

58
2 es.



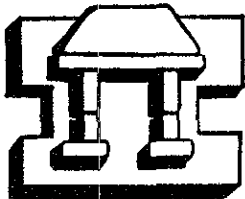
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE Y EL TERAPEUTA".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA :
RAFAEL CORTES FUENTES



IZTACALA

DIRECTOR: MTR. SALVADOR SAPIEN LOPEZ
SINODALES: MTRA. DIANA CORDOBA BASULTO
LIC. MARIA DE LOS ANGELES CAMPOS HUICHAN

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

264759

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**A MI MADRE, POR SU EJEMPLO
DE LUCHA, APOYO, AMOR Y
COMPRESION QUE SIEMPRE
HA BRINDADO. .GRACIAS MAMA**

**A MIS HIJAS, ZAIRA Y MONSERRAT
PORQUE ELLAS SIGNIFICAN UN
ESTIMULO IRREEMPLASABLE EN
MI VIDA, Y EL DESEO DE SER
CADA DIA MEJOR PADRE
Y SER HUMANO.
LAS QUIERO MUCHO
CHIQUITAS...**

**A MI ESPOSA GABY, POR ESTAR
SIEMPRE CONMIGO EN LOS
MOMENTOS DIFICILES Y
MANTENER VIVOS LOS IDEALES
QUE NOS UNEN...TE QUIERO
MUCHO**

**A MI HERMANA OLIVIA, POR TODOS
ESOS MOMENTOS QUE HEMOS
COMPARTIDO COMO GRANDES
AMIGOS; Y TU FORTALEZA PARA
SEGUIR ADELANTE Y APOYARME
SIEMPRE...**

**A MI HERMANO MIGUEL, PORQUE
LOGRE CONCRETAR
SUS METAS PROGRAMADAS,
PROCURANDO SER CADA VEZ MEJOR.**

**A DIANA, RICO, LETY, ALDO Y JESSI,
PARA QUE SEPAN QUE ANTE TODO
SOMOS UNA FAMILIA UNIDA, Y QUE LOS
TRIUNFOS SE CONSIGUEN LUCHANDO
SIN PERDER ESE NIÑO INQUIETO QUE
TODOS LLEVAMOS DENTRO...**

AL PROFESOR SERGIO LOPEZ RAMOS,
POR CULTIVAR EN MI EL COMPROMISO
PERSONAL Y PROFESIONAL; ASI COMO
LA BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS QUE
DIGNIFIQUEN LA CALIDAD DE VIDA
DEL INDIVIDUO.

AL SR. JOSE MARQUEZ, POR SU AYUDA
INCONDICIONAL Y LAS FACILIDADES QUE
ME BRINDO PARA PODER CONCLUIR
EL PRESENTE TRABAJO.

A GERARDO ALONSO, POR REFORZARME
EL CAMINO DE LA SUPERACION Y
DESARROLLO DEL ESPIRITU

A MAY Y MEMO POR SU AMISTAD OFRECIDA
Y EL APRENDIZAJE QUE JUNTOS CONSTRUIMOS

A MIS ASESORES, POR EL APOYO OFRECIDO
Y SU DEDICACION AL TRABAJO DOCENTE.

AL SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR
TELEFONO POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD
DE ADQUIRIR CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS
NUEVAS EN MI FORMACION PROFESIONAL..

...Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE
COLABORARON DIRECTA E INDIRECTAMENTE
EN LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

INICIAR EL CAMINO QUE LLEVA AL CONOCIMIENTO
Y DESARROLLO DEL ESPIRITU,
REQUIERE NO SOLO DEL DESEO QUE
SE TENGA POR SABER, NI DEL SABER POR HACER,
IMPLICA EL COMPROMISO CON UN
PROCESO INTEGRAL QUE
AL HOMBRE NO LE FUE REGALADO...

REQUIERE DE LA VOLUNTAD, ESFUERZO
Y CONSTANCIA POR TRASCENDER
LAS BARRERAS DEL EGO Y
LA CONFORMIDAD...

EL CONOCIMIENTO OBTENIDO CON
EL DESEO DE COMPRENDER E
IDENTIFICAR EN QUE
MOMENTO VIVES,
Y QUE PUEDES APORTAR
A LA VIDA,
ES EL CONOCIMIENTO QUE
TE PERMITE INICIAR LA BUSQUEDA
DEL SABER UNIVERSAL...

R.C.F.

INDICE

INTRODUCCION	3
CAPITULO I. "ESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO"	
1.1 Origen	6
1.2 Características generales del sistema	8
1.3 Objetivos del sistema	10
1.4 Intervención telefónica según el tipo de llamada	11
1.5 Características del paciente y del terapeuta	17
CAPITULO II. "INTERVENCION PSICOLOGICA EN SAPTEL"	
2.1 Concepto de crisis emocional	24
2.2 Intervención en crisis	29
2.3 Psicoterapia breve	36
2.4 Terapia Focal	39
CAPITULO III. "LA EFECTIVIDAD EN PSICOTERAPIA"	
3.1 Concepto de Salud Mental	44
3.2 Evaluación de la psicoterapia	46
3.3 Ejemplos de efectividad en psicoterapias	51
Objetivo General	59
Objetivos Específicos	59
METODO	61
PROCEDIMIENTO	65
RESULTADOS	67
DISCUSION	82
CONCLUSIONES	103
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	106
ANEXOS	109

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como finalidad priorizar la identificación de la efectividad del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, contextualizado por el cumplimiento de expectativas y objetivos personales y profesionales del paciente y el terapeuta dentro de la terapia telefónica en crisis. Se utilizó como instrumento de medición una entrevista estructurada que se aplicó telefónicamente a los pacientes, y de forma personalizada a los terapeutas en las instalaciones del servicio en la Cruz Roja Mexicana polanco. La población contemplada fué seleccionada azarosamente sumando un total de 51 individuos; de igual forma la investigación se caracterizó por ser un estudio de tipo exploratorio y descriptivo. Los resultados indican que la eficacia terapéutica del sistema se contempla en cuatro categorías: 1)Por ser un servicio anónimo, inmediato, gratuito y accesible; 2)Porque posibilita al paciente la libre expresión de emociones y sentimientos relacionados con el problema; 3)Porque permite al mismo recibir atención y comprensión del terapeuta, ubicar la conflictiva y mejorar el estado anímico. En el caso del terapeuta, tranquilizar al paciente, identificar la problemática así como apoyarlo y orientarlo y; 4)Porque da cumplimiento a algunos de los objetivos generales del sistema, por ejemplo: incremento del número de intervenciones terapéuticas; atención prioritaria a personas del sexo femenino, etc. Se concluye que en la sesión terapéutica telefónica en crisis entre paciente y terapeuta sólo se dá una solución temporal al problema del paciente, y no se toma la dirección necesaria para habilitar al mismo en el desarrollo y manejo de estrategias cognitivo-conductuales, que le permitan afrontar satisfactoriamente problemas surgidos a nivel individual e interpersonal. Por lo que se torna importante realizar una serie de evaluaciones periódicas de la eficacia del servicio desde diferentes ópticas o parámetros de medición. Así como el aumento de investigaciones sistematizadas sobre la teoría y técnica en esta modalidad terapéutica.

FALTAN PAGINAS

De la: 1

A la: 2

INTRODUCCION

La necesidad de contacto físico, aceptación y expresión de pensamientos y sentimientos, es un factor que actualmente, y gracias al desarrollo industrializado y la desorganización de las masas, adquiere una gran trascendencia para la integridad y estabilidad de los individuos. Prioritariamente, hacia aquellos que han atravesado por crisis emocionales y problemas agudos de diversa índole. Por esta razón, surgen instituciones que pretenden como fin supremo, mejorar la calidad de vida del ser humano, sea mediante acciones filantrópicas o sistemáticamente estructuradas de carácter profesional.

No obstante, la búsqueda de la felicidad y el bienestar físico y mental tiene un precio, que va desde el pago económico del servicio requerido hasta el establecimiento de un compromiso personal con el objeto solicitado (p.e. médicos, terapeutas, instituciones, etc.); panorama que por las críticas condiciones económicas y socioambientales se dibuja un tanto desolador.

Sin embargo, sería conveniente vislumbrar qué sucede con aquellas instancias que pretenden dar opciones que dignifiquen el estado psicológico y emocional de los individuos, elementos que posibilitarán el desarrollo de una serie de cualidades y comportamientos capaces de hacer frente, de manera provechosa, a los ritmos de vida.

Surge de esta forma el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, institución no gubernamental y de carácter no lucrativo, que pretende entre otras cosas brindar un servicio de atención psicológica a la población que se encuentre en momentos críticos vivenciales o en algún tipo de emergencia emocional; modalidad de ejercicio profesional que actualmente es utilizado por una gran cantidad de usuarios.

Realizando un recuento del proceder del servicio y del nivel de impacto que ha generado entre los usuarios en su tiempo de operatividad, se identifican una serie de categorías que denotan que en efecto la atención y tratamiento telefónico tiene una ingerencia psicológica satisfactoria en el individuo, que permite la catársis emocional, tranquilidad y la solución de problemas personales.

La atención psicológica por teléfono puede conceptualizarse como un complemento de la terapia personalizada (cara a cara) con funciones de corte preventivo en cuanto a la aparición de trastornos emocionales. Aunque también se ha encontrado que este servicio sólo constituye un paliativo para la solución de los problemas antes señalados, descuidando el aspecto preventivo propiamente dicho.

Contemplando los aspectos anteriores y retomando el planteamiento referente a la calidad de servicio que éste pueda brindar, es posible mencionar la existencia de condiciones que cuestionen qué tan efectivo es el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

De esta manera, el personal encargado de establecer y mantener el contacto psicológico telefónico se caracteriza por ser prioritariamente estudiante o pasante de la carrera de psicología; que justifica su permanencia por cumplir un servicio social, realizar prácticas profesionales o simplemente ofrecerse como terapeuta voluntario.

El punto central y planteamiento original de la presente investigación gira en torno a interrogar si existe alguna adecuación o compatibilidad entre las metas personales de los terapeutas del servicio, con los fines institucionales y los objetivos dentro del proceso terapéutico.

Considerando por una parte, que es un campo laboral que va a formar y permear una actividad satisfactoria y que se piensa ejercer de manera profesional; y por la otra, se destaca la calidad de servicio que se ofrece a los usuarios, es decir, en qué términos se pueden evaluar los resultados terapéuticos y si estos están encaminados a repercutir positivamente en el comportamiento de los individuos.

Aunando la trascendencia de la investigación en un campo poco explotado en México, como lo es la atención y tratamiento psicológico del sujeto mediante la terapia telefónica.

En términos generales se puede mencionar que en la presente investigación, el planteamiento del problema estriba en relación a la identificación del cumplimiento o satisfacción de expectativas y objetivos personales y profesionales entre paciente y terapeuta, inmersos en un proceso terapéutico.

Finalmente, a lo largo de este trabajo se identifican otros elementos que dan cuenta del proceso terapéutico, de las ventajas y limitaciones del servicio y en general de otros parámetros relacionados con la eficacia del apoyo psicológico por teléfono.

CAPITULO I

ESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE APOYO

PSICOLOGICO POR TELEFONO

1.1 Origen.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) se constituye como un servicio definitivo después de haber pasado dos etapas anteriores de evaluación. La primera de ellas surgió 48 hrs. después de ocurridos los sismos de 1985, atendiendo satisfactoriamente alrededor de 700 personas con daños psicológicos como angustia, depresión, soledad, nerviosismo, relación interpersonal deficiente, y un alto grado de estrés.

La segunda etapa del servicio (julio de 1987) atendió aproximadamente a 400 personas, de las cuales una cuarta parte se canalizaron a otras instituciones y organismos no gubernamentales, entendiéndose de esta manera que el grueso de esta población fué atendida por SAPTEL. Cabe mencionar que estas etapas se constituyeron por iniciativa conjunta de la Facultad de Psicología de la UNAM y la Federación Mundial de Salud Mental.

La tercera etapa y actual del sistema, se inaugura el 12 de octubre de 1992, misma que hasta la fecha sigue cumpliendo con sus actividades. Esta es el resultado de un trabajo conjunto de la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial de Salud Mental.

La instauración y participación de este servicio se debió principalmente a la falta de instituciones privadas y/o gubernamentales que pudieran brindar una atención psicológica profesional por teléfono.

El sistema se encuentra conformado en su mayoría por pasantes de la carrera de psicología de diferentes universidades, mismos que se ocupan de brindar atención psicológica vía telefónica en situaciones de crisis emocional. Su estancia ahí se debe principalmente al cumplimiento de su servicio social, prácticas profesionales o voluntariado sin percibir goce de sueldo alguno.

La organización interna del sistema se estructura y clasifica en varios subgrupos ó comités y coordinaciones. Por mencionar algunos se encuentran la dirección operativa, directorio, asistencia, servicio social, archivo, papelería, coordinadores de guardia, etcétera (Anexo 1). De esta manera, todos los terapeutas además de asistir a sus guardias tienen asignadas otras actividades según el comité o coordinación al que pertenezcan, aunado a la asistencia obligatoria del curso de capacitación y/o seminario clínico, efectuado cada viernes de 16:00 a 18:00 hrs. pm; así como a su respectiva asesoría de casos o de grupo pequeño.

Es importante señalar que el enfoque teórico con el cual fué estructurado el programa de SAPTEL (p.e. el manual de procedimientos y cédula de registro) es de tendencia psicoanalítica, aunque un alto porcentaje de terapeutas es de formación conductual y otro más de corriente humanista.

1.2 Características generales del sistema

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono contempla entre sus posibles beneficiarios a hombres y mujeres de bajos recursos económicos sin considerar su edad; mujeres supeditadas económicamente; personas en situación de crisis emocional o emergencia psicológica, así como individuos para quienes la interacción humana cara a cara es difícil o imposible.

De ahí que los puntos cruciales en los cuales se sustenta el sistema sean:

---El escuchar, orientar y apoyar psicológicamente a la población que requiera ayuda en situación de crisis.

---El promover un desarrollo mejor del individuo, en cuanto a su productividad, el mejoramiento de sus relaciones interpersonales y su calidad de vida.

Por lo tanto, este sistema se diferencia de otro tipo de terapia breve y de emergencia por que la recepción de la información por parte del terapeuta sólo se limita a la modalidad sensorial auditiva; el trabajo no es por cita y permite que el usuario "decida" el momento de finalizar la sesión.

En otros países se ha encontrado que existen bastantes ventajas en la utilización de los servicios telefónicos de urgencia, en el caso de SAPTEL se pueden mencionar los siguientes:

- 1.-Seguridad al usuario de contar con un servicio de apoyo psicológico ante cualquier situación y en diferente momento, las 24 hrs. del día.
- 2.-Permite ahorrarse distancias que podrían ser un factor clave en determinado momento.
- 3.-Salvar la inseguridad del usuario de una terapia cara a cara, debido a razones particulares poderosas (p.e. sus apariencias físicas, algún tipo de fobia, su situación económica, etcétera).
- 4.-Anonimato.
- 5.-Control del usuario sobre el tiempo y contenido de la llamada.
- 6.-Cuenta con la opción de que el usuario llame en horarios ajenos al de su terapeuta (sí es paciente de seguimiento), cuando se encuentre en una crisis emocional, con la posibilidad de que sólo sea escuchado.

Debido a que es un servicio que se encuentra en proceso de consolidación y ajuste, presenta también algunas desventajas:

- 1.-Falta de continuidad en la relación terapéutica y dificultades para establecer procedimientos de seguimiento de casos.
- 2.-Interrupciones telefónicas ajenas al usuario y el terapeuta.
- 3.-Carencia de información proveniente de los mensajes no verbales y corporales de la persona.
- 4.-No ofrece el servicio de prescripción de cualquier tipo de fármaco independientemente de la problemática en cuestión.
- 5.-Incapacidad de manejar casos psiquiátricos severos.

1.3 Objetivos del sistema

Las mismas características de la sociedad contemporánea sean crisis económicas, deterioro ecológico, expansión demográfica e inseguridad en el plano de las relaciones interpersonales, parecen ser propicias para la aparición y desarrollo de padecimientos de tipo emocional; si estos se atienden con prontitud y adecuadamente se podría evitar o prevenir el desarrollo de problemas aún mayores. De ahí que se considere que SAPTEL tenga su intervención en diferentes niveles:

a) Como una alternativa fácil de utilizar para aquella persona que busque información relacionada con servicios de salud mental.

b) Como una opción viable y práctica para la canalización o enlace entre el usuario y el servicio especializado de salud mental.

c) Como un servicio de psicoterapia breve y de emergencia gratuito para la comunidad en general, en funcionamiento las 24 hrs. del día los 365 días del año.

d) Representa para muchas personas la única posibilidad real de aproximación psicoterapéutica, es decir, que posibilita la atención y solución de problemas de índole psicológico.

Objetivos generales del sistema

1.- Ofrecer un buen servicio telefónico de psicoterapia de apoyo y/o de corta duración para situaciones de emergencia o crisis.

II.-Promover que el servicio sea utilizado principalmente por personas de bajos recursos económicos.

III.-Promover que este servicio sea utilizado principalmente por mujeres.

IV.-Lograr que el servicio alcance el mayor número de usuarios posible.

V.-Servir da canalización o enlace entre los usuarios (principalmente aquellos con recursos suficientes como para acudir a servicios de salud mental, tanto institucionales como privados, de voluntarios o de autoayuda).

VI.-Que el sistema gracias a su altísimo valor heurístico, sirva como fuente de información para incrementar el conocimiento científico en relación con el sector de salud mental en México.

VII.-Que SAPTEL se convierta en un modelo a seguir para que con las adaptaciones necesarias según el país o región, este tipo de servicio se extienda primero al interior de la República Mexicana y posteriormente a los demás países de Iberoamérica y del Caribe.

1.4 Intervención telefónica según el tipo de llamada.

Rodríguez (1984) menciona que la utilización del teléfono ha incrementado notablemente en nuestros días debido principalmente a que en las relaciones cotidianas del ser humano se ha presentado una pérdida de socialización inmediata y personal, fenómeno llamado "despersonalización urbana".

La implementación del teléfono como medio de comunicación y enlace ha permitido que se vayan conformando nuevos ambientes y por lo tanto, el mantenimiento del contacto psicológico del individuo al aprovecharse el momento crítico por el cual atraviesa. Posibilitando de esa manera una intervención corta y esperando así obtener efectos importantes.

Por su parte, Kolb (1983; en Rodríguez, 1984) señala que el hecho de que la entrevista telefónica inicial se presente de manera privada, da al paciente la sensación de igualdad y ayuda a que éste hable más. Sin embargo, el paciente no se dará a conocer a menos que el psicólogo muestre signos de interés y comprensión, haciéndole sentir que se le está tomando en cuenta y que se le está dando un trato digno, considerando así sus acciones y declaraciones.

Es fácil determinar que el papel del teléfono es de suma importancia en el ejercicio profesional del psicólogo en relación con los sucesos desfavorables que acontecen en la vida cotidiana de los sujetos. De ahí que SAPTEL se constituya como una alternativa mediante la cual el usuario puede encontrar apoyo, comprensión u opciones para hacer frente a sus problemas psicológicos y emocionales.

Cabría preguntarse entonces cómo es el proceso mediante el cual el terapeuta telefónico ofrece apoyo psicológico y de qué manera se realiza. A continuación se menciona brevemente el proceso habitual que sigue una llamada telefónica recibida en SAPTEL:

Al mismo tiempo que suena el timbre telefónico el terapeuta comienza su labor propiamente dicha. La primera decisión que éste debe tomar consiste en determinar qué tipo de llamada es, puesto que existen tres posibilidades, las llamadas de información, de canalización y las de consulta o primera vez.

Es importante escuchar con atención el discurso del usuario, comprendiendo la gama emocional que lo envuelve, para poder determinar a cual de los tres grupos pertenece.

Por citar un ejemplo se dice que la solicitud de información viene acompañada en ocasiones, de una actitud un tanto relajada del usuario, sin matices emocionales en su voz ni en su discurso que delaten la presencia de un situación de crisis o emergencia psicológica; en otras de una carga emocional intensa y, a veces, el usuario que requiere el servicio se encuentra a un lado de la persona que efectúa la llamada, y solamente con esta pequeña presión accede a tomar el teléfono y plantear su problemática.

Llamada de información

Si el usuario formula una pregunta específica y deja claro el motivo de su necesidad, se da respuesta a la pregunta. Por ejemplo, la solicitud de proporcionar el teléfono de alguna clínica psiquiátrica infantil. Por el contrario, cuando éste manifiesta un deseo general o inespecífico, o no deja claro sus motivos o necesidades, será necesario que el terapeuta investigue las razones de la solicitud y según la información obtenida volver a iniciar este proceso de decisión para saber si requiere información, canalización o consulta.

Existen varias opciones mediante las cuales el usuario solicita información expresamente sobre:

- El propio SAPTEL.
- Servicios de psicoterapia incluido el sistema.
- Otros servicios del sector salud.
- Servicios públicos no relacionados con el sector salud.
- Otros (se tiene que especificar).

Llamada de canalización

Se clasifica la llamada como solicitud de canalización, cuando el usuario requiere datos con respecto a alguna institución a la cual acudir por ayuda psicológica, pero sin tener una noción concreta de lo que se busca.

En este caso se debe investigar tanto la razón del deseo de iniciar consulta como el tipo de aproximación deseado o imaginado por el usuario (en caso de haber alguno); partiendo de ello el terapeuta realizará una evaluación rápida de la situación y decidirá el lugar que recomienda para que el sujeto reciba la atención que busca y precisa.

Los parámetros bajo los cuales el terapeuta se guía para decidir el lugar de la canalización pueden ser los siguientes: a) el deseo del usuario en cuanto al tipo de tratamiento buscado, b) el tipo de problemática que presenta el usuario, para saber si existe alguna o varias aproximaciones psicoterapéuticas específicas para su padecimiento; c) La opinión del terapeuta que recibe la llamada, en función del tipo de aproximación terapéutica que considere más adecuada.

Ejemplos de los lugares citados son los servicios de emergencia, Centros de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), terapia de grupo, terapia familiar, servicios psiquiátricos institucionales y privados, alcohólicos anónimos, etcétera.

Llamada de consulta o primera vez

En este tipo de llamada lo primero que se tiene que hacer es verificar si el usuario cuenta actualmente con una terapia externa o si ya había llamado con anterioridad al servicio.

En el primer caso, si la respuesta es afirmativa el reglamento interno delimita que se debe desalentar la consulta; en el segundo, al no ser la primera vez que llama, se trata de una llamada consecutiva o de seguimiento.

Sin embargo, cuando la llamada no considera estas dos opciones, el terapeuta telefónico debe atender el caso brindando el mayor apoyo, comprensión y profesionalismo posibles; elaborando para ello, la correspondiente cédula de registro o expediente, anexando en un hoja los comentarios que haya sido necesario realizar (anexo 2).

Este tipo de intervención incluye dos tipos de categorías que no se excluyen entre sí:

A)Emergencia psicológica. Es entendida como el desequilibrio psicológico intenso provocado por acontecimientos externos al individuo. Debido a su magnitud generan una "paralización" de la capacidad del individuo para afrontarlos (Dixon, 1987), y por lo tanto, es necesario el apoyo de personal capacitado empleando algún tipo de terapia de apoyo (p.e. terapia respiratoria, de relajación, consejo terapéutico,etcétera).

B)Crisis emocional. La terminología psicoanalítica la define como una respuesta sistemática del individuo a un desequilibrio psicodinámico íntimamente relacionado con procesos del mundo interno inconsciente del sujeto (Gaytán, 1993).

El procedimiento que teóricamente se debe de seguir consiste en hacer todas las preguntas pertinentes hasta conocer a fondo la situación y comprender sus motivaciones. Una forma de lograrlo es investigando principalmente: lo que provoca la mayor angustia o ansiedad, si existe depresión y el posible manejo de duelos; qué es lo que pudiera generar el mayor sentimiento de culpa y, el nivel de tolerancia a la frustración del individuo.

Lo anterior debe de ir acompañado de cualquier procedimiento terapéutico que esté respaldado por un cuerpo teórico más o menos sistematizado, como por ejemplo: psicodrama, terapia de conducta, ensayo cognitivo, terapia educativa, psicoterapia de apoyo, etcétera.

Dixon (1987) considerando las categorías anteriores, elaboró algunos postulados generales sobre el origen y mantenimiento de la conducta humana, comprensibles desde el enfoque social, se mencionan a continuación algunos de ellos:

---Toda conducta humana tiene una causa, y las causas siempre incluyen complejas interacciones interpersonales entre el individuo y otra gente así como el ambiente.

---La conducta tiene propósitos, la gente intenta satisfacer sus necesidades para adaptarse a su ambiente social, y defenderse de algunos estímulos que atentan contra su equilibrio emocional.

---Todos los humanos experimentan los mismos sentimientos y conductas, las diferencias básicas entre la gente no son diferencias de clase sino de grado o extensidad.

---El individuo y su ambiente social forman una unidad, un campo interaccional.

---El estrés y los conflictos son una parte inevitable de la vida. Para vivir feliz y productivo, el individuo debe de comenzar a aprender modelos de conducta para que pueda entonces mantener y restaurar su sentido de equilibrio.

---El camino para que la persona funcione psicológicamente es la acumulación de resultados de sus experiencias de vida y el proceso de socialización.

---El funcionamiento social efectivo está relacionado con la naturaleza de la creación biológica, el ambiente social y las fases específicas del ciclo de vida

---El individuo social funciona con un rango que va desde la alta efectividad hasta la ineficiencia.

---La disfunción psicosocial puede ser mejorada por la contribución de medidas y evaluaciones en el individuo y en el ambiente, así como por la intervención terapéutica.

1.5 Características del paciente y el terapeuta.

La relación terapéutica es una práctica profesional, misma que no se debe ni se puede considerar como una mera conversación amistosa cargada de prejuicios sino como un acuerdo establecido deliberadamente cuyos fines consideren el eliminar, suprimir o hacer desaparecer, aquello que el paciente presenta como perturbador en su vida, es decir, sus síntomas.

De ahí que se considere que el primer paso para poder aceptar un tratamiento de manera eficaz, sea que el paciente asuma el papel real de persona enferma. Así, las personas que utilizan por primera vez el servicio se caracterizan en su mayoría por pertenecer al sexo femenino, ser amas de casa y presentar problemas relacionados principalmente con su relación conyugal y/o familiar, fluctuando en un rango de edad de entre los 20 y 45 años aprox., como lo mencionan Bustos y Acosta (1989).

El porcentaje de personas del sexo masculino es menor en comparación con las mujeres, no obstante también presentan problemas de tipo familiar, conyugal, de disfunciones sexuales, soledad, depresión y tentativas de suicidio. Su rango de edad es de 20-45 años aprox., y es muy frecuente atender casos de personas casadas (Rodríguez, 1995).

La persona que utiliza el servicio suele ser un individuo que escucha el consejo del terapeuta, considerándolo como una opción viable y verdadera; flexible, expresivo, demandante y con una tendencia a tomar actitudes de sufrimiento, menosprecio, ansiedad excesiva y carente en muchos de los casos, de información básica necesaria (p.e. en mitos de índole sexual; como educar a su hijo adolescente, etcétera).

Bustos y Acosta (1989), así como Meléndez y Calderón (1993) afirman que los motivos principales por los cuales llama un paciente al sistema son: problemas relacionados con la familia y la pareja, depresión, soledad, angustia y sexualidad. Cabe señalar que con lo anterior no se pretende elaborar un perfil caracterológico del usuario que solicita apoyo psicológico, sino mencionar solamente y de manera general a los pacientes que utilizan el servicio una sola vez y aquellos que son consecutivos.

En general, en la entrevista psicológica telefónica o cara a cara la presentación, las habilidades de comunicación y sociabilidad, el estado físico y psicopatológico, las motivaciones propias de la entrevista y la situación social en el momento de la misma son condiciones que repercuten en las sensaciones del terapeuta, y en la dirección que éste le da al proceso terapéutico.

El terapeuta

Es aquel que para practicar la psicoterapia debe estudiar, aprender, formarse dentro de un marco teórico referencial y adquirir una experiencia práctica supervisada. La simple lectura de una teoría psicológica y de su técnica, no significa formación terapéutica o profesional.

Para Knobel (1964) debe existir por parte del terapeuta una verdadera disposición o disponibilidad interna terapéutica, que no se puede desarrollar si no existe un verdadero "eros terapéutico". De la misma forma, el terapeuta debe tener conciencia del principio de realidad de su tarea para poder ayudar realmente a la persona que por sus conflictos lo busca.

Como persona y como ser humano el terapeuta es y debe ser un luchador a favor de la libertad y la democracia; no puede dejar de cuestionar el sistema opresor, denunciando la discriminación social, política o religiosa. Sus estudios lo llevan a tener una profunda vivencia de la "libertad interior" y, en consecuencia, repudia a la opresión, el autoritarismo y la permanente amenaza a la libertad y a la vida. Debe tener la capacidad de poder identificarse con quien lo consulta y al mismo tiempo, observar lo más objetivamente posible su propia conducta y la de su paciente.

En cuanto a la eficacia de la intervención terapéutica Halem (1980, en Knobel, 1964) menciona que es medida en función del resultado de la terapia y no por la posición moral o indignación ante la sociedad que contribuye a crear los problemas que el terapeuta tiene que resolver.

Por su parte Whitehorn y Betz (1962, en Sárason, 1983) consideran que el terapeuta que tiene más éxito es aquel que es más capaz de captar el significado de las comunicaciones verbales de los pacientes, así como de sus motivaciones internas y tienden a encauzar sus esfuerzos para ayudar a que las personas logren patrones de ajuste mejores, mostrándose más expresivo con sus pacientes.

A este tipo de terapeuta por lo regular se le han adjudicado y exigido características como las siguientes: empatía, respeto, experiencia, credibilidad, compromiso, cordialidad, estatus, creatividad, conductas de sociabilidad, que sepa diseñar y evaluar programas de intervención, que muestren habilidades para saber escuchar y observar, así como que sea persuasivo y sistemático.

Contrariamente, los que más fracasos han tenido son aquellos que se muestran inclinados a concentrarse en la naturaleza de la psicopatología y en los síntomas presentes del paciente, mostrando un comportamiento pasivo e interpretando los significados de las conductas de las personas.

Aunándoles el hecho de mostrar excesiva preocupación, hacer exclamaciones de sorpresa, criticar al paciente, hacer promesas falsas, agobiarlo con dificultades personales, discutir con aquel sobre asuntos políticos o religiosos, rechazarlo, manifestar intolerancia e impaciencia, interrumpir inadecuadamente, no mantener el contacto visual, tomar notas de manera excesiva y manipular objetos deliberadamente.

De la misma manera, no se puede pasar por alto el estado físico y psicológico del terapeuta, puesto que en el momento de realizar alguna intervención es importante que éste no se encuentre fatigado, preocupado por su salud o sus dificultades familiares o profesionales, ya que esto no le permitirá mostrar flexibilidad y/o control de la situación con el paciente.

Kanfer y Phillips (1980) indican que otras características del terapeuta que se deben tomar en cuenta son: la presentación, motivación y afectividad, prestigio personal, competencia profesional, iniciativa, concepciones psicológicas que prefiere y conceptos sobre el objetivo de la entrevista así como compromiso real (personal y profesional) con su trabajo.

Así pues, el terapeuta que brinda apoyo psicológico por teléfono es por lo regular un pasante de la carrera de psicología, con una edad aproximada de 20-30 años, de diferentes universidades así como de formación teórica-profesional, y en su mayoría de sexo femenino.

Rodríguez (1995) cita en su trabajo investigaciones que se han realizado sobre las características de los terapeutas de diferentes servicios de emergencia psicológica (p.e. Farzon, 1991; Lammers, 1991, Lucantoni, 1988), así como las referentes a la descripción de las características de los usuarios de los servicios (p.e. Coyne, 1991; Guerney, 1991; Peterson, 1990), y del análisis de contenido de las llamadas; y en menor cantidad cita investigaciones sobre la teoría y técnica de terapia por teléfono (Lrster, 1973; Plasencia, 1989; Ceron, 1989).

Es conveniente mencionar que algunos factores que influyen en el desempeño del terapeuta telefónico en SAPTEL de acuerdo a la experiencia del autor son: su motivación y estado de ánimo tanto al presentarse a cubrir su horario de trabajo como al momento de contestar una llamada; la razón por la cual se encuentran en el sistema, sus expectativas de crecimiento profesional en el mismo, su experiencia profesional telefónica, el curso introductorio de capacitación que reciben al inicio en comparación con su formación teórica profesional y la dificultad del caso en el momento mismo de la llamada.

En relación a estos puntos, Meléndez y Calderón (1993) encontraron que los "psicólogos de SAPTEL no están obteniendo la motivación suficiente para su desarrollo personal y profesional que coadyuve a permanecer en el grupo, y que no existe una unión del mismo al estar los terapeutas planteándose metas individuales".

Mencionan además que es importante lograr la satisfacción de las necesidades de los terapeutas para asegurar su estancia en el servicio (p.e. una ayuda económica y el mejoramiento de las condiciones laborales, específicamente en cuanto a la comodidad y funcionalidad de las instalaciones físicas y seguridad, sobre todo en horarios nocturnos); de la misma manera que se buscaran alternativas para realizar una comunicación clara y directa entre dirigentes y terapeutas.

Contrariamente Nahoum (1985; en Cuevas y Uribe, 1995) considera de menor importancia en el contacto psicológico las *propias condiciones de la entrevista, como la ubicación de ésta en relación al proceso de examen o serie de entrevistas, las disposiciones materiales, fuentes de información adicionales a la entrevista por parte del terapeuta e institución en la cual se desarrolla ésta, su estructuración, grado de planificación, formas y contenidos de las preguntas, conducción de la entrevista y la acción del terapeuta.*

En general, el cómo se desenvuelva el terapeuta en una sesión de terapia sólo puede aprenderse a través de la práctica, y completándose con un entrenamiento dirigido, en donde aquel observe y analice sus errores, para modificarlos y así llegar a un óptimo aprendizaje y desempeño en el proceso terapéutico (Cuevas y Uribe, 1995).

Finalmente, se puede decir que independientemente de las técnicas de intervención que se utilicen, el estilo y la manera de abordar el problema el terapeuta, es de gran importancia considerar como imprescindible el nivel óptimo de salud emocional que el paciente requiera para poder desenvolverse y ajustarse a sus propias necesidades y a las del medio donde interactúa; obteniendo así tanto pacientes como terapeutas, satisfacciones personales y profesionales al aliviar, atenuar, modificar o eliminar síntomas o conductas problemáticas.

El capítulo siguiente permitirá contextualizar con mayor detalle, los procedimientos terapéuticos que regularmente pueden emplear los psicólogos clínicos en situaciones de crisis emocional, es decir, las técnicas y procedimientos sistematizados que posibilitan un adecuado manejo del problema.

CAPITULO II

, INTERVENCION PSICOLOGICA EN SAPTEL

El presente capítulo tiene como finalidad realizar una exposición de los principales conceptos de la intervención en crisis y la psicoterapia breve, puesto que ambas constituyen la forma principal en la cual se basan las modalidades terapéuticas de SAPTEL, diferenciando la aplicación teórica de los conceptos anteriores en terapia cara a cara con lo que se efectúa en el sistema.

2.1 Concepto de crisis emocional.

El origen de las crisis puede ser multicausal y se encuentra relacionado intrínsecamente con la vulnerabilidad, capacidad y estrategias que posea el individuo para abordarla. Así, una crisis amenaza con agotar los recursos psicológicos de que dispone el individuo, produciendo en él una sensación de desamparo y pavor, llegando de esta forma a la "activación" de mecanismos de defensa inhabituales o menos efectivos para solucionar el conflicto presente.

Es precisamente en este momento cuando se hace necesaria o requiere el paciente de ayuda psiquiátrica o psicológica, aunque lo ideal es que debido a que la mayoría de las crisis tienen una limitación temporal, se resuelvan naturalmente.

De lo anterior se desprende entonces que la crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Esta desorganización emocional puede dar lugar a la regresión y desintegración de la personalidad del individuo, o bien, moverlo hacia la resolución, aprendizaje y crecimiento (Slaikeu, 1988).

Por su parte, Dixon (1987) define a una crisis "como el funcionamiento debilitado del estado emocional resultado de la reacción individual de la percepción de algunos eventos que pueden ser peligrosos, generando en el individuo solicitud de ayuda, puesto que es incapaz de usar métodos usuales efectivos".

Menciona además, que una crisis no es causada por un evento interno sino que es una reacción hacia un acontecimiento, y que dicha reacción está determinada por la interpretación perceptual y su significado. Asimismo, que los eventos sólo tienen el significado específico en términos individuales: el evento, la percepción, la interpretación y la reacción causan las crisis, es decir, que las condiciones de las mismas son subjetivas e individualmente determinadas.

Cabe mencionar que para este autor una emergencia es una crisis, pero que una crisis puede no ser una emergencia, puesto que ésta es una situación que posee un peligro real inmediato hacia la vida del individuo, y que la acción directa se debe realizar inmediatamente; por ejemplo: un ataque cardiaco, una sobredosis de droga, un intento de suicidio, etcétera.

Puntualizando los términos anteriores, se entiende que el periodo de crisis, al afectar la conducta del individuo, le genera un incremento en la tensión y desorganización. También le provoca la sensación de ineficiencia, impotencia y fracaso al emplear intentos de solución. Esto lo conduce en la mayoría de los casos a recurrir a apoyos exteriores que pueden garantizar su éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento redefiniéndose el problema, o bien, a una mayor desorganización de la personalidad o en otros casos, al abandono por parte de la persona (Barrell, 1974; Kaplan, 1961; en Longo, 1982; Aguilera y Messyck, 1974, op.cit.; Gómez, 1992, Kendall y Norton-Ford, 1985).

Autores tales como Parád y Resnik (1975, op.cit.) señalan que las crisis atraviesan por tres diferentes momentos: el período precrítico, el periodo de crisis o estado de trastorno y el periodo poscrítico.

En el periodo precrítico se puede decir que el individuo en apariencia se encuentra libre de tensiones físicas y emocionales, operando de esta manera en un nivel en el que puede satisfacer todas sus necesidades.

Por el contrario, en el estado de trastorno o crisis, el sujeto al enfrentarse ante el suceso que provoca un cambio especialmente significativo en él, piensa que es incapaz de afrontar tal situación sintiendo una fuerte angustia o amenaza de peligro.

El periodo poscrítico del paciente, por su parte, se refiere al desarrollo de mecanismos eficaces de adaptación y confrontación, utilizando para ellos sus propios recursos, o apoyándose en la asistencia de profesionales u otras personas significativas en su vida.

Si la intervención se efectúa de manera adecuada, el paciente puede obtener mayores niveles de funcionamiento, contrario a los presentados en el período crítico; a su vez puede aprender nuevas conductas de confrontación y técnicas de resolución de problemas, habilidades con las que no contaba.

La revisión de la literatura psiquiátrica y psicológica nos habla de la existencia o clasificación de las crisis, ubicadas éstas en dos tipos primordiales: crisis situacionales y madurativas; así como las que se presentan en el núcleo familiar, tales como la desmembración, la acesión y la desmoralización, mismas que se explican a continuación:

Crisis situacionales.

Son aquellas que por lo regular preceden a un suceso externo identificado, y se definen como un "suceso o situación externa que no forma necesariamente parte de la vida cotidiana, y que suele ser repentina, inesperada y desgraciada, perfilándose de mayor envergadura que los recursos disponibles de la persona, o su habilidad de confrontación, requiriendo un cambio de conducta" (Murray y Zetner, 1975).

Crisis madurativas.

Se entienden como los periodos o puntos de transición que toda persona experimenta en su proceso de crecimiento y desarrollo biosocial, que van acompañados de cambios en los pensamientos, sentimientos y habilidades.

Es común encontrar conductas de desorganización en los periodos transitivos de una fase evolutiva a otra, como por ejemplo en la pubertad, el matrimonio, la menopausia, la muerte, etcétera.

Desmembración familiar.

Se refiere a la pérdida de un miembro de la familia, sea por hospitalización, muerte, etcétera.

Accesión.

Es el crecimiento inesperado en la familia, debido a un embarazo no esperado, o a que un padrastro, madre o abuela vayan a vivir con sus hijos.

Desmoralización.

Se refiere básicamente a las situaciones que en cierto modo, reflejan deshonra familiar y originan una pérdida de moral y unidad. Ejemplo de ello es el alcoholismo, la drogadicción, infidelidad, etcétera.

Como se ha podido observar, los estados de trastorno emocional o crisis repercuten directamente en la personalidad y capacidad del individuo para afrontarlo de manera que le puedan dejar una mejor adaptación y desenvolvimiento personal en su vida cotidiana. De ahí que sea necesario entonces, contar con el apoyo de individuos y profesionales capaces de ayudar a que la persona supere su estado crítico de la mejor manera, y adaptar a su vez, otras formas de hacerle frente a su vida personal y social, encontrando así el camino más viable que le sirva para disminuir en gran medida sus índices de ansiedad, depresión o angustia.

Todo esto conduce a definir qué es una intervención en crisis, cómo se emplea y cuáles son los pasos que se recomiendan para que la intervención sea lo más productiva posible, los beneficios de su utilización, etcétera. De esta manera se mencionan las características generales de la intervención en crisis por teléfono en contraste con las efectuadas en terapia cara a cara.

La práctica de la psicología clínica ha considerado que los niveles de intervención se deben básicamente a tres razones:

- 1.-Al mejoramiento. En donde se deben ayudar a personas o sistemas sociales a superar problemas ya existentes.
- 2.-A la prevención. Donde el objetivo sería tratar de anticiparse a los problemas antes de que estos se produzcan.
- 3.-A la superación. Es el brindar ayuda a las personas para que mejoren sus capacidades personales, y de esta forma, sus relaciones con su medio circundante; buscando mejorar la calidad de vida más que resolver los problemas o trastornos presentados.

La intervención en crisis por su parte, pretende implementar directamente esta técnica; sin descartar los aspectos anteriores.

2.2 Intervención en crisis.

Baldwin (1979) la define como el conjunto de actividades diseñadas para influir sobre el curso de una crisis hacia aquella conducta más adaptativa y eficaz en el futuro.

Por su parte, Bellak y Siegel (1988) consideran que el rápido establecimiento de relación con la persona en situación de estrés determina la naturaleza del problema presentado, y estipulando un tratamiento razonable y práctico se hablaría de una intervención en crisis efectiva.

Los objetivos primordiales de este tipo de intervención serían: a) el socorrer a la persona en tensión, brindándole una ayuda digna durante el periodo crítico; b) prevenirle posibles marcas psicológicas duraderas derivadas de la experiencia estresante; e) posibilitar que obtenga algún provecho positivo de la resolución de la misma y, d) procurar que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis. Cabe mencionar que la ayuda ofrecida puede ser de dos tipos:

1) Intervención en crisis de primer orden.

Se presenta casi siempre en una sola sesión y de manera inmediata, en donde se le proporcionan al paciente el apoyo y comprensión necesarios, disminuyendo la posibilidad de muerte vinculándola con otros recursos de ayuda. Este tipo de intervención puede ofrecerla toda persona que observe primero la necesidad del individuo en el momento y lugar en que se origina.

2) Intervención en crisis de segundo orden.

Conocida también como terapia en crisis a corto plazo, la cual va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato; pretende dirigir mejor la resolución de la crisis. La ayuda ofrecida al individuo le permite, en el mejor de los casos, expresar sus sentimientos, dominar cognoscitivamente la situación y enfrentar de mejor manera el futuro (Slaikeu, 1988).

Como ejemplo de lo anterior, se puede mencionar a la terapia que se deriva del modelo multimodal de la crisis de Lazarus (1976, 1981), perfil que se ubica en 5 subsistemas:

I.-Aspecto conductual.

El cual engloba las actividades manifiestas del individuo, enfocándose principalmente en los antecedentes de las conductas claves, capacidades, deficiencias, etcétera.

II.-Variables afectivas.

Son los sentimientos que el sujeto puede tener sobre algún tipo de conducta traumática o no. Además de que permite la expresión de diversos sentimientos antecedentes y consecuentes.

III.-Funcionamiento somático.

Se refiere a todas las sensaciones corporales, como el tacto, oído, olfato, gusto y visión; así como a información sobre el funcionamiento físico en general. En situación de crisis, los aspectos que son dignos de considerar son los problemas físicos (somáticos) que pudieran precipitarla.

IV.-Modalidad interpersonal.

En general, tiene que ver con la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre el paciente y su medio.

V.-Modalidad cognitiva.

Incluye imágenes o descripciones mentales en cuanto a metas en la vida, aspiraciones para el futuro, sueños, fantasías, valores, creencias religiosas, etcétera.

El terapeuta en este tipo de intervención debe de ser capaz de valorar el impacto del suceso de crisis en las cinco áreas del funcionamiento de la persona. Olvidar una o más áreas, conduciría sólo a una comprensión parcial de la crisis, lo cual entorpecería las intervenciones terapéuticas siguientes.

El tratamiento que se brinda se encuentra delimitado en cuatro áreas:

- 1.-Supervivencia física en las consecuencias de la crisis.
- 2.-Identificación y expresión de sentimientos relacionados con la crisis.
- 3.-Dominio cognoscitivo de la experiencia completa (p.e. comprensión de la relación entre el suceso de crisis y las creencias, imágenes del paciente, autoimagen, etcétera).
- 4.-Adaptaciones conductuales interpersonales requeridas para la vida futura (p.e. cambio en los patrones diarios de trabajo, juego, etcétera).

Finalmente al evaluar la intervención, se necesita conocer el alcance de cuáles capacidades de enfrentamiento ha recobrado el paciente; de la misma manera, la valoración no está sólo en la resolución de la crisis, sino también en si el progreso se dirige hacia la resolución de un conflicto más temprano.

En general, el terapeuta en el tratamiento y manejo de personas en crisis debe tener siempre presente las siguientes cuestiones:

- ¿Qué es lo que actualmente trastorna al paciente?
- ¿Qué significado tiene ésto para el paciente?
- ¿Cómo se puede hacer frente al estrés?
- ¿De qué manera ha manejado el paciente las tensiones graves en el pasado?
- ¿Qué recursos y riesgos indican estas experiencias?
- ¿Qué podría ser útil para esta persona, y cómo podría ofrecerle ayuda de forma aceptable?
- ¿De qué recursos disponen el paciente y el terapeuta para afrontar el problema planteado?

Por lo regular las entrevistas clínicas que se utilizan en este tipo de intervención se estructuran de la siguiente manera (Bellak y Small, 1988):

I. Establecer una comunicación con el paciente; en donde el elemento central se enfoca en cuidar los detalles triviales, cortesías o atenciones hacia el paciente, demostrándole atención y seguridad.

II. Comprender la perspectiva del paciente. Constituye la observación del terapeuta sobre aspectos directos en el planteamiento del problema del paciente, sobre las palabras exactas que se describen. En tratar de vislumbrar cómo entiende éste el problema presentado y de que manera expresa sus sentimientos.

III. Elaborar una historia detallada. Preferentemente dejando que sea el paciente el que cuente su historia, enfatizando cuál es el motivo por el que demanda la atención psicológica; así, es importante investigar aspectos claves en la vida del paciente, si se encuentra en tratamiento de otra índole, si ha tenido crisis anteriores y de qué manera las ha resuelto, de la misma forma los recursos psicológicos con los que cuenta (virtudes, cualidades interpersonales, etcétera).

IV. Elaborar una formulación psicológica. Es decir, tratar de comprender por qué el paciente funciona de determinada manera a lo largo del tiempo; esto con la finalidad de conocer cómo se puede brindar mejor la intervención en crisis. Para elaborar este tipo de formulación se deben considerar una serie de evaluaciones sobre la realidad del paciente, sus relaciones interpersonales, sentimientos, así como de la actitud de aquel sobre el clínico.

V. Negociación sobre el problema. Implica el establecer un acuerdo con el paciente a partir de la definición y planteamiento del problema, de manera que éste pueda expresar claramente su perspectiva del problema y de qué podría hacerse para resolverlo.

VI. Negociación de soluciones. Si la decisión consiste en emplear intervención en crisis para el tratamiento, el terapeuta debe de considerar los siguientes aspectos: aprovechar al máximo los propios recursos del paciente, fomentar que éste sea el que ponga el tipo de solución a seguir, valorarle los intentos positivos de afrontar el problema, y considerar que la resolución de la crisis siempre es parcial e imperfecta, por lo que las metas terapéuticas deben ser modestas.

De manera complementaria, Longo y Williams (1982) señalan que al efectuar este tipo de intervención se debe de prestar menor atención a los eventos históricos; asumir una actitud activa y directa en lugar de asumir actitudes pasivas o reflexivas, puesto que muchos de los individuos en crisis están abiertos a las sugerencias o indicaciones que se les pueda ofrecer; ayudar a que el estado depresivo en que se encuentra el paciente no interfiera en su disposición y comportamiento; procurar elaborar junto con el paciente, una estructuración ocupacional de el tiempo en el que éste se encuentra solo.

Finalmente, el explorar y revisar el proceso de resolución que utilizó el paciente, puede ser de utilidad para cuando éste se vea ante una situación similar en el futuro (Aguilera y Messick, 1974).

La utilización del teléfono como medio de ayuda a personas con problemas psicológicos y emocionales, no es una situación novedosa, Bustos y Acosta (1989) hacen una reseña histórica de cómo se ha implementado y extendido este tipo de servicio a través del tiempo. No obstante, la intervención en crisis por teléfono representa como tal una alternativa viable y necesaria en la actualidad.

Varios autores se han preocupado por describir los elementos que son clave al ejercer esta actividad cuando no existe la presencia física del paciente. Aunque estas aportaciones son importantes, en México y en particular en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, se considera que aún falta mayor información e investigación en la adecuación de metodologías y/o técnicas que se desprendan directamente del tratamiento de sujetos vía telefónica.

Por ejemplo, Bellak y Small (1970) han considerado que la palabra es el elemento central y fundamental en la terapia; de la misma manera, se han distinguido los ritmos del discurso del paciente, así como las formas de expresión y el establecimiento de un posible diagnóstico y tratamiento (González, 1975; Lester, 1974; Sullivan, 1972).

Slaikeu (1988) por su parte, señala que existen cinco fases de los modelos terapéuticos cara a cara que pueden adaptarse a las intervenciones telefónicas: (1) Establecer el contacto psicológico o rapport, (2) Examinar las dimensiones del problema, (3) Explorar los posibles intentos de solución, (4) Ayudar al paciente a tomar la acción concreta, y (5) Hacer un seguimiento en caso de que sea el paciente el que proporcione datos para su identificación.

De manera complementaria se considera que la implementación del teléfono en terapia permite que el usuario sea en primera instancia, el que mayor beneficio pueda tener, sea de manera informativa, preventiva o de crecimiento y maduración psíquica y emocional (seguimiento), ya que el sistema le ofrece un rápido acceso obteniendo provecho de las ventajas que ofrece, considerando así que el terapeuta en el mejor de los casos sea un agente activo en dicho proceso y por medio del cual el paciente puede alcanzar la satisfacción de sus demandas y necesidades.

2.3 Psicoterapia Breve.

La psicoterapia breve como teoría y práctica requiere del conocimiento del psicoanálisis, de la psicopatología y de los afectos, valorando el papel del inconsciente y de la sexualidad ligada íntegramente a todo el proceso evolutivo humano y a la libertad de cada individuo.

Para varios autores la psicoterapia breve psicoanalítica es considerada como la oposición a la psicoterapia de larga duración (Szplika y Knobel, 1968; Knobel, 1983). Así como una intervención verbal o cognitiva de un terapeuta con un paciente, encaminada al cambio satisfactorio en el mismo (Bellak y Small, 1988).

Principios básicos (Knobel, 1987):

a) Se dice que es no transferencial porque no permite el establecimiento de fantasías y la superposición de emociones y sentimientos al otro.

b) Es no regresiva, porque no se enfoca directamente a los problemas históricos infantiles del sujeto.

c) Existe un predominio cognitivo, es decir, el uso de idealizaciones, asimilaciones, elaboraciones, etcétera.

d) Permite ayudar, mejorar, aliviar y a veces eliminar síntomas y conductas perturbadoras en tiempo y objetivos limitados.

e) Permite experimentar el reemplazo de una información falsa por otra verdadera, adquiriendo así una vivencia real.

La psicoterapia breve considera que la salud mental estriba en el funcionamiento adecuado de la dinámica y estructura del aparato psíquico (ello, yo y superyo) del individuo, así como la capacidad que éste tiene de vivir dentro de los límites impuestos por su ambiente físico, con otros seres, sintiéndose feliz y productivo (Preston, 1959; en Knobel, 1987).

Para elaborar un diagnóstico en este tipo de intervención es necesario recabar la información de manera amplia y en más de una entrevista, tomando en consideración los mecanismos de defensa del sujeto, las estructuras psicopatológicas del "Yo", la situación familiar y social del paciente, su ubicación geográfica en relación con la disponibilidad de agentes terapéuticos y, la situación socioeconómica, factor indispensable para la selección de la terapia realmente posible a utilizar.

El criterio diagnóstico posibilita entender que hay casos en que una terapia a corto plazo es mucho más necesaria, indicada y útil que una técnica compleja y de tiempo indefinido, por ejemplo, situaciones de emergencia, diversos tipos de crisis, reacciones ansiosas o fóbicas y problemas repentinos de desajustes emocionales.

Desde el punto de vista práctico, en la psicoterapia breve se debe limitar el tiempo de intervención terapeuta-paciente; la propuesta a seguir sería aliviar y mejorar, y si es posible, eliminar los síntomas dolorosos del individuo, aunque en ocasiones la ayuda consiste en que la persona pueda llegar a comprender que realmente necesita alguna intervención psicológica.

Objetivos psicoterapéuticos

Para Azevedo y Behr (1980,1983; en Knobel,1987) la función psicoterapéutica debe ser accesible para todos los niveles sociales, ya que ésta es posible considerando los siguientes objetivos:

- 1.-Alivio, mejora o desaparición de síntomas.
- 2.-Restablecimiento de un nivel de funcionamiento que existía con anterioridad a las manifestaciones actuales de sufrimiento.
- 3.-Reconocimiento de algunos problemas de personalidad que impiden una mejor adaptación.
- 4.-Reconocimiento de las relaciones existentes entre los problemas de la personalidad y la enfermedad.
- 5.-Aumento de la autoestima y ampliación de las expectativas personales.

El ayudar a una persona a tener un concepto de su intimidad es un objetivo fundamental y alcanzable en terapia de tiempo y objetivos limitados. Otros se enfocarían a reconocer factores estresantes y conflictos vitales que se dan en la sociedad (p.e. solución agresiva de problemas, incertidumbre, contradicciones entre valores y acciones, reevaluación de los conceptos de familia y proyecto de vida, etcétera). Así como el de la posibilidad de pensar la creatividad como un sistema de funcionamiento especial en el psiquismo. Entonces, para que sea eficaz la psicoterapia debe de conducir al individuo a una adaptación a la realidad de consenso o realidad externa.

En general, se deben seleccionar y establecer objetivos propios para cada caso particular, partiendo de hipótesis fundamentales que permitan una intervención viable y limitada, tratando de percibir en las verbalizaciones del paciente aspectos significativos, que den pie a la elaboración y desarrollo del "insight" o identificación y concientización del problema en el propio paciente.

Bustos y Acosta (1989) mencionan que este procedimiento se recomienda seguir en clínicas, instituciones comunitarias y en la práctica privada, puesto que resulta económica y de aplicación rápida. Asimismo, cuando el personal, tiempo y costo, no sean suficientes ni accesibles con poblaciones que no tienen oportunidad a este tipo de servicio por diversas razones.

2.4 Terapia Focal.

La terapia focal tiene como función el tratar de localizar un "foco" o centro principal de conflicto, que resolverá el problema, dejando de lado algunos otros aspectos de la personalidad o conducta.

El foco o conflicto focal se refiere al conflicto de la situación actual del paciente, debajo del cual existe una problemática nuclear exarcebada, es decir, el choque entre dificultades inherentes vitales que se deben enfrentar y conflictos infantiles no resueltos.

La existencia de necesidades personales, presiones sociales, condiciones económicas, culturales e ideológicas generan por una parte, estimulación para desempeñarse en la vida cotidiana; por la otra, refuerzan la angustia en dificultar el proceso de aceptación y confrontación. En suma, el énfasis estriba en la comprensión de cómo se procesa el diálogo del paciente con la realidad actual, más que en análisis de su historia o personalidad (Behr, 1983).

La terapia focal menciona que el término foco puede ser:

a) Simplemente el contenido explícito del malestar de quien busca ayuda (mismo que el terapeuta tendría que ayudar a resolver).

b) El que se constituye por la situación o contexto.

c) La localización de un determinado conflicto intrapsíquico (con la finalidad de concientizarlo lo más rápidamente posible).

Finalmente, se ha mencionado que la psicoterapia breve y la terapia focal son prácticamente expresiones sinónimas que se caracterizan por la actitud, la planificación y el "foco". Sin embargo, ambas se definen por los objetivos que buscan.

Por ejemplo, en la terapia focal, se intenta resolver el malestar del paciente o un conflicto predominante; mientras que en la psicoterapia breve se trata de ayudar a encarar los diversos conflictos que predominan angustiosamente, identificando o determinando diversos cuadros de psicopatología psicodinámica.

Esto es, mientras que en la psicoterapia breve se pueden tratar de esclarecer "focos" es decir, varios conflictos que han de ser predominantes y accesibles; en la terapia focal se intenta localizar una determinada situación conflictiva, que sería determinante del síntoma o del malestar del paciente.

Como se ha podido observar, el empleo de una de estas dos modalidades terapéuticas está en función del conocimiento psicoanalítico que posea el terapeuta, de la situación misma o el conflicto del paciente de sus demandas y necesidades, así como de la forma de aproximarse a éste.

Se puede mencionar que el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono cumple con varios de los puntos señalados, vislumbrándose con mayor claridad en aquellas llamadas en donde el paciente demanda el servicio más de una vez, puesto que en una primera llamada no siempre es posible recabar una gran cantidad de datos importantes para enfocar la atención y dirección de forma clara y precisa. Finalmente, el servicio denota una serie de características que le permiten adquirir y definir mayor particularidad y especificidad, las cuales se mencionan a continuación:

1) Atención, apoyo y comprensión del terapeuta a la diversidad de problemáticas de los usuarios.

2) Elaboración de notas y comentarios en el momento mismo y final de la llamada por parte del terapeuta.

3) Manejo generalizado de tres tipos de motivo de consulta: el manifiesto (reportado verbalmente por el paciente), el latente (diagnosticado por el terapeuta) y la identificación de crisis emocional o emergencia psicológica.

4) Intervención telefónica con un rango de duración variable, de dos a sesenta minutos.

5) En una primer llamada no siempre se facilita la tarea de elaborar un diagnóstico detallado o completo, según los datos requeridos en las cédulas de registro del sistema.

6) Se le brinda al paciente amplio margen de expresión.

7) La intervención telefónica depende de diversos factores: el tipo de problema, grado de severidad, el estilo y formación profesional del terapeuta así como su práctica en el servicio.

8) Intercambio y retroalimentación fluida de experiencias telefónicas entre los terapeutas.

De acuerdo a la información expuesta, en la atención psicológica vía telefónica es de gran importancia el conocimiento y manejo de técnicas que posea el terapeuta, puesto que el correcto empleo de las mismas determina la consecución de los objetivos que teórica y prácticamente son formulados.

De forma paralela incrementa y fortalece su desempeño y formación como psicólogo telefónico; posibilitando que dicha formación signifique también una aportación valiosa para la atención y calidad del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

Aunque los aspectos señalados se constituyen como elementos clave en la relación terapéutica, también es importante identificar en qué medida se cumplen los objetivos propuestos en dicha situación. En otras palabras, cómo se puede evaluar la eficacia de la intervención profesional, qué parámetros se utilizan para indicar si existió alguna modificación o cambio notable en el paciente como producto del proceso terapéutico, etc.

De esta forma, el capítulo siguiente pretende efectuar una revisión de los medios de los que se valen los psicólogos clínicos para evaluar la efectividad de la psicoterapia, ya sea cara a cara o por vía telefónica, en el trabajo con pacientes.

CAPITULO III

LA EFECTIVIDAD EN PSICOTERAPIA

Los especialistas en el campo de la salud mental han utilizado diversos términos, conceptos, medidas o criterios para mencionar que su encuentro con los pacientes ha sido, en el mejor de los casos efectivo, sin embargo, podrían formularse interrogantes como las siguientes: ¿Qué se entiende por efectividad?, ¿Qué se desprende de ello?.

La respuesta podría ser que el usuario ha obtenido un beneficio y/o satisfacción, es decir, alternativas viables para la resolución o disminución de los problemas que le aquejan; pero no siempre sucede esto ni se podría hablar además de un concepto único y general de intervención psicológica efectiva.

El concepto de salud mental, la finalidad de los enfoques psicoterapéuticos, sus criterios de evaluación y las investigaciones realizadas dentro de los diferentes sistemas de intervención y aplicación psicológica serán el punto de partida del presente capítulo, marco con el cual se delimitará el objetivo de investigación acerca de la efectividad del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

3.1 Concepto de Salud Mental.

En principio de cuentas, es menester aclarar dos términos que cotidianamente se han utilizado al hacer referencia a la Salud Mental, el concepto de normalidad estadística y la normatividad.

La normalidad estadística es aquella que se compone por los contenidos de las tablas, los cuadros y los porcentajes. Donde el mayor énfasis estriba en el tanto por ciento, como si la frecuencia fuese igual a la "normalidad". Esto conlleva por tanto, a la idealización del hombre conformado "porcentualmente", donde sus aptitudes podrían considerarse casuales sin importar el tipo de relación y decisiones que efectue a lo largo de su vida.

En cambio, la normalidad normativa requiere el cumplimiento de ciertos valores personales y culturales. Presupone el punto de vista histórico, religioso, social y antropológico del hombre; así como también los ideales que una persona quiere realizar. Este enfoque considera que las personas normativamente normales buscan valores y metas por los cuales vivir, aprendiendo de esta manera a tolerar sus frustraciones y sus inhibiciones (Knobel, 1987).

Sivadon (1973; en Knobel, 1987) considera que la salud mental comprendería "un equilibrio dinámico de la personalidad", manifestándose mediante la adaptación al medio social, la aceptación de la sexualidad y conductas que le permitan relacionarse favorablemente en su medio.

Cita además que la motivación del individuo es lo que determina la normalidad, y menciona los siguientes señalamientos:

- Que la ausencia de señales de sufrimiento en el organismo no es igual a la salud.
- Que la salud no es solamente ausencia de enfermedad.
- Que la salud no es un estado que el individuo obtendrá o perderá de una vez por todas.
- Que el concepto de salud no puede ser nunca un concepto estadístico.

La perspectiva conductual considera que la salud mental va en relación con el debilitamiento y/o eliminación de los hábitos inadaptativos del sujeto, y el inicio así como el fortalecimiento de otros que le permitan al individuo una mayor adaptación a su medio circundante.

La implementación de la psicoterapia ha permitido entonces, que se puedan obtener los objetivos planteados en los diferentes tipos de intervenciones psicológicas. Entendiéndose así, que cada uno de ellos tiene sus propios parámetros con los cuales determinar si el individuo ha obtenido beneficio alguno, y además concebirlo como una persona funcional o adaptada a sus medio.

De esta manera se puede decir que la psicoterapia es una asistencia psicológica, que consiste en poner los conocimientos teórico-prácticos al servicio de uno o varios individuos. Procurando resolver conflictos y obtener una reestructuración y funcionamiento adecuado de la personalidad del mismo; posibilitando así un mejor desarrollo personal y experiencias de placer y felicidad.

Wolberg (1954; en Knobel, 1987) señala que la psicoterapia es una forma de tratamiento de los problemas de naturaleza emocional en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objetivo de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes; de intervenir en patrones perturbados de conducta y de promover un crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad.

Por su parte Wolpe (1993) menciona que la intención principal de toda psicoterapia es eliminar, o por lo menos disminuir de manera significativa, patrones de conducta aprendidos que recurren de manera consistente y que son desventajosos para quien los exhibe. Además de que una cantidad considerable de estos hábitos inadaptativos son de origen emocional, y que por lo general involucran miedo, que es el núcleo de toda neurosis-enfermedad.

No obstante lo anterior, el considerar a una psicoterapia como efectiva, no solamente depende del marco teórico, sino también de diversas variables, mismas que han generado en la investigación psicológica aportaciones encontradas. Por ejemplo, se ha concluido que muchos tipos y formas de psicoterapia son modestamente efectivas; además, de que en términos del grado y extensión de la eficacia las psicoterapias parecen ser más parecidas que diferentes.

De esta forma, el considerar aspectos tales como los valores de la sociedad, la perspectiva del cliente como consumidor de servicios y la relación costo-eficacia terapéutica tendrían alguna relación con el nivel o tipo de eficacia de la terapia (Kazdin y Wilson, 1978; Strupp y Hadley, 1977; Zilbergeld, 1983; en Linn y Galske, 1988).

3.2 Evaluación de la Psicoterapia.

Antes de mencionar en qué consiste la evaluación de la psicoterapia es importante indicar que comúnmente el proceso de evaluación ha sido diferenciado en dos formas: la evaluación como medición y la evaluación como proceso. La primera de ellas se caracteriza por mostrar cuatro etapas diferentes:

- 1)Planeación de los procedimientos para recopilar la información requerida, en donde se debe de tener presente qué se desea conocer y cómo se pueden adquirir esos conocimientos.

- 2)Recopilación de los datos de la evaluación.
- 3)Procesamiento de la información y formulación de hipótesis.
- 4)Reporte o comunicación de los datos de la evaluación.

Contrariamente, en la evaluación como proceso es el terapeuta el encargado de realizar el diagnóstico de la problemática del paciente; que implica además establecer metas y objetivos de intervención, así como la elección de la técnica o tratamiento adecuado y el seguimiento del problema.

De esta manera se han podido clasificar métodos principales que se han utilizado en el proceso de evaluación, por ejemplo: pruebas psicológicas, observaciones directas, autoreportes, observaciones realizadas por individuos allegados a la persona en cuestión y las entrevistas. De aquí que el evaluar los resultados de un proceso psicoterapéutico implique una tarea ardua y difícil, debido principalmente a la existencia de un gran número de variables que intervienen, así como por la subjetividad de los datos que se pueden obtener.

En muchas ocasiones es el paciente o los familiares del mismo los que consideran si hubo o no mejoría; en otras, es el terapeuta el que puede tener otros puntos de referencia para elaborar su evaluación

En resumen, podría decirse que la evaluación es un producto de lo observable en la obtención de los objetivos limitados, previamente trazados o surgidos durante el propio proceso terapéutico, presentando como columna vertebral los siguientes incisos:

- a)Conseguir delimitar áreas de conflicto.
- b)Trabajar con ellas dentro de los objetivos planteados.
- c)Conseguirlos en el menor tiempo propuesto.
- d)Alcanzar modificaciones que van desde un alivio hasta la supresión de los síntomas.

e)Que el individuo empiece a vivenciar el sentido trascendente de su existencia a través de ideologías, creencias, familia, trabajo y por medio de su compromiso con la sociedad de la que forma parte.

f)Que la persona tenga capacidad de goce espiritual, moral, social, sexual y de la interacción humana, y que

g)Que el paciente desarrolle su capacidad creadora, asumiéndose como un ser biológico, político y psicológico.

En cambio, se ha mencionado que una de las dificultades al momento de elaborar la evaluación referente al cambio psicoterapéutico como técnica de intervención, radica en el hecho de que casi cualquier forma de psicoterapia produce un apreciable mejoramiento en cerca del 50 % de los casos, debido en apariencia, a las reacciones emocionales que los terapeutas evocan en los pacientes y que inhiben la ansiedad (Wolpe, 1958).

Por su parte, los criterios clínicos para el cambio terapeutico que regularmente han adoptado los terapeutas conductuales son los expresados por Knight (1941; en Wolpe, 1993), puesto que su intervención es de forma práctica y significativa.

1.-Mejoramiento de los síntomas (Entendiéndose éste como el cambio fundamental, en el sentido de que los estímulos que desencadenan la ansiedad y otras respuestas inadaptables no lo vuelvan a hacer en las mismas condiciones).Donde por medio de la evaluación y eliminación del hábito de la respuesta de ansiedad, que es la base de los síntomas, se logre una disminución de los mismos.

2.-Incremento de la productividad en el trabajo.

3.-Incremento en el goce y ajuste sexual.

4.-Mejoramiento de las relaciones interpersonales.

5.-Mejoramiento de la capacidad para manejar los conflictos psicológicos ordinarios y las situaciones de tensión en la vida cotidiana.

Finalmente, se ha dicho que evaluar la terapia requiere de métodos de evaluación que sean cuantificables, confiables y procedentes con respecto al tratamiento que se esté evaluando (Kiesler, 1966; Cartwright, Kitner y Fiske, 1963; Strupp y Bergin, 1969; en Knobel, 1987).

Las cuestiones previamente señaladas permitirían considerar entonces cómo se puede medir la efectividad en la intervención psicológica con el paciente. Eysenck (1952,1961) por ejemplo, llegó a la conclusión de que la psicoterapia era un método clínico eficaz. Bergin (1963,1967) concluyó por su parte que aquella era efectiva, pero no necesariamente en sentido positivo; Sybotnik (en prensa; en Sarason, 1983) mencionaba que hasta que el curso de los desórdenes psicológicos no sea estudiado longitudinalmente con atención a las fluctuaciones de conducta, la evolución tanto de la remisión espontánea (desaparición de síntomas con ausencia de tratamiento) como de los efectos de cualquier intervención terapéutica estarán abiertos a la controversia.

Aunado al hecho de que los pacientes, sus problemas, expectativas y la cantidad posible de cambio en sus situaciones de vida; las diferencias de método y de expectativas entre los propios terapeutas, así como la falta de criterios uniformes para juzgar la eficacia terapéutica, son factores a los que se les atribuye variabilidad sobre la efectividad en los programas terapéuticos.

De ahí, se puede mencionar que existen diversas formas de evaluar la efectividad de una psicoterapia. Por ejemplo, una de ellas consiste en pedir al cliente que juzgue la efectividad de la misma puesto que si una persona acude con el especialista y reporta mejoría, se podría decir entonces que ésta ha sido ayudada.

Los estudios de las mejorías atribuibles a la psicoterapia deberían incluir por tanto, tres medidas independientes: la evaluación que el cliente hace de sus propios progresos, la evaluación del terapeuta y los juicios de la gente que conoce bien al cliente, como los miembros de la familia y sus amigos (Eron y Callahan, 1969; Fiske y cols., 1970; Lesse, 1968; Paul, 1967; en Sarason, 1983).

Aunque una de las metas de la psicoterapia sea mejorar la autoconciencia y la autocomprensión del cliente, la mayoría de la gente no considera que un incremento de la autocomprensión, sin un incremento paralelo de la conducta abierta, sea un resultado muy positivo. Así entonces, otra manera de determinar la efectividad de la psicoterapia consistiría en evaluar el cambio conductual resultante, o clasificando y enumerando los hábitos desadaptables antes de la terapia y al final de la misma; evaluando en qué grado se ha eliminado cada hábito.

Se puede mencionar además, que se ha utilizado como medida de evaluación, el comparar muestras de la conducta expresiva del paciente (p.e. dibujos y pinturas) en puntos diferentes del tratamiento. La evaluación de la psicoterapia en cada caso particular dependerá de las metas de la terapia y de otros factores como el tiempo y la agudeza del problema conductual inicial.

Existen testimonios de que la efectividad de la psicoterapia se relaciona más íntimamente con la personalidad del terapeuta que con su teoría y metodología (Betz, 1962; Fieder, 1950), y que la raza del mismo puede afectar la conducta del cliente (Sattier, 1970; en Sarason, 1983).

También se ha mencionado que los ingredientes más eficaces de la psicoterapia estriban en aquellos aspectos de las relaciones terapéuticas que elevan la moral del paciente y le influyen valor para ensayar nuevas formas de enfrentarse a las tensiones que lo acosan, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre el paciente y el terapeuta.

El análisis conductual ha planteado que la correcta identificación de los estímulos antecedentes a las reacciones es indispensable para lograr una terapia efectiva, y que depende a su vez del interrogatorio que el terapeuta elabora en la entrevista con el paciente.

Estudios realizados sobre la eficacia de los métodos terapéuticos encontraron que el 40 % o más de pacientes neuróticos mejoraban considerablemente con terapias convencionales (no conductuales) a pesar de la variedad de teorías y prácticas en boga (Landis, 1937; Eysenck, 1952). Dicha frecuencia de éxitos proporciona suficiente reforzamiento intermitente para mantener hábitos, incluyendo los terapéuticos (Skinner, 1938; Wolpe, 1993).

3.3 Ejemplos de efectividad en psicoterapias.

Una considerable cantidad de estudios encaminados a investigar sobre la efectividad de las terapias tradicionales se han planteado interrogantes como estas: ¿Realmente es efectiva la intervención terapéutica que generalmente se emplea con los pacientes?, ¿Cómo se va a seleccionar una terapia adecuada y a diferenciar una terapia efectiva de una que no lo es?.

Entre estos estudios, se puede mencionar los de Luborsky y Singer (1975) y Smith y Glass, (1977; en Martínez y Taboas, 1992), en los cuales se afirmó que todo tipo de psicoterapia es igual de efectiva, o sea, que no importa si el psicólogo le ofrece a sus clientes un servicio de psicoanálisis, de terapia hipnótica, de modificación de conducta o un ejercicio catártico, estos mejorarán igual.

De la misma manera y apoyando lo anterior Frank (1973), Smith y Glass (1977) y Torrey (1972; en Taboas,1988) han declarado que el proceso de psicoterapia tiene comunales centrales que son las que median el cambio en el cliente, las cuales podrían ser: sugestión, efectos placebos, catársis emocional, expectativas de cambio y otros efectos no específicos que se presentan en cualquier intervención psicoterapéutica. Por su parte, Rutter (1985) encontró que las terapias psicológicas constituyen formas efectivas de tratamiento para diversos desórdenes psiquiátricos en niños (en Taboas, 1973).

Asimismo, terapeutas de tres orientaciones distintas (conductuales, analíticos y humanistas) pueden ser comparables en cuanto a sus niveles de empatía, cordialidad y autenticidad (Fisher, Pameza, Kickerts, Hubbard y Geamston,1975; en Kendall y Norton-Ford, 1988). No obstante, Andrews y Harwey (1981), en un estudio con adultos que presentaban trastornos neuróticos severos encontraron que las terapias humanistas, las de apoyo y las no-dierectivas demostraron efectos leves y no significativos.

Sin embargo, se han realizado pocas investigaciones en casos de emergencias (Auerbach y Kilman,1977; en Hyman,1990). Por ejemplo, Lansley y cols. (en Martínez y Taboas,1992) evaluando la eficacia de la intervención en emergencias familiares en comparación con tratamiento psiquiátrico aplicado a pacientes internos orientado hacia la crisis, obtuvieron que se utilizó más el servicio telefónico hacia el paciente que las visitas domiciliarias o al consultorio.

De la misma manera, Knickerbocker (1973; en Kendall y Norton-Ford, 1988) realizó un estudio en el que examinó el nivel de ansiedad y depresión de quien hace la llamada telefónica durante los primeros y los últimos 30 seg. de la misma, encontrando una reducción de los estados emocionales negativos del paciente relacionada con la calidad de la conversación establecida con el trabajador del centro de emergencias.

Stein (1984; en Rodríguez, 1984) afirma que el servicio telefónico para intervención en crisis ha demostrado su utilidad sobretodo en casos de intento suicida reduciendo la posibilidad del mismo y funcionando a nivel preventivo.

Malan (1963, 1976, 1981, 1983) realizó estudios metodológicamente irrefutables para demostrar la eficacia de su "psicoterapia focal"; así como las contribuciones de Sinfneos (1972) y Wolberg (1965). Los trabajos de Azevedo (1980), Santos (1984), Fiorini (1978) y Peyru (1978) confirman la eficacia de los métodos psicoterapéuticos y de la psicoterapia breve en especial.

A la luz de este tipo de investigaciones han surgido las siguientes interrogantes: ¿Debe la canalización al lugar adecuado ser el objetivo primordial del centro de emergencias?, ¿Debe considerarse a los pacientes como casos perdidos si no acuden a las citas que se han programado?, ¿Informa el paciente que las sensaciones en las emergencias son mejores después de haber recibido la intervención telefónica?

Dados los ejemplos anteriores y en lo que respecta a la efectividad del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, se ha encontrado que en efecto, este servicio puede considerarse como una alternativa viable para el tratamiento de padecimientos psicológicos y emocionales. De acuerdo a la experiencia del autor en el mismo, se considera que existen en dicho servicio dos niveles diferentes de efectividad:

I. Efectividad entendida según los propios objetivos del sistema, es decir, que gracias a los datos estadísticos recabados y a investigaciones realizadas por miembros del mismo, se puede decir que sí se han cumplido en su mayoría los objetivos planteados en la estructura inicial del programa.

II. Efectividad entendida según la propia situación terapéutica o las características de la intervención, es decir, en qué medida se cumplen las demandas establecidas tanto por el paciente como por el terapeuta. Aquí se pueden identificar además dos subtipos de eficacia:

2.1 Efectividad en llamadas de primera vez y,

2.2 Efectividad en llamadas de seguimiento.

En lo referente al primer tipo de efectividad (estadística), se cita como ejemplo la consecución del objetivo general de SAPTEL encaminado a que el servicio sea utilizado principalmente por personas de bajos recursos económicos. Bustos y Acosta (1989) han reportado que los usuarios que más beneficio han obtenido son los pertenecientes a la clase media baja, puesto que un porcentaje considerable de ellos gana el salario mínimo o menos.

De la misma manera, señalan que las mujeres utilizaron con mayor frecuencia el servicio, ya que se encuentran en su casa más tiempo que los hombres y debido también a que la situación sociocultural les permite que expresen sus afectos con mayor libertad y naturalidad; como se plantea en otro de los objetivos relativo a promover que el sistema sea utilizado principalmente por personas del sexo femenino.

Asimismo, este servicio ha cumplido como medio de canalización y enlace entre las diferentes instituciones de Salud Mental y otros servicios; también ha funcionado en relación al aumento significativo de usuarios del mismo (Gaitán, 1993; Anexo 3 y 4).

Los autores mencionados concluyen que SAPTEL "es una de esas alternativas psicoterapéuticas dentro de los servicios de salud mental que no pretende sustituir, sino ser complementaria de la terapia en vivo, pudiendo establecer así un trabajo inter y multidisciplinario; que presenta una serie de ventajas que lo hacen útil, efectivo, beneficioso, de bajo costo y de alto poder preventivo en cuanto a trastornos mentales se refiere" (p. 135).

En lo referente a la efectividad de la propia situación terapéutica, Feria y Rivera (1994) mencionan que un alto porcentaje de usuarios reportaron satisfacción por el servicio.

En cuanto a la efectividad de la terapia en SAPTEL se encontró que les parecía lo mismo que ir a un consultorio psicológico, pero con la ventaja de no tener que hablar frente a frente con el terapeuta; que existe accesibilidad de tiempo y dinero; y que les permite a los pacientes desahogarse. Estos autores también consideran que el servicio sirve como ayuda para los problemas psicológicos o crisis emocionales; encontrándose información relevante en cuanto a la satisfacción del usuario por la atención y ayuda recibida del psicólogo; disminución de los conflictos emocionales y que el ofrecimiento de ayuda está en función del problema del paciente.

Por tanto, esto conduce a concebir que la terapia ofrecida en el sistema es efectiva, inmediata, brinda apoyo real, reduce la posibilidad de intento suicida, y en muchos casos, resuelve la crisis a través de la implementación de diversas técnicas psicoterapéuticas. Sin embargo, para Rodríguez (1995) el servicio funciona solamente como un paliativo de los problemas sociales y no toma una dirección hacia el aspecto preventivo.

Concibe que la prevención primaria se lograría a través de la investigación formal sobre los aspectos más característicos de los usuarios del servicio. No así la atención o prevención secundaria, la cual, salvo "algunas fallas de planeación", corresponde al programa terapéutico del servicio; la prevención terciaria o rehabilitación que en el servicio se pudiera prestar, estaría en función de la canalización de usuarios a dependencias especializadas.

Por su parte, Calderón y Meléndez (1993) sugieren que "se mejore el curso de formación académica proporcionando más y mejores herramientas de trabajo clínico, y se trabaje en la integración de los terapeutas al grupo, conjuntando las expectativas y objetivos del psicólogo con los del servicio". Además de que es necesario establecer un perfil del terapeuta que conozca y maneje los modelos terapéuticos empleados en situaciones de emergencia y/o crisis, con la finalidad de seleccionar psicólogos que manifiesten aptitudes y actitudes positivas hacia este tipo de experiencia clínica.

De acuerdo con la experiencia del autor al brindar apoyo psicológico por teléfono, se considera que en la intervención telefónica de primera vez existen algunos elementos que podrían indicar en determinado momento qué tan efectiva está resultando la relación terapéutica. De ahí entonces que se sostenga que una intervención psicológica de primer orden sea provechosa porque presente entre otras cosas los siguientes elementos:

A) Señas.

--- Diferenciación en las variaciones tonales. Es decir, que se note en el paciente un cambio en su tono y ritmo de voz, por ejemplo, de un "ritmo" lento o bajo a un ritmo fluido, constante o jovial.

--- Expresión de llanto, insultos o silencios. Donde el paciente se muestre tranquilo y/o relajado al manifestar su preocupación, temor o ansiedad mediante algunas de estas conductas.

---Reporte no explícito del estado de ánimo. En este el terapeuta corroborará en parte si el paciente va cambiando su "esquema" inicial como producto de la llamada telefónica, es decir, si se nota algún cambio en su tendencia autodestructiva o pesimista por una conducta optimista, hacia pensamientos y comportamientos alentadores, positivos y agradables.

B) Contenido.

--- Reporte explícito de mejoría. Es decir, que el paciente manifieste verbalmente que ha disminuido su ansiedad, que en cambio se siente tranquilo, apoyado, que se le escucha, etcétera.

--- Que el paciente mencione que ha comprendido la lógica del problema, demanda o situación, mediante el análisis de su propia problemática o por la ubicación que le proporcione el terapeuta.

No se pueden descartar otros puntos que también son importantes y que hablarían de la eficacia de las intervenciones de primera vez (p.e.la disminución de las posibilidades de intento suicida, la vinculación de la persona afectada con otros recursos de ayuda, etcétera). Sólo se pretende agrupar los indicadores más notables en una llamada de este tipo.

Bajo este lineamiento, las llamadas de seguimiento entre paciente y terapeuta cumplirán con su cometido de brindar un servicio satisfactorio si presentan entre otras cosas:

--- Información relativa a las señas y contenido.

--- Mostrar continuidad tanto en el número de llamadas como en la proximidad o periodicidad de las mismas.

--- Que el paciente adopte actitudes o comportamientos que denoten que en realidad está obteniendo una ayuda psicológica digna, por ejemplo, que aprenda o desarrolle mayor iniciativa en la proposición de alternativas o soluciones a su propia problemática, que incremente sus objetivos y metas para la confrontación y delinearmente de un proyecto de vida, etcétera.

--- Que el paciente sea el que recomiende a sus familiares, amigos o conocidos la utilización del servicio, corroborándose esto en los datos estadísticos del sistema, es decir, en las libretas de "Registro de Llamadas de Seguimiento y Primera vez".

De lo anterior se menciona que la efectividad no sólo es un elemento importante y final dentro del proceso terapéutico, sino también el cumplimiento y establecimiento de condiciones idóneas por el terapeuta en su ejercicio profesional, es decir, que éste tenga objetivos claros tanto del sistema como de su plan de intervención; que muestre un compromiso real con el paciente y sobre todo con el papel que está desempeñando; que presente además un rol activo, aún en conductas que requieren una actitud pasiva (escuchando); que desarrolle habilidades de retroalimentación en el momento mismo y final de la entrevista, así como que su instrucción profesional sea acorde al servicio que está brindando.

Aunado a lo anterior, se cita la existencia de ciertas condiciones que de manera genérica influyen y condicionan el proceso terapéutico.

Ejemplo de ello sería la incorrecta utilización del manual de procedimientos y el subsecuente llenado de la cédula de registro; la diferencia entre el contenido clínico de la misma y la formación teórico profesional de los terapeutas, la recomendación de utilizar dicha cédula como guía telefónica en el momento mismo de la llamada y las diferentes demandas y necesidades del paciente así como el escaso conocimiento práctico (telefónico) proporcionado a los terapeutas sobre intervención en crisis considerando las diferentes posturas clínicas que ahí se presentan.

Para los fines de la presente investigación los objetivos de interés estriban en relación a los siguientes puntos:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los objetivos y/o expectativas tanto del paciente como del terapeuta antes de iniciar ambos una terapia por teléfono, y además si éstas son satisfechas en su totalidad después de la terapia bajo la modalidad y características del Apoyo Psicológico por Teléfono.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.-Identificar las expectativas y los objetivos de intervención terapéutica de los terapeutas, antes de que éstos iniciaran la primer entrevista telefónica con los pacientes.

2.-Identificar las expectativas y los objetivos de intervención terapéutica de los terapeutas, antes de que estos iniciaran la entrevista telefónica de seguimiento con los pacientes.

Ejemplo de ello sería la incorrecta utilización del manual de procedimientos y el subsecuente llenado de la cédula de registro; la diferencia entre el contenido clínico de la misma y la formación teórico profesional de los terapeutas, la recomendación de utilizar dicha cédula como guía telefónica en el momento mismo de la llamada y las diferentes demandas y necesidades del paciente así como el escaso conocimiento práctico (telefónico) proporcionado a los terapeutas sobre intervención en crisis considerando las diferentes posturas clínicas que ahí se presentan.

Para los fines de la presente investigación los objetivos de interés estriban en relación a los siguientes puntos:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los objetivos y/o expectativas tanto del paciente como del terapeuta antes de iniciar ambos una terapia por teléfono, y además si éstas son satisfechas en su totalidad después de la terapia bajo la modalidad y características del Apoyo Psicológico por Teléfono.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.-Identificar las expectativas y los objetivos de intervención terapéutica de los terapeutas, antes de que éstos iniciaran la primer entrevista telefónica con los pacientes.

2.-Identificar las expectativas y los objetivos de intervención terapéutica de los terapeutas, antes de que estos iniciaran la entrevista telefónica de seguimiento con los pacientes.

Ejemplo de ello sería la incorrecta utilización del manual de procedimientos y el subsecuente llenado de la cédula de registro; la diferencia entre el contenido clínico de la misma y la formación teórico profesional de los terapeutas, la recomendación de utilizar dicha cédula como guía telefónica en el momento mismo de la llamada y las diferentes demandas y necesidades del paciente así como el escaso conocimiento práctico (telefónico) proporcionado a los terapeutas sobre *intervención en crisis considerando las diferentes posturas clínicas que ahí se presentan.*

Para los fines de la presente investigación los objetivos de interés estriban en relación a los siguientes puntos:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los objetivos y/o expectativas tanto del paciente como del terapeuta antes de iniciar ambos una terapia por teléfono, y además si éstas son satisfechas en su totalidad después de la terapia bajo la modalidad y características del Apoyo Psicológico por Teléfono.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.-Identificar las expectativas y los objetivos de intervención terapéutica de los terapeutas, antes de que éstos iniciaran la primer entrevista telefónica con los pacientes.

2.-Identificar las expectativas y los objetivos de intervención terapéutica de los terapeutas, antes de que estos iniciaran la entrevista telefónica de seguimiento con los pacientes.

3.-Investigar las expectativas, objetivos o necesidades psicológicas de los pacientes antes de que éstos utilizaran el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

4.-Comparar si se cumplieron las expectativas u objetivos de intervención del terapeuta después de la llamada telefónica de primera vez y de seguimiento de caso con los pacientes.

5.-Examinar los objetivos y expectativas del paciente después de la entrevista telefónica con el terapeuta.

6.-Señalar el aprendizaje de habilidades telefónicas y las satisfacciones personales y profesionales que han obtenido los terapeutas en su trayectoria dentro del sistema.

7.-Determinar los requisitos que debe incluir una terapia telefónica en crisis para que sea efectiva, según la opinión del paciente y el terapeuta.

8.-Distinguir la opinión del paciente y el terapeuta sobre la eficacia del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

9.-Describir las alternativas y/o sugerencias que brindan el paciente y el terapeuta sobre el mejoramiento de la calidad del servicio que se presta en el sistema.

METODO

Sujetos.

La muestra en la presente investigación contempló a un 30 % de la población total de los terapeutas que se encuentran laborando actualmente en el sistema, mismos que fueron seleccionados utilizando la fórmula sugerida por Hernández (1991), para muestras probabilísticas simples:

$$n = s / v$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

s = Varianza de la muestra

v = Varianza de la población

Con un error estándar (Se) de .05 seleccionando a los mismos de manera azarosa.

Por otra parte, participaron 30 usuarios del servicio, identificados en el periodo de tiempo del 29 de Octubre de 1995 al 18 de Octubre de 1996, y que tuvieron como características principales ser usuarios del servicio por única vez o de seguimiento, presentando en sus expedientes su número telefónico, sin considerar su sexo, edad, estado civil o algún otro atributo.

Cabe señalar que por las propias características del sistema (confidencialidad y anonimato) y de la investigación (de tipo exploratoria) no se pudo contar con una muestra mayor de usuarios.

Situación.

La investigación se efectuó en las propias instalaciones del sistema, específicamente en el cubículo general o cubículo de terapeutas; es en este lugar donde se aplicaron las entrevistas de manera personal a los terapeutas y vía telefónica a los pacientes. Asimismo, se utilizó para llevar a cabo la revisión de las cédulas de registro (expedientes) y las libretas de control de llamadas.

Cabe señalar que dicho espacio cuenta con una dimensión aproximada de 2 mts. de altura, además de divide en tres cubículos mediante muros de tablaroca. Entre los muebles se encuentran un escritorio metálico, un archivero, un locker, sillas, un teléfono con línea directa para atender llamadas y tres líneas que se solicitan por medio del conmutador.

Materiales e Instrumentos.

Se utilizó uno de los teléfonos con conmutador, libreta de apuntes, papelería en general, computadora y libretas de control de llamadas, así como las entrevistas estructuradas para la muestra de interés y las cédulas de registro de los pacientes.

Diseño experimental.

La presente investigación se ubica dentro de los estudios exploratorios y descriptivos presentando un diseño no experimental transeccional, debido a que presenta las siguientes características (Dankhe, 1986):

- Examina un tema o problema poco estudiado o que no ha sido abordado con anterioridad.
- Sirve como guía o punto de partida para investigaciones más rigurosas.
- Pretende especificar propiedades importantes de personas, grupos u otro fenómeno que sea sometido a análisis.

- No manipula variables deliberadamente (Kerlinger, 1979; en Hernández, 1991).
- Metodológicamente flexible.
- Observa fenómenos en su contexto natural para después analizarlos, y finalmente,
- Recolecta datos en un tiempo o momento único.

Por su parte el método estadístico que se seleccionó para la organización y análisis de los resultados fué el SPSS/PC Plus, puesto que permite un manejo eficiente de grandes volúmenes de información, transformaciones de datos (correlaciones), manipulación de archivos, cálculo de estadísticos frecuentes, etcétera.

Es importante señalar que en la sección de resultados de terapeutas y pacientes se presentan una serie de "correlaciones de categorías" expresadas en gráficas, que de acuerdo a esta investigación es importante vislumbrarlas en conjunto, debido a que con la sola presentación de las tablas de resultados no se permitiría profundizar y enriquecer el análisis de los mismos.

De esta forma, se pretendió integrar, confirmar o ratificar cuantitativa y cualitativamente los números y porcentajes conseguidos y presentados en las tablas antes mencionadas.

Cabe señalar que mediante el desarrollo del análisis de los resultados y principalmente de las "correlaciones", se presentan y aparecen datos e información que no estaban contemplados y que no formaban parte de las expectativas primordiales de los terapeutas y pacientes, y sin embargo se muestran como elementos relevantes.

De manera complementaria, se observan relaciones entre categorías en las que fué necesario efectuar una interpretación cualitativa más específica, puesto que superficialmente no eran muy evidentes.

PROCEDIMIENTO

Para la selección de los sujetos de interés se tomó como punto de partida la fecha correspondiente al mes de Mayo de 1996 hasta el mes de Diciembre del mismo año. En el caso de los terapeutas se consideraron las siguientes razones:

a) Obtener datos actuales, precisos y confiables, puesto que la gran mayoría de los terapeutas en servicio aún se encuentran laborando, por lo cual los expedientes referentes a sus pacientes son vigentes en relación a ellos mismos.

b) El contacto con los terapeutas así como con los pacientes es más directo en este periodo de tiempo, dándose así, mejor aplicación del instrumento de evaluación.

c) Si se tomara en consideración una fecha anterior a la propuesta, la entrevista con los ex-terapeutas perdería muchos detalles importantes, debido quizás a la discontinuidad que éstos tuvieran en experiencia psicológica telefónica.

En el caso de los pacientes, la selección consistió en revisar las libretas de registro de llamadas correspondientes al apartado de llamadas de consulta o primera vez así como las de seguimiento. En cada una de ellas se contempló el rango temporal anteriormente mencionado, de donde se obtuvieron datos como el número de llamada, número de expediente, tipo de llamada y nombre del paciente o usuario. Una vez obtenido el número de expediente, se consultaron las cédulas de registro para obtener el número telefónico del paciente.

Cabe mencionar que del número total de pacientes en ambos grupos sólo se consideraron aquellos casos en donde existía el número telefónico, medio por el cual se pudo iniciar la comunicación con ellos.

Al inicio de las entrevistas con los terapeutas se efectuó una presentación breve con el coordinador en turno, exponiéndole que se estaba realizando el presente trabajo de tesis profesional en relación a los terapeutas y usuarios del sistema, y que sería de gran ayuda su autorización y cooperación a la hora de contestar el cuestionario. Se les pidió que lo resolvieran con la mayor sinceridad posible, exponiendo sus dudas y opiniones en caso necesario, con la condición de que lo resolvieran en el momento mismo de la aplicación (Anexo 5).

A los usuarios se les pidió en primera instancia su autorización para llevar a cabo la entrevista telefónica, previa presentación del entrevistador. Posteriormente se les mencionó que sería enriquecedora su opinión a cerca de la calidad del servicio, además de que sus respuestas tendrían un valor confidencial y que podían tomar el tiempo necesario para solucionarlas.

El cuestionario que se utilizó para las entrevistas con los pacientes de llamadas de primera vez y seguimiento fué el mismo (Anexo 6), sin embargo, a estos últimos se les pidió que dieran sus respuestas en relación a la última vez que tuvieron contacto telefónico con su terapeuta.

RESULTADOS

Los resultados encontrados en esta investigación se presentarán de la siguiente manera: los correspondientes a la aplicación directa de los cuestionarios a los terapeutas del servicio, a los usuarios del mismo, y a lo observado en el proceso operativo de las entrevistas.

SECCION DE RESULTADOS DE TERAPEUTAS

Expectativas y objetivos del terapeuta.

La tabla 1 se refiere a las demandas, expectativas y objetivos que se formula el terapeuta antes de entablar la primera entrevista telefónica con el paciente así como las llamadas consecutivas.

Donde una gran cantidad de terapeutas consideran que mejorar el estado anímico del paciente es fundamental en este tipo de servicio, aunque algunos de ellos no consideran dicha expectativa.

De la misma forma, un alto porcentaje de sujetos (34.5%) mencionan que en el proceso terapéutico con el paciente se le debe demostrar interés y comprometerse en todo momento con aquél.

Otro elemento que se debe de tener presente como herramienta de intervención en esta modalidad terapéutica es el identificar la demanda o problemática del paciente; sin embargo se observa que en una primera intervención con el mismo no siempre es posible ofrecerle alternativas y sugerencias de tratamiento a su problema, como lo señala la mayoría de la muestra.

En cuanto a las llamadas consecutivas con los pacientes se encontró que la mitad de los terapeutas tiene presente principalmente la idea de apoyar al paciente y ofrecerle sugerencias a su tratamiento; así como profundizar en su problemática y evaluar la existencia de avances terapéuticos en el mismo, estos últimos contemplados por la tercera parte de los psicólogos telefónicos.

Resalta el hecho de que para el terapeuta el fomentar en el usuario su continuidad con el tratamiento, no es un objetivo primordial en este tipo de intervención, como lo señalan la mayoría de los terapeutas.

Satisfacciones adquiridas en el Sistema.

La tabla 2 hace referencia al cumplimiento de las expectativas y los objetivos que el terapeuta consiguió al finalizar sus llamadas telefónicas de primera vez así como de seguimiento con los pacientes. De la misma forma que las satisfacciones que le ha dejado brindar apoyo psicológico por teléfono.

El tranquilizar, escuchar y apoyar al paciente en una primer llamada es la principal expectativa que el terapeuta consigue como producto de su intervención, ya que la mitad de ellos así lo refiere.

Otro objetivo que también ha conseguido el terapeuta en este tipo de servicio es el identificar y ubicar la problemática del paciente.

En terapias consecutivas entre paciente y terapeuta sólo cinco individuos (17.2%) han logrado evaluar los avances del paciente así como sus propuestas de solución a las demandas. Aunque se observa que no es muy factible el mantener el compromiso y la continuidad en la relación terapéutica.

Por su parte, el obtener experiencia clínica telefónica o canalizar al paciente ha sido conseguido en menor cantidad por los terapeutas. De manera general se observa que para tres cuartas partes de los terapeutas del servicio la más grande satisfacción personal y profesional que han obtenido es ayudar y ofrecer al paciente alternativas terapéuticas para la solución de su problema; aunque pocos de ellos han adquirido experiencia clínica telefónica.

Elementos terapéuticos y habilidades adquiridas en Intervención en Crisis Telefónica.

La tabla 3 muestra los requisitos que consideran los terapeutas que debe incluir una intervención en crisis telefónica para que sea provechosa; así como aquellas habilidades que han desarrollado en su ejercicio profesional telefónico.

En donde se encontró que la mitad de los individuos da prioridad a la identificación y ubicación de la problemática del paciente. De la misma manera, el disminuir el estado de ánimo o ansiedad de aquél así como manejar un reenfoque cognitivo a su demanda, es de suma importancia para la ejecución de la terapia telefónica; respuestas proporcionadas por un alto porcentaje de terapeutas.

Dentro de esta modalidad terapéutica la mitad de los sujetos señalan como importante escuchar, comprender y apoyar al paciente, dejando a su vez que éste hable y "descargue" su ansiedad.

Se destaca el hecho de que los terapeutas no toman en consideración como requisito indispensable en la intervención en crisis telefónica su propia tranquilidad, interés y conocimientos teórico-profesionales.

Asimismo, la mayoría de los terapeutas reportan que una de las principales habilidades que han desarrollado en su ejercicio telefónico es la sensibilidad auditiva, entendida como la identificación del tipo de conducta o problema del usuario del servicio. Sin embargo, en menor proporción los terapeutas han adquirido la habilidad de guiar y obtener experiencia en diferentes tipos de problema.

También se reporta que lo que el terapeuta aprende y ejercita principalmente son habilidades comunicativas y/o verbales, incluyéndose la empatía con el paciente; aspectos señalados por 12 sujetos.

Elementos terapéuticos viables en terapia telefónica.

La tabla 4 señala los aspectos de la intervención telefónica que le han funcionado al terapeuta, así como los objetivos que se formula antes de intervenir con pacientes de primera vez y seguimiento.

Se manifiesta la cualidad auditiva como elemento imprescindible funcional y principal en esta modalidad terapéutica, puesto que dos terceras partes de los terapeutas escuchan con interés al paciente y permiten que éste hable y se exprese como quiera.

Otro recurso utilizable por parte del psicólogo telefónico es el permitir que el paciente modifique la percepción de su problemática (reenfoque cognitivo), comprenderla mutuamente con aquél y buscar alternativas de solución al conflicto. Aunque también le ha funcionado modular su voz, dejarle tareas al paciente, llamarle por su nombre y fortalecer las cualidades del mismo. De menor importancia es recomendable no juzgar al paciente ni darle consejos.

Por otra parte y como ya se señaló el terapeuta en ambos tipos de intervención telefónica (primera vez/seguimiento) se plantea como uno de sus objetivos comprender y profundizar en la problemática del paciente, factor de suma importancia para él, como lo señalan estos resultados.

Para la mitad de los terapeutas es importante apoyar al paciente y disminuir su angustia en el momento mismo de la llamada y en una primera intervención. Resalta el hecho de que en las llamadas consecutivas el terapeuta no tenga presente como requisito terapéutico fomentar en el paciente una subsecuente llamada; ni establecer y plantear con éste metas y objetivos de tratamiento.

Finalmente, sólo dos terapeutas independientemente del tipo de intervención, consideran que los objetivos y las expectativas se formulan dependiendo del caso a tratar.

Eficacia y Modificaciones del servicio.

En la tabla 5 se describe la función de la efectividad que el terapeuta considera que ofrece el servicio así como las modificaciones pertinentes a generar en el mismo, con la finalidad de que éste brinde una atención provechosa tanto al paciente como al terapeuta.

De esta forma se observa que las razones principales que se relacionan con un servicio de apoyo psicológico por teléfono provechoso están en función a que éste no demanda costo alguno y se ofrece de forma inmediata como lo contempla una tercera parte de los terapeutas.

Asimismo, se encuentra que es imprescindible en este sistema escuchar a la gente y brindarle ayuda profesional, ya que la mitad de los psicólogos así lo consideran. Cabe señalar que sólo tres terapeutas opinan que dicho servicio no es efectivo en el sentido de que ofrezca una solución verdadera al problema, sino útil, en la medida en que se atiende a los usuarios.

También se observa dentro de la tabla 5 que la mayoría de los terapeutas (65.5%) consideran que debe existir principalmente mejores condiciones materiales e instrumentales de trabajo en la propia instalación si el servicio desea mejorar su funcionamiento interno y externo.

Aunque también para ellos haría falta mayor difusión, organización y funcionamiento, esto es, utilizar los medios de información y comunicación como elementos de propagación, establecer convenios con otras instituciones, evitar el anonimato del usuario, brindar apoyo a los familiares de los pacientes en salas de emergencia y que exista un control de llamadas. Así como la necesidad de adecuar la capacitación y los seminarios clínicos de manera que éstos sean amplios, claros y continuos.

El que los directivos del sistema no establezcan lazos de comunicación sólidos y constantes con el terapeuta ni muestren compromiso alguno, es un elemento que junto con la ausencia de incentivos o ayuda económica, preocupan significativamente al terapeuta.

Curso de Capacitación al terapeuta.

En la tabla 6, que se relaciona con los elementos o las situaciones que han beneficiado al terapeuta en su capacitación y formación terapéutica, se aprecia que los aspectos prácticos y que mayor provecho le han brindado son los consejos o "tips" sobre el manejo del paciente, que ofrecen los ponentes y supervisores; denotado por la mitad de la muestra aproximadamente.

De igual forma la exposición de los análisis de casos que se presentan en los cursos por parte de terapeutas experimentados, beneficia a 13 sujetos que suman 44.8%.

En contraposición, no ha sido de gran ayuda al terapeuta la supervisión en grupo pequeño que se efectúa fuera de la institución con la asesoría de otros psicoterapeutas; y también se denota que el aspecto teórico en general y la teoría sobre intervención en crisis no es aplicable a la labor terapéutica, como lo refiere un mínimo de terapeutas.

Sin olvidar que el objetivo primordial de investigación se centra en identificar qué expectativas y objetivos son los que contemplan los usuarios del servicio y los terapeutas en el proceso telefónico, y en qué medida estos son satisfechos, se conjuntaron aquellos elementos o categorías que arrojaran mayores datos para alcanzar el objetivo propuesto, como se señaló en el procedimiento de esta investigación. Entendiéndose dicha correlación como aquellos casos en donde se confirma o se sustenta cuantitativamente el cumplimiento de las expectativas y los objetivos planteados por los terapeutas.

La figura 1 muestra las expectativas y los objetivos que se formula el terapeuta y que consigue en sus intervenciones de primera vez con los pacientes del servicio.

De esta forma se observa en general que lo que principalmente consigue el terapeuta como producto de su intervención es tranquilizar al paciente, escucharlo y apoyarlo. Así como identificar y ubicar su problemática; aunque otro porcentaje de sujetos logra canalizar al paciente a otras instituciones.

Lo que regularmente no se consigue en las llamadas de primera vez es el mantener el compromiso y la continuidad con el paciente así como evaluar los avances terapéuticos y las propuestas de solución al problema; como se observa en las figuras 1"B", 1"D", 1"E" y 1"F".

La figura 2 por su parte, señala aquellos objetivos que obtiene el terapeuta en las intervenciones de seguimiento con los pacientes razón por la cual se especifica que en este tipo de llamadas también el apoyar al paciente, escucharlo y tranquilizarlo es un factor que se debe tener siempre presente (figuras 2"A", 2"B" y 2"C").

De manera complementaria y al igual que en las intervenciones de primera vez, el terapeuta enfoca su atención y consigue identificar la demanda o problemática del usuario. Aunque también los psicólogos logran canalizar al paciente, elemento que se observa principalmente en la figuras 2"A", 2"C" y 2"D".

La evaluación de los avances terapéuticos en el paciente así como sus propuestas de solución al problema, y el compromiso y la continuidad que se manifiesta en el mismo, son objetivos mínimamente satisfechos por los terapeutas telefónicos.

Se observa entonces que no existe gran diferencia entre las expectativas que obtiene el terapeuta tanto en llamadas de primera vez como en las consecutivas en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

La figura 3 se relaciona con las habilidades terapéuticas que ha aprendido el psicólogo dentro del sistema así como las satisfacciones personales y profesionales que le ha dejado dicho servicio; se nota en la figura 3"A" que el ofrecimiento de apoyo o ayuda psicológica al usuario es altamente gratificante al terapeuta.

Además que en las intervenciones telefónicas se desarrolla sustancialmente la sensibilidad auditiva así como el mejoramiento de las habilidades comunicativas y verbales del terapeuta (p.e. fluidez, tono, dicción, interés, atención y seguridad).

De manera general se observa que otra satisfacción personal y profesional del psicólogo telefónico es el hecho de guiar al paciente y adquirir experiencia clínica, aunque no se especifica si esta comprende otro tipo de habilidades.

La figura 4 muestra los requisitos que para el terapeuta debe incluir una intervención en crisis telefónica y los elementos que son prácticos y funcionales en esta modalidad terapéutica, ratificando lo que ya se ha señalado.

Esto es, que se debe considerar en todo momento el escuchar al paciente con interés y permitirle además que hable y exprese lo que desee; como lo señala un alto porcentaje de terapeutas (37.9% aprox.). Además de que dicha conducta terapéutica le permite al psicólogo identificar y ubicar la demanda o problemática del usuario.

También es recomendable en este tipo de terapia comprender al paciente y su problemática, enfocar la intervención de manera que éste tenga una percepción diferente de la misma y ofrecerle alternativas concretas para la solución de su conflicto (figuras 4"B" y 4"C").

Cabe resaltar que también los terapeutas recomiendan fortalecer las propias cualidades del paciente, en el sentido de que éste las emplee para la solución de su problema.

Otras herramientas que son de utilidad para el terapeuta son el no juzgar al usuario ni darle consejos. Además dejarle tareas en relación con el proceso terapéutico, y modular su propia voz cuando se dirige a él.

SECCION DE RESULTADOS DE PACIENTES

Expectativas y Efectividad del Sistema para el usuario del servicio.

En la tabla 7 que se refiere a la efectividad del servicio que se brinda en el sistema según la opinión del paciente, se nota que un 50 % de los usuarios entrevistados consideran que este servicio es eficaz en la medida en que brinda ayuda y da apoyo inmediato; además de que se les escucha y se les permite hablar abiertamente, desahogarse y tranquilizarse (45.5%).

Una tercera parte de los pacientes aproximadamente mencionan que su efectividad viene dada porque orienta y ofrece alternativas al problema.

De menor importancia la conciben por el profesionalismo y capacidad del terapeuta; asimismo por ser anónimo, rápido y accesible. Aunque también refieren que no existe profesionalismo ni capacidad en el psicólogo telefónico, entendida como la ausencia de interés, paciencia, comprensión y calidez hacia el paciente.

Como ya se pudo observar anteriormente, la mayor parte de los usuarios mencionan que lo que esperan obtener del servicio es apoyo, orientación, desahogo, ánimos y confianza; así como que puedan hablar y se les escuche. Aunque una minoría de esta muestra contempla la posibilidad de que se solucione su problema y encuentre alguna ubicación personal.

Objetivos que se cumplieron en la intervención telefónica.

La tabla 8 se refiere a identificar qué es lo que el paciente solicita específicamente del terapeuta antes de establecer el contacto psicológico con el mismo; así como los objetivos que cumplió al finalizar dicha intervención.

Resalta el hecho de que la mayoría de los individuos (68.2%) solicita principalmente apoyo, orientación y respuestas; en menor cantidad que se les escuche; y expresa el paciente que es relevante encontrarse asimismo y comprender desde otro punto de vista su problemática al utilizar el sistema.

Ratificándose de esta manera que tres cuartas partes de los pacientes han conseguido ayuda, tranquilidad y seguridad, cumpliendo así sus expectativas formuladas. Menos de la mitad de los mismos han obtenido respuestas y alternativas a sus demandas y, ánimos y ubicación personal, aunque no se especifica si en una sola intervención o en llamadas consecutivas. Corroborándose en el mismo orden de importancia la consecución de los objetivos que se formula el paciente antes de utilizar el sistema.

Otra de las expectativas que consigue es el que se les escuche y continuar con su tratamiento, sin embargo, un sujeto reporta no haber obtenido ningún tipo de ayuda del mismo.

Sugerencias para mejorar el servicio.

En la tabla 9 se muestran las sugerencias que ofrece el paciente al terapeuta y al servicio en general para mejorar su atención e intervención psicológica con los usuarios. Así, la existencia de mayor número de líneas telefónicas sería fundamental en esta modalidad terapéutica.

De similar importancia es el incrementar los días y horas del terapeuta en el servicio, permitiéndose de esta manera la continuidad de éste con su paciente. Además de que aquellos conozcan y atiendan todas las llamadas telefónicas de los pacientes y se comuniquen con éste para saber si en verdad solucionó su problema.

Pocos usuarios consideran que el terapeuta debe de demostrar interés y atención, así como que obtenga mayor capacitación para la terapia psicológica telefónica.

De manera complementaria una cuarta parte de los usuarios señalan que el desempeño del terapeuta en el servicio es bueno ("esta bien"). No obstante los pacientes sugieren que el terapeuta debe de tener certeza y seguridad en lo que dice y pregunta, así como que ubique y guíe al usuario de acuerdo a su problemática.

Para el paciente sería altamente satisfactorio que el terapeuta empleara otros "recursos terapéuticos", como el recurrir a su familia, comunicarse con él, no emplear psicodrama ni dar ejemplos personales, generar en el usuario catársis emocional, y mostrar afecto, interés, amistad y profesionalismo.

Comentario Final.

La tabla 10 muestra algunas razones por las que el usuario volvería a utilizar el servicio. Así, la mitad de los sujetos consideran que recurrirían de nueva cuenta al servicio en caso de otra crisis, problema o depresión.

Una tercera parte de ellos, porque obtuvieron orientación psicológica y apoyo emocional además de que el servicio es gratuito. Entre otras respuestas se encuentra que algunos pacientes esperan no volver a utilizarlo, o sólo si se da continuidad con su mismo terapeuta o sean canalizados.

De esta forma, el 50% de los pacientes muestra agradecimiento y confianza hacia el servicio, además de que felicitan la labor del terapeuta y al sistema en general. No obstante mencionan que a dicho servicio le hace falta mayor difusión puesto que para ellos es una atención altruista y que la gente necesita.

Se destaca el hecho de que un tercio de los pacientes manifiestan cierta inconformidad, puesto que muchas de las veces --comentan-- para que se les pueda atender en cualquier momento tienen que mentirle al terapeuta, diciéndole que es la primera vez que utilizan el sistema.

Además, contemplan que el terapeuta también debe de someterse a tratamiento psicológico y que se debe de ampliar y actualizar el catálogo de canalización.

Finalmente, se observa en la figura 5 (correlación de categorías) que en esta modalidad terapéutica la mayor gratificación y provecho para el usuario está en función del apoyo, orientación, desahogo, tranquilidad y seguridad que recibe (ratificándose una vez más la consecución de estos objetivos).

De la misma forma, se nota que para los pacientes el emplear este servicio les permite mejorar su estado de ánimo (motivarse) y adquirir aunque en menor proporción, autoconocimiento y una comprensión diferente de su situación problema (figuras 5"A" y 5"B").

Aunado al hecho de conseguir en menor porcentaje respuestas y alternativas a sus demandas. Sin embargo, no se cuestionó a los pacientes para conocer si estos elementos les permiten solucionar total y satisfactoriamente su problemática.

RESULTADOS OBSERVADOS EN RELACION A LA OPERATIVIDAD DE LAS ENTREVISTAS

Cabe señalar que en la aplicación de los cuestionarios a los terapeutas, se pudo observar que las respuestas de los mismos se ven influenciadas por la experiencia (antigüedad en el sistema) o su poca experiencia como psicólogos telefónicos, ya que estos últimos señalan que carecían en algún momento de pacientes consecutivos, dirigiendo sus respuestas a la forma en como se "deberían" de manejar los casos de seguimiento de acuerdo a la capacitación previa, o a lo que ellos se imaginaban.

Un aspecto que resalta es el hecho de que a la mayoría de los terapeutas no les agrada la idea de contestar los cuestionarios. Algunos mostraron renuencia y desconfianza al mencionar que ya tenían que retirarse o no contaban con el tiempo así como que su obligación era atender las llamadas telefónicas. Razón por la que se notó cierta rapidez en algunas respuestas (tiempo en que resolvieron el cuestionario).

El procedimiento de identificar, localizar y contactar a los pacientes tuvo cierto grado de dificultad. Esto es, que en la búsqueda de archivo la mayoría de los expedientes clínicos en el sistema carecían de número telefónico del paciente, además de que muchos de éstos al marcarlos por teléfono estaban "equivocados" o no contestaban (disminuyendo así la cantidad de la muestra utilizada).

De igual forma no fué suficiente una sola llamada (en ese mismo día o en otros posteriores) para poder contactar y entrevistar a cada uno de los usuarios, empero estos mostraron una gran accesibilidad, cooperación y satisfacción al ser entrevistados.

Como dato complementario el horario en que se eligió y se logró entablar el contacto telefónico con los pacientes fué preferentemente entre las 18:00 y las 21:00 hrs. de lunes a viernes, ocasionalmente se intentó los días sabados entre las 15:00 y 17:00 hrs. En día domingo no se consideró pertinente contactarlos.

Así, los individuos que contemplaron esta muestra fueron numérica y aproximadamente equitativos en lo que respecta a su identificación por sexo.

Finalmente, el horario en que se logre contactar a los usuarios del servicio va a depender en gran medida del conocimiento previo que tenga el terapeuta de las actividades y disponibilidad que ofrezcan los mismos.

DISCUSION

De acuerdo con el interés del presente trabajo de investigación sobre la identificación y el cumplimiento de los objetivos y/o expectativas que tienen y que demandan los pacientes y terapeutas de Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono antes y después de la intervención, se observa que la intervención del terapeuta con los pacientes es enfocada principalmente a la identificación del problema, el mejoramiento de la angustia, y la manifestación de apoyo, interés y comprensión al mismo.

Sin embargo, se nota que estas características de intervención son empleadas tanto en primera vez como en llamadas consecutivas. Llama la atención el hecho de que en las intervenciones de seguimiento no se cumplan otras de las expectativas que se formula el terapeuta; además de que cuantitativamente son menores en comparación con el número de casos de primera vez.

De esta forma el terapeuta telefónico en intervenciones de seguimiento tiene presente como esquema de trabajo también: el canalizar al paciente, invitarlo mínimamente a que continúe llamando y atender principalmente el estado en crisis por el que aquel atraviesa.

Manifestándose una falta de compromiso y continuidad en la relación terapéutica, e imposibilidad de evaluar los avances del paciente así como sus propuestas de solución al problema; expectativas que no han sido satisfechas por el terapeuta.

En lo que respecta a las intervenciones de primera vez, se nota que a los usuarios del servicio el terapeuta no les ofrece las alternativas o sugerencias de tratamiento adecuadas que estos necesitan, no obstante que pueden ser escuchados y así expresar sus emociones.

Se considera que existen dos razones para este proceder:

1) Es difícil en la primera llamada interactuar con el paciente para proporcionarle además del apoyo y la atención necesarias, la dirección o recursos profesionales necesarios mediante los cuales el usuario pueda descubrir sus potencialidades y emplearlas en situaciones de crisis posteriores. Como lo señala Lazarus (1976; en Wolpe, 1993), desde el punto de vista conductual, donde en la intervención se debe valorar la capacidad de enfrentamiento adquirido por el paciente, además de que no basta con solucionar las crisis, sino que el progreso se dirija hacia la resolución de un conflicto más temprano.

2) Puesto que la llamada telefónica se encuentra limitada por el factor temporal principalmente, el terapeuta no debe y no puede extenderse en su intervención (según el Manual de procedimientos de SAPTEL), razón por la cual enfoca su atención y desempeño --- y de ahí sus expectativas---en el "primer plano" terapéutico que es básicamente propiciar un cambio y mejoramiento en el estado anímico del paciente, solucionando en el mejor de los casos, la demanda inmediata del mismo.

Argumento señalado por Rodríguez (1984), de que mediante el contacto psicológico se aprovecha el momento crítico en el cual se encuentra el paciente, esperando obtener beneficios positivos y provechosos importantes.

En lo que respecta a los usuarios del servicio se nota que en efecto lo que obtienen es apoyo, tranquilidad y orientación así como el que puedan hablar y se les escuche; expectativas que se formulan los terapeutas como objetivos de intervención.

Esto confirma que lo que el paciente obtiene, como resultado de la primer entrevista telefónica, es una apreciación diferente de su problemática y un cambio en su estado de ánimo. De esta forma se obtiene sólo una tranquilidad temporal y momentánea de la situación en la cual se encuentra aquel. Esto es, que de acuerdo con Halen (1980; en Knobel, 1964) y Wolpe (1958), sí se obtiene un beneficio al utilizar el sistema, concretamente al hablar con algún terapeuta.

De manera complementaria se recalca la característica distintiva de este tipo de servicio y modalidad terapéutica que tiene que ver con el "primer plano" o momento crítico por el cual el paciente utiliza el sistema. En otras palabras, si el terapeuta actúa en el instante preciso de crisis lo más probable es que genere un cambio psicológico y emocional en el paciente, motivo por el cual su mayor satisfacción obtenida en este sistema radica en su sentimiento de utilidad y altruismo a la gente que lo necesite.

Los terapeutas no son explícitos cuando mencionan que han adquirido práctica o experiencia telefónica, sin embargo, destacan que sus más grandes habilidades como psicólogos telefónicos son por una parte, el desarrollo de la sensibilidad auditiva como lo mencionan Bellak y Small (1970); que les permite identificar en muchos de los casos el tipo de usuario (p.e. depresivos, con trastornos mentales, etcétera), demanda o problemática del mismo.

El servicio engloba al menos tres aspectos que se relacionan con la identificación del problema:

- a) Motivo de consulta manifiesto. Que es reportado por el paciente textualmente.
- b) Motivo de consulta latente. Es aquél que infiere o intuye el terapeuta de acuerdo al discurso del paciente, y que al parecer es la habilidad que mencionan los psicólogos telefónicos haber desarrollado.

c)Crisis emocional y/o emergencia psicológica (sean por un desajuste interno del sujeto o por situaciones externas que le afecten).

De la misma forma consideran que han aprendido a expresarse y comunicarse con lo usuarios, puesto que el manejo de silencios, parafraseos, rapport, fluidez, tono y dicción son entre otras cosas, elementos importantes a considerar en servicios telefónicos y de atención psicológica.

Cabe señalar que el aprendizaje de dichas habilidades auditivas y comunicativas en los terapeutas, son para Whiterhorn y Betz (1962, en Sárason, 1983) características que se asocian con los psicólogos que más éxito han tenido. De la misma forma, la conducción terapéutica de los psicólogos de SAPTEL se relaciona con las características de aquellos terapeutas con mayor número de fracasos. Por ejemplo, mostrar comportamiento pasivo, exponer ejemplos o dificultades personales, impaciencia e intolerancia, etcétera.

Se vislumbra que el desarrollo como persona y profesionista en este servicio no es muy significativo para los terapeutas. Aunque tampoco se denota cuál es ese desarrollo, se menciona la existencia de tres factores que pueden estar influyendo en el terapeuta para que éste no esté adquiriendo la experiencia clínica telefónica necesaria y por lo tanto la satisfacción y crecimiento personal y profesional:

1)Mayor número de intervenciones en llamadas de primera vez, mismas que no posibilitan un proceder diferente que no sea escuchar, apoyar, identificar el problema o en su defecto aconsejar al paciente.

2) Falta de interés, compromiso y responsabilidad del terapeuta en su quehacer profesional en el servicio, como lo señalan Kanfer y Phillips (1980), así como Whiterhorn y Betz (1962), a causa de que se está descuidando el estado físico y psicológico del terapeuta, que influiría la flexibilidad y control de la situación con el paciente.

3) Motivos y objetivos del terapeuta ajenos y diferentes a los que se deben considerar dentro del sistema y la intervención telefónica.

En lo que respecta a los requisitos y a los elementos factibles a utilizar en terapia telefónica en crisis, los terapeutas así como los pacientes señalan varios aspectos:

a) Escuchar con interés al paciente y permitirle su libre expresión.

b) Disminuir la ansiedad de aquel, principalmente por medio del cambio perceptual de la problemática.

c) Identificación, ubicación y comprensión mutua del conflicto.

d) Que el terapeuta manifieste conductas de afecto, amistad y profesionalismo (certeza y seguridad en preguntas y comentarios).

e) Valerse de otros recursos terapéuticos, sean el llamarle por teléfono y recurrir a los familiares del paciente, entrevistarse con él personalmente y evitar que el psicólogo emplee ejemplos personales.

Bajo estos parámetros cabe señalar que se puede garantizar un buen resultado de la terapia si al paciente se le deja hablar lo que desee. Entonces, a partir de que al usuario se le presta atención a su discurso éste reporta beneficio de la intervención porque se siente comprendido y se le manifiesta interés y apoyo, lo que disminuye su angustia e inseguridad.

De acuerdo con estas directrices se señala que el modelo de atención en crisis propuesto por Lazarus (1976; en Slaikeu, 1988) no se puede utilizar en aquellas intervenciones de primera vez, pero tiene altas probabilidades de éxito en terapia consecutiva.

De la misma manera se encuentran semejanzas y diferencias entre las guías de intervención propuestas por Bellak y Siegel (1988) y lo que se efectúa en el sistema:

I. "Establecimiento de comunicación con el paciente (cortesía, atención, comprensión, etcétera), denominado rapport". En el servicio se le demuestra al usuario atención e interés al escucharlo y se le permite que se exprese con toda libertad.

II-III. Comprender la perspectiva del paciente e investigar aspectos claves de su vida ("Elaboración de historia detallada"). En este punto se considera que es donde se ubica o identifica la demanda del paciente, así como la posibilidad de que se tenga una percepción mutua de dicha problemática entre paciente y terapeuta.

IV. "Elaboración de formulación psicológica". Aquí en lugar de comprender por qué funciona el paciente de determinada manera a lo largo de su vida, se emplea principalmente el reenfoque cognitivo de la problemática del usuario, es decir que el individuo logre percibir de manera diferente su situación o problema.

V. "Acuerdo o negociación sobre el problema". Que implica el establecimiento de un acuerdo con el paciente a partir de la ubicación del problema, así como lo que podría hacerse para resolverlo. También se relaciona con la identificación del problema y la comprensión mutua entre paciente y terapeuta.

VI: "Establecimiento de soluciones". Donde se menciona que se debe de fomentar que sea el paciente el que proponga su solución resaltando sus habilidades.

El primer elemento no se vislumbra explícitamente de acuerdo a la postura del paciente del sistema. No obstante puede resultar provechosa en intervenciones consecutivas, puesto que en asistencia de primera vez, la motivación se manifiesta por el apoyo y la valoración de la integridad del usuario (recursos propios), posibilitando en el mismo una subsecuente llamada.

Lo anterior coincide con la opinión de Longo y Williams (1982) que mencionan que en intervenciones en crisis se debe de asumir una actitud activa y directiva en lugar de pasivas o reflexivas.

De esta manera, se pueden destacar claramente dos formas de proceder del terapeuta en el servicio:

1.-Rol activo del terapeuta. Cuando escucha el discurso del sujeto enfocando su atención a la formulación de las preguntas necesarias para identificar, ubicar y comprender la conflictiva del paciente; y posteriormente influir en el estado motivacional de aquel intentando manejar la situación con un cambio o reenfoque del como el usuario ha interiorizado su problema.

2.-Rol pasivo. La idea preconcebida del terapeuta de escuchar al paciente, no juzgarlo ni darle consejos, así como permitir en última instancia que sea aquél el que proponga la solución a su problema. Y como ya se mencionó, en una sola intervención no siempre es posible considerar el tratamiento en los dos aspectos de una sesión telefónica (disminuir angustia y establecer metas y objetivos terapéuticos o de tratamiento).

Este aspecto se considera como una limitante importante, puesto que si el paciente llama en crisis es precisamente porque se encuentra "imposibilitado" para tomar alguna dirección o decisión elocuente, sobre todo en una sola llamada; y el hecho de permitir que él solo formule la solución de su demanda puede retardar por una parte, el proceso de rehabilitación, y por la otra, decepcionar al usuario y desanimarlo a utilizar de nuevo el servicio.

Cabe señalar que una gran cantidad de los terapeutas tienen una formación profesional psicoanalítica, razón por la cual su proceder puede estar influenciado principalmente por escuchar al paciente, interpretar su contenido verbal y de esta forma intentar que el usuario se dé cuenta de su propia situación y por lo tanto, llegue a la resolución satisfactoria.

En complemento, se ha hecho mención en el curso de capacitación de los terapeutas, que no se aconseje ni se decida por el paciente, ya que este proceder permitiría que aprenda a enfrentar situaciones críticas futuras con sus propios medios. Sin embargo, como se menciona más adelante los pacientes prefieren lo contrario.

De acuerdo con el planteamiento de Slaikeu (1988) sobre la adaptación de algunos procedimientos psicológicos de las intervenciones cara a cara a la modalidad telefónica, sus propuestas de establecer el contacto psicológico con el paciente (rapport), ubicar la problemática y explorar los intentos de solución sí son elementos viables en intervenciones de una sola llamada telefónica. Aunque sería recomendable que se garantizara en SAPTEL el establecimiento del seguimiento que menciona el autor señalado, como objetivo importante.

Su propuesta de "ayudar al paciente a tomar la decisión concreta" (darle dirección) aunque se emplearía provechosamente en casos de seguimiento también ha sido reportado en terapias de primera vez.

En lo que se refiere a la práctica de la psicoterapia breve en el sistema, se considera que sus objetivos y metodología no se vislumbran explícitamente en la forma de proceder del psicólogo telefónico; empero, podría ser ideal utilizarla en terapia consecutiva, ya que predomina la intervención verbal y simbólica, se recolectan datos en más de una sesión y es de dominio cognitivo, no siendo prescindible la presencia física entre paciente y terapeuta.

Así, en SAPTEL el modo de proceder del terapeuta en general --de acuerdo a esta investigación-- se aproxima con mayor claridad a los postulados de la terapia focal de Knobel (1987), debido a que en su proceder se identifica un foco o conflicto inicial, y una vez ubicado éste se puede resolver el problema (demanda) dejando de lado otros aspectos de la personalidad o conducta del paciente.

De acuerdo a lo que se ha señalado hasta este momento se recalcan dos puntos importantes:

1) Que una llamada telefónica de primera vez tuviera una doble finalidad: por una parte, influir directa y activamente en la situación crítica momentánea, y por la otra, constituirse como una llamada de seguimiento.

2) Que el terapeuta emplee el tiempo necesario en el transcurso de la intervención, sin presionar al paciente a finalizarla, o preocuparse que haya otros posibles usuarios esperando el acceso a línea telefónica.

Un aspecto señalado que no se toma en consideración, y que sin embargo es determinante en la relación terapéutica, es la tranquilidad interés y conocimientos del psicólogo telefónico; aspectos también reportados por Whiterhorn y Betz (1962; en Sarason, 1983). Equivocadamente se tiende a pensar que aquel no enfrenta problemas personales que influyan en su quehacer profesional, y que su formación y preparación (conocimientos y experiencia) son completos y acordes a este tipo de servicio.

Dichos elementos podrían relacionarse precisamente con la responsabilidad y el compromiso del terapeuta con el servicio, y por lo tanto, con los intereses y objetivos "reales" por los cuales se encuentra en el sistema.

A lo largo de este trabajo se destaca la existencia de diferentes niveles o formas en los cuales se puede evaluar la efectividad del SAPTEL. Se citan por lo menos cuatro de ellas:

1.El servicio es gratuito e inmediato, anónimo y accesible (en el sentido de que no es personalizado o cara a cara).

2.Se le permite al usuario expresarse sin censura, desahogarse y tranquilizarse.

3.Se satisfacen o cumplen las expectativas y/o objetivos que se formulan paciente y terapeuta.

4.Se satisfacen y obtienen los objetivos generales del propio sistema.

En cuanto a la primera opción se destaca el hecho de que para el paciente es más cómodo permanecer en su domicilio salvaguardando de esta manera su integridad física, y a la vez comprometerse o no con el proceso terapéutico, denotando así la existencia de ideas, temores o resistencias psicológicas y emocionales. Factor que induce a pensar que la presencia física del terapeuta influye determinadamente en la personalidad del paciente.

Aspecto que es avalado de cierta forma por Wolpe (1993), en el sentido de que existe un "cambio" en el paciente por el hecho de hablar con algún terapeuta; aunque dicho cambio también pueda inhibir la conducta del mismo.

De la misma manera en otras investigaciones (Kazdin y Eilson, 1978; Strupp y Hadley, 1977, en Linn y Galske, 1988) también se ha señalado que la perspectiva del cliente como consumidor de servicios y la relación costo-eficacia del mismo (en este caso el que sea un servicio gratuito e inmediato) son elementos que hablan de la efectividad de un sistema e intervención terapéutica.

La segunda cuestión engloba ideas que ya se mencionaron, esto es, que implícitamente el paciente se siente reconfortado por el hecho de que hay alguien a quién recurrir en el momento preciso. Razón por la cual se tranquilizará y se solucionará su necesidad de hablar y ser escuchado. Confirmándose así lo que se encontró en el estudio realizado por Knickerbocker (1973; en Keddall y Norton.Ford, 1988), en el sentido de que sí hay reducción de los estados emocionales del paciente en relación con la calidad de la intervención del psicólogo telefónico.

El hecho de que el servicio sea gratuito e inmediato y que el paciente pueda hablar no garantiza que se solucionen los problemas del paciente, puesto que se considera que "detrás" de alguna demanda (o crisis) en muchos de los casos existen otros conflictos latentes.

Como lo señala Sivadon (1973; en Knobel, 1987), la ausencia de enfermedad o malestar no sería un estado óptimo de salud mental; entendida ésta como el equilibrio psíquico del hombre, adaptación a su medio social y aptitudes para la felicidad y el goce.

En lo que respecta a que se satisfagan las expectativas del paciente y terapeuta, se nota que es en las intervenciones de primera vez en donde se reportan los mejores resultados. En el paciente: recibir atención y ubicar su problemática, sentirse tranquilo, que se le manifiesta interés y que recibe orientación. En el terapeuta: el poder incidir en el estado anímico del paciente, ubicar la demanda del mismo así como animarlo y guiarlo.

Elementos que dan cuenta de información de tipo cuantitativo (estadístico) que se registra en el servicio, por ejemplo: aumento en el índice de llamadas mensuales recibidas, categorización por sexos; porcentaje y/o lugares de canalización; estado socioeconómico del usuario (priorizando personas de escasos recursos económicos), escuchar, orientar y apoyar psicológicamente a la población que necesite ayuda en una situación de crisis, etcétera.

De acuerdo con esta investigación en SAPTEL la efectividad terapéutica ha sido evaluada de acuerdo a los criterios de Eron y Callahan (1969; en Sarason, 1983), en el sentido de que el paciente y el terapeuta hacen una valoración del primero, es decir, de los progresos o satisfacción que ha tenido; sin embargo, el aspecto que queda de lado en el sistema es el relacionado con la opinión de los familiares, amigos o conocidos del usuario sobre la mejoría en el mismo. Elemento que de alguna manera el paciente considera necesario que se efectúe en el sistema.

Aunado a lo anterior, también se ha observado que en efecto, el "elevar la moral del paciente" es otro de los métodos relacionado con la eficacia de la psicoterapia telefónica (Sattier, 1970; en Sarason, 1983).

Contrariamente no se comparten algunas cuestiones que reportan Bustos y Acosta (1989), en el sentido de que SAPTEL sea un complemento de la terapia en vivo, se realice un trabajo interdisciplinario y que sea de alto poder preventivo en relación a los trastornos mentales.

De esta manera se apoya el argumento de Rodríguez (1995), de que el servicio "funciona solamente como un paliativo de los problemas sociales y no toma una dirección hacia el aspecto preventivo, mismo que podría ser posibilitado mediante la identificación de las áreas de conflicto individual (psicológicas y emocionales) o características particulares de los usuarios del servicio".

Así, mediante la investigación de factores como los anteriores podrían elaborarse estrategias de abordaje (informativas y de atención directa) a los usuarios, que cumplieran con el cometido de brindar una intervención clara y precisa sobre los problemas psicológicos. En donde el terapeuta, entre otras cosas, sea el que se comunique telefónicamente con el paciente y no espere a que éste vuelva a utilizar el servicio.

De acuerdo a los datos de esta investigación la prevención terciaria o rehabilitación que cita dicho autor, estaría en función no sólo de la canalización de los usuarios sino también por la continuidad y compromiso con pacientes consecutivos y sus familiares.

Cabe mencionar que en este trabajo también se encontró lo reportado por Feria y Rivera (1994), acerca de que una gran cantidad de usuarios obtienen satisfacción del servicio (ayuda y atención), es accesible en tiempo y dinero y les permite desahogarse.

No obstante se pudieron identificar algunos elementos que deberían de ser corregidos para poder hablar de una intervención provechosa. Esto es, el terapeuta está dando por hecho que su propio equilibrio emocional, se encuentra en óptimas condiciones. Además de que se ignora si el paciente solucionó su problemática, puesto que como se reportó, sus demandas por lo común son cubiertas en el momento en que llama al sistema.

Dentro de estas características de intervención el aspecto anterior sólo puede ser ratificado por el reporte verbal del paciente y no tanto por el medio en donde interactúa. Por lo tanto, la efectividad del servicio en el proceso terapéutico o de intervención propiamente dicha, además de cumplir con algunas de las expectativas del paciente y el terapeuta, es subjetiva o personal, esto es, única entre ambos, debido a la "fusión" que se presenta entre ellos.

Así, el terapeuta "intuye" si su intervención le permite al paciente mejorar y aliviar su condición momentánea y expectativas de vida, y por lo tanto que vuelva a recurrir al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

Finalmente, se coincide con la opinión de algunos terapeutas de que este servicio más que efectivo es útil, y hasta cierto punto necesario, en el sentido de que debería incidir en el aspecto preventivo previamente señalado.

Por otra parte, se observa que existen varias cuestiones que se deben corregir y ajustar en el servicio, mismas que giran en torno a la organización y funcionamiento interno del mismo. Ejemplo de ello es la necesidad del paciente de mantener y continuar su tratamiento con el terapeuta, pero al no poder contactar con el mismo en cualquier momento (debido entre otras razones, a que aquel asiste de 8 a 12 hrs. a la semana al sistema) tiene que solicitar el apoyo de otro terapeuta que lo pueda atender.

Cabe señalar que el manual de procedimientos del servicio no permite que un paciente sea atendido por dos terapeutas a la vez, o si se encuentra en otro tratamiento psicológico; razón por la cual el paciente tendrá que esperar la intervención con el terapeuta que lo atendió por primera vez, o en su defecto sólo lo podrá escuchar otro terapeuta sin darle dirección o sugerencias para la solución de su problema momentáneo.

Esto contrasta con la petición de los usuarios que señalan que les favorecería el hecho de que todos los terapeutas conocieran los expedientes (los problemas) y atendieran todas las llamadas.

A raíz de esta situación, el paciente cuando vuelve a llamar al sistema le miente al psicólogo al decirle que es la primera vez que utiliza el servicio, posibilitando de esta manera que se le atienda en el momento, y no tener que esperar la intervención con el terapeuta que lo atendió por vez primera.

Del párrafo anterior resaltan tres puntos importantes:

1) No es suficiente una sola sesión telefónica al paciente para que adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias frente a futuras situaciones problema.

2) El hecho de que el usuario vuelva a solicitar el servicio en horario diferente al de su terapeuta inicial y que no sea atendido, puede influir en éste de manera que se disguste o se decepcione y por lo tanto no vuelva a recurrir a él, anulando así una posible llamada de seguimiento.

3) Debido a que es probable que muchos usuarios, con tal de ser atendidos, le mientan al psicólogo telefónico diciéndole que es la primera vez que llaman, se podría generar un aumento significativo en el registro de llamadas de primera vez, disminuyendo así el porcentaje de intervenciones consecutivas. De ahí que sea importante para el usuario del servicio que el terapeuta sea el que se comunique con él.

Por otra parte, se vislumbra la necesidad del terapeuta --y principalmente del sistema-- de que los seminarios y su capacitación técnico-profesional sean acordes al funcionamiento telefónico; esto es, a la investigación y rescate de elementos, técnicas o procedimientos terapéuticos propios de la experiencia telefónica, y no tanto de lo que se sugiere y se lleva a cabo en terapias personalizadas.

Pacientes y terapeutas consideran que la preparación en éste último es insuficiente; que se guía principalmente por el análisis de casos y no tanto por la teoría impartida en los seminarios. Aspecto percibido por el usuario cuando menciona que al terapeuta le hace falta "mayor capacitación o profesionalismo".

Otras cuestiones que se relacionan con la satisfacción de las expectativas personales y profesionales del terapeuta, así como del paciente y en general de la utilidad del servicio, es la falta de incentivos la terapeuta, mayor compromiso entre éstos y los directivos del sistema, el escaso número de líneas telefónicas, así como la falta de difusión del servicio y la incomodidad de las propias instalaciones (inseguridad exterior, inhabilitación de equipo computarizado, falta de instrumentos o materiales de papelería, cubículos reducidos, ausencia de privacidad, escritorio y sillas en mal estado, etcétera).

De lo anterior se recalca que desde hace más de cuatro años de funcionamiento del sistema aproximadamente, se han venido reportando las mismas necesidades por parte de los terapeutas, no existiendo así diferencias significativas en este período de tiempo nisatisfaciendo totalmente las peticiones del psicólogo telefónico como lo señalan también Calderón y Meléndez (1993).

Lo anterior obliga a pensar que existen objetivos e intereses que giran en otras direcciones principalmente, denotándose así una falta de seriedad y compromiso de los directivos con el sistema en general y con los terapeutas, aunque estos últimos también están jugando un papel determinante en el funcionamiento interno y externo del servicio.

De la misma manera, como lo señalan los autores anteriores (Calderón y Meléndez), surge en el sistema la necesidad de "establecer un perfil del terapeuta que conozca y maneje los modelos terapéuticos empleados en situaciones de emergencia y crisis, con la finalidad de seleccionar psicólogos que manifiesten tener aptitudes y actitudes hacia este tipo de experiencia clínica".

Para ello se plantean las siguientes interrogantes: ¿Qué criterios o lineamientos se están utilizando para reclutar y seleccionar a los terapeutas antes, durante y después de curso de capacitación inicial?, ¿Es suficiente que el psicólogo cumpla con su servicio social, prácticas profesionales o ser voluntario para que se acepte su ingreso como futuro terapeuta telefónico?.

Finalmente, a lo largo de este análisis surgen algunas razones que se deben considerar acerca del por qué posiblemente el usuario no utilice el servicio en más de una ocasión, y por lo tanto, que el porcentaje y registro de llamadas de seguimiento sea menor en comparación con las intervenciones de primera vez.

Cabe señalar primeramente que se hipotetiza que para el paciente no bastarían una o dos sesiones telefónicas para adquirir la suficiente confianza emocional y así afrontar debidamente problemas futuros. Ya que se observa en ellos cierta "dependencia" hacia el servicio, reflejada en el hecho de recurrir a él nuevamente en caso de otras crisis, problema o depresión. Así, algunos usuarios recurrirían a él debido a la utilidad y confianza en el mismo (obtención de respuestas y apoyo).

Por el contrario, la "falta" de profesionalismo del terapeuta (conocimientos, intereses, similitud o diferencia entre sus objetivos personales y profesionales y con los del sistema), sus expectativas de canalizar al paciente, el no motivarlo a que continúe llamando, permitir que sea éste el que proponga en última instancia la solución a su problema, así como no dar tratamiento a un paciente que "no sea suyo", son elementos que estarían directa o indirectamente relacionados con la imagen que se forma el usuario del servicio, y que influirían la decisión de recurrir a él nuevamente.

Aunque este trabajo de acuerdo a su característica primordial, de tipo exploratorio, pretende abrir líneas y caminos futuros de investigación mediante el reporte de los resultados, se considera que no pueden omitirse una serie de sugerencias surgidas a lo largo del mismo, que podrían enriquecer el quehacer y la finalidad del SAPTEL, las cuales se mencionan a continuación.

Se enfoca el interés principalmente al establecimiento y mantenimiento de una terapia consecutiva de terapeutas y pacientes, así como a la "necesidad" de estos últimos de que sea el servicio el que se adecúe a sus demandas y no éstos a las condiciones y organización del sistema.

En cuanto al primer punto se parte del supuesto de que al paciente que sólo ha utilizado una sola vez el servicio, esta intervención no les es suficiente para que pueda obtener y adquirir los elementos mínimos necesarios para enfrentar un problema o crisis posterior, de similar magnitud por la que llamó al sistema; y como se nota en esta investigación, sólo se cumplen expectativas presentes y momentáneas de aquél, pero no se dota al paciente de los recursos personales necesarios ni se afrontan directamente problemas psicológicos y emocionales que el paciente puede tener de tiempo atrás y que no los reporta en el momento de la intervención.

Por esta razón se consideran las siguientes opciones:

- 1) Que sea el terapeuta el que se comunique vía telefónica con el paciente para saber cómo se encuentra en ese momento, es decir, si su problema aminoró o se resolvió favorablemente. Iniciar y tratar de mantener el proceso terapéutico (seguimiento), así como verificar si es posible, el reporte (estado psicológico/emocional) del paciente por medio de las personas o familiares que interactúan con aquél.

Estos elementos denotarían una manifestación de interés y compromiso profesional aún mayor del terapeuta al paciente; aumentando idealmente las probabilidades de que éste último se motive y vuelva a utilizar el servicio y continúe con el tratamiento.

Se recomienda que para aumentar las posibilidades de localizar y contactar al paciente vía telefónica por parte del terapeuta, en el momento de la entrevista en crisis se le pregunten datos referentes a sus labores y ocupaciones, su tiempo de descanso (horas y/o días) y en el que se le puede localizar en su domicilio con mayor seguridad. Así como con la persona que interactúa mejor y su número telefónico.

2) Se observa que en ocasiones es el terapeuta el "obstáculo" para el seguimiento, y precisamente para evitar esto o controlar dichas llamadas, el terapeuta debe intentar iniciar y/o continuar el seguimiento y no esperarlo.

De lo contrario el paciente quedará en la incertidumbre, en la medida de no poder contar con su terapeuta inicial o que éste termine su estancia en el sistema. El terapeuta, por su parte, por no saber cuándo y en qué momento aquél va a llamar (si es que lo vuelve a hacer). De ahí que no sea muy provechoso que sólo se atiendan llamadas de primera vez engrosando los datos estadísticos, y que se descuide por otro lado el proceso de rehabilitación del paciente .

3) Efectuar periódicamente un seguimiento a los usuarios del servicio, con la finalidad de detectar los avances significativos del paciente o si solucionó su problema. Donde se elabore un instrumento de evaluación que incluya como contenido algunos elementos de las cédulas de registro, áreas o tópicos en general de los conflictos del paciente, etcétera.

Algunas formulaciones que se pueden incluir son las siguientes:

a) ¿El servicio le ofrece respuestas o alternativas claras y concretas para la solución de su problema?

b) ¿Mejoran sus relaciones laborales e interpersonales después de haber utilizado el servicio?

c) ¿Cree que con lo que obtuvo en la intervención podría solucionar conflictos posteriores por sí mismo?

d) ¿El terapeuta muestra profesionalismo en su intervención?

e) ¿Le brinda seguridad y tranquilidad el hecho de que el servicio sea gratuito e inmediato?

f) ¿El que usted pueda hablar y desahogarse en el servicio, le permite solucionar problemas posteriores por sí solo?

g) Mencione qué aprendió usted después de utilizar el servicio.

De lo contrario se sugiere ser más flexibles con el paciente, en el sentido de que se le proporcione la ayuda necesaria cuando vuelva a llamar (aún cuando sea paciente de otro terapeuta), y no solamente escucharlo o en el peor de los casos cortar la llamada.

4) Una característica innegable de este tipo de servicio es que no se puede tener el control del momento en el que el paciente vuelve a utilizar el sistema, razón por la cual el problema no es tanto ampliar la cantidad y horario de los terapeutas, sino por el contrario que el servicio se adecúe a la necesidad del usuario, que constituiría una posible "base" del aspecto preventivo.

Por esta razón sería conveniente que el terapeuta le mencionara al usuario su estancia temporal aproximada en el sistema; evitándose así el comentario del usuario de que tenga que volver a plantear su problemática a otra persona.

5) Otro recurso que se puede utilizar es que al finalizar la terapia se le proporcione al paciente un número clave o número de expediente. Para que posteriormente que vuelva a llamar en horario ajeno al de su terapeuta, le mencione dicha clave a la persona que lo atienda, y así éste se familiarice a la brevedad de su problemática (auxiliándose principalmente por equipo computarizado).

El paciente tendría que cooperar en el sentido de que tenga siempre a la mano su número clave, evitando así esperar a su terapeuta o que opine que el servicio no sirve o no se adapta a sus necesidades.

6) De igual manera se recomienda que se ponga en funcionamiento el equipo computarizado con el que cuenta el sistema, con la finalidad de tener un manejo rápido y completo de los expedientes de los usuarios del servicio; procedimiento que economiza el aspecto temporal en el proceso terapéutico.

7) Con la finalidad de enriquecer, complementar y desarrollar el aspecto de la intervención en crisis por teléfono, se recomienda que los terapeutas, al finalizar su estancia en el servicio, elaboren reportes de trabajo (guías técnicas) y recomendaciones que contemplen las técnicas, "tips" y consejos adquiridos como terapeuta telefónico dependiendo ---y especificando--- su formación teórica profesional, así como críticas constructivas personales y en general del funcionamiento del sistema.

De esta forma, se pretende que las observaciones anteriores constituyan aspectos favorables que posibiliten que la calidad y funcionamiento del servicio beneficien al terapeuta y usuario del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

CONCLUSIONES

La efectividad del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono se denota por el mejoramiento del estado motivacional del individuo en un momento determinado. Así como también por su disponibilidad de empleo ante circunstancias riesgosas; y por la cobertura y cumplimiento de los objetivos institucionales de carácter cuantitativo, como lo son: su utilización prioritaria por usuarios del sexo femenino; como medio de enlace para los individuos que soliciten información relacionada con otros servicios de Salud Mental; la canalización de los pacientes y por el incremento del número de usuarios del mismo.

La intervención en crisis que se brinda en el servicio presenta como características elementales, el establecimiento del contacto psicológico, la identificación y rehabilitación del problema focalizado del paciente por una parte, y por la otra, el examen de las dimensiones del problema y la exploración de los intentos de solución del mismo. Factores que se relacionan con una intervención telefónica eficaz, y que resaltan en comparación con la psicoterapia breve psicoanalítica, contemplada como técnica de abordaje en el apoyo psicológico por teléfono.

La función preventiva en materia de Salud Mental no es cubierta en su totalidad en el servicio, debido a que no se identifica explícitamente que el paciente aprenda y desarrolle técnicas de afrontamiento o una serie de habilidades cognitivas y sociales que le permitan solucionar por sí mismo futuras crisis emocionales o problemas de diversa índole. Además de que le faciliten fortalecer su confianza personal y adquirir independencia terapéutica. Por esta razón se concibe a la efectividad terapéutica telefónica como un soporte psicológico de las diversas conflictivas del paciente.

La asunción de un rol activo y directo del terapeuta telefónico, que posibilite al paciente conductas de afrontamiento como el autocontrol y el pensamiento organizado, se manifiesta como una modificación importante a realizar dentro del servicio.

No se observan diferencias significativas en la forma de abordar terapéuticamente aquellas intervenciones de primera vez con los procesos de seguimiento de caso por parte del terapeuta telefónico.

El anonimato del servicio como característica distintiva del mismo, consecuenta una doble vertiente: por una parte ofrece seguridad y control del paciente en el momento de la intervención terapéutica telefónica, y por la otra, dificulta el establecimiento de futuros contactos terapéuticos entre terapeuta y paciente, que de la oportunidad de conocer el estado psicológico de éste o si solucionó alguno de sus problemas.

El brindar apoyo psicológico por teléfono se muestra como una actividad profesional donde el terapeuta externaliza una carencia de compromiso en el proceso terapéutico con el paciente; situación que se relaciona con sus objetivos e intereses de permanencia en el sistema, sus expectativas en el momento de la intervención y el reducido número de casos de seguimiento.

El agradecimiento manifestado por el paciente, la ayuda ofrecida al mismo y la adquisición de experiencia clínica telefónica, son de las satisfacciones personales y profesionales que obtiene el terapeuta en la labor telefónica.

La cooperación, interés y compromiso que manifieste el terapeuta en el servicio telefónico, son elementos importantes y en vínculo estrecho con la consecución y éxito de los objetivos personales, terapéuticos e institucionales previamente programados.

La participación del terapeuta en actividades propias del sistema, posibilitará el desarrollo de investigaciones suscitadas en el mismo, que promuevan el mejoramiento de la calidad del servicio.

Altamente gratificante para los usuarios del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, constituye el que el terapeuta los contacte telefónicamente sin que estos lo soliciten (en esta investigación, al ser entrevistados). Factor que significa una muestra de interés y profesionalismo del sistema, para conocer la situación o estado psicológico en el que actualmente se encuentran.

Conceptualizando al proceso de evaluación como parámetro que indica la consecución de los objetivos programados, es importante que en el servicio de atención psicológica se efectúen periódicamente evaluaciones que impliquen el aspecto cualitativo y cuantitativo, que posibiliten elaborar diferencias en el tipo y grado de ayuda y atención terapéutica que se le ofrece al usuario del servicio.

Es necesario implementar los medios y mecanismos eficaces que permitan que el proceso terapéutico se desarrolle en más de una intervención. Así como reestructurar y favorecer la investigación sistematizada que beneficie la adecuación de la técnica telefónica en el proceso terapéutico.

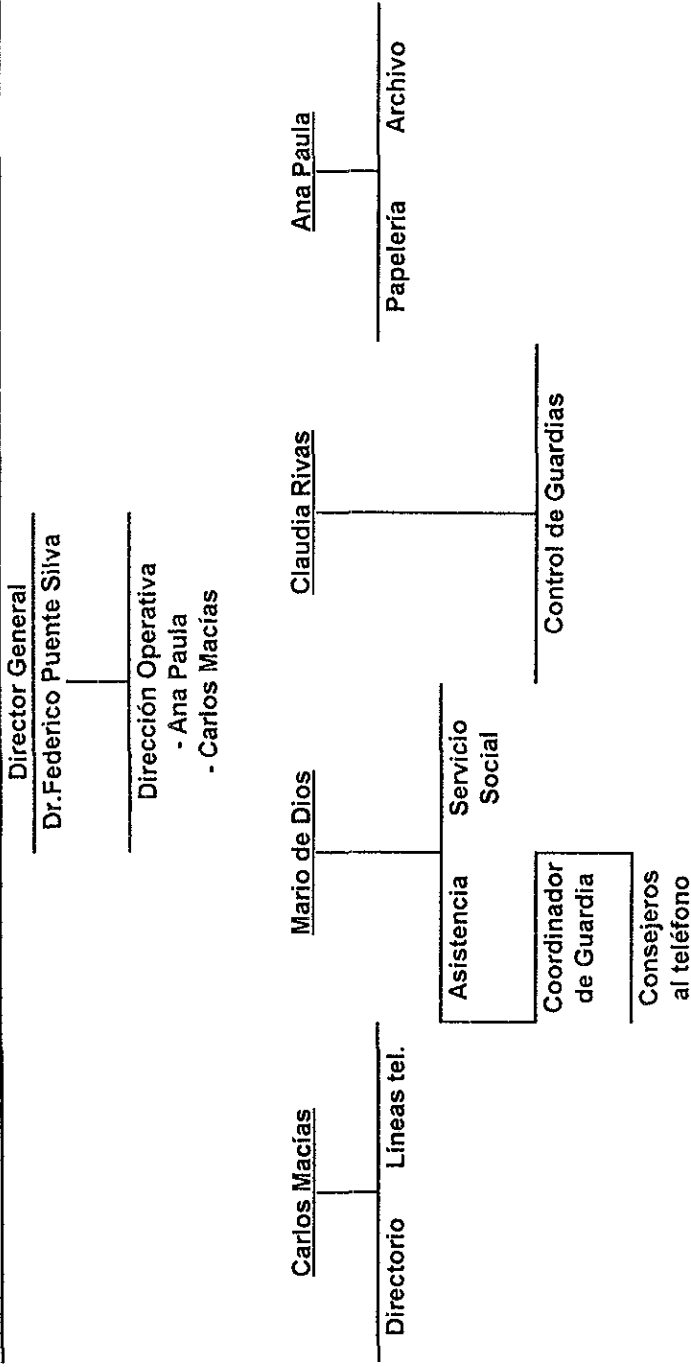
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andrew, G. y Harwey. R. "Does psychotherapy benefit neurotic patiente?". En Archives of General Psychiatry, 1981, 1(38), 1203-1208.
- Bellak, L. y Siegel, H. (1988). *Manual de psicoterpia breve intensiva y de urgencia*. Manual Moderno, México.
- Bustos, M y Acosta, R. (1989). "Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: motivo de consulta". Tesis inedita, México, D.F.; Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Calderón, S. y Meléndez, A. (1993). "¿Qué motiva que los psicólogos dejen un servicio donde obtienen un desarrollo profesional?". SAPTEL, Cruz Roja Mexicana.
- Calderón, S. y Meléndez, A. (1993). "Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: ¿Quién llama los viernes por la noche?". XIII Coloquio de investigación, Sección de cartel. México, D.F.; Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala
- Cuevas, C. y Uribe, G. (1995). "Enseñanza de habilidades psicoterapéuticas". Tesis inédita, México, D.F.; Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
- Dixon, L.S. (1987). *Working with people in crisis*. Merrill, Ohio
- Feria, I. y Rivera, I. (1994). "Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: una alternativa para la intervención en crisis". Tesis inédita, México, D.F.; Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.

- Gaitán, G.A. (1993). "Manual de procedimientos del SAPTEL. Programa conjunto de la Cruz Roja Mexicana y consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial de Salud Mental". Basado en: Manual para el llenado de la cédula de registro del SAPT. Puente, F. y Bustos, L. Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, Cruz Roja Mexicana.
- Garfield, S.L. (1979). *Psicología clínica: el estudio de la personalidad y la conducta*. Manual moderno, México.
- Gómez del Campo, E.J. (1992). "Intervención en la crisis: Manual para el entrenamiento". México, D.F. Dpto. de Psicología, Universidad Iberoamericana.
- Hernández, S. y Fernández, C. (1991). *Metodología de la investigación*. McGraw.hill, México.
- Hyman, S. (1990). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Salvat editores, México.
- Kanfer, H. y Phillips, S. (1980). *Principios de aprendizaje en la terapia de comportamiento*. Trillas, México.
- Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988). *Psicología clínica: perspectivas científicas y profesionales*. Limusa, México.
- Knobel, M. (1987). *Psicoterapia breve*. Paidós, Buenos Aires.
- Linn, S. y Garske, J. (1988). *Psicoterapias contemporáneas, modelos y métodos*. Desclée de Brower, Bilbao.
- Longo, D. y Reg, W. (1982). *La práctica clínica en enfermería psicosocial: evaluación e intervención*". Alhambra, España.
- Mackinnon, A. y Michels, R. (1985). *Psiquiatría clínica aplicada*. Interamericana, México.

- Martínez, F. y Taboas, M. "Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: revisión de estudios controlados". En Revista Latinoamericana de Psicología. 1992, 24 (3), 237-258.
- Moccio, F. (1986). *Terapia del stress, método de relajación*. Cinco, Argentina.
- Rodríguez, I. (1995). "Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: historia, investigación e implementación". Tesina inédita, México, D.F.; Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
- Rodríguez, J. (1984). "Los servicios telefónicos para crisis. El servicio de orientación e información de los Centros de Integración Juvenil". Tesis inédita, México, D.F.; Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sarason, G.I. (1983). *Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada*. Trillas, México.
- Slaikeu, K.A. (1988). *Intervención en crisis*. Manual Moderno, México.
- Taboas, M.A. "¿Son todas las psicoterapias igualmente efectivas?: una revisión crítica". En Revista Latinoamericana de Psicología. 1988, 20 (3), 309-330.
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. Trillas, México.

ORGANIGRAMA
SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO
CRUZ ROJA MEXICANA



Diciembre de 1996

ANEXO 2
SAPTEL
HOJA DE REGISTRO DE USUARIOS

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

1. Consulta

Nº de consulta	fecha	Nº de terapeuta	Hora inicio	Hora fin	Duracion	Referido Motivo	Referido Lugar
1							
2							
3							
4							
5							

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

Ficha de Identificación

3. Nombre o Apellido _____
4. Nº 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. Nº de personas con quien vive _____
- 12c. Tipo parentesco _____ 12e. Nº habitaciones _____
- 12d. Tipo vivienda _____ 12f. Nivel de ingresos _____
13. Fuente de Referencia _____
14. Motivo de Consulta _____

Exámen Mental

15. Discurso espontáneo _____ 16. Ritmo discurso _____
 17. Alteraciones discurso _____
 18. Alteraciones contenido pensamiento _____
 19. Contenido afectivo _____
 20. Alteraciones senso-percepción _____
 21. Alteraciones memoria _____
 22. Trastornos orientación _____ 23. Atención y Concentración _____
 24. Inteligencia _____ 25. Reconocimiento grado del problema _____

Sintomatología Específica

26. Síntomas somáticos _____ 27. Fatiga _____
 28. Aumento atención funciones corporales _____ 29. Hipnóticos _____
 30. Alteraciones en el dormir _____ 31. Irritabilidad _____
 32. Obsesiones-compulsiones _____ 33. Animo depresivo _____
 34. Disminución concentración _____ 35. Ansiedad _____
 36. Despersonalización _____ 37. Fobias _____

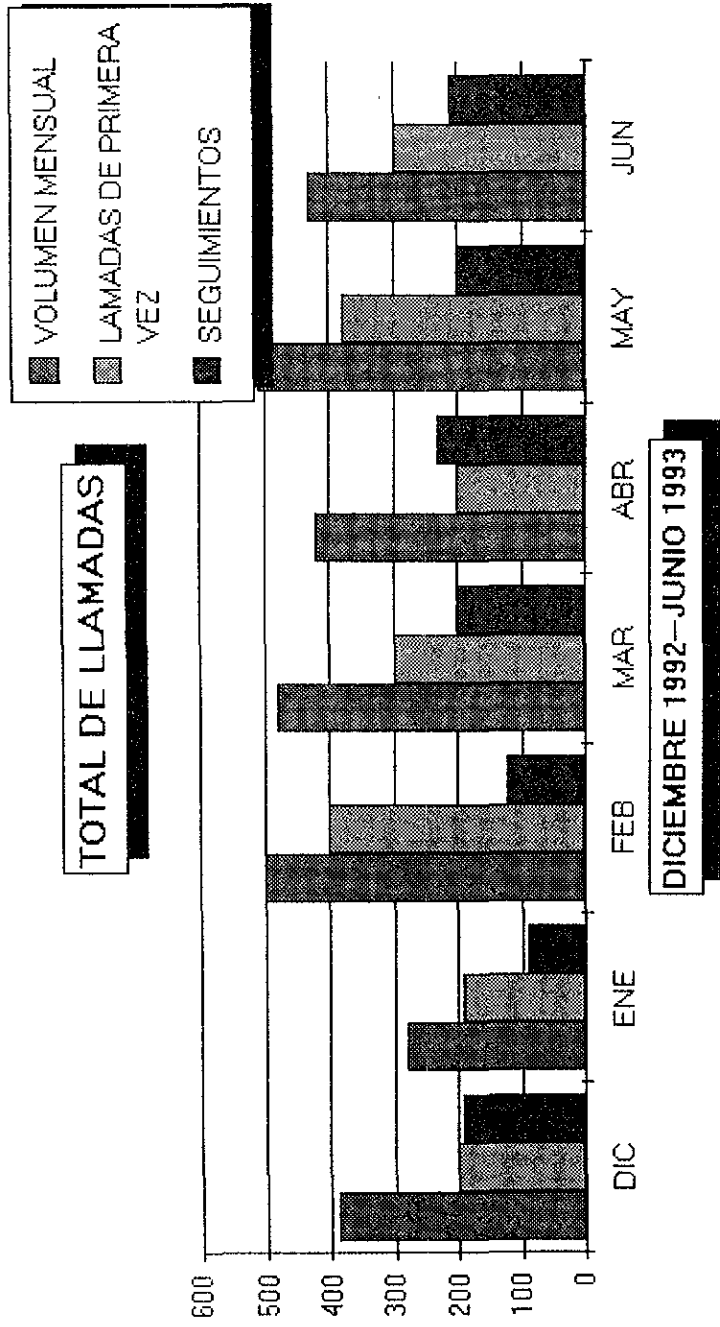
Diagnóstico

38. Clasificación O. M. S. _____ 39. Agregado _____
 40. D.S.M. III-R _____ 41. Agregado _____
 42. Dx. asignado en supervisión _____

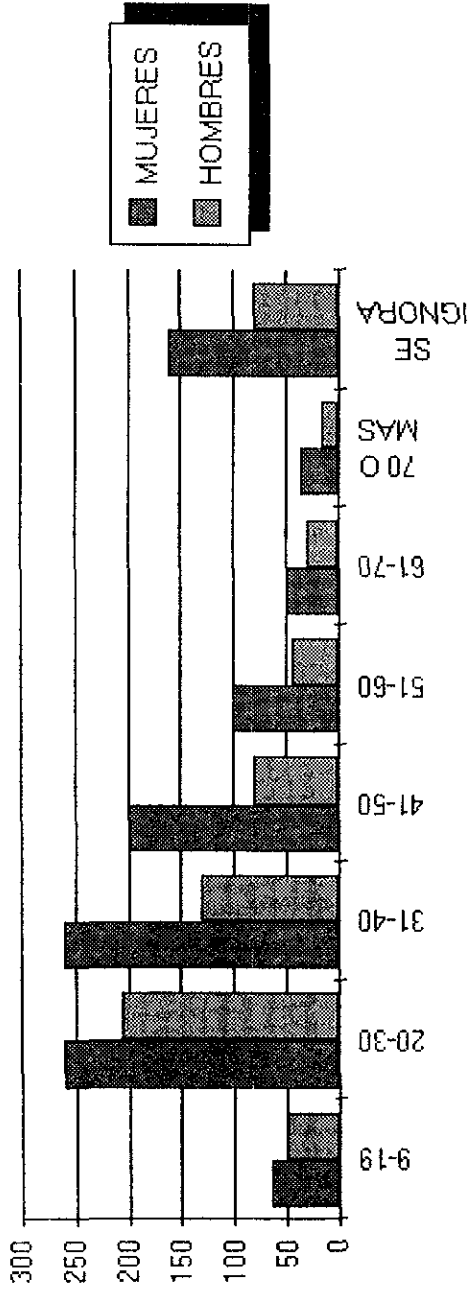
Datos del Terapeuta

43. Nombre _____
 44. Procedencia _____ 46. Turno _____ 47. N° Supervisor _____
 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 _____

Comentarios



LLAMADAS DE PRIMERA VEZ Y LA EDAD



DICIEMBRE 1992—JUNIO 93

ANEXO 5

UNAM CAMPUS IZTACALA

SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO

El siguiente cuestionario tiene como finalidad recabar información acerca de las experiencias que tienen los terapeutas en servicio, en el manejo e intervención psicológica con los pacientes vía telefónica. INSTRUCCIONES: contesta las siguientes preguntas de la manera más objetiva y sincera posible, evitando dejar alguna de ellas sin resolver. De antemano agradecemos tu valiosa cooperación.

- 1.-¿Qué expectativas tienes antes de contestar una llamada telefónica de primera vez?
- 2.-¿Cuáles son tus objetivos con las llamadas de seguimiento?
- 3.-¿Qué expectativas y objetivos cumpliste después de la llamada telefónica de primera vez y las de seguimiento?
- 4.-¿Qué satisfacciones te ha dejado el brindar apoyo psicológico por teléfono?
- 5.-¿Qué requisitos debe cumplir una intervención en crisis para que sea efectiva?
- 6.-¿Menciona las habilidades que has adquirido como terapeuta telefónico?
- 7.-¿En general, qué aspectos de tu intervención consideras que te ha dado resultado con tus pacientes?
- 8.-¿Cuál crees que es el objetivo de una llamada de primera vez y una de seguimiento (sin considerar el caso)?
- 9.-¿Por qué crees que es efectivo el sistema?
- 10.-¿Qué situaciones del sistema modificarías para que se pudiera brindar un mejor servicio?
- 11.-¿Qué aspectos del curso de capacitación te han ayudado directamente para que la intervención con los pacientes sea eficaz y provechosa?

ANEXO 6

UNAM CAMPUS IZTACALA

SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer la opinión que usted tiene sobre la calidad del servicio que se brinda en este sistema. Le pedimos atentamente que conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible. La información que usted nos brinde es absolutamente confidencial y se utilizará únicamente para fines estadísticos. Por su comprensión y cooperación gracias.

- 1.-¿Considera que es efectivo el servicio que se brinda en el sistema?
- 2.-¿Qué era lo que usted esperaba del servicio antes de iniciar la llamada telefónica?
- 3.-¿Qué era lo que usted solicitaba del terapeuta antes de establecer la comunicación con él?
- 4.-¿Qué obtuvo al finalizar la intervención?
- 5.-¿Qué sugeriría para mejorar la calidad del servicio?
- 6.-¿Qué debería de hacer o decir el terapeuta para que la intervención sea más efectiva?
- 7.-¿Por qué razón volvería a utilizar el servicio?
- 8.-¿Desea expresar algún comentario final?

EXPECTATIVAS EN LLAMADAS DE PRIMERA VEZ	# SUJETOS	%
1.DISMINUIR EL ESTADO DE ANIMO DEL PACIENTE	17	58.6
2.IDENTIFICAR DEMANDA O PROBLEMA	9	31.0
3.INCERTIDUMBRE O DEPENDE DEL PROBLEMA	9	31.0
4.DEMOSTRAR INTERES O COMPROMISO	10	34.5
5.BRINDAR ALTERNATIVAS O SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO	2	6.9
6.OTRAS (OBTENER PRACTICA CLINICA, INCITAR AL PACIENTE A CONTINUAR LLAMANDO)	3	10.3
OBJETIVOS FORMULADOS EN SEGUIMIENTO		
1.IDENTIFICAR Y PROFUNDIZAR LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE	10	34.5
2.EVALUAR AVANCES Y PROPUESTAS DEL PACIENTE PARA EL CAMBIO TERAPEUTICO	10	34.5
3.APOYO, PROPUESTAS Y/O SUGERENCIAS HACIA EL PACIENTE	15	51.7
4.CANALIZAR AL PACIENTE	4	13.8
5.INCITAR AL PACIENTE A QUE CONTINUE LLAMANDO	2	6.9

TABLA 1. EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS QUE SE FORMULA EL TERAPEUTA ANTES DE INICIAR UNA INTERVENCION TELEFONICA CON EL USUARIO DEL SERVICIO.

OBJETIVOS EN LLAMADAS DE PRIMERA VEZ Y SEGUIMIENTO	# SUJETOS	%
1 TRANQUILIZAR, ESCUCHAR Y APOYAR AL PACIENTE	16	55.2
2. IDENTIFICACION Y UBICACION DEL PROBLEMA	7	24.1
3. EVALUAR AVANCES DEL PACIENTE Y SUS PROPUESTAS DE SOLUCION	2/5	6.9 17.2
4. COMPROMISO Y CONTINUIDAD EN LA RELACION	3	10.3
5. OTROS (CANALIZAR, OBTENER EXPERIENCIA)	6	20.7
SATISFACCIONES ADQUIRIDAS		
1. AYUDAR, APOYAR Y OFRECER ALTERNATIVAS DE SOLUCION AL PROBLEMA DEL PACIENTE	21	72.4
2. ADQUIRIR EXPERIENCIA CLINICA TELEFONICA	7	24.1
3. SATISFACCION Y CRECIMIENTO PERSONAL Y PROFESIONAL	8	27.6

TABLA 2. OBJETIVOS QUE CONSIGUIÓ EL TERAPEUTA AL FINALIZAR SU INTERVENCIÓN TELEFÓNICA CON EL PACIENTE ASÍ COMO LAS SATISFACCIONES ADQUIRIDAS DENTRO DEL SISTEMA.

REQUISITOS DE LA INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO	# SUJETOS	%
1.IDENTIFICAR Y UBICAR LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE	15	51.7
2.DISMINUION DE LA ANSIEDAD Y EMPLEO DE REEENFOQUE COGNITIVO DEL PROBLEMA	18	62.1
3.DARLE DIRECCION A PROPUESTAS DE SOLUCION	10	34.5
4.DEJAR QUE EL PACIENTE HABLE Y DESCARGUE SU ANSIEDAD	8	27.6
5.ESCUCHAR, COMPRENDER Y APOYAR AL PACIENTE	15	51.7
6.TRANQUILIDAD, INTERES Y CONOCIMIENTOS DEL TERAPEUTA	2	6.9
HABILIDADES ADQUIRIDAS COMO TERAPEUTA		
1.SENSIBILIDAD AUDITIVA E IDENTIFICACION DEL TIPO DE CONDUCTA O PROBLEMA	20	69.0
2.GUIAR Y OBTENER EXPERIENCIA EN DIFERENTES TIPOS DE PROBLEMA	10	34.5
3.HABILIDADES COMUNICATIVAS Y VERBALES	12	41.4
4.CRECIMIENTO PERSONAL Y PROFESIONAL	4	13.8

TABLA 3. ELEMENTOS QUE SE DEBEN UTILIZAR EN ENTREVISTA TELEFONICA CON EL PACIENTE ASI COMO EL DESARROLLO DE HABILIDADES TERAPEUTICAS EN EL PSICOLOGO.

ELEMENTOS VIABLES EN TERAPIA TELEFONICA	# SUJETOS	%
1.ESCUCHAR CON INTERES Y DEJAR QUE EL PACIENTE HABLE LO QUE QUIERA	19	65.5
2.REENFOQUE, COMPRENSION MUTUA Y ALTERNATIVAS DE SOLUCION AL PROBLEMA	9	31.0
3.NO JUZGAR NI DAR CONSEJOS	4	13.8
4.FORTALECER CUALIDADES DEL PACIENTE Y EXPRESAR OPINION PROPIA	5	17.2
5.OTROS (MODULAR LA VOZ, DEJAR TAREAS, LLAMARLOS POR SU NOMBRE)	6	20.7
OBJETIVOS EN LLAMADAS DE PRIMERA VEZ Y SEGUIMIENTO		
1.COMPRENDER Y PROFUNDIZAR LA PROBLEMATICA	20/11	69.0 37.9
2.APOYAR Y DISMINUIR ANGUSTIA	14	48.3
3.FOMENTAR SUBSECUENTE LLAMADA	6	20.7
4.ESTABLECER METAS Y OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	1/4	3.4 13.8
5.VARIAN DEPENDIENDO EL CASO	2/2	6.9

TABLA 4. ASPECTOS RELEVANTES A UTILIZAR EN TERAPIA TELEFONICA, ASI COMO LO QUE ESPERAN LOS TERAPEUTAS ANTES DE UTILIZAR Y EMPLEAR EL CONTACTO PSICOLOGICO CON EL PACIENTE.

EFICACIA DEL SERVICIO	# SUJETOS	%
1 PORQUE ES GRATUITO E INMEDIATO	11	37.9
2. SE ESCUCHA A LA GENTE Y BRINDA AYUDA PROFESIONAL	16	55.2
3 PORQUE NO ES CARA A CARA	6	20.7
4. NO ES EFECTIVO SINO UTIL	3	10.3
MODIFICACIONES AL SERVICIO		
1 MEJORES CONDICIONES MATERIALES E INSTRUMENTALES DE TRABAJO	19	65.5
2 MAYOR DIFUSIÓN, ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA	10	34.5
3. CAPACITACION Y SEMINARIOS AMPLIOS, CLAROS Y CONTINUOS	9	31.0
4. APOYO E INCENTIVOS AL TERAPEUTA Y COMPROMISO MUTUO CON LOS DIRECTIVOS	11	37.9

TABLA 5 EFICACIA DEL SERVICIO Y MODIFICACIONES A REALIZAR EN EL MISMO SEGUN LA OPINION DEL PSICOLOGO TELEFONICO.

CURSO DE CAPACITACION	# SUJETOS°	%
1.ANALISIS DE CASOS	13	44.8
2.CONSEJOS O TIPS SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES	18	62.1
3 SUPERVISION EN GRUPO PEQUEÑO	4	13.8
4.EL ASPECTO TEORICO NO ES APLICABLE A LA INTERVENCION TELEFONICA	4	13.8
5.TEORIA SOBRE INTERVENCION EN CRISIS	10	34.5

TABLA 6 ASPECTOS DE LA CAPACITACION QUE SON FUNCIONALES AL TERAPEUTA TELEFONICO

EFFECTIVIDAD DEL SISTEMA	# SUJETOS	%
1.BRINDA AYUDA Y APOYO INMEDIATO	11	50.0
2.SE ESCUCHA AL PACIENTE Y ESTE PUEDE HABLAR ABIERTAMENTE, DESAHOGARSE Y TRANQUILIZARSE	10	45.5
3.ORIENTA Y OFRECE ALTERNATIVAS AL PROBLEMA	8	36.4
4.EXISTE PROFESIONALISMO Y CAPACIDAD DEL TERAPEUTA (INTERES, PACIENCIA, COMPRENSION Y CALIDEZ)	3	13.6
5.SERVICIO ANONIMO, RAPIDO Y ACCESIBLE	3	13.6
6.NO HAY PROFESIONALISMO Y CAPACITACION DEL TERAPEUTA	3	13.6
EXPECTATIVAS ANTES DE LA LLAMADA		
1.APOYO, ORIENTACION, ANIMOS Y CONFIANZA	18	81.8
2 HABLAR Y QUE LO ESCUCHEN	9	40.9
3.SOLUCION AL PROBLEMA Y UBICACION PERSONAL	3	13.6

TABLA 7. EFICACIA DEL SERVICIO Y EXPECTATIVAS QUE SE FORMULA EL USUARIO ANTES DE CONTACTAR CON EL TERAPEUTA.

EXPECTATIVAS HACIA EL TERAPEUTA	# SUJETOS	%
1.APOYO, ORIENTACION Y RESPUESTAS	15	68.2
2.QUE LO ESCUCHARAN	8	36.4
3.UBICACION PERSONAL	3	13.6
RESOLUCION DE OBJETIVOS		
1 APOYO, TRANQUILIDAD Y SEGURIDAD.	18	81.8
2 RESPUESTAS Y ALTERNATIVAS	6	27.3
3 ANIMOS Y UBICACION PERSONAL	6	27.3
4.OTROS (NO OBTUVO APOYO, CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, QUE LO ESCUCHARAN)	3	13.6

TABLA 8 EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS QUE OBTUVO EL PACIENTE COMO PRODUCTO DE LA INTERVENCION TELEFONICA.

SUGERENCIAS AL SERVICIO	# SUJETOS	%
1.MAYOR NUMERO DE LINEAS TELEFONICAS	9	40.9
2 INCREMENTAR LOS DIAS Y HORAS DEL TERAPEUTA EN EL SERVICIO (CONTINUIDAD CON EL PACIENTE)	8	36.4
3 QUE TODOS LOS TERAPEUTAS CONOCIERAN Y ATENDIERAN TODOS LOS CASOS, Y QUE ESTE SE COMUNIQUE CON EL PACIENTE PARA SABER SI SE SOLUCIONO SU PROBLEMA	6	27.3
4.QUE EL TERAPEUTA DEMUESTRE INTERES, ATENCION Y QUE TENGA MAYOR CAPACITACION	4	18.2
5.TODO ESTA BIEN	2	9.1
SUGERENCIAS AL TERAPEUTA		
1 TODO ESTA BIEN	9	40.9
2 QUE TENGA CERTEZA Y SEGURIDAD EN LO QUE DICE Y PREGUNTA, ASI QUE UBIQUE Y DE DIRECCION AL PACIENTE	7	31.8
3 MOSTRAR AFECTO, INTERES, AMISTAD Y PROFESIONALISMO	4	18.2
4 EMPLEAR OTROS RECURSOS TERAPEUTICOS Y GENERAR CATARSIS EN EL PACIENTE. POR EJEMPLO: RECURRIR A LA FAMILIA DEL PACIENTE, COMUNICARSE CON EL PACIENTE, NO DAR EJEMPLOS PERSONALES EL TERAPEUTA NI EMPLEAR PSICODRAMA.	8	36.4

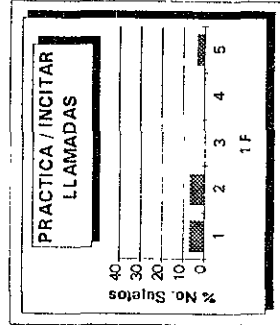
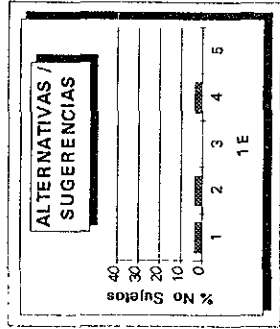
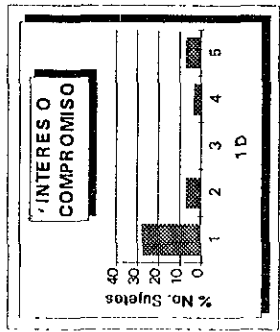
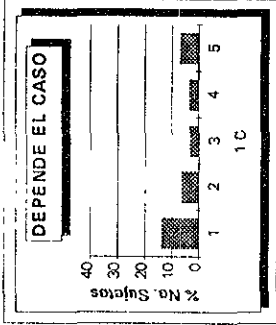
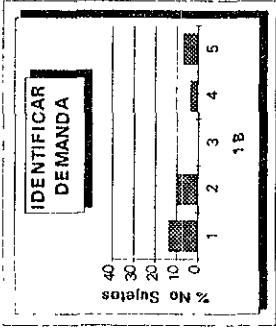
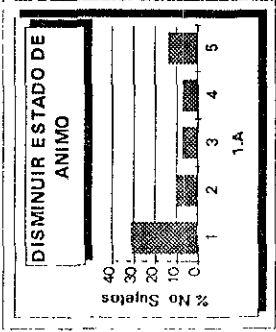
TABLA 9. OPINION DEL PACIENTE DEL SERVICIO EN RELACION A LAS MODIFICACIONES PERTINENTES A EFECTUAR EN EL MISMO.

RECURRIR NUEVAMENTE AL SERVICIO	# SUJETOS	%
1 EN CASO DE CRISIS, PROBLEMA O DEPRESION	11	50.0
2. PORQUE OBTUVO APOYO, RESPUESTAS Y LA ATENCION ES GRATUITA	5	22.7
3 ESPERA NO VOLVER A UTILIZARLO.	4	18.2
4. SI HAY CONTINUIDAD CON SU MISMO TERAPEUTA	4	18.2
COMENTARIO FINAL		
1. AGRADECIMIENTO, CONFIANZA Y FELICITACION AL TERAPEUTA Y EL SERVICIO	11	50.0
2 AMPLIAR EL NUMERO DE TERAPEUTAS MASCULINOS, LES GUSTE SU TRABAJO Y ATIENDAN A TODOS LOS PACIENTES	6	27.3
3 MAYOR DIFUSION (ES UN SERVICIO ALTRUISTA Y LA GENTE LO NECESITA)	8	32.4
4. SE LE MIENTE AL TERAPEUTA PARA QUE ESTE NO NIEGUE LA ATENCION DEL USUARIO CONSECUTIVO; QUE EL TERAPEUTA SE SOMETA A TRATAMIENTO PSICOLOGICO, Y SE AMPLIE Y ACTUALICE EL CATALOGO DE CANALIZACION.	5	22.7

TABLA 10. RAZONES DEL USUARIO PARA LA FUTURA UTILIZACION DEL SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO.

EXPECTATIVAS ANTES DE LA INTERVENCIÓN

OBJETIVOS CONSEGUIDOS DESPUES DE LA INTERVENCIÓN



1. TRANQUILIZAR Y ESCUCHAR
2. IDENTIFICAR Y UBICAR EL PROBLEMA.
3. EVALUAR AVANCES Y PROPUESTAS.
4. COMPROMISO/CONTINUIDAD.
5. OBTENER EXPERIENCIA O CANALIZAR.

FIGURA 1 EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS QUE ESPERABA EL TERAPEUTA Y QUE CONSIGUIO EN LLAMADAS DE PRIMERA VEZ.

OBJETIVOS EN LLAMADAS DE SEGUIMIENTO

EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS CUMPLIDOS EN LLAMADAS DE SEGUIMIENTO

1. TRANQUILIZAR, ESCUCHAR Y APOYAR.
2. IDENTIFICAR Y UBICAR EL PROBLEMA.
3. EVALUAR AVANCES Y PROPUESTAS.
4. COMPROMISO Y CONTINUIDAD.
5. CANALIZAR AL PACIENTE.

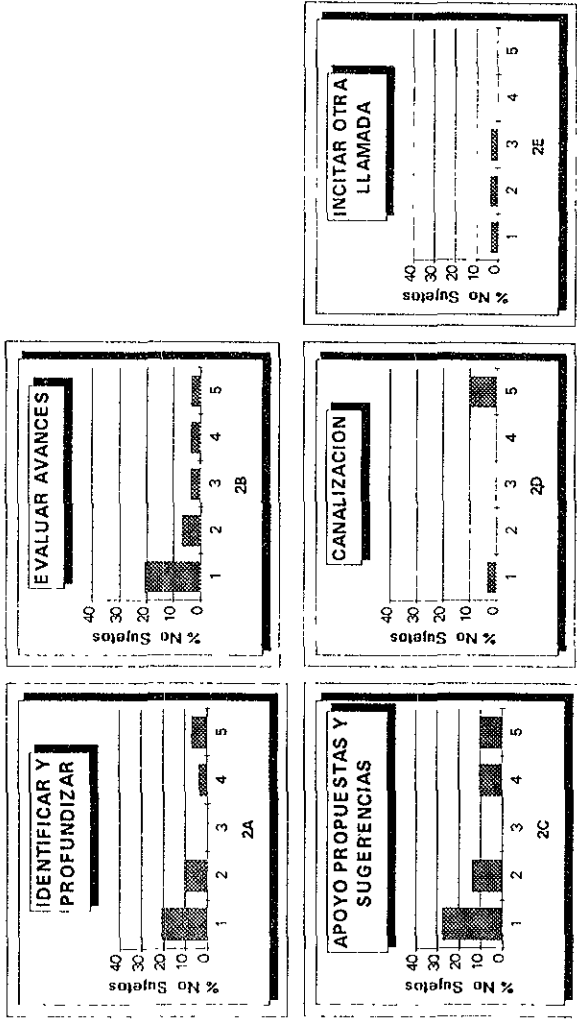
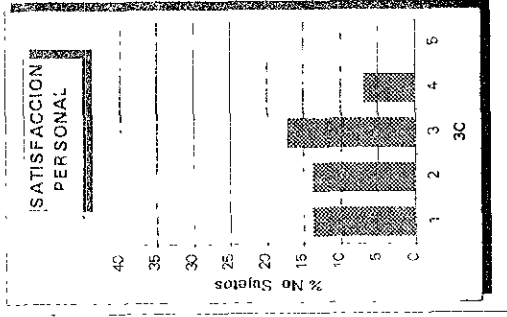
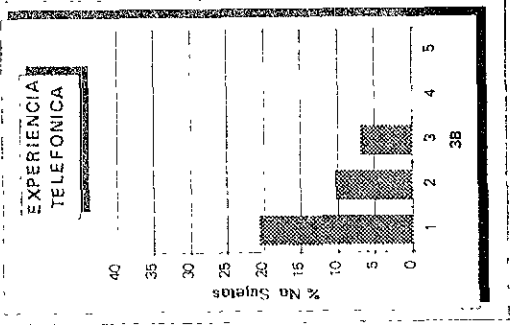
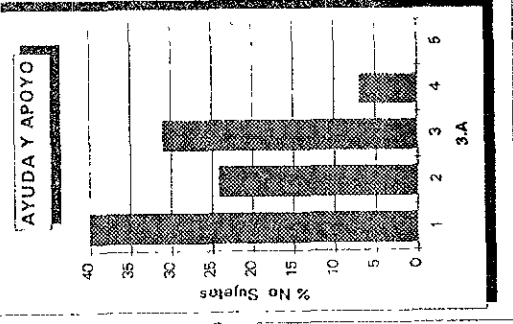


FIGURA 2 OBJETIVOS QUE CONSIGUIO EL TERAPEUTA EN SUS INTERVENCIONES DE SEGUIMIENTO CON LOS PACIENTES.

SATISFACCIONES TERAPEUTICAS

HABILIDADES ADQUIRIDAS

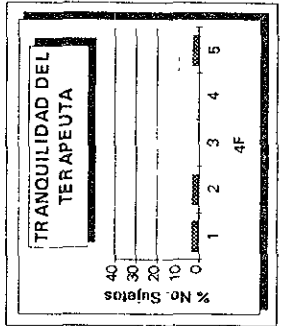
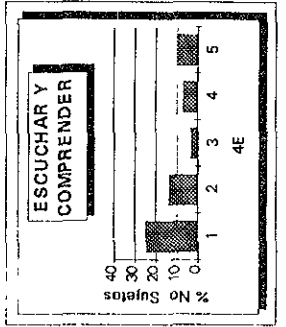
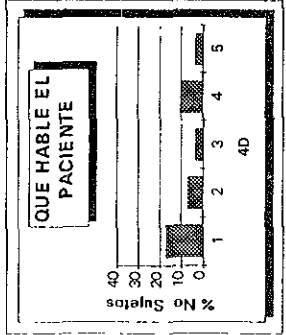
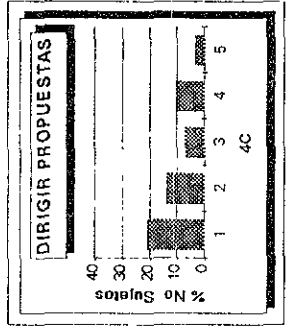
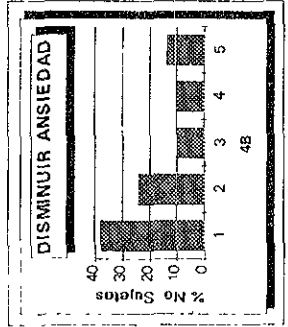
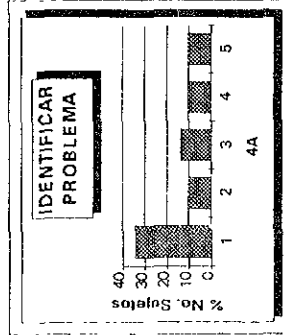


1. SENSIBILIDAD AUDITIVA
2. GUJAR Y OBTENER EXPERIENCIA
3. HABILIDADES COMUNICATIVAS Y VERBALES
4. CRECIMIENTO PERSONAL Y PROFESIONAL

FIGURA 3. TERAPEUTAS QUE HAN OBTENIDO Y ADQUIRIDO SATISFACCIONES Y HABILIDADES COMO PSICOLOGOS TELEFONICOS.

REQUISITOS DE LA INTERVENCION

ELEMENTOS TERAPEUTICOS VIABLES EN INTERVENCION EN CRISIS

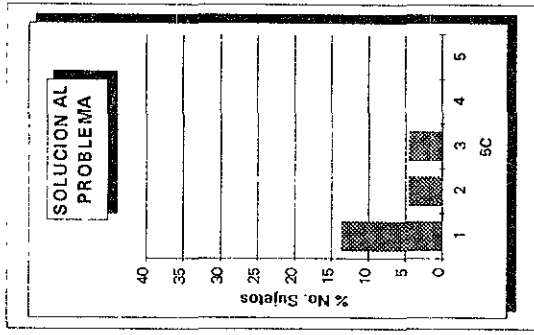
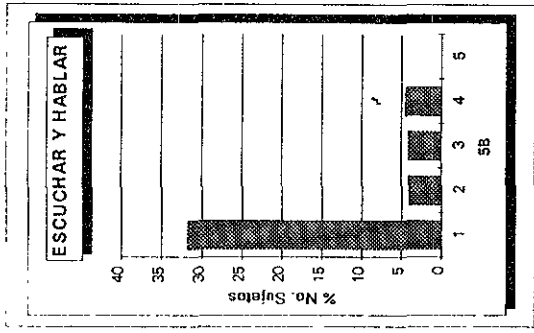
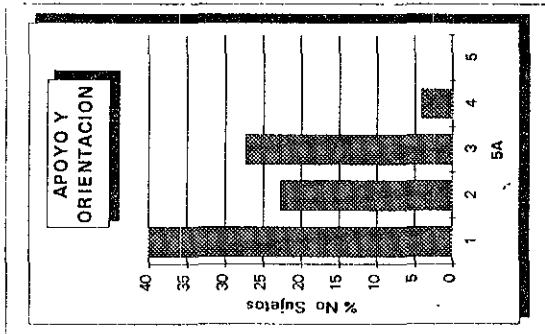


- 1 ESCUCHAR Y QUE HABLE EL PACIENTE
2. REINFOQUE, COMPRENSION Y ALTERNATIVAS.
3. NO JUZGAR NI DAR CONSEJOS.
- 4 FORTALECER CUALIDADES
5. MODULAR LA VOZ.

FIGURA 4. REQUISITOS INDISPENSABLES Y ASPECTOS FUNCIONALES EN TERAPIA PSICOLOGICA TELEFONICA SEGUN LA OPINION DEL TERAPEUTA

EXPECTATIVAS HACIA EL SERVICIO ANTES DE LA INTERVENCIÓN

OBJETIVOS QUE SE CUMPLIERON DESPUES DE LA INTERVENCIÓN



1. AYUDA, TRANQUILIDAD Y SEGURIDAD.
2. RESPUESTAS ALTERNATIVAS.
3. ANIMOS Y UBICACION PERSONAL.
4. QUE LO ESCUCARAN/INO OBTUVO APOYO

FIGURA 5. EXPECTATIVAS QUE CONSIGUIO EL PACIENTE COMO PRODUCTO DE LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA CON EL TERAPEUTA DEL SERVICIO