.38% de los casos, mientras que el jamais vu se presenta solo en el 0.05% de los casos, y finalmente algún otro tipo de alteración se presenta en 0.09% de los casos (+).

COMPARACION

ALTERACIONES DE LA MEMORIA VS. SEXO

En el 96% de los hombres no se presenta ninguna alteración de la memoria. La amnesia y la hipomnesia se presenta en el 2% y 1% de los casos respectivamente y el dejó vu en el 0.57% de los casos.

Las mujeres no presentan alteración en el 98% de los casos, la amnesia y la hipomnesia se presenta en el 1% de los casos, 0.29% corresponde al dejó vu, 0.15% a otro tipo de alteración y el 0.07% al jamais vu (+).

MAS DE DOS ALTERACIONES DE LA MEMORIA PRESENTES A LA VEZ.- Cuando se presentan más de dos alteraciones se observa que de un total de 53 casos, la amnesia sigue siendo la alteración más frecuente presentandose en el 45% de los casos, la hipomnesia se presenta en el 33% de los casos, le sigue el dejó vu 16%, otro tipo de alteración 4%, y el jamais vu 2% (+).

TRASTORNOS DE LA ORIENTACION.- En el 97% de los casos no se observan trastornos de la orientación, el 1% mostraron desorientación en tiempo, lugar y persona, y el 0.05% en tiempo y persona así como en lugar y persona (+).

COMPARACION

TRASTORNOS DE LA ORIENTACION VS. SEXO

En el 97% de los hombres se puede notar que no se presentan trastornos de la orientación y solamente se presentan trastornos en lo que respecta a orientación en tiempo, lugar, y persona en 1% de los casos. En la última categoría encontramos desorientación en tiempo y persona con 0.14%.

Las mujeres no presentan trastornos en el 97% de los casos, presentandose únicamente desorientación en tiempo, lugar y persona en el 1% de los casos. Se puede notar también que la desorientación en lugar y persona ocupa el último lugar de la clasificación con un mínimo porcentaje de 0.07% (+).

ATENCIÓN Y CONCENTRACION.- En el 86% de los casos la atención y la concentración son adecuadas, mientras que en el 13% se encuentran disminuidas estas. Por otra parte se puede notar que 1% de los casos presento atención y concentración ausentes, y finalmente el 0.16% presento algún otro tipo de alteración de la atención y concentración (+).

COMPARACION

ATENCIÓN Y CONCENTRACION VS. SEXO

En este apartado encontramos que el 83% de los hombres presentan atención y concentración adecuadas, el 15% las presentan disminuidas, y solo el 1% ausentes.

Por otra parte el 88% de las mujeres presentan atención y concentración adecuadas, el 11% disminuidas, casi el 1% las presentan ausentes, y el 0.24% algún otro tipo de alteración (+).

INTELIGENCIA.- En el 73% de los casos, el terapeuta consideró que la inteligencia del usuario era término medio, en el 13% de los casos le fue asignado el rango de inteligencia superior al término medio, el 12% como inteligencia inferior al término medio, y el 1% como superior (+).

COMPARACION

INTELIGENCIA VS. SEXO

En el aspecto referente al nivel de inteligencia de los usuarios de SAPTEL se observa que tanto hombres como mujeres presentan porcentajes similares, así podemos ver que 72% de los hombres presentan un nivel de inteligencia medio, 13% inferior al término medio, el mismo porcentaje, 13% se da en el nivel superior al término medio, y solamente 1% presenta un nivel superior.

Las mujeres por su parte presentan un nivel de inteligencia medio en el 74% los casos, inferior al término medio en 12%, 13% superior al término medio, y solamente el 1% de los casos presenta inteligencia superior (+).

GRADO DE RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA.- En el 45% de los casos el usuario demostró ser capaz de realizar un reconocimiento claro y preciso de la problemática, incluyendo tanto los aspectos intelectuales como los emocionales y

afectivos, casi 26% mostro un reconocimiento claro y preciso de lo que ocurre, pero excluyendo elementos afectivos y emocionales. Un 24% mostro tener un reconocimiento impreciso e indefinido de su problemática, mientras que en un 5% se reconoció bloqueo o negación de la problemática y/o sus implicaciones (+).

COMPARACION

GRADO DE RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA VS. SEXO

El 42% de los hombres presenta un reconocimiento claro y preciso de la problemática incluyendo aspectos intelectuales y afectivos, el 26% un reconocimiento que incluye solo los aspectos intelectuales de la problemática, un 25% presenta reconocimiento confuso, y el 6% niega o bloquea su problemática.

Por lo que toca a las mujeres el 47% reconoce su problemática incluyendo los aspectos emocionales y afectivos, el 25% solo lo hace reconociendo los aspectos intelectuales de la misma, el 24% presenta confusión al momento de reconocer su problemática, y finalmente el 4% presenta negación o bloqueo de la problemática (+).

6.2) DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como ya se ha mencionado antes la utilización del teléfono para diversos fines ha tenido una gran difusión y aceptación, principalmente en los países desarrollados. Es difícil establecer cuando comienza la utilización del teléfono como medio de atención psicológica sistematizada, pero se sabe que fueron los pediatras los primeros en utilizar el teléfono de manera sistemática como medio de atención médica. El primer reporte que se tiene al respecto es el hecho por Lancet en 1879 (Rodríguez, 1984).*****

Se tienen referencias así también de que los primeros voluntarios aparecen hacia el año de 1906, con un grupo de sacerdotes que crean la New York's City National Save a Life League. En 1953 aparecen en Londres "Los samaritanos del teléfono" organización religiosa que utiliza el teléfono como medio principal para la prevención del suicidio.

En una muestra de pacientes deprimidos o en riesgo suicida Motto (1971) **** encontró que 11% de los pacientes utilizaron el Servicio del Centro para la Prevención del Suicidio.

El propósito de este estudio fue el de concentrar la atención en este gran sector de la población en riesgo así como el de explorar las características que puedan diferenciar a aquellos individuos que completan el acto suicida de aquellos que no lo hacen.

Esta organización es la primera dentro de esta modalidad y establece sucursales en todo el mundo, incluyendo México.

En Estados Unidos es en 1958 cuando se funda el primer servicio en los Angeles.

Durante el año de 1964 también en los Angeles se funda el "Centro para la Prevención del Suicidio de Los Angeles" en donde por vez primera participan profesionales.

A partir de esas experiencias surge la creación de nuevos servicios en Norteamérica, Europa, Sudamérica y algunos países de Asia (Lester & Brockopp, 1973). *****

Actualmente en México podemos observar que el uso del teléfono se ha ido extendiendo cada vez más y la diversidad de servicios a los que se tiene acceso por teléfono actualmente abarca desde la simple información, hasta el cierre de negociaciones y operaciones bancarias por esta vía, así como la solicitud de servicios de emergencia como policía, bomberos, Cruz Roja etc.

Y en este sentido es importante mencionar también que gracias a la coordinación entre SAPTEL y la Cruz Roja ha sido posible la intervención oportuna en casos de emergencia, principalmente en casos de intento de suicidio en los cuales gracias a esta coordinación conjunta y oportuna varias vidas han podido ser salvadas. Como ya se ha mencionado la intervención en las crisis puede ofrecer la ayuda inmediata que necesita una persona en crisis para recuperar su equilibrio ya que esta se centra en la solución del problema inmediato.

El teléfono ha sido el mayor y más importante medio de tratamiento en los centros para la prevención del suicidio. Algunos estudios como el de Litmann, (1970) y Wold, (1973) **** sugieren que pocas personas que hacen uso de este tipo de servicios fueron hospitalizadas.

Una interpretación común de estos resultados es que estos servicios no alcanzan a hacer contacto con las personas que completan el suicidio.

Sin embargo, la evaluación de los estudios relacionados exclusivamente con los suicidios consumados ignoran un gran sector de la población de personas deprimidas y en riesgo suicida, las cuales se incluyen dentro del gran sector de la población en riesgo suicida. Esto es como Motto lo describió "aquellas personas cuyos estados emocionales se aproximan a la incapacidad, incluyendo a aquellos que han considerado o consumado un intento suicida".

Frankish y James, (1994) evaluaron el desarrollo en el que se basan los centros telefónicos de intervención en crisis dedicados a la prevención del suicidio. Existe cierta evidencia de que tales instituciones tienen un impacto positivo en la reducción de los intentos suicidas dentro de grupos específicos de edad, pero los datos para una relación causal entre el consejo en casos de crisis y la reducción en la tasa de suicidios es confusa.

La iniciativa de la instalación e implementación de un servicio de Apoyo Psicológico por teléfono como ya se menciono anteriormente surge a raíz de las consecuencias catastróficas sufridas después de los sismos del mes de Septiembre de 1985, y cuyo principal objetivo era "La intervención en Crisis" es decir el proporcionar apoyo emocional en una situación de emergencia como la vivida en ese entonces.

Fue en ese momento de crisis en el que el Dr. Federico Puente conjuntamente con el grupo de terapeutas que habían intervenido en esta experiencia, cuando se percatan de la urgente necesidad de instalar un servicio de atención psicológica por teléfono de manera permanente en la Ciudad de México y área Metropolitana.

Para la realización de este proyecto lógicamente era necesario el reclutamiento y entrenamiento de terapeutas, así como la facilidad de contar con un local con línea telefónica.

Todas estas necesidades fue posible cubrirlas gracias al apoyo y colaboración de las autoridades de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., y cabe mencionar así mismo que durante esta etapa se conto con la valiosa colaboración de reconocidos maestros y terapeutas tanto para la labor de capacitación como en el seguimiento y asesoría de los casos por lo que vale un merecido reconocimiento a todas estas personas.

Es importante mencionar así mismo algunas de las experiencias más importantes obtenidas durante el funcionamiento del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono hasta la fecha:

1) Un alto nivel de atención y concentración en la comunicación verbal (ya que lógicamente se carece del componente visual de la comunicación), haciendo énfasis en las habilidades auditivas del terapeuta como la de saber escuchar e interpretar lo que realmente esta comunicando la persona y de esta forma hacer una correcta evaluación de la situación de la persona.

Esto es como dijo Sullivan, (1989): Las variaciones tonales en la voz - y al decir - "variaciones tonales" se quiere decir, muy amplia y genéricamente, cambios en todo el complejo grupo de cosas de que se compone el lenguaje son con frecuencia guías maravillosamente seguras en la situación comunicativa.

En la entrevista psiquiátrica, una gran parte de la experiencia que se va conquistando lentamente, se manifiesta en una demostración de ligero interés en el punto en el cual se registra una diferencia tonal, así la entrevista psiquiátrica es primordialmente una cuestión de comunicación vocal y sería un error muy grave presumir que la comunicación es primordialmente verbal. Los complementos de sonido sugieren lo que uno debe deducir de las proposiciones verbales expresadas. Como es natural, una gran cantidad de esas proposiciones verbales pueden ser tomadas como simples cuestiones de datos rutinarios, sujetos a las probabilidades ordinarias y a las investigaciones ulteriores que se necesitan para aclarar lo que la persona quiere decir.

2) La proyección del tono de voz por parte del terapeuta debe promover la calma y la tranquilidad en la persona. esto es que su tono de voz debe ser calmado y alentador ya que este es el principal y único vínculo para lograr contacto con la persona. En este aspecto es importante mencionar la investigación de Slaikeu, Lester, y Tulkin, (1993) en el Centro de Servicios para la Prevención del Suicidio y de Intervención en Crisis en el Condado de Erie en Buffalo Nueva York en donde se analizó el contenido de las llamadas telefónicas grabadas. El objetivo de esta investigación fue el de encontrar las variables que deberían diferenciar los factores que hacen que se presente o no a consulta cara a cara una persona cuando se le cita para ello. La motivación del solicitante para obtener ayuda y la capacidad para concretar del terapeuta emergieron como los factores más importantes.

3) La actitud del terapeuta debe ser total y absolutamente profesional, esto significa el no involucrarse personal, o emocionalmente con la persona que solicita el servicio.

4) Respetar las ideas, valores, y sentimientos de la persona así como el anonimato en caso de que la persona así lo requiera.

5) Referir o canalizar adecuadamente a las personas que así lo solicitan, o en los casos en que a juicio del terapeuta el manejo por teléfono no sea recomendable (por ejemplo en casos de neurosis o psicosis crónicas avanzada).

Tapp, y Spanier, (1973) compararon las características personales de los consejeros telefónicos voluntarios y estudiantes universitarios no voluntarios a través de distintas pruebas psicológicas: La escala Tennessee de Autoconcepto, el Inventario de Orientación Personal, y el Cuestionario para el Descubrimiento del Si Mismo. Los resultados no muestran diferencias entre los grupos en su autoconcepto excepto en la percepción Etico-Moral del Si Mismo. Los grupos difirieron en las otras mediciones. Los voluntarios mostraron un patrón de respuestas en el Inventario de Orientación Personal que sugiere, que estos están más actualizados en el "Si Mismo" que el grupo de estudiantes, así también los voluntarios muestran un alto grado de franqueza en el Cuestionario para el Descubrimiento del Si Mismo. Los resultados sugieren que los voluntarios son altruistas en la motivación para trabajar y esta capacidad de servicio juega un papel importante como modelo para los usuarios.

A partir de estas experiencias podemos concluir que las principales funciones de un Sistema de Apoyo psicológico por Teléfono son principalmente la intervención en crisis y la referencia o canalización adecuada de los usuarios a otras instituciones de atención personal, por lo que los futuros proyectos en este campo deberán tomar muy en cuenta estos dos aspectos en la formación y capacitación de los terapeutas.

En toda gran urbe como lo es la Ciudad de México un buen porcentaje de la población se encuentra en estado de crisis. Esta situación de crisis en la población de la Ciudad de México podría ser causada por múltiples factores tales como la sobrepoblación, la crisis económica, el desempleo, la insuficiencia de servicios básicos (alimentación, escuelas, hospitales, etc.), vandalismo y principalmente el rompimiento de los lazos familiares. Esta situación provoca en el individuo una frustración constante que puede ser agravada y ocasionar momentos de quiebre o crisis aguda en situaciones catastróficas (tal como ocurrió en los terremotos de 1985).

Siempre que se presenta un acontecimiento angustioso en la vida de una persona, de una manera que amenace su integridad biológica, psicológica o social, se produce cierto grado de desequilibrio y la concurrente posibilidad de una crisis. El positivo balance del desequilibrio está determinado por varios factores, siendo más inminente el estado de crisis cuando uno o varios de estos se encuentran ausentes.

De acuerdo con Rapoport, *** cuando una necesidad instintiva o el sentido de integridad son amenazados, el yo responde en forma característica con angustia cuando se presenta una pérdida o privación, la respuesta es generalmente de depresión. Por otra parte, si la amenaza o pérdida es vista como un reto, es más probable que se efectúe una movilización de energía hacia actividades encaminadas a solucionar el problema.

Lo que a una persona solo le produce un ligero sentimiento de preocupación a otras puede producirle gran angustia y tensión.

Existen ciertos factores que influyen en la recuperación del estado de equilibrio; la percepción del acontecimiento, los mecanismos de defensa, y apoyos situacionales disponibles. Las crisis pueden evitarse si estos factores se encuentran operando en el momento en que el acontecimiento angustioso está entrando a ser parte del modo de vida del individuo (Aguilera & Messick, 1976).

Miller (1973) ***** investigo el procedimiento de algunos psiquiatras y encontro que el 97% utilizo el teléfono para manejo de casos de emergencia, 45% lo utilizo conjuntamente en psicoterapia cara a cara, y el 19% como modo primario de tratamiento.

A través de la presente investigación es posible constatar algunos elementos o factores concomitantes de este estado de crisis emocional de la población solicitante como: tristeza, ansiedad, ambivalencia, aislamiento y aplanamiento afectivo. 28%, 8%, 7%, 4%, y 4% respectivamente (+).

Un aspecto digno de mencionar en esta área es el hecho que las mujeres tienden a presentar mayor tristeza que los hombres 31%, y 22% respectivamente. Es importante mencionar también que el 60% de los hombres y el 66% de las mujeres presentan más de dos alteraciones del afecto a la vez (+). Es importante mencionar en este sentido que en los resultados obtenidos por Loza, (1995) durante el periodo que va de agosto de 1993 a febrero de 1994 dentro del mismo servicio de SAPTEL las frecuencias mas altas en cuanto a sintomatología encontrada en las personas que solicitaron el servicio durante esta etapa fueron: la depresión, la ansiedad y la irritabilidad, siendo así también las mujeres quienes presentan en mayor medida esta sintomatología.

Toda esta gama de trastornos encontrados como la tristeza, la ansiedad y la ambivalencia muy probablemente están generando toda una serie de alteraciones en otras áreas como por ejemplo, en la atención y concentración ya que en el 13% se encuentran disminuidas, en el ritmo del discurso ya que 22% presento ritmo lento, 9% ritmo rápido y 8% un ritmo rápido y lento alternativamente (+). En este aspecto es importante referir a Goldman, (1987) quien dice que el paciente incapaz de prestar atención a causa de fiebre o alteraciones metabólicas no puede establecer nuevos recuerdos aunque tenga intacto el sustrato neuronal para el registro de los mismos. Entre los factores que afectan la interpretación y la ejecución del estado

mental están los trastornos de la atención la vigilancia o la concentración, tormentas emocionales, alteraciones perceptuales, (trastornos de la audición o de la visión), y trastornos del lenguaje receptivo y expresivo.

Es importante mencionar también que Miller, (1973) encontro que las depresiones eran más difíciles de tratar por teléfono mientras que la ansiedad fue comparativamente mas fácil.

Salaminenn, (1992) encontro que en un centro de intervención en crisis en Finlandia, que tanto los hombres como las mujeres voluntarios ayudaron a dos tercios de los hombres que llamaron con el solo hecho de escucharlos; los voluntarios de ambos sexos ayudaron con mayor comprensión empática a las mujeres solicitantes. La hipótesis comunmente aceptada acerca de la mayor disposición de ayudar a las personas del sexo opuesto, no se pudo confirmar ya que tanto solicitantes como voluntarios estaban más dispuestos a establecer contacto con una persona de su mismo sexo.

Por otra parte es importante hacer énfasis en lo que respecta a las alteraciones en el contenido del pensamiento específicamente en las áreas de ideas obsesivas, fobias, e ideas persecutorias, con porcentajes de 6, 4 y 2 respectivamente, esto nos esta indicando que muy probablemente un sector de la población puede requerir de intervención psiquiátrica en un futuro inmediato (+).

"Una investigación de la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos 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). **

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.

Caplan, (1964) ** 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.

En lo que respecta al contenido del pensamiento es importante mencionar que los hombres presentan un mayor nivel de alteración que las mujeres, ya que un 28% presentan más de dos alteraciones a la vez en esta misma área, mientras que las mujeres presentan más de dos alteraciones solo en el 19%, siendo las ideas obsesivas donde se encuentran las mayores diferencias (+). Cabe en este sentido mencionar la investigación de Mc Namee, O'Sullivan, Geraldine, Lelloitt, Marks, (1989) quienes entrevistaron a 37 agorafóbicos diagnosticados con desordenes de pánico que no podían asistir al hospital para recibir tratamiento. De estos 23 estuvieron de acuerdo en recibir el tratamiento a través del teléfono, y fueron seleccionados aleatoriamente para ser expuestos al objeto fóbico sin ningún

tratamiento, o por otra parte para ser tratados por medio de la relajación, utilizando materiales de autoayuda en su propio domicilio para este fin. Las fobias y el ajuste social mejoraron significativamente en los 6 casos de autoexposición al objeto fóbico en los que fue posible establecer un seguimiento continuo durante 32 semanas, a diferencia de los 8 casos que fueron tratados por medio de relajación autoinducida, quienes se quejaron más y no mejoraron significativamente. Los agorafóbicos que reportan que no pueden asistir a la clínica u hospital pueden ser casos severos e inusuales y probablemente personas poco motivadas, pero la orientación por vía telefónica puede ayudar a algunos de ellos.

Otra área afectada en la población solicitante de SAPTEL es la del dolor no asociado con algún problema orgánico ya que un 3% presentó algún tipo de queja en esta área, siendo los dolores de cabeza y los malestares gastrointestinales los más frecuentes (+).

En este sentido es interesante mencionar el intento de Owens, (1970) **** quien trató de explorar cualquier estado hipnótico que se pudiera inducir por teléfono, debido a que sus pacientes reportaron sentimientos de relajación y reducción del dolor dental después de la inducción hipnótica, el procedimiento puede tener algo de utilidad en casos de dolor no asociado a un problema orgánico.

En lo referente al nivel de inteligencia de los usuarios de SAPTEL encontramos que la mayor parte de la población es decir el 73% presentan un nivel equivalente al término medio y solo un 13% presenta un nivel superior al término medio, hecho que tal vez puede estar asociado a la incapacidad de reconocer el grado del problema ya que solo el 45% de la población presenta un reconocimiento claro y preciso del mismo. Y es importante mencionar que en esta área las mujeres tienden a reconocer un poco mejor su problemática que los hombres, ya que 42% de los hombres lo hace de manera clara y precisa mientras que las mujeres lo hacen en un 47% de los casos (+).

De lo anteriormente expuesto se puede concluir que un porcentaje de la población de la Ciudad de México necesita de algún tipo de intervención de emergencia debido a los índices de ansiedad y tristeza encontrados.

Así también un sector de la población requeriría de atención psiquiátrica en un momento determinado ya que algún tipo de evento traumático mayor podría desencadenar un quiebre o rompimiento en la personalidad del individuo de consecuencias mayores que podría requerir de internamiento psiquiátrico en un momento dado.

Después de analizar y observar todas las posibles implicaciones y consecuencias que toda esta situación puede desencadenar, es posible confirmar la hipótesis alterna, y la importancia de contar con un servicio de atención psicológica, de fácil acceso, e inmediata se hace evidente, principalmente en una urbe tan grande como lo es la Ciudad de México donde la falta de acceso de la población a los

servicios básicos es cada vez mayor, y una forma importante de brindar algún tipo de atención a esta población es a través del teléfono.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

6.3) LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones que se pudieron observar durante esta etapa del servicio se pueden mencionar las siguientes:

- 1) El espacio físico para el desempeño de las funciones y actividades de trabajo no es el más adecuado ya que son cubículos mal acondicionados dentro de las instalaciones de la Cruz Roja Mexicana, y donde además el nivel y la intensidad de ruido es una molestia constante.
- 2) Otro factor importante a tomar en cuenta es la inadecuada canalización o referencia de algunas personas solicitantes a otras instituciones como por ejemplo casos de depresión o ansiedad al Instituto de Neurología etc.
- 3) Un importante problema y en el cual es necesario hacer énfasis fue el hecho de que se encontraron un número importante de cédulas de registro con poca información o mal llenadas lo cual podría deberse a varias fallas en el terapeuta como por ejemplo falta de entrenamiento o capacitación adecuada, falta de un adecuado nivel de atención y concentración, cansancio, etc.
- 4) Un aspecto muy importante fue el hecho de que con la mayoría de los solicitantes se desconocía el estado emocional y de salud general un tiempo después de la intervención telefónica, por lo que se ignoraba si la intervención le había beneficiado en algo.

De las limitaciones mencionadas arriba se pueden referir algunas sugerencias que podrían ser de alguna utilidad para el mejor funcionamiento del servicio:

- 1) El contar con instalaciones adecuadas.
- 2) El adecuado reclutamiento, selección, entrenamiento y capacitación del personal que atiende el servicio, para que de esta forma la atención de las personas sea lo más profesional posible.
- 3) Una comunicación y coordinación constante entre SAPTEL y otras instituciones de salud mental para de esta manera referir o canalizar a los solicitantes de una forma más adecuada.
- 4) una mayor difusión del servicio a través de los medios masivos de información, así como la inclusión del o los números del sistema en los servicios de emergencia.
- 5) La ampliación del servicio a otros estados del país ya que se recibieron varias solicitudes de atención por parte de personas residentes en el interior de la república.

6) Supervisión constante y continua de todos los casos recibidos por parte de maestros y terapeutas especializados y experimentados.

7) La adaptación o implementación de un adecuado plan de seguimiento con los solicitantes para de esta forma tener una constante evaluación del nivel de efectividad y eficacia del servicio.

En la pieza de Pirandello *Las Reglas del Juego* (1914. pag. 25) ***** se desarrolla el dialogo siguiente:

Leone - Ah, Venanzi... Es triste cuando uno ha aprendido cada movimiento del juego.

Guido - ¿Que juego?

Leone - Bueno..., este. Todo el juego... de la vida.

Guido - ¿Lo aprendiste?

Leone - Sí, hace mucho tiempo".

La desesperanza y la resignación de Leone se debían a la convicción de que existe algo llamado el juego de la vida. En realidad si el problema de la existencia humana consiste en dominar el juego de la vida. ¿que quedaría por hacer? Pero no existe ningún juego de la vida, en singular. Los juegos son infinitos.

El hombre moderno parece enfrentar el problema de elegir entre dos alternativas básicas. Por un lado, puede optar por desesperarse a raíz de la utilidad perdida por el rápido deterioro de juegos penosamente aprendidos. Es posible que las habilidades adquiridas mediante grandes esfuerzos resulten inadecuadas casi tan pronto como el individuo se disponga a aplicarlas. Muchas personas no son capaces de tolerar repetidas decepciones de esta clase. En su desesperación, anhelan la seguridad que ofrece la estabilidad aunque esta solo se adquiera a cambio de la esclavitud personal. La otra alternativa es responder al desafío de la incesante necesidad de aprender y reaprender, y tratar de hacerlo de manera satisfactoria.

***** Mencionado en Szasz (1968).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *** Aguilera, D & Messick, (1976). Control de los Conflictos Emocionales. Editorial Interamericana 2ª Edición.
- 2.- Baird, B., Brian, N., Bossetts., Smith, B, (1994). A new technique for handling sexually abusive calls to telephone crisis lines. Community Mental Health Journal Feb Vol 30 (1) 55-60.
- 3.- Boehm, K., Chessare, J., Valko, T., Sager, M., (1991). Teen Line: A descriptive analysis of a peer telephone-listening service. Adolescence Vol. 26 (103) 643-648.
- 4.- Brunet, A., Lemay, Lemay L., Belliveau G., (1994). Correspondance as Adjunct to Crisis Intervention in a Suicide Prevention Center. Crisis Journal Vol 15 (2) 65-68.
- 5.- ***** Bustos, M & Acosta, (1989). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: Motivo de Consulta. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología U.N.A.M.
- 6.- Bustos O., Bedolla P., Bustos M., López M. (1982). Curso de Prácticas del Tercer Nivel (social unidimensional). Coordinación de Laboratorios Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- 7.- Coyne, A., (1991). Information and referral service usage among caregivers for dementia patiens. Gerontologist Vol 31 (3) 384-388.
- 8.- Echterling, L., Hartsough, D., (1989). Phases of helping in succesful crisis telephone calls. Journal of Community Psychology Jul. Vol 17 (3) 249-257.
- 9.- Ey H., (1985). Tratado de Psiquiatría. Editorial Toray Masson. 7ª Edición.
- 10.- Eysenck H., (1983). Manual de Psicología Anormal. Editorial El Manual Moderno 2ª Edición.
- 11.- Frankish, C., (1994). Crisis centers and their role in treatment: Suicide prevention versus health promotion. Special Issue: Suicide assessment and intervention.
- 12.- Freedman A., Kaplan H., Sadock B., (1975). Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat. 1ª Edición.

- 13.- Gaitán, A., (1993). SAPTEL Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono. Basado en el Manual para Llenado de la Cédula de Registro del SAPT Puente, F., Bustos, L., et al. (1986). Editorial Universidad Iberoamericana.
- 14.- Gerald F., (1972). Fundamentos de Psicología. Editorial Trillas. 1ª Edición.
- 15.- García Pelayo R., (1994). Diccionario Larousse Ilustardo. Editorial Larousse.
- 16.- * Goldman, H. (1987). Psiquiatría General. Editorial El Manual Moderno.
- 17.- **** Greer L., Strasberg, W., (1979). suicide Prevention Center Outreach: Callers and noncallers compared. Psychological Reports Vol 44 387-393.
- 18.- Guarnier E., (1984). Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico. Editorial Porrúa 2ª Edición.
- 19.- Hilgard, E., (1972). Introducción a la Psicología. Editorial Morata. 1ª Edición.
- 20.- Kerlinger, F., (1975) Investigación del Comportamiento. Editorial Interamericana.
- 21.- Kliever, W., Lepores, S., Broquet, A., Zuba, L., (1990). Developmental and gender differences in anonymous support seeking: Analisis of data from a community help line for children. American Journal of Community Psychology Apr. Vol 18 (2) 333-339.
- 22.- Kolb, L., (1976). Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La Prensa Medica Mexicana 5ª Edición.
- 23.- ***** Lester, D., (1977). The Social Impact of the Telephone: The use of the Telephone in Counseling and Crisis Intervention. MIT Press Ithiel De Sola Pool.
- 24.- Loring, M., Smith R., Thomas, K., (1994). Utilization of a time limited holiday hotline by older adults. Gerontologist Aug. Vol. 34 (4) 557-560.
- 25.- Loza, G., (1995). Estudio de las Características del Paciente con Conductas Suicidas, usuario del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL). Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología U.N.A.M.
- 26.- Mc Namee, G., O'Sullivan G., Lelliot, P., Marks, I., (1989). Telephone guide treatment for housbond agoraphobics with panic disorders exposure vs. relaxation. Behavior Therapy Vol 20 (4) 491-497.

- 27.- Ossip, K., Deborah, J., Giovino, G., Megahed N., (1991). Effects of smokers'hotline: Results of a 10 county self-help trial. *Journal of Social Psychology*. Apr. Vol. 59 (2) 325-332.
- 28.- Salaminenn, S., Glad, T., (1992). The role of gender in helping behavior. *Journal of Social Psychology* Feb. Vol. 132 (1) 131-133
- 29.- Shamaï, M., (1994). Family crisis intervention by phone: Intervention with families during the Gulf War. *Journal of Marital and Family Therapy* Jul. Vol. 20 (3) 317-323.
- 30.- * Slaikeu, R., (1988). *Intervención en Crisis*. Editorial El Manual Moderno.
- 31.- Slaikeu, R., (1979). Temporal variables in telephone crisis intervention: Their relationship to selected process and outcome variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 47 (1) 193-195.
- 32.- Slakeu, K., Lester D., Tulkin S., (1973). Show versus no show a comparison of referral calls to a Suicide Prevention and Crisis Service. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 40 (3) 481-486.
- 33.- Sullivan, H., (1992). *La entrevista Psiquiátrica*. Editorial Siglo Veinte Nueva Imagen 2ª Edición.
- 34.- Swartz, P., (1987). *Psicología*. Editorial Continental.
- 35.- Szasz, T., (1968). *El Mito de la Enfermedad Mental*. Editorial Amorrortu.
- 36.- Volmor, D., (1966). *Diccionario de Psicología y Psicoanálisis*. Editorial Schapire S.R.L.
- 37.- Wallace, M., (1994). Schizophrenia a national emergency: Preliminary observations on SANELINE. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Vol. 89 (380, Suppl.) 33-35.
- 38.- Wellman, M., (1993). An AIDS Hotline. Analysis of callers, presenting problems and social factors. *Journal of Applied Social Psychology* Jul. Vol 23 (14) 1111-1123.
- 39.- Wiener, L., Spencer, E., Davidson, R., Fair, C., (1993). National telephone support groups: A new avenue toward psychosocial support for HIV infected children and their families. *Social Work With Groups Journal* Vol 16 (3) 55-71.
- 40.- Wolman, B., (1984). *Diccionario de Ciencias de la Conducta*. Editorial Trillas. 1ª Edición.

ANEXO 1

TABLAS

TABLAS

TABLA 1

ESPONTANEIDAD DEL DISCURSO
(N= 85 3.6%)

DISCURSO	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
Espontáneo	1650	1650	72.56	72.56
Al preguntar	183	1833	8.05	80.61
Ambos	441	2274	19.39	100.00

TABLA 2

ESPONTANEIDAD DEL DISCURSO VS. SEXO

DISCURSO	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Espontáneo	510	66.06	1119	75.71	1629	72.40
Cuando se pregunta	96	12.43	85	5.75	181	8.04
Ambos	166	21.50	274	18.53	440	19.55
TOTALES	772	100.00	1478	100.00	2250	100.00

TABLA 3

RITMO DEL DISCURSO
(N= 178; 7.55%)

RITMO DEL DISCURSO	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
Lento	472	472	21.64	21.64
Normal	1331	1803	61.02	82.66
Rápido	204	2007	9.35	92.01
Alterno	174	2181	7.97	100.00

TABLA 4
RITMO DEL DISCURSO VS. SEXO

DISCURSO	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Lento	165	22.51	298	20.88	463	21.43
Normal	449	61.25	873	61.17	1322	61.20
Rápido	60	8.18	142	9.95	202	9.35
Alternó	59	8.05	114	7.98	173	8.00
TOTALES	733	100.00	1427	100.00	2160	100.00

TABLA 5
ALTERACIONES DEL DISCURSO
(Nº = 174; 7.38%)

ALTER. DISCURSO	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
No Observadas	1851	1851	84.71	84.71
Incoherencia	62	1913	2.93	87.65
Incongruencia	32	1945	1.46	89.01
Fuga de Ideas	31	1976	1.41	90.43
Prolijidad	79	2055	3.61	94.05
Bloqueo	59	2114	2.70	96.75
Perseverancia	54	2168	2.47	99.22
Coprolalia	2	2170	0.09	99.31
Ecolalia	1	2171	0.45	99.36
Tartamudeo	11	2182	0.50	99.86
Otro	3	2185	0.13	100.00

TABLA 6
ALTERACIONES DEL DISCURSO VS. SEXO

ALTERACION	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
No se Observaron	595	40.13	1256	86.91	1851	84.65
Incoherencia	23	3.10	39	2.74	62	2.86
Incongruencia	13	1.75	19	1.33	32	1.48
Fuga de Ideas	12	1.61	19	1.33	31	1.43
Prolijidad	33	4.45	46	3.23	79	3.65
Bloqueo	31	4.18	26	1.82	57	2.63
Perseverancia	23	3.10	31	2.18	54	2.50
Coprolalia	2	0.27	-	0.00	2	0.09
Ecolalia	1	0.13	-	0.00	1	0.04
Tartamudeo	5	0.67	6	0.42	11	0.50

TABLA 7

MAS DE DOS ALTERACIONES DEL DISCURSO A LA VEZ

ALTER. DISCURSO	f		%	
	f	ACUMULADA	%	ACUMULADO
Perseverancia	103	103	21.15	21.15
Prolijidad	102	205	20.94	42.09
Bloqueo	77	282	15.81	57.90
Incoherencia	68	350	13.95	71.86
Incongruencia	52	402	10.67	82.54
Fuga de Ideas	46	448	9.44	91.99
Tartamudeo	20	468	4.10	96.11
Coprolalia	9	477	1.85	97.95
Ecolalia	3	480	0.61	98.57
Otro	7	487	1.43	100.00

TABLA 8

MAS DE DOS ALTERACIONES DEL DISCURSO A LA VEZ VS. SEXO

ALTERACION	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
No se Observaron	595	71.60	1736	82.95	1031	78.89
Incoherencia	28	3.37	41	2.75	69	2.97
Incongruencia	25	3.00	27	1.81	52	2.24
Fuga de Ideas	17	2.04	28	1.87	45	1.94
Prolijidad	47	5.65	55	3.69	102	4.40
Bloqueo	40	4.81	35	2.35	75	3.23
Perseverancia	49	5.90	54	3.62	103	4.44
Coprolalia	5	0.60	2	0.13	7	0.13
Ecolalia	4	0.48	1	0.06	5	0.21
Tartamudeo	13	1.56	11	0.74	24	1.03
Otro	8	0.96	-	0.00	8	0.34
Totales	831	100.00	1490	100.00	2321	100.00

TABLA 9
ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO
 (Nº= 189; 8.01%)

ALT. CONT. PENS.	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
No Alteraciones	1785	1785	82.26	82.26
ideas Obsesivas	135	1920	6.22	88.48
Fobias	96	2016	4.42	92.90
Ideas Persecutorias	46	2069	2.12	95.02
Pensamiento Mágico	28	2090	1.29	96.31
Ideas Celotípicas	23	2113	1.06	97.37
Ideas Hipocondríacas	19	2132	0.87	98.25
Ideas Megalomaniacas	15	2147	0.69	98.94
Ideas de Referencia	10	2157	0.46	99.40
Ideas Religiosas	5	2162	0.23	99.63
Otra	8	2170	0.37	100.00

TABLA 10
ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO VS. SEXO

ALTERACION	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
No hay alteración	572	77.93	1195	84.51	1767	82.26
Fobias	37	5.04	59	4.17	96	4.47
ideas Obsesivas	66	8.99	66	4.67	132	6.15
Ideas Persecutorias	17	2.32	28	1.98	45	2.09
Ideas Hipocondríacas	8	1.09	11	0.78	19	0.89
Ideas Megalomaniacas	8	1.09	7	0.50	15	0.70
Ideas Celotípicas	4	0.54	19	1.34	23	1.07
Ideas Del. Religio.	3	0.41	2	0.14	5	0.23
Ideas de Referencia	3	0.41	7	0.50	10	0.47
Pensam. Mágico	13	1.77	15	1.06	28	1.30
Otra	3	0.41	5	0.35	8	0.37
TOTALES	734	100.00	1414	100.00	2148	100.00

TABLA 11

MAS DE DOS ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO A LA VEZ

ALT. CONT. PENS.	f			
	f	ACUMULADA	%	ACUMULADO
Ideas Obsesivas	149	149	29.56	29.56
Fobias	103	252	20.44	50.00
Ideas Persecutorias	68	320	13.49	63.49
Pensam. Mágico	57	377	11.31	74.80
Ideas Celotípicas	33	410	6.55	81.35
Ideas Hipocondríacas	32	442	6.35	87.70
Ideas Megalomaniacas	21	463	4.17	91.87
Ideas de Referencia	18	481	3.57	95.44
Ideas Religiosas	13	494	2.50	98.02
Otra	10	504	1.98	100.00

TABLA 12

MAS DE DOS ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO A LA VEZ
VS. SEXO

ALTERACION	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
No hay Alteración	572	72.31	1195	80.96	1767	77.95
Fobias	38	4.80	65	4.40	103	4.54
Ideas Obsesivas	73	9.23	73	4.94	146	6.44
Ideas Persecutorias	26	3.29	41	2.78	67	2.96
Ideas Hipocondríacas	14	1.77	18	1.22	32	1.41
Ideas Megalomaniacas	12	1.52	9	0.61	21	0.93
Ideas Celotípicas	8	1.01	25	1.69	33	1.46
Ideas del. Religio.	6	0.76	7	0.47	13	0.57
Ideas de Referencia	7	0.88	11	0.74	18	0.79
Pensam. Mágico	30	3.79	27	1.83	57	2.51
Otra	5	0.63	5	0.34	10	0.44
TOTALES	791	100.00	1476	100.00	2267	100.00

TABLA 13
CONTENIDO AFECTIVO
 (N7= 164; 6.95%)

CONTENIDO AFECTIVO	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
Normal	952	952	43.37	43.37
Tristeza	613	1756	27.93	71.30
Ansiedad	183	1939	8.34	79.64
Ambivalencia	150	2115	6.83	86.47
Aislamiento	99	1143	4.51	90.98
Aplanamiento	92	1044	4.19	95.17
Afecto Insuficiente	28	2152	1.27	96.45
Labilidad Emocional	26	2178	1.18	97.63
Pánico	26	1965	1.18	98.81
Afecto Inapropiado	10	2188	0.45	99.27
Exaltación	7	2124	0.32	99.59
Euforia	2	2117	0.09	99.68
Otro	7	2195	0.32	100.00

TABLA 14
CONTENIDO AFECTIVO VS. SEXO

ALTERACION	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Normal	349	47.10	596	41.65	945	43.51
Aplanamiento	44	5.94	47	3.28	91	4.19
Aislamiento	37	4.99	59	4.12	96	4.42
Tristeza	163	22.00	443	30.95	606	27.90
Ansiedad	67	9.04	113	7.90	180	8.29
Pánico	7	0.94	19	1.33	26	1.20
Ambivalencia	42	5.67	106	7.41	148	6.81
Euforia	2	0.27		0.00	2	0.09

TABLA 15

MAS DE DOS ALTERACIONES EN EL AFECTO A LA VEZ

CONTENIDO AFECTIVO	f		%	
	f	ACUMULADA	%	ACUMULADO
Normal	952	952	34.99	34.99
Tristeza	688	1640	25.28	60.27
Ansiedad	332	1972	12.20	72.47
Ambivalencia	315	2287	11.58	84.05
Aislamiento	112	2399	4.12	88.17
Aplanamiento	101	2500	3.71	91.88
Afecto Insuficiente	53	2553	1.95	93.83
Labilidad Emocional	69	2622	2.54	96.37
Pánico	48	2670	1.76	98.13
Afecto Inapropiado	17	2687	0.62	98.75
Exaltación	18	2705	0.66	99.41
Euforia	7	2712	0.26	99.67
Otro	9	2721	0.33	100.00

TABLA 16

MAS DE DOS ALTERACIONES DEL AFECTO A LA VEZ VS. SEXO

ALTERACION	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Normal	349	39.61	596	33.60	945	35.59
Aplanamiento	48	5.45	52	2.93	100	3.77
Aislamiento	39	4.43	70	3.94	109	4.10
Tristeza	187	21.22	487	27.45	674	25.39
Ansiedad	107	12.14	217	12.34	324	12.20
Pánico	14	1.59	33	1.86	47	1.77
Ambivalencia	82	9.31	220	12.40	302	11.37
Euforia	4	0.45	2	0.11	6	0.23
Exaltación	7	0.79	9	0.51	16	0.60
Afecto Insuf.	21	2.38	31	1.75	52	1.96
Lab. Emocional	13	1.47	46	2.59	59	2.22
Afecto Inap.	5	0.57	8	0.45	13	0.49
Otro	5	0.57	3	0.17	8	0.30
TOTALES	881	100.00	1774	100.00	2655	100.00

TABLA 17
ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION
(N7= 288; 12.21%)

ALTER. SENSOPERCEP.	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
No Hay	1900	1900	91.74	91.74
Dolor	70	1970	3.38	95.12
Ilusiones	33	2003	1.59	96.72
Alucinaciones	28	2031	1.35	98.07
Despersonalización	27	2058	1.30	99.37
parestesias	9	2067	0.43	99.80
Otra	4	2071	0.19	100.00

TABLA 18
ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION VS. SEXO

ALTERACION	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	f	%	%
No hay	633	91.74	1249	91.97	1882	91.80
Ilusiones	13	1.88	19	1.40	32	1.56
Alucinaciones	12	1.73	16	1.18	28	1.36
Dolor	21	3.06	47	3.46	68	3.32
Parestesias	4	0.58	5	0.37	9	0.44
Despersonalización	8	1.16	18	1.33	26	1.27
Otra	1	0.14	4	0.29	5	0.24
Totales	692	100.00	1358	100.00	2050	100.00

TABLA 19
MAS DE DOS ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION A LA VEZ.

ALTER. SENSOPERCEP.	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
Dolor	73	73	39.67	19.67
Ilusiones	36	109	19.57	59.24
Alucinaciones	30	139	16.30	75.54
Despersonalización	28	167	15.22	90.76
Parestesias	12	179	6.52	97.28
Otra	5	184	2.72	100.00

TABLA 20
ALTERACIONES DE LA MEMORIA
 (N= 276; 11.70%)

ALTER. MEMORIA	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
No Hay	2030	2030	97.45	97.45
Amnesia	25	2055	1.20	98.66
Hipomnesia	17	2072	0.82	99.48
Dejá vu	8	2080	0.38	99.86
Jamais vu	1	2081	0.05	99.91
Otra	2	2083	0.09	100.00

TABLA 21
ALTERACIONES DE LA MEMORIA VS. SEXO

ALTERACION	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
No Hay	673	96.42	1335	97.94	2008	97.43
Amnesia	14	2.00	11	0.81	25	1.21
Hipomnesia	7	1.00	10	0.73	17	0.82
Dejá vu	4	0.57	4	0.29	8	0.39
Jamais vu	-	0.00	1	0.07	1	0.05
Otra	-	0.00	2	0.15	2	0.10
TOTALES	698	100.00	1363	100.00	2061	100.00

TABLA 22
MAS DE DOS ALTERACIONES DE LA MEMORIA A LA VEZ

ALTER. MEMORIA	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
Amnesia	25	25	45.45	45.45
Hipomnesia	18	43	32.72	78.17
Dejá vu	9	52	16.36	94.54
Jamais vu	1	53	1.82	96.36
Otra	2	55	3.64	100.00

TABLA 23
TRASTORNOS DE LA ORIENTACION
 (N= 296; 12.55%)

TRAST. ORIENTACION	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
No Hay	2003	2003	97.09	97.09
Tiempo	27	2030	1.31	98.40
Lugar	14	2044	0.68	99.08
Persona	17	2061	0.82	99.90
Tiempo y Persona	1	2062	0.05	99.95
Lugar y Persona	1	2063	0.05	100.00

TABLA 24
TRASTORNOS DE LA ORIENTACION VS. SEXO

TRASTORNO	Hombres		Mujeras		Totales	
	f	%	f	%	f	%
No Hay	675	96.70	1307	97.32	1982	97.11
Tiempo	10	1.43	16	1.19	26	1.27
Lugar	5	0.72	9	0.67	14	0.69
Persona	7	1.00	10	0.74	17	0.83
Tiempo y Lugar	-	0.00	-	0.00	-	0.00
Tiempo y Persona	1	0.14	-	0.00	1	0.05
Lugar y Persona	-	0.00	1	0.07	1	0.05
Tiemp. Lug. y Pers.	-	0.00	-	0.00	-	0.00
TOTALES	698	100.00	1343	100.00	2041	100.00

TABLA 25
ATENCIÓN Y CONCENTRACION
 (N= 445; 18.86%)

ATENCIÓN Y CONCENT.	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
Adecuada	1652	1652	86.31	86.31
Disminuida	242	1894	12.64	98.95
Ausente	17	1911	0.89	99.84
Otra	3	1914	0.16	100.00

TABLA 26

ATENCIÓN Y CONCENTRACION VS. SEXO

	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Adecuada	552	83.26	1085	88.14	1637	86.43
Disminuida	102	15.38	135	10.97	237	12.51
Ausente	9	1.36	8	0.65	17	0.90
Otra	-	0.00	3	0.24	3	0.16
TOTALES	663	100.00	1231	100.00	1894	100.00

TABLA 27

**NIVEL DE INTELIGENCIA
(N= 342; 14.50)**

INTELIGENCIA	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
Inferior	248	248	12.30	12.30
Medio	1478	1726	73.27	85.57
Medio Superior	272	1998	13.48	99.06
Superior	19	2017	0.94	100.00

TABLA 28

NIVEL DE INTELIGENCIA VS. SEXO

	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Inferior	91	13.17	153	11.74	244	12.24
Término Medio	506	72.36	964	73.99	1464	73.42
Medio Superior	93	13.46	175	13.43	268	13.44
Superior	7	1.01	11	0.84	18	0.90
TOTALES	691	100.00	1303	100.00	1994	100.00

TABLA 29
GRADO DE RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA
 (N7= 313; 13.27%)

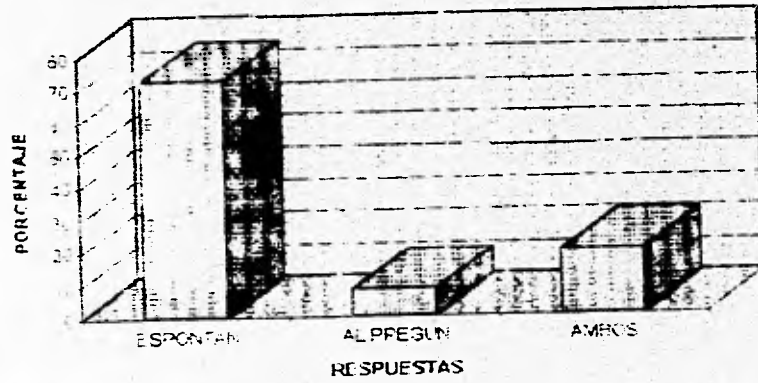
GRADO RECON. PROBLEMA	f	f ACUMULADA	%	% ACUMULADO
Intelectual y Afectivo	922	922	46.06	46.06
Solo Intelectual	525	1447	25.66	70.72
Reconocim. Impreciso	501	1948	24.49	95.21
Bloqueo o Negación	98	2046	4.79	100.00

TABLA 30
GRADO DE RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA VS. SEXO

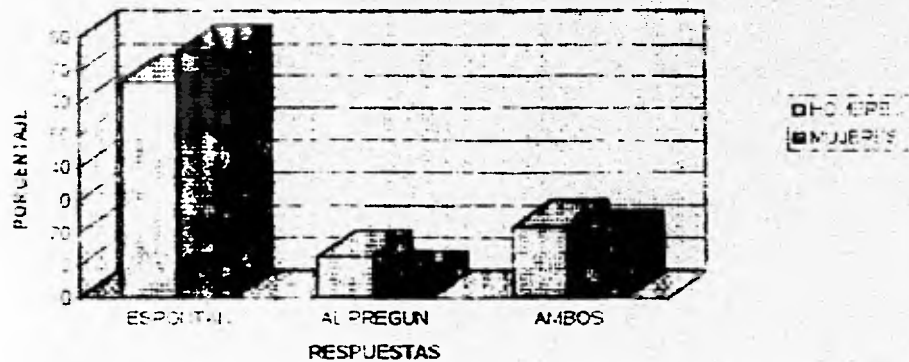
	Hombres		Mujeres		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Intelect. y Af.	299	42.53	617	46.71	916	45.26
Solo Intelectual	186	26.46	330	24.98	516	25.49
Confuso	176	25.03	320	24.22	496	24.51
Bloqueo o Negación	42	5.97	54	4.09	96	4.74
TOTALES	703	100.00	1321	100.00	2024	100.00

ANEXO 2
GRAFICAS

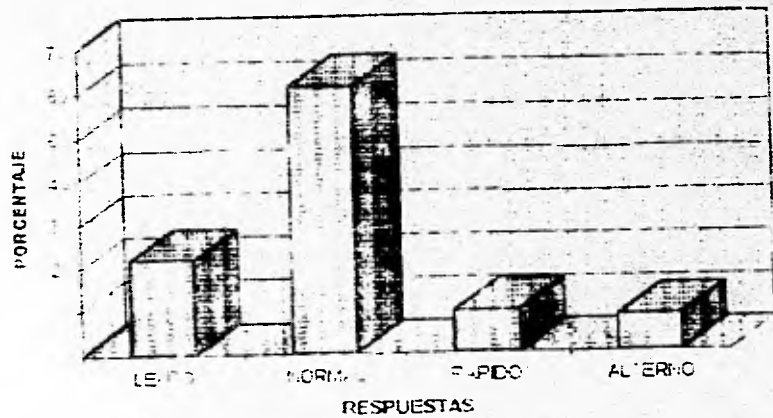
GRAFICA 1 ESPONTANEIDAD DEL DISCURSO N° 2274



GRAFICA 2 ESPONTANEIDAD DEL DISCURSO VS. SEXO N=7/2
HOMBRES, 1478 MUJERES

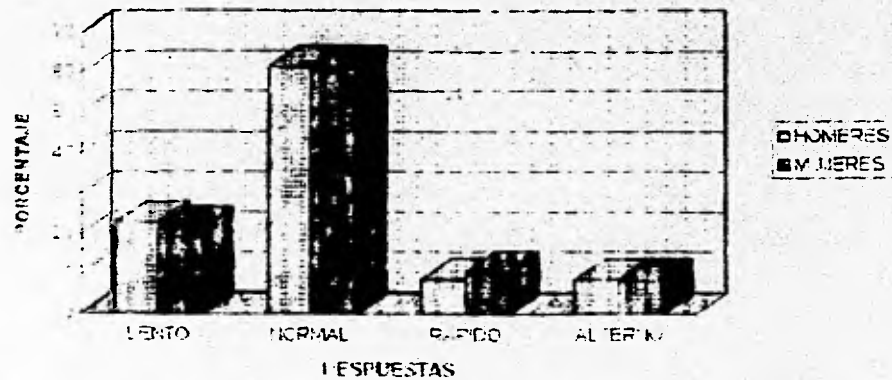


GRAFICA 3 RITMO DEL DISCURSO N= 2181

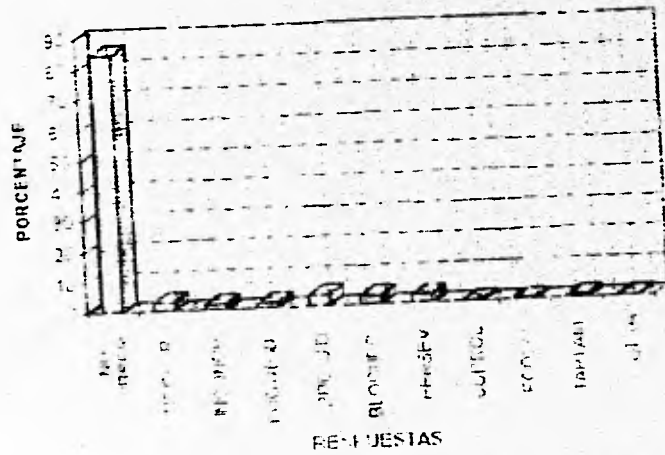


(17)

GRAFICA 4 RITMO DEL DISCURSO VS. SEXO N= 73 HOMBRES,
1427 MUJERES

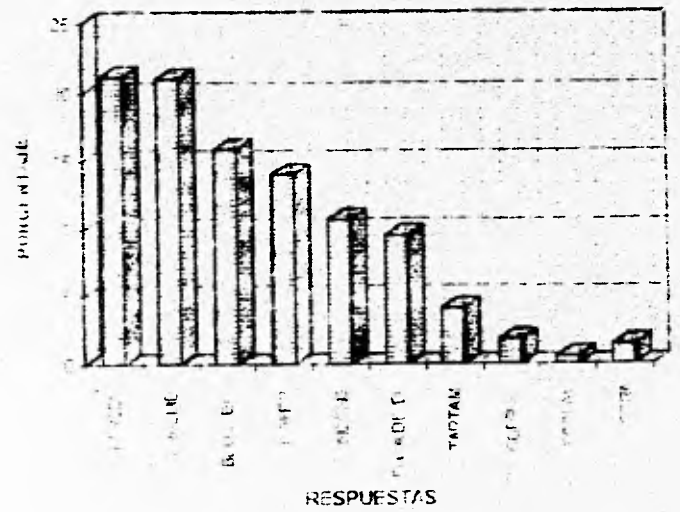


GRAFICA 5 ALTERACIONES DEL DISCURSO N° 2135

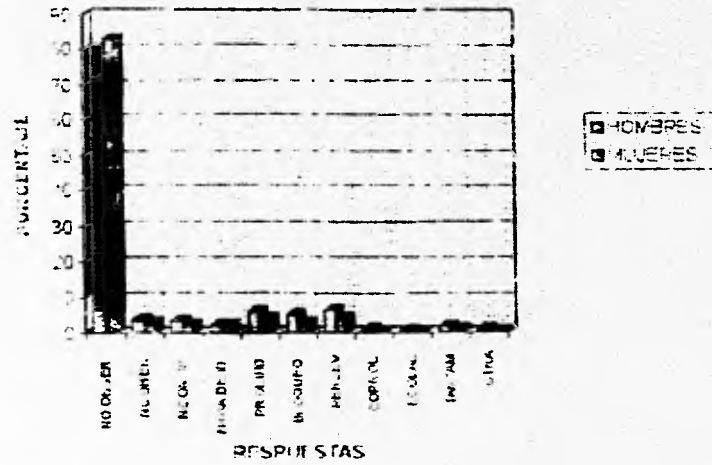


□

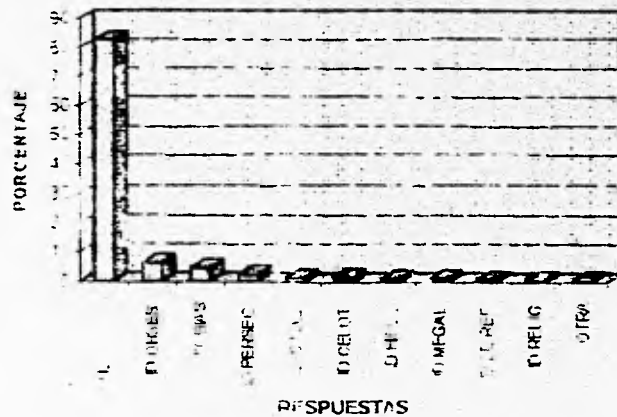
GRAFICA 7 MAS DE DOS ALTERACIONES DEL DISCURSO A LA VEZ
N° 487



GRAFICA 8 MAS DE DOS ALTERACIONES DEL DISCURSO A LA VEZ VS. SEXO N= 931 HOMBRES, 1490 MUJERES

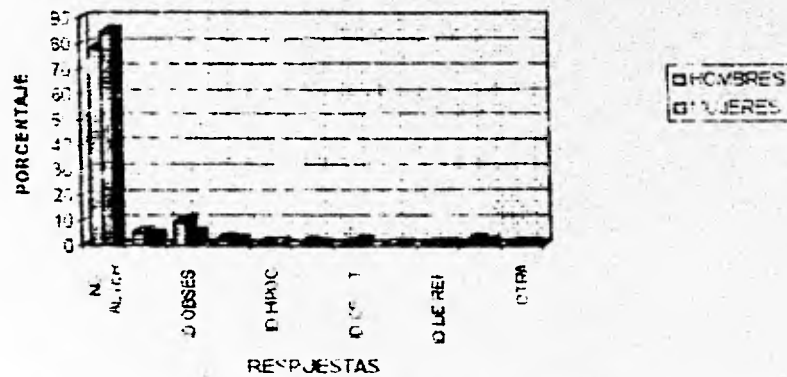


GRAFICA 9 ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO
N= 2170

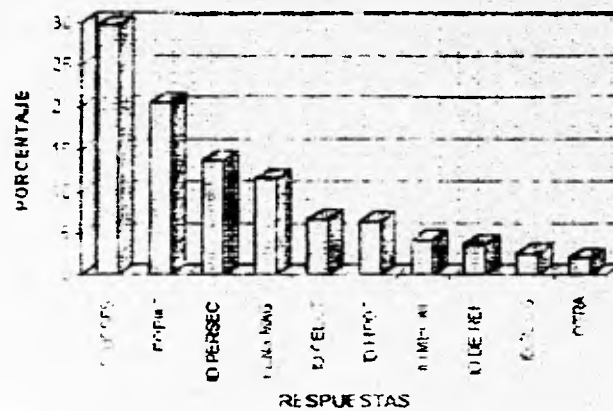


D

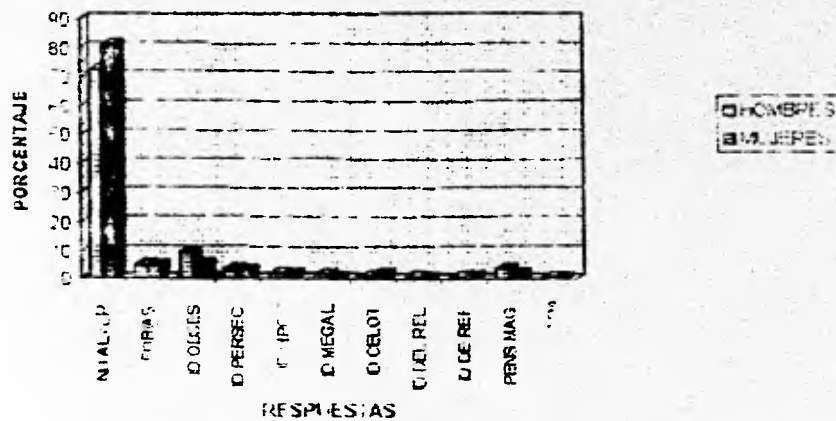
GRAFICA 8 ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO
VS SEXO N= 734 HOMBRES, 1414 MUJERES



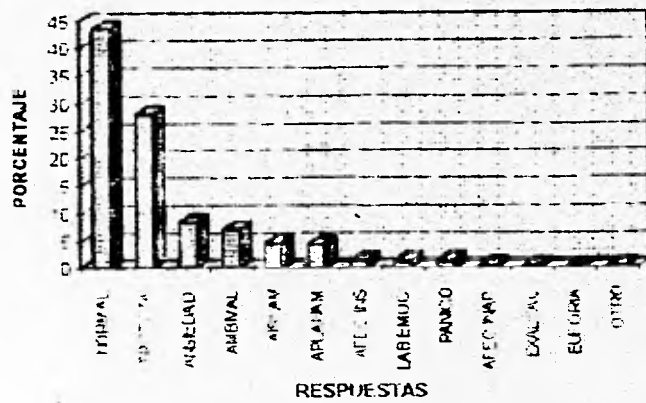
GRAFICA 11 MAS DE DOS ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO A LA VEZ N= 504



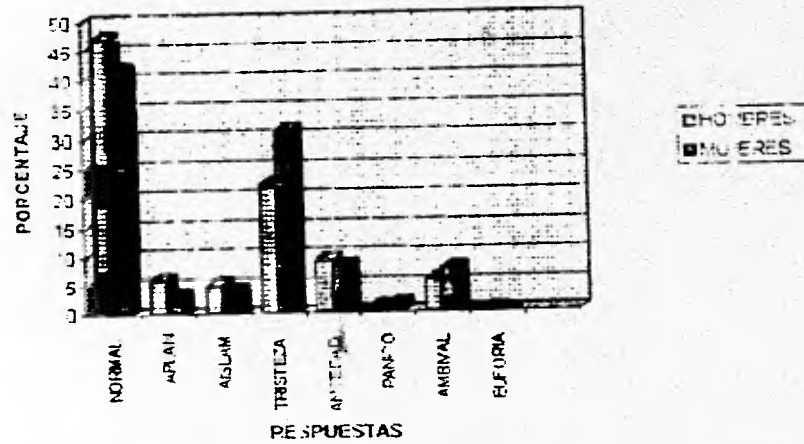
GRAFICA 12 MAS DE DOS ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO A LA VEZ VS. SEXO N= 791 HOMBRES, 1476 MUJERES



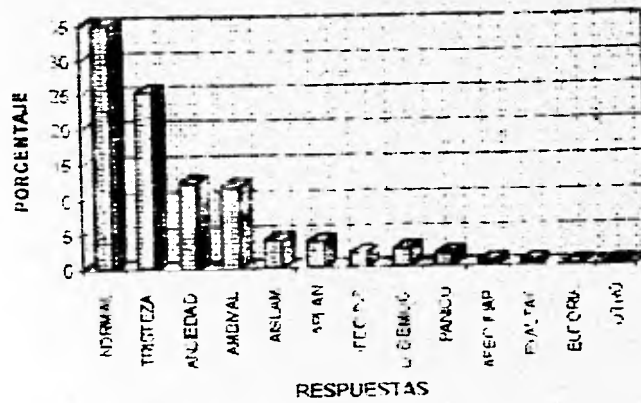
GRAFICA 13 CONTENIDO AFECTIVO N= 2196



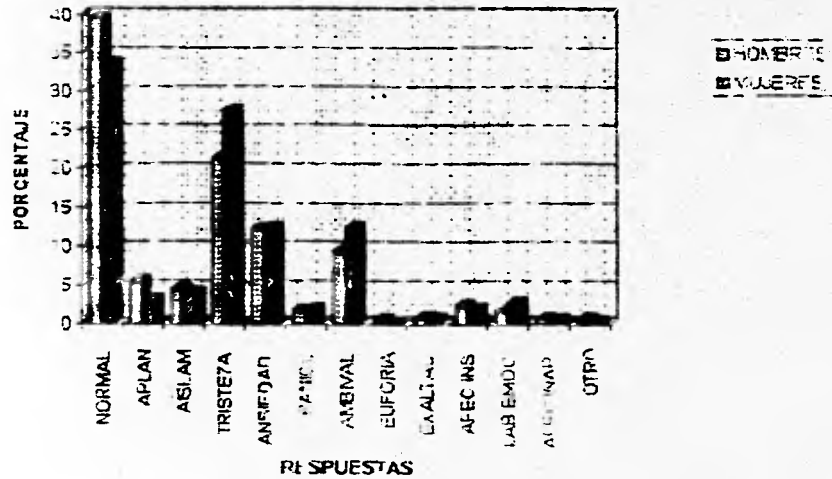
GRAFICA 14 CONTENIDO AFECTIVO VS. SEXO N= 711 HOMGRES, 1383 MUJERES



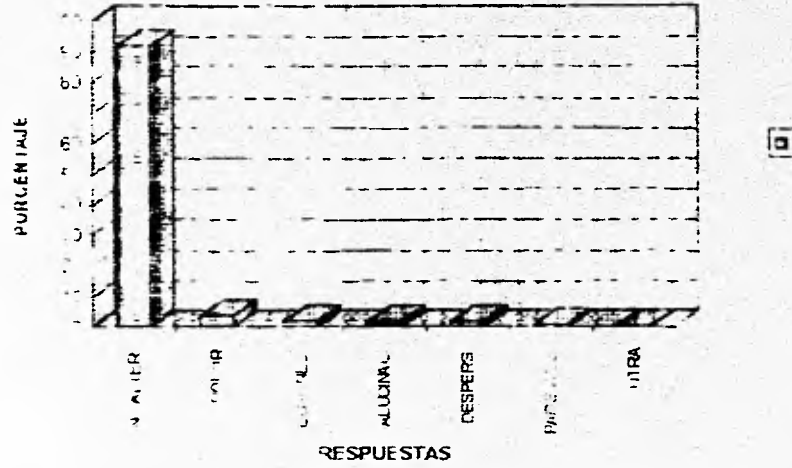
GRAFICA 15 MAS DE DOS ALTERACIONES EN EL AFECTO A LA VEZ
N= 2721



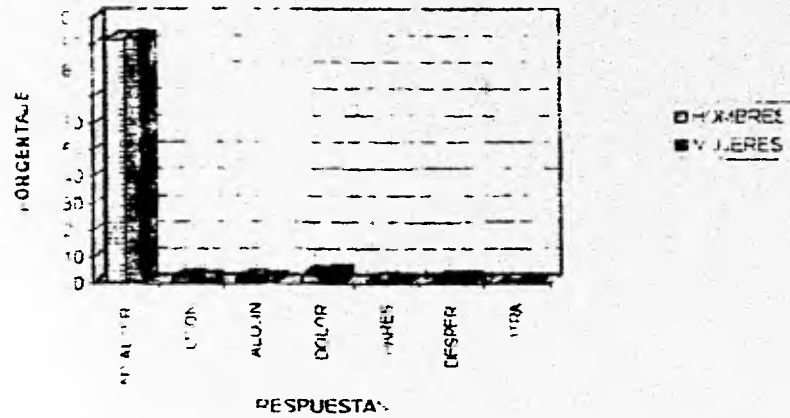
GRAFICA 16 MAS DE DOS ALTERACIONES DEL AFECTO A LA VEZ VS.
SEXO N= 891 HOMBRES, 1774 MUJERES



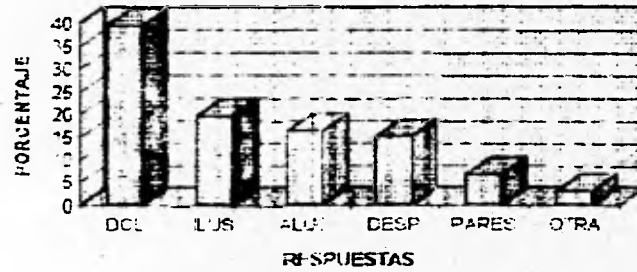
GRAFICA 17 ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION N= 2071



GRAFICA 18 ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION VS. SEXO N= 692 HOMBRES, 1368 MUJERES

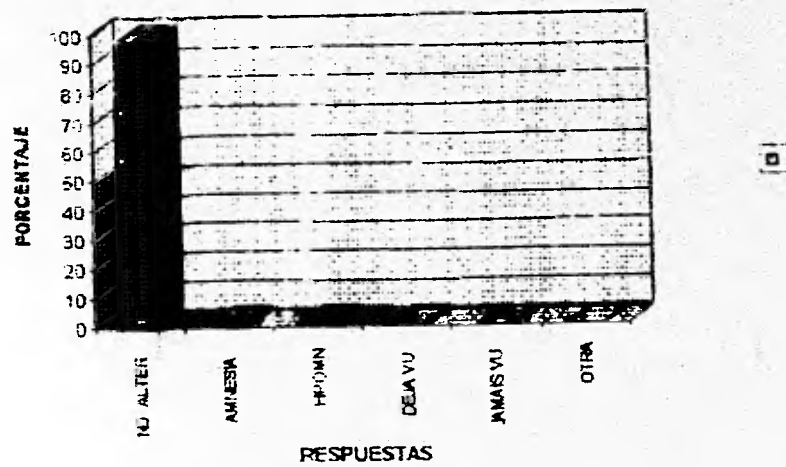


GRAFICA 19 MAS DE DOS ALTERACIONES DE LA
SENSOPERCEPCION A LA VEZ N= 184

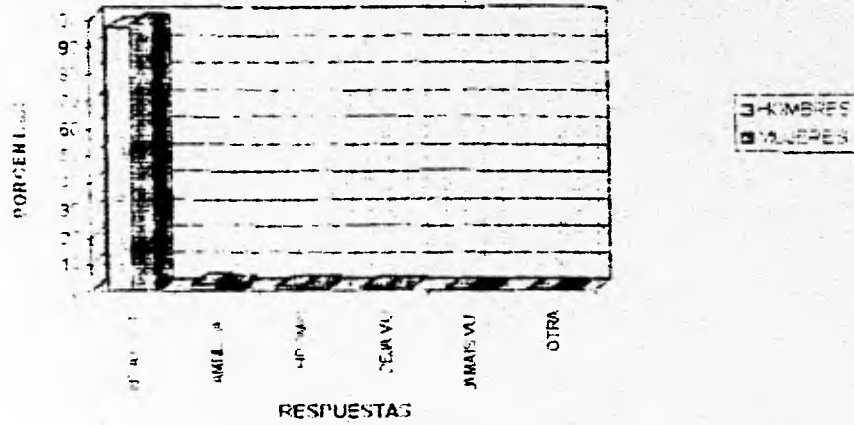


[9]

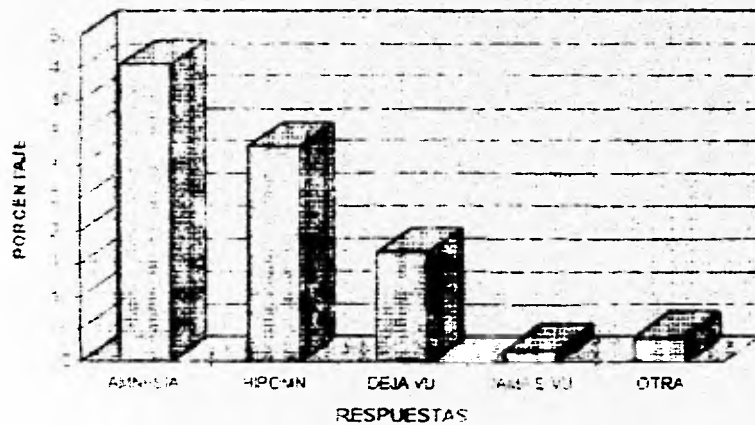
GRAFICA 20 ALTERACIONES DE LA MEMORIA N= 2083



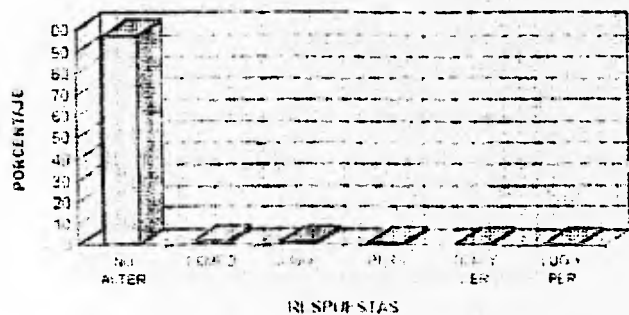
GRAFICA 21 ALTERACIONES DE LA MEMORIA VS. SEXO N= 698
HOMBRES, 1363 MUJERES



GRAFICA 22 MAS DE DOS ITERACIONES DE LA MEMORIA A LA VEZ
N= 56



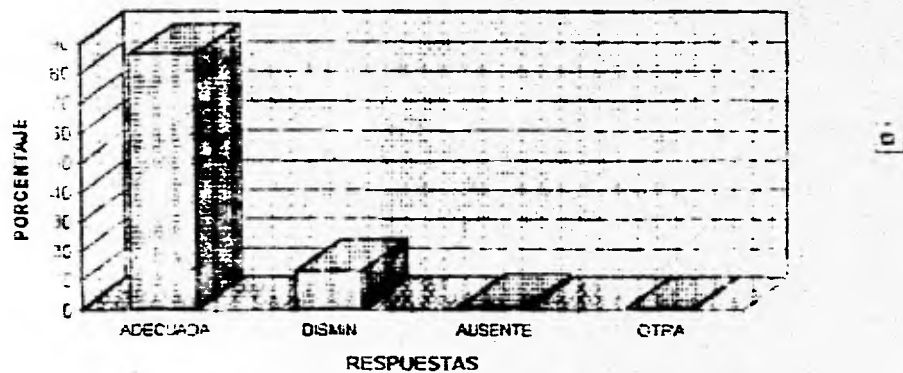
GRAFICA 23 TRASTORNOS DE LA ORIENTACION N= 2003



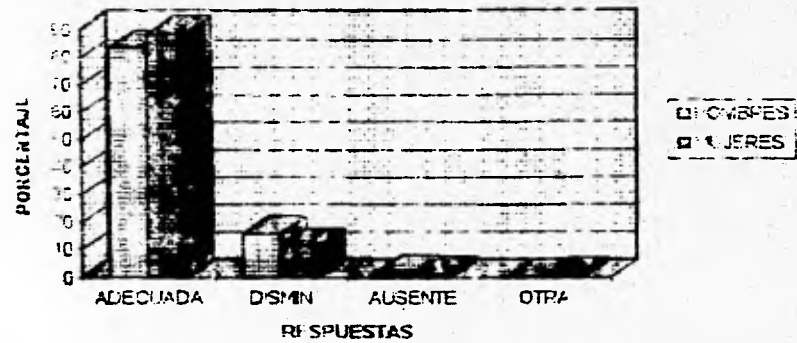
GRAFICA 24 TRASTORNOS DE LA ORIENTACION VS. SEXO N= 698
HOMBRES, 1343 MUJERES



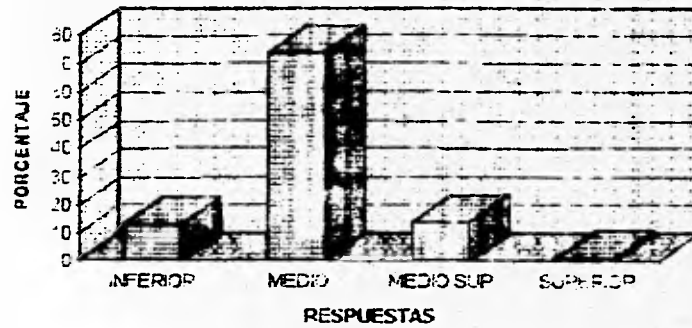
GRAFICA 26 ATENCION Y CONCENTRACION N= 1914



GRAFICA 26 ATENCION Y CONCENTRACION VS. SEXO N= 363
HOMBRES, 1231 MUJERES



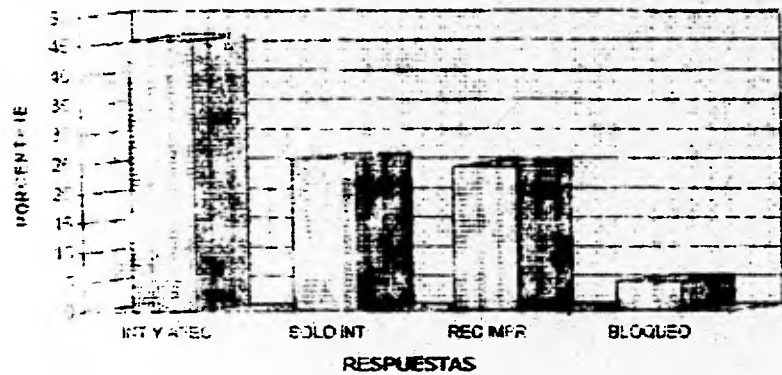
GRAFICA 27 NIVEL DE INTELIGENCIA N= 2017



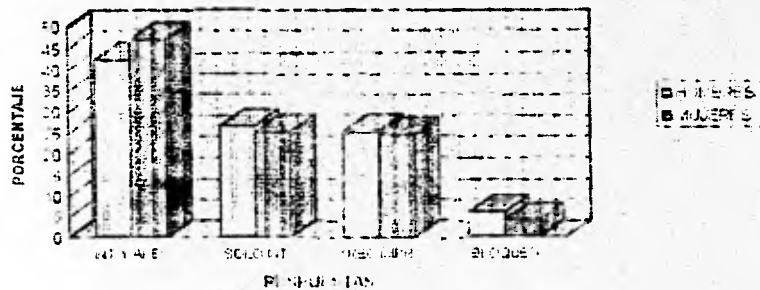
**GRAFICA 28 NIVEL DE INTELIGENCIA VS. SEXO N= 691 HOMBRES,
1303 MUJERES**



GRAFICA 29 GRADO DE RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA N= 2064



GRAFICA 30 GRADO DE RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA VS. SEXO
N= 703 HOMBRES, 1321 MUJERES



ANEXO 3

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
Y CEDULA DE REGISTRO**

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA CEDULA DE REGISTRO

NOTA. Siempre que se considere necesario, puede extenderse cualquier información pertinente al caso en una hoja anexa al expediente, cuidando dejar claro el inciso y subinciso al que se refiere la aclaración correspondiente.

Datos del Usuario

Ver anexo 1: Hoja de Registro

1. Consulta

1. a) *Fecha*: Debe escribirse la fecha del día de la consulta.

1. b) *Número de Terapeuta* : De igual manera, anote el número que se le asignó como terapeuta de SAPTEL. Cada vez que se atiende una consulta debe volver a escribirse este número, sin importar que también esté escrito en otro lado o que aparezca muchas veces.

1. c) *Hora inicio* : Asiente la hora en la que comienza la consulta. Este dato se especificó considerando las horas del día de 0 a 24. Ejemplos: 7:26 son las siete de la mañana con veintiseis minutos; 21:45 son las nueve de la noche con cuarenta y cinco minutos.

1. d) *Hora fin*: Ponga la hora en que finaliza la sesión siguiendo las mismas indicaciones que se marcan en el inciso anterior.

1. e) *Duración*: Restando la hora de inicio a la hora de fin se obtiene la duración de la consulta. Este dato debe aparecer en el lugar correspondiente, siempre expresado en minutos.

1. f) *Referido*: En caso de que el paciente haya sido referido, en este apartado ha de aparecer la información referente tanto al motivo como al lugar al que se refirió. Es pertinente recordar aquí que nos referimos a casos que ya han sido atendidos en consulta por lo menos una vez (la que está ocurriendo), a diferencia de cuando solicitan canalización o información directamente, el procedimiento de registro de estos casos especiales fue detallado anteriormente en este manual. El apartado de Referido deberá de seguir la clasificación que se menciona a continuación:

- Para el caso de *motivo*: Aquí se informa todo lo relacionado con la sugerencia o proposición al usuario de cualquier otra fuente de apoyo, que no sea uno mismo. El llenado de la hoja debe de mantenerse dentro de los siguientes parámetros y atendiendo al siguiente ejemplo:

# con sulta	fecha	# tera peuta	Hora inicio	Hora fin	Duración	Mot.	Referido Lug
1	3-1-93	64	3:19	4:02	43		
2	5-1-93	53	10:43	10:55	12	1	
3	10-1-93	64	3:04	4:00	56		
4	24-1-93	10	3:00	3:01	1		1
5	24-1-93	64	3:15	3:40	25		
6	31-1-93	64	3:05	3:25	20	4.1	12.1
7							
8							
9							
10							

Este ejemplo describe el caso de una persona que llama durante la madrugada, aquejada de gran ansiedad, insomnio y una gran necesidad de hablar con alguien. Se siente bien atendido durante 43 minutos y dos días después busca apoyo nuevamente, entonces se le informa que es mucho mejor que vuelva a llamar a su terapeuta original. Llama la siguiente vez (56 min.) y una más, en la que le contesta el terapeuta de la guardia anterior; repite su llamada un poco más tarde y durante la sexta llamada su terapeuta y él llegan a un acuerdo, siendo referido a una psicoterapia cara a cara de tipo analítico de grupo.

CLAVE TEMA

- 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.
- 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 ello es que no es común que los usuarios den este tipo de notificación - 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 *Fin de terapia breve o de emergencia por decisión del terapeuta* Cuando, por razón de las limitaciones propias del tipo de asistencia que se está ofreciendo, debe darse fin al tratamiento que se sigue y el usuario no desea o no accede a la sugerencia de acercarse a otro tipo de aproximación psicoterapéutica.
- 4 *Fin de terapia breve o de emergencia por límites del campo terapéutico y canalización al lugar en donde la es necesario o*

conveniente iniciar otra psicoterapia a mediano o largo plazo. Cuando, por razón de las limitaciones propias del tipo de asistencia que se está ofreciendo, el terapeuta decida dar fin al tratamiento y el sujeto accede a la sugerencia de acercarse a otro tipo de aproximación psicoterapéutica, adecuada a su propio universo personal. En este caso será necesario especificar el tipo de limitación que se presentó, de acuerdo a lo siguiente:

4.1 Límites propios de SAPTEL.

4.2 Límites atribuibles al psicoterapeuta (neurosis de contratransferencia)

Además, deberán agregarse otros dígitos más en esta categoría, en función de la técnica terapéutica recomendada de acuerdo con la clasificación descrita en el apartado 56 de este manual. Recuerde que el nombre de la institución a la que se canalizó al usuario debe quedar registrado en el expediente.

5. *Referencia por deseo explícito del usuario* Cuando, al igual que en inciso anterior, por razón de las limitaciones propias del tipo de asistencia que se está ofreciendo, sea el mismo usuario el que solicite la referencia. También aquí deberá especificarse el tipo de limitación que se presentó, de acuerdo a lo siguiente:

5.1 Límites propios de SAPTEL.

5.2 Límites atribuibles al psicoterapeuta (neurosis de contratransferencia)

Igualmente, habrá que agregar otros dígitos según la aproximación terapéutica recomendada (inciso 56 de este manual). Recuerde que el nombre de la institución a la que se canalizó al usuario debe quedar registrado en el expediente.

6. *Otra.* Especificar cual en el espacio al efecto al final de la Cédula de Registro o en una hoja anexa.

7. Pacientes que repelen la canalización y persisten en utilizar SAPTEL, a pesar de los intentos de los terapeutas por desalentar sus llamadas.

- Para el caso de *tugar*. En este caso si se siguen los mismos lineamientos que en el caso relatado en el apartado CANALIZACION de este manual, teniendo cuidado de no olvidar mencionar el nombre de la institución a la que se refirió al usuario, en una hoja anexa al expediente cuando no haya espacio en la cédula de registro.

2. Otro tratamiento psicoterapéutico: Como respuesta a la pregunta número 2 de la Cédula de Registro del usuario de SAPTEL, debe consignarse la asistencia o no del usuario a otro(s) tratamiento(s) psicoterapéutico(s), principalmente si estos transcurren actualmente. Se presenta así la necesidad de atender a dos posibilidades:

- A Si existe otro tratamiento psicoterapéutico actualmente
B Si ha acudido a tratamiento psicoterapéutico anteriormente.

Ambas posibilidades deben resolverse marcando SI o NO en el espacio para tal efecto, según corresponda.

Cuando la respuesta a la primer pregunta sea afirmativa, o sea, cuando sí exista otro tratamiento psicoterapéutico transcurriendo actualmente, las preguntas de los incisos 2 a) al 2 f) deben resolverse pensando en este tratamiento, sin importar que haya(n) existido otro(s) anteriormente.

Si no existe tratamiento actual pero si varios previos, debe tomarse en cuenta el último de ellos. En caso que se considere importante por cualquier circunstancia describir todas o varias terapias previas, esta información debe incluirse en el expediente en forma de hoja anexa.

2. a) *Tipo de tratamiento*: Este apartado se contesta según la clasificación descrita en el inciso 56 de este manual.

2. b) *Hace cuánto* : Cuando el usuario esté bajo tratamiento terapéutico externo (fuera de SAPTEL), es aquí donde debe indicarse el tiempo que tiene en él.

Si se está hablando del último tratamiento anterior, ha de especificarse el tiempo que hace finalizó éste.

No tiene caso presionar al sujeto para recordar exactamente las distancias en el tiempo, por lo que es válido indicar como absoluta una fecha que es aproximada en promedio y se reporta la peculiaridad de la función de memoria en el inciso 21 de este manual.

Debe indicarse el período en años y meses, colocando los años en primer lugar, después un punto, y a la derecha del punto el número de meses.

Si por ejemplo, finalizó su anterior terapia hace cuatro años y diez meses, se escribirá:

2. b) Hace cuánto _4.10_

Si fue hace apenas dos meses, deberá colocarse:

2 b) Hace cuánto __0.2_

2. c) *Cuánto duró* : Al igual que en el apartado anterior, debe anotarse la duración de la terapia anterior. En caso de referirse a la terapia actual, este punto debe quedar en blanco.

2. d) *Motivo de consulta*: Se clasifica de la misma forma que el motivo de consulta actual, según la lista incluida en el apartado 14 de este manual.

2. e) *Medicación*: Este es un aspecto que reviste gran importancia y que debe investigarse independientemente de que el sujeto o este o haya estado en tratamiento psicoterapéutico.

Es de vital importancia recordar que, en relación con la medicación, no se puede intervenir de manera alguna con el usuario, ni recomendando medicamentos ni decidiendo en cuanto a la conveniencia o inadecuación de su ingesta.

Solamente le está permitido, en caso de considerarlo necesario, recordarle que la toma de cualquier fármaco debe ser supervisada por algún especialista versado en el asunto y recomendarle, en forma más o menos energética (según la gravedad que se otorgue al caso), visite alguno de los recomendados por SAPTEFL (IMSS, ISSSTI, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, etcétera).

Lo primero que debe saberse hacia la toma de medicamentos es si está ingiriendo algún tipo de medicamento y, en caso afirmativo, el origen de tal ingesta. En este tenor, las posibilidades de respuesta son:

CLAVE	TIPO DE INGESTA
1	No ingiere actualmente ningún medicamento. En caso de ser así, pase al siguiente punto.
2	Ingiere un medicamento autorecomendado.
3	Ingiere un medicamento recomendado por algún familiar.
4	Ingiere un medicamento recomendado por algún familiar o amigo.
5	Ingiere un medicamento recetado por un médico homeópata.
6	Ingiere un medicamento recetado por un médico alópata.
7	Otra. Especificar.

En caso de respuesta afirmativa, debe aclararse si hubo adherencia terapéutica, es decir, si se siguió el tratamiento tal y como fue indicado, o si por el contrario hubo desviaciones. No importa quien haya indicado el tratamiento, solamente debe señalarse si se siguieron las instrucciones que acompañaban a la sugerencia de la ingesta o no y se califica:

- 1 Si hubo adherencia
- 2 No hubo adherencia

Para tal efecto debe especificarse en la Hoja de Registro en la sección final de comentarios (o en una hoja anexa) las razones por las cuales el sujeto argumenta no haber seguido las recomendaciones.

De ser posible, es pertinente indagar todo lo relacionado con esta toma medicamentosa. Qué medicamento, en qué dosis, desde hace cuánto, cómo se lo toma (por ejemplo en las mañanas, después de comer, dando tres vueltas a la cama y antes de dos padres nuestros), etcétera. Toda esta información debe incluirse en una hoja anexa.

2.1) *Razón por la cual no lo busca en este momento:* Debe investigarse la razón que tenga el sujeto para acercarse a SAPLET en vez de buscar a su terapeuta actual o de reiniciar su terapia anterior. Para poder hacerlo es necesario evaluar a cuál de las siguientes categorías corresponde la situación actual y esto se logra atendiendo la siguiente clasificación:

CLAVE	TEMA
1	Crisis o emergencia e inaccesibilidad temporal comprobada del terapeuta habitual
2	Solamente inaccesibilidad temporal, sin situación manifiesta de crisis o emergencia
3	Pérdida de contacto con el terapeuta habitual o previo. De ser este el caso, orientar en cuanto a la razón de ello: 1 Cambio de ciudad de residencia del usuario 2 Cambio de ciudad de residencia del terapeuta 3 Cambio del terapeuta con respecto a su lugar de consulta, aunado a la imposibilidad por parte del usuario de localizarlo de otra forma. (por ejemplo no tenía teléfono o se perdió el número de éste, ya no va a la universidad, etcétera) 4 Otra. Especificar
4	Crisis o emergencia sin haber buscado al terapeuta habitual. En este caso, puede ser por alguna de las siguientes alternativas: 1 Falta de deseo de buscar al terapeuta habitual o previo 2 Resistencia manifiesta al contacto con su terapeuta habitual 3 Incapacidad económica para mantener el tratamiento 4 Ya no es aceptado por el terapeuta previo. Explicar en hoja anexa. 5 Otra. Bajo este rubro debe explicarse cualquier otra

razón o razones que dé el sujeto en este sentido; esto debe quedar asentado en el espacio al efecto en el final de esta cédula, o en una hoja anexa.

Otra. Especificar en hoja anexa

Es válido redundar en el sentido de que, sea cual sea la razón expuesta, ésta debe investigarse a fondo.

Ficha de identificación

3. Nombre o apelativo: Debe solicitársele al usuario un nombre o apelativo para denominarlo, aclarando que el servicio es anónimo si lo desea y que, por lo tanto, este nombre puede ser real o ficticio.

4. Número de Expediente: Se refiere al número de expediente, esto es, el número asignado a ese usuario por parte de la administración interna de SAPTEL.

5. Sexo: Marque la letra que corresponda al sexo del usuario: H para el caso del hombre y M para cuando se haga referencia a la mujer.

6. Edad: Incluir la edad en años.

7. Estado Civil: Anotar el número correspondiente:

CLAVE	ESTADO CIVIL
1	Soltero
2	Casado
3	Separado
4	Divorciado
5	Viudo
6	Unión Libre

8. Escolaridad: Se registra la que corresponda al solicitante. Las posibilidades son:

CLAVE	NIVEL DE ESCOLARIDAD
1	Analfabeta
2	Primaria incompleta
3	Primaria completa
4	Secundaria incompleta o equivalente
5	Secundaria completa o equivalente
6	Preparatoria, vocacional o carrera técnica incompleta
7	Preparatoria, vocacional o carrera técnica completa
8	Estudios profesionales incompletos
9	Nivel profesional
10	Estudios superiores incompletos

11	Estudios superiores completos
12	Doctorado en proceso
13	Doctorado
14	Posdoctorado u otros estudios similares

9. Ocupación: Se debe registrar la actividad laboral o de otra índole a la que se dedica el solicitante. Es posible que una misma persona se dedique a más de una ocupación, cuando ese sea el caso deben citarse todas las ocupaciones, poniendo una seguida de la otra con un punto de por medio y haciendo un esfuerzo por categorizarlas en función de la cantidad de ingresos que perciben en cada una de ellas. Por ejemplo, un profesionista que vive de un puesto ambulante se citaría: 2.3. La categorización para clasificar este punto es la siguiente:

CLAVE	OCUPACION
1	Empresario o de iniciativa privada
2	Comerciante
3	Profesionista
4	Trabajador técnico especializado
5	Vendedor u otro empleo independiente, en donde el ingreso corresponda a un porcentaje o comisión de lo trabajado, y no a una cantidad fija
6	Burocracia y empleados de empresas privadas
7	Oficio o equivalentes
8	Asistente de oficio o equivalentes
9	Subempleado
10	Desempleado
11	Ama de casa
12	Estudiante
13	Campesino
14	Otro. Especificar en el renglón final.

10. Religión: Se registra la que profesa el usuario de acuerdo a las siguientes posibilidades:

CLAVE	RELIGION
1	Católica
2	Protestante
3	Judía
4	Testigo de Jehová
5	Ateo
6	Creyente. Esta categoría se atribuye a aquellas personas que dicen creer en Dios, pero no quieren o no son capaces de incluirse a sí mismos en una corriente específica

- 7 Otras religiones cristianas
 8 Otra

Si se escogen las opciones 7 u 8, es necesario especificar en el renglón final.

11. Lugar de origen: Se registra el número que corresponda al estado de la república del cual es originario el usuario.

CLAVE	ESTADO	CLAVE	ESTADO
1	Aguascalientes	18	Nayarit
2	Baja California Norte	19	Nuevo León
3	Baja California Sur	20	Oaxaca
4	Campeche	21	Puebla
5	Coahuila	22	Querétaro
6	Colima	23	Quintana Roo
7	Chiapas	24	San Luis Potosí
8	Chihuahua	25	Sinaloa
9	Distrito Federal	26	Sonora
10	Durango	27	Tabasco
11	Estado de México	28	Tamaulipas
12	Guanajuato	29	Tlaxcala
13	Guerrero	30	Veracruz
14	Hidalgo	31	Yucatán
15	Jalisco	32	Zacatecas
16	Michoacán	33	Extranjero
17	Morelos		

Cuando la respuesta sea 'extranjero' (33), especificar de qué país proviene y -si se considera pertinente para una mejor comprensión del caso- anexar una hoja con los detalles al respecto.

12. Nivel socioeconómico: La siguiente serie de preguntas tiene como finalidad establecer un perfil socio-económico del usuario, y es debido a ello que aparecen todas agrupadas bajo el mismo número y con incisos consecutivos.

12. a) Domicilio actual: Debe llenarse este espacio con el número que corresponde a la delegación política en la que vive el solicitante, en caso de ser del Distrito Federal; o el número adyacente al municipio del Estado de México que se encuentre inserto dentro de la zona metropolitana. Siempre que se sepa, será oportuno anotar también la colonia específica en que vive, además de la Delegación Política.

CLAVE	DISTRITO FEDERAL	CLAVE	ZONA METROPOLITANA
1	Alvaro Obregón	17	Ciudad
2	Azcapotzalco		Netzahualcóyotl
3	Benito Juárez	18	Cuautitlán
4	Coyoacán	19	Cuautitlán Izcalli
5	Cuajimalpa	20	Ecatepec de Morelos
6	Cuauhtémoc	21	Los Reyes La Paz
7	Gustavo A. Madero	22	Naucalpan de Juárez
8	Iztacalco		(Satélite y alrededores)
9	Iztapalapa	23	Texcoco de Mora
10	Magdalena Contreras	24	Tlalnepantla
11	Miguel Hidalgo	25	Toluca de Lerdo
12	Milpa Alta	26	Otra.
13	Tláhuac		Especificar al final
14	Tlalpan		
15	Venustiano Carranza		
16	Xochimilco		

12. b) Número de personas con quien vive: La finalidad de este apartado es conocer el número de personas que habitan bajo el mismo techo, debido a ello, se registra el número de personas con quien vive *más uno*, el sujeto mismo, para obtener el número total.

CLAVE	SITUACION
1	Cuando el usuario viva solo
2	Cuando viva acompañado de una sola persona
3	Cuando viva con otras dos personas
4	" " " " tres personas
10	Cuando vivan otras nueve personas bajo el mismo techo

12. c) Tipo de parentesco: Debe llenarse registrando el número que corresponde al tipo de parentesco que tengan las personas que viven con el solicitante. Las posibilidades son:

CLAVE	PARENTESCO	CLAVE	PARENTESCO
1	Ninguno	9	(2 + 3)
2	Pareja	10	(4 + 5)
3	Hijo(a)	11	(4 + 5 + 6)
4	Padre	12	(2 + 3 + 4)
5	Madre	13	(2 + 3 + 5)
6	Hermano(a)	14	(2 + 3 + 4 + 5)
7	Abuelo(a)	15	(3 + 4 + 5)
8	Parientes de 2º o 3er. grado	16	Otro. Especificar

12. d) Tipo de vivienda: En primera instancia, se registra el número correspondiente al tipo de vivienda en que habita el usuario. Las posibilidades son:

CLAVE	TIPO DE VIVIENDA
1	Casa sola
2	Departamento
3	Vecindad
4	Cuarto
5	Otra. Especifique.

A continuación, debe diferenciarse si el sujeto habita casa propia, rentada o prestada, según la siguiente clasificación:

CLAVE	TIPO DE VIVIENDA
1	Propia
2	Rentada
3	Prestada
4	Otra. Especificar

12. e) N° de habitaciones: Se anotará el número que describa la vivienda del solicitante, esto es, si cuenta con dos habitaciones se escribirá un número 2, etcétera.

12. f) Nivel de ingresos: Se registra el nivel de ingresos económicos del usuario según la siguiente escala:

CLAVE	NIVEL DE INGRESOS
1	Por debajo del salario mínimo
2	Salario mínimo
3	Dos veces el salario mínimo ó salario mínimo por dos
4	Tres veces el salario mínimo ó salario mínimo por tres
5	Salario mínimo por cuatro. . .
10	Salario mínimo por nueve. . .
z	Salario Mínimo por z-1, donde z es cualquier número

13. Fuente de Información: Bajo este título debe aclararse la forma en que el usuario se enteró de la existencia de SAPTEL. Las alternativas son:

CLAVE	FUENTE DE INFORMACION
1	Radio
2	Prensa
3	Televisión
4	Comunicación personal
5	Otro
6	Se ignora

14. Motivo de Consulta. El registro y calificación del inciso Motivo de Consulta consta de tres partes:

- I Motivo de consulta manifiesto
- II Verbalización del usuario
- III Tipo de consulta

I Motivo de consulta manifiesto

Se investiga y clasifica el motivo de consulta manifiesto, que se refiere al porqué el paciente solicita el servicio. Las posibilidades para el registro de cada uno de estos motivos están contenidas en la siguiente lista:

- | CLAVE | MOTIVO DE CONSULTA |
|-------|--|
| 1 | Relaciones interpersonales <ul style="list-style-type: none">1.1 Problemas resultado de la interacción y/o situaciones con familiares (no pareja)1.2 Problemas resultado de la relación de pareja1.3 Problemas relacionados directamente con separación y divorcio1.4 Problemas por enfermedad física y/o mental grave de algún familiar1.5 Deficiencia en el repertorio de interacción social1.6 Otro. Especificar |
| 2 | Problemas relacionados con el control y manejo de la sexualidad y/o de la agresión <ul style="list-style-type: none">2.1 Problemas asociados con la fertilidad, incluyendo aborto2.2 Miedo al contagio y/o presencia de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo sida2.3 Disfunciones psicosexuales (impotencia, vaginismo, etcétera)2.4 Neosexualidades (fetichismo, bisexualidad, paidofilia, etcétera)2.5 Problemas asociados con el incesto, incluyendo intentos de violación intrafamiliar2.6 Violación o intentos de violación por extraños |
| 3 | Sintomatología frecuentemente asociada a la depresión <ul style="list-style-type: none">3.1 Problemas asociados con el ciclo del dormir3.2 Trastornos en la alimentación3.3 Sentimiento de soledad3.4 Sentimiento de abandono3.5 Otro(s). Especificar |
| 4 | Adicciones <ul style="list-style-type: none">4.1 Problemas asociados al consumo de alcohol4.2 Problemas asociados al consumo de tabaco |

- 4.3 Problemas asociados al consumo de medicamentos
- 4.4 Problemas asociados a otras adicciones. Especificar
- 5 Problemas fuertemente relacionados con la ansiedad
 - 5.1 Temores específicos, incluyendo fobias y cuasi-fobias
 - 5.2 Problemas asociados a pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo-compulsivo
 - 5.3 Problemas relacionados con el funcionamiento del organismo y/o con enfermedades físicas
 - 5.4 Otro. Especificar
- 6 Suicidio
 - 6.1 Suicidio en proceso
 - 6.2 Amenaza suicida
 - 6.3 Planeación suicida
 - 6.4 Intención suicida
 - 6.5 Ideación suicida
- 7 Problemas económicos, laborales y/o legales
- 8 Problemas escolares
- 9 Síntomas y/o sospechas de psicosis
- 10 Otra. Especificar.

II Verbalización del usuario

Siempre debe quedar registrado el o los motivos que verbaliza el solicitante tal como él lo(s) mencione, sin cambiar nada. Esto se asienta al final de la cédula de registro, en la sección para comentarios, o en una hoja anexa al expediente del usuario.

III Tipo de consulta

Desde otro punto de vista, que es el importante para hablar de la técnica de trabajo las solicitudes de consulta pueden clasificarse a grandes rasgos en dos categorías no excluyentes:

- A Emergencia psicológica
- B 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 un 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, por ejemplo: Terapia respiratoria, de relajación, yo auxiliar, juicio de realidad, 'counseling' o consejo terapéutico, etcétera.

Como puede observarse en la Cédula de Registro, existe espacio suficiente como para citar al menos cinco motivos de consulta diferentes. La última de esas cinco

líneas debe utilizarse para esta clasificación, la cual contendrá siempre al inicio una A o una B mayúsculas, dependiendo de si la llamada corresponda a una emergencia, definida anteriormente, o a una crisis tal como queda definida más adelante en este mismo documento.

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 debido a ello la clasificación será:

CLAVE	TIPO DE CONSULTA
A	Emergencia psicológica
B	Crisis emocional
AB	Emergencia psicológica que desencadenó crisis emocional
BA	Crisis emocional que -por ejemplo por pérdida de control de los impulsos- desencadenó una emergencia psicológica

Por crisis emocional se entiende una respuesta sistémica 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
- 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 que tenga acceso a información que había estado vedada para su consciencia, pudiendo ahora volver a realizar tomas de decisión adecuadas.

Cuando sea conveniente y dependiendo de cada situación individual, lo anterior debe ir acompañado de cualquier procedimiento terapéutico que esté respaldado por un cuerpo teórico más o menos sistematizado, como los propuestos en el inciso 56 de este manual.

En ocasiones ninguno de los procedimientos anteriores basta para restablecer 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 otros parámetros.

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. Es conveniente recordar que la forma de realizar esta transferencia ha de quedar registrada en la tabla de consulta de la Cédula de Registro, bajo la columna titulada "Referido".

Algunas veces el usuario no accede a tal sugerencia, 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.

Examen Mental

15. Discurso espontáneo: Se registra la espontaneidad del discurso, o sea, si la persona habla espontáneamente o no. Las posibilidades son:

CLAVE	TIPO DE DISCURSO
1	Espontáneo
2	Sólo cuando se le pregunta
3	Ambos alternadamente

16. Ritmo discurso: Se registra la velocidad del discurso del solicitante. Las opciones son:

CLAVE	RITMO DEL DISCURSO
1	Lento
2	Normal
3	Rápido
4	Lento y rápido alternativamente

17. Alteraciones en el discurso: Aquí debe registrarse si existen o no alteraciones del discurso; en caso afirmativo, hay que definir el tipo de alteración presente. Se ofrece la siguiente gama de alternativas:

CLAVE	ALTERACIONES EN EL DISCURSO
1	No se observan alteraciones del discurso
2	<i>Incoherencia</i> . Ausencia de sucesión lógica en las ideas que va expresando el usuario.
3	<i>Incongruencia</i> . Falta de conexión entre lo que se dice y el contexto en que se dice.

- 4 *Fuga de ideas.* Encadenamiento rápido e ilógico de ideas, que no progresan hacia otra idea final.
- 5 *Prolijidad.* Abundancia de detalles triviales e innecesarios, que llevan a digresiones faligosas pero que concluyen en una idea final.
- 6 *Bloqueo.* Inhibición repentina en el discurso del paciente. Después de un tiempo la obstrucción repentina parece terminar y continúa el discurso.
- 7 *Perseverancia.* Repetición o expresión anormalmente persistente de una idea.
- 8 *Coprolalia.* Uso frecuente y casi indispensable de palabras soeces en el discurso.
- 9 *Ecolalia.* Repetición de las palabras expresadas por el psicoterapeuta, generalmente las últimas.
- 10 *Tartamudeo.* Dificultad para expresar algunas palabras en forma completa, de principio a fin de una vez. El sujeto se siente forzado a repetir alguna sílaba o a detener el flujo del discurso con la finalidad de lograr la articulación adecuada.
- 11 *Otra.* Defina y describa cualquier otro trastorno o particularidad del discurso escuchado.

18. Alteraciones contenido pensamiento: Se registra la presencia y el tipo de preocupaciones "anormales" actuales en el paciente. Debe notarse el grado al cual el paciente malinterpreta hechos de la realidad y a la realidad misma en su esfuerzo inconsciente por satisfacer sus necesidades emocionales y de personalidad. Se clasifica de acuerdo con la siguiente escala:

- | CLAVE | TIPO DE PREOCUPACION |
|-------|--|
| 1 | No hay alteraciones del contenido del pensamiento |
| 2 | Fobias o miedos irracionales a determinadas situaciones u objetos (espacios abiertos, alturas, determinados alimentos o todos en general, a algún tipo de animal, etcétera). |
| 3 | Ideas obsesivas o fijas, persistentes y sin control voluntario en su acceso a la consciencia (por ejemplo, relacionadas con la limpieza, con el manejo del tiempo, etcétera) |
| 4 | Ideas delirantes de tipo persecutorio |
| 5 | Ideas delirantes de tipo hipocondriaco |
| 6 | Ideas delirantes megalomaniacas (de grandeza) |
| 7 | Ideas delirantes de tipo celotípico (de celos) |
| 8 | Ideas delirantes de tipo religioso |
| 9 | Ideas de referencia |
| 10 | Pensamiento mágico |
| 11 | Otra alteración del contenido del pensamiento. Especificar. |

Además, es importante señalar si las ilusiones o construcciones delirantes son:

- 1 Fijas y sistematizadas
- 2 Fluidas y no sistematizadas

19. **Contenido afectivo.** Se registra el estado emocional que predomina en el solicitante a lo largo de la entrevista. En caso de ser variable, se registran los distintos estados en el orden en que éstos se fueron presentando. Las posibilidades son:

CLAVE	ESTADO AFECTIVO
1	<i>Normal</i>
2	<i>Aplanamiento afectivo.</i> El sujeto no muestra resonancia afectiva ante los contenidos ideacionales, mostrando lo que puede ser descrito como un perfil emocional "plano".
3	<i>Aislamiento afectivo.</i> El sujeto es capaz de reconocer intelectualmente que existe en él determinado sentimiento, sin embargo es incapaz de sentirlo realmente, ya que lo que reprime es la capacidad de sentir los afectos, dando a veces la impresión de una "resistencia granítica" ante las emociones.
4	<i>Tristeza.</i> Tono afectivo disminuido que puede ir desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta la desesperación extrema. Se acompaña de pesimismo, infelicidad, desprecio de sí mismo, falta de ánimo y desesperanza. Puede incluir sentimientos de culpa y vergüenza. También puede haber sentimientos de desamparo.
5	<i>Ansiedad.</i> Sensación de peligro cuya fuente es totalmente indeterminada. Estado de alerta que invade al sujeto. Suele estar acompañada una serie de trastornos neurovegetativos.
6	<i>Pánico.</i> Estado de ansiedad intensa que produce una desorganización de las funciones del yo. Confusión, sentimiento de impotencia y sensación de desorganización así como aniquilamiento aún cuando no exista peligro real externo o antes de que este se presente.
7	<i>Ambivalencia.</i> Estados emocionales contradictorios hacia un mismo objeto.
8	<i>Euforia.</i> Afecto placentero, acompañado de un cuadro mental optimista. Sentimiento subjetivo de bienestar, confianza y seguridad.
9	<i>Exaltación.</i> Júbilo intenso acompañado de una actitud de grandeza a pesar de que las condiciones reales no lo justifiquen.
10	<i>Afecto insuficiente.</i> Embotamiento emocional, indiferencia o apatía. Sensibilidad insuficiente respecto a las experiencias que en estado normal dan placer o dolor emocional.
11	<i>Labilidad emocional.</i> Facilidad para que el sujeto se vea afectado e invadido por cambios emocionales fuera de su

- control, dando por resultado un individuo 'frágil' emocionalmente hablando. El afecto concuerda con el estímulo, pero su efecto aparece magnificado.
- 12 *Afecto inapropiado.* Falta de concordancia entre el afecto y el estímulo.
- 13 *Otro.* Especifique.

20. Alteraciones sensopercepción: Se refiere a la apercepción anormal de experiencias normales, que lleva a una interpretación equivocada de los eventos, así como a algunos trastornos de la ideación. Las posibilidades son:

- | CLAVE | TIPO DE ALTERACION |
|-------|---|
| 1 | No hay alteraciones de la sensopercepción |
| 2 | <i>Ilusiones.</i> Percepción falseada o deformada de un objeto real. Especifique la modalidad en el espacio para tal efecto. |
| 3 | <i>Alucinaciones.</i> Experiencia psicológica interna que lleva a un sujeto a conducirse como si experimentara una sensación perceptual, cuando no existe nada en las condiciones exteriores que justifiquen tal percepción. Especifique la modalidad sensorial que afecta. |
| 4 | <i>Dolor.</i> Sensación de dolor que no corresponde a un problema orgánico. Especifique la ubicación del mismo. |
| 5 | <i>Parestesias.</i> Cambios en la sensibilidad habitual de miembros superiores y/o inferiores. Detalle. |
| 6 | <i>Despersonalización.</i> Sentimiento de ya no ser el mismo en cuanto a la integridad corporal o somática, en la conciencia de su yo psíquico o en el conjunto de los diversos componentes de la personalidad. |
| 7 | <i>Otro.</i> Especifique:
.1 Exteroceptivo: En relación con el ambiente
.2 Interoceptivo: En relación con el cuerpo
.3 Propioceptivo: En relación con el sí-mismo o self |

21. Alteraciones memoria: Se registra si existe alguna alteración de la memoria. Las posibilidades son:

- | CLAVE | TIPO DE ALTERACION |
|-------|--|
| 1 | No hay alteraciones de la memoria. |
| 2 | <i>Amnesia.</i> Ausencia de recuerdos pertenecientes a un determinado período de la vida. El sujeto tiene conciencia de que son recuerdos que existieron y que se han perdido. |
| 3 | <i>Hipomnesia.</i> Disminución de la capacidad mnemónica debido a una dificultad tanto para la fijación como para la evocación. |
| 4 | <i>Fenómeno de lo ya visto (déjà vu).</i> Sensación e impresión de que una vivencia actual ha sido experimentada con anterioridad |

- y en la misma forma, cuando tal cosa nunca ha pasado.
- 5 *Fenómeno de lo nunca visto* (jamais vu). Sensación de no haber visto o experimentado nunca algo que en realidad ya se conoce.
- 6 *Otra. Especificar.*

22. Trastornos Orientación: Se reporta el grado de orientación del solicitante del servicio de acuerdo con las siguientes posibilidades:

CLAVE	GRADO DE ORIENTACION
1	No hay trastornos en la orientación.
2	<i>Desorientado en tiempo.</i> El sujeto no sabe en qué momento está viviendo. Incluye orientación en cuanto a saber la fecha, si es de mañana o de noche, etcétera.
3	<i>Desorientado en lugar.</i> No sabe donde está y/o no se puede manejar adecuadamente en el espacio que lo rodea.
4	<i>Desorientado en persona.</i> El solicitante no ubica su identidad personal.
5	<i>Desorientado en tiempo y lugar.</i>
6	<i>Desorientado en tiempo y persona.</i>
7	<i>Desorientado en lugar y persona.</i>
8	<i>Desorientado en tiempo, lugar y persona.</i>

23. Atención y Concentración : Se registra la capacidad de atención y concentración del usuario. En caso de que la clasificación no sea la misma para ambas, se colocará primero el número correspondiente a la función de atención y en seguida un punto, la cifra final del número corresponde a la clasificación asignada a la función de concentración. La escala a utilizar es la siguiente:

CLAVE	ATENCION Y CONCENTRACION
1	Adecuadas
2	Disminuidas
3	Ausentes
4	<i>Otra. Especificar</i>

24. Inteligencia : Se debe registrar el nivel intelectual del paciente de acuerdo con la impresión clínica del terapeuta. Esta es, quizá, la clasificación más subjetiva y menos acuciosa de toda la cédula. Algunos parámetros que pueden servir de guía para decidir cómo evaluar esta función en el sujeto son las siguientes:

- Por lo general, las personas con inteligencia inferior al término medio funcionan a un nivel de pensamiento concreto, dificultándoseles la comprensión de aquellas situaciones que requieren abstracciones para su entendimiento. Por otra parte si el usuario tuviera dicho nivel de inteligencia no es capaz de expresar en qué consiste su duda o dónde no entiende.

- Por el contrario, personas con un nivel intelectual superior al término medio o superior son capaces de establecer asociaciones de nivel abstracto y en ocasiones expresan sus conceptos entre líneas, llegando a obtener gran placer en poner a prueba la capacidad intelectual de las personas que lo rodean.

Como tal vez haya quedado claro ya, todo lo anterior también puede presentarse en cuadros clínicos más o menos severos en los que estas mismas funciones se ven afectadas por conflictos emocionales. Así, una inteligencia inferior al término medio debe distinguirse diferencialmente de un trastorno de tipo esquizoide, en donde existe una gran dificultad para manejar los cambios, y debido a ello es que el sujeto prefiere situaciones externas bien sistematizadas y estructuradas, concreta en resumen, que puede confundirse con una baja inteligencia tal como fue descrita más arriba. De igual manera, existen trastornos como la neurosis obsesiva y los trastornos de tipo paranoide, en donde el uso excesivo de los mecanismos de racionalización e intelectualización pueden parodiar el funcionamiento de una persona intelectualmente superior. Indudablemente que tales situaciones son clínicamente distinguibles, pero es común que tal discriminación se logre efectivamente sólo después de algunos años de experiencia práctica.

De cualquier manera, y sin olvidar las limitaciones descritas, debe hacerse un esfuerzo por categorizar al usuario dentro de la siguiente escala:

CLAVE	GRADO DE INTELIGENCIA
1	Inferior al término medio
2	Término medio
3	Superior al término medio
4	Superior

25. Grado de reconocimiento del problema : El reconocimiento del problema se refiere a lo que en otras partes ha sido descrito como conciencia de enfermedad. Debe reportarse el que corresponda al solicitante de acuerdo con las siguientes posibilidades:

CLAVE	GRADO DE RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA
1	Reconocimiento claro y preciso de la problemática, incluyendo tanto los aspectos intelectuales como los emocionales y afectivos.
2	Reconocimiento claro y preciso de la problemática, excluyendo elementos afectivos y emocionales.
3	Reconocimiento impreciso e indefinido de la problemática.
4	Bloqueo o negación de la problemática y/o de sus implicaciones.

Sintomatología específica

26. **Síntomas somáticos...**: Molestias físicas que en forma primaria o secundaria tienen un fundamento psíquico por ejemplo: correlatos de la depresión, angustia, quejas hipocondríacas, úlceras y gastritis, colitis, cefaleas, etcétera. Las preguntas que se pueden formular son las siguientes:

- ¿Ha tenido usted alguna molestia en su cuerpo durante la última semana?
- ¿Ha tenido, por ejemplo, dolor de cabeza, mareos, dificultad para respirar, palpitaciones, ha sudado mucho, molestias o problemas en su estómago?

Preguntas opcionales:

- ¿Desde cuándo tiene usted este problema?
- ¿Con qué se acentúa o se atenúa?
- ¿Qué tanto molesta?
- ¿Cómo y con qué frecuencia suele presentarse?
- ¿Cómo se comportó durante los últimos días?

Las clasificaciones que se pueden utilizar para resolver esta pregunta son:

CLAVE	TIPO DE SINTOMAS
1	Ausentes. Respuestas negativas a preguntas directas o falta de evidencia de naturaleza psicológica.
2	Leves. Síntomas mínimos que no han causado gran malestar.
3	Moderados. Síntomas ocasionales que han causado malestar suficiente.
4	Intensos. Síntomas frecuentes y molestos.
5	Muy intensos. Síntomas cuasi omnipresentes que causan grandes molestias, en ocasiones insoportables.

27. **Fatiga**: Incluye cansancio, fatiga, abulia y falta de energía física o mental, no debidas por completo a causa orgánica. También se refiere a la sensación subjetiva y objetiva de disminución del rendimiento. Las preguntas que se pueden formular son, por ejemplo, las siguientes:

- ¿Se ha fijado si se está cansando con facilidad?
- ¿Siente que le faltan fuerzas?
- ¿Cómo ó en qué lo ha notado?

Preguntas opcionales:

- ¿Desde cuándo ha notado esto?
- ¿Se siente usted cansado todo el tiempo o sólo por momentos?

- ¿Qué tareas encuentra más difíciles o pesadas?
- ¿Se siente usted agotado por las noches?
- ¿Cómo ha sido ésto durante la semana pasada?
- ¿Le ha impedido realizar alguna actividad?
- ¿Qué piensa usted de esto?

La escala de clasificación que debe utilizarse es la siguiente:

CLAVE	GRADO DE FATIGA
1	<i>Ausente.</i> Respuestas negativas a preguntas obligatorias o cansancio de origen orgánico.
2	<i>Leve.</i> Quejas que se consideran como rasgos temperamentales del paciente.
3	<i>Moderada.</i> Síntomas ocasionales que hayan causado suficiente malestar al paciente o que le hayan obligado a modificar sus actividades usuales.
4	<i>Intensa.</i> Igual que la opción anterior pero con mayor frecuencia o síntomas intensos y ocasionales.
5	<i>Muy intensa.</i> Síntomas muy intensos y frecuentes.

28. Aumento de atención a las funciones corporales: Preocupación excesiva por la salud, la historia médica pasada, el funcionamiento sexual y/o enfermedades imaginarias. Algunas preguntas que se pueden formular para investigar esta área son las siguientes:

- ¿En el presente, le preocupa su estado de salud física?
- ¿Se descubre a sí mismo frecuentemente pensando si su organismo funciona bien, o cómo funciona su cuerpo?
- ¿Le preocupa tener cáncer o alguna enfermedad del corazón, alguna infección u otra enfermedad?

Se debe clasificar de acuerdo a la siguiente escala:

CLAVE	TIPO DE RESPUESTA
1	Atención adecuada hacia las funciones corporales, o falta de pruebas para determinar trastorno en la atención hacia las funciones corporales.
2	Excesiva despreocupación o abandono de la atención sobre las funciones corporales.
3	Excesiva preocupación por alguna o varias funciones corporales.

29. Hipnóticos: Debe incluirse cualquier medicamento que tenga la propiedad de inducir sueño y que sea utilizado con esa intención. Las preguntas que pueden

formularse son las siguientes:

- ¿Toma algún medicamento para dormir?
- ¿Se lo recetó su médico?
- ¿Sabe cuál es el nombre del medicamento?
- ¿Las toma todas las noches o sólo ocasionalmente?
- ¿Cuántas noches las ha empleado en la semana pasada?
- ¿Toma alguna otra cosa para dormir?

Las opciones que pueden utilizarse para esta pregunta son las siguientes:

CLAVE	TIPO DE RESPUESTA
1	<i>Ausente.</i> El paciente no ha tomado ningún hipnótico durante la semana anterior.
2	<i>Leve.</i> Ingesta de hipnóticos durante la última semana o cada tercer día.
3	<i>Moderada.</i> Empleo en cuatro noches o más durante la última semana.

30. Alteraciones en el dormir: Se valorarán las horas de sueño perdido independientemente de que se hayan tomado o no hipnóticos o de que el insomnio sea de tipo temprano, tardío o intermitente. También se valorarán exceso de sueño, cansancio al despertar, pesadillas aterradoras y dormir inquieto. Preguntas tipo a formular son las siguientes:

- ¿Cómo está usted durmiendo?
- ¿A qué hora se acuesta?
- ¿Cuánto tiempo tarda en dormirse?
- ¿Se despierta o se levanta durante la noche?
- ¿Tiene pesadillas o sueño inquieto?
- ¿Se levanta inmediatamente?
- Por las mañanas, ¿se levanta descansado?
- ¿Cómo ha dormido durante la última semana?

Preguntas opcionales:

- ¿Desde cuándo tiene usted este problema?
- ¿A qué se lo atribuye?
- ¿Cuántas noches de la semana pasada no ha podido dormir adecuadamente?
- ¿Cuántas horas pierde de sueño en una mala noche?

Las opciones de evaluación son las siguientes:

CLAVE	TIPO DE RESPUESTA
1	<i>Ausente.</i> Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.

- 2 *Leve.* Pérdida o exceso en el dormir que no molestan al paciente.
- 3 *Moderada.* Leve pérdida o exceso de horas de dormir, pero suficientes como para causar malestar en el usuario, o una pérdida o exceso significativos aunque haya sucedido en una sola ocasión.
- 4 *Intensa.* Pérdida o exceso importantes en varias ocasiones durante la semana previa a la llamada.
- 5 *Muy intensa.* Pérdida o exceso importantes de horas de dormir diariamente.

31. **Irritabilidad.** Se valorará la explosividad y la impaciencia. También se incluye la hipersensibilidad, o sea, cuando siente coraje o resentimiento pero es capaz de controlarlos. Las preguntas que puede formular son las siguientes:

- ¿Ha estado de mal humor o de mal genio?
- ¿Se molesta usted con facilidad? (por ejemplo con niños, familiares, compañeros de trabajo, etcétera)
- ¿Está usted sensible o explosivo?
- ¿Le han dicho que se ve como si estuviera enojado?

Algunas preguntas opcionales, una vez más, son aquellas que tiendan a aclarar la semiología del síntoma; desde cuándo, con qué intensidad, en qué circunstancias, etc. La clasificación a utilizar es la siguiente:

CLAVE	TIPO DE RESPUESTA
1	<i>Ausente.</i> Respuestas negativas a preguntas obligatorias.
2	<i>Leve.</i> Síntoma leve que representa una conducta habitual de ser y no le ocasiona malestar, o si el terapeuta piensa que la irritabilidad no ha molestado ni al paciente ni a otros.
3	<i>Moderada.</i> Síntoma ocasional que provoca malestar moderado en el paciente y/o personas que lo rodean.
4	<i>Intensa.</i> Semejante a la opción anterior pero el síntoma es más frecuente o ha provocado mayores molestias.
5	<i>Muy intensa.</i> El síntoma ha provocado problemas importantes o violencia.

32. **Obsesiones y Compulsiones:** Pensamientos o acciones acompañadas de la sensación subjetiva de compulsión y que el paciente identifica como irracionales y molestos, pero es incapaz de poder evitarlos. Este reactivo ha sido dividido en tres áreas:

- A Actos compulsivos
- B Pensamientos desagradables
- C Indecisión subjetiva.

Para valorar la severidad, el terapeuta debe intentar establecer el grado de malestar asociado. Para una valoración global, se empleará la calificación más alta que haya sido dada en cualquiera de estas áreas. Las preguntas que se pueden formular son las siguientes:

- ¿Ultimamente le cuesta mucho trabajo decidirse o tomar decisiones y esto lo desgasta mucho?
- ¿Qué tan perfeccionista es usted?
- ¿Hay ideas o pensamientos que entran en su cabeza o mente aunque usted no quiera y que lo molestan o mortifican como lavarse las manos, checar que estén bien cerradas las puertas o ventanas, a pesar de que usted ya lo ha hecho bien, etcétera?

Preguntas opcionales que deberán de valorar el orden, la compulsión, así como el grado de obsesión e indecisión:

- ¿Cuántas veces necesita repetir tal acción?
- ¿Hay alguna otra cosa que encuentre usted que deba repetir?
- ¿Podría describir el tipo de pensamientos que le molestan?
- ¿Se le ha dificultado siempre decidirse, o sólo ultimamente?
- ¿Es sólo acerca de cosas importantes, o en todos aspectos?

Investigar

- ¿Lucha contra ello?
- ¿Es muy molesto?
- ¿Le molesta durante mucho tiempo?
- ¿Cómo ha sido durante la semana pasada?

La escala evaluatoria es:

CLAVE	TIPO DE RESPUESTA
1	<i>Ausentes.</i> Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
2	<i>Leves.</i> Rasgos obsesivos de carácter y tendencias obsesivas o compulsivas no patológicas.
3	<i>Moderadas.</i> Presencia de fenómenos obsesivo-compulsivos definitivamente patológicos y molestos que se hayan presentado ocasionalmente durante la última semana.
4	<i>Intensas.</i> Obsesiones y compulsiones que hayan ocasionado malestar importante durante la semana anterior o que hayan estado presentes en forma marcada continuamente o de manera frecuente.
5	<i>Muy intensas.</i> Fenómenos obsesivo-compulsivos que hayan causado malestar extremo en forma frecuente al paciente durante la semana anterior a la llamada.

33. Animo depresivo : Se valorarán estados de tristeza, falta de ánimo o de alegría. Si el paciente niega un estado depresivo y el terapeuta lo sospecha debe valorarse en este lugar. Las preguntas que se pueden formular son las siguientes:

- ¿Se ha sentido decaído, sin ánimos y sin ganas?
- ¿Qué piensa usted del futuro?
- ¿Se ha sentido culpable?
- ¿Se ha sentido menos que los demás?
- ¿Se ha enojado consigo mismo?
- ¿Es usted muy exigente consigo mismo?

Preguntas opcionales:

- ¿Desde cuándo?
- ¿Todo el tiempo, intermitentemente o en ocasiones?
- ¿Le dan ganas de llorar?
- ¿Lo relaciona con algo que haya pasado ultimamente?
- ¿Qué tanto le molesta?
- ¿Puede usted controlarse?
- ¿Se ha sentido sin esperanza?
- ¿Ha deseado que todo termine?
- ¿Ha deseado morirse?

Para evaluar, siga el criterio siguiente:

CLAVE	TIPO DE RESPUESTA
1	<i>Ausente.</i> Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
2	<i>Leve.</i> Sentimientos ocasionales de nostalgia que no causan malestar y son vistos por el paciente como habituales. Pérdida de entusiasmo, pero sin sentimiento depresivo.
3	<i>Moderado.</i> Sentimientos depresivos ocasionales, pero que el usuario considera anormales en su persona, produciéndole malestar.
4	<i>Intenso.</i> Sentimientos depresivos frecuentes semejantes al apartado anterior o malestar extremo ocasional o presencia ocasional de un fenómeno depresivo mayor. (ejemplos: ideas suicidas, ideas de desesperanza, etcétera).
5	<i>Muy intenso.</i> La depresión ha causado malestar importante y frecuente durante la semana anterior. Presencia frecuente de fenómenos depresivos mayores.

34. Disminución concentración: Falta o disminución de la concentración en las actividades cotidianas, el trabajo, la lectura (novelas, revistas, libros y periódicos) y/o en conversaciones. La falta de interés y de motivación no deben valorarse aquí. Las preguntas que pueden formularse son las siguientes:

- ¿Se distrae fácilmente de lo que está haciendo?
- ¿Ha andado olvidadizo?
- ¿En qué lo ha notado?
- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse en lo que está haciendo?
- ¿Se puede concentrar en el periódico, la radio, la televisión o una película?
- ¿Le han dicho que anda usted distraído?

Preguntas opcionales:

- ¿Desde cuándo ha notado este problema?
- ¿Le ha causado problemas en su casa o en su trabajo?
- ¿Cómo ha sido durante la semana pasada?
- ¿Le ha impedido realizar alguna actividad?
- ¿Cuántas de sus actividades han sido afectadas y cuáles son?

La escala de valoración a usar es la siguiente:

CLAVE	TIPO DE RESPUESTA
1	<i>Ausente.</i> Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
2	<i>Leve.</i> Síntoma leve o formas habituales que no ocasionan molestias.
3	<i>Moderado.</i> El paciente siente falta de concentración en el trabajo u otras actividades o refiere que otras personas se han dado cuenta de su distraimiento.
4	<i>Intenso.</i> El síntoma afecta varias actividades o se ha presentado en forma frecuente durante la semana pasada, o bien el síntoma es intenso pero ocasional o ha afectado una sola actividad.
5	<i>Muy intenso.</i> Las dificultades en la concentración han sido tales, que el usuario ha sido incapaz de realizar cualquier actividad.

35. **Ansiedad:** Incluye el cortejo físico de la ansiedad y la ansiedad psicológica. Se excluye la ansiedad fóbica. La angustia hipocondríaca puede ser valorada aquí independientemente de que haya sido elemento de evaluación en otro apartado anterior. Las preguntas que se pueden formular son las siguientes:

- ¿Se considera usted una persona nerviosa?
- ¿Qué tan preocupón es usted?
- Últimamente, ¿ha estado usted más preocupado que antes?
- ¿Se ha sentido angustiado o con miedo?
- ¿Se ha sentido usted inseguro?
- ¿Se ha fijado si le preocupan cosas sin importancia?

Preguntas opcionales:

- ¿Cuáles son las cosas que más le preocupan?

¿Ha sido siempre así o sólo desde hace poco tiempo?

¿Con qué frecuencia está usted preocupado?

¿Le ha molestado estar así?

La escala a utilizar para responder este apartado es:

CLAVE	TIPO DE RESPUESTA
1	<i>Ausente.</i> Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
2	<i>Leve.</i> Pacientes habitualmente angustiados y nerviosos, pero sin malestar importante en la última semana.
3	<i>Moderada.</i> Malestar ocasional en la última semana.
4	<i>Intensa.</i> La ansiedad ha provocado malestar intenso y ocasional o se ha presentado en forma frecuente y moderada durante la semana previa.
5	<i>Muy intensa.</i> Ha causado malestar intenso y frecuente durante la semana anterior.

36. Despersonalización: El término se emplea para significar una vivencia subjetiva de cambio, ya sea en relación con el mundo externo o con la persona del paciente. La vivencia se caracteriza por ser desagradable y molesta al sujeto y abarca tanto la experiencia neurótica como psicótica. Se tomarán en consideración los fenómenos que con estas características sean provocados por algún medicamento ingerido por el sujeto. Las preguntas que se pueden formular son:

Quando está usted nervioso: ¿Ha tenido las siguientes sensaciones?

¿Cómo si las cosas fueran un sueño?

¿Cómo si actuara mecánicamente?

¿Cómo si estuviera vacío o no tuviera sentimientos?

Preguntas opcionales

¿Podría describir su sensación?

¿La encuentra desagradable y atemorizante?

¿Cuánto tiempo le dura?

¿Cuándo se le presenta?

¿Qué tan fuerte fue la semana pasada?

La escala de evaluación para este reactivo es la siguiente:

CLAVE	TIPO DE RESPUESTA
1	<i>Ausente.</i> Respuesta negativa a las preguntas obligatorias.
2	<i>Leve.</i> Cualquier fenómeno que no alcance la identificación dada a fenómenos leves y transitorios que no molestan al sujeto en forma significativa.
3	<i>Moderada.</i> El fenómeno se ha presentado en forma ocasional y

- molestó al sujeto durante la semana previa a la consulta.
- 4 *Intensa*. La despersonalización ha sido frecuente y molesta, u ocasional pero significativa para el sujeto en la semana anterior.
- 5 *Muy intensa*. La despersonalización ha sido frecuente y muy molesta para el sujeto en la semana anterior.

37 **Fobias**. El término es empleado en el sentido usual para denotar miedos infundados, excesivos y persistentes hacia objetos y situaciones en particular. Las preguntas que se pueden formular son las siguientes:

¿Hay alguna cosa que le produzca un miedo terrible y que usted no puede controlar? por ejemplo animales, la obscuridad, elevadores, el metro, las alturas, etcótera.

Cuando usted está en estas situaciones, ¿siente como si se fuera a morir?

Preguntas opcionales:

- ¿Qué tan molesta es esta situación para usted?
¿Cómo ha sido durante la última semana?

Las posibles calificaciones son las siguientes:

CLAVE:	TIPO DE RESPUESTA
1	<i>Ausente</i> . Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
2	<i>Leve</i> . Fobia que no ha causado molestias importantes durante la última semana ni ha alterado sus actividades normales.
3	<i>Moderada</i> . Fobia que ha provocado malestar importante en forma ocasional, o el paciente ha cambiado o alterado sus actividades en función de esta.
4	<i>Intensa</i> . Malestar importante de manera frecuente, o malestar extremo en forma ocasional, o limitaciones extremas en sus actividades durante la semana anterior.
5	<i>Muy intensa</i> . El paciente ha experimentado malestar extremo frecuentemente durante la semana anterior a la consulta.

Aspectos emocionales en la relación terapéutica

38 **Catarsis**. Descarga emocional intensa y en forma casi paroxística. Marque SÍ si se presentó o NO si no fue así.

39 **Abreacción**. Descarga emocional catártica en la cual el individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático. Este inciso se clasifica igual que el anterior.

40. Rapport: Presencia o ausencia de empatía y comprensión del terapeuta al paciente. Se clasifica igual que el anterior.

Diagnóstico

41. Según clasificación O.M.S.: Este punto se refiere al diagnóstico principal del caso de acuerdo con la 9a. revisión de la Clasificación Internacional para los Trastornos Mentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

El terapeuta debe codificar el número de la categoría diagnóstica que corresponda a la sintomatología presentada por el paciente, para ello ha de chequear en la bibliografía correspondiente.

42. Agregado O.M.S.: En caso de ser necesario, incluir el diagnóstico agregado según la misma clasificación de la OMS. El concepto de 'diagnóstico agregado' se refiere a aquel con el cual se explica otra parte de la sintomatología del paciente, es decir, que coexiste con el diagnóstico principal.

43. Según el D.S.M. III-R: Se indica aquí nuevamente el diagnóstico principal de el caso, pero ahora siguiendo la clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana a través del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed. III Revised (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3a. Edición Revisada).

44. Agregado D.S.M. III-R: Se refiere al diagnóstico agregado al igual que el inciso 39, pero en este caso de el D.S.M. III-R.

45. Dx asignado en supervisión: En este lugar debe procurarse un diagnóstico similar, pero de acuerdo con la clasificación diagnóstica manejada en la supervisión. Este debe realizarse de común acuerdo con el supervisor y, por tanto, solamente es exigido en casos supervisados.

Datos del terapeuta

46. Nombre: Debe anotarse el nombre completo del terapeuta, tal y como esté registrado en el Directorio de Terapeutas.

47. Número asignado: De igual manera debe aparecer el número que dicho terapeuta tiene asignado dentro del servicio.

48. Procedencia: Aquí debe consignarse el lugar de procedencia académica del terapeuta, esto es la Universidad en la que cursa o cursó sus estudios de psicología o si es voluntario. Las opciones a escoger son:

CLAVE	PROCEDENCIA
1	U.N.A.M. Ciudad Universitaria
2	U.N.A.M. Iztacala
3	U.N.A.M. Zaragoza
4	U.A.M. Xochimilco
5	U.I.A.
6	U.V.M.
7	Universidad Anahuac
8	Universidad particular de provincia.
9	Universidad oficial de provincia.
10	Voluntario
11	Psicólogo graduado
12	Otro. Especificar.

Asimismo, es importante especificar también el tipo de servicio que presta en SAPTEL, de acuerdo con las siguientes posibilidades:

CLAVE	TIPO DE SERVICIO
1	Servicio Social
2	Prácticas Profesionales
3	Voluntario
4	Elaboración de tesis de licenciatura
5	Prácticas de posgrado
6	Elaboración de tesis maestría o doctorado
7	Otro. Especificar

49. Guardia: En este apartado debe anotarse la guardia durante la cual recibió la llamada, las posibilidades son:

CLAVE	HORARIO
1	De 7:00 a 11:00
2	De 11:00 a 15:00
3	De 15:00 a 19:00
4	De 19:00 a 23:00
5	De 23:00 a 7:00

50. Número de Supervisor: Rellene este espacio con el número del supervisor de su elección. Consulte la lista de supervisores o pregunte al jefe de día.

51. Supervisa este caso: Marque la respuesta adecuada a la situación.

52. Respuesta-Reacción. Tipo de respuesta-reacción del terapeuta: El terapeuta debe tratar de registrar su reacción ante el paciente de acuerdo con las siguientes posibilidades:

- | CLAVE | TIPO DE REACCION |
|-------|--|
| 1 | <i>Buena y adecuada</i> . Cuando el terapeuta considera que hizo, o que llevó a cabo un manejo adecuado de la situación, así como que obtuvo satisfacción del proceso. |
| 2 | <i>Regular y adecuada</i> . Cuando el manejo terapéutico es adecuado, pero el terapeuta muestra malestar o insatisfacción por la sesión. |
| 3 | <i>Pobre e inadecuada</i> . Cuando el manejo psicoterapéutico es inadecuado y además el terapeuta muestra malestar e insatisfacción por la sesión. |

53. Credibilidad de la información: Impresión del terapeuta en cuanto a la posibilidad de dar por válida la información, las opciones para clasificar este apartado son:

- | CLAVE | TIPO DE INFORMACION |
|-------|---------------------|
| 1 | <i>Pobre</i> |
| 2 | <i>Regular</i> |
| 3 | <i>Buena</i> |

54. Calificación global de severidad: De acuerdo con lo detectado a través de toda la sesión, el terapeuta debe calificar este reactivo de acuerdo a las siguientes opciones:

- | CLAVE | GRADO DE SEVERIDAD |
|-------|---|
| 1 | Sujeto totalmente asintomático, sin molestias ni alteraciones caracterológicas. |
| 2 | El sujeto se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas, pero estas no ameritan tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico por no ser suficientemente intensas o porque se confunden con la estructura caracterológica del sujeto. |
| 3 | Las quejas presentadas por el sujeto hacen que requiera ayuda en consulta externa. |
| 4 | El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara, aunque no sería indispensable. |
| 5 | El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente. |

55. Profundidad de la alianza terapéutica: Este reactivo deberá clasificarse de acuerdo con la siguientes posibilidades:

- | CLAVE | POSIBILIDADES |
|-------|---|
| 1 | Cuando el paciente o el interesado haya logrado establecer con claridad el motivo de su llamada telefónica. |
| 2 | Cuando la persona muestra deseos de cooperación al interrogatorio del terapeuta. |

- 3 Cuando el usuario está de acuerdo en hablar el día y la hora que el terapeuta le recomienda.
- 4 Cuando las quejas reportadas por el sujeto no requieren necesariamente de un manejo de consulta externa u hospitalización.

56. **Tipo de aproximación terapéutica:** A continuación, se ofrece un menú de 13 aproximaciones terapéuticas diferentes, algunas de las cuales cuentan además con diferencias intrínsecas suficientes como para formar subclasificaciones e incluso, a veces, especializaciones de tercera o cuarta categoría.

El terapeuta debe escoger aquel método que se ajuste mejor, tanto a su marco de conocimientos teórico-clínico-técnico, como a las características del caso particular al cual se aproxima. Es importante señalar, sin embargo, que es posible utilizar algunas combinaciones técnicas en determinados casos, tanto en distintas sesiones como dentro de una misma consulta; cuando ésto ocurra, debe hacerse un esfuerzo por categorizar las distintas aproximaciones terapéuticas y psicoterapéuticas, de tal manera que quede mencionada en primer lugar aquella que participó en forma más importante durante la intervención, y en último lugar aquella que intervino en menor cantidad.

Aproximaciones terapéuticas

1 Métodos psicagógicos

En principio, es importante aclarar que en este manual se mantiene la diferenciación propuesta por diversos teóricos, en el sentido de que la palabra 'terapia' será utilizada para referirse a los diferentes métodos psicagógicos, a diferencia de la palabra 'psicoterapia' que quedará restringida a los sistemas psicológicos, incluidos en las secciones 2 a la 13 de este mismo apartado.

Siguiendo la definición de Zeise la psicagogía se define como "la teoría del ejercicio de la auto-educación y de la dirección del espíritu". Esto significa que la aplicación de los métodos no corre exclusivamente a cargo de los expertos, sino que son los mismos interesados los que deben ensayarlos y transmitirlos. Se encuentran especialmente indicados en aquellas situaciones de conflicto psíquico en que todavía no existe manifestación de fijaciones neuróticas; por tanto, la profilaxis de las neurosis ocupa el primer plano de todas las medidas psicagógicas encaminadas a elaborar mejor los conflictos y a evitar la cronicidad de los síntomas. Por otro lado, los trastornos de las relaciones sociales no se fundan únicamente en las actitudes deficientes de un individuo concreto, sino que casi siempre se basan en la "discordancia" de varios elementos de la colectividad.

Por estas razones, los procedimientos psicagógicos utilizan las aportaciones de la dinámica de grupos para combatir por ejemplo los prejuicios, las rivalidades, las

proyecciones, la práctica del chivo expiatorio o la formación de camarillas. Para lograr lo anterior se tiende a fomentar la configuración en el individuo de un "sentimiento de comunidad" propio, aunado a una imagen de la comunidad como un "nosotros madurador". Todo lo anterior en conjunto lleva a postular las funciones principales de la psicagogía en tres esferas:

- a) Robustecimiento de la ayuda individual
- b) Mejora de la dirección del individuo en sociedad
- c) Activación de la maduración de la personalidad. Los siguientes son algunos métodos psicagógicos:

1.1 Ludoterapia o terapia de juego

1.1.1 *Medios de expresión y de configuración.* Pinturas de varios colores para usar con los dedos, tizas acuarelas; papel (blanco o de color) y cartón; caja de construcciones con piezas de madera, de plástico o de metal; materiales básicos como la arcilla, la arena, la plastilina, etcétera. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.1.1.1	No se utilizó ni se sugirió
1.1.1.2	Minimamente-coadyuvante
1.1.1.3	Regularmente-coadyuvante
1.1.1.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.1.1.5	Tratamiento principal

1.1.2 *Medios de agresión.* Globos para reventar, pelotas, flechas, toda clase de piezas arrojadizas, golpes en cojines o colchones, etcétera. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO DE SEVERIDAD
1.1.2.1	No se utilizó ni se sugirió
1.1.2.2	Minimamente-coadyuvante
1.1.2.3	Regularmente-coadyuvante
1.1.2.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.1.2.5	Tratamiento principal

1.1.3 *Medios de comunicación.* Teléfonos de juguete, comercios, columpios, tipos de vehículos concebidos para los niños, etcétera. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.1.3.1	No se utilizó ni se sugirió
1.1.3.2	Minimamente-coadyuvante
1.1.3.3	Regularmente-coadyuvante
1.1.3.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.1.3.5	Tratamiento principal

1.1.4 *Medios de identificación.* Muñecas, animales de juguete, coches,

barcos, aviones, teatro de marionetas o muñecos, máscaras y disfraces, etcétera. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.1.4.1	No se utilizó ni se sugirió
1.1.4.2	Minimamente-coadyuvante
1.1.4.3	Regularmente-coadyuvante
1.1.4.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.1.4.5	Tratamiento principal

1.2 Kinesiterapia, terapia respiratoria y terapia musical: La idea de esta aproximación es influir en las actitudes psíquicas defectuosas a través de sensaciones físicas y de los procesos rítmicos. Las formas terapéuticas presentan componentes motrices y sensoriales de distinta intensidad. Los límites que los separan de las disciplinas deportivas, pedagógico-terapéuticas y artísticas son muy sutiles. Algunas técnicas terapéuticas que caen dentro de esta clasificación son las siguientes:

1.2.1 Gimnasia con o sin aparatos. Ejercicio físico. La terapia de ejercicio físico se refiere a la actividad sistematizada que realiza el individuo a nivel físico, con el objeto de lograr un mejor y óptimo funcionamiento de su organismo. El ejercicio físico incluye como elemento esencial el sistema músculo-esquelético, en el cual el trabajo muscular juega un papel determinante.

Se ha observado que el ejercicio físico en condiciones no estresantes ni extenuantes, propicia una serie de efectos benéficos para la esfera psicológica del individuo. Estos van desde relajación muscular, obtención de placer, el desarrollo de un adecuado grado de cansancio que induce el sueño, e inclusive se ha observado un potencial efecto antidepresivo. Vale la pena insistir en que la caminata no sólo se incluye dentro de este concepto de ejercicio físico, sino que se le reconoce el posible efecto en la esfera psíquica ya mencionada.

También quedan incluidos el trotar, nadar despacio, etcétera. Las opciones para calificar este reactivo son:

CLAVE	GRADO
1.2.1.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.1.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.1.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.1.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.1.5	Tratamiento principal

1.2.2 Ejercicios de dominio del cuerpo. En contraposición con la intención preferentemente relajante y rítmica de las formas de gimnasia, otros procedimientos kinesiterapéuticos se preocupan más de modificar la actitud, mediante acciones de tipo concentrado. La gracia está, sobre todo, en la distribución de las fuerzas, en el restablecimiento del equilibrio y en la reacción adecuada a los gestos de compañero. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE GRADO

- 1.2.2.1 No se utilizó ni se sugirió
- 1.2.2.2 Minimamente-coadyuvante
- 1.2.2.3 Regularmente-coadyuvante
- 1.2.2.4 Tratamiento importante-coadyuvante
- 1.2.2.5 Tratamiento principal

1.2.3 Ejercicios de respiración, de relajación, de canto y de lenguaje . La terapia de relajación consiste en entrenar o capacitar al individuo para desarrollar y mantener condiciones psicofisiológicas de relajación, es decir, el desarrollo de habilidades para manejo y control del estrés. Esto se puede lograr por medio del uso aislado o combinado de las tres siguientes técnicas:

A) Ejercicios respiratorios. Consisten en que, de una manera controlada, el sujeto lleva a cabo respiraciones profundas, detenga el aire y exhale lentamente. Este ejercicio deberá repetirse en forma rítmica y periódica para obtener buenos resultados.

B) Ejercicios musculares. Consisten en contraer grupos musculares en forma progresiva y, de preferencia, ascendente. Por ejemplo, pies, piernas, muslos, etcétera. Debe hacerse por suficiente tiempo como para que el sujeto esté en condiciones de apreciar la condición de contracción muscular. Inmediatamente después de la contracción, también en forma progresiva ascendente, se le indica al sujeto soltar los músculos lo más que pueda por el tiempo que se requiera para que el individuo pueda apreciar el estado de 'soltura muscular' y hacer las comparaciones respectivas.

C) Ejercicios de relajación psíquica o psicológica. Consisten en inducir al sujeto a estados donde prevalezca la calma y la tranquilidad a través de ejercicios en fantasía o imaginación. Estos frecuentemente se acompañan de y apoyan en los dos ejercicios anteriormente descritos. Las opciones para calificar este reactivo son las siguientes:

CLAVE GRADO

- 1.2.3.1 No se utilizó ni se sugirió
- 1.2.3.2 Minimamente-coadyuvante
- 1.2.3.3 Regularmente-coadyuvante
- 1.2.3.4 Tratamiento importante-coadyuvante
- 1.2.3.5 Tratamiento principal

1.2.4 Danza con acompañamiento musical y ejercicios de expresión. Se presenta a sí misma como la mejor forma de combatir la obstrucción expresiva, combinando música y movimiento, ya que la afinación y el ritmo exigen, primordialmente, un cierto balance, todo lo cual facilita una configuración independiente. Los movimientos expresivos libres y los vinculados a un tema regulan espontáneamente el tono muscular y posibilitan la vivencia de emociones contrapuestas en condiciones de control. Sistemáticamente configurados, los ejercicios de expresión no verbal ofrecen la posibilidad no sólo de desarrollar impulsos propios, sino también de reaccionar imperceptiblemente

a los modos de comportamiento de las distintas parejas de baile y de influir sobre las mismas. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.2.4.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.4.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.4.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.4.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.4.5	Tratamiento principal

1.2.5 *Musicoterapia*. La experiencia paracientífica de que la música es sedante y a la vez excitante, de que distrae y al propio tiempo concentra, queda confirmada científicamente por investigaciones psicofisiológicas. Sin embargo, la aplicación terapéutica planificada de la música pura se encuentra todavía en fase experimental. Aún así, existen actualmente algunos métodos en observación a los que se debe dar seguimiento. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.2.5.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.5.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.5.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.5.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.5.5	Tratamiento principal

1.2.6 *Terapia ocupacional y laborterapia*. Ambas se distinguen en tanto que la primera tiene su meta en la rehabilitación, mientras que la segunda, introducida por Simon entre 1920 y 1930, está prevista para los accidentados y potencia la readaptación profesional. Esta terapia parte de la idea de que el equilibrio psíquico puede lograrse con métodos, preferentemente relajantes, basados en el "juego, el movimiento y la música", y además con los que, por tener un matiz marcadamente funcional, son el reverso de los mismos: la ocupación y el trabajo favorecen la reestructuración de casos en que se ha producido un descenso del rendimiento, debido a enfermedades o accidentes. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.2.6.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.6.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.6.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.6.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.6.5	Tratamiento principal

1.2.7 *Terapia del ambiente*. Como complemento de los métodos psicagógicos que tratan de modificar directamente la conducta defectuosa del enfermo, la terapia del ambiente aspira a modificar ese mundo creador de conflictos, paralizador del desarrollo y obstaculizador de la acción. El apartamiento repetido o prolongado de los vínculos familiares o la incorporación a una sociedad artificial suponen un "cambio de medio" y se distinguen de la

"corrección del medio", que es la influencia ejercida sobre las personas allegadas al paciente y sobre condiciones de vida y trabajo. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.2.7.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.7.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.7.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.7.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.7.5	Tratamiento principal

1.2.8 *Terapia de grupo*. Para hacer una distinción sencilla y clara entre las distintas terapias de grupo y la terapia analítica de grupo, inscrita más abajo, en las primeras se hace caso omiso de la aplicación sistemática de los sueños y de otras producciones inconscientes, o de la interpretación de los mismos a nivel de psicología profunda. Las formas más importantes de terapia de grupo son:

1.2.8.1 *Terapia activa de grupo*. Desarrollada por Slavson, esta terapia aspira, ante todo, a corregir las actitudes sociales defectuosas mediante un comportamiento activo, como el jugar, trabajar, construir y ordenar objetos, etcétera., cosas en las que el estímulo competitivo y la colaboración ayudan a superar el aislamiento y la inhibición. Se evalúa siguiendo la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.2.8.1.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.8.1.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.8.1.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.8.1.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.8.1.5	Tratamiento principal

1.2.8.2 *Terapia sugestiva de grupo*. En contraposición con la terapia activa no directiva de grupo, esta terapia es definida como un método directivo en el que el terapeuta interviene mediante estímulos o sugerencias. Esta terapia de "refuerzo" combina la metodología verbal con la activa. Se evalúa siguiendo la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.2.8.2.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.8.2.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.8.2.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.8.2.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.8.2.5	Tratamiento principal

1.2.8.3 *Psicodrama*. Moreno define el psicodrama como un método psicoterapéutico que, al igual que otros métodos fundados en la representación, contiene elementos psicagógicos (no interpretativos). En lugar de aplicar la transferencia y la resistencia de tipo freudiano busca en la acción una realización simbólica. Los métodos parciales más importantes del psicodrama son:

- a) Autorepresentación a base de actores-yo-auxiliares.
- b) Cambio de papeles en las situaciones conflictivas.
- c) Método del sosia en el que el terapeuta acepta la configuración de estados inconscientes.

La euforia de los problemas y conflictos personales del protagonista en el grupo de los actores y espectadores y el resalte de los distintos aspectos y posibilidades de la repetición viva, lúdico-dramática, de las escenas más características dan lugar a una reorientación que nace bajo una intensa participación afectiva. Se evalúa siguiendo la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.2.8.3.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.8.3.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.8.3.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.8.3.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.8.3.5	Tratamiento principal

1.2.8.4 *Entrenamiento de la sensibilidad.* Esta terapia está más orientada hacia las actitudes y formas parciales estereotipadas de comunicación, profesionalmente condicionadas, que hacia los trastornos del comportamiento. El entrenamiento de la sensibilidad pertenece a la serie de psicogógicos que impulsan en los adultos la autoexperiencia a través de ciertas conversaciones temáticas de grupo. Se evalúa siguiendo la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.2.8.4.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.8.4.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.8.4.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.8.4.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.8.4.5	Tratamiento principal

1.2.9 *Terapia del caso particular.* Por su enfoque psicohigiénico y profiláctico, esta terapia se distingue de las formas terapéuticas aplicables a determinados pacientes clínicos. Establece como finalidad no el éxito del momento, la eliminación del peligro ni la facilitación de la decisión, sino la estabilización de los fundamentos de la conducta, lograda por medio de la revisión de la motivación y el aprendizaje de las mejores formas de elaboración. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
1.2.9.1	No se utilizó ni se sugirió
1.2.9.2	Minimamente-coadyuvante
1.2.9.3	Regularmente-coadyuvante
1.2.9.4	Tratamiento importante-coadyuvante
1.2.9.5	Tratamiento principal

2.1 Técnicas de eliminación. Son aquellas necesarias para eliminar una conducta inadecuada. Al igual que las técnicas de asimilación, las cuales serán descritas posteriormente, llegan hasta la identidad profunda; es posible por ejemplo, ajustar el aprendizaje al modelo, para reducir la probabilidad de aparición de una conducta inadecuada e incrementar la frecuencia de las debidas alternancias.

2.1.1 Extinción. Se refiere al acto o procedimiento mediante el cual una conducta desaparece del repertorio de comportamientos de un individuo. Esta debería ser la más importante de las técnicas de eliminación, sin embargo sólo en contadas ocasiones ha dado buenos resultados como medida terapéutica. Únicamente promete resultados positivos cuando a la conducta perturbadora se le sustrae total y definitivamente su confirmación. Si falta esta garantía, el intento de extinción tropieza con una ratificación inminente: la conducta perturbadora se consolida aún más. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
2.1.1.1	No se utilizó ni se sugirió
2.1.1.2	Minimamente-coadyuvante
2.1.1.3	Regularmente-coadyuvante
2.1.1.4	Tratamiento importante-coadyuvante
2.1.1.5	Tratamiento principal

2.1.2 Práctica negativa. Se basa en el fenómeno de la saturación psíquica y en la teoría de la inhibición reactiva propuesta por Hull. El principio terapéutico es: repetición consciente y continuada de la conducta inadecuada, aunque con la modificación del ámbito vivencial, es decir, que el paciente reitera su comportamiento defectuoso con el pensamiento puesto, por ejemplo, en que este comportamiento es impropio y en que más adelante tendrá que renunciar completamente a él. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
2.1.2.1	No se utilizó ni se sugirió
2.1.2.2	Minimamente-coadyuvante
2.1.2.3	Regularmente-coadyuvante
2.1.2.4	Tratamiento importante-coadyuvante
2.1.2.5	Tratamiento principal

2.1.3 Inhibición recíproca

2.1.3.1 Desensibilización sistemática. El primero de los elementos importantes de esta terapia consiste en las técnicas de relajación antes descritas. El segundo es la elaboración de un programa jerarquizado de exposición al objeto fóbico. Se lleva a cabo un enlistado colocando en forma progresiva y ascendente los diferentes estímulos que precipitan la respuesta fóbica. Para facilitar la implantación de esta técnica, es recomendable entrenar al sujeto a manejar las situaciones fóbicas a través de la imaginación o fantasía. Las consideraciones o

comentarios asertivos resultan de un gran beneficio. Se clasifica según la siguiente escala:

CLAVE GRADO

- 2.1.3.1.1 No se utilizó ni se recomendó
- 2.1.3.1.2 Minimamente-coadyuvante
- 2.1.3.1.3 Regularmente-coadyuvante
- 2.1.3.1.4 Tratamiento importante-coadyuvante
- 2.1.3.1.5 Tratamiento principal

2.1.3.2 *Terapia in vivo*. Es en todo similar a la anterior, con la diferencia de que, por ejemplo en las zoofobias, el contacto con situaciones en vivo suele presentar resultados más favorables. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE GRADO

- 2.1.3.2.1 No se utilizó ni se recomendó
- 2.1.3.2.2 Minimamente-coadyuvante
- 2.1.3.2.3 Regularmente-coadyuvante
- 2.1.3.2.4 Tratamiento importante-coadyuvante
- 2.1.3.2.5 Tratamiento principal

2.1.3.3 *Hábitos de nutrición inhibidores de la fobia*. Pueden aplicarse los hábitos de la nutrición para crear una inhibición recíproca. Por ejemplo, mientras se "presenta la comida" a un niño concreto se introduce al mismo tiempo poco a poco el objeto fóbico en la situación. Este procedimiento tiene el inconveniente de que no es posible dar de comer (generalmente son golosinas) en la proporción deseable. Una circunstancia imprevista puede incluso producir un efecto contrario: lejos de reducir la fobia, cabe que esta se extienda a los alimentos ofrecidos. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE GRADO

- 2.1.3.3.1 No se utilizó ni se recomendó
- 2.1.3.3.2 Minimamente-coadyuvante
- 2.1.3.3.3 Regularmente-coadyuvante
- 2.1.3.3.4 Tratamiento importante-coadyuvante
- 2.1.3.3.5 Tratamiento principal

2.1.3.4 *Activación de contrarepresentaciones emocionales inhibidoras de la fobia: 'Fantasía emotiva'*. Consiste en introducir en una sensación de placer provocada, la imagen del objeto fóbico. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE GRADO

- 2.1.3.4.1 No se utilizó ni se recomendó
- 2.1.3.4.2 Minimamente-coadyuvante
- 2.1.3.4.3 Regularmente-coadyuvante
- 2.1.3.4.4 Tratamiento importante-coadyuvante
- 2.1.3.4.5 Tratamiento principal

2.1.4 *Terapia de la aversión.* Se da cuando aplicamos estímulos que (desde el punto de vista introspectivo) originan efectos desagradables e impiden (desde la perspectiva extrospectiva) determinados modos de conducta, o cuando eliminamos confirmaciones que causan efectos ingratos, cosas que, en definitiva, arrojan resultados positivos. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
2.1.4.1	No se utilizó ni se recomendó
2.1.4.2	Minimamente-coadyuvante
2.1.4.3	Regularmente-coadyuvante
2.1.4.4	Tratamiento importante-coadyuvante
2.1.4.5	Tratamiento principal

2.1.5 *Técnicas específicas de los síntomas* Se han creado varias técnicas para el tratamiento de los modos especiales inadecuados de conducta y de vivencia (síntomas), entre otras, se citan algunas:

- a) Inmovilización mental
- b) Repetir, después de uno o dos segundos, un texto propuesto por el terapeuta
- c) Pronunciar palabras al compás de un metrónomo; etcétera.

Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
2.1.5.1	No se utilizó ni se recomendó
2.1.5.2	Minimamente-coadyuvante
2.1.5.3	Regularmente-coadyuvante
2.1.5.4	Tratamiento importante-coadyuvante
2.1.5.5	Tratamiento principal

2.2 *Técnicas de asimilación* Se aplican para facilitar al cliente nuevos modos de conducta.

2.2.1 *Condicionamiento operante.* El mejor ejemplo es la caja de Skinner y se refiere a cualquier técnica que opere siguiendo los lineamientos experimentales contenidos en tal modelo. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
2.2.1.1	No se utilizó ni se recomendó
2.2.1.2	Minimamente-coadyuvante
2.2.1.3	Regularmente-coadyuvante
2.2.1.4	Tratamiento importante-coadyuvante
2.2.1.5	Tratamiento principal

2.2.2 *Ejercicio de afirmación de sí mismo.* Este ejercicio fue propuesto como terapia de elección contra los estados de angustia. En la actualidad suele aplicarse, junto con otras técnicas, por ejemplo en la desensibilización sistemática. Se ordena a los pacientes que expresen abiertamente sus propios sentimientos, también los desagradables. La expresión del rostro debe estar en

consonancia con los sentimientos vividos. En el caso de diferencias de opinión, hay que mantener la opinión contraria, sin fingir un asentimiento provocado por la angustia. Es preciso emplear la palabra "yo" todas las veces que sea posible, aceptar la alabanza y no rechazarla por falsa modestia; el objetivo a que se aspira es la acción espontánea. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
2.2.2.1	No se utilizó ni se recomendó
2.2.2.2	Minimamente-coadyuvante
2.2.2.3	Regularmente-coadyuvante
2.2.2.4	Tratamiento importante-coadyuvante
2.2.2.5	Tratamiento principal

2.2.3 Aprendizaje con modelo. Al igual que la extinción y el condicionamiento operante, el aprendizaje con modelo no es primariamente un principio terapéutico, aunque puede resultar aprovechable en este sentido, previa la adaptación correspondiente. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
2.2.3.1	No se utilizó ni se recomendó
2.2.3.2	Minimamente-coadyuvante
2.2.3.3	Regularmente-coadyuvante
2.2.3.4	Tratamiento importante-coadyuvante
2.2.3.5	Tratamiento principal

3

Ensayo cognoscitivo.

Este concepto se fundamenta en la corriente o escuela de psicología denominada cognoscitivista. Esta a su vez se basa en una serie de conceptos que se mencionan a continuación: Primero, la cognición se refiere al significado asignado a la percepción de un elemento (este puede ser un objeto, una situación o una condición). Luego entonces, los individuos presentan un sinnúmero de cogniciones. Estas a su vez se relacionan unas con otras en forma muy específica y crean las denominadas estructuras o constructos cognoscitivos. Estas estructuras presentan en lo general dos modalidades. La primera de ellas cuando las cogniciones son congruentes y compatibles, estructuras cognoscitivas consonantes. Pero cuando no ocurre así, es decir, cuando la estructura muestra condiciones incongruentes o incompatibles, las estructuras cognoscitivas se convierten en disonantes. El tercer concepto importante es el de reestructuración cognoscitiva. Este se refiere desde el punto de vista psicoterapéutico al cambio, modificación o sustitución de alguno o algunas de las cogniciones incompatibles con el resto de la estructura, con el objeto de lograr una consonancia. En el sentido estricto de la palabra, todo tipo de terapia o psicoterapia pretende lograr una consonancia del sujeto con sus pensamientos, sentimientos y acciones. La técnica de ensayo cognoscitivo establece la misma meta, con la diferencia de que este programa terapéutico establece la reestructuración cognoscitiva como una meta específica y en forma explícita. El ensayo cognoscitivo comprende cuatro etapas específicas, que son:

- 1) Aceptación del problema
- 2) Reconocimiento; identificación de la historia de la problemática y de sus variables
- 3) Reconocimiento del grado de dificultad de la solución del problema y
- 4) Consideraciones asertivas. Para poder llevar a cabo esta técnica se requiere que el sujeto elabore en colaboración con el terapeuta una serie de guiones relacionados con cada una de las etapas arriba mencionadas. Se insiste en que la semántica utilizada en cada uno de estos guiones sea la habitual o natural del interesado. Se recomienda establecer un programa calendarizado y con horario preestablecido, y que lleve el registro correspondiente. Se le recomienda al sujeto llevar a cabo ejercicios de ensayo cognoscitivo en un sitio de condiciones óptimas. Ejemplo: un lugar tranquilo, confortable, silencioso, con privacidad, etcétera. Se recomienda al sujeto que la lectura de los guiones trate de visualizar en la imaginación o fantasía la escena correspondiente. Asimismo, procure vivenciar los sentimientos y emociones correspondientes a las cogniciones, a los temas de los guiones elaborados. Las consideraciones asertivas al final de cada ejercicio juegan un papel de gran importancia en este tipo de técnicas.

Las opciones para este reactivo son:

CLAVE	GRADO
3.1	No se utilizó ni se recomendó
3.2	Minimamente-coadyuvante
3.3	Regularmente-coadyuvante
3.4	Tratamiento importante-coadyuvante
3.5	Tratamiento principal

4 *Terapia educativa.*

La terapia educativa consiste en proporcionar al sujeto la información precisa, clara y confiable sobre el funcionamiento normal del individuo, dándole atención particular a los procesos y funciones de tipo emocional. El reconocimiento del área afectiva y/o emocional y sus implicaciones en el desarrollo y funcionamiento del individuo. También es importante la información sobre respuestas cognoscitivas, emotivas y motoras resultado de la frustración o el displacer. Las opciones para calificar este reactivo son:

CLAVE	GRADO
4.1	No se utilizó ni se recomendó
4.2	Minimamente-coadyuvante
4.3	Regularmente-coadyuvante
4.4	Tratamiento importante-coadyuvante
4.5	Tratamiento principal

La terapia de automonitoreo consiste en el entrenamiento y capacitación del individuo en el uso y diseño de instrumentos de registro personal que le permitan recabar información sobre sus acciones y los resultados de las mismas, con el objeto de evaluar el logro de las metas propuestas. Asimismo, esta información le permitirá al individuo el desarrollo de habilidades, destrezas y/o estrategias para una mejor y más fácil obtención de sus metas. Las técnicas de automonitoreo se basan en el principio de que con frecuencia los individuos no se benefician de la información resultado de sus acciones. En otras palabras, estamos hablando de una serie de procedimientos psicológicos que intervienen y que dan como resultado que el individuo no se beneficie de la experiencia de sus acciones. La falta de una adecuada retroalimentación tiende a aumentar la secuencia de la denominada tasa de error. Esta situación que bajo cualquier condición traería como resultado fracaso, frustración, disfunción, displacer, en condiciones donde prevalece el estilo de vida moderno-urbano, y en época de inflación-devaluación, las consecuencias para el individuo son de particular importancia en sus áreas de efectividad, eficiencia, eficacia y calidad de vida. Es observación general y común que la gran mayoría de las personas carecen de los mecanismos y sistemas 'naturales' que le permitan una constante evaluación de su funcionamiento y el logro de las metas que él mismo se establece. Autores diversos han propuesto diferentes hipótesis para explicar lo anterior, estas incluyen niveles educativos, tipo de cultura o subcultura, mecanismos psicológicos subconscientes o inconscientes (de defensa u otros tipos), etcétera. Por lo anterior, se han propuesto los sistemas denominados de automonitoreo. Estos incluyen las técnicas de autoregistro, en las cuales se diseñan sistemas de registro que en forma clara y precisa se relacionan, por una parte, con las metas propuestas, y por la otra, con las características particulares del individuo. En los sistemas de autoregistro, el individuo registra la información correspondiente del resultado de sus acciones y se le recomienda la compare con las expectativas y metas que él originalmente se propuso. En una primera etapa, la información obtenida le informará sobre la presencia o ausencia del logro de las metas propuestas. En una segunda etapa, los sistemas de registro pueden facilitarle al sujeto información precisa y adecuada, de los factores y elementos que intervinieron para que las metas propuestas se logran. Cabe mencionar, que para que los sistemas de autoregistro sean útiles, éstos requieren utilizar o manejar periodos cortos o breves de tiempo. Las opciones para calificar este reactivo son:

CLAVE	GRADO
5.1	No se utilizó ni se recomendó
5.2	Minimamente-coadyuvante
5.3	Regularmente-coadyuvante
5.4	Tratamiento importante-coadyuvante
5.5	Tratamiento principal

Constituye, al igual que otras psicoterapias de la conducta ya revisadas, una aproximación psicoterapéutica producto de un cuerpo de investigación científica sin aspiraciones clínicas originales. En este caso, es el resultado de la adaptación de los conceptos básicos de la teoría psicológica de la Gestalt a los campos clínico y técnico. La teoría de campo en la clínica está influenciada por esta aproximación, al reconocer todo producto de la entrevista o sesión como resultado de las características que da el todo de la situación, resaltando el concepto de que el todo es más que la suma de las partes. Asimismo, incorpora y aplica las leyes de la Gestalt como son el cierre, la continuación, la semejanza, la proximidad, etcétera. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
6.1	No se utilizó ni se recomendó
6.2	Minimamente-coadyuvante
6.3	Regularmente-coadyuvante
6.4	Tratamiento importante-coadyuvante
6.5	Tratamiento principal

La terapia de apoyo se utiliza en condiciones emocionales de emergencia, o cuando el sujeto presenta una condición crónica que ha tenido un impacto importante en la estructura emocional del sujeto. Ambas condiciones nos llevarían al estado psicodinámicamente descrito como 'ego débil', y que por lo tanto el sujeto no está bajo esas circunstancias en condiciones de resolver problemáticas complejas y profundas. Bajo tal estado de cosas, el terapeuta proporciona apoyo al paciente a través de comportamientos y comentarios que transmiten empatía y solidaridad. Se clasifica de la siguiente manera:

CLAVE	GRADO
7.1	No se utilizó
7.2	Minimamente-coadyuvante
7.3	Regularmente-coadyuvante
7.4	Tratamiento importante-coadyuvante
7.5	Tratamiento principal

Esta aproximación psicoterapéutica se basa en que la atención prestada por el especialista a los sentimientos de los pacientes y su aceptación comprensiva son elementos esenciales de los cambios constructivos que estos experimentan durante la conversación. Además, la psicoterapia, en principio, es empíricamente comprobable como fenómeno de interacción entre dos seres humanos. Se entiende

por psicoterapia del diálogo a una forma concreta de interacción social y de comunicación verbal entre dos o varias personas, definidas fundamental y sistemáticamente por ciertas características de la conducta del psicoterapeuta. La finalidad de esta interacción social y de esta comunicación verbal consiste en modificar el psiquismo -contenidos vivenciales, actitudes y modos de conducta- del cliente, o sea, el individuo que se encuentra con ciertos problemas emocionales y de comportamiento y que desea claramente introducir un cambio en los mismos. Las mutaciones obedecen primordialmente a determinadas experiencias y actividades -sobre todo en lo que va ligado al electo psicológico de los contenidos verbales- así como a los procesos de aprendizaje. Existen diversas variables de la conducta del psicoterapeuta, entre las más importantes se encuentran las siguientes:

- a) Del contexto general
- b) Apreciación positiva y calor emocional
- c) Verbalización de los contenidos emocionales de las vivencias
- d) Autenticidad-congruencia

De igual manera, existen variables del proceso en los clientes sujetos a la psicoterapia del diálogo. Algunas de ellas son:

- a) La 'autoexploración'
- b) La 'experimentación', etcétera.

Esta categoría se clasifica con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
8.1	No se utilizó
8.2	Minimamente-coadyuvante
8.3	Regularmente-coadyuvante
8.4	Tratamiento importante-coadyuvante
8.5	Tratamiento principal

9 *Psicoanálisis.*

Será considerado como psicoanálisis solamente aquel tratamiento psicoterapéutico que considere, contenga, maneje y en general trabaje con todos y cada uno de los elementos citados a continuación. De acuerdo con esto, tendrá que clasificarse como aproximación psicoterapéutica y no psicoanalítica, cualquier tratamiento al que le falte uno o varios de estos elementos, clasificando después de ello el tipo de psicoterapia principalmente en función del número y del tipo de participantes en la misma.

I. Hipótesis fundamentales:

- 1) La supradeterminación de lo psíquico
- 2) La dinámica del conflicto
- 3) La génesis del síntoma

- II. Elementos de la situación de trabajo:
 - 1) La regla fundamental (asociación libre) como punto de partida
 - 2) La abstención como actitud psicoanalítica de trabajo
 - 3) El descubrimiento aclaratorio como proceso de trabajo
- III. Dinámica de la relación en la situación analítica:
 - 1) La transferencia
 - 2) La contra-transferencia
 - 3) Los factores de la relación orientados a la realidad
- IV. Resistencia a la labor de revelación:
 - 1) Resistencia defensiva (contracatexis)
 - 2) Resistencia de transferencia (a los emergentes transferenciales)
 - 3) Resistencia secundaria (proveniente de la ganancia secundaria)
 - 4) Resistencia adscrita al super yo (teniendo como fuente objetos ambivalentemente introyectados)
 - 5) Resistencia adscrita al ello (compulsión a la repetición)
 - 6) Formas tácitas (resistencias caracterológicas)
- V. La interpretación como elemento cognitivo de la revelación:
 - 1) Prolegómenos de la interpretación -confrontaciones, referencias comprobantes, referencias interrogativas, referencia aclaratorias, referencias explicativas-
 - 2) La interpretación como traducción
 - 3) La interpretación como reconstrucción
 - 4) Interpretaciones defectuosas -traducción directa del símbolo, la 'conjetura' como artificio interpretativo
- VI. Análisis de los afectos.
- VII. Análisis de los sueños.
- VIII. Realización técnica del psicoanálisis:
 - 1) El contacto informativo
 - 2) La fase inicial
 - 3) El análisis de la neurosis de transferencia
 - 4) Aplicación de los procedimientos interpretativos en las resistencias
 - 5) La interpretación de contenidos
 - 6) Finalización de análisis

Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

CLAVE	GRADO
9.1	No se utilizó ni se recomendó
9.2	Minimamente-coadyuvante
9.3	Regularmente-coadyuvante
9.4	Tratamiento importante-coadyuvante
9.5	Tratamiento principal

Bajo el título de psicoterapia individual quedan englobadas todas las aproximaciones psicoterapéuticas psicoanalíticamente orientadas. Se consideran como tales aquellas aproximaciones psicoterapéuticas que contienen en su trabajo clínico-técnico varios elementos en común con la técnica psicoanalítica, o solamente uno o dos pero fundamentales, como por ejemplo el reconocimiento de la importancia de las motivaciones inconscientes

Vale redundar en el hecho de que solamente será considerado como psicoanalítico aquel tratamiento que contenga todos los elementos detallados en el inciso anterior. Aquí aparecen enlistadas las escuelas psicoterapéuticas psicoanalíticamente orientadas más importantes:

10.1 Freudiana (*Psicología del Yo*)

CLAVE	GRADO
10.1.1	No se utilizó ni se recomendó
10.1.2	Minimamente-coadyuvante
10.1.3	Regularmente-coadyuvante
10.1.4	Tratamiento importante-coadyuvante
10.1.5	Tratamiento principal

10.2 Kleiniana

CLAVE	GRADO
10.2.1	No se utilizó ni se recomendó
10.2.2	Minimamente-coadyuvante
10.2.3	Regularmente-coadyuvante
10.2.4	Tratamiento importante-coadyuvante
10.2.5	Tratamiento principal

10.3 Lacaniana

CLAVE	GRADO
10.3.1	No se utilizó ni se recomendó
10.3.2	Minimamente-coadyuvante
10.3.3	Regularmente-coadyuvante
10.3.4	Tratamiento importante-coadyuvante
10.3.5	Tratamiento principal

10.4 Frommiana

CLAVE	GRADO
10.4.1	No se utilizó ni se recomendó
10.4.2	Minimamente-coadyuvante
10.4.3	Regularmente-coadyuvante
10.4.4	Tratamiento importante-coadyuvante

10.4.5 Tratamiento principal

10.5 *Jungiana*

CLAVE GRADO

10.5.1 No se utilizó ni se recomendó

10.5.2 Minimamente-coadyuvante

10.5.3 Regularmente-coadyuvante

10.5.4 Tratamiento importante-coadyuvante

10.5.5 Tratamiento principal

10.6 *Psicoterapia analítica de niños y adolescentes*

CLAVE GRADO

10.6.1 No se utilizó ni se recomendó

10.6.2 Minimamente-coadyuvante

10.6.3 Regularmente-coadyuvante

10.6.4 Tratamiento importante-coadyuvante

10.6.5 Tratamiento principal

10.7 *Psicología de las relaciones objetales*

CLAVE GRADO

10.7.1 No se utilizó ni se recomendó

10.7.2 Minimamente-coadyuvante

10.7.3 Regularmente-coadyuvante

10.7.4 Tratamiento importante-coadyuvante

10.7.5 Tratamiento principal

10.8 *Otra. Especificar.*

CLAVE GRADO

10.8.1 No se utilizó ni se recomendó

10.8.2 Minimamente-coadyuvante

10.8.3 Regularmente-coadyuvante

10.8.4 Tratamiento importante-coadyuvante

10.8.5 Tratamiento principal

11 *Psicoterapia de pareja.*

CLAVE GRADO

11.1 No se utilizó ni se recomendó

11.2 Minimamente-coadyuvante

11.3 Regularmente-coadyuvante

11.4 Tratamiento importante-coadyuvante

11.5 Tratamiento principal

12 *Psicoterapia familiar.*

CLAVE GRADO

12.1 No se utilizó ni se recomendó

- 12.2 Minimamente-coadyuvante
- 12.3 Regularmente-coadyuvante
- 12.4 Tratamiento importante-coadyuvante
- 12.5 Tratamiento principal

13 Psicoterapia grupal.

Bajo este rubro quedan genericamente incluidas todo tipo de psicoterapias de grupo que no tengan una orientación psicoanalítica. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

- | CLAVE | GRADO |
|-------|------------------------------------|
| 13.1 | No se utilizó ni se recomendó |
| 13.2 | Minimamente-coadyuvante |
| 13.3 | Regularmente-coadyuvante |
| 13.4 | Tratamiento importante-coadyuvante |
| 13.5 | Tratamiento principal |

13.2 Psicoterapia analítica de grupo. A diferencia de la anterior, aquí deben quedar incluidas todo tipo de terapias psicoanalíticamente orientadas. Se evalúa de acuerdo con la siguiente clasificación.

- | CLAVE | GRADO |
|--------|------------------------------------|
| 13.2.1 | No se utilizó ni se recomendó |
| 13.2.2 | Minimamente-coadyuvante |
| 13.2.3 | Regularmente-coadyuvante |
| 13.2.4 | Tratamiento importante-coadyuvante |
| 13.2.5 | Tratamiento principal |

14 Otra.

Especificar bajo este rubro si se utilizó algún tipo de aproximación terapéutica o psicoterapéutica no incluido, tratando de relacionarlo con alguno de los grupos existentes. Se evalúa de acuerdo con la siguiente tabla:

- | CLAVE | GRADO |
|-------|------------------------------------|
| 14.1 | No se utilizó ni se recomendó |
| 14.2 | Minimamente-coadyuvante |
| 14.3 | Regularmente-coadyuvante |
| 14.4 | Tratamiento importante-coadyuvante |
| 14.5 | Tratamiento principal |



SAPTEL



HOJA DE REGISTRO DE USUARIOS

NOTA IMPORTANTE: TODO REACTIVO QUE QUEDE EN BLANCO SERA INTERPRETADO COMO QUE SE IGNORA LA RESPUESTA. POR FAVOR ANOTE TODOS LOS DATOS QUE CONOZCA.

Datos del Usuario

1. Consulta

No. de consulta	Fecha	Tipo de problema	Módulo	Hora fin	Duración	Referido	
						Porque	Lugar

2. Otro tratamiento psicoterapéutico: actual SI NO
anterior SI NO
- 2a. Tipo _____ 2b. Hace cuanto _____ 2c. Cuánto duró _____
- 2d. Motivo de consulta _____ 2e. Medicación SI NO
- 2f. Razón por la cual no lo busca en este momento _____

Ficha de Identificación

3. Nombre o Apelativo _____
4. N° Exp. _____ 5. Sexo H M 6. Edad _____
7. Edo. Civil _____ 8. Escolaridad _____ 9. Ocupación: _____
10. Religión _____ 11. Lugar de Origen _____
12. Nivel Socioeconómico:
- 12a. Domicilio actual _____
- 12b. N° de personas con quien vive _____
- 12c. Tipo parentesco _____ 12e. N° habitaciones _____
- 12d. Tipo de vivienda _____ 12f. Nivel de ingresos _____
13. Fuente de Referencia _____
14. Motivo de Consulta _____

Exámen Mental

- | | | | |
|------------------------------------|-----|---|-----|
| 15. Discurso espontáneo | ___ | 16. Ritmo discurso | ___ |
| 17. Alteraciones discurso | ___ | ___ | ___ |
| 18. Alteraciones contenido pensam. | ___ | ___ | ___ |
| 19. Contenido Afectivo | ___ | ___ | ___ |
| 20. Alteraciones senso-percepción | ___ | ___ | ___ |
| 21. Alteraciones Memoria | ___ | ___ | ___ |
| 22. Trastornos Orientación | ___ | 23. Atención y Concentración | ___ |
| 24. Inteligencia | ___ | 25. Reconocimiento del grado del problema | ___ |

Sintomatología Específica

- | | | | |
|---|-----|-------------------|-----|
| 26. Síntomas Somáticos | ___ | 27. Fatiga | ___ |
| 28. Aumento atención funciones corporales | ___ | 29. Hipnóticos | ___ |
| 30. Alteraciones en el dormir | ___ | 31. Irritabilidad | ___ |
| 32. Obsesiones-compulsiones | ___ | 33. Animo depres | ___ |
| 34. Disminución concentración | ___ | 35. Ansiedad | ___ |
| 36. Despersonalización | ___ | 37. Fobias | ___ |

Diagnóstico

- | | | | |
|---------------------------------|-------|--------------|-------|
| 38. 9ª Clasificación O.M.S. | _____ | 39. Agregado | _____ |
| 40. D.S.M. III - R | _____ | 41. Agregado | _____ |
| 42. Dx. asignado en supervisión | _____ | | |

Datos del Terapeuta

- | | | | |
|--------------------------------------|-------|---|-------|
| 43. Nombre | _____ | 44. N° | _____ |
| 45. Procedencia | _____ | 46. Turno | _____ |
| 48. Supervisa este caso | SI NO | 47. N° Supervisor | _____ |
| 49. Respuesta reacción | _____ | | |
| 50. Catarsis | SI NO | | |
| 51. Abreacción | SI NO | | |
| 52. Rapport | SI NO | | |
| 53. Credibilidad de la información | ___ | 54. Calificación global de severidad | ___ |
| 56. Tipo de aproximación terapéutica | _____ | 55. Profundidad de la Alianza Terapéutica | ___ |

Comentarios
