



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS MUESTRAS
INDEPENDIENTES DE UN 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 N :

ARGUELLES AYALA MARCELA

CORTES GONZALEZ MARISELA

DIRECTORA DE TESIS: MAESTRA CRISTINA HEREDIA

ASESOR ESTADISTICO: MAESTRO RAUL TENORIO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RECONOCIMIENTOS

RECONOCEMOS Y AGRADECEMOS EL APOYO Y LA ORIENTACIÓN QUE NOS
BRINDO EN TODO MOMENTO NUESTRA DIRECTORA DE TESIS:

MA. CRISTINA HEREDIA

A NUESTRO ASESOR DE ESTADISTICA

MTRO. RAUL TENORIO

DE IGUAL FORMA AGRADECEMOS A NUESTRO HONORABLE JURADO

**DRA. MAGDALENA VARELA
LIC. LETICIA BUSTOS
LIC. ARACELI MENDOZA**

**SIN SU APOYO Y SABIDURIA NO HUBIERA SIDO POSIBLE EL PRESENTE
TRABAJO**

GRACIAS

AGRADEZCO PROFUNDAMENTE:

A MI MADRE POR LA VIDA Y APOYO PARA CONCLUIR ESTA ETAPA.

A SERGIO POR SU TESTIMONIO Y APOYO.

A EMILIO POR EXITIR Y SER EL MOTOR PARA CRECER.

LO DEDICO

A TODOS LOS QUE ME AMAN,
A MI FAMILIA, HERNANAS, HERMANO.

A LOS QUE ME HAN ACOMPAÑADO DURANTE ESTE TRABAJO.

MARCELA

A MIS PADRES:

GRACIAS POR SU APOYO QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO PARA LOGRAR MIS OBJETIVOS .
SIN SU APOYO INCONDICIONAL NO HUBIERA PODIDO LOGRAR MIS METAS:
LOS QUIERO MUCHO.

A TI ALEX:

TE DEDICO EL PRESENTE TRABAJO Y TE AGRADEZCO EL APOYO QUE ME HAS DADO, SE QUE HA SIDO DIFÍCIL PERO TU FE EN MI SIEMPRE ME HA IMPULSADO A SEGUIR ADELANTE , GRACIAS.
ESTE TRABAJO ES DE AMBOS: TE AMO

GRACIAS A MIS HERMANOS Y SOBRINOS POR SU CARÍÑO Y APOYO
SOBRE TODO A TI LETY. LOS QUIERO MUCHO.

TAMBIÉN QUIERO AGRADECER A TODAS MIS AMIGAS QUE ME
ACOMPANARON EN ESTE CAMINO.

MARCELA: ¡ LO LOGRAMOS!

MARISELA

ÍNDICE

	PAGINA
PREFACIO-----	
CAPITULO 1 PSICOTERAPIA BREVE E INTERVENCIÓN EN CRISIS-----	1
CAPITULO 2 APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO-----	14
CAPITULO 3 CIUDAD DE MÉXICO-----	29
CAPITULO 4 MOTIVOS DE CONSULTA-----	35
CAPITULO 5 MÉTODO-----	88
CAPITULO 6 RESULTADOS-----	94
CAPITULO 7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES-----	106
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS-----	111
BIBLIOGRAFÍA-----	113
<hr/>	
INDICE	

PREFACIO

En la ciudad de México existe una enorme población y pocos recursos naturales por lo que aquella se ve afectada en diferentes áreas, entre ellas la psicológica, aunque por lo general no se le da la importancia debida y esto se ve reflejado en el creciente número de casos de violencia intrafamiliar, suicidios, aumento en el uso de drogas, alcoholismo, entre otros; Es por esto que creemos importante la existencia de centros o instituciones donde las personas en estas condiciones encuentren una ayuda profesional. Sin embargo, el servicio prestado por dichas instituciones es insuficiente y para muchas personas casi imposible, por lo tanto la creación de un servicio como SAPTEL (sistema de apoyo psicológico por teléfono) facilita el contacto de primera existencia con un servicio de psicología y en algunos casos un enlace a un servicio de psicoterapia cara a cara.

Siendo el sistema de apoyo psicológico por teléfono (SAPTEL) el servicio psicológico más accesible para la población de la Cd. De México y teniendo en cuenta el proceso histórico por el que ha pasado dicho servicio y los cambios socioculturales que se han dado en esta ciudad: creíamos que si había diferencias significativas en los motivos de consulta del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) actual, el cual es auspiciado por la Cruz Roja Mexicana y el

PREFACIO

Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe y la Federación Mundial de Salud Mental, y su antecesor: SAPT que fue auspiciado por la Facultad de Psicología de la UNAM y la Federación Mundial de Salud Mental.

Por lo tanto se realizó un estudio comparativo entre dos muestras independientes, de las dos últimas etapas por las que ha pasado el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, que fueron las de SAPTEL y SAPT. En el caso de SAPTEL, la muestra se compuso de 220 sujetos de los cuales 79 fueron hombres y 141 son mujeres y esta fue del primero al treinta y uno de Septiembre de 1995, en tanto que la de SAPT quedó conformada de 220 sujetos de los cuales 70 fueron hombres y 150 mujeres de 1987-1989.

Particularmente nos interesa hacer una comparación entre dichas etapas del sistema, creyendo que la situación sociocultural en que se dio dicho servicio en sus diferentes etapas, los usuarios tendrían características totalmente distintas; Y al realizar la comparación nos encontramos que si bien hay algunas diferencias, estas no son en su totalidad. Por lo cual los datos arrojados en la presente investigación sirven como una aportación para ratificar los postulados que justifican la existencia de dicho servicio como por ejemplo: el que las mujeres amas de casa encuentren en este servicio un medio de orientación y acercamiento a una ayuda psicológica, para las personas de bajos recursos económicos que llagan uso del servicio por sus mismos problemas económicos y algunas veces su imposibilidad para trasladarse a un servicio de psicología cara a cara.

PREFACIO

La investigación quedo conformada de la siguiente forma: En el primer capitulo se hace una revisión teórica de la Psicoterapia breve y la Intervención en crisis, las cuales fundamentan el trabajo que se realiza en el Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono.

En el segundo capitulo se realiza una reseña de lo que ha sido el sistema desde su creación hasta su última fecha, así mismo, se dan los objetivos de este y su estructura.

En el tercer capitulo describimos a la Cd. De México que es la ciudad en donde siempre ha funcionado el servicio, y aunque el sistema está abierto para toda la República la mayoría de los usuarios pertenecen a la Cd. De México. Porque creemos que el vivir en una Ciudad como la nuestra no son satisfechas todas las necesidades.

En el cuarto capitulo, se hace una revisión de los motivos de consulta que se pueden presentar en este servicio, dando lineamientos de como se pueden abordar los mismos.

En el capitulo cinco se aborda la metodología que se siguió para realizar la investigación, presentando los resultados en el capitulo seis y finalmente en el capitulo siete se dan las conclusiones y la discusión de toda la investigación.

PREFACIO

CAPITULO UNO

PSICOTERAPIA BREVE E INTERVENCIÓN EN CRISIS

El presente trabajo comienza abordando los temas Psicoterapia Breve e Intervención en crisis debido a que es en estos en los cuales se basan los servicios psicológicos de urgencia, como lo es Saptel.

PSICOTERAPIA BREVE

La psicoterapia breve debe sus orígenes a la teoría psicoanalítica, ya que sus autores como Freud y Frenzei en su época también llegaron a utilizar métodos rápidos en la curación de sus pacientes. debido a que la cuestión de la duración de una terapia no fue al principio un problema que se tuviera en cuenta. Según Sniell (1973). los problemas en cuanto a la duración de la terapia surgieron a medida que se amplió la comprensión de la teoría de Freud, acerca del desarrollo de la personalidad y de la formación neurótica.

El concepto de psicoterapia breve surge después, causado principalmente por la demanda del público hacia los servicios de salud mental, la cual fue aumentando de tal forma que los servicios que existían resultaban insuficientes para dar apoyo a toda la comunidad, de ahí surge la iniciativa de realizar una intervención a nivel comunitario para frenar tal demanda, además de servir como una prevención siendo la psiquiatría comunitaria la primera en incursionar en esto.

La psiquiatría comunitaria empezó a surgir a partir de los años 40's, es una disciplina que entiende al enfermo mental en su condición de ente social que envuelve múltiples circunstancias: la familia, la casa que habita, el barrio, la ciudad, el tiempo histórico que vive, etc. dándole una

especial atención a la promoción de la salud mental y a la protección de la población en riesgo. La intervención temprana en esta población es de vital importancia.

Uno de los principales pioneros interesados en crear una clínica de urgencia para atender problemas emocionales fue Bellack, (Cit. en Aguilera 1974). y según él mismo, esta disciplina surge de muchas otras por estar ligada al desarrollo de la teoría psicoanalítica de las ciencias sociales y del comportamiento.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La psicoterapia breve se llama así por oposición a otro tipo de psicoterapia de larga duración (Knobel 1987). Se trata de una psicoterapia de tiempo y objetivos limitados; por otra parte para Bellack y Small (1970, pág 9), "es la interpretación verbal o del alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente".

En cuanto a los fundamentos teóricos de la psicoterapia breve, ésta en su surgimiento se basó principalmente en dos corrientes que fueron el psicoanálisis y la teoría estructural.

1. La teoría psicoanalítica posee un marco teórico sólidamente estructurado y que constituye un método específico de tratamiento, y es de este enfoque como de muchas otras teorías y métodos en la salud mental que la psicoterapia breve toma ciertos conocimientos que se adecuen al tratamiento.
2. Por su parte el enfoque estructural es importante en psicoterapia breve, ya que en dicho enfoque el individuo está estudiado desde dentro de su contexto social, donde sus manifestaciones de conducta remiten a entender el para que del síntoma que presenta y de que forma le sirve en sus relaciones, esto es, se trata principalmente de sustituir o eliminarlo para lograr una mejor adaptación y no de buscar las causas inconscientes del mismo.

Para tener un mejor resultado terapéutico en un corto tiempo se exige el máximo orden posible en cuanto a la precisión del tratamiento. La terapia tiene que ser directiva, puesto que el tiempo así lo requiere y por tanto las capacidades del terapeuta deben estar encaminadas a una mayor perspicacia para percibir toda comunicación significativa y de este modo formular el tipo de intervención que el paciente requiere. Es necesario identificar las áreas de conflicto en el menor tiempo, de un papel más activo por parte del terapeuta, así como del uso de conceptos de distintas disciplinas ya que el tiempo desempeña un papel distinto al de los tratamientos prolongados.

Para Bravo (1983) son importantes los siguientes conceptos:

- El nivel de análisis está dirigido fundamentalmente hacia las funciones adaptativas del Yo y no a hacer "consciente lo inconsciente".
- Se focaliza el momento de crisis y la forma de cómo está interfiriendo en las funciones adaptativas del Yo, lo anterior se justifica por la brevedad y porque en un momento de crisis hay un fenómeno regresivo en las funciones.
- En psicoterapia breve es importante valorar la angustia, ya que de esto se sabe la capacidad de respuesta del individuo ante diferentes situaciones generadoras de angustia, se debe focalizar el factor desencadenante de la angustia y ver que tanto coincide el factor con la magnitud de la angustia.
- Otro aspecto importante en la psicoterapia breve es valorar las funciones yoicas, que son las que regulan el contacto con la realidad y el ajuste a las mismas.

Existen tres procedimientos básicos en psicoterapia breve (que tiene que ver con la teoría psicoanalítica) y son:

1. La comunicación: dada la brevedad del tiempo esta debe ser más activa, además de que cualquier conducta manifestada por el paciente debe ser tomada como comunicación.

2. El Insight: que es la percepción intelectual y emocional de los comunes denominadores en el patrón de la experiencia. Es importante aquí que la interpretación sea realizada en el momento adecuado.
3. La elaboración: proceso en el que el paciente aplica un recién insight adquirido a una serie de situaciones que anteriormente no tenía conocimiento, por lo tanto, se aumenta su conocimiento de la conducta manifiesta y de sus causas, se elabora cuando el paciente ha entendido o aprendido a percibir algunos comunes denominadores en su comportamiento y comienza a aplicar ese conocimiento a su vida práctica.

En cuanto a las técnicas que se usan en psicoterapia breve están sujetas a la elección del terapeuta según sea su habilidad y experiencia. Por su brevedad no debe confundirse con superficial ya que no intenta suplir o desplazar a otras terapias cuando sean indicadas y posibles, y tampoco requiere menos habilidad por parte del terapeuta, ya que este, debe poseer mayor habilidad en cuanto a ser flexible en sus técnicas ya que el tiempo es apremiante.

Para Knobel (1987) las técnicas en psicoterapia breve se deben apoyar en los 4 principios siguientes:

1. Es no transferencial, se debe conocer pero no estimular. Es que papel está jugando la transferencia, pero esto no es usado para fines terapéuticos.
2. Es no regresiva. En cuanto a que lo primordial es restablecer la adaptación del sujeto a su vida y no hacer una reestructuración dinámica.
3. La elaboración debe ser de predominio cognitivo (en aparente detrimento del predominio afectivo). Siendo una terapia más de tipo directivo poniendo más énfasis en el conocimiento de las causas del problema por las que está atravesando el sujeto y su posible solución.
4. Modificación objetal que se opera al permitir experimentar el reemplazo de una información falsa por otra verdadera creando así una vivencia real, en la que la persona pasa a ser un sujeto activo de su propia historia. Esto es darle juicio de realidad, al darle la información verdadera de las cosas.

Bellack y Small (1970) esquematizaron a la psicoterapia breve en 6 rubros:

1. El problema que se presenta: La identificación del problema sirve de guía al terapeuta en su búsqueda a través de la historia de la vida y de la situación actual para llegar a los factores contribuyentes y posteriormente empezar a formular las posibles hipótesis sobre la etiología.
2. Reconstrucción de la historia. La tarea consiste en obtener datos que iluminen las experiencias personales del paciente y que permitan la formulación del diagnóstico.
3. Establecimiento de las relaciones causales: se debe establecer una pauta causal y reconocer las características generales de la psicopatología del paciente.
4. La elección de la intervención a adoptar. Al haber identificado las causas de los síntomas, el terapeuta se debe dedicar al anulación de las mismas; se considera una intervención primaria a la comunicación del paciente con el terapeuta, y secundaria a todas las medidas que pueda adoptar el terapeuta.
5. Elaboración del problema. Que consiste en haber aprendido nuevas formas de conducta y la extinción de las formas neuróticas de adaptación.
6. Terminación del tratamiento. Aquí es de gran ayuda el reforzar el aprendizaje que se ha logrado, ayudando al paciente a anticipar la posibilidad de problemas futuros, este tipo de anticipaciones suelen tener un efecto preventivo.

Para tener éxito en una psicoterapia breve se deben tener los conocimientos necesarios para ayudar al paciente y de igual forma los objetivos deben estar bien delimitados por la brevedad de tiempo. Wolberg (Cit por Rodríguez 1984) recalca los objetivos de la psicoterapia breve.

- El alivio de los síntomas.
- La restauración del nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad.
- Cierta comprensión de las fuerzas que precipitaron el trastorno.
- Reconocimiento de algunos de los problemas de personalidad que obstaculizan la mejor adaptación a la vida.
- Comprensión parcial del origen de estas circunstancias en experiencias pasadas.

- Cierta grado de advertencia de la relación entre los problemas de personalidad predominantes y la actual enfermedad.
- Comprensión de aquellas medidas que puedan remediar las presentes dificultades ante el medio.

IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA BREVE

Como ya se mencionó anteriormente es importante la existencia de psicoterapia breve debido a la numerosa cantidad de personas que cada vez más reconocen la imperiosa necesidad de recibir tratamiento psicológico. Small (1978) dice que la psicoterapia no está al alcance de la mayoría de la gente y que existe una gran falta de servicios de este tipo para pacientes de las clases socioeconómicas bajas; por lo tanto la psicoterapia breve puede ser la única opción para estas personas por que representa un menor costo económico (que una terapia a largo plazo) o bien suele ser gratuita en servicios como Saptel.

Por otra parte la psicoterapia breve tiene una importante utilidad preventiva, Small (1978, pág. 12) describe a esta técnica de la siguiente manera: "...las terapias breves desempeñan un papel preventivo, tanto para las situaciones menores como para las agudas y las crónicas; las crisis y las tensiones propias de la vida de la mayoría producen una demanda urgente de la intervención inmediata"... La ineludible amenaza de catástrofes imprevisibles exige medios de asistencia rápidos y efectivos; la psicoterapia breve es la única clase de tratamiento considerada efectiva por algunos profesionales en determinadas circunstancias, como por ejemplo que la intervención en crisis no haya sido suficiente para restablecer el equilibrio anterior a ella, o cuando el paciente no tiene la oportunidad de recurrir a una terapia cara a cara, a largo plazo, etc. ya sea por tiempo o costo del tratamiento entre otras posibles causas. Ciertos ambientes exigen la aplicación de psicoterapia breve debido a que en ellos no es posible contacto prolongado con el paciente, como en instituciones públicas, en provincia, en escuelas o instituciones de beneficencia.

LIMITACIONES DE LA PSICOTERAPIA BREVE

- No puede producir cambios en la estructura de la personalidad, aunque sí modificaciones dinámicas no despreciables y con expectativas de mejoría en situaciones particularmente de crisis.
- La psicoterapia breve fracasa cuando el terapeuta como su representate sostiene expectativas que el propio paciente estima poco realista, o cuando el paciente tiene expectativas mayores a las que ofrece la psicoterapia breve, como por ejemplo el resolver su adicción al alcohol.
- Se logra menor beneficio en pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos para los cuales se encuentra indicada una terapia a largo plazo y de tipo farmacológico.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

ANTECEDENTES

Los antecedentes de la intervención en crisis van de la mano con la psicoterapia breve, ya que es de esta corriente de donde surge. La teoría de la intervención en crisis comienza con los trabajos de Linderman (Cit. en Aguilera), quien en su experiencia al trabajar sobre las reacciones del dolor concluyó que sería beneficioso para la investigación y útil para el desarrollo de los esfuerzos preventivos si se construía un marco teórico conceptual en torno al concepto de crisis emocional; realizó un marco teórico de la intervención en las crisis que llevó posteriormente a otros autores a ir desarrollando métodos y técnicas de la disciplina.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Una crisis es un estado amenazante para el individuo en el que las habilidades anteriores para enfrentar las situaciones amenazantes le resultan insuficientes y por tanto la tolerancia a la frustración disminuye, pero al mismo tiempo es un oportunidad para crecer, ya que las personas en el momento de las crisis están en un estado de ambivalencia y al mismo tiempo abiertos a sugerencias por parte de otros individuos que pueden ayudarle a modificar su personalidad en el momento de la crisis, y más aún, el que el individuo adquiera nuevas herramientas para enfrentar situaciones amenazantes. Según Linderman (Cit. por Slaikeu 1988) nos dice que un individuo antes de las crisis se encuentra en un equilibrio psicológico, que puede balancear sin un gran desgaste de energía entre las tensiones internas y las presiones externas, manteniendo los patrones habituales de conducta dentro de la relación con su entorno, pero cuando enfrenta problemas que no puede resolver favorablemente o de la manera acostumbrada, entra en una situación crítica acerca de su solución final, esto es sumamente amenazante para sus seguridad psicológica.

Una crisis encierra un peligro potencial muy grande para la estructura de la personalidad del individuo. La gravedad de la primera depende del estilo de vida y carácter del individuo; calidad y naturaleza de situaciones previas con las cuales se ha confrontado; cantidad de apoyo que le es proporcionado y capacidad de la persona para responder a las situaciones críticas sin desintegración.

A grandes rasgos Slaikeu (1988) divide a las crisis en dos tipos:

1. Crisis circunstanciales: Son aquellas crisis que se presentan repentinamente en la vida de un individuo, se presentan como algo inesperado, se apoyan en algún factor ambiental, o sea externo al individuo como por ejemplo la pérdida de un ser querido, un desastre en el medio como sismos, incendios, etc.

2. Crisis en el desarrollo: Como su nombre lo indica tiene que ver directamente con el desarrollo del individuo, se trata del cambio de una etapa a otra y de las circunstancias que enfrenta en cada una de ellas. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas de crecimiento y cuando hay interferencia en su realización es probable una crisis.

El saber el tipo de crisis nos ayudará en su tratamiento de una persona, ya que algunas de las crisis que enfrenta son predecibles como por ejemplo las de desarrollo, así mismo es importante el conocer ciertos aspectos que se toman en este tipo de terapia.

Morley (Cit. Aguilera) recomienda algunas actitudes que son importantes complementos de las técnicas usadas en la intervención en crisis:

1. Es esencial que el terapeuta vea el trabajo que realiza no como algo remedial sino como el tratamiento indicado para las personas en crisis.
2. Para que la intervención sea efectiva se requiere de una evaluación precisa del problema presente, no un diagnóstico completo.
3. Tanto el terapeuta como el paciente deben tener presente a lo largo de las entrevistas que el tratamiento es rigurosamente de tiempo limitado y deben por lo tanto dirigir persistentemente sus energías hacia la resolución del problema expuesto.
4. El tratar material que no esté directamente relacionado con la crisis no tiene cabida en una intervención de este tipo.
5. El terapeuta debe estar dispuesto a asumir un rol activo y algunas veces directivo en la intervención.
6. Se estimula la máxima flexibilidad.
7. La meta que el terapeuta persigue es explícita. Toda su energía esta encaminada a conseguir que el individuo recupere por lo menos el nivel de funcionamiento existente antes de la crisis.

El objetivo de la intervención en crisis es la resolución de una crisis inmediata, centrándose en el presente genético, buscando el restablecimiento del individuo al nivel de funcionamiento anterior

a la crisis, o si es posible a un nivel de funcionamiento superior al anterior. El terapeuta debe asumir un rol más directivo y de participación activa, las técnicas empleadas son variadas y limitadas únicamente por la flexibilidad y la creatividad del terapeuta.

Según Caplan (Cit. en Small 1978) existen cuatro elementos importantes en las crisis:

1. Existe un incremento en la tensión, actividad y desorganización del individuo intentando resolver la situación utilizando las maniobras acostumbradas con la esperanza de retornar al punto de equilibrio.
2. Al fracasar utilizando los mecanismos normales de defensa la tensión y la desorganización aumentan.
3. El estado crítico fuerza al individuo a la utilización de recursos extras tanto internos como externos para intentar resolver el problema.
4. Y si el problema persiste, una mayor desorganización de la personalidad puede ocurrir, agregando la frustración.

Y de acuerdo a lo anterior en el individuo existen ciertas características que se encuentran en crisis y son importantes tomarlas en cuenta ya que estas son las que guían las técnicas que se deben emplear. Entre estas características se encuentra bajo campo de atención no considerando el contexto dentro del que ocurre el problema; una elevada angustia, así como descontrol interno y externo; búsqueda de ayuda debido a su incapacidad para enfrentar el problema, cambios en sus relaciones interpersonales, reducción de su ubicación dentro de la comunidad, y por lo general cuenta con una reserva de información probablemente útil para resolver el problema pero en su desorganización no es capaz de manejarla apropiadamente (Brockopp Cit. en Rodríguez 1984).

En cuanto a las técnicas que se utilizan en la intervención en crisis son diversas y estas son tomadas de diversas disciplinas relacionadas con la salud mental; como el psicoanálisis, el humanismo, la cognitivo conductual, etc. La flexibilidad en cuanto a usar estas juega un papel muy importante ya que el tiempo así lo requiere; esta flexibilidad debe ser mayor que en psicoterapia breve ya que la crisis y la desorganización de la persona así lo amerita. La

intervención en crisis es la primera ayuda psicológica que se realiza cuando la persona enfrenta una crisis y esta en desequilibrio

De acuerdo al modelo de Slaikou (1988) sobre intervención en crisis, divide a la misma en intervención en crisis de primer y segundo orden.

1. Intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica. Esto es la ayuda inmediata que se le da a la persona; proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. Para Slaikou (1988) esta ayuda la pueden y deben brindar las personas que observen primero la necesidad. Es una intervención breve tomándose desde algunos minutos hasta horas después de la crisis, dependiendo de la gravedad de la desorganización.
2. Intervención en crisis de segundo orden o terapia en crisis se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y dirige mejor la resolución de la crisis requiere de más habilidades y entrenamiento.

Slaikou (1988) señala los conceptos que se deben seguir en la intervención en crisis y son:

- **Hacer contacto psicológico:** En este primer contacto básicamente lo que se debe trabajar con el paciente es la empatía, que es escucharlo atentamente, reflejar hechos y sentimientos y comunicar interés hacia el paciente. El objetivo es hacer sentir al paciente escuchado y comprendido.
- **Examinar las dimensiones del problema:** Se estiman las dimensiones o parámetros del problema se investigan el pasado, presente y futuro inmediatos preguntando sobre cuales fueron las causas que lo llevaron a las crisis y en este momento que factores están involucrados en las crisis y las soluciones inmediatas que van a tomar. El aspecto de reunión de información tiene un valor terapéutico inmediato para el paciente y beneficia al ayudante en las etapas posteriores.
- **Explorar las soluciones posibles:** Se identifica un rango de alternativas de soluciones para necesidades inmediatas, se explora lo que puede hacer ahora, se estimulan otras alternativas.

- Ayudar a tomar una acción concreta: Involucra a ayudar a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis dependiendo de dos factores principales que son mortalidad y capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio. Si el riesgo de mortalidad es alta se recomienda una actitud más directiva y si es baja una actitud facilitadora.
- Seguimiento: Se especifica el procedimiento para el paciente y el ayudante debe darle seguimiento al caso cara a cara o por vía telefónica.
- La originalidad de la terapia en crisis consiste en el hecho de que todo lo que el terapeuta hace lo dirige a ayudar al paciente para tratar el impacto de suceso de crisis y durante el proceso de enfrentamiento en las crisis tiene que haber cuatro tareas principales que son: la supervivencia física, expresión de sentimientos relacionados con las crisis, un dominio cognoscitivo de la experiencia y adaptaciones conductuales/interpersonales requeridas para la vida futura.

VENTAJAS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

- Disminuyen el riesgo de problemas más severos de la personalidad e incluso el suicidio.
- Si al resolver las crisis se utilizan y movilizan recursos y fuerzas del individuo, el énfasis puede colocarse en los aspectos positivos de la personalidad sobre su habilidad para trabajar en ellos de forma constructiva, dándole la oportunidad a que haya un incremento en su autoestima.
- La intervención durante la crisis proporciona al individuo la posibilidad de verbalizar el problema enfrentándolo primero en este nivel y después en el conductual esto permite apreciarlo más objetivamente.

Como se describe en las páginas previas en cuanto a los fundamentos teóricos de ambas corrientes, podemos apreciar que por su flexibilidad en el uso de múltiples técnicas, se tiene una mayor oportunidad de ayudar a las personas que por diferentes razones no pueden acudir a una

terapia larga, o que atraviesan por alguna crisis y necesitan recobrar su equilibrio para adaptarse de la mejor manera a su entorno.

Es por esto que ambas corrientes son fundamentales en los servicios que presta Saptel: ya que gracias a estas se da una mejor atención a los distintos motivos de consulta que se pueden presentar en Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono

CAPITULO SEGUNDO

APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

Las grandes ciudades traen consigo cambios importantes que se dan con demasiada rapidez, como son: el desarrollo económico, la industrialización y la urbanización. Teniendo profundos efectos sobre la estructura de la comunidad, el funcionamiento de las familias y el bienestar psicológico de los individuos.

Siendo el caso particular de la Ciudad de México, la más grande del mundo, y teniendo en cuenta la crisis económica por la que está pasando, ésta no cuenta con la infraestructura necesaria para atender a toda la población en cuanto a atención psicológica y por esto adquiere importancia relevante el apoyo psicológico por teléfono, el cual ayuda al restablecimiento inmediato de los individuos y le da la capacidad para enfrentar las crisis y disminuir el estrés. Lewin (cit. en Small 1978), piensa que la propia aceptación general de las tensiones como elemento inseparable de la vida humana es índice de la necesidad de terapia breve.

APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

El teléfono a jugado un importante papel en la relación terapéutica ya que muchas veces es el primer enlace entre el terapeuta y su paciente y aparte de la relación personal existe la comunicación por vía telefónica entre ambos, por ejemplo cuando una u otra parte cancela la cita. También existe la posibilidad de que si en algún momento el paciente decae en su tratamiento y busca a su terapeuta vía telefónica se puede dar una sesión por este medio. Tiene un rol vital cuando

se trata de suicidio, algunas personas tan sólo con hablar de lo que los llevó a esa situación logran recobrar el estado inmediato anterior a la idea suicida.

Tomando dichas características con las que cuenta este medio en consideración. Se implementa un servicio de apoyo psicológico por teléfono debido a lo accesible de este, esto hace posible que cuando el individuo se encuentra en crisis, sea atendido sin tener que esperar hasta una determinada cita o hacer filas de espera, lo que implicaría pérdida de tiempo y dinero. Así mismo para dar servicio a aquellas personas que no puedan acudir a un servicio de persona a persona como son:

- Individuos de bajos recursos económicos que por tanto no puedan pagar a un terapeuta.
- Cualquier individuo que debido a su trabajo y a las grandes distancias que deberían recorrer habitualmente en esta ciudad, no pueden dedicar el tiempo que requiere el desplazarse a un servicio de salud mental en un momento de crisis.
- Personas cuyas necesidades de ayuda no requieren atenciones prolongadas según Kutafati J. y Tyler M. (cit. en Rodríguez 1984).
- Personas para quienes la situación de interrelación humana cara a cara es difícil o imposible.

La intervención psicológica por teléfono es única por su accesibilidad, la mayoría de la gente tiene teléfono y el costo por su uso es bajo, la accesibilidad es muy importante para los pacientes con emergencias, en especial para los suicidas o posibles homicidios. Se puede disponer de la consejería telefónica en cualquier momento. La asistencia está disponible con el tiempo de espera mínimo.

CARACTERÍSTICAS DEL APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

El apoyo psicológico por teléfono a diferencia de otro tipo de terapia cuenta con una sola herramienta, que es el discurso del paciente, es decir, solo un nivel sensorial; quedando fuera toda aquella comunicación del paciente que no es verbal. Y de igual modo el principal vehículo para

lograr el contacto con un paciente es la voz del terapeuta, que incluye lo que dice y como lo dice, el tono de la voz necesita ser calmado y alentador para que el paciente se sienta comprendido y aceptado especialmente cuando se trata de una verdadera crisis para el usuario (Cerañ 1989).

También existe el control por parte del paciente en cuanto a la sesión de apoyo, es decir, este decide en que momento la inicia y a veces en que momento la termina con el solo hecho de colgar el teléfono y a veces el de manejar la proximidad de las sesiones pueden ser hasta de 2 ó 3 al día especialmente en crisis y esto se controla parcialmente con respecto en la atención a determinado usuario por parte de su terapeuta de primer contacto.

Otra característica importante del apoyo psicológico por teléfono es la proximidad en tiempo en la redacción que se da la atención al paciente entre el evento o situación que despierta la emergencia o crisis; esta atención tarda en darse lo que se emplea en marcar un número telefónico, las personas disponen del servicio en cualquier momento ya sea noche, fin de semana o en un día festivo.

Este servicio también ayuda a romper barreras personales (por problemas físicos o de personalidad no acuden a una terapia cara a cara) y geográficas.

SURGIMIENTO DEL APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

El teléfono desde su invención ha sido usado principalmente para librar grandes distancias y poder comunicarse, es un valioso medio de comunicación debido a su accesibilidad. Por esto es de vital importancia en cualquier centro de afluencia humana como son industrias, escuelas, hospitales, oficinas, etc. Es por esto que la mayoría de los encargados de la salud lo utilizan inclusive para recetar por medio de él.

Surge ya como un apoyo e intervención por teléfono en los años cincuentas en donde incursiona la psiquiatría comunitaria. Los primeros centros se dedicaban a prevenir el suicidio, esto fue en los sesentas, pero poco a poco fueron cambiando a un enfoque de intervención dirigido a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis (Slaiken 1988).

Los centros actualmente se han ido incrementando, sobre todo en aquellos países más desarrollados como en Europa. En España existe un programa llamado "Teléfono de la Esperanza (Novedades 1993), y en los países menos desarrollados como los de América Latina ya hay planes para iniciarlo, como en Colombia, Perú y Venezuela.

APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO EN MÉXICO

En México han existido varios centros en donde se ha hecho la intervención en crisis aunque no propiamente como un programa ya establecido y lamentablemente han desaparecido, como por ejemplo los servicios que daba el Hospital del Seguro Social de La Raza (Bustos 1989).

Actualmente dicha atención es cubierta por diferentes centros ya se a de forma gratuita o bien con un costo económico (independiente del costo del uso del teléfono).

- Entre los primeros se encuentran: Locatel, Telsida, Centros de Integración Juvenil, De Joven a Joven, y Saptel entre otros. Estos proporcionan información y canalización, intervención en crisis el mayor número de casos y sólo en el caso de Saptel se habla además implementar una psicoterapia breve.
- Como mencionamos arriba existen programas de apoyo psicológico por teléfono con un costo económico que van desde cuatro hasta ocho pesos el minuto, como son: Saptel S.A. de C.V., Contigo en la línea, En pos de ti, Estamos contigo. En cuanto a estos programas podemos decir que el costo que le ocasiona al individuo recibir la atención hace que sea menos probable que realice llamadas de seguimiento, por tanto se recomienda explorar la posibilidad de posteriores

llamadas; si se concluye que no lo hará de igual forma se recomienda y se canaliza a una terapia cara a cara que incluso le resultaría más accesible en cuanto al costo económico.

A continuación se presenta brevemente la historia de Saptel.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN MÉXICO

Un enorme porcentaje de la población queda desprotegido en lo que se refiere a servicios de salud mental que les permitan manejar su conflictiva psíquica, cuando no amerita hospitalización.

De igual forma cuando se trata de psicoterapia, la razón de ello estriba principalmente en el alto costo que representaría para el público usuario un servicio tan o por lo menos con una duración tan incierta, lo cual se aúna al hecho de que el producto que se obtiene la mayoría de las veces es intangible a primera vista. Debido a estas características es que todas las opciones de este tipo que brindan una ayuda eficaz, son privadas. El hueco existente hasta ahora con respecto a esta gran necesidad de la población ha sido cubierto, aunque no en forma satisfactoria, por esas mismas instituciones privadas.

El aspecto particular de la salud mental que cubre SAPTEL (Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono), a nivel de apoyo psicológico y no psiquiátrico, no es cubierta actualmente por ninguna instancia pública, ni gubernamental, ni paraestatal. Saptel es de servicio de atención directa a la comunidad, que coadyuva en la prevención y tratamiento de los padecimientos emocionales de nuestra sociedad.

Siendo así SAPTEL, aparece como opción única para comenzar a llenar el enorme vacío existente en México y muchas otras partes del mundo, en cuanto a la inaccesibilidad de los servicios de atención psicoterapéutica para personas que no cuentan con los recursos necesarios.

SAPTEL

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono es un servicio en el que se da pronta atención a problemas de depresión, angustia, suicidio, etc. teniendo como ventaja el que se da dicha atención en el momento mismo o minutos después de la emergencia psicológica en la persona. Es un servicio eficaz ya que para el usuario presenta un menor costo económico, sólo lo de una llamada telefónica; y físico en cuanto al tiempo de transporte y de largas filas para recibir el servicio. Contando con personal capacitado para dar la atención necesaria a todos aquellos usuarios que lo requieran, además de ser un excelente vínculo con instituciones que brinden servicio psicológico.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, vivió su primera etapa 48 hrs. después de los devastadores sismos en 1985 a partir de la propuesta del Dr. Federico Puente. Dicha propuesta fue aprobada brindando ayuda a alrededor de 700 personas. El servicio inició el 23 de septiembre y fue brindado por psicólogos titulados de cualquier área y estudiantes de posgrado con experiencia en clínica. El Servicio ubicado en la Facultad de Psicología contaba con 5 líneas directas las 24 hrs. del día y fue disminuyendo de acuerdo a la demanda. El servicio brindaba apoyo psicológico y canalización.

Se suspende en diciembre de este mismo año por falta de apoyo económico y a fin de evaluar los resultados.

SAPT

Nuevamente en 1987 el Dr. Puente convoca a pasantes que deseen prestar sus servicio social y/o tesis, y voluntarios. Se conforma un grupo de 28 personas dándoles capacitación previa acerca de:

- Los diferentes problemas de salud mental en sociedades modernas y urbanas
- Técnicas psicológicas para implementarse por teléfono
- Las cédulas de registro.

Dicha capacitación abarca un período de 18 meses.

Comenzando la segunda etapa del servicio (SAPT) el 1o. de julio de 1987, de lunes a viernes de 16 a 24 hrs. y sábados y domingos de 8 a 24 hrs. Se establece un seminario operativo los miércoles de 20 a 22:30 hrs. y el curso de capacitación los sábados de 8 a 10 hrs. y un seminario de supervisión de los casos clínicos de 10 a 12 hrs. impartido por 22 profesores de la Facultad de Psicología de la UNAM y algunos invitados.

El viernes 29 de julio de 1988 sin previo aviso se suspende el servicio por problemas administrativos. Luego de reuniones de sus integrantes el servicio se reanuda el 1o. de septiembre de este mismo año en las instalaciones del Comité Mexicano del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono fundado el 25 de marzo de este año y conformado por integrantes de la UNAM casi en su totalidad. El horario era de lunes a viernes de 8 a 20 hrs. no sufren modificación los seminarios de capacitación.

Luego de otro año de servicio se vuelve a suspender debido a compromisos adquiridos con anterioridad por el grupo de especialistas encargados de ejecutarlo. Durante esta segunda etapa fueron atendidas aproximadamente 4000 personas; de ellas una cuarta parte fueron referidas a diversos hospitales, instituciones y organismos no gubernamentales (Bustos 1989).

SAPTEL

La tercera etapa o definitiva de SAPTEL inicia sus actividades a partir del 12 de octubre de 1992 a la fecha; con un trabajo conjunto de la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial de la Salud Mental, cuenta además con el apoyo decidido de profesionistas y agrupaciones privadas que donan su tiempo de trabajo para brindar capacitación y

supervisión de casos a todos los terapeutas durante su labor, como son personas de la Sociedad Psicoanalítica de México de AMPIA. Psiquiatras y terapeutas con formación humanista.

Hasta aquí podemos diferenciar al sistema de apoyo psicológico por teléfono por la institución que lo respalda y por el nombre que lleva. en la primera etapa es llamado SAPT y ahora SAPTEL. ya que como programa sigue manteniendo sus mismas características. Aunque aquí cabría la pregunta si el éxito de un programa como este se ve afectado por la naturaleza de la institución que lo respalda, como sería una institución educativa enfocada a la salud mental o bien una institución médica enfocada a situaciones de emergencia.

También es importante recalcar que otra diferencia en las dos etapas es que en la primera la difusión fue mínima comparada con la segunda. En la primera se abarcó Gaceta Universitaria, periódico y radio principalmente en el programa "El Mundo de la Mujer", todo esto de manera esporádica (Bustos 1989) mientras que la difusión para SAPTEL ha abarcado prensa, radio, televisión, volantes, anuncios en el metro de forma continua.

JUSTIFICACIÓN PARA LA EXISTENCIA DE SAPTEL

La Organización Mundial de la Salud, se ha percatado de la alta prevalencia de los trastornos mentales, ha reportado que entre el 11 y el 46% de las personas que asisten a consulta con el médico general, presentan como problema principal desórdenes de tipo psicológico. Estos padecimientos, cuando son detectados en forma temprana y oportuna, tienen un buen pronóstico (Gaytán 1993). Cuando no ocurre así, se presentan complicaciones y secuelas que tienen un alto costo social, familiar o individual; y en este rubro situaciones extremas como el 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 el Ciudad de México se suicida una persona cada 25 hrs. El Distrito Federal, por sus características sociales, económicas, demográficas,

ecológicas, etc., parece ser un candidato ideal para provocar la aparición y desarrollo de padecimientos de tipo emocional. Si estos son atendidos en forma adecuada y con prontitud, se previenen o evitan problemas mayores.

SAPTEL EN LA CRUZ ROJA

La Cruz Roja Mexicana tiene una gran tradición de éxito en el tratamiento de la emergencias físicas, y pretende dar el gran paso de abarcar también las situaciones de crisis y emergencia psicológica. Se consideró que al reabrir el Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono con su auspicio, se obtiene al mismo tiempo la coordinación necesaria entre ambas partes, la médica y la psicológica, repercutiendo además en una mayor confianza y credibilidad para los usuarios del servicio (Gaytán 1993).

El inicio de las funciones de SAPTEL en las instalaciones de la Cruz Roja Mexicana coloca a nuestro país en el camino para alcanzar a aquellas naciones que otorgan un primerísimo lugar a la salud mental de sus habitantes.

La Cruz Roja Mexicana es un organismo autónomo que cuenta con un importante vínculo y apoyo del Gobierno de México, además es una institución financieramente saludable. Existe un convenio formal, entre Cruz Roja Mexicana y Federación Mundial de la Salud Mental, y otros entre esta última y diferentes universidades de nuestro país, con la finalidad de asegurar la continuidad de afluencia del personal una vez que este ha sido capacitado.

OBJETIVO DE SAPTEL

Es promover un mayor bienestar emocional en la población en general y de la mujer, así como en la parte de la comunidad con menos recursos económicos, en particular mediante el aumento en la

gama de servicios de salud mental y al mismo tiempo proveer la instancia que vincule a los usuarios con los servicios preexistentes (Gaytán 1993).

BENEFICIARIOS DE SAPTEL

Se prevé brindar un servicio de apoyo psicológico y emocional durante situaciones de emergencia y/o crisis en forma temprana, oportuna y efectiva para la población que lo requiere. Se pretende contar con un servicio de intervención que complemente los programas de servicios ya existentes. La población que se contempla inicialmente como susceptible de ser beneficiada con este servicio según Gaytán (1993) es la siguiente:

1. Personas de bajos recursos económicos que, por tanto, no puedan pagar un servicio psicoterapéutico similar, ya que este no existe actualmente como servicio público en México.
2. Principalmente mujeres que, independientemente de su nivel socioeconómico, se encuentren supeditadas económicamente o de otras formas a su pareja, a convenciones o patrones socioculturales, de tal forma que el SAPTEL se presenta como una alternativa conveniente, eficiente y satisfactoria para ellas. SAPTEL es un servicio en el que se busca ayudar a la mujer en su integración al desarrollo, aprovechando el hecho de que sea la mujer quien tradicionalmente acude y con frecuencia en busca de servicios psicológicos.
3. Además de personas de cualquier extracción social, edad o sexo que se encuentren en situación de crisis o emergencia emocional.
4. Con este servicio puede verse beneficiado también cualquier individuo que, debido a su trabajo y a las grandes distancias que deberían recorrer habitualmente en esta ciudad, no pueden dedicar el tiempo que requiere el desplazarse a un servicio de salud mental, en un momento de crisis o emergencia emocional.
5. Aquellos sujetos para quienes la relación de interacción humana cara a cara, es difícil o imposible y por tanto la distancia física y/o la posibilidad de anonimato asegurado son condiciones facilitadoras en la decisión de buscar ayuda psicológica, por lo tanto para la

conservación de dicho anonimato se recomienda no insistir en recabar los datos personales y si el dar su nombre se le dificulta se le pide algún seudónimo para dirigirse a él. En estos casos, el cable telefónico puede ser de hecho la única alternativa existente.

FUNCIONES DE SAPTEL.

Beneficia a la población actuando en cuatro niveles de intervención:

1. **Información:** Es una llave fácil de usar para cualquiera que busque información relacionada con servicios de salud mental, a cualquiera de los tres niveles de intervención (primario o preventivo; secundario o de tratamiento y terciario o de rehabilitación).
2. **Canalización y referencia:** Representa una alternativa viable y práctica para la canalización o enlace entre el usuario y el servicio especializado de salud mental.
3. **Apoyo Psicológico:** Es en sí mismo y en esencia un servicio de apoyo psicológico breve y de emergencia gratuito (el mismo costo que cualquier llamada telefónica) para la comunidad en general, en funcionamiento las 24 hrs. del día los 365 días del año.
4. **Psicoterapia breve:** Para muchas personas ésta representa la única posibilidad real de aproximación psicoterapéutica; esto implica que a través de este servicio, una porción de la población que se encuentra, hoy por hoy, fuera de la esfera de influencia de cualquier otro tipo de intervención parecida, podrá ser alcanzada y resultará por tanto beneficiada en su ámbito emocional.

INSUMOS DE SAPTEL.

El sistema se sostiene básicamente por 3 importantes fuentes:

- El Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe, de donde especialistas no remunerados aportan sus conocimientos y horas de trabajo para la selección, capacitación, supervisión y formación integral de psicoterapeutas dedicados a la atención de los usuarios.

- La Cruz Roja Mexicana aportando la infraestructura necesaria para el funcionamiento operativo de SAPTEL, actualmente contando con 4 cubículos, 4 líneas telefónicas (tres para la atención al público) las cuales dan servicio las 24 hrs. del día durante los 365 días del año. Además de facilitar el espacio conveniente (préstamo del auditorio) para reuniones de trabajo operativo y administrativo de SAPTEL.
- Recursos humanos. Las llamadas son atendidas por pasantes de psicología de diversas universidades, ya sean voluntarios, prestadores de Servicio social y/o prácticas profesionales; los cuales reciben capacitación y supervisión permanente. Además de todos los asesores de casos y maestros que ayudan en lo académico y administrativo.

ORGANIZACIÓN DE SAPTEL

Las personas que atienden en el sistema son pasantes a las que se les da un curso de capacitación de tres meses, de 4 hrs cada sesión, los viernes. Donde se selecciona a los integrantes, acabando este curso ya contestan los teléfonos pidiendo como mínimo dos guardias a voluntarios y prácticas profesionales y 3 para servicio social. Los horarios de las guardias se establecen así:

01 -- 7:00 a 11:00 hrs.

02 -- 11:00 a 15:00 hrs.

03 -- 15:00 a 19:00 hrs.

04 -- 19:00 a 23:00 hrs.

05 -- 23:00 a 7:00 hrs.

También existe la capacitación teórico práctica o fase de servicio, en donde los terapeutas se reúnen con algún maestro experto para discutir el manejo técnico de casos tratados en SAPTEL, éste se lleva a cabo los viernes de 16:00 a 20:00 hrs. Así mismo cada terapeuta debe de llevar una supervisión de casos en pequeños grupos que suelen realizarse en los consultorios particulares de los supervisores una vez a la semana. También se sugiere la incorporación voluntaria en algunos de

los diversos comités de actividades administrativas, los cuales son: Comité de archivo, de directorio, profesores, periódico mural, difusión, asistencia, estadística, papelería, auditorio, limpieza.

INFLUENCIAS TEÓRICAS

Como se ve las teorías de la psicoterapia breve y de la intervención en crisis aportan muchos principios para un servicio como el que proporciona Saptel.

Este servicio aspira a dar una ayuda psicológica con características lo más parecidas a una terapia en vivo, para dar una mejor atención a las personas, aún con la desventaja de que no es una terapia cara a cara. Por tanto en Saptel se sigue un modelo básico al cual han de apegarse todos los asesores telefónicos pero a la vez debe ser lo suficientemente flexible como para adaptarse prioritariamente a cada caso en particular.

El modelo que ofrece Saptel se puede catalogar en cinco fases, De acuerdo a Gaytán (1995):

1. Consiste en las dos primeras llamadas en las cuales se da la intervención en crisis, en donde la misma tiende a acelerar el proceso normal de recuperación del equilibrio homeostático.
2. Cuando se considera que el apoyo que ofrece Saptel, no es el más adecuado para el usuario se le canaliza a alguna institución donde se considera será atendido de una mejor manera.
3. Cuando después de las dos primeras llamadas es necesario continuar la atención se implementa una psicoterapia breve.
4. Algunas veces la atención en Saptel no se queda en solo una psicoterapia breve, sino que llega a tener una terapia más formal, debido a circunstancias propias del caso, como sería solicitud expresada por parte del usuario o imposibilidad real para asistir a una psicoterapia cara a cara. Ante este tipo de situaciones se recomienda que el asesor telefónico lleve una supervisión más constante.

Se considera necesario al finalizar la intervención el pactar llamadas de seguimiento, ya que esto ayudara de retroalimentación al sujeto y al sistema.

Al iniciar la atención ante una primera llamada, los pasos recomendables a seguir son:

- **Determinar la naturaleza de la llamada:** Esto significa investigar el tipo de llamada que es, puesto que suele ser sólo de información y/o canalización, o bien tratarse de una situación en crisis.
- **Motivo de consulta manifiesto:** En donde se le permite al individuo exponer su problemática o la situación en la que se encuentra.
- **Investigar tratamientos terapéuticos anteriores o actuales,** ya que esto nos permitirá tener mayor información del usuario, así como saber si es pertinente nuestra intervención, esto es porque no se puede atender a una persona que en la actualidad este en otro tipo de terapia psicológica, ya que esto invalidara su atención. Otra alternativa ante esta situación es el de corroborar que por el momento existe inaccesibilidad al terapeuta por parte del usuario y en estos momentos en verdad está atravesando por una crisis y esto hace necesaria una intervención por parte de Saptel.
- **Realizar la ficha de identificación:** El saber el perfil sociodemográfico del individuo, nos ayudara a tener un mayor conocimiento del mismo y por tanto una mejor intervención
- **El hacer una revisión de los signos y síntomas que presenta el sujeto,** así como llevar acabo un examen mental, nos va ayudar a tener una sintomatología y una impresión diagnóstica del sujeto que nos van a facilitar el hacer una mejor planeación de la intervención.

El abarcar los anteriores pasos toma importancia, porque ayudan a una mejor intervención, así como a llenar la cédula de registro, pero esto es sólo de acuerdo al tipo de llamada ya que algunas veces nos es imposible el recabar información incluso de su ficha de identificación, porque en el momento en que hace la llamada el individuo se encuentra en una crisis mayor que hace que lo prioritario sea escucharle así como bajarle ansiedad.

En cuanto a las técnicas de la teoría de la psicoterapia breve y la intervención en crisis que se utilizan en Saptel son variables de acuerdo a la situación en la que se encuentre el individuo, pero en general mencionaremos algunas de las más importantes:

- Empatía. Ante todo se trata de realizar una buena empatía para que el sujeto se pueda desahogar y continúe la llamada.
- Por medio de la recabación de información se trata de que el individuo poco a poco vaya organizando su situación.
- Se trata en todo momento de ir manejando el contacto con la realidad en cuanto a la situación que esta viviendo
- En general se manejan más técnicas también de acuerdo a la corriente hacia donde este orientado el asesor telefónico.

Cuando el desequilibrio es provocado principalmente por sucesos ocurridos en el mundo externo del sujeto, De acuerdo a Gaytán (1995) la técnica de intervención en crisis consiste en:

- Determinar el grado de desequilibrio causado por el evento perturbador externo.
- Auxiliar transitoriamente en el ejercicio de las funciones trastornadas o perdidas (técnica de auxiliar del Yo).
- Buscar otras funciones que el sujeto puede utilizar como "herramientas" para restituir las funciones disminuidas.
- Contribuir con el restablecimiento del equilibrio perdido teniendo como meta el alcanzar al menos un estado igual al existente antes de que se presentara la urgencia.

Cuando el desequilibrio está íntimamente relacionado con procesos del mundo interno del sujeto, De acuerdo a Gaytán (1995) la técnica utilizada en estos casos es:

- Determinar el tipo de impulso con el que lidia el sujeto (libidinal o agresivo).

- Detectar el tipo y la eficacia de los mecanismos de defensa a los que recurre en sus intentos de solución del conflicto, una forma de averiguar esto es pedirle al sujeto que relate aquella experiencias previas con las que asocia el acontecimiento actual.
- Reforzar u optimizar el funcionamiento de estos mecanismos de defensa con la finalidad de restablecer un estado igual al existente antes de que se presentara la crisis

De igual forma es de mucha ayuda el detectar fuentes de angustia con la finalidad de reducir el monto total de la misma.

CAPITULO TERCERO

LA CIUDAD DE MÉXICO

En el presente capítulo se intenta describir la situación sociodemográfica de la Ciudad de México puesto que es aquí en donde se implementa el servicio de Apoyo Psicológico por teléfono (Saptel), y creemos que es importante el conocer más acerca de esta población, ya que este en su mayoría es la que hace uso de este servicio, y como se sabe las posibles conflictivas emocionales que pueda presentar un individuo están influidos en gran parte por su entorno social.

La Ciudad de México es la capital del país, una urbe y metrópoli, constituida por una gran conglomeración de habitantes, cuya vida diaria está íntimamente relacionada con otras poblaciones que viven como sus satélites, es decir, no sólo comprende una entidad federativa sino estratos de estados de la república, de tal forma, que los servicios y derechos requeridos por los habitantes de la Ciudad son diversos.

El vivir en lugares reducidos y con la gran cantidad de estímulos estresantes da lugar a que se cree desequilibrio en las personas tanto en su salud física como psicológica. Y si a esto se le añade el deterioro económico en el que vive la mayoría de la población y la escasez en los servicios que presta el gobierno dicho desequilibrio es aún mayor, por que se ha visto que la crisis económica es uno de los principales factores que influyen en la desestabilización de una persona o grupo, creando repercusiones que dañan en conjunto a la sociedad como son la delincuencia y corrupción entre otros.

De acuerdo a los datos del INEGI para 1990 la población en toda la República Mexicana fue de 8.1 millones a lo que se esperaba que tuviera un crecimiento anual del 2% aproximadamente, esto sería

normal por el vasto territorio con que cuenta el país, pero lo grave del caso es que la mayoría de la población se concentra en las ciudades, debida tal vez a que en el campo la vida es más difícil y no satisface muchas necesidades como son educación, medios recreativos, trabajo, etc. por tanto se ven en la necesidad de emigrar a las grandes ciudades en busca de una mejor calidad de vida. Entre las Ciudades más pobladas del país están Monterrey y Guadalajara, pero el caso más grave lo enfrenta la Ciudad de México, debido a que se encuentra verdaderamente sobrepoblada ya que ésta absorbe el 51% de las migraciones (El Financiero 1991), dicha sobrepoblación es un problema que día a día se agrava más a pesar de los esfuerzos por frenar su aceleración y esta situación hace que los habitantes de la Ciudad se vean cada vez más expuestos a las tensiones provocadas por su diario vivir en la ciudad de tal forma que tienen como consecuencia alteraciones emocionales.

En cuanto a los servicios públicos que deberían de existir en la Ciudad de México como luz, agua, drenaje, alumbrado, pavimentación, etc. estos son muy escasos, porque si bien es cierto que en el centro de la Ciudad si existen la mayoría de estos, no lo es así en las áreas conurbadas a la Ciudad, en las que la escasez de los servicios es más alta creando entre la población mayor malestar además de posibles focos de infección, ya se sabe que en aquellos lugares donde existe una mayor pobreza y un mínimo en servicios salubres se crean un mayor número de enfermedades como infecciones gastrointestinales entre muchas otras. Otro tipo de enfermedad inevitable en estas zonas es la desnutrición esta afecta a un buen número de la población mexicana y aún más en la infantil debido principalmente al bajo poder adquisitivo en los alimentos básicos. Entre los servicios públicos los más importantes para la población serían el abastecimiento de agua pura y el servicio de drenaje. El primero es muy escaso en áreas conurbadas a la Ciudad incluso se da el caso que llega a faltar el agua por periodos muy largos que para la población resultan molestos por las consecuencias que acarrea, como enfermedades de tipo gastrointestinal, infecciosas, etc.; pero también viene a provocar en todos frustración. En cuanto al servicio de drenaje, el problema es el mismo puesto que al no existir éste todos los desechos quedan al aire libre causando molestias y enfermedades. Según Monroy (1992) en la zona metropolitana de la Ciudad de México un millón duscientos mil personas

carecen del sistema de drenaje sanitario; y de los tres millones ciento veinte mil que viven asentados, noventa y tres mil seiscientos veinte no cuentan con agua entubada y cuarenta y siete mil de ellos no cuentan con energía eléctrica, estas deficiencias afectan directamente a las delegaciones periféricas del D.F. y a la mayor parte de los municipios conurbados. Para el autor no existen esperanzas de que dicho déficit disminuya debido a que el D.F. tiene un crecimiento anual de 1% , mientras que los municipios conurbados registran tasas de crecimiento poblacional hasta del 13%.

Otro importante problema de la población de la Ciudad de México es el transporte público, debido a que la demanda de este es muy fuerte por la misma sobrepoblación de la Ciudad y a las enormes distancias que tienen que cubrir los individuos para trasladarse a su trabajo, escuela, servicios de salud, etc. Estas distancias se deben principalmente a que personas del estado de México, por ejemplo Coacalco, Satélite, Aragón, no encuentran dichas actividades en su lugar de origen y por tanto las buscan en el Centro de la Ciudad y si a este recorrido se le añade la deficiencia en el transporte público federal, entonces se crean molestias al pagar otro tipo de transporte más caro o un recorrido que dura más tiempo; si desde 1993 el parque vehicular del transporte público federal era obsoleto en un 50% (Rojas, 1993), entonces se esperaba que para 1995 la deficiencia en dicho servicio haya aumentado por la crisis económica por la que atraviesa el país y la corrupción de las instituciones.

La contaminación de la Ciudad de México es otro grave problema que día a día tiene que enfrentar su población, además de que últimamente ha sido un problema que va en vertiginoso aumento, según Martín (1991) la contaminación en el D.F. aumento en una década el 150%. Las causas de la contaminación son varias, pero las principales son la sobrepoblación de la Ciudad y por tanto el aumento de vehículos que diariamente circulan por la ella. También la existencia de fábricas altamente contaminantes, aunque estos negociaron con el gobierno para modernizar su planta productiva, ni la mitad de ellas lo han hecho (Hernández y Ballinas 1992). Otra causa importante

son los cientos de fábricas clandestinas que operan disfrazadas en casas o residencias (Rodríguez 1992). Las consecuencias que cobra la contaminación son altas ya que no solo están las de tipo emocional sino las físicas, entre las que se encuentran principalmente las de tipo respiratorio, según la Secretaría de Salubridad (La Jornada 1992) se ha elevado el número de padecimientos respiratorios en la Ciudad de México por el aumento en el nivel de contaminantes. Muchas de las medidas adoptadas por las autoridades han tenido un resultado muy pobre en el combate a la contaminación, se han limitado a pretender atacar el efecto inmediato más que sus causas de raíz y algunas de estas medidas han sido utilizadas por algunas personas como medio para obtener beneficios.

En cuanto a la delincuencia Rivera (1992) nos reporta que aproximadamente 5,000 bandas juveniles tiene su campo de acción en el D.F. y municipios conurbados del Estado de México los cuales según el autor buscan su identidad y una manera de expresión. Pero no sólo estas bandas juveniles son las causantes de los actos delictivos que ocurren en la Ciudad de México, también los cometen personas desempleadas o personas que ambicionan una mejor calidad de vida que los salarios actuales no proporcionan. En la Ciudad de México se comete un delito cada 4 minutos según Arroyo (1992). Entre los que destacan robos de autos, robos de casas habitación comercios y transeúntes, lesionados intencionalmente y homicidios pero a estos se les tiene que agregar todo aquel delito que no es denunciado ante las autoridades, sin olvidarnos que muchas veces autoridades corruptas los cometen o los encubre.

Como se menciona arriba la calidad de vida en la Ciudad de México se ha disminuido debido a la crisis económica por la que está atravesando el país, el número de empleos es bajo y por el contrario va aumentando cada día más, aparte de que los salarios están entre los más bajos, siendo así la Ciudad de México la que ocupa el primer lugar entre otras 48 ciudades del mundo con los salarios más bajos (El Universal 1993).

Y las consecuencias que esto trae entre la población son grandes pues disminuye su poder adquisitivo y se ve en la necesidad de renunciar a situaciones tales como la educación, la recreación, la atención médica, entre otros por ocupar el gasto necesario para las mismas en alimentación.

Según el Centro de Estudios Educativos A. C. (El Nacional 1992) de cada 100 niños que inician la primaria 23 de ellos desertan, 37 reprueban y se reinscriben y sólo el 37 la terminan, esto tiene diferentes causas, una de las principales es lo económico, ya que muchos de estos niños no pueden continuar por el costo que representa ya sea por el gasto que hacen sus padres o bien por el ingreso que no perciben para poder contribuir con el ingreso familiar, de tal forma que son forzados a trabajar en la calle, expuestos a situaciones peligrosas.

Otro de los aspectos a los que la situación económica hace renunciar a la población es a los servicios de salud, por que aquellas instituciones que son públicas tiene una gran demanda y por tanto las personas que requieren sus servicios tiene que hacer largas filas de espera, realizar grandes recorridos por la inexistencia de los mismas cerca de su hogar y perder uno a más días de trabajo. En cuanto a los servicios de salud mental, la renuncia es grande ya que representan un alto costo para la población, quien no tiene la posibilidad de pagarlo y al igual que en otro tipo de servicios de salud si acuden a instituciones públicas la espera es muy larga y el servicio es deficiente. Es por esto que los servicios de salud de intervención comunitaria tienen una gran demanda, pero es necesario que para que los pacientes sigan adelante necesitan contar con apoyo económico y social.

MODERNIDAD EN MÉXICO

Es cierto que al inicio de este decenio se habló de los cambios positivos que se iban dando en cuanto a la economía en México, pero la verdad es que la gran mayoría de la población ha quedado marginada de los beneficios del desarrollo nacional y del incremento en riqueza generada a pesar de

haber participado activamente en su creación, esto es que los principales protagonistas del proceso de producción de una mayor riqueza han sido marginados en cuanto a su participación en el reparto de la misma. La riqueza y la pobreza han avanzado de la mano. Sin siquiera mencionar la devaluación y crisis iniciada en 1995. Según Rojas (1993) México es actualmente uno de los países más pobres del mundo, el 94% de su población vive en la pobreza y de estos el 30.1% lo hacen en la extrema pobreza. La pobreza se centra en la ausencia de satisfactores apropiados para cubrir un mínimo de ciertas necesidades llamadas básicas, entre ellas una alimentación adecuada, acceso a los servicios de salud, vivienda, vestido y calzado y transporte público. Por lo que respecto a las características de la extrema pobreza esta se ubica en aquellas personas que tienen un ingreso total mínimo que aun cuando fuera destinado en su totalidad a la alimentación no les permitiría satisfacer sus requerimientos nutricionales.

Según Luis Lozano (cit. Por Rojas 1993) director del estudio "Magnitud de la Pobreza en México" los cambios que han sufrido las condiciones económicas de los trabajadores son producto del proceso de modernización que impulsa el gobierno imponiendo a trabajadores un incremento en la jornada laboral con metos de un salario mínimo, de esta manera se ve la disminución en la calidad de vida de la mayoría de la población mexicana. Como se revisó en la Ciudad de México existe una gran carencia de satisfactores puesto que la situación económica del país hace que cada vez se vea más reducido el poder adquisitivo de la población. Así mismo la sobrepoblación provoca consecuencias graves que se vuelven un círculo de *causas y consecuencias* que afectan la vida de su habitantes. Un ejemplo concreto es la contaminación. Por tanto, creemos que todos estos factores provocan en el individuo estrés y frustración, sentimientos que sumados a sus características personales hacen que el individuo llegue a presentar problemas emocionales de mayor magnitud que lo afecten directamente y que en ocasiones busque deshago descargando su agresión en él mismo o en terceros de diversas formas.

Es por esto que al implementar un servicio como el que presta Saptel en la Ciudad de México se busca el dar apoyo a este tipo de problemas, así mismo el servir como enlace y dar información con otras instituciones en donde se les apoya de una forma más directa.

CAPITULO CUATRO

MOTIVO DE CONSULTA

En el presente capítulo damos una definición de motivo de consulta debido a que es una parte fundamental de la presente investigación. Además de que se da una descripción breve de los diferentes motivos de consulta que se presentan en el Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono.

Motivo de Consulta, es la descripción de la causa fundamental que impulsa al individuo a la acción determinada de pedir ayuda a un profesional de la salud mental en un momento dado, como ejemplos de motivo de consulta tenemos la depresión, angustia, etc.

En Psicoterapia se toma en cuenta el motivo expresado verbalmente por el paciente, por lo regular el motivo no manifiesto se deja para una terapia a largo plazo, como el psicoanálisis.

De acuerdo a Gaitán (1993) para clasificar en Saptel el motivo de consulta hay que tomar en cuenta el motivo de consulta manifiesto, la verbalización del usuario y el tipo de consulta, siendo este clasificado según el mismo Gaitán (pág. 25) de la siguiente manera:

- A emergencia psicológica
- B crisis emocional

La emergencia psicológica la define 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 deterioro en la capacidad del individuo para enfrentarlos, por lo 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, etc. Así mismo (idem.) define a la crisis emocional como "una respuesta sistémica del individuo a un desequilibrio psicodinámico íntimamente relacionado con procesos del mundo interno inconsciente del sujeto".

En Saptel han existido hasta la fecha cuatro diferentes listados de los motivos de consulta (anexo 1) que se toman en cuenta en la cédula de registro (anexo 2).

Dichos listados han variado pensando en una más completa y al mismo tiempo sencilla forma de clasificar tales motivos para poder ser anotados, cuantificados, etc.

MOTIVOS DE CONSULTA

1. PROBLEMAS DE RELACIONES INTERPERSONALES

- 1.1.1 Problemas resultado de la interacción y/o situaciones con familiares (no pareja)
- 1.2.1 Problemas de separación o divorcio con la pareja
- 1.2.2 Problema de infidelidad
- 1.2.3 Problemas en la sexualidad con la pareja
- 1.2.4 Otro tipo de problemas con la pareja
- 1.3.1 Problemas resultado de enfermedad física o mental de algún familiar (no pareja)
- 1.3.2 Problemas resultado de enfermedad física y/o mental de la pareja
- 1.4 Deficiencia en el repertorio de interacción social
- 1.5 Otro tipo de problema en las relaciones interpersonales. Especificar.

2. SITUACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA SEXUALIDAD

- 2.1 Problemas relacionados con la fertilidad, incluyendo aborto.
- 2.2 Miedo al contagio y/o presencia de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo SIDA
- 2.3 Disfunciones psicosexuales (impotencia, vaginismo, pérdida de la erección, etc.)
- 2.4.1 Homosexualidad.
- 2.4.2 Otras neosexualidades (voyeurismo, fetichismo, paidofilia, exhibicionismo,

masturbación al teléfono, relaciones sexuales con más e una pareja, participación en orgías, etc.) Especificar.

- 2.5 Problemas asociados con el incesto, incluyendo intentos de violación, abuso o molestia sexual intrafamiliar.
- 2.6 Violación, intentos de violación, molestias sexual proveniente de extrañas.
- 2.7 Promiscuidad. (Cuando, en la búsqueda de satisfacción sexual, el sujeto se involucra con 3 o más parejas de coito, sin alcanzar de todos modos la satisfacción anhelada).
- 2.8 Otras formas de mal manejo de la sexualidad. Especificar.

3. SITUACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA AGRESIÓN

- 3.1.1 Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia sí mismo.
- 3.1.2 Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia la pareja.
- 3.1.3 Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los padres.
- 3.1.4 Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los hijos.
- 3.1.5 Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia otros familiares.
- 3.1.6 Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia objetos externos.
Especificar.
- 3.2 Ideas o impulsos homicidas. Especificar
- 3.3 Otras formas de mal manejo de la agresión. Especificar.

4. SINTOMATOLOGIA FRECUENTEMENTE ASOCIADA A LA DEPRESIÓN

- 4.1 Problemas asociados con el ciclo del dormir
- 4.2 Trastornos en la alimentación
- 4.3 Sentimiento de soledad
- 4.4 Sentimiento de abandono
- 4.5 Tristeza o ánimo deprimido
- 4.6 Sentimientos de autodevaluación
- 4.7.1 Ideación suicida.
- 4.7.2 Ideación suicida.

- 4.7.3 Planeación suicida.
- 4.7.4 Amenaza suicida.
- 4.7.5 Suicidio en proceso
 - .X= Número de intentos previos
 - .Y= Número de pseudo-intentos previos.
 - .Z= No existen intentos previos
- 4.8 Otros síntomas o situaciones relacionados con depresión, como pérdidas y procesos de duelo, formaciones maníacas, etc. Especificar.

5. ADICCIONES

- 5.1.1 Problemas asociados con el consumo de alcohol del usuario
- 5.1.2 Problemas asociados con el consumo de alcohol de la pareja
- 5.1.3 Problemas asociados con el consumo de alcohol de otro familiar (no pareja)
- 5.1.4 Problemas asociados con el consumo de alcohol de otra persona cercana.
Espe.
- 5.2 Problemas asociados al consumo de tabaco
- 5.3 Problemas asociados al consumo de medicamentos
- 5.4.1 Problemas asociados a otras adicciones. Especificar

6. PROBLEMAS FUERTEMENTE RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD

- 6.1 Temores específicos, incluyendo fobias y cuasi-fobias
- 6.2 Problemas asociados con pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo-compulsivo
- 6.3 Problemas relacionados con el funcionamiento del organismo y/o con enfermedades físicas
 - 6.4.1 Miedo a la muerte propia
 - 6.4.2 Miedo a la muerte de alguien cercano
 - 6.4.3 Miedo a la muerte de algún otro. Especificar.

VARIOS

- 7.1 Problemas escolares
- 7.2 Problemas laborales y/o económicos
- 7.3 Síntomas y/o sospechas de psicosis propia o de alguien cercano
- 7.4 Otro motivo de consulta. Especificar.

A continuación describiremos tratando de ser breves los rubros anteriores y dando algunos lineamientos a seguir en cada caso en Saptel.

MOTIVOS DE CONSULTA

1. RELACIONES INTERPERSONALES

La interacción social desempeña un papel de vital importancia en la preservación del individuo, ya que este desde siempre ha vivido en grupo y los grupos se forman para satisfacer necesidades biológicas sociales y culturales de los mismos.

Cada persona desde que nace desarrolla una orientación hacia el establecimiento de relaciones sociales. Schutz (citado en Reidl 1989) menciona que para ello se observan en toda conducta interpersonal tres dimensiones principales:

1. Inclusión: Necesidad de interesarse en otros y de que se interesen en él.
2. Control: Necesidad de respetar a otros y de ser respetado por el hecho de poseer ciertas habilidades y/o capacidades.
3. Afecto: Necesidad de amar y de ser amado.

Las relaciones que los individuos entablan son importantes por el hecho de que vive en sociedad y esto es desde el momento de su nacimiento. La forma en que estas relaciones se lleven a cabo le producen bienestar o malestar, sobre todo en la esfera emocional. El ejercicio de las mismas se realizan en campos de sus actividades privadas y públicas; las primeras se refieren a las más cercanas como la familia, y las segundas a relaciones más lejanas como vecinos, compañeros de trabajo, etc.

1.1 La interacción familiar (no pareja).

La familia es la microcélula que constituye a una comunidad, grupo o clase que conforman una sociedad. Las interacciones del individuo en el núcleo familiar son importantes, ya que es aquí donde se moldean sus conductas futuras. Así mismo, se ha visto que las primeras etapas en la vida de un individuo y la forma en como estas se dan tienen trascendental importancia.

Cada integrante de la familia desempeña un rol y de acuerdo a este tiene ciertas funciones y demandas que cumplir, formándose así la estructura familiar, si dicha estructura cambia el individuo debe ser capaz de adaptarse a ello.

Minuchin (1985) menciona que la principal función de la familia es dar a sus miembros un principio de identidad, de pertenecer a una familia, que se mantiene a través de los diversos acontecimientos de la vida, pero que deben permitir la individualización y autonomía de sus integrantes. Si por algún motivo las funciones son alteradas esto traerá consigo en los participantes trastornos como son angustia, enojo, frustración, etc., que de no solucionarse pueden agravarse y llevar hasta la desintegración familiar.

En nuestra sociedad existen tres tipos de familia que son más comunes:

1. Familias nucleares: aquellas en las que conviven en el mismo hogar el padre, la madre y los hijos.
2. Familias extendidas: aquellas en las que conviven los anteriores y más familiares como abuelos, tíos, primos, etc.
3. Familias atípicas: aquellas en las que se encuentran ausente uno o ambos progenitores.

Según Díaz Guerrero (1991) el mexicano solo e independiente se siente inseguro y es por esto que toma relevante importancia para él la familia, ya que ésta lo provee de seguridad, amor, respeto, ayuda y obligaciones. Y de acuerdo a este autor la estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos principios:

1. La supremacía indiscutible del padre.

2. El autosacrificio necesario y absoluto de la madre.

Para esto la educación de los dos sexos es muy diferente desde el nacimiento. Ya casados o unidos el hombre debe trabajar para proveer y sólo demanda ser obedecido por todos y que no se discuta su autoridad, la esposa obedece, se priva de sus ideales y debe servirle a su marido como lo hizo su mamá con su papá. Así la mujer mexicana entra a la abnegación y la negación de sus necesidades y deseos, educando a los hijos con estos mismos principios.

Desde este punto de vista de los roles dentro de la familia mexicana se puede llegar a la conclusión que muchos conflictos que provocan neurosis en el mexicano son conflictos internos. Para la mujer es aún más difícil puesto que se le hacen tremendas demandas que las premisas culturales exigen y su inhabilidad de vivir de acuerdo con ellas le producen sentimientos de menor valía con todo lo que esto implicaría.

En México la cultura ha sido en gran medida transmitida por dichos y moralejas que se llegan a seguir como reales para convivir, sobre todo dentro de la familia; es por esto que de generación en generación se siguen transmitiendo las reglas que deben seguir (Díaz Guerrero 1991). Aunque el hecho de tener información contracultural como en la escuela, libros, tv, cine, etc., hace que se pueda reducir la influencia socio cultural aprendida en la familia, de este modo sobre todo la mujer busca nuevas alternativas y no someterse a la abnegación en el matrimonio. Pero esto se da sólo en ciertos sectores de la población, mientras la gran mayoría de nivel socioeconómico bajo que no contaron con la oportunidad de poder desarrollarse profesionalmente, siguen manteniendo la misma cultura que se les transmitió, o bien, también aquellas que son profesionistas y/o tienen un mayor desarrollo por el miedo a cambiar, siguen manteniendo la misma cultura y esto es reflejado por la gran cantidad de personas que sufren de violencia intrafamiliar.

Los especialistas del C.A.V.I. (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar), señalan que el maltrato y los golpes son algunos de los puntos que constituyen la violencia intrafamiliar y las secuelas que quedan en un individuo que la ha vivido se dan desde el ámbito personal hasta el social. También existe el maltrato psicológico que consiste en la constante desvalorización y el abandono. Por otro lado el CAVI reporta que el 89% de las víctimas que sufren violencia intrafamiliar son mujeres y el tipo de maltrato que sufren es fundamentalmente conyugal; los agresores generalmente son hombres entre 20 y 40 años, de un estrato medio bajo y la mayor

parte de ellos viene de un hogar en donde se ha practicado la violencia en forma rutinaria o de familias desintegradas (El Nacional 5-X-92). De tal forma que esto concuerda con Díaz Guerrero (1991) que habla de la influencia cultural en los hijos por parte de los miembros de una familia que tratan de continuar con las mismas reglas que se les transmitieron.

Cuando las relaciones familiares están dañadas generalmente se presentan problemas como son: alcoholismo, agresión, problemas de aprendizaje, frustración, etc. Y en la mayoría de los casos las personas involucradas no los conciben como consecuencia de las malas relaciones familiares y por tanto no toman las medidas adecuadas para atacar el núcleo del mal, y al seguir vigente este, hace que la problemática sea mayor formándose una cadena de problemas, encontrando como última salida la desintegración del núcleo familiar.

En la población en general existe poca información acerca de como abordar los problemas familiares y que hacer en momentos o situaciones de crisis. Saptel brinda apoyo en situaciones de este tipo en primera instancia al individuo que habla y posteriormente promoviendo en él la atención a la familia en lugares destinados para ello como son, el CAVI, DIF y centros de terapia familiar.

Se clasifica este motivo de consulta en el momento en que se detecta que dichas relaciones están dañadas y que afectan a toda la esfera familiar. De tal forma que se excluyen problemas donde los involucrados son exclusivamente la pareja ya que este sería otro motivo de consulta.

1.2 Relación de pareja

Una pareja es aquella organización social constituida por dos personas generalmente de sexo opuesto, que satisfacen mutuamente sus necesidades intrapersonales, diada en la que existe atracción interpersonal y afecto mutuo producto del establecimiento de una unión sentimental (Crano 1982)

La pareja a lo largo de su vida pasa por diversas etapas, Levinson (cit. por López 1993) propone 6 etapas evolutivas que son:

- A. Selección de la pareja, basada en la atracción y enamoramiento.

- B. Transición y adaptación temprana: En esta etapa el principal reto es la adaptación del uno al otro y a un nuevo estilo de vida.
- C. Reafirmación como pareja y paternidad. Existen nuevas responsabilidades lo que los lleva a cambiar su estilo de vida. Habitualmente finaliza el establecimiento de reglas y queda establecido el manejo del poder y de acuerdo a esto se pueden catalogar tres tipos de relación
 1. Relación simétrica: los cónyuges tienen esencialmente los mismos derechos y obligaciones.
 2. Relación complementaria: uno de los miembros es el que predomina y manda, y el otro es el que obedece y se somete. Esta relación provoca menos competencia en el matrimonio; sin embargo, puede generarse una gran carga de enojo y resentimiento por parte de aquel que se somete y obedece, siendo generalmente la mujer.
 3. Relación paralela. La pareja alterna entre las relaciones simétrica y complementaria.
- D. Diferenciación y realización. Se inicia cuando ya no hay dudas acerca de la elección de la pareja y ambos logran un mayor desarrollo.
- E. Estabilización. Etapa que generalmente ocurre entre los 45 y 50 años. Empieza la independencia de los hijos y la evaluación de logros y aspiraciones que cada uno se plantea para el matrimonio, esperando con ello llegar a la estabilización.
- F. Enfrentamiento con la vejez, soledad y muerte. Una forma común de vivirla es la que se da en función de la angustia y de la necesidad de apoyo y afecto que requiere un compañero del otro.

La duración de cada etapa es variable y esto es dependiendo de la pareja.

El bienestar que produce el tener una buena relación con la pareja es importante para la satisfacción y desarrollo personal y de este modo poder funcionar mejor en todas las áreas, de lo contrario puede alterar otras funciones, además de producir sentimientos de frustración.

Existe una gran cantidad de factores que hacen posible que la dinámica de la convivencia de la pareja se lleve a cabo en forma saludable. Entre dichos factores se encuentra la comunicación, la expresión afectiva, intereses en común, etc. Según Noriega (1981) el matrimonio es un acto dramático en el que dos personas se unen y se redefinen ellos mismos y al mundo, cada familia

constituye su propio mundo, con sus propios controles y su comunicación. Por lo tanto, lo que resulta crítico no es lo que sucede en el matrimonio sino cómo la pareja enfrenta o define lo que ocurre, de tal forma que lo importante es cómo la pareja está percibiendo su relación y lo que ocurre en ella. Un constructo que evalúa esta situación es denominado satisfacción marital, que es una evaluación del matrimonio en términos de cumplimiento de expectativas en aspectos como son:

1. El manejo de las finanzas.
2. Las actividades sociales de la pareja.
3. La forma en que el esposo (a) realiza las tareas del hogar.
4. La compañía en el matrimonio.
5. La interacción sexual.
6. Las relaciones con los hijos.

Cuando en una relación de pareja existen factores diferentes a los mencionados con la satisfacción marital producen en el individuo estados de estrés que pueden llevar a problemas más fuertes no sólo para el individuo sino para las personas cercanas.

Como se ha mencionado es importante tener una buena relación de pareja para que las personas experimenten bienestar en su esfera emocional. Desafortunadamente en nuestra sociedad es muy generalizada el tipo de pareja complementaria, debido tal vez a las premisas socioculturales y por estas mismas es poco frecuente que esta recurra a profesionales de la salud para resolver sus diferencias y/o encontrar otra forma de abordarla. Es aquí como en muchos otros momentos que Saptel cobra importancia al proporcionar un apoyo psicológico, sobre todo a la mujer que sin necesidad de salir de su hogar cuenta con él. Y aunque en Saptel no se da terapia de pareja se apoya fuertemente en esta problemática, sensibilizando para que se acuda a la terapia mencionada e informando acerca de lugares en que se proporciona accesiblemente.

1.2.1 Problemas relacionados con separación y/o divorcio

El divorcio es considerado la fase final de un matrimonio que ha fracasado y en el cual se rompe una relación entre dos personas que aparentemente se amaban y que en la mayor parte de los casos tienen hijos. Este puede ser voluntario y/o necesario, dependiendo de si ambos cónyuges desean obtenerlo o de si sólo uno de ellos toma la iniciativa.

Pero al igual que existe este tipo de separación o ruptura en forma legal, existen aquellas separaciones en que el matrimonio aun sigue viviendo junto. Esta separación es un estado en el que los cónyuges permanecen juntos, pero están emocionalmente separados el uno del otro. Continúan juntos no por amor sino por necesidades económicas, deber hacia los hijos, dependencia personal, temor a la soledad o simplemente porque no tiene otra parte a donde ir y por sus valores religiosos y/o culturales. También existen aquellas separaciones en las que la pareja ya no viven juntos, pero no han realizado el divorcio en lo que concierne a lo legal, tal vez debido al costo económico que requiere; y a que se concibe como un estigma, un tabú, puesto que los valores culturales y religiosos promulgan y obligan a la unión familiar, aun cuando sólo sea en apariencia.

El divorcio es considerado muchas veces como algo negativo debido a repercusiones de esta misma índole. sin embargo, también puede ser algo positivo para la pareja ya que viene a ser el alivio a un matrimonio en que las situaciones de conflicto resultan insostenibles.

El enfrentarse a una situación de divorcio para un individuo resulta difícil, puesto que la mayoría de las veces es vivido como una pérdida, además de que los problemas directamente relacionados con el divorcio son diversos y pueden afectar no solo a la familia misma sino también a la comunidad, como es el caso de la delincuencia que en su mayoría es provocada por desintegración o problemas familiares. Por esto es importante la atención a personas que atraviesan por una separación o divorcio y ayudarles a elaborar su duelo, puesto que solo así asimilarn la pérdida y ésta no afectará en mayor grado al individuo y a las personas cercanas a este.

Hay que tomar en cuenta que a Saptel hablan personas que están atravesando por dicho conflicto, el de la separación, pero que no necesariamente estuvieron casadas con la pareja, es decir, puede ser con un novio, un amante.

Saptel en estos momentos apoya a la persona que habla en dicha elaboración, considerando las etapas de duelo que sufre un individuo ante la pérdida del objeto amado y de esta forma apoyarlo en su nueva vida que lleva desde la separación.

1.2.2 Problemas de Infidelidad.

La infidelidad es aquel acto en que un miembro de la pareja mantiene relaciones afectivas y/o sexuales con otra persona ajena a la relación. En nuestra cultura la infidelidad no es bien vista, pero es aún más castigada si es llevada a cabo por la mujer.

Muchas veces el que se presente la infidelidad en una pareja nos habla de todos aquellos problemas que ya se presentaban en esta y bienen a desembocar en la infidelidad.

La infidelidad esta directamente relacionada con problemas emocionales, como son sentimientos de abandono y minusvalía para aquel miembro que padece la infidelidad, este puede ser un resultado entreo otros de los problemas de relación en la pareja en todas sus dimensiones que pueden llevar al divorcio y al fin de la relación con todo lo que esto conllevaría.

En Saptel cuando se presenta este motivo de consulta se debe enfocar primeramente a darle apoyo psicológico a la persona, enfocado a darle una fuente de desahogo a todos los sentimientos que experimenta.

Así mismo se evalúa que tan real es el esta infidelidad por que en algunas ocasiones e trata sólo de sospechas, se trabaja de igual forma en estos casos, se recomienda una terapia individual para esta persona de tal forma que se trata de hacerla sentir mejor y salvar las relaciones con otros miembros de la familia.

1.2.3 Problemas en la sexualidad de la pareja.

Siendo la sexualidad una parte importante, inherente a la relación de una pareja, la satisfacción o insatisfacción que experimenten los miembros de la misma en cuanto a esta es determinante en los otros aspectos que integran una relación.

Los problemas que se pueden presentar van desde aquellas disfunciones sexuales que se explicarán más ampliamente en otro inciso, hasta la desintegración de la pareja entre otros. En nuestra cultura este motivo de consulta por lo regular no es presentado como tal, por lo misma

connotación social y la desinformación del tema, hacen que no se le de el valor real y sea oculto creyendo que los problemas que afectan a la pareja son por otra causa.

Por lo anterior en Saptel es importante el promover la comunicación en la pareja después de que ha sido evaluado este motivo como causante de la problemática emocional por la que atraviesa la pareja o un miembro de ellos e inmediatamente que ha sido asimilado este como tal mediante el apoyo psicológico se promueva la asistencia a un tratamiento adecuado en la pareja, o si es necesario para los dos miembros ya que no es sólo una causa, y muchas veces sólo con la colaboración de la pareja se puede encontrar la solución.

1.3.1 Problemas relacionados con la enfermedad de algún familiar.

Dentro de este apartado se clasifican a todos aquellos motivos de consulta que tienen que ver directamente con la enfermedad física o mental de algún familiar.

Una enfermedad física se entiende como aquella que afecta al individuo, existiendo una evidencia orgánica de la falla en el funcionamiento del organismo, como por ejemplo cáncer. Pero también puede tratarse de alguna enfermedad mental, que haya sido diagnosticada como tal o que sólo presente síntomas en el individuo que la padece, rompiendo el equilibrio anterior a ellas que la familia guardaba.

En la mayoría de los casos cuando se presenta este motivo de consulta la persona se siente angustiada o con grado mayor de ansiedad o bien en casos graves cae en una fuerte depresión, deteniendo su funcionamiento. Esto también puede darse a nivel familiar.

La intervención de Saptel es apoyar a la persona que está llamando, tratando de bajar su nivel de angustia y de ese modo buscar una mejor organización y toma de decisiones en el problema, así mismo, se le invita para que motive a la persona enferma a hablar a Saptel, obteniendo un doble beneficio, tanto para el que habla inicialmente como para el afectado directamente por la enfermedad y dando orientación de los lugares a los que puede acudir para ser atendido.

1.3.2 Problemas resultado de enfermedad física o mental de la pareja.

Generalmente las personas gozan de buena salud entre los 20 y los 40 años, con cambios muy ligeros hasta los 50 años, decayendo la agudeza de los sentidos generalmante. Siendo entonces que las afecciones crónicas como artritis, reumatismo, problemas cardiacos, hipertensión, deterioro de la espina dorsal, etc. aparezcan después (Papalia 1988). Aunque no se descarta la posibilidad de que se presente cualquier enfermedad antes de este tiempo. También hay que tomar en cuenta las enfermedades mentales.

Al igual que el apartado anterior la parsona que habla se encuentra presionada, angustiada, ansiosa y/o hasta deprimida por la enfermedad física o mental de una persona de su familia, pero en este caso el de la pareja son mucho más intensos los sentimientos de las personas ya que si ante otras situaciones el apoyo se lo daba precisamente la pareja, en estos momentos carece de él, teniendo una carga emocional mucho mayor.

Ante esta situación podrían estar más acentuados los sentimientos de la persona que habla a Saptel. Hay que tomar en cuenta la relación mantenida por la pareja hasta el momento anterior a la enfermedad, para poder comprender la situación emocional de la persona que habla a Saptel. Y aún cuando esta no haya sido buena en momentos anteriores a aquella, cuando se presenta tal enfermedad es muy probable que la persona que habla a Saptel se sienta totalmente responsable por la salud del enfermo, debido a que en algún momento tuvo un grado de relación especial con dicha persona.

1.4 El Repertorio de interacción social

A las relaciones humanas corresponde lo concerniente al trato y las relaciones que se dan entre las personas, son por ende el producto de la conducta de una persona frente a otra o ante un grupo en una situación ambiental .

La satisfacción que obtiene en cualquier relación que establezca una persona depende de diferentes factores, como el significado de la otra persona y la situación en sí y de que esta relación se desarrolle de la mejor forma. Y para que esto se lleve a cabo es necesario contar con un repertorio de interacción social.

Por repertorio de interacción social se entienden todas aquellas conductas manifiestas que se hacen presentes en una relación social tales como el lenguaje, la postura, los movimientos, etc. Y por deficiencias en el mismo se entiende que la persona sea incapaz de sostener dichas relaciones a lo que a veces reportan los individuos como problemas de timidez de vergüenza, de ansiedad, etc.

Crea importancia el repertorio con el que cuente una persona para relacionarse ya que de este depende que simpatice o no con los demás y por tanto le traiga gratificación y éxito en todas las esferas de su vida, o bien de lo contrario se va creando en la persona sentimientos de minusvalía que de no controlarse pueden ir en aumento incluso llegar a estados depresivos.

Puesto que cuando se presenta este motivo de consulta en la persona generalmente ya existe el problema de baja autoestima, es este el primer aspecto con el que se trabaja en Sapitel, así mismo se le sugieren técnicas conductuales para tratar de que se mejoren sus relaciones interpersonales entre otras.

2. SEXUALIDAD

2.1 Problemas asociados con la fertilidad, incluyendo aborto

FERTILIDAD

La fertilidad es la capacidad del hombre y/o la mujer de procrearse, cuando no sucede esto hablamos de infertilidad o esterilidad. Las causas de esta incapacidad son múltiples, pueden estar relacionadas con la edad, deficiencias físicas, inmunidad espermática a una pareja específica, problemas de farmacodependencia y emocionales.

Dentro de la vida de la pareja la capacidad de procrear cobra mucha importancia debido al valor social y personal que se le da, se piensa en los hijos como la esperanza humana, la perpetuación de la propia existencia.

La esterilidad puede llegar a trastornar el equilibrio psíquico en la vida de las personas, primero de forma individual y luego como pareja. Además de otras consecuencias como son la frustración, el desencanto, las relaciones familiares y sociales. Cangnon (1980) afirma que la carencia de los hijos reduce las posibilidades de la pareja de relacionarse y la conduce a una relación muy limitada, a lo que se suma un distanciamiento por un sentimiento inconsciente de incapacidad, percibiendo de la sociedad mensajes que le recuerdan su deficiencia, interpretando esto con dolor. Muchas veces la pareja debido a su sentimiento de culpa busca por todos los medios tener un hijo, no importando el costo que pueda tener, y en muchos de los casos sin lograr el éxito, deteriorándose aun más la relación, pues a veces la esterilidad no es aceptada por alguno o ambos miembros, siendo en la sociedad mexicana generalmente el hombre el que no acepta este hecho responsabilizando exclusivamente a la mujer.

ABORTO

El aborto es la expulsión inducida o espontánea del útero del producto de la concepción antes de que halla alcanzado un punto de desarrollo suficiente para su supervivencia considerada de 28 semanas de gestación (Mccary 1983).

El aborto espontáneo está relacionado con los problemas de infertilidad, trayendo las consecuencias antes mencionadas, con un peso mayor para la mujer.

El aborto inducido, puesto que es procurado por la mujer son muchos los factores que propician su ejecución, como por ejemplo, falta de educación sexual, problemas socioeconómicos, laborales, emocionales y de salud. En nuestra sociedad esta práctica todavía no es aceptada, lo que la lleva a la clandestinidad e ilegalidad, y a que ese efectúe en condiciones insalubres y sin atención médica adecuada. Trayendo todo lo anterior como consecuencia problemas físicos como esterilidad, infecciones y en muchos casos hasta la muerte y por otro lado graves problemas

emocionales derivados del estigma social que este tiene. Entre los principales problemas emocionales existe un fuerte sentimiento de culpa que a su vez es la causa de otras patologías como la depresión, sentimiento de minusvalía, etc.

Como ya se mencionó anteriormente estas dos situaciones tienen una connotación negativa socialmente y por lo tanto las personas que atraviesan una situación tal a las que han pasado y no lo superaron presentan graves problemas emocionales sin encontrar un lugar en el cual puedan sentir apoyo y en caso de aborto no correr el riesgo de enfrentarse a una situación legal. En este caso es importante contar con un servicio con la característica del anonimato, como es Saptel, ya que las personas sienten más seguridad al hacer uso de este servicio. En Saptel se da apoyo emocional en esta problemática y además sirve como enlace hacia aquellas instituciones en las que se da una atención integral.

2.2 Contagio y/o presencia de enfermedades sexualmente transmitibles, incluyendo sida

Las enfermedades de transmisión sexual son infecciones que se contraen exclusivamente a través del contacto sexual. Antiguamente no se tenía cura para muchas de ellas, pero en la actualidad son vividas como una infección más sin tener mayor repercusión emocional y física si se atienden a tiempo. Dichas enfermedades como son la sífilis, gonorrea, chancroide, herpes, etc. Sin embargo entre ellos existe una enfermedad mortal causada por el virus de inmunodeficiencia adquirida llamada SIDA, dicho virus ataca el sistema inmunológico del organismo dejándolo desprotegido y a merced de cualquier enfermedad infecciosa. Esta enfermedad tiene el estigma social por se atribuida a prácticas homosexuales, promiscuas y por el miedo a un contagio por simple contacto, por esto las personas que padecen dicha enfermedad son rechazadas por la sociedad.

Los pacientes de SIDA pueden atravesar según Godínez (1994) por cuatro etapas que son:

1. Infección aguda y seroconversión. donde aunque ya se está infectado, los análisis clínicos resulta negativos.
2. Infección asintomática. Ya se detecta anticuerpos al VIH pero aun no se presentan los síntomas.
3. Linfadenopatía generalizada persistente o complejo relacionado al SIDA. Aparecen síntomas físicos y su capacidad para trabajar disminuye.
4. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Aquí ya está completamente declarada la enfermedad y pueden aparecer infecciones varias y tumores malignos, además de manifestaciones de lesiones a tejidos como los del Sistema Nervioso Central.

En cuanto a la esfera emocional Kübler (cit. por Buendía 1993) menciona cuatro estadios:

1. Negación de la enfermedad
2. Transición, donde se buscan culpables y aparece la autocompasión.
3. Aceptación de las limitaciones que la enfermedad les trae y comprenden que aun pueden realizar tareas
4. Preparación para la muerte, donde se terminan asuntos inconclusos como pedir perdón, etc.

Este tipo de pacientes durante el desarrollo de su enfermedad presentan diversos estados de crisis y acompañadas de ansiedad, depresión, sentimientos de culpa y graves alteraciones en sus relaciones sociales que los llevan a buscar ayuda inmediata que les es proporcionado por Saptel y generalmente después de aliviada la crisis son remitidos a Centros de Autoayuda como son Conasida y Telsida.

2.3 Disfunciones sexuales (impotencia, vaginismo, etc.)

Una disfunción es un trastorno o alteración, en la relación sexual. Las disfunciones que se pueden presentar en el hombre son impotencia, la eyaculación precoz y tardía. En la mujer la frigidez, anorgasmia, ausencia de respuesta sexual, vaginismo y disparemia.

- **IMPOTENCIA:** Es la ausencia total o ausencia parcial de erección. Situación que imposibilita la penetración y por lo tanto el coito.
- **EYACULACION PRECOZ:** El orgasmo en el hombre tiene un componente biológico, que se manifiesta con la eyaculación del líquido seminal. La eyaculación precoz se refiere a que esta ocurre antes o durante la penetración. Se sabe que el hombre desde el punto de vista biológico puede eyacular en menos de 60 segundos, según la cultura en la que se encuentre esto sucede o no, es una desviación cuando en la propia del sujeto no es así.
Cuando el individuo padece de eyaculación precoz existe en él ansiedad, angustia que se percibe como peligro.
- **EYACULACION TARDIA:** En la eyaculación tardía, el hombre no llega a esta volviéndose el coito frustrante porque es doloroso para él debido a la inflamación en los testículos.
- **FRIGIDEZ:** Antiguamente se utilizaba el término frigidez cuando se refería a disfunciones sexuales en la mujer, debido a que causa confusión actualmente se sustituye por otros más precisos, que son la anorgasmia y la ausencia de respuesta sexual.
- **ANORGASMIA:** Esta se refiere como su nombre lo indica a la ausencia de orgasmos en la mujer en condiciones idóneas, como lo sería una pareja con buena erección o una relación sexual normal. Se puede clasificar en:
Anorgasmia primaria: nunca en su vida ha llegado a un orgasmo.
Anorgasmia secundaria: influye la depresión, angustia, medicamentos, problemas interpersonales, alcohol.
- **AUSENCIA DE RESPUESTA SEXUAL:** Esta ligada a la capacidad de las mujeres para obtener placer y responder ante estímulos sexuales.
- **VAGINISMO:** Se refiere a la contracción involuntaria de los músculos del canal vagina, no habiendo lubricación, que es la indicación de la excitación sexual, por lo que el canal vaginal está cerrado.

- **DIAPAUREMIA:** Se define como el dolor durante el coito. Pero también se refiere al dolor en algunas mujeres ante el intento de penetración, durante la penetración o durante el coito.

La presencia de este tipo de disfunciones es debida a multiples factores, pero el de más peso es el cultural; es muy poco probable que sea el motivo de consulta manifiesto.

2.4.1 Homosexualidad

La homosexualidad se caracteriza por la atracción de una persona por otra del mismo sexo, cualquiera de ellos. Según Stor (1978) la homosexualidad masculina se presenta por lo general por la no identificación con el padre y por una relación en la que la madre es más seductora que afectuosa, aunque podrían haber otros factores de influencia en el desarrollo.

2.4.2 Neosexualidades (fetichismo, pedofilia, bisexualidad, etc.)

La clasificación del CIE-10 en cuanto a las desviaciones sexuales es la siguiente: Se divide en tres grandes rubros y coincide sólo en el segundo de ellos con la clasificación dada en el DSM-IV:

1. Transtornos de la identidad sexual

- Transexualismo
- Transvestismo no fetichista
- Transtorno de la identidad sexual en la infancia
- Otros transtornos de la identidad sexual
- Transtorno de la identidad sexual sin especificación

2. Transtornos de la inclinación sexual (En el DSM-IV se encuentran como Parafilias)

- Fetichismo
- Transvestismo fetichista
- Exhibicionismo

- Escoptofilia (voyeurismo)
- Paidofilia
- Sadomasoquismo
- Transtornos múltiples de la inclinación sexual
- Otros transtornos de la inclinación sexual
 - Froteurismo
 - Necrofilia
 - Bestialismo
 - Escatología telefónica

3. Transtornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexual

- Transtornos de la orientación sexual
- Transtornos de la maduración sexual
- Orientación sexual egodistónica
- Transtorno de la relación sexual
- Otros transtornos del desarrollo psicosexual
- Transtornos del desarrollo psicosexual sin especificar

A continuación se describen sólo algunas de dichas desviaciones debido a que son temas demasiado amplios para ser tratados a profundidad en el presente trabajo y se mencionan en el mismo por ser los más comunes presentados como motivos de consulta en Saptel:

1. Paidofilia: "Se trata de una preferencia sexual por los niños, normalmente de edad prepuberal o de la pubertad temprana" (CIE-10). Este transtorno se presenta raramente en personas del sexo femenino.

Se cree que este tipo de transtorno se presenta por complejos de inferioridad orgánica, que imposibilitan al sujeto a tener relaciones sexuales con adultos, lo que lo lleva a tenerlas con niños, por su inexperiencia e inocencia. Según Contreras (1984) estos pacientes se buscan a sí

mismos o pretenden revivir una escena de la sexualidad infantil en la que quedaron aparentemente fijados.

2. Transvestis: El sujeto que tiene esta desviación sexual se caracteriza principalmente por no estar de acuerdo con su sexo biológico, por lo que desea tener el opuesto.

El transvestismo fetichista consiste en llevar ropas del otro sexo, teniendo como objetivo principal el obtener excitación sexual (CIE-10).

El transvestismo no fetichista consiste en llevar ropas del sexo opuesto durante una parte de la propia existencia, a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto (idem.)

Generalmente este padecimiento es originado en las primeras etapas de la vida y en la mayoría de las veces por un medio ambiente hostil hacia su propio sexo.

3. Transtornos de la orientación sexual: "La orientación sexual no se considera un transtorno, se clasifica cuando las variaciones del desarrollo y la orientación sexual son problemáticas para el individuo" (idem.). Entre ellas se encuentra la homosexualidad y la bisexualidad.

La bisexualidad se caracteriza porque el individuo mantiene relaciones con personas de ambos sexos. Se resalta una ambivalencia del individuo a tener relaciones exclusivamente con personas del sexo opuesto.

4. Frotterismo: Según Storr (1975) esta desviación consiste en frotar los genitales contra una mujer, especialmente en aglomeraciones, no siendo siempre rechazados por las víctimas. Se caracterizan los sujetos que desempeñan este tipo de actividades por tener dificultad en entablar relaciones sexuales de tipo personal y por tanto la pareja tiene que ser pasiva y ocasional.

5. Escatología telefónica: Consiste en obtener satisfacción sexual a través del uso del teléfono, este se puede dar de diferentes formas, como por ejemplo, las llamadas obscenas e insultantes, hasta aquellas llamadas en las que aparentemente no existe intención sexual pero el sujeto la usa para masturbarse. Se cree que es debido a la incapacidad del individuo para relacionarse.

En general las Neosexualidades se presentan por cierta inmadurez emocional del individuo que las padece.

Como anteriormente se menciona existen muchas más que las descritas, pero por cuestión de espacio sólo se especifican las que aparentemente se presentan con mayor frecuencia en Saptel.

Por las mismas características de Saptel, es factible de ser utilizado por personas con la desviación de Escatología Telefónica, buscando obtener placer; aunque tal vez, inconscientemente están buscando una ayuda terapéutica para su problema, es importante por esto en este sistema estar alerta ante este tipo de llamadas, y que una vez que se ha identificado la situación se confronte al sujeto de tal forma de no fomentar la desviación, sino por lo contrario. En caso de que el sujeto llame compulsivamente, una vez reconocido se refiere a un solo terapeuta. También podría pensarse que hablan para pedir un control a sus impulsos, los cuales deben ser manejados más directivamente, como en el caso de la Paidofilia, mientras el sujeto hace uso de este sistema. Así mismo, es conveniente referirlo a aquellos lugares en donde se puede recibir una atención específica.

2.5 Problemas asociados con el incesto, incluyendo intentos de violación intrafamiliar.

El incesto "es un 'contacto sexual' entre miembros de la misma familia incluyendo no sólo el coito (violación) sino también la masturbación mutua, el contacto manual-genital u oral-genital, la manipulación sexual, el exhibicionismo y hasta las propocisiones sexuales (abuso sexual)" Finkelhor (1984).

Este tipo de problemas es comunmente presentado en la sociedad, pero se denuncia poco por la estigmatización que tiene y se presenta muy probablemente debido a los tabues con que se maneja la sexualidad, entre otros factores.

La forma más común del incesto es la que interviene un niño y un adulto pero puede ser que los dos participantes sean de la misma edad, o sean menores pero de distintas edades. Aunque también puede existir el incesto en que ambos sean adultos. Pero hay que hacer notar que la presencia de un niño es debido a su vulnerabilidad tanto física como psicológica (timidez, inseguridad, dependencia, excesiva obediencia, sumisión, miedo); es por esto que no necesariamente se utiliza la fuerza física, sino también engaños o la seducción; además de que la misma dinámica familiar puede que favorezca su presencia pudiendo ser que este sea el motivo de su escasa denuncia. Y de esta manera no se puede saber con certeza su frecuencia, aun cuando esta se lleve a cabo, se hace muy poco por evitarla.

En la víctimas del incesto pueden presentarse consecuencia a corto plazo de tipo físico como son desgarramientos, infecciones, etc. y de tipo psicológico como la culpa, miedo, depresión, frustración, trastornos del comportamiento, conducta agresiva, autodevaluación. Y de no recibir atención o ayuda en este momento se pueden presentar secuelas a largo plazo como desviaciones o perversiones sexuales (Trujano 1992).

Por otro lado los victimarios en general, aunque no necesariamente, son personas que no tienen buenas relaciones sociales, son introvertidos, aislados de las sociedad, tímidos, con baja autoestima, lo que propicia que las necesidades afectivas las satisfagan por medio del acto incestuoso y también en ellos se presenta como consecuencia el sentimiento del culpa.

Como se ve el problema del incesto trae graves consecuencias para quienes se ven involucrados en él, pero también para la comunidad por sus mismas secuelas a largo plazo. Por otro lado debido a la connotación que tiene ante la sociedad y al castigo que se infringe a quien la práctica (cuando es de ascendientes a descendientes) es muy raro que se busque ayuda de un profesional de la salud a menos de que exista la seguridad de no ser señalado o denunciado.

Cuando se presenta este motivo de consulta en Saptel y el que llama es la víctima o alguna persona que la quiera ayudar se realiza una evaluación del problema, tranquilizando al que llama, pero dependiendo de la situación se refiere a aquellos lugares en donde se puede dar una atención integral.

Si el que solicita apoyo psicológico es el agresor entre los puntos importantes es no dar juicios de valor, ya que para muchos de ellos Saptel puede ser su única opción por el anonimato.

2.6 Violación o intentos de violación por extraños.

La violación constituye la máxima expresión de la violencia sexual contra una persona y de acuerdo a la ley orgánica del D. F. de 1991 se considera violación cuando por medio de la violencia física o moral se realice cópula con una persona de cualquier sexo: entendiéndose por cópula la introducción del miembro viril u otro objeto en el cuerpo de la víctima, por vía vaginal, anal u oral.

Las causas para la violación no están determinadas, ni el perfil del violador, aunque muchos autores proponen características en común de los violadores como son el defenderse negando el hecho, diciendo que sí sucedió pero que fue con el consentimiento de la víctima, que fue un impulso sexual que no pudieron controlar. Existen varias investigaciones de la etiología de la violación, podemos resumir los resultados de estas con lo que afirma Hite (Cit. por Trujano 1992) a cerca de ello: " la mayoría de los hombres no violan por 'lujuria', sino movidos por sentimientos de cólera, de falta de autoestima, y por un deseo de afirmar su masculinidad o su dominación viril y de poner a la mujer en su sitio"; otros autores afirman que los violadores pueden ser alcohólicos, pasivo-dependientes, haber sufrido abuso sexual en la infancia. Sugarman y Hotaling (cit. por Trujano 1992 pag. 123) sostienen que "la exposición de un sujeto a modelos violentos en la familia de origen es un fuerte predictor para una conducta agresiva".

Como ya se mencionó la violación está considerada como una fuerte agresión hacia la víctima, la cual sufre de serias consecuencias que van desde la física como son desgarramientos, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, entre ellas SIDA, etc. Y a nivel emocional las consecuencias más frecuentes son tristeza, coraje, sentimientos de inferioridad, rasgos paranoides y sentimiento de culpa.

El apoyo que requieren las personas que han sufrido una violación, debe ser de forma integral en donde intervengan diferentes disciplinas como son la médica, la legal y la de salud mental, puesto que las consecuencias así lo requieren. Por tanto cuando hablan a Saptel dichas personas se realiza la intervención en crisis y se le remite a este tipo de instituciones en donde la atención será más adecuado como es el CAVI.

3. SITUACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA AGRESIÓN

DESCARGAS AGRESIVAS

Agresividad es una tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas en reales o fantasmáticas dirigidas a dañar a otro o destruirlo, contrariarlo a humillarlo etc. (Laplanch y Pontalis 1976) Por tanto, podemos decir que la agresión es un acto efectivo y la agresividad es una tendencia o una disposición.

De acuerdo a Rillaer (1978) el hombre nace con la capacidad de comportarse agresivamente al igual que otro gran número de posibilidades se dispone de dinamismos que influyen en cierta medida la conducta agresiva, pero la verdadera agresión en el hombre aparece siempre como respuesta a una situación conflictiva o frustradora. Es decir cuando se experimenta cierta frustración posteriormente puede llevar a una conducta agresiva.

La agresión y la agresividad son importantes desde el punto de vista de que consecuencias trae consigo hacia la persona que la vive y hacia aquel objeto hacia donde está dirigida la agresión así como para aquellas personas que están a su alrededor. Dichas consecuencias varían desde el daño a las relaciones interpersonales hasta el daño físico, aunque el daño físico no necesariamente es el daño mayor, ya que muchas veces el daño psicológico lo rebasa.

Una persona puede ser agresiva de diferentes formas de comportamiento como por ejemplo: el olvido, la negativa de ayuda, la falta de atención y amor, etc. Y de igual forma no todas las conductas que parezcan agresivas lo son ya que muchas veces hace falta cierta agresividad para obtener algo.

Para saber si el acto es agresivo o no de acuerdo a Rillaer (1978) se tienen que evaluar los siguientes aspectos:

- La intención
- Su origen
- Su configuración, su estructura inteligible
- Su contexto con los demás fenómenos de la vida psíquica

La agresión se considera como una fuerza básica e inherente del hombre, la cual es necesaria para la supervivencia y esta puede ser manejada en forma positiva o negativa y está no siempre es manifiesta ya que puede existir como el contenido de un sueño o una fantasía. Puede dirigirse al objeto que se percibe como causante de la frustración o puede ser desplazado hacia una fuente completamente inocente o aun contra el yo. El blanco de la agresión puede ser tanto inanimado como animado.

- Culposo: cuando previniéndose la muerte existe la esperanza de que no se produzca, están incluida toda aquella conducta negligente imprudente o inexperta.

- Preterintencional: consiste en que cuando queriendo causar un daño menor que la muerte se le

causa está habiéndola previsto con la esperanza de que no se produciría.

Muchas veces la agresión representa un problema para aquellas personas que la padecen y no así para quien la produce, quien la toma como algo caracterológico de su personalidad y sin "darse cuenta" provoca daño a las personas cercanas a él como podría ser angustia, miedo, frustración etc. En tanto las consecuencias que puede traer esto van desde una mala relación interpersonal, el fracaso en la misma o bien la agresión física.

En Saptel es primordial cuando se clasifica este motivo de consulta tomando en cuenta hacia quien va dirigida la agresión

HOMICIDIO

El homicidio es catalogado como el grado último de una violencia física, ya que el fin último es privar de la vida a otra persona o personas. El código penal mexicano establece que comete delito el que priva de la vida a otro.

De acuerdo a Castro (1991) el homicidio se define como: doloso, culposo y preterintencional.

- **Doloso:** consiste en la voluntad consciente de matar una persona, cuando se quiere o se acepta la muerte de otro, abarcando aquí tanto el dolo directo como el eventual.
- **Culposo:** cuando previéndose la muerte existe la esperanza de que no se produzca, está incluida toda aquella conducta negligente imprudente o inexperta.
- **Preterintencional:** consiste en que cuando queriendo causar un daño menor que la muerte se causa esta habiéndola previsto con la esperanza de que no se produciría.

La sociedad ve como un daño grave el cometer un homicidio el cual atañe al orden social , ya que produce consecuencias severas tanto a aquel al que se le priva de la vida como a sus familiares y al entorno social donde se encuentra.

Entre las consecuencias tenemos las económicas como son aquellos gastos para los familiares de la víctima o para los del victimario. Entre los sociales está la inseguridad y la desconfianza para seguir viviendo en esa zona donde se produjo el homicidio y entre las psicológicas están todas aquellas consecuencias a nivel emocional que produce un homicidio como son coraje, ira miedo, etc. En resumen las consecuencias que trae consigo un hecho como un homicidio son muchas que en conjunto pueden producir un daño mayor.

Entre las causas para producir un homicidio son multifactoriales , entre ellas podemos citar las siguientes: por pertenecer a un grupo, por conseguir una identidad, por una ideología, por obtener mayor riqueza, por sobrevivir, por frustración por ira, falta del control de los impulsos etc. Son muchas las causas que hacen que se produzca un homicidio, pero en general el homicidio busca solucionar un conflicto mediante la muerte de su víctima, sin importar la continuidad de la vida deshecha.

El apoyo psicológico que da Saptel ante estos tipos de motivos de consulta es más directivo, puesto que está en juego la integridad física de otra personas o del mismo individuo, aunque se sabe que al buscar ayuda o atención es porque finalmente inconsciente o conscientemente buscan un medio externo para controlarse , o bien, una aprobación en sus actos; por lo que al hacer uso de este tipo de servicio todavía no están lo suficientemente seguros para llevar acabo los mismos, Es importante que el usuario se desahogue con la finalidad de darle un espacio donde pueda expresar libremente sus sentimientos sin necesidad de actuarlos.

Es importante examinar la situación por si ya se llevo acabo la agresión fisica y hay posibilidad de mandar otros medios de auxilio para que intervengan directamente como seria una ambulancia.

4. SINTOMATOLOGIA FRECUENTEMENTE ASOSICADA A LA DEPRESION

La depresión está clasificada tanto en el DSM-IV como en el CIE-10 dentro de los transtornos del humor (afectivos).

La depresión es un estado afectivo que va acompañado de diferentes signos y síntomas entre los cuales destacan los siguientes:

1. Disminución de la atención y concentración
2. Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
3. Ideas de culpa y de ser inútil
4. Perspectiva sombría del futuro
5. Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión
6. Transtornos del sueño
7. Pérdida del apetito
8. Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas
9. Disminución de la vitalidad, que lleva a la reducción del nivel de actividad y cansancio exagerado

Los síntomas anteriores pueden variar según si se considera la depresión como leve, moderada o severa. Se clasifica como esta última, cuando existe una carga de angustia por la pérdida de la autoestima y el sentimiento de inutilidad y el individuo está entonces en riesgo de llegar al suicidio.

La depresión puede presentarse por causas diversas, pero se pueden dividir en dos grandes rubros, causas internas y causas externas. Hablamos de internas cuando éstas se presentan debido a procesos biológicos (depresión endógena), no hay una causa aparente.

Cuando hablamos de causas externas nos referimos a aquellas que provienen del mundo externo del individuo (depresión exógena), como por ejemplo las pérdidas de un ser querido, situaciones desfavorables, el no lograr metas propuestas, pérdida de algún miembro físico y/o capacidades, enfermedad.

Cuando la depresión es debida a la pérdida del objeto amado (muerte-separación), se habla de que la persona entra a un proceso de duelo, y el que éste no se resuelva en forma adecuada provoca el aislamiento afectivo, en el que el individuo niega el afecto por pérdida.

Las etapas por las que tiene que pasar una persona para resolver favorablemente el duelo son (Slaikou 1988):

1. Negación y aislamiento. Se presenta un choque emocional con insomnio, pérdida del apetito, fatiga, inquietud o apatía, llanto y descompensación o agravamiento de las enfermedades preexistentes. La realidad de la pérdida puede no ser aceptada, es incluso negada.
2. Ira o enojo. Existen sentimientos de envidia y resentimiento. El paciente se da cuenta de que en verdad le está ocurriendo y se pregunta de porqué a él.
3. Pacto. Demuestra un interés por buscar otra salida. Existe la culpabilidad.
4. Depresión. Tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz.
5. Aceptación o adaptación. Enfrenta la pérdida ya sin sentimientos de ira o de culpa.

En ocasiones cuando algunas personas no logran pasar por tales etapas y resolver el duelo favorablemente aparentan una adaptación positiva ante los demás, no mostrando sus sentimientos. Debido a esto en ocasiones que se presentan acontecimientos, aniversarios, etc. y

el sujeto recuerda su pérdida vuelve a vivir la depresión. La aparente adaptación positiva es realmente una depresión enmascarada, cuyo componente afectivo ante el medio está escondido o negado. También puede estar enmascarada por otros síntomas como la irritabilidad, el consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas (CIE-10).

La depresión es un padecimiento importante por las consecuencias que conlleva tanto personal, familiar y social. Entre las personales están el aislamiento, pérdida de capacidades, malestares físicos, hasta llegar al suicidio. En la esfera familiar y social, además de que repercute lo anterior, también afecta el que individuo trate de influir en las personas que le rodean para que le devuelvan su autoestima y le den su ayuda, cuando no es así responde con enojo y agresión.

También es importante tener en cuenta que la depresión puede presentarse en cualquier edad, sexo, profesión, posición social, debido a sus causas multifactoriales.

Los subíndices de este apartado tienen que ver con los síntomas más frecuentes en la depresión y es según el número de ellos que se presente que se clasifica la depresión como leve, moderada o severa.

4.1 Problemas asociados con el ciclo del dormir.

Cuando hablamos de problemas asociados al ciclo del dormir relacionados directamente con la depresión, nos referimos a que al sujeto se le dificulta conciliar el sueño o mantenerlo, esto es, se despierta durante la noche o mucho antes de su hora habitual; o variablemente duerme demasiado, tratando de evadir el dolor. Pero esto únicamente sucede durante el periodo de crisis y no está relacionado con otro tipo de enfermedad como son las parasomnias, hipersomnias, etc.

4.2 Transtornos en la alimentación.

Como ya se mencionó anteriormente dentro del cuadro depresivo se dan alteraciones en el apetito, como son la pérdida del mismo o aumento, dichos síntomas se deben diferenciar de otro tipo de enfermedad como la bulimia y la anorexia.

4.3 Sentimiento de soledad.

La persona que atraviesa por un cuadro depresivo se siente impotente en su capacidad de entablar y conservar relaciones afectivas, lo que hace que se vaya aislando de las personas.

4.4 Sentimiento de abandono.

En el subíndice anterior mencionamos que el sujeto que atraviesa por un cuadro depresivo se aísla de los demás, esperando que el medio le satisfaga sus demandas, pero que paradójicamente muchas veces no hace, y si aquello no es así sufre de sentimientos de abandono.

En Saptel para la intervención en una depresión es importante diferenciar el tipo de depresión y los síntomas que se presentan en ella, ya que cuando se trata de una depresión endógena se le refiere a un tratamiento psiquiátrico, debido a la necesidad de medicamentos. Por otro lado cuando hablamos de depresión exógena la intervención generalmente se hace apoyando en la elaboración del duelo:

- Ayudando a actualizar la pérdida, y a identificar y expresar sus emociones.
- Afacilitar la separación emoción con la pérdida, interpretando la habilidades del paciente para vivir sin el objeto amado
- Se provee apoyo continuo diciéndole al paciente que en cualquier momento puede hablar a Saptel, sólo tiene que mencionar que ya ha hablado
- Se identifica la patología y en caso necesario se refiere a otro tipo de ayuda psicológica.

SUICIDIO

Según Durkheim (1987) el suicida es todo aquel individuo que se quita la vida sabiendo que tendrá como resultado la muerte directa o indirectamente.

La OMS reporta que cada día se generan 2 mil suicidios en el mundo. En los países desarrollados se considera como una de las 4 principales causas de muerte y otro aspecto grave es que se ha incrementado su incidencia entre la población joven (Mendoza 1993).

Sin embargo no toda la gente que se suicida es contabilizada por las autoridades. Existen estudios relacionados con la "cifra negra" refieren a casos no inscritos, los cuales revelan que por cada suicidio reportado se dan entre siete y quince intentos suicidas que muchas veces no se llegan a consumir (Contreras cit Mendoza 1993) Entre los factores que influyen para no denunciar el suicidio figura su estigmatización social.

En México la mayoría de las personas que se quitan la vida son jóvenes entre los 15-29 años de edad que están cruzando por una depresión crónica, existe una desesperanza e impotencia por afrontar la situación por tanto creen que la única salida es el suicidio.

"Un disparo de pistola, una dosis letal de barbitúricos, un salto a la vía del metro; son en este orden los recursos de que echan mano los suicidas para conseguir su objetivo de acuerdo con su capacidad económica, aunque aquí cabe aclarar que muchas personas sobre todo con problemas económicos guardan la pistola como la última salida esto tomando en cuenta también la cifra en cuanto a armas de fuego que poseen los hogares capitalinos que es el 25%" (Financiera, 1993).

Las causas del suicidio son diversas y complejas Linich (Jornada 1992) cita soledad, depresión, misantropía, exceso de disciplina, decepción amorosa, alcoholismo o drogadicción, enfermedades irremediables o terminales como Cáncer o SIDA, donde el individuo opta por terminar con su vida antes o durante los dolorosos y costosos tratamientos que conllevan dichas enfermedades. Durkheim (1987) concluyó que las causas decisivas del suicidio no son psicológicas, psicopatológicas, cósmicas, climatológicas, raciales o hereditarias; sino sociales lo que significa que es la sociedad la que impide o propicia el suicidio mediante su capacidad (o incapacidad) cohesiva o integradora de los individuos dentro de la familia, el grupo religioso, profesional o político o dentro de la sociedad en general. La concepción freudiana del suicidio plantea que este deriva de los impulsos más íntimos y subjetivos del alma.

Podemos concluir que el suicidio es el resultado de la relación o correlación de múltiples factores sociológicos, económicos, psicológicos, biológicos y culturales, próximos, remotos, predeterminados y azarosos, voluntarios e involuntarios.

SINTOMAS DEL SUICIDIO

La persona que va a suicidarse no suele guardar el secreto, lo revela porque presenta síntomas de un estado depresivo.

Entre los síntomas más comunes están:

- Alteraciones de talante: sentimientos de tristeza, soledad, abandono, apatía
- Pérdida de la autoestima: infravaloración, culpabilidad, reproche
- Actitudes negativas: pesimismo, desaliento, desesperanza
- Alejamiento de la sociedad y de la familia
- Alteraciones vegetativas: pérdida de apetito y la libido, trastornos del sueño y cansancio.
- Alteraciones psicomotoras: retardo en los movimientos, el lenguaje y las funciones mentales o agitación.

Los suicidas en la mayoría de los casos han sufrido una grave pérdida de un "objeto psíquico" ya sea una persona, una relación afectiva, una parte física del cuerpo o una posición social o económica.

Dentro de la fenomenología del suicidio también existen tiempo, esto es las horas y las temporadas más propicias para ejecutar el acto por ejemplo la fantasía e identificación con alguien muerto quien el paciente amo es frecuentemente el motivo de los suicidios que ocurren en la fecha de aniversario del fallecimiento, como la Navidad o el Año Nuevo, donde mucha gente hace una evaluación de sus actos y logros o bien el que socialmente implica el estar con familiares cercanos y el no cumplir con esto causa cierta depresión, que de volverse crónica o teniendo un acto impulsivo pueden llegar al suicidio. La incidencia de suicidas de quienes sufren una decepción amorosa se representa sobre todo en gente joven.

CIUDAD Y SUICIDIO

El hecho de vivir en una ciudad populosa como México es un factor que relacionado con otros pueden influir para realizar el suicidio, debido a que las urbes industrializadas son las que tienen más estímulos estresantes. La gente está constantemente en actividad, viven en lugares cerrados, está hiperactiva, tiene pocos descansos y distracciones. Con otras variables la situación señalada puede inducir a un comportamiento impulsivo, pero para unos puede ser el suicidio, para otras el homicidio, el alcoholismo, la prostitución, la farmacodependencia, etc.

1.2 suicidios ocurren cada veinticuatro horas tan solo en la Ciudad de México, pero a nivel nacional se estima que el promedio sube a 4.7 en ese mismo lapso (Mendoza, 1993) según las estadísticas en el D.f. durante 1992 se registraron 390 suicidios, esta cifra oficial puede ser incrementada sustancialmente si se toma en cuenta la apreciación de Arturo Hernan (cit. Idem)

en el sentido de que por cada suicidio consumado se efectúan de 7 a 15 intentos lo cual daría un resultado de entre 2730 a 5850 posibilidades.

4.7.5 Suicidio en proceso.

Se clasifica este motivo de consulta cuando el paciente que nos habla ya se encuentra dentro del acto suicida, es decir ya tiene los recursos para llevarlo a cabo, pero se encuentra en un estado ambivalente entre las tendencias constructivas y las destructivas.

4.7.1 Ideación suicida

La ideación suicida se presenta cuando la persona ve el acto como una posibilidad para resolver sus problemas, pero este no es un pensamiento constante, sino que aparece y desaparece esporádicamente.

4.7.2 Intención suicida

Hablamos de intención suicida cuando el individuo ya ha intentado poner fin a su vida y se ve interrumpido en su acción debido a factores ambientales que lo descubren en el momento en que se preparaba para consumarlo o cuando una vez realizado es recatado antes de morir.

4.7.3 Planeación suicida

Entendemos por planeación cuando el individuo ya tiene un plan elaborado para suicidarse, en lo referente al día, la hora, el lugar y los medios a utilizar para llevarlo a cabo.

4.7.4 Amenaza suicida

En ocasiones el sujeto utiliza el suicidio como un chantaje, aquí su objetivo no es morir sino amenazar con el acto para obtener algún beneficio, ya sea económico o emocional.

4.7.5 Suicidio en proceso

Se clasifica este motivo de consulta cuando el paciente que no habla ya se encuentra dentro del acto suicida, es decir ya tiene los recursos para llevarlo a cabo, pero se encuentra en un estado ambivalente entre las tendencias constructivas y las destructivas.

En Saptel se recomienda intervenir de acuerdo a los pasos que menciona Gómez del Campo (1992), siendo estos los siguientes:

1. La primera consiste en establecer la relación, lograr un buen rapport, se plantea como meta inmediata la de obtener información para evaluar el peligro potencial de suicidio.
2. Se debe hacer una identificación y clasificación del problema, aunque debe quedar claro que una persona potencialmente suicida presenta caos y desorganización de tal modo que el terapeuta debe ayudarlo a clarificar y jerarquizar los problemas del paciente y también para encontrar posibles soluciones.
3. También se debe realizar una evaluación del potencial suicida, es decir, que tan probable es que realice el acto suicida y éste potencial se evalúa mediante:
 - A) Plan suicida, es decir, si la persona tiene bien elaborado el plan, con que lo va ejecutar y que tanta probabilidad hay que lo logre, se deben considerar tres elementos:
 - Que tan letal es el método propuesto,
 - Disponibilidad de los medios, y
 - Especificidad de los detalles.
 - B) Gravedad del evento precipitante en donde la intensidad del evento se evalúa de acuerdo a los criterios del paciente.
 - C) Síntomas, De acuerdo a la sintomatología citada anteriormente podemos decir que entre mayor número de síntomas de la lista existe mayor probabilidad de un acto suicida.
 - D) Recursos: Evaluación de los recursos de la persona. Es importante evaluar los recursos de la persona, una persona sola y sin familiares presenta más riesgo de llevar a cabo el acto que aquella que tiene en quien apoyarse (Slaiken 1988). Se debe tratar de detectar personas a las que pueda recurrir durante las crisis suicidas.

- F) Estilo de vida, se refiere a la estabilidad de su existencia que permite evaluar si el comportamiento suicida es de naturaleza aguda o crónica.
- F) Aspectos de comunicación, nos señala que cuando el paciente ya ha roto todos o la mayoría de sus lazos de comunicación está en mayor riesgo suicida.
- G) Reacciones hacia personas significativas. se evalúan las reacciones con personas cercanas detectando aquellas que pudieran ser cooperadoras.
- H) Situación médica. También es recomendable el saber si está atravesando por una enfermedad grave, o bien tiene una enfermedad crónica en este caso se puede recurrir a grupos de autoayuda o nuevos apoyos situacionales.
- Y) Movilización de recursos. Si el paciente responde a la intervención no se pueden movilizar otros recursos como hospitalización, sin embargo, aun así se deben dejar abiertas salidas al paciente si se vuelve a presentar la crisis suicida.

5. ADICCIONES

Cuando el individuo está acostumbrado a consumir cierta droga o fármaco, de tal modo que existe algún tipo de equilibrio aparente en su organismo, decimos que tiene dependencia física o adicción. Esta se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende abruptamente la dosis, y denominamos al conjunto de estos malestares como síndrome de abstinencia (Más Condes 1984).

Cuando estas sustancias se introducen en cantidades altas en el organismo ocasionan en él diferentes enfermedades como: cáncer con el tabaco, cirrosis con el alcohol, trastornos psíquicos con los estimulantes, etc.

En la actualidad existe una gran cantidad de productos que producen adicción y por tanto el individuo puede elegir entre estos de acuerdo a sus necesidades, pueden ser drogas legales bien

comercializadas como el tabaco y el alcohol o algunos medicamentos; o bien, productos ilegales como la cocaína, la heroína o la marihuana. La droga elegida en cada caso dependerá de la naturaleza del medio social, de las personas con quien nos relacionamos y de los productos más asequibles en cada caso (Coleman 1988).

Entre las causas que conllevan a la adicción, se encuentran muchas, y al relacionarse unas con otras se hace más probable la adicción, entre las principales se encuentran los factores individuales, familiares, sociales y económicos. En una persona pueden ser más determinantes unos factores que otros, dependiendo de su sensibilidad y las habilidades adquiridas para resolver los problemas que le presenta la vida cotidiana en su medio ambiente. Pero es cierto que un factor importante para el consumo de alguna sustancia que produzca adicción es el vivir en una gran ciudad como la de México con todo lo que esto implica; es decir existen demasiados estímulos estresantes que pueden llevar al individuo a buscar un alivio momentáneo consumiendo sustancias adictivas.

A continuación explicaremos algunas sustancias adictivas y que se toman como motivo de consulta en SAPTEL:

5.1.1 Problemas asociados al consumo del alcohol

Entre las consecuencias sociales que provoca el consumo del alcohol, está el deterioro en las relaciones humanas y principalmente con las personas más cercanas. Según Coleman (1989) es un tercio de la mitad de todas las muertes ocurridas en accidentes de tráfico en los países desarrollados, causa aproximadamente un tercio de todos los accidentes de trabajo, interviene también en un tercio de todos los divorcios. Las incapacidades relacionadas con el alcohol se conciben como un deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de un individuo, de tal naturaleza que se puede inferir lógicamente que el alcohol es un factor importante en dicha incapacidad (Edwards 1979).

Se ha propuesto cambiar el nombre de alcoholismo por el de "Síndrome de dependencia al alcohol", ya que este fenómeno se ve influido en sus manifestaciones por factores secundarios, colaterales que intermetían en todos los aspectos de la vida del individuo.

Las causas del alcoholismo son variadas. Según De la Fuente (1987) la incidencia en la Ciudad de México, es debido a las necesidades sin satisfacer que presenta la mayoría de la población, como el desempleo, la sobrepoblación, la pobreza y el enorme interés de las corporaciones productoras de bebidas; aunado a esto el alcohol tiene la capacidad de mitigar en apariencia los problemas cotidianos y personales, de tal forma que en la mayoría de las veces su uso es utilizado como un escape.

El alcoholismo tiene consecuencias serias, tales como las diferentes enfermedades e incapacidades psicológicas, entre ellas las más predominantes están la depresión y la ansiedad, el abatimiento del humor que puede desarrollarse como una reacción mental a las consecuencias que los hábitos de beber le imponen al alcohólico. La celotipia se considera como un resultado tanto de los efectos tóxicos de la sustancia como de los resultados psicológicos del sujeto ante las dificultades sexuales que el alcohol ocasiona.

5.2 Problemas asociados al consumo de tabaco

El tabaquismo se ha considerado como una adicción con un fuerte impacto social y económico en la población; con él se relacionan problemas sociales, deterioro en la calidad de vida, ausentismo en el trabajo debido a las enfermedades que provoca, el descuido en su uso que puede ocasionar incendios donde a veces cobra el costo de vidas humanas, o bien el daño ecológico en incendios forestales y los mismos contaminantes del tabaco, con el gasto económico que todo esto implica.

El uso del cigarrillo va en aumento ya que la nicotina produce adicción de tal modo que el organismo se habitúa a ella y cada vez necesita de un aumento para evitar el síndrome de abstinencia. En relación al tabaquismo hay dos tipos de dependencia la física y la psicológica. (Villagran 1989)

De acuerdo a Tapia (1990) en la Ciudad de México existe una alta incidencia del uso del tabaco. La mayoría de las veces el fumar es placentero y está asociado a relajación y control de la ansiedad, por tanto, desde el punto de vista conductual, el individuo se está reforzando continuamente y asocia el fumar a aspectos positivos, además de que cognitivamente se le atribuye a fumar cierto estatus social.

El síndrome de abstinencia es el resultado de suprimir en su totalidad el acto de fumar y es el resultado de que fracacen las personas en sus intentos de hacerlo. El síndrome incluye un gran deseo y una particular urgencia por fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio, dolor de cabeza, trastornos gastrointestinales y fatiga Según Rusell (1987).

El fumar se inicia por aspectos biológicos, psicológicos y sociales donde la dinámica familiar y social además de la publicidad juegan un papel determinante en el inicio de este hábito, el cual generalmente es a una edad temprana. Podemos tomar como posibles causas: disponibilidad, curiosidad, rebeldía, terquedad, anticipación a la adultez, seguridad social, el ejemplo de los padres o hermanos.

Como ya se mencionó anteriormente el tabaquismo es considerado como un alto problema de salud debido a los problemas físicos que ocasiona a los que lo consumen, pero también a los "fumadores pasivos" (Puente 1984).

El tratamiento para esta adicción puede variar desde medicamentos, sustitutos de la nicotina, técnicas conductuales hasta clínicas especializadas

5.3 Problemas asociados al consumo de medicamentos

Los medicamentos pueden producir fuertes adicciones en su uso indebido. entre estos existen aquellos que son controlados, como los usados en tratamientos psiquiátricos pero también existen otros que no son controlados y aunque parezcan beneficiosos para la salud su uso excesivo puede ocasionar adicción.

Entre los medicamentos que pueden producir adicción y que se adquieren sin receta estan: los productos vitamínicos y minerales, aspirinas y analgésicos, remedios para el catarro y la tos y laxantes.

Los medicamentos que estan controlados y que su uso puede producir adicción son:

1. Anfetaminas. Estimulantes del sistema nervioso central. Los efectos mentales de las anfetaminas toman la forma de un estado de alerta intenso, así como la sensación de mayor bienestar y energía disponible, se acelera el pensamiento y el habla así como la actividad motriz. El apetito desaparece por esto muchas veces su uso es indevido para bajar de peso (Madden 1989). En la mayoría de las veces se administra por via oral y algunas veces por via intravenosa, por esta última sus efectos son más rápidos y por tanto más dañinos. Su síndrome de abstinencia consiste en insomnio, cansancio, irritabilidad, depresión, hipertensión y taquicardia; los síntomas van en aumento de tal modo que se puede llegar a la psicosis. Entre las consecuencias del abuso de las anfetaminas estan: la hepatitis grave, trastornos psíquicos, delirios y alucinaciones.
2. Barbitúricos. Medicamentos con alto riesgo de adicción, su principal efecto son de sedantes, es decir depresores del sistema nervioso central. En dosis bajas los barbituricos facilitan el estado de sueño, pero en dosis mayores ocasiona el coma, deprimen las funciones respiratorias y ocasionan un descenso de la presión sanguínea. Por su alto grado de dependencia y el daño que ocasionan los barbitúricos ya no son usados en la práctica médica. Las características del

síndrome de abstinencia son inquietud y ansiedad, puede haber náusea y vómito y también anorexia, el sueño es espasmódico acompañado de pesadillas, existen alucinaciones auditivas y visuales, también pueden haber delirios. El síndrome se presenta entre las primeras veinticuatro horas de haber dejado de consumir el barbitúrico, alcanzando su máxima intensidad entre los dos o tres días siguientes este síndrome a diferencia de otros medicamentos presenta un curso más lento.

3. Benzodiazepinas. Este tipo de medicamento aunque es igual de peligroso en cuanto a la adicción y lo que esta conlleva, presenta ventaja sobre los barbitúricos ya que la sobredosis raramente puede ser fatal. Es un medicamento tranquilizante y la mayoría de las veces se utiliza contra la ansiedad y a veces en el tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol. Pero las benzodiazepinas son extremadamente peligrosas si se abusa de ellas y sólo se pueden usar bajo prescripción médica. El síndrome de abstinencia es parecido al de los barbitúricos y la tolerancia es altamente peligrosa. (De la Fuente 1987)

Las causas del mal uso de los medicamentos son biopsicosociales.

El tratamiento más recomendable en el uso de estas drogas es la disminución gradual de las mismas ya que una privación abrupta causaría graves consecuencias en el paciente. Así mismo se recomienda el uso de técnicas terapéuticas y de autoayuda para lograr una mejor recuperación, aunque en Saptel no se da atención a este tipo de pacientes, sólo se les escucha en caso de crisis y se les motiva a que acudan a otro tipo de tratamiento y en do caso buscar la solución a aquellas causas y lógicas que pueden ocasionar la adicción. Así mismo no se recomienda realizar ninguna modificación a la dosis ya que esta compete a un médico, por tanto se motiva a que acuda a este tratamiento.

5.4 Problemas asociados a otras adicciones.

Existen otro tipo de sustancias que promueven la adicción aparte de las ya revisadas y entre éstas se encuentran principalmente las de uso ilegal; esto es de gran importancia porque aparte de los

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

problemas físicos que acarrear se encuentran también los problemas sociales y legales como son: la delincuencia, el narcotráfico, etc. Algunas de las drogas ilegales son: opiáceos, cocaína, LSD, canavis e inhalantes.

En México las drogas de tipo ilegal más usadas son la marihuana seguida de cerca por sustancias inhalantes. Por tanto se puede dividir el consumo de drogas en México en dos grupos: aquellos que utilizan la marihuana en combinación con otro tipo de drogas y el de los inhaladores de solventes (Medina 1987). Los primeros parecen ser más estables y vivir en comunidades de nivel socioeconómico baja y en contraste los usuarios de solventes son menos estables, tal vez porque pasan la mayor parte del tiempo intoxicados, viven en las calles y tienden a reunirse en áreas circunscritas en donde pueden ocuparse ocasionalmente en hacer trabajos sencillos como lavar coches, vender chicles, tragafuegos, etc. éstos se convierten en ingestores de alcohol y muy pocos consumen marihuana. La edad promedio en el consumo de droga es de los 12 a los 17 años de edad (Novedades, 1991).

Los daños que ocasiona a la salud el uso de las drogas como la marihuana es la afección de las funciones psicomotoras disminución de la frecuencia a las afecciones y alteraciones en las funciones reproductivas.

Para combatir el problema de las drogas se implementan programas de salud y por otro lado existe una fuerte reglamentación por parte de la ley en cuanto al uso de éstas.

La intervención en un caso de las adicciones en el sistema de apoyo por teléfono es atender al paciente aunque esté bajo la influencia de alguna droga y motivar a que dicha atención se de en un estado de abstinencia. Se maneja el caso de acuerdo a la perspectiva teórica del terapeuta en donde se recomienda motivar al paciente a acudir a centros de ayuda ya que la intervención en crisis busca la movilización de recursos del sujeto. Por ejemplo en el caso de un alcohólico, que asista al grupo de auto ayuda Alcohólicos Anónimos.

6. PROBLEMAS FUERTEMENTE RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD.

La ansiedad es una emoción o un afecto de peligro, que el sujeto interpreta como una amenaza a su identidad y/o integridad del yo; se presenta como una reacción adaptativa de urgencia ante los peligros inmediatos, consiste por tanto, en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta y activación generalizado (Kolb 1976).

La ansiedad es una respuesta normal o amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores. Es normal durante un esfuerzo extremo o en una situación de la vida rápidamente cambiante y que requiere una adaptación continua. Que la ansiedad sea normal o no depende de su intensidad o duración y de las circunstancias que la causan.

Las manifestaciones somáticas comunes de la ansiedad son:

1. Respiración excesiva
2. Tensión músculo-esquelética: cefalea tensional, dolor de espalda, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa, etc.
3. Respiraciones suspirantes
4. Síndrome de hiperventilación: mareo, vértigo y parestesias.
5. Trastornos funcionales gastrointestinales: mal sabor de boca, anorexia, náusea, distensión, diarrea, constipación, sensación de vacío en el estómago.
6. Irritabilidad cardiovascular: hipertensión pasajera, contracciones prematuras, taquicardia y desfallecimiento.
7. Disfunción genito-urinaria: frecuencia urinaria, disuria, impotencia, en las mujeres dolor pélvico y frigidez. (Solomón cit. por Kaplan, 1989).

De acuerdo al CIE-10 los problemas relacionados con la ansiedad se encuentran clasificados dentro del apartado de Trastornos Neuróticos Secundarios a Situaciones estresantes y Somatomorfos, dicha clasificación está dada de la siguiente forma:

1. Trastornos de ansiedad fóbica

- Agorafobia
- Fobias sociales
- Fobias específicas
- Otros trastornos de ansiedad fóbica

2. Otros trastornos de ansiedad

- Trastornos de pánico
- Trastornos de ansiedad generalizada
- Trastorno mixto ansioso - depresivo
- Otros trastornos mixtos de ansiedad
- Otros trastornos de ansiedad especificados
- Otros trastornos de ansiedad sin especificar

6.1 Temores específicos incluyendo fobias y cuasifobias.

Estos trastornos de ansiedad se deben exclusivamente o predominantemente a ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos externos al individuo que generalmente no son en sí mismos peligrosos, se presentan síntomas aislados que generalmente van acompañados de miedos secundarios a morir.

- Agorafobia. Se incluyen temores a lugares abiertos, a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro. se cree que es el más incapacitante de los trastornos fóbicos.

Los síntomas psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad (CIE-10).

- Fobias sociales. Predomina el miedo a ser enjuiciado por un grupo de personas relativamente pequeño, estas pueden ser relativas a una situación o generalizadas a varias situaciones sociales (comer, hablar en público).
- Este tipo de trastorno nos habla de una baja autoestima. Esta ansiedad predomina en situaciones sociales concretas y determinadas (idem.)
- Fobias específicas. Son fobias restringidas a situaciones muy específicas como por ejemplo acercarse a animales o las alturas y a diferencia de la agorafobia aquí el temor es estable, existe un alto grado de evitación. Entre las fobias se encuentra la zoofobias, aerofobia, abustrofobia, etc. (idem.)

6.2 Problemas asociados a pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo compulsivo.

Este trastorno está clasificado en el DSM-IV dentro de los trastornos de la ansiedad a diferencia del CIE-10, en el cual es independiente; pero cae dentro de los trastornos neuróticos al igual que la ansiedad.

"Los trastornos obsesivo-compulsivo son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo de una forma estereotipada" (CIE-10). Dichos trastornos son vividos por el individuo como desagradables ya que generalmente los percibe como carentes de sentido e incluso hace intentos para suprimirlos sin tener éxito, ya que de no realizar el ritual sufre de estado graves de ansiedad.

6.3 Temores relacionados con el funcionamiento del organismo y/o con enfermedades físicas.

Las anomalías somáticas son un rasgo dominante de los trastornos por angustia, ya que los individuos se muestran ansiosos y desazonados en grado extremo ante la posibilidad de caer enfermos, esto se relaciona con lo que llamamos hipocondriasis, ya que sus síntomas son exagerada atención a las funciones corporales, cargado esto de un alto grado de ansiedad.

Otro.

Además de los arriba ya descritos existen otros trastornos clasificados según el CIE-10 en relación con la ansiedad, cuya principal característica es que no se relacionan con ningún estímulo externo o una situación en particular. Estos son:

1. Trastorno de pánico. Existe un estado grave de ansiedad que se presenta de forma imprevisible, cuyos síntomas predominantes son la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad, generalmente van acompañados de un temor secundario a morir. Trastorno de ansiedad generalizada. Este trastorno es conocido como "angustia libre flotante"; sus síntomas más frecuentes son sentirse nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones y vértigos; y a menudo existen temores de que él mismo o un familiar vaya a caer enfermo.
2. Trastorno mixto ansioso-depresivo. En dicho trastorno se presentan síntomas de ansiedad y depresión, pero no predomina ninguno de ellos.

Cuando en Saptel se presenta una llamada en relación con este motivo de consulta el primer paso a seguir es: por medio de la palabra procurar que el paciente se sienta mejor invitando a hablar de lo que le causa la angustia, posteriormente identificar el problema.

Hay que hacer notar que la angustia se presenta en casi todos los motivos de consulta, pero no como motivo principal de ella.

VARIOS

7.1 PROBLEMAS ESCOLARES

En este inciso como su nombre lo indica se clasifican todos aquellos motivos de consulta que tengan que ver exclusivamente con la práctica escolar o bien que para el individuo sea así ya que como se ve pocas veces se presenta un sólo tipo de motivo de consulta por la misma dinámica de la personalidad de cada individuo. muchas veces un problema viene a desencadenar situaciones aún más graves para el individuo, o incluso otra veces el individuo puede presentar problemas en apariencia menores ante una misma situación, nos hablaría que existe ahí relaciones otro tipo de problemas.

Entre los problemas escolares podemos encontrar la falta de interés en el estudio, la incapacidad para aprender, problemas de reprobación, desorientación vocacional, el impacto ante una nueva escuela, etc.

Cuando se presenta este tipo de motivo de consulta lo que se recomienda es dar el apoyo en estos momentos facilitando la empatía de tal forma que se explore que otras situaciones van ligadas y si es necesario otro tipo de intervención.

Así mismo se recomienda identificar que tipo de conocimiento tiene respecto al problema ya que muchas veces juega un papel importante la desinformación en cuanto a este tema y así una de las intervenciones es en cuanto a la información y/o referencia a lugares en donde puede obtener mayor apoyo o información como serian institutos facilitadores de la orientación vocacional.

7.2 Problemas económicos laborales y/o legales

Como ya se vio en un capítulo anterior: la situación económica por la que está atravesando el país es drástica, ya que se está viendo reducido en forma dramática el poder adquisitivo en la población de tal forma que ha afectado la calidad de vida de sus habitantes lo que trae consigo la consecuencia directa en otras áreas de vida del individuo como son la social y la psicológica.

Son catalogados como problemas económicos aquellos que tengan que ver en forma directa con la estabilidad desde el punto de vista económico del individuo, así como de sus familiares no permitiéndole tener una adecuada calidad de vida para estos. Entre los problemas laborales se clasifican los que se presentan en el medio de trabajo del sujeto y que afectan directamente su equilibrio que guardaba en esta situación; dichos problemas desde el deterioro en sus relaciones interpersonales, pérdida de un status, hasta la pérdida de su empleo. Y en cuanto a los problemas legales se enlistan aquí aquellos que tienen que ver con problemas de tipo jurídico.

La atención que se da ante este tipo de problemas es básicamente como apoyo psicológico, donde se ayuda al sujeto a organizar su entorno, dándole la mayor información posible, así como ayudándole a desahogar todos aquellos sentimientos que le produce la situación de tal forma de que el problema no se convierta en algo mayor y afecte su equilibrio.

7.3 Síntomas y/o sospechas de psicosis

La psicosis es una enfermedad mental donde existe un claro deterioro del pensamiento Breuer (cit. Freedman 1984).

El término psicosis se ha reservado comúnmente a los trastornos mentales caracterizados por alteraciones penetrantes y profundas del estado de ánimo, desorganización del pensamiento y un retiro asociado del mundo real en un mundo de preocupaciones altamente personalizadas.

Según Portuondo (1990) la psicosis es un trastorno profundo de la personalidad, existe una marcada tergiversación de la realidad en dos formas:

1. En cuanto a la realidad subjetiva, el enfermo casi siempre cree que no lo está
2. En cuanto a la realidad objetiva o curren trastornos de la percepción (alucinaciones) y del juicio (delirio)

ALTERACIONES CARACTEROLÓGICAS EN PSICOSIS

- La personalidad está gravemente distorsionada con una vida familiar, laboral o social muy difícil o imposible.
- La conducta está siempre muy alterada como consecuencia de las vivencias internas patológicas.
- Hay pérdida del juicio de la realidad y alteración de pensamiento lógico, se niega la realidad y es sustituida por un mundo subjetivo.
- Siempre existen desajustes graves e imposibilidad de adaptación a las exigencias de la vida social.
- De rigor hay trastornos evidenciales en las esferas: intelectual, afectiva y volitiva. las alteraciones del pensamiento y juicio valorativo están presentes.
- Con frecuencia hay ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones de ideas y hay un predominio del mundo subjetivo sobre el objetivo.
- No existe conciencia de enfermedad o se encuentra muy distorsionada.

Anteriormente a este tipo de enfermedad mental se le denominaba como el título lo indica "Psicosis" pero actualmente en el DSM-IV se le llama esquizofrenia y sus diferentes clasificaciones.

Como se ve este tipo de enfermedad requiere de un tratamiento medico, ya que por sus mismas características, sin el uso de este no se logra avanzar en el tratamiento de pacientes que padecen este tipo de enfermedad. Es por esto, que Saptel presenta deficiencias en la atención a estas personas y toma como principal método el de referir a este tipo de usuarios a aquellas instituciones en donde se les pueda dar una mejor atención. Aunque cabe aclarar que de acuerdo a la experiencia de Saptel existen aquellos pacientes que no acuden a estas instituciones por un sin fin de razones como son problemas económicos, falta de ayuda personal, inhabilidad para lograr un acercamiento físico o bien por las mismas características de su proceso mental, entre otros. Y por esto siguen hablando a Saptel ya que es su única opción para ser atendidos. Por tanto de acuerdo a las juntas directivas de los titulares de Saptel se toma como medida el darles atención y que esta sea dada por un sólo terapeuta, y en determinadas guardias, el cual será supervisado por un sólo asesor y de este modo se trata de no contaminar tanto el tratamiento así como dar un encuadre del mismo. Ya que se tenía la experiencia que algunos de estos pacientes hablaban a diferente hora y con cualquier terapeuta por las mismas características de su enfermedad, habiendo de este modo un tratamiento no adecuado.

CAPITULO CINCO

MÉTODO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN:

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAPTEL, ha sufrido importantes cambios en las diversas etapas por las que ha atravesado. En las dos últimas etapas, las concernientes a la presente investigación, los principales cambios fueron la difusión y el auspiciamiento de diferentes instituciones. En la segunda etapa El Sistema estuvo auspiciado por una institución educativa y su difusión fue menor. En la tercera ésta abarcó todos los medios masivos de comunicación y el auspiciamiento es dado por una institución médica, La Cruz Roja Mexicana, aumentando así su credibilidad.

En la Ciudad de México se han dado importantes cambios, sobre todo económicos, éstos han traído consigo modificaciones en la vida de la población, como: el desempleo, la sobrepoblación, el aumento en la problemática económica cotidiana, la disminución en la calidad de vida, el desempleo, entre otros aumentando así sus problemas emocionales.

Por tanto, nos preguntamos ¿Si las características de las instituciones que han auspiciado el programa, así como la difusión en las dos etapas y los cambios sociales que tiene la población han provocado cambios en los motivos de consulta de las personas que solicitan el servicio?

HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Debido a los cambios en el Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono en su tercera etapa (SAPTEL), con respecto a la segunda (SAPT), como son el auspiciamiento en diferentes instituciones y la difusión, existen diferencias en ambas en cuanto al "perfil sociodemográfico" de los usuarios y a los motivos de consulta de estos.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS:

- **HIPÓTESIS NULA Ho1:** No hay diferencia estadísticamente significativa en las variables del "perfil sociodemográfico" de los usuarios con respecto a los motivos de consulta motivos de consulta que presentan en cada muestra.
- **HIPOTEISIS ALTERNA Hi1:** Si hay diferencia estadísticamente significativa en las variables del "perfil sociodemográfico" de los usuarios con respecto al motivo de consulta que presentan en cada muestra.
- **HIIPOTESIS NULA Ho2:** No hay diferencia estadísticamente significativa en los motivos de consulta de SAPT y SAPTEL.
- **HIPÓTESIS ALTERNA Hi2:** Si hay diferencia estadísticamente significativa en los motivos de consulta de SAPT y SAPTEL.

VARIABLES:

Las variables consideradas en el presente estudio son las siguientes:

INDEPENDIENTES:

En la presente investigación se llamó "perfil sociodemográfico" de los usuarios únicamente a las variables edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación.

- Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento en que hace uso del servicio.
- Sexo: Diferencia tanto física como psicológica del hombre y de la mujer.
- Estado Civil: Estado o condición social y familiar que el sujeto reporta.
- Escolaridad: Grado académico del individuo.
- Ocupación: Principal actividad que describe al individuo.

DEPENDIENTE:

Se consideró como variable dependiente a:

- Los motivos de consulta del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

Tanto su definición conceptual como operacional se describen a continuación:

Definición conceptual:

Motivo, se entiende a la fuerza que empuja a una persona a actuar para satisfacer una necesidad. Implica un incentivo o un deseo que influye sobre la voluntad y lleva al individuo a la acción.

Consulta, es definida como una interacción entre un consultante y un consultor. El consultor es una persona con conocimientos especializados de la conducta humana; el consultante solicita su

ayuda para aumentar su capacidad de tratar un trastorno, una crisis, una situación turbadora, o para mejorar la salud mental de una persona o de un grupo de los cuales es responsable.

Por lo tanto, motivo de consulta es la descripción de la causa fundamental que impulsa al individuo a la acción determinada de pedir ayuda a un profesional de la salud mental en un momento dado.

Definición operacional: Operacionalmente el motivo de consulta se refiere a todas aquellas causas tales como angustia, depresión, problemas familiares, laborales, escolares, de interacción social, de alcoholismo y farmacodependencia, de la esfera sexual, entre otras que hacen que las personas residentes de la Ciudad de México y área Metropolitana llamen al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

POBLACIÓN:

Se compuso por las personas residentes de la Ciudad de México, área Metropolitana y del interior de la República que hablaron al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono en sus dos últimas etapas. En el caso de SAPT de 1987-1989 y en el de SAPTEL del primero al treinta y uno de Septiembre de 1995

MUESTRA:

Quedo integrada en el caso de SAPT por 220 individuos de los cuales 70 fueron hombres y 150 mujeres; En cuanto a SAPTEL quedo integrada por 220 usuarios de los cuales 79 fueron hombres y 141 mujeres.

MUESTREO:

Se trató de un muestreo no probabilístico intencional ya que no todas las personas tuvieron la misma probabilidad de pertenecer a la muestra.

También se trató de un muestreo por conveniencia ya que se eligieron sólo aquellos casos de los cuales la cédula tuviera la mayor información.

La primera muestra se tomó de los archivos SAPF y la segunda muestra de las personas que hicieron uso de SAPTEL en su tercera etapa, pidiendo apoyo psicológico; de tal forma que se excluyeron aquellas personas a las que solamente se les dio información o se canalizó a alguna institución.

TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio cae dentro de la categoría de Estudio de campo, ya que no se tuvo control directo de la variable independiente, por que su manifestación ya había ocurrido. Al mismo tiempo se trató de un estudio comparativo, puesto que se confrontaron los resultados que se obtuvieron de los dos grupos estudiados para observar si existían diferencias entre ambos.

DISEÑO:

Se utilizó un diseño cuasiexperimental exposfactode dos muestras independientes, ya que las dos muestras fueron elegidas de tal manera que los sujetos de una no fueran los mismos que los de la otra muestra.

INSTRUMENTO:

Para la realización de la presente investigación se utilizaron como instrumentos las cédulas de registro del Sistema de Apoyo Psicológico en sus dos etapas.

PROCEDIMIENTO:

El procedimiento de la investigación se realizó de la siguiente manera:

1. Obtención de las cédulas de registro del sistema SAPT.
2. Selección de las cédulas a utilizar según la cantidad de información asentada.
3. Obtención de la información de las cédulas de registro del Sistema SAPT
4. Recodificación de la información asentada en las cédulas de SAPT, según la actual clasificación en SAPTEL.
5. Vaciado de la información de SAPT. resultante de la recodificación, a una base de datos.
6. Obtención de las cédulas de registro del sistema SAPTEL en sus instalaciones de la Cruz Roja Mexicana.
7. Selección de las cédulas a utilizar según la cantidad de información asentada.
8. Vaciado de la información de las cédulas de registro de SAPTEL a una base de datos.
9. Tratamiento estadístico
10. Obtención e interpretación de resultados.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

1. La información se recabó mediante frecuencias y porcentajes.
2. Se utilizó la χ^2 en su modalidad de prueba de independencia para saber si las variables eran independientes o dependientes.

Se utilizó la U de Manhuitney para realizar la comparación entre las dos muestras, y la χ^2 para encontrar diferencias de las variables del "perfil sociodemográfico" y el motivo de consulta en cada muestra

CAPITULO SEIS

RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos de la estadística que se realizó con los datos concentrados en las cédulas de registro en ambas muestras. Dicha cédula es llenada con información recabada mediante la entrevista recabada con los usuarios de SAPT y SAPTEL. A continuación se presentan los resultados descriptivos de ambas muestras

SEXO

En cuanto a la variable SEXO se encontró que la mayoría de las personas que hicieron uso del servicio fueron mujeres, con un 68.2% y el restante 31.8% fueron hombres en cuanto a la muestra de SAPT. Mientras que en la muestra de SAPTEL se encontró que la mayoría de las personas que hicieron uso de este servicio fueron mujeres, esto es, el 64.1% y el restante 35.9% fueron hombres.

Cuadro 1

	SEXO			
	SAPT		SAPTEL	
	F	%	F	%
HOMBRES	70	31.8	79	35.9
MJERES	150	68.2	141	64.1
TOTAL	220	100	220	100

EDAD

La edad abarcó para la muestra de SAPT un rango desde los 10 hasta los 73 años, cuya media fue de 35.22, esto significa que el promedio de edad de las personas que hicieron uso del servicio fue de 35 años con una desviación estándar de 12.99. en tanto para SAPTEL hubo un rango desde los 11 hasta los 74 años, cuya media fue de 31.28, esto significa que el promedio de edad de las personas que hicieron uso del servicio fue de 31 años con una desviación estándar de 11.75

Cuadro 2

EDAD			
SAPT		SAPTEL	
MEDIA	DS	MEDIA	DS
35.22	12.99	31	11.75

ESTADO CIVIL

Se encontró en la muestra de SAPT que la mayoría de los usuarios fueron solteros con el 39.5 %, luego les siguieron los casados con el 38.6 % y el restante 21.9 % lo conformaron personas divorciadas, separados, viudos, en unión libre y otro. En la muestra de SAPTEL, se encontró que la mayoría de los usuarios fueron solteros con el 49.5 %, luego les siguieron los casados con el 30.9 % y el restante 19.6 % lo conformaron personas separadas, divorciadas, en unión libre,

Cuadro 3

ESTADO CIVIL				
	SAPT		SAPTEL	
	F	%	F	%
NO SE REPORTO	1	0.50	0	0
SOLTERO	87	39.50	109	49.5
CASADO	85	38.60	68	30.9
SEPARADO	11	5.00	14	6.4
DIVORCIADO	13	5.90	11	5
VIUDO	11	5.00	7	3.2
UNION LIBRE	11	5.00	10	4.5
OTRO	1	0.50	1	0.5
TOTAL	220	100.00	220	100

ESCOLARIDAD

En el caso de la muestra de SAPT se encontró que el 24.5% de los usuarios reportó tener una escolaridad de preparatoria incompleta, les siguen con el 14.1% personas con primaria completa y luego con secundaria completa el 13.6%, mientras que en el caso de la muestra de SAPTEL se encontró que el 22.7% de los usuarios reportó tener una escolaridad de preparatoria completa, les siguen con el 18.2% personas con preparatoria incompleta y luego con profesional completa el 14.1%

Cuadro 4.

ESCOLARIDAD				
	SAPT		SAPTEL	
	F	%	F	%
NO LO REPORTARON	6	2.7	10	4.5
ANALFABETA	2	0.09	1	0.05
PRIMARIA INCOMPLETA	11	5	4	1.8
PRIMARIA COMPLETA	31	14.1	16	7.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	12	5.5	10	4.5
SECUNDARIA COMPLETA	30	13.6	20	9.1
PREPARATORIA INCOMPLETA	54	24.5	40	18.2
PREPARATORIA COMPLETA	28	12.7	50	22.7
PROFESIONAL INCOMPLETA	14	6.4	24	10.9
NIVEL PROFESIONAL	28	12.7	31	14.1
ESTUDIOS S. INCOMPLETOS	4	1.8	3	1.4
OTROS NIVELES SUPERIORES	0	0	11	5
TOTAL	220	100	220	100

OCUPACIÓN

En cuanto a la ocupación: en la muestra de SAPT se encontró el 20.9 % de los usuarios reportó ser Ama de Casa, el 18.2 % Burócrata o empleado de iniciativa privada, y le siguieron con un empate de 9.5% profesionistas y asistentes de oficio. En tanto, que en la muestra de SAPTEL se encontró que el 20.9 % de los usuarios reportó ser Ama de Casa, el 14.5 % estudiante, y le siguieron con un empate de 9.5% personas que tienen un oficio y desempleados.

Cuadro 5

OCUPACION				
	SAPT		SAPTEL	
	F	%	F	%
NO LO REPORTARON	7	3.2	0	0
EMPRESARIO	1	0.5	3	1.4
COMERCIANTE	12	5.5	9	4.1
PROFESIONISTA	21	9.5	18	8.2
TRABAJADOR TÉCNICO	10	4.5	18	8.2
VENDEDOR O COMISIONISTA	4	1.8	9	4.1
BUROCRACIA	40	18.2	17	7.7
OFICIO	14	6.4	21	9.5
ASISTENTE DE OFICIO	21	9.5	2	0.9
SUBEMPLEADO	11	5	4	1.8
DESEMPLEADO	9	4.1	21	9.5
AMA DE CASA	46	20.9	46	20.9
ESTUDIANTE	15	6.8	32	14.5
CAMPESINO	9	4.1	4	1.8
OTROS	0	0	16	7.4
TOTAL	220	100	220	100

NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE

La información registrada acerca del número de personas con las que vive el usuario del sistema, en el caso de la muestra de SAPT se encontró que la mayoría de ellos, con un 19.1%, vive con tres o con cuatro personas; con dos personas el 17.7% y acompañado de una persona el 10.9%, y en tanto que en la muestra de SAPTEL se encontró que la mayoría de ellos, con un 22.7%, vive con tres personas; con dos personas el 19.5% y acompañado de una persona el 13.6%

Cuadro 6

No. DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE				
	SAPT		SAPTEL	
	F	%	F	%
NO LO REPORTARON	4	1.8	13	5.9
VIVE SOLO	21	9.5	21	9.5
ACOMPANADO DE UNA PERSONA	24	10.9	30	13.6
ACOMPANADO DE DOS	39	17.7	43	19.5
ACOMPANADO DE TRES	42	19.1	50	22.7
ACOMPANADO DE CUATRO	42	19.1	25	11.4
ACOMPANADO DE CINCO	13	5.9	8	3.6
ACOMPANADO DE SEIS	14	6.4	9	4.1
ACOMPANADO DE SIETE	8	3.6	6	2.7
ACOMPANADO DE OCHO	5	2.3	5	2.3
ACOMPANADO DE NUEVE	2	0.9	2	0.9
ACOMPANADO DE DIEZ	2	0.9	3	1.4
ACOMPANADO DE MAS DE DIEZ	4	2	5	2.5
TOTAL	220	100	220	100

PARENTESCO

La información obtenida de la muestra en cuanto al parentesco de las personas con quien vive el usuario SAPT nos dice que el 15.5% vive con la pareja e hijo, el 17.7% vive con personas con otro tipo de parentesco y el 10.5 % vive con personas que no tienen ningún parentesco o viven solas. En cuanto a la muestra de SAPTEL se encontró que el 22.3 vive con personas con las que tiene otro parentesco; 16.8% vive con el padre, la madre y hermano, el 12.3% vive con la pareja y el hijo como veremos en la siguiente tabla.

Cuadro 7

PARENTESCO				
	SAPT		SAPTEL	
	F	%	f	%
NO SE REPORTO	11	5	14	6.4
NINGUNO	23	10.5	20	9.1
PAREJA	7	3.2	17	7.7
HIJO (A)	19	8.6	16	7.3
PADRE	1	0.5	2	0.9
MADRE	12	5.5	16	7.3
HERMANO	7	3.2	4	1.8
ABUELO (A)	1	0.5	1	0.5
PARENTES DE 2o Ó 3ER GRADO	14	6.4	1	0.5
PAREJA E HIJO	34	15.5	27	12.3
PADRE Y MADRE	4	1.8	7	3.2
PADRE, MADRE, HERMANO (A)	13	5.9	37	16.8
PAREJA, HIJO Y PADRE	2	0.9	1	0.5
PAREJA, HIJO Y MADRE	11	5	2	0.9
PAREJA, HIJO, PADRE Y MADRE	1	0.5	3	1.4
HIJO, MADRE Y PADRE	21	9.5	3	1.4
OTRO	39	17.7	49	22.3
TOTAL	220	100	220	100

TIPO DE VIVIENDA

En cuanto a la variable, tipo de vivienda, ésta es conformada por dos apartados, en las dos muestras; Para el caso de la muestra de SAPT el primer apartado nos ilustra que el 57.3% de los usuarios vive en casa sola, luego con el 38.2% en Departamento. Y en cuanto al segundo que es el tipo de vivienda se encontró que el 59.1% vive en casa propia y el 32.7% en casa rentada. Por otra parte en la muestra de SAPTEL se encontró que en el primer apartado se encontró que el 54.1% de los usuarios vive en casa sola, luego con el 28.6% en Departamento y el tipo de vivienda II nos dice que el 49.5% vive en casa propia y el 36.8% no se sabe y el 9.5% en casa rentada.

Cuadro 8

TIPO DE VIVIENDA I				
	SAPT		SAPTEL	
	F	%	F	%
NO SE REPORTO	2	0.9	19	8.7
CASA SOLA	126	67.3	119	54.1
DEPARTAMENTO	84	38.2	63	28.6
VECINDAD	2	0.9	10	4.5
CUARTO	3	1.4	8	3.6
OTRO	3	1.4	1	0.5
TOTAL	220	100	220	100

Cuadro 9

TIPO DE VIVIENDA II				
	SAPT		SAPTEL	
	F	%	F	%
NO SE REPORTO	3	1.3	81	36.8
PROPIA	130	59.1	109	49.5
RENTADA	72	32.7	21	9.5
PRESTADA	14	6.4	7	3.2
OTRO	1	0.5	2	0.9
TOTAL	220	100	220	100

INGRESOS

Para la variable ingresos nos encontramos que en la muestra de SAPT el 20% de las personas perciben un salario mínimo, el 33% dos salarios mínimos, percibiendo tres salarios mínimos el 28.2% y solo el 3.2% perciben cuatro salarios mínimos, aquí se observa que ninguna persona de la muestra reporto percibir más de seis salarios mínimos. Por otra parte en la muestra de SAPTEL, observamos se desconocen cuantos salarios mínimos perciben el 29% de la muestra, mientras que el 11% solo percibe un salario mínimo, el 21% perciben dos salarios mínimos, y otro 21% perciben tres salarios mínimos, así mismo se observa que perciben el 5% de la población cuatro y cinco salarios mínimos respectivamente, notándose en esta muestra que un 5% de la población si perciben más de cinco salarios mínimos.

Cuadro 10

INGRESOS				
	SAPT		SAPTEL	
	F	%	F	%
NO LO REPORTARON	31	14.1	64	29.1
PERCIBE UN SALARIO MINIMO	44	20	25	11.4
DOS SALARIOS MINIMOS	73	33.2	47	21.4
TRES SALARIOS MINIMOS	62	28.2	47	21.4
CUATRO SALARIOS MINIMOS	7	3.2	13	5.9
CINCO SALARIOS MINIMOS	3	1.4	13	5.9
MAS DE CINCO SALARIOS M.	0	0	11	5.1
TOTAL	220	100	220	100

MOTIVO DE CONSULTA

En cuanto a la variable de motivo de consulta se presenta a continuación la lista de los motivos que se presentaron, con su frecuencia y porcentaje

Cuadro 11

MOTIVO DE CONSULTA	SAPTEL		SAPT	
	F	%	F	%
	Problemas de la interacción con familiares no pareja	33	15	36
Problemas de separación o divorcio con la pareja	35	15.9	14	6.4
Problemas de infidelidad	9	4.1	9	4.1
Problemas en la sexualidad con la pareja	3	1.4	1	0.5
Otro tipo de problemas con la pareja	28	12.7	34	15.5
Problemas de enfermedad física o mental de algún familiar	3	1.4	7	3.2
Problemas de enfermedad física o mental de la pareja	0	0	2	0.9
Deficiencia en el repertorio de interacción social	10	4.5	9	4.1
Otro tipo de problemas en las relaciones interpersonales	5	2.3	1	0.5
Problemas relacionados con la fertilidad, incluyendo aborto	2	0.9	2	0.9
Miedo al contagio de enfermedades sexualmente transmisibles incluyendo SIDA	0	0	1	0.5
Disfunciones psicosexuales	2	0.9	1	0.5
Homosexualidad	5	2.3	7	3.2
Otras neosexualidades	6	2.7	3	1.4
Problemas relacionados con el incesto, incluyendo intentos de violación, abuso o molestia sexual intrafamiliar	3	1.4	0	0
Violación intentos de violación, abuso o molestia sexual proveniente de extraños	2	0.9	0	0
Promiscuidad	0	0	0	0
Otras formas de mal manejo de la sexualidad	0	0	3	1.4
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia sí mismo	1	0.5	0	0
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia la pareja	0	0	0	0
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los padres	1	0.5	0	0
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los hijos	2	0.9	0	0
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia otros familiares	1	0.5	1	0.5
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia otros objetos externos, especificar	0	0	0	0
Ideas o impulsos homicidas	1	0.5	0	0
Otras formas de mal manejo de la agresión	4	1.8	3	1.4
Problemas asociados con el ciclo del dormir	1	0.5	1	0.5
Trastornos en la alimentación	2	0.9	0	0
Sentimientos de soledad	7	3.2	9	4.1
Sentimientos de abandono	1	0.5	0	0
Tristeza o ánimo deprimido	28	11.8	31	14.1
Sentimientos de autoevaluación	5	2.3	5	2.3
Ideación suicida	3	1.4	0	0
Intención suicida	0	0	2	0.9
Planeación suicida	0	0	0	0
Amenaza suicida	1	0.5	0	0
Suicidio en proceso	1	0.5	0	0
Otros síntomas o situaciones relacionados con depresión	5	2.3	2	0.9
Problemas asociados con el consumo de alcohol	1	0.5	3	1.4
Problemas relacionados con el consumo de alcohol con la pareja	1	0.5	1	0.5
Problemas relacionados con el consumo de alcohol de otro familiar	0	0	1	0.5
Problemas relacionados con el consumo de alcohol de otra persona cercana	0	0	0	0
Problemas asociados con el consumo de tabaco	0	0	0	0
Problemas relacionados con el consumo de medicamentos	0	0	0	0
Problemas relacionados con otras ADICCIONES	0	0	1	0.5
Temores específicos incluyendo fobias y cuasifobias	2	0.9	11	5
Problemas asociados con pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo compulsivo	0	0	1	0.5
Problemas relacionados con el funcionamiento del organismo	1	0.5	8	2.7
Miedo a la muerte propia	1	0.5	0	0
Miedo a la muerte de alguien cercano	0	0	0	0
Miedo a la muerte de algún otro	0	0	0	0
Problemas escolares	0	0	2	0.9
Problemas laborales y/o económicos	5	2.3	6	2.7
Síntomas y/o sospechas de psicosis propia o de alguien cercano	0	0	0	0
Otro motivo de consulta	0	0	5	2.3
TOTAL		100		100

RESULTADOS

100

En el siguiente cuadro se presentan los motivos de consulta que obtuvieron mayor puntaje para ambas muestras.

Cuadro 12

MOTIVO DE CONSULTA	SAPT		SAPTEL	
	F	%	F	%
	Problemas resultado de la interacción con familiares no pareja	30	10.4	33
Problemas de separación o divorcio con la pareja	14	6.4	35	15.9
Otro tipo de problemas con la pareja	34	15.5	28	12.7
Deficiencia en el repertorio de interacción social	9	4.1	10	4.5
Tristeza o animo deprimido	31	14.1	20	11.8
Temores específicos incluyendo fobias y cuasifobias	11	5	2	0.09

Como vemos los tres primeros motivos de consulta para ambas muestras son similares, aunque con diferente puntaje y al aplicarse la prueba estadística U de Mann-Whitney, la cual es una prueba no paramétrica que nos arroja datos acerca de las diferencias con datos no correlacionados, y se encontró que si existe una diferencia estadísticamente significativa en los motivos de consulta de ambas muestras.

Cuadro 13

VARIABLE	UW	SIGNIFICANCIA
SEXO		0.0381

DIFERENCIAS DE MOTIVO DE CONSULTA CON VARIABLES

Enseguida veremos como se comportaron las muestra internamente comparando los motivos de consulta y las variables correspondientes al perfil sociodemográfico. Como se dijo anteriormente llamamos "perfil sociodemográfico" únicamente a las variables sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación, por considerar las restantes no relevantes estadísticamente. Y aquí se presentaran sólo aquellas comparaciones en las que si se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por ejemplo, en el caso de la variable sexo fue la única en la que se encontraron diferencias significativas en ambas muestras, en la siguiente tabla se muestra como se distribuyó la frecuencia en ambas muestras.

En esta variable al aplicar la prueba de estadística chi cuadrada, la cual al igual que la anterior es una prueba estadística no paramétrica que se utiliza principalmente para encontrar diferencias en las frecuencias, se encontró que si existen diferencias significativas en ambas muestras en cuanto al sexo; Es decir, si existe una diferencia en los motivos de consulta que presentan los hombres y las mujeres.

Cuadro 1

FRECUENCIAS DE MOTIVOS DE CONSULTA POR SEXO				
MOTIVOS DE CONSULTA	SAPTEL		SAPT	
	H	M	H	M
problemas de la interacción con familiares no pareja	11	22	9	28
problemas de separación o divorcio con la pareja	8	27	4	10
problemas de infidelidad	1	0	5	4
problemas en la sexualidad con la pareja	1	2	1	0
otro tipo de problemas con la pareja	5	23	4	30
problemas de enfermedad física o mental de algún familiar	0	3	0	7
problemas de enfermedad física o mental de la pareja	0	0	1	1
deficiencia en el repertorio de interacción social	3	7	5	4
otro tipo de problemas en las relaciones interpersonales	1	4	0	1
problemas relacionados con la fertilidad, incluyendo aborto	1	1	1	1
miedo al contagio de enfermedades sexualmente transmisibles incluyendo SIDA	0	0	1	0
difunciones psicosexuales	2	0	1	0
homosexualidad	4	1	6	1
otras nenssexualidades	6	0	1	0
infamfiliar	2	1	0	0
violación intantos de violación, abuso o molestia sexual proveniente de extraños	0	0	0	0
premiscuidad	0	0	0	0
otras formas de mal manejo de la sexualidad	2	0	2	1
exceso de descargas agresivas dirigidas hacia el mismo	1	0	0	0
exceso de descargas agresivas dirigidas hacia la pareja	0	0	0	0
exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los padres	1	0	0	0
exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los hijos	0	2	0	0
exceso de descargas agresivas dirigidas hacia otros familiares	0	1	0	1
exceso de descargas agresivas dirigidas hacia otros objetos externos, especificar	0	0	0	0
ideas e impulsos homicidas	1	0	0	0
otras formas de mal manejo de la agresión	2	2	1	2
problemas asociados con el ciclo del dormir	0	1	0	1
trastornos en la alimentación	2	0	0	0
sentimientos de soledad	3	4	2	7
sentimientos de abandono	0	1	0	0
tristesa o animo deprimido	9	17	7	24
sentimientos de autoevaluación	3	2	1	4
ideación suicida	2	1	0	0
intención suicida	0	0	0	2
planeación suicida	0	0	0	0
amenaza suicida	0	1	0	0
suicidio en proceso	0	1	0	0
otros síntomas e situaciones relacionados con depresión	2	3	1	1
problemas asociados con el consumo del alcohol	0	1	3	0
problemas relacionados con el consumo de alcohol con la pareja	0	1	0	0
problemas relacionados con el consumo de alcohol de otro familiar	0	0	0	1
problemas relacionados con el consumo de alcohol de otra persona cercana	0	0	0	0
problemas asociados con el consumo de tabaco	0	0	0	0
problemas relacionados con el consumo de medicamentos	0	0	0	0
problemas relacionados con otras ADICCIONES	0	0	1	0
temores específicos incluyendo fobias y compulsiones	1	1	3	8
problemas asociados con pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo compulsivo	0	0	0	1
problemas relacionados con el funcionamiento del organismo	0	1	3	3
miedo a la muerte propia	0	1	0	0
miedo a la muerte de alguien cercano	0	0	0	0
miedo a la muerte de alguien otro	0	0	0	0
problemas escolares	0	0	2	0
problemas laborales y/o económicos	4	1	2	4
síntomas y/o sospechas de psicosis propia o de alguien cercano	0	0	0	0
otro motivo de consulta	1	0	2	3
TOTAL	79	141	70	180

RESULTADOS

102

Se muestran los valores que se obtuvieron al aplicar la prueba estadística

MUESTRA DE SAPT

Cuadro 15

VARIABLE	VALOR	SIGNIFICANCIA	SIGNIFICATIVO
SEXO	59.89	0.0014	SI

MUESTRA DE SAPTEL

Cuadro 16

VARIABLE	VALOR	SIGNIFICANCIA	SIGNIFICATIVO
SEXO	59.23	0.0087	SI

OTRAS VARIABLES

En la siguiente variable que es edad, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la muestra de SAPT, al aplicarse la prueba estadística Chi cuadrada.

Cuadro 17

VARIABLE	VALOR	SIGNIFICANCIA	SIGNIFICATIVO
EDAD	514.12	0.0001	SI

En cuanto a SAPTEL, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable de ocupación.

Cuadro 18

VARIABLE	VALOR	SIGNIFICANCIA	SIGNIFICATIVO
OCUPACION	1988.74	0.0001	SI

A continuación se muestra como fue la distribución en cuanto a las frecuencias en estas variables en las que sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas

FRECUENCIAS DE MOTIVOS DE CONSULTA PDR EDAD														
MOTIVOS DE CONSULTA	NO LO REPORTARON	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	30-34 AÑOS	35-39 AÑOS	40-44 AÑOS	45-49 AÑOS	50-54 AÑOS	55-59 AÑOS	60-64 AÑOS	65-69 AÑOS	70-74 AÑOS
Problemas de la interacción con familiares no pareja		1	9	2	4		1	4	4	3			1	1
Problemas relacionados con la relación de pareja	1		3	17	17	16	12	10	1		1			
Problemas de enfermedad física o mental						1	1	1		1				
Deficiencia en el repertorio de interacción social			1	4			1	1	1		1			
Otro tipo de problemas en las relaciones interpersonales			1	1	1	1	1							
Problemas relacionados con la fertilidad, incluyendo aborto			1					1						
Miedo al contagio de enfermedades sexuales incluyendo SIDA														
Disturbios psicosexuales		1		1										
Neosexualidades		6	1	1		1				1	1			
Problemas relacionados con el incesto		1	2											
Problemas relacionados con la violación (extraños)			2											
Promiscuidad														
Otras formas de mal manejo de la sexualidad														
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia si mismo					2									
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia la pareja														
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los padres									1					
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los hijos				1			1							
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia otros familiares				1										
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia otros objetos externos especificar														
ideas o impulsos homicidas									1					
Otras formas de mal manejo de la agresión		1	6	1		1	1							
Síntomas relacionados con la depresión		1	8	9	4	4	4	3	2	1	1			
Problemas relacionados con el suicidio								2	1		1			
Otros síntomas o situaciones relacionados con depresión					1								1	
Problemas asociados con el consumo del alcohol														
Problemas asociados con el consumo de alcohol de la pareja									1					
Problemas resultado por el consumo de alcohol de otra familiar														
Problemas resultado con el consumo de alcohol de otra persona cercana														
Problemas asociados con el consumo de tabaco														
Problemas relacionados con el consumo de medicamentos														
Otras ADICCIONES														
Problemas relacionados con fobias y cuasifobias				1	1									
Problemas asociados con pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo compulsivo														
Problemas relacionados con el funcionamiento del organismo					1									
Miedo a la muerte propia			1											
Miedo a la muerte de alguien cercano														
Miedo a la muerte de algún otro														
Problemas escolares														
Problemas laborales y/o económicos						2	1	1	1					
Síntomas y/o sospechas de psicosis propia o de alguien cercano														
Otro motivo de consulta						1								
TOTAL	1	2	31	41	38	27	24	27	12	8	5	1	2	1

FRECUENCIAS DE MOTIVOS DE CONSULTA POR OCUPACIÓN															
MOTIVOS DE CONSULTA	NOLO REPORTARON	NOLO REPORTARON	EMPRESARIO O DE INICIATIVA PRIVADA	COMERCiante	PROFESIONISTA	TÉCNICO	VENDEDOR	SUPERVISOR DE C/O	ASISTENTE DE OFICIO	SIN EMPLEADO	DESEMPLERADO	EN CASA	ESTUDIANTE	CAMBIADO	OTRO
Problemas de la interacción con familiares no pareja				1	4	1	3	4	3	11	5				
Problemas relacionados con la relación de pareja	4		4	4	2	1	16	5	5	3	1	13			2
Problemas de enfermedad física o mental	2		1	1	1		2			1					
Deficiencia en el repertorio de interacción social	1	1		2				1	1	1	1		2		
Otro tipo de problemas en las relaciones interpersonales								1	1						1
Problemas relacionados con la fertilidad, incluyendo aborto								1							
Miedo al contagio de enfermedades sexuales incluyendo SIDA				1											
Distinciones psicosexuales								1							
Neosexualidades							4	2	1	1				1	1
Problemas relacionados con el incesto, intentos violación intrafamiliar															
Problemas relacionados con la violación (extranos)															
Promiscuidad															
Otras formas de mal manejo de la sexualidad				1	1							1			
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia si mismo															
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia la pareja															
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los padres															
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia los hijos															
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia otros familiares															
Exceso de descargas agresivas dirigidas hacia otros objetos externos especificar															1
Ideas o impulsos homicidas															1
Otras formas de mal manejo de la agresión				1			1						13		
Síntomas relacionados con la depresión	1	1	4	2	10	2	3	1	3				2		5
Problemas relacionados con el suicidio										2					
Otros síntomas o situaciones relacionados con depresión				1											
Problemas asociados con el consumo de alcohol			1					1							
Problemas relacionados con el consumo de alcohol con la pareja									1						
Problemas relacionados con el consumo de alcohol de otro familiar														1	
Problemas relacionados con el consumo de alcohol de otra persona cercana															
Problemas asociados con el consumo de tabaco															
Problemas relacionados con el consumo de medicamentos															
Otras ADICCIONES						1									
Problemas relacionados con fobias y cuasifobias				2	1	1	1	2				2	2		
Problemas asociados con pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo compulsivo			1												
Problemas relacionados con el funcionamiento del organismo			1		1			1		1					1
Miedo a la muerte propia															
Miedo a la muerte de alguien cercano															
Miedo a la muerte de alguien cercano														2	2
Problemas escolares				1											
Problemas laborales y/o económicos									1		1	1			
Síntomas y/o sospechas de psicosis propia o de alguien cercano															
Otro motivo de consulta							1	2				1	1		
TOTAL	7	2	12	21	10	4	40	14	18	11	9	47	15		10

RESULTADOS

CAPITULO SIETE

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se hace el análisis cualitativo de los resultados y se da la conclusión del estudio.

Al realizar la descripción estadística de las muestras se nota como existen ciertas similitudes en ambas muestras, como son en las variables de sexo y edad. En cuanto al sexo de los usuarios el femenino predominó y por tanto se puede decir que se cumple con uno de los objetivos del sistema, esto es, que la población femenina se beneficie ya que es la que más se acerca a pedir ayuda psicológica, por sus mismas características de apertura a la posibilidad de mejorar su situación personal, pero sobre todo familiar. Aunque también es de importancia el notar que el sexo masculino poco a poco se va sensibilizando más a acudir a un servicio de terapia e ir eliminando ciertos tabúes acerca de el rol masculino, como los señala Díaz Guerrero (1991).

La edad de la población tuvo un rango bastante amplio por lo que podemos apreciar que este tipo de servicio es apto para todo tipo de edad, siendo su único requisito tener una capacidad de lenguaje, ya como lo describe Slaikeu (1988), existen dos tipos de crisis: las circunstanciales y las del desarrollo y debido a esto se justifica su presencia a cualquier edad, ya que aunque para otros no sea una crisis para el individuo si lo es no importando su magnitud, quedando demostrado esto en los resultados. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que la mayoría de la gente que habla al servicio tiene un promedio de edad de 33 años, esto nos hace reflexionar que la mayoría de la gente que habla esta atravesando por la mitad de su vida, y de acuerdo con

Sheehy (1990) está época es importante para que el individuo se establezca en la etapa de la edad adulta con todas las responsabilidades que esto implica.

En lo referente al Estado Civil podemos apreciar que si bien existen similitudes en cuanto a los rubros que tienen mayor porcentaje que son personas solteras y luego casadas, pero teniendo en cuenta que aun en las personas solteras o que no viven con su pareja el motivo de consulta que más se presenta es el relacionado con el rubro de problemas con la pareja, pensamos que finalmente la relación de pareja es muy importante para el individuo, tal vez por que esa soledad en la que vive lo llevan a buscar continuamente está relación y satisfacer así la necesidad de convivir y tener una identidad dada por la pareja.

En los resultados concernientes a la variable de escolaridad encontramos que existe menor escolaridad en las personas que hablaron a SAPT y mayor en SAPTEL, lo que reflejaría que la resistencia de pedir apoyo psicológico en la población de mayor estudio poco a poco se va venciendo aun interponiendo sus propios conocimientos, mientras que en la de menor escolaridad se mantiene fija, es decir que en este tipo de población finalmente se acercan a un servicio de apoyo psicológico, tal vez porque finalmente no tienen el conocimiento de lo que es este tipo de servicio.

En cuanto a la ocupación se observa que predomina la de "ama de casa" en ambas muestras, esto está relacionado directamente con que sea la mujer la que más hace uso de este servicio y también tiene relevante importancia este dato, ya que comprobamos que según "Díaz Guerrero" (1991). la mayoría de las mujeres adoptan una actitud de sumisión, esto es, continúan con el rol impuesto por la sociedad y por los patrones de crianza generándose esto frustración y tratando de encontrar un desahogo es que llaman a un servicio como SAPTEL, también es importante ver la relación que guarda esto con la escolaridad, ya que vemos que aunque la mujer ya ha alcanzado cierto nivel de estudios continúan con su rol de ama de casa.

Cabe hacer notar que los dos porcentajes mayores después de ama de casa en la muestra de SAPT nos hablan de personas que tienen un trabajo remunerado, aunque los salarios no sean muy altos a diferencia de las personas que hablaron a SAPTEL, que son estudiantes y desempleados, personas que no perciben salario alguno y que se ven gravemente afectados por la crisis económica. Al igual que en escolaridad la tendencia es a la baja y creemos que por esta baja posibilidad económica es que sus problemas emocionales se acentúan aun más y encuentran en Saptel un servicio adecuado a sus demandas, cubriéndose así nuevamente uno de los objetivos del servicio que es el de ayudar a personas con poca posibilidad económica y que no pueden estar trasladándose para recibir alguna ayuda psicológica.

En ambas muestras podemos apreciar que los grupos familiares son pequeños y si tomamos en cuenta el tipo de parentesco de las personas con las que vive podemos concluir que al tipo de familia a la que pertenece el usuario es a la familia nuclear predominantemente. Debido a que en las grandes ciudades como la de México los núcleos familiares tienden a ser más pequeños con el paso del tiempo, o bien aunque sean familias extensas en una ciudad como la de México la gente vive más apresuradamente recorriendo largas distancias diariamente y por las cuestiones económicas cubriendo incluso doble jornada de trabajo lo que trae consigo un alejamiento de la familia. Y como lo podemos apreciar en las dos tablas, la familias tienden a ser más pequeñas, pero también se multiplica rápidamente el número de ellas. Debido a lo anterior podemos concluir que es debido a esa "soledad" que las personas no tienen a quien recurrir en una situación de crisis y sólo cuentan con el teléfono. Apoyándose esto en la teoría de Karen Sullívan (1992) que menciona que en las familias nucleares se presentan más las crisis emocionales. A diferencia del interior de la república donde las familias son más grandes y se clasifican además como extensas teniendo una mayor probabilidad de relacionarse cercanamente con otras personas y tener un mayor número de opciones en cuanto se presenta una crisis para resolverla.

En cuanto al Tipo de Vivienda como se puede ver en las tablas en ambas muestras en su mayoría los constituye "casa sola" o departamento que en su mayoría son "propios" y luego rentados, lo

que nos hablaría de un nivel económico medio, pero no podemos asegurar esto ya que desconocemos la zona en la que viven las personas y si a esto se le agrega que reportaron un nivel de ingresos de 2 ó 3 salarios mínimos, podemos decir que a pesar de tener casa propia son personas de nivel económica bajo.

En cuanto a Motivo de Consulta podemos ver que el que en ambas muestras se presentan con mayor frecuencia "*Problemas de interacción con familiares pero no con la pareja*", "*Otro tipo de problemas con la pareja*", "*Tristeza o ánimo deprimido*", "*Problemas de separación y divorcio*", aun cuando tienen diferentes porcentajes y orden.

Concluimos que debido a la diferencia de la población en cuanto a género y al rol social que desempeña, se presentan los motivos de Consulta en ese orden y frecuencia. Debido a que el papel de Ama de Casa limita a la mujer a ese ámbito y por lo tanto de acuerdo con Díaz Guerrero (1991) los intereses, expectativas, están limitados a ese ambiente, y por lo tanto todos los problemas que pudieran tener los manifiesta en esta área y están relacionadas directamente con él, ya que es el lugar en el que pasa más horas durante el día. Además de que es en ella en la que recae con mayor peso la Crisis económica, debido a que tiene muchos más problemas para organizar su gasto familiar.

Aunque existan otros problemas psicológicos en forma latente y se demuestra con el hecho de que se presenta Tristeza o ánimo deprimido como el tercero en frecuencia.

Se ve que en la muestra de Cruz Roja los principales problemas fueron las Relaciones interpersonales, debido tal vez a la difusión que se ha hecho, abordando en esta principalmente problemas de este tipo para captar la atención del usuario; aunque creemos que los Motivos de Consulta son manifiestos y los latentes son otros. Pero como mencionamos en el capítulo I la psicoterapia breve actúa así, buscando la restauración al nivel de funcionamiento anterior a la crisis y no un cambio en la estructura de la personalidad.

Podemos decir que las diferencias en cuanto a la institución se justifican porque en el caso de Cruz Roja el nombre de la institución tiene implícito para los usuarios un estado de emergencia externo e inmediato, que rebasa sus posibilidades para resolverlo y es por esto que los motivos principalmente que se tuvieron se relacionan con la interacción familiar como por ejemplo violencia intrafamiliar, abandono del hogar por los hijos y por lo tanto buscan la ayuda por la necesidad del que se resuelva el problema inmediato.

Como se menciona arriba en los fines perseguidos por la psicoterapia breve y de emergencia se deja en segundo término lo caracterológico, pero justificamos la existencia de las diferencias significativas en cuanto a los Motivos de Consulta que se presentaron en ambas muestras debido a que creemos que las personas que hablaron en ese momento a la Facultad de Psicología buscaban un cambio más profundo debido a que sentían sus problemas no tan momentáneos ya que a parte de los problemas familiares fueron problemas relacionados con ansiedad, todo lo anterior debido a la diferencia de las instituciones en las que se hallaba instalado el servicio y el nombre les daba a las personas esa impresión.

Finalmente el impacto que tienen las palabras dentro de las campañas de difusión cumplen su razón de ser, esto quedo manifestado en las dos anteriores formas en que se anunciaba El Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono, esto es que en SAPT la difusión fue hecha en términos de problemas más personales y profundos y en Saptel fue hecha en términos de la familia, de la pareja, ya que se anunció en programas en los que se hablaba de estas situaciones fundamentalmente.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES

En la investigación encontramos como principal limitación el no poder obtener todas las cédulas de registro principalmente de SAPT, puesto que el haber tenido los datos de estas nos hubieran dado mayor información del servicio en esta etapa.

Otra limitación es que cuando el servicio se encontraba en la etapa de SAPT, no se contaba con un listado de motivos de consulta, por lo que este se escribía textualmente y creemos que de haber contado con dicho listado los terapeutas podían haber hecho una mejor clasificación.

Al realizar el llenado de la cédula de registro los terapeutas, dejan muchos espacios sin llenar y por esto muchas cédulas se tuvieron que descartar del estudio.

Quando los terapeutas llenan el espacio correspondiente a motivo de consulta generalmente solo anotan uno, es decir regularmente el reportado por el usuario, por lo que falta la valoración tan importante por parte del terapeuta es decir registrar el motivo latente.

SUGERENCIAS

Creemos que en el curso de capacitación para los terapeutas de SAPTEL sería de valiosa ayuda para estudios estadísticos en cuanto al llenado de la cédula y a la valoración del motivo de consulta.

Consideramos de relevante importancia el que en la población de México se realizaran estudios en cuanto a las crisis del desarrollo, puesto que generalmente se siguen las pautas que se establecen en otras poblaciones.

Se sugiere el realizar un estudio más amplio en cuanto al servicio SAPTEL, ahora en sus tres etapas como se menciona en el marco teórico, ya que creemos que esto nos arrojaría datos importantes en cuanto a este tipo de servicio psicológico y la población de México, sobre todo en la época actual.

BIBLIOGRAFIA

- Abrego, G. L. (1990). Tipo de información sobre nocividad por consumo de tabaco en una población escolar de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM.
- Ayuzo, J. L. Y Sáiz J. (1981). Las Depresiones Nuevas Perspectivas Clínicas Etiopatogénicas y Terapéuticas, ed. Interamericana España
- Bellack, S. L. (1975). Psicoterapia Breve y de Emergencia ed. Pax México.
- Bowlby, J. (1983). La pérdida afectiva. Tristeza y Depresión. ed. Paidós 1a edición Buenos Aires Argentina.
- Bravo, W. N. (1988). Psicoterapia breve aportación de un modelo teórico clínico de aplicación. Tesis Licenciatura Facultad de Psicología UNAM.
- Buendía, T. M. (1993). Perfil psicológico del paciente sintomático y asintomático del virus de inmunodeficiencia humana V.H.I. Tesis de licenciatura Facultad de Psicología UNAM México.
- Bustos, L. (1989). Motivo de consulta en un sistema de apoyo psicológico por teléfono. Tesis de licenciatura Facultad de Psicología UNAM México.
- Calderón, M. G. (1985). Depresión Editorial Trillas México.
- Canon, J. H. (1980). Sexualidad y Cultura Editorial Pax México.
- Calera, A. M. (1990) Conocemos nuestro cuerpo. Editorial Ediciones joven Barcelona España.
- Castro, R. M. (1991). Algunas características sociológicas del suicidio y del homicidio en el D.F. Tesis de licenciatura Facultad de Ciencias políticas UNAM México.
- Cerón, M. S. (1989). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono "Implementación Psicológica". Tesis de licenciatura Facultad de Psicología UNAM México.
- CIE- 10 (1992) O.M.S. Décima clasificación internacional de la enfermedad. Trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Meditor Madrid España.
- Coleman, V. (1989). Adictos y Adicciones, Editorial Gijalbo, México.
- Coolican, M. (1994). Métodos de investigación y Estadística en Psicología. Editorial

Manual Moderno. México.

- Contreras, N. L. (1984). Desviaciones Psicosexuales. Tesis de licenciatura Facultad de Psicología UNAM. México
- De la Fuente, M. (1987). El problema de la farmacodependencia. Revista de Salud Mental. Volumen 10, número 4.
- Díaz, G. (1995). Psicología del Mexicano. Editorial Trillas, México.
- DSM IV (1995). Diagnostic and statistical Manual of mental disorders Fourth edition Published by the American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Durkheim, E. (1987). El suicidio. Editorial Premio Buenos Aires Argentina.
- Edward, E. (1979). Alcohol Related Dissibilities Report of World Health Organization. Geneve.
- Fenichel, O. (1980). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.
- Finkelhor, A. (1984). Abuso sexual. Editorial Gedisa, México
- Freedman, N. (1984). Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat Editores, México.
- Gaytán, G. A. (1993). Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos del Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono. Universidad Iberoamericana México.
- Gaytán, G. A. (1995). Guía de Procedimientos para Saptel S. A. de C. V. Material inédito.
- Gómez del Campo, E. J. (1992). Intervención en las crisis Manual para el entrenamiento. Universidad iberoamericana, México.
- Godínez, J. A. (1994). El proceso de duelo y su relación con el V.I.H./SIDA. Tesis Facultad de Psicología UNAM, México.
- Hollander, E. P. (1968). Principios y métodos de psicología social. Editorial Amorrouto, México
- Huberte, G. (1973). Demografía. Editorial Ediciones Pirámide S.A. Madrid España.
- Hunter, T. A. (1967). El matrimonio moderno y la sexualidad. Editorial Paidós Buenos Aires Argentina.

- Jones, K. C. (1983). Sexualidad Humana. Editorial Páx, México
- Kaplan, M. S. (1989). Disfunciones sexuales. Diagnostico y tratamiento de las aversiones y fobias sexuales. Editorial Grijalbo, México.
- Knobel, M. (1987). Psicoterapia Breve. Editorial Paidós, Buenos Aires Argentina.
- Kolb, L. C. (1976). Psiquiatría clínica moderna, Editorial Prensa Mexicana, 3a edición, México.
- Laplanche y Pontalis. (1970). Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Paidós, Buenos Aires Argentina.
- Lopéz, L. J. (1993). La satisfacción marital y su relación con el Locus de Control. Tesis de maestría, Instituto Mexicano de la Pareja, México.
- Luna, D. P. (1990). Prevención de la Farmacodependencia. Tesis de licenciatura Facultad de Psicología UNAM, México.
- Madden, J. S. (1986). Alcoholismo y Farmacodependencia. Editorial Manual Moderno. México.
- Mackinnon, R. A. Y Michels, R. (1973). Psiquiatría clínica aplicada. Editorial Interamericana, México.
- Marvan, M. L. Y Cols. (1988). El desarrollo de los conceptos Biológicos sobre la Depresión. Vol. Estud. Med. Biológico, México.
- Más Condes, (1989) La farmacodependencia en México. Revista de salud mental volumen 10 México.
- Medina, N. (1987). Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. Revista de Salud Mental volumen 10. México.
- Mccary, J. L. Y Mccary, S. P. (1983). Sexualidad humana de Mccary. Editorial Manual Moderno 4a edición, México.
- Minuchin, S. (1985). Familias y Terapia Familiar. Editorial gedisa, México.
- Molina, P. V. (1985). El alcoholismo en México. Fundación de Investigaciones Sociales A. C. México.

- Moreno, L. J. (1991). La micro y mediana Industria ante el TLC con E.U. y Canadá. Tesis de licenciatura Facultad de Contaduría UNAM, México.
- Noriega, E. (1981) El aborto, "El derecho a la libre maternidad". Editorial Editores Mexicanos Unidos 2a edición, México
- Noriega, L. (1993) El ciclo vital de la pareja. Tesis de maestría Instituto Mexicano de Terapia de Pareja, México
- Papalia, W. (1989), Psicología. De. Mc Graw Hill, México.
- Portuondo, (1990) Psicología clínica. Editorial trillas, México.
- Puente, S. F. (1989) Reporte sobre una clínica de Tabaquismo, Revista de salud mental Volumen 5. México.
- Reidl, L. (1988). Diferencias culturales y sexuales en la pareja. Tesis de maestría facultad de psicología. UNAM, México
- Rillaer, E. (1985), La agresividad Humana. Editorial Trillas, México
- Rodríguez, R. (1984) Centros de Integración Juvenil. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM, México.
- Seligman, M. (1981). Indefensión en la Depresión, el desarrollo y la muerte. Editorial Debate, Madrid España.
- Slaikue, K. A. (19889). Intervención en crisis. Editorial manual moderno, México.
- Small. (1978). Psicoterapias Breves. Editorial Gráficos, Barcelona España.
- Spiegelman, M. (1972). Introducción ala Demografía. Editorial Fondo de cultura económica, México.
- Sprott, S. (1973). Grupos Humanos. Editorial paidos, México.
- Storr, A. (1975). Las desviaciones sexuales. De. Paidos, 2a edición, Buenos Aires Argentina.
- Tapia, (1990). El consumo del tabaco en el D.F. Revista de Salud mental volumen 13, México.

Trujano, R. P. (1992). Violación y atribución de culpa. Tesis doctoral Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona España.

Vallejo, R. J. (1990). Trastornos afectivos ansiedad y depresión. Editorial Salvat editores S.A. Barcelona España.

PERIODICOS Y REVISTAS

Arroyo. (1992). Un delito cada cuatro minutos. El Universal. 14 de enero de 1992.

Castañeda, G. (1993) Hacia otro TLC. Revista nexos V1 93. México.

Gonzalez, R. (1993) matrimonios que terminan en divorcio. Periodico Novedades 25 de Abril pp. 1. México

Lobro, A. (1991). TLC Instrucciones de uso. Rev. Nexos. Octubre. México

Lozano, A. L. (1992). La pobreza en el último decenio. Periodico la Jornada 26-III-1992 pp. 5 México.

Martín, (1991). La Contaminación en el D. E. Uno más Uno 1o. de marzo de 1993. México.

Mendoza, R. (1993) El suicidio en México. Revista Como Marzo Volumen 4, México.

Monroy, (1992). Drenaje. Uno más Uno. 5 de enero de 1992. México.

Rivera (1992). Bandas juveniles en la Cd. de México. El Financiero. 11 de noviembre de 1992. México.

Rodríguez, (1992) La Cd. de México sumida en el smog. La jornada 1992. México.

Rojas, B. (1993). La pobreza en México. Periodico el Universal 31 de marzo. México

Rubio, L. (1991) El TLC y la democracia. Revista nexos Enero. México.

Salazar, A. (1992). Las micro y pequeñas industrias que están en riesgo de desaparecer por el TLC. Periodico la Jornada 25 de Noviembre pp. 44. México.

Sin Autor. (1991). Migraciones. El financiero 27 de diciembre de 1991. México.

Sin Autor (1992). Bandas de Jóvenes delincuentes en la Ciudad de México. La Jornada 1992. México.

Sin Autor (1993). Salarios más bajos. El Universal 3 de marzo de 1993. México.

Sin Autor (1993). Deserción de centros educativos. La Jornada 3 de abril de 1993. México.

ANEXOS



ORGANIZACIÓN MUNDIAL
DE SALUD MEXICAL

SAPTEL



CEJULA 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	No. de terapeuta	Hora inicio	Hora fin	Duración	Referido	
						Motivo	Lugar

2. Otro tratamiento psicoterapéutico: A. actual SI NO
B. anterior SI NO
- 2a. Tipo _____ 2b. Hace cuánto _____ 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 Apellido _____
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 información _____
14. Motivo de Consulta _____

Examen Mental

- 13. Discurso espontáneo _____
- 14. Alteraciones discurso _____
- 15. Alteraciones contenido pensam. _____
- 16. Contenido Afectivo _____
- 17. Alteraciones senso-percepción _____
- 18. Alteraciones Memoria _____
- 19. Trastornos Orientación _____
- 20. Inteligencia _____
- 21. Ritmo del discurso _____
- 22. Alteraciones discurso _____
- 23. Alteraciones contenido pensam. _____
- 24. Contenido Afectivo _____
- 25. Alteraciones senso-percepción _____
- 26. Alteraciones Memoria _____
- 27. Trastornos Orientación _____
- 28. Atención y Concentración _____
- 29. Grado de reconocimiento problema _____

Sintomatología Específica

- 29. Síntomas Somáticos _____
- 30. Aumento atención funciones corporales _____
- 31. Alteraciones en el dormir _____
- 32. Obsesiones-compulsiones _____
- 33. Disminución concentración _____
- 34. Despersonalización _____
- 35. Fatiga _____
- 36. Hipnóticos _____
- 37. Irritabilidad _____
- 38. Animo depres _____
- 39. Ansiedad _____
- 40. Fobias _____

Diagnóstico

- 41. 9ª Clasificación O.M.S. _____
- 42. D.S.M. III - R _____
- 43. Dx. asignado en supervisión _____
- 44. Agregado _____
- 45. Agregado _____

Datos del Terapeuta

- 46. Nombre _____
- 47. Procedencia _____
- 48. Supervisa este caso SI NO _____
- 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 _____
- 55. Profundidad de la Alianza Terapéutica _____
- 56. Tipo de aproximación terapéutica _____
- 44. N° _____
- 47. N° Supervisor _____

Comentarios

MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES
(PRIMERA CLASIFICACION)

12 de octubre 1992 - febrero 1993

1. Problemas de pareja
2. Problemas familiares
3. Depresión
4. Angustia y ansiedad
5. Fobias
6. Alcoholismo y drogadicción
7. Problemas sexuales
8. Violación
9. Agresión
10. Suicidio
11. Problemas interpersonales
12. Obsesiones y compulsiones
13. Información
14. Canalización
15. Combinadas
16. Psicosis

0011205 DE CONSULTA MAS FRECUENTES

(Estrategia CLASIFICACION)

Marzo 1971 - Agosto 1970

1. Problemas resultado de la interacción y/o situación con la familia
2. Problemas resultado de la relación conyugal (pareja)
3. Problemas relacionados con separación o divorcio
4. Problemas por enfermedad emocional o física de algun familiar
5. Intento suicida
6. Sintomatología asociada a la depresión
7. Problemas asociados a la ansiedad
8. Temores específicos incluyendo fobias y claustrofobias
9. Problemas relacionados o asociados con pensamientos y/o actos obsesivo-compulsivo
10. Deficiencia en el repertorio de interacción social
11. Problemas relacionados con agresividad
12. Problemas relacionados con el funcionamiento del organismo y/o enfermedades físicas
13. Problemas relacionados al consumo de medicamentos

(farmacodependencia)

14. Problemas asociados con el ciclo del sueño incluyendo:
insomnio
15. Distinciones psicosexuales (homosexualidad, bisexualidad,
etc.)
16. Problemas asociados con la fertilidad o infertilidad
incluyendo aborto
17. Problemas asociados con el incesto incluyendo intento de
violación
18. Violación por extraños
19. Miedo al contagio y/o presencia de enfermedades venéreas
incluyendo SIDA
20. Problemas económicos y/o laborales
21. Problemas escolares
22. Problemas relacionados con el consumo del alcohol
23. Problemas asociados a la drogadicción incluyendo
tabaquismo.
24. Información sobre servicio de PSIC. INC. EDUC. ESPECIAL Y
SAPTEL
25. Canalización
26. Síntomas v/o sospecha de psicosis.