

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA de MÉXICO

FACULTAD PSICOLOGÍA

ÁREA CLÍNICA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y MOTIVOS DE CONSULTA DE USUARIOS DE
SAPTEL, DEL SEXO MASCULINO, GRUPOS DE 20 – 59 AÑOS DE EDAD, AÑO 2004

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

JOSÉ CARLOS BALLESTEROS PEREA

DIRECTOR : DR. FEDERICO PUENTE SILVA

MÉXICO D.F.

2007



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.

ÍNDICE

	Pág.
Índice general.....	2
Resumen.....	3
Introducción.....	5
Capítulo I. Planteamiento del problema.....	8
Capítulo II. Marco teórico.....	12
Capítulo III. Crisis, Definición y Tipos.....	16
Capítulo IV. SAPTEL, Cruz Roja Mexicana.....	22
Capítulo V. Metodología.....	29
Capítulo VI. Resultados y discusión.....	46
Conclusiones.....	89
Referencias y citas bibliográficas.....	92

Resumen

Dentro de las estrategias para tratar los diferentes tipos de crisis que se presentaron en la Ciudad de México a raíz de los sismos de 1985, se crea SAPTEL para dar apoyo psicológico por teléfono a la población que en ese momento lo estaba requiriendo dada la magnitud del desastre ocurrido, y por no haber los servicios necesarios de salud para atender dicha problemática. Una de entre muchas causas por las que se da apoyo psicológico por teléfono es la depresión, que como es sabido ocupa el primer lugar en atención en consultas clínicas.

Esto me llevó a plantear la investigación del “PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y MOTIVOS DE CONSULTA DE USUARIOS DE SAPTEL, DEL SEXO MASCULINO, GRUPO DE 20 - 59 AÑOS DE EDAD, AÑO 2004” .

La metodología empleada esta basada en los datos de llenado de la “historia clínica / cédula de registro relacionados con identificación y perfil, socio / económico / demográfico incisos del 23 al 38”. Así como de la “cédula registro: motivos de consulta incisos del 39 al 43”.

De los motivos de consulta por lo que llaman a este servicio de apoyo telefónico, y en base a los resultados obtenidos tenemos:

- a) problemas en las relaciones interpersonales con el 45.05%.
- b) dificultad en el manejo de la sexualidad 10.45%.
- c) dificultad manejo de la agresión 4.41%.
- d) sintomatología de la depresión con un 20.04%.
- e) adicción a las drogas 6.54%.
- f) varios 4.92%. problemas relacionados con la ansiedad 8.52%.
- g) varios 4.92%.
- h) se ignora 0.05%.

Dentro de la revisión del tipo de consulta telefónica psicológica los resultados arrojan que el tipo:

- 1) AB (urgencia psicológica que desencadena una emergencia emocional) tiene 52.16% 2)
- 2) BA (emergencia emocional que desencadena urgencia psicológica) 26.18 %
- 3) B (emergencia emocional) 13.34 %,
- 4) A (urgencia psicológica) 8.17 %

5) un 0.15 % se ignora.

Todos estos datos recabados permitieron a SAPTEL llevar un seguimiento de los motivos y tipos de consulta, para poder brindar un mejor servicio y atención a los usuarios hombres, y para establecer las pautas a seguir, ya que de 8314 llamadas en el año del 2004 únicamente 1971 fueron de hombres que representa un 23.7 % el cual es considerado muy bajo tomando en cuenta el tamaño de la población de la Republica Mexicana.

En el perfil sociodemográfico se revisaron: grupos de edad, estado civil, escolaridad, tipo de ocupación, lugar nacimiento, lugar de residencia, tipo de vivienda, número habitaciones del hogar donde vive, tipo de aportación económica del usuario a su casa. Como se puede apreciar en las graficas, los resultados son evidentes y nos dan un amplio panorama para poder dilucidar el comportamiento de las diferentes áreas evaluadas.

Introducción

A través del tiempo se ha podido comprobar que uno de los males que aqueja a la humanidad en el mundo entero es la depresión, uno de los trastornos emocionales que ocupan el primer lugar en las consultas clínicas. México no es la excepción de esta enfermedad, lo que obliga a los especialistas en salud a tomar más medidas preventivas y de intervención para controlarla y poder tener una población más sana.

Como ya sabemos la ciudad de México es una de las capitales más pobladas del mundo, lo que trae como consecuencia una serie de problemas relacionados directamente con la escasez de vivienda, empleo, transporte, servicios de salud básicos, hospitales, escuelas, falta de agua, drenaje luz etc., así como el incremento de la delincuencia y la falta de convivencia social que tiene como consecuencia la falta de comunicación entre los seres humanos, a lo que se aúna la crisis económica para ciertos grupos, la cual estamos viviendo junto con el proceso de la globalización.

Toda esta serie de elementos que trastocan a los seres humanos repercuten en el núcleo familiar, el cual ha dejado de ser en muchos de los casos un apoyo para los pacientes que se encuentran en **crisis**, con ello se rompe el equilibrio que podían tener antes de que se presentara muchas veces con violencia.

Todo esto me lleva a pensar cuan necesarios son los servicios de un profesional de la salud mental en las clínicas de atención de primer nivel, para que tengan una mejor atención y sea menos oneroso para las instituciones oficiales, ya que previniendo o interviniendo tempranamente podemos reducir tiempo y costos en estancias en los hospitales de tercer nivel.

Dentro de esta prevención se encuentra SAPTEL (servicio de apoyo psicológico por teléfono), creado a raíz de los sismos de 1985. La línea telefónica es para muchas personas un medio económico y rápido para recibir atención psicológica, además se quita el temor que representa el estar con un psicólogo cara a cara.

En la actualidad se cuenta con estudios y conocimientos que indican que todos los países del mundo, los llamados desarrollados o industrializados y aquellos que están en vías de desarrollo no cuentan con la infraestructura necesaria para poder atender a su población por motivos de trastornos de salud mental mediante el modelo cara a cara, es decir, que todos los países del mundo están obligados a contar con programas o servicios de tele-salud mental esto quiere decir servicios de salud mental a distancia, dentro de estos servicios de salud mental el que más se utiliza por la experiencia que ya

existe es el teléfono, porque a través del teléfono cualquier persona de cualquier edad a cualquier hora del día, sin importar donde se encuentre puede contactar de inmediato a un profesional de la salud mental. Todos los servicios de tele salud mental además de ser una opción también son herramientas que vienen a responder a necesidades. Los programas cara a cara o en vivo son buenos, útiles; sin embargo son insuficientes para atender a la totalidad de la demanda y cubrir las necesidades de salud mental de una población.

En algunos países se han establecido servicios semejantes a los de SAPTEL en donde la principal consigna es prestar la asistencia sin importar quien la solicita, esto redundando en un beneficio inmediato para el solicitante en tiempo y dinero, también ahorran sufrimiento emocional tanto del paciente como de los familiares incluidos en algunos casos a los salvavidas de la persona afectada o de terceras personas, por ejemplo, algunos suicidas en donde primero son homicidas de sus familias, de los niños, en particular de sus hijos, por lo tanto los programas telefónicos ahorran el sufrimiento humano y emocional

El principal objetivo de SAPTEL es evaluar de manera concisa la demanda de la población, así como el motivo de la consulta, sintomatología más frecuente y sus limitaciones para poder establecer cuál sería el modelo que seguir para un mejor servicio. Este estudio da un panorama de los **motivos de consulta** de los **usuarios hombres** de este sistema así como su **perfil sociodemográfico** en un grupo comprendido entre los 20-59 años de edad durante el año de 2004. Esta investigación tiene una serie de datos de suma importancia por lo trascendente que resultan para establecer el crecimiento que ha tenido SAPTEL desde 1999 al 2004 en la atención de llamadas telefónicas a lo largo y ancho de la república mexicana, de hombres y mujeres, grupos de edad y motivos de consulta de primera vez.

Como es sabido en México existen diversos servicios telefónicos de apoyo a la ciudadanía: policía, bomberos, Cruz Roja, localización de personas etc., pero de apoyo psicológico profesional y especializado por teléfono solamente SAPTEL, que cuenta con una experiencia invaluable de su personal operativo y directivo en este sistema.

La importancia de la presente tesis es que está orientada a evaluar y conocer el perfil sociodemográfico y motivos de consulta de población masculina que no ha sido considerada en estudios epidemiológicos de crisis, estos estudios se han dirigido principalmente a población femenina. La mayoría de los usuarios de SAPTEL son del sexo femenino, por que hasta la fecha en las encuestas dos de cada tres pacientes con

depresión son mujeres, de cada cuatro, tres son mujeres. Por lo tanto es de suma importancia conocer los motivos de consulta en la población masculina para poder precisar las estrategias de SAPTEL o diseñar nuevas técnicas, para apoyar a dicha población.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Históricamente cuando se habla de depresión o crisis emocional se asocia con el sexo femenino, la razón de ello es que las depresiones en el mundo hasta hace poco ocurrían con una mayor frecuencia en las mujeres. Algunos estudios epidemiológicos internacionales muestran que de 100 % de las personas con depresión el 75 % son del sexo femenino es decir que por cada 4 personas con depresión 3 son mujeres y uno hombre, otros estudios muestran que alrededor de 67 % de personas con depresión son mujeres y 33 % son hombres, pero en ambos casos vemos que el predominio ocurre en el sexo femenino, hay algunos autores y algunas investigaciones que sugieren que esto está cambiando en el mundo.

Independientemente de que esto este cambiando o no los pacientes del sexo masculino con depresión deben ser atendidos, pues se sabe que cuando una persona tiene una crisis emocional o una depresión es recomendable que sienta que cuenta con apoyo profesional con quien pueda exteriorizar y desahogarse de los motivos de su agobio, de su sufrimiento, de su crisis emocional (www.psicología2000.com). El Dr. Federico Puente comenta que hay conocimientos que muestran que una persona que se siente apoyada adecuadamente por un profesional, tiene un efecto terapéutico, lo que se conoce como un proceso del *alter ego* o *alter yo*. Cuando el yo o ego de una persona esta débil, contar con la ayuda de alguien le baja su ansiedad, su angustia y mejora su depresión, y hay un efecto terapéutico en el proceso de platicar, comentar, revisar, discutir y analizar su problemática con un profesional.

Los modelos originales de intervención en crisis están orientados a mujeres, posteriormente a niños y jóvenes, después a personas de la tercera edad y se ha dejado al último a la población masculina adulta, porque culturalmente existe la premisa de que el hombre adulto obligada o necesariamente tiene que ser fuerte. Antes por ser fuerte tenía la obligación de cuidar y proteger a su pareja así como a su familia, por eso durante mucho tiempo se hablaba del sexo fuerte vs. el sexo débil. En la sociedad moderna urbana todos los grupos son susceptibles a desarrollar depresión incluidos los hombres. Una de las causas importantes del alcoholismo en los hombres es exactamente estas premisa cultural, donde el hombre tiene que ser fuerte, donde los hombres no deben llorar y se aguantan, por eso mucha gente se alcoholiza para poder bajar su ansiedad, estrés y crisis.

La presente tesis busca primero identificar el porcentaje y número de los usuarios del Sistema Nacional de Apoyo de Consejo Psicológico de Intervención en Crisis de La Cruz Roja Mexicana que son hombres y, segundo, qué perfil socioeconómico demográfico presentan, con el objeto de preguntarse en investigaciones posteriores si la población masculina que habla a SAPTEL, habla porque dentro de los grupos masculinos es la más afectada o habla porque cuenta con las herramientas para utilizar el servicio, ¿que ocurre con SAPTEL, está cubriendo a los diferentes grupos del sexo masculino o por diversas razones solamente cubre a ciertos grupos?. ¿qué tendría que hacer SAPTEL para promover sus servicios entre los diferentes grupos del sexo masculino? Al responder a las anteriores preguntas cada vez más grupos se beneficiarán del servicio y progresivamente se cubrirá la totalidad de la población masculina de México.

Para llevar a cabo esta tesis se tomó en cuenta a los usuarios de primera vez durante el 2004, año en que se dio atención a una población de 8314 llamadas, de las cuales 1971 representa el 23.7 % que corresponde los hombres con edad de los 20 a los 59 años cumplidos, esta investigación se realizó utilizando la historia clínica de SAPTEL,^{1,2} cédula de registro, en la cual me basé para la captura de los datos, y que incluyen los siguientes reactivos:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN (Incisos 23 al 38)

- | | |
|--|--|
| 23. Sexo (<input type="checkbox"/>) Hombre (<input type="checkbox"/>) Mujer | 24. Edad: _____ |
| 25. Estado civil: _____ | 26. Escolaridad: _____ |
| 27. Ocupación: _____ | 28. Religión: _____ |
| 29. Lugar de origen: _____ | 30. Domicilio actual: _____ |
| 31. Núm. Personas c/quien vive: _____ | 32. Parentesco: _____ |
| 33. Tipo de vivienda: _____ | 34. Núm.de habitaciones: _____ |
| 35. Aportación \$ usuario: _____ | 36. Aportación \$ otros: _____ |
| 37. Aportación \$ total: _____ | 38. Fuente de referencia: _____ |

MOTIVO DE CONSULTA (Incisos 39 al 43)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 39. Motivo principal: _____ | 40. Motivos secundarios: _____ |
| 41. Riesgo suicida: _____ | 42. Tipo de consulta: _____ |
| 43. Verbalización del usuario: _____ | |

1.- Puente, Silva, F. ; Bustos, L. ; SAPTEL Historia Clínica, versión original sept. 1985, SAPTEL.

2.- Gaitán, A. y col. SAPTEL Historia Clínica versión modificada, 1995, UIA.

Tomando estos datos de la cédula de identificación de SAPTEL se elaboran las diferentes preguntas con respecto a por qué llaman en menor medida los hombres con respecto a las mujeres, cuál fue el mes que tuvo más o menos llamadas, qué grupo de edad fue el principal en uso del servicio, cuál es el estado civil y la escolaridad de mayor llamadas

además de la ocupación así como su lugar de nacimiento y de residencia actual, cuál es el tipo de vivienda y el número de habitaciones de su hogar y tratar de saber alguna cuestión sobre la aportación económica, los motivos de consulta y tipo de consulta para poder establecer qué relación puede tener con algunos de los reactivos antes mencionados y poder brindar una mejor atención, asimismo tratar de identificar por que son tan pocas las personas del sexo masculino que hacen uso del servicio de SAPTEL, las cuales pueden presentar diferentes sintomatologías como problemas de relaciones interpersonales, sexualidad, agresión, depresión, drogas y ansiedad.

Conceptuaremos homeostasis como el principio fundamental del equilibrio de los sistemas vivos. Todo ser requiere, para estabilizar sus constantes psico-fisiológicas, un balance específico con tres ejes fundamentales: constancia, dinámica y cambio (Olmsted 1938).

Todo principio de equilibrio debe sustentarse sobre la base de elementos constantes, conformando un entorno lo suficientemente predecible como para poder operar en él. A la vez todo ser vivo, en tanto que persiste a través del tiempo, debe de contar con la flexibilidad suficiente como para ajustarse a la gran cantidad de cambios que ocurren, tanto en el medio externo como en el medio interno del sistema, producto de o asociados a este mismo paso del tiempo. Por ello, debemos ser capaces de movimiento y cambio para poder afrontar con posibilidades de éxito los retos o amenazas al sistema representados en la diversidad de circunstancias (Cannon 1941).

En SAPTEL, el concepto de crisis es abordado siguiendo estos preceptos. Un sujeto entrará en crisis cuando pierda su equilibrio homeostático, o cuando lo considere seriamente amenazado. Por lo tanto en SAPTEL se clasifica el motivo de consulta de la siguiente manera: la urgencia psicológica (A) queda definida como un desequilibrio psicológico intenso (o amenaza de lo mismo) provocado por sucesos ocurridos en el mundo externo del sujeto. Este tipo de eventos pueden ser de tal magnitud que provocan un avasallamiento de la capacidad del individuo para enfrentarlos, y por tanto requieren personal capacitado en dar apoyo emocional en cualquiera de sus diversas modalidades, según cada caso particular. Por emergencia emocional (B) se entiende una respuesta sistémica del individuo a un desequilibrio psicodinámico íntimamente relacionado con procesos del mundo interno, consciente o inconsciente, del sujeto (Gaitan 1995). Ante esta situación, el procedimiento seguido en SAPTEL consiste en hacer todas las preguntas pertinentes hasta conocer a fondo la situación y comprender

sus motivaciones. Por lo antes expuesto, las posibilidades de calificación de los motivos de consulta son:

A Urgencia psicológica

B Emergencia emocional

AB Urgencia psicológica que desencadena emergencia emocional

BA Emergencia emocional que desencadena una urgencia psicológica.

Como ya se explicó anteriormente, en esta investigación con los datos obtenidos trataré de encontrar o explicar los motivos de consulta, además de realizar el perfil sociodemográfico de los usuarios masculinos, agrupados por décadas a partir de los 20 hasta los 59 años.

Capítulo II

Marco teórico

Actualmente en el mundo entero existe el problema de la sobrepoblación, de aquí que se haya perdido el punto de equilibrio, en donde el número de personas sobrepasa los recursos existentes: agua, comida, luz, servicios, salud, escolares, transporte, etcétera. En México se estima que somos 107 millones de personas más 13 millones en el extranjero, lo que nos arroja un total de 120 millones de personas (CONAPO 2002).

El 35% de los mexicanos son pobres y dentro de este porcentaje tenemos pobreza extrema o miseria, los que no tienen nada, esto aunado al desarrollo de la tecnología de la modernidad-posmodernidad, en donde se hace el mismo trabajo con menos personas lo cual hace que resalten tres puntos: a) somos más que antes, b) se requiere menos gente para realizar lo que antes se hacía con un número mayor de personas y c) para trabajar o funcionar se necesita conocer, dominar la nueva tecnología, informática, cómputo y dominar el idioma inglés características que tiene poca gente en un país en vías de desarrollo.

Todo esto nos lleva a una reflexión hay un grupo de personas que tiene una **desesperanza aprendida** e **indefensión aprendida** (Seligman 1981) que tienen la impresión de que están fuera de todo tipo de acciones que puedan brindarles una forma de vida más favorable y que el futuro no es mejor que el presente, o sea, que se sienten rebasados y que nunca van a estar al día con respecto al resto de la población.

Esto hace que sea tal vez un grupo de personas con una depresión crónica, por lo tanto las depresiones son el problema número uno de salud pública en el mundo y en México.

La desesperanza aprendida, según Seligman, plantea la posibilidad de que la desesperanza observada en los animales y humanos se da por el aprendizaje, ven que algunos eventos son incontrolables, lo que genera en los sujetos el abandono de búsqueda de solución al problema. El aspecto cualitativo de la desesperanza está dado por la identificación del factor emotivo, motivacional o cognitivo en las personas.

El desarrollo de la **indefensión aprendida** va de una perspectiva conductual a una cada vez más cognitiva.

Evolución histórica del modelo de Seligman.

Seligman y Overmier (1981) usaron “Indefensión aprendida” para describir la interferencia en el aprendizaje de escape. Un factor causal de ésta era la falta de *control*

experimentado. Postula que la respuesta operante o instrumental que actúa sobre el ambiente y que puede ser modificada por las recompensas y el castigo, corresponde a lo que Seligman define como respuesta voluntaria.

Cuando un organismo no pueda realizar una respuesta operante que controle un resultado, dirá que ese resultado es *incontrolable*. Así, se llega al concepto de *indefensión*. Se está indefenso frente a un resultado cuando éste ocurre independientemente de todas las respuestas voluntarias.

Depresión

La depresión es un trastorno afectivo en el cual el enfermo pierde la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con una disminución de la vitalidad acompañada de tristeza, inseguridad y cansancio exagerado; suelen aparecer sentimientos de culpa, visión muy sombría del futuro. Existen alteraciones en el sueño, el apetito y el deseo sexual.

Actualmente es el cuarto problema de salud mental en el mundo, y en México la padece 10% de la población.

Calderón (1985), hace todo un análisis de este cuadro clínico. Dice que la depresión puede presentar dos aspectos, uno con francas alteraciones de los efectos que permiten un fácil diagnóstico, y otro en que dichas alteraciones están enmascaradas, predominando síntomas somáticos que son difíciles de identificar

Tipos de Depresión

Existen muchos tipos de depresión que es importante saber detectar:

Primaria: es aquella por la que el paciente acude con el médico para ser tratado.

Secundaria o enmascarada: la depresión acompaña a un padecimiento médico el cual puede alargarse y en ocasiones empeorar, es una depresión que se presenta clínicamente en forma diferente, por ejemplo muchos plantean que el comprador compulsivo, el jugador patológico compulsivo, problemas de alcoholismo y violencia en el hombre forman parte de las depresiones enmascaradas o equivalentes depresivos.

¿Por qué se presentan las depresiones? En primer lugar están asociadas a una pérdida, que puede ser muy importante para la persona, muy significativo que varía de cultura a cultura y de sujeto a sujeto (Dio 1995).

Pueden existir otros factores que influyen en ambas depresiones:

Biológicos (hormonas, neurotransmisores).

Sociales (pobreza, falta de empleo, marginación, etc.).

Historia infantil (cuando se ha enseñado una baja autoestima).

Las consecuencias de estar deprimido, tales factores pueden variar según el grado de depresión que la persona presente. Van desde sentirse triste, perder peso, deteriorarse físicamente, hasta haber un empobrecimiento de las relaciones sociales, pérdida de trabajo, etcétera.

En última instancia la persona considera seriamente suicidarse o incluso hacerlo. Si no se identifica a tiempo, puede tener consecuencias muy serias y perjudicar tanto al paciente como a las personas que lo rodean.

Para saber si se está deprimido se deben observar cuidadosamente los siguientes síntomas durante al menos 2 semanas (DSM IV):

- Sentir tristeza, desganado o vacío.
- Perder interés en cosas que antes gustaban.
- Comer mucho o casi no comer.
- Tener problemas para dormir (dormir mucho o tener insomnio).
- Movimientos lentos, sentir el cuerpo pesado.
- Estar apático, fatigado o con poca energía.
- Sentir culpa, impotencia e inutilidad.
- No poder concentrarse, ni recordar las cosas.
- Pensar constantemente en morir y a veces hasta en el suicidio.

Si una persona tiene cinco o más de los síntomas anteriores probablemente esté deprimida, y necesitará tratamiento. Sin embargo, la mejor forma de hacer un diagnóstico es necesario que el paciente y sus familiares acudan con el médico especialista.

Si conoce a una persona que está deprimida. ¿Qué hacer?

Cuando una persona está deprimida, sus cambios en el estado de ánimo son desconcertantes para él y para los familiares y amigos, es una situación confusa y que provoca diversos sentimientos. Es importante, por lo tanto, conocer qué es la depresión para entender la situación por la que atraviesa la persona. Se debe buscar ayuda médica para el enfermo.

Hay que recordar que la depresión es una enfermedad que puede variar desde grados leves donde no existen muchas alteraciones hasta grados severos donde la persona puede suicidarse, por eso es importante conseguir ayuda profesional.

¿Cuál es el tratamiento?

Los tratamientos más adecuados son la psicoterapia y el uso de fármacos. Las personas que se encargan del tratamiento psicoterapéutico son los psicólogos, los psiquiatras se encargan del tratamiento farmacológico, basado en medicamentos antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y dependiendo del tipo de depresión se puede utilizar desde psicoterapia breve y de emergencia hasta psicoanálisis.

Sentirse en ocasiones triste o desganado no es depresión, pero hay ocasiones en que es importante saber identificar cuales son los síntomas de una depresión para poder acudir al médico y recuperar nuestra salud.

Acudir a un profesional de la salud mental no quiere decir que se está “loco”, solamente significa que se necesita ayuda para tratar una enfermedad.

Hay que recordar que:

- La depresión es una enfermedad.
- Es tratable.
- Existen personas capacitadas profesionalmente para ayudarlo.
- No basta con “echarle ganas”.
- No le da solamente a las mujeres o niños.
- No es exclusiva de un nivel económico o social, tampoco de una raza en particular.

La depresión no equivale a tristeza sino a una disminución en el funcionamiento general del individuo.

Capítulo III

Crisis: definición y tipos

A lo largo de la vida de todos los seres humanos se nos presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado emocional tal que si no es resuelto adecuadamente nos arrojaría a un desequilibrio total, o sea, a lo que llamamos *crisis*.

Este término pudiéramos definirlo como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1998).

Para Aguilera y Messick (1976), una persona en crisis se encuentra en una situación decisiva: se siente desamparada, envuelta en un estado de gran trastorno emocional incapaz de actuar por su propia cuenta,

Para Caplan (1966), la crisis es un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental

Para Gómez del Campo (1992), una crisis es una combinación de situaciones de riesgo que en la vida de una persona coinciden con su desorganización psicológica y su necesidad de ayuda. Para este autor la crisis representa tanto el peligro de un trastorno mental como la oportunidad para el crecimiento de una persona; y puede estar presente en la vida de todo ser humano. La crisis se caracteriza por un colapso en la capacidad de resolver problemas, la ayuda externa es crítica para determinar como tomaron los individuos sus decisiones, es decir, el punto de partida o punto decisivo para el cambio.

Una crisis es también un momento en la vida de un individuo, en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversa etiología, la persona es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales la solución de problemas, debido a que el sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y está bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de

crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cuál, sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

Slaikeu (1996) define la crisis como sigue: Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de su vida a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo y casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones secuenciales de desarrollo a través de diversas etapas, y tener el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, incluida la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y de los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de otros “significantes”).

Sucesos precipitantes

Los principios de la crisis son identificables. Desde que los clínicos y teóricos comenzaron a reflexionar sobre la naturaleza de las crisis como consecuencia del incendio en el Boston's Coconut Grove Nightclub en 1942. La experiencia de crisis se ha comprendido como algo precipitado y desbordado por algún suceso específico.

Viney en 1976, resume diversos estudios sobre sucesos aislados específicos de la vida que tienen el potencial para precipitar una crisis vital; embarazo y nacimiento de un niño (Caplan, 1960); maternidad sin matrimonio (Floyd & Viney, 1974); transición de la casa a la escuela (Klein y Ross, 1958); compromiso y matrimonio (Rapoport, 1964); cirugía y enfermedad (Janis, 1958); duelo (Parkes, 1972); migración, jubilación, desastres naturales, etcétera.

Algunos sucesos son universalmente devastadores, de modo que casi siempre son capaces de precipitar una crisis, por ejemplo, la muerte inesperada de un ser querido o una violación sexual. Sin embargo, otros no facilitan la crisis por sí mismos, pero deben contemplarse en el contexto del desarrollo total del individuo.

Nowak (1978) sugiere que el impacto de un suceso particular depende del tiempo, intensidad, duración, secuencia, y grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo.

Tipos de crisis

Para Erikson, citado por Caplan (1993), y Slaikeu (1998) existen dos categorías de crisis; las evolutivas o de desarrollo y las circunstanciales

Crisis de desarrollo

Las crisis en el desarrollo son aquellas relacionadas con el traslado desde una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencias en su realización es probable una crisis. Las hipótesis principales detrás de la aproximación del desarrollo en las crisis de la vida incluyen lo siguiente:

1. La vida, desde el nacimiento hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y cambios continuos.
2. El desarrollo puede considerarse como una serie de transiciones que algunos llaman etapas, cada una caracterizada por ciertas actividades o preocupaciones
3. Las transiciones del desarrollo de los adultos son cualitativamente diferentes de las que se dan en la niñez y adolescencia.
4. Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el contexto de la historia personal.

Crisis circunstanciales

Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas, el rasgo más sobresaliente es que se apoya en algún factor ambiental. Las experiencias individuales de quienes son víctimas de crímenes violentos (secuestros, violaciones) son ejemplos de crisis circunstanciales inducidas. Esta categoría también incluye sucesos como cambios de domicilio, divorcio y desempleo.

La característica sobresaliente de estas crisis es que el suceso precipitante (inundación, muerte de un ser querido etc.) tienen poca o ninguna relación con la edad del individuo

o etapa del desarrollo en el curso de la vida. Así, las crisis circunstanciales pueden afectar virtualmente a cualquiera en cualquier momento.

Las características principales de las crisis circunstanciales son (Slaikeu 1998):

1. Trastorno repentino. Las crisis parecen afectar desde ninguna parte, a todos al mismo tiempo.
2. Lo inesperado. Pocas personas están preparadas para, o creer que, les pueda ocurrir una crisis circunstancial. En la mayor parte de los casos la gente piensa que “le sucederá a alguien más”.
3. Calidad de urgencia. Puesto que muchas de las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico o psicológico, con frecuencia se inician como urgencias que requieren de acción inmediata. Las estrategias de la intervención en crisis deben por consiguiente, tener en cuenta prioridades para valorarlas rápidamente, seguidas de la ejecución de etapas de acción apropiadas.
4. Impacto potencial. Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas simultáneamente, necesitando intervención en un periodo relativamente corto.
5. Peligro y oportunidad. En tanto que el peligro puede ser la principal señal de las crisis circunstanciales, debemos recordar que de la desorganización que sobreviene, se inicia en forma casual alguna forma de reorganización, en este caso el individuo busca ayuda.

Es importante distinguir cómo es que el individuo percibe la crisis, en especial cómo el suceso ataca en la estructura de la existencia de la persona, y hace que la situación sea crítica.

Uno de los aspectos más obvios de la crisis es el trastorno emocional grave, o desequilibrio, experimentado por la persona. Con frecuencia, los clínicos presencian no sólo reacciones emocionales (llantos, cólera, remordimientos, angustia), sino también enfermedades somáticas (gastritis, cólicos) y trastornos de conducta (conflictos interpersonales, insomnio, impotencia sexual, y otros).

Halpern (1995), intentó definir empíricamente la crisis comparando la conducta de la gente que no la ha experimentado con la que sí la ha padecido. Las personas en crisis experimentaron los siguientes síntomas más significativamente que aquellas que no:

1. Sentimientos de cansancio y agotamiento.
2. Sentimientos de desamparo.
3. Sentimientos de inadecuación.
4. Confusión.
5. Síntomas físicos.
6. Sentimientos de ansiedad.
7. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales.
8. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares.
9. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales, y
10. Desorganización del funcionamiento en sus actividades sociales.

Una parte en la desorganización del estado de crisis es la vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo (Taplin 1971), ya que no es capaz de enfrentar, y todo le parece que va a destruirse, es casi como si no encontrara la “luz al final del túnel” o ya no quedara nada por hacer.

La intervención oportuna llevada a cabo por los profesionales de la salud mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional. La intervención terapéutica resulta tan atingente como la de un paramédico cuando procede a proporcionar soporte de vida a un herido de gravedad. Igualmente Baldwin (1979), sugiere que el modelo de intervención en crisis en virtud de su carácter interdisciplinario fuerte tanto en la teoría como en la práctica, puede conducir a una influencia unificadora entre los profesionales de la salud.

Crisis por disfuncionalidad e inadecuación en el siglo XXI.

Federico Puente Silva (2004), psicólogos sociales y sociólogos describen los procesos de modernidad y posmodernidad como realidades frecuentes de nuestra época o sea del siglo XXI, en estos procesos de modernidad posmodernidad se necesitan dos herramientas: habilidad /capacidad de planeación, que es el manejo de acciones *versus* tiempos, incluye el establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo, además de que el sujeto sepa registrar acciones y resultados, requiere que el sujeto sepa evaluarse, es decir, un proceso de monitoreo o de seguimiento y que esto le permita tener bajo control aquellas situaciones y procesos y proyectos cruciales y vitales en su vida. La segunda herramienta que se requiere en esas condiciones es la habilidad y capacidad de

negociación. Estas dos herramientas en los países del primer mundo se enseñan, se educa al sujeto durante su infancia-niñez, desafortunadamente en países como el nuestro todavía grandes sectores o grupos de la población desconocen dichas herramientas, con lo que se crea una serie de limitaciones y una conducta de afrontamiento limitada o defectuosa que origina fracasos constantes, frustración crónica, el desarrollo de un autoconcepto no adecuado y una autoestima débil, todo esto da como resultado frecuentemente una crisis filosófica existencial de los individuos.

Capítulo IV

SAPTEL CRUZ -ROJA MEXICANA

SAPTEL Cruz Roja Mexicana es un servicio efectivo de orientación, referencia y apoyo psicológico o emocional y de intervención en crisis por teléfono, principalmente para la ciudad de México y área metropolitana en su origen. Se crea con el objetivo de proporcionar atención mediante un profesionista (psicólogo), continua (las 24 horas del día y los 365 días del año), para el manejo de emergencias psicológicas y crisis emocionales.

SAPTEL nace a raíz de los sismos de septiembre de 1985, entonces se atendieron a 700 personas que estaban dañadas psicológicamente por los sucesos acaecidos en ese momento, la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Federación Mundial para La Salud Mental (FMSM) se encargaron de coordinar las acciones para prestar este servicio, y a fines de ese año en curso se suspendieron para evaluar los resultados obtenidos. Se observó que las causas principales de consulta eran por: ansiedad, depresión, nerviosismo y alteraciones en las relaciones personales (guía de capacitación y manual de procedimientos), aquí mismo se presentará una investigación de la morbilidad que predomina en México.

El doctor Federico Puente Silva presidente de la FMSM(1993-1995) y del CRL y C y colaboradores (consejo regional para Latinoamérica y el caribe), propusieron a la Benemérita Cruz Roja Mexicana la instalación de Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por teléfono, el cual ya había probado su utilidad en dos etapas anteriores, la primera como se dijo en los sismos de 1985 y posteriormente de 1987-1989. Este servicio es proporcionado por licenciados y pasantes en psicología de las diferentes universidades de la ciudad de México y área metropolitana, los cuales están realizando su servicio social, practicas profesionales y servicio voluntario, maestros y expertos que brindan gratuitamente muchas horas de trabajo para dar cursos, conferencias y supervisión de casos, lo que redundará en un beneficio para la población que hace uso de este servicio. A partir del 12 de octubre de 1992 dan inicio las actividades de la tercera o definitiva etapa de SAPTEL con un trabajo conjunto de la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la federación Mundial de Salud Mental. El 7 de noviembre del mismo año se celebró la inauguración oficial con la representación del Gobierno de México, de diversas agencias de la ONU en nuestro país, de las universidades participantes, la iglesia y organizaciones civiles profesionales y paraprofesionales

Los consejeros(as) del sistema de SAPTEL pasan por una evaluación clínica y psicométrica, reciben un curso de capacitación de 65 horas durante tres meses previos al inicio de atención al público. Posteriormente y de una manera continua acuden a supervisión, seminarios clínicos y conferencias en tanto dure su permanencia en este servicio. SAPTEL actúa de cuatro maneras;

1.- proporciona información relacionada con el uso de servicios de salud mental del área metropolitana.

2.- canaliza o funciona como enlace entre el usuario y el servicio especializado de salud mental que requiere aquél.

3.- da apoyo psicológico en casos de emergencia con programas de intervención en crisis.

4.- para muchas personas SAPTEL es el único medio de intervención psicoterapéutica que le permite reorientar su vida y desarrollar estrategias y habilidades para un mejor funcionamiento individual y social.

Ninguna de las cuatro funciones anteriores es cubierta, hasta el momento, por institución o persona alguna sea de iniciativa gubernamental o privada y SAPTEL se presenta, entonces como una alternativa única de acceso a espacios como los antes descritos por la vía de una ayuda psicoterapéutica profesional realizada por personal competente previamente seleccionado, en procesos de capacitación permanente y supervisado por especialistas y expertos

Cruz Roja Mexicana.

Indudablemente que internacionalmente en general, y en México en particular, una institución que constantemente se distingue tanto por su ideal como por su vocación comprometidos con el bienestar del ser humano es la Cruz Roja. En la actualidad resulta difícil establecer los límites entre lo que es una emergencia médica y una emocional, dado que los vínculos e interrelaciones entre ambas esferas son muy frecuentes. La Cruz Roja Mexicana tiene una gran tradición de éxito en el tratamiento de las emergencias físicas, y pretende dar el gran paso de abarcar también las situaciones de crisis y emergencia psicológica.

Las funciones de SAPTEL en las instalaciones de la Cruz Roja Mexicana coloca a nuestro país en el camino para alcanzar a aquellas naciones que otorgan un primerísimo lugar a la salud mental de sus habitantes, se ha contado con el apoyo de instituciones como: Instituto Mexicano del Seguro Social(IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), el Departamento del Distrito Federal (DDF), etcétera.

¿ Por que un SAPTEL?

Ya que el estilo de vida de México se caracteriza por un aumento de estrés y frustración que pueden generar en cualquier persona una disfunción de sus estados emocionales es necesario tener un apoyo o un lugar donde acudir para poder aliviar esa tensión agobiante y que en un momento dado se presenta como una crisis. Además del apoyo en el manejo de las crisis proporciona programas para desarrollar en forma óptima habilidades para un mejor funcionamiento social.

El uso del teléfono en el campo de la salud mental cuenta aproximadamente con más de 50 años de experiencia en los países industrializados; los resultados han sido ampliamente satisfactorios. SAPTEL es el primer programa internacional que utiliza psicólogos, una historia clínica codificada que permite identificar el perfil social, económico y demográfico, motivos de consulta, diagnóstico de acuerdo con la OMS (CIE 10) y la APA (DSM IV)* / **.

El suicidio en los hombres

Aunque la tasa es baja, en los últimos años se han incrementado los intentos de suicidio en adolescentes mexicanos. Antes de la pubertad, es decir, en los niños de entre seis y 11 años es menos frecuente el intento de quitarse la vida. Se considera que alrededor de 10% de quienes lo intentan lo consiguen.

De acuerdo con un estudio realizado por especialistas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los factores desencadenantes del intento suicida son fundamentalmente los conflictos familiares, y la mitad de los pacientes estudiados tenían antecedentes de abuso físico y sexual. De los 21 pacientes examinados, 13 jóvenes realizaron su primer intento y ocho el segundo. El método más utilizado fue la intoxicación por medicamentos. Asimismo, cabe destacar que 53 por ciento de los casos estudiados presentaron cuadros depresivos de diversos grados, 28 por ciento eran impulsivo-agresivos y 19 por ciento tenían ambas características.

* Puente-Silva, F. Y colaboradores SAPTEL CRM / SSA / CRL y C-SM 1992;1996;2006.

** Gaitán-González, A. y colaboradores (1993) Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono. Universidad Iberoamericana departamento de Psicología.

Alteración de las emociones

En entrevista, el doctor Juan Manuel Saucedo García, Jefe del Departamento de Salud Mental del Hospital de Pediatría, perteneciente al Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, señala que los trastornos psiquiátricos son alteraciones en las emociones o en la conducta que deterioran el comportamiento de la persona. La depresión, los trastornos de personalidad y la impulsividad son factores de riesgo suicidas en la niñez y adolescencia.

La mayoría de los chicos con intentos suicidas padecen diferentes formas de depresión, como trastorno del estado de ánimo (distímico) caracterizado por síntomas depresivos crónicos y pérdida de interés en las actividades propias del individuo. Otras formas de depresión son las reacciones ante problemas ambientales y, con menor frecuencia, la depresión mayor y el trastorno bipolar antes llamado maníaco-depresivo.

Debe mencionarse que los hijos de personas con trastorno bipolar o depresión mayor tienen alto riesgo de padecer este tipo de trastornos a edades tempranas.

Cuando sufren depresión, los niños manifiestan ciertos síntomas: frecuentemente insomnio y a veces sueño excesivo; disminución del apetito, baja de peso, alteración del rendimiento escolar, problemas en sus relaciones familiares, así como con sus compañeros y maestros en la escuela, lo que ocasiona una tendencia a aislarse, además de tristeza marcada y persistente.

Hay otro trastorno llamado oposicionista y desafiante en niños desobedientes, impulsivos, agresivos, que retan a la autoridad y tienen problemas tanto con sus padres como con sus maestros. Los que padecen trastorno disocial ya no respetan los derechos de los demás. También hay algunos casos en que el chico empieza a oír voces y a tener ideas delirantes, y piensa que lo persiguen o le quieren hacer daño. Esto es el inicio de una psicosis, generalmente de una esquizofrenia, pero afortunadamente los casos son poco frecuentes antes de los 16 años.

Enfoque de intervención psicoterapéutica de las crisis emocionales

La intervención llevada a cabo por profesionales de la Salud Mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan una crisis y necesitan restablecer

su equilibrio emocional. La intervención terapéutica resulta tan atingente como la de un paramédico cuando procede a proporcionar soporte de vida a un herido de gravedad.

Los métodos por los cuales se auxilian a las víctimas de una crisis para lograr su recuperación son conocidos genéricamente como técnicas de intervención en crisis, y tienen un par de propósitos esenciales:

- a) Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- b) Proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

Existen otros enfoques útiles para el abordaje del trauma y crisis emocionales con matices distintos a intervenciones comunes, por ejemplo; los primeros auxilios emocionales o traumatología emocional y la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Para guiar las actividades terapéuticas es necesario que el terapeuta posea un esquema teórico que organice sus observaciones e interacciones con las víctimas. Un modelo útil se basa en considerar al individuo en términos de un organismo biopsicosociocultural que interactúa con su medio ambiente con el objeto de continuamente recuperar su nivel homeostático. Las reacciones de crisis que ocurren después del impacto de violencia están relacionadas con las siguientes variables:

- Edad, sexo, grupo étnico, nivel socio-económico.
- Estructura de la personalidad y estado de salud psicológica.
- Mecanismos habituales de defensa.
- Intensidad de los múltiples estresores que aparecen después del impacto.
- Disponibilidad y educación de las redes de apoyo social.
- Extensión del significado de las pérdidas personales experimentadas.
- Recursos de ayuda de emergencia disponibles.

Integrando esta información y usándola en beneficio de cada individuo se pueden estimar los problemas que cada víctima habrá de enfrentar y su manera usual de resolverlos, se le puede ayudar a lograrlo en mejores condiciones.

Los 5 componentes de los primeros auxilios emocionales:

1. Realización del contacto psicológico: se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica

cualquiera que sea el entendimiento que surja. Asimismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo que pasó (los hechos) y la reacción de la persona ante el

acontecimiento (sentimientos), establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia (señales no verbales). Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico, el primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad; el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

2. Analizar las dimensiones del problema: la indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis (como un episodio agudo de violencia, una amenaza de muerte, un intento de suicidio, un episodio depresivo, etc). La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia; por ejemplo: las necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana, después de haberse fugado de la casa.

3. Sondear las posibles soluciones: se refiere a identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar opciones, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. Asistir en la ejecución de pasos concretos: involucra ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, según la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5. Seguimientos para verificar el progreso: implica extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

¿Qué hacer? y ¿Qué no hacer en los primeros auxilios emocionales?:

COMPONENTES	¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
1. Contacto	Escuchar de manera cuidadosa y genuina sentimientos y hechos. Comunicar aceptación.	Contar tu "propia historia". Ignorar sentimientos o hechos. Juzgar, regañar o tomar partido.
2. Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas. Llevar a la persona a una mayor claridad. Evaluar la mortalidad.	Depender de preguntas de si/no. Permitir abstracciones continuas. Soslayar las señales de "peligro". Dar la razón del "problema".
3. Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas. Trabajar de manera directa por bloques. Establecer prioridades.	Permitir la visión de pasar por un túnel. Dejar obstáculos sin examinar. Permitir una mezcla de necesidades.
4. Acción concreta	Dar un paso cada vez. Establecer metas específicas de corto plazo. Confrontar cuando sea necesario. Ser directivo, sólo si debes serlo.	Intentar resolverlo todo ahora. Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo. Ser tímido o prometer cosas. Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario.
5. Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar. Acordar un segundo encuentro. Evaluar los pasos de acción.	Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción de plan por sí mismo. Dejar la evaluación a alguien más.

Orientaciones técnicas finales en consejería:

Evitar el triángulo rescatador: víctima, persecutor y compasión.

Mantener la noción de intervención temprana permanentemente.

Facilitar la expresión del dolor.

Utilizar el reencuadre de normalización.

Enfatizar el análisis transgeneracional del hecho.

Insistir en la búsqueda de medidas de autoprotección.

Extender el tiempo de duración de la crisis.

Capítulo V

Metodología

Como ya es sabido los sistemas de salud mental y psiquiatría en la ciudad de México resultan insuficientes para poder atender la prevalencia de los trastornos emocionales, estas instituciones están diseñadas para atender principalmente casos de psicosis y daño orgánico a través del modelo tradicional “cara a cara” por lo que no cuentan con la infraestructura adecuada para la atención de problemas relacionados con la ansiedad, estados depresivos y no psicóticos. Motivo por el cual surge el servicio de apoyo psicológico por teléfono (SAPTEL) como una alternativa para la población que busca ese tipo de apoyo. Ahora nos preguntamos ¿cuáles son los motivos principales de consulta de hombres que usan el servicio SAPTEL?

Para llevar a cabo este estudio se tomarán los datos de los hombres que hacen uso de SAPTEL perfil socioeconómico y demográfico, los cuales se recabarán de sus expedientes con el fin de obtener información sobre edad, estado civil, escolaridad, lugar de nacimiento, tipo de vivienda, número de habitaciones, aportación económica, ocupación, motivo de consulta, tipo de llamada, y domicilio actual, para poder ver la frecuencia de las llamadas y qué grupo de hombres es más susceptible de hacer el uso del servicio de SAPTEL, así como cuál sería el motivo de consulta más frecuente de los usuarios para poder determinar la estrategia más adecuada para atenderlos, debido a que son un grupo muy heterogéneo.

Al implantar los modelos epidemiológicos y estadísticos se verá qué grupo de edad es el que hace mayor uso del servicio, y así determinar también que escolaridad es la que predomina en los usuarios para ver si ésta interviene en el uso de tal servicio. Se podrá revisar qué influencia tiene el estado civil y el tipo de vivienda para que los hombres tomen la decisión de llamar a SAPTEL y tengan un seguimiento, se determinará el motivo de consulta mayor de los usuarios y como se refleja en las estadísticas.

Los métodos utilizados en las ciencias sociales los podemos diferenciar de los científicos y los no científicos, dentro de los científicos tenemos:

- 1.- Método experimental.
- 2.- Método correlacional.
- 3.- Método clínico.

Los métodos no científicos son:

- 1.- Método fenomenológico.
- 2.- Método existencial.

3.- Método dialéctico.

4.- Método lógico matemático.

El método experimental es quizá el más utilizado, tiene tres supuestos fundamentales, la idea de causalidad, la manipulación de la variable “causa” y el control de todas aquellas variables que nos interesan estudiar en el experimento.

Dentro del método experimental se utilizan dos estrategias o formas de elaborar las teorías: la primera de ellas denominada hipotética-deductiva permite realizar la prueba de hipótesis, la segunda, llamada inductiva recoge datos y generaliza a partir de estos.

El método correlacional en un principio considerado como método meramente descriptivo sin pretensión alguna de probar hipótesis, puede ser utilizado como una poderosa herramienta para identificar las posibles asociaciones entre las causas y las consecuencias, relaciones que se deberán corroborar por medio del método experimental.

El método clínico consiste en observar a un sujeto con actitud rigurosa y metódica con el objeto de establecer el origen y estructura de su conducta. La observación de varios sujetos por el mismo observador o por distintos observadores con idéntico método, proporciona conclusiones más o menos válidas en función del rigor del método.

Los métodos no científicos son denominados así por no existir en ellos una auténtica prueba de los postulados e hipótesis que se desprenden de las teorías. Lo anterior significa que su importancia y sus aportaciones en determinadas áreas de las ciencias no hayan sido realmente meritorias o sus conclusiones sean objeto de críticas a partir de los métodos científicos.

Sin embargo los conocimientos que aportan de los fenómenos son una visión alternativa del mundo y tan válida como los métodos científicos, si tomamos el principio de que los métodos científicos son solo una forma entre otras de explicarnos la realidad.

El método fenomenológico se limita a describir la realidad tal y como se presenta sin entrar en juicios, valoraciones o consideraciones de ningún tipo. El método existencial tiene la misma raíz filosófica del método fenomenológico, al que se ha incorporado el método antropológico y que se ha visto complementado con otros trabajos de filosofía existencial. Quizás la diferencia entre estos dos métodos radica en que el fenomenológico se limita a observar, intuir y reflexionar, en tanto el existencial a su vez interpreta.

El método dialéctico analiza la realidad entre la realidad y lo empírico por medio de un razonamiento discursivo en que el significado de las cosas se va descubriendo mediante la yuxtaposición de una idea con su opuesta, a diferencia del razonamiento demostrativo que parte de premisas “verdaderas”. Método lógico-matemático elabora inferencias al margen de los datos reales , (a través de sistemas con sus propias reglas internas de procedimientos que son consistentes).

Se anexa cuestionario de las diferentes claves o categorías preestablecidas en la Historia Clínica de SAPTEL CRM / SSA / CRL Y C SM_{1,2,3}

FICHA DE IDENTIFICACIÓN (reactivos 23 al 38)

- | | |
|---|---------------------------------|
| 23. Sexo () Hombre () Mujer | 24. Edad: _____ |
| 25. Estado civil: _____ | 26. Escolaridad: _____ |
| 27. Ocupación: _____ | 28. Religión: _____ |
| 29. Lugar de origen: _____ | 30. Domicilio actual: _____ |
| 31. Núm. de personas c/ quien vive: _____ | 32. Parentesco: _____ |
| 33. Tipo de vivienda: _____ | 34. Núm de habitaciones: _____ |
| 35. Aportación \$/usuario: _____ | 36. Aportación \$/otros: _____ |
| 37. Aportación \$ total: _____ | 38. Fuente de referencia: _____ |

MOTIVO DE CONSULTA (Incisos 39 al 43)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| 39. Motivo principal: _____ | 40. Motivos secundarios: _____ |
| 41. Riesgo suicida: _____ | 42. Tipo de consulta: _____ |
| 43. Verbalización del usuario: _____ | |

1.- Puente, Silva, F. ; Bustos, L. ; SAPTEL Historia Clínica, versión original sept. 1985 UNAM.

2.- Gaitán, A. y col. SAPTEL Historia Clínica versión modificada 1995 UIA.

3.- Gaitán, G. A. ; Ramos, J. ; Puente, Silva, F. y col. “Manual de llenado de la Cédula de Registro del SAPT”.

A continuación se presentan las diferentes tipos de respuesta que se encuentran en el manual de llenado de la cedula de registro de SAPTEL y que llenara el consejero, no se toma en cuenta los incisos del 1 al 22 ya que hacen referencia al número consecutivo, fecha de la llamada, consejero y turno, hora de inicio, hora en que finaliza, duración, motivo, lugar y si esta llevando otro tratamiento actual, si esta tomando medicamentos cuales y si llevo otro tratamiento hace cuanto tiempo y que fármacos utilizo.

S A P T E L
SECCION V
INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA
HISTORIA CLÍNICA / CÉDULA DE REGISTRO:
INCISOS RELACIONADOS CON LA
FICHA DE IDENTIFICACIÓN
Incisos del 23 al 38

INCISOS RELACIONADOS CON IDENTIFICACIÓN Y PERFIL SOCIO / ECONÓMICO /
DEMOGRÁFICO

Los incisos de 23 al 38 se refieren a la investigación de datos que comúnmente quedan agrupados bajo el título “FICHA DE IDENTIFICACIÓN”, dado que proveen un perfil general del usuario del servicio de salud mental.

23. Sexo.

Marque la letra que corresponda al sexo del usuario: M para mujer. H para hombre

24. Edad.

Incluir el tiempo de vida en años cumplidos.

25. Estado Civil.

Anotar el número correspondiente:

- 1 Soltero (a).
- 2 Casado (a).
- 3 Separado (a).
- 4 Divorciado (a).
- 5 Viudo (a).
- 6 Unión Libre.
- 7 No Especificado.

26. Escolaridad.

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

- 1 Analfabeta.
- 2 Primaria incompleta.
- 3 Primaria completa.
- 4 Secundaria incompleta o equivalente.
- 5 Secundaria completa o equivalente.
- 6 Preparatoria, vocacional o carrera técnica incompleta.
- 7 Preparatoria, vocacional o carrera técnica completa.
- 8 Estudios profesionales incompletos.
- 9 Nivel profesional.
- 10 Estudios superiores incompletos.
- 11 Estudios superiores completos.
- 12 Doctorado en proceso.
- 13 Doctorado.
- 14 Posdoctorado u otros estudios similares

Consejo Regional para México, Centroamérica y el Caribe.
Federación Mundial para la Salud Mental.

SAPTEL

27. Ocupación.

Se debe registrar la actividad, de cualquier índole, que ocupa el mayor tiempo de vida del usuario. Es posible que una misma persona se dedique a más de una ocupación. En ese caso deben citarse todas las ocupaciones, poniendo, una detrás de la otra con un punto de por medio y haciendo un esfuerzo por categorizarlas en función de la cantidad de ingresos que percibe de cada una de ellas.

Por ejemplo, un profesionista que vive de un puesto ambulante se citara:

2.3

La categorización para calificar este punto es la siguiente:

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

28. Religión.

Se registra la que profese el usuario de acuerdo con las siguientes posibilidades:

- 1 Católica.
- 2 Protestante.
- 3 Judía.
- 4 Testigo de Jehová.
- 5 Ateo.
- 6 Creyente. Esta categoría se atribuye a aquellas personas que dicen creer en Dios, pero no quieren o no son capaces de incluirse a si mismos en una corriente específica.
- 7 Otras religiones cristianas. Especificar.
- 8 Otra. Especificar.

Cualquiera que sea la categoría elegida, será necesario también incluir una letra “p” minúscula en los casos en que el sujeto se describa o manifieste como practicante activo de las costumbres asociadas al ejercicio de su religión. De no ser así, no se pone tal letra “p”.

SAPTEL

29. Lugar de origen

Se registra el número que corresponda al estado de la república del cuál es originario el usuario:

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

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

30 Nivel socio-económico: domicilio actual.

El llenado correcto de este inciso consta de dos partes. Primero deberá anotarse el número que corresponda a la delegación política en que vive el solicitante, en caso del ser del Distrito Federal, o el número adyacente al municipio del Estado de México inserto en la zona metropolitana de la ciudad. Segundo, será siempre necesario anotar el nombre de la colonia en que vive el usuario. Si el domicilio actual es cualquier otro, habrá de asentarse en la sección de comentarios, según el caso, país, estado, municipio, nombre de la localidad y colonia o zona específica.

SAPTEL

DISTRITO FEDERAL

- 1 Álvaro Obregón
- 2 Azcapotzalco
- 3 Benito Juárez.
- 4 Coyoacán.
- 5 Cuajimalpa.
- 6 Cuauhtémoc.
- 7 Gustavo A. Madero.
- 8 Iztacalco.
- 9 Iztapalapa.
- 10 Magdalena Contreras.
- 11 Miguel Hidalgo.
- 12 Milpa Alta.
- 13 Tláhuac.
- 14 Tlalpan.
- 15 Venustiano Carranza.
- 16 Xochimilco.

ESTADO DE MÉXICO

- 17 Cd. Nezahualcoyotl.
- 18 Cuautitlán.
- 19 Cuautitlán Izcalli.
- 20 Ecatepec de Morelos.
- 21 Los Reyes la Paz.
- 22 Naucalpan de Juárez.
- 23 Texcoco de Mora.
- 24 Tlalnepantla.
- 25 Toluca de Lerdo.
- 26 Otra. Especificar.

31. Nivel socio-económico: Número de personas que habitan la misma casa.

Debe de registrarse el número de personas que viven bajo el mismo techo, para ello, se registra el número de personas con quien vive el usuario *más uno*, el sujeto *mismo*, obteniendo así el número total.

- 1 Cuando el usuario viva solo.
 - 2 Cuando viva acompañado de una sola persona.
 - 3 Cuando viva con otras dos personas.
 - *
 - *
 - *
 - 10 Cuando vivan otras nueve personas bajo el mismo techo.
- Etcétera.

32. Nivel socio-económico: Tipo de parentesco.

Debe llenarse registrando el número que corresponde al tipo de parentesco que tengan las personas que viven con el solicitante. Cuando la realidad corresponda a una combinación cualquiera de las nueve categorías aquí descritas, deben ponerse tantos números como sea necesario para cubrir todas las alternativas, cada uno separado del o de los otros por un punto.

- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1 Ninguno. | 6 Hermano (s) o hermana (s) |
| 2 Pareja. | 7 Abuelo (s) o abuela (s). |
| 3 Hijo (s) o hija (s) | 8 Parientes de 2º o 3er grado. |
| 4 Padre. | 9 Otro. Especificar. |
| 5 Madre. | |

Por ejemplo, si el usuario vive con dos hijos, su madre y su padre, un hermano, su esposa y los tres hijos de ambos, además de un niño de 8 años adoptado por la madre, se clasificara:

SAPTEL

3.4.5.6.7.8.9

Aclarando en la sección de comentarios tanto el tipo de parentesco de segundo o tercer grado, como las características de ese “otro” habitante del hogar.

Cabe aclarar que el número 3 no aparece repetido, indicando que son dos los hijos, ni el número 8 se incluye en tres ocasiones, lo que señalaría que son tres parientes de segundo o tercer grado. Ese tipo de especificaciones se realizan en la segunda sección de la historia clínica, llamada “corte longitudinal”, o en alguna de las dedicadas a comentarios.

33. Nivel socio-económico: tipo de vivienda.

En primera instancia, se registra el número correspondiente al tipo de construcción en que habita el usuario. Las posibilidades son:

- 1 Casa sola.
- 2 Departamento.
- 3 Vecindad.
- 4 Cuarto.
- 5 Otra. Especificar.

A continuación, debe diferenciarse si este espacio vital es propio, rentado o prestado, según la siguiente clasificación:

- .a Propia.
- .b Rentada.
- .c Prestada.
- .d Otra. Especificar.

34 Nivel socio-económico: Número de habitaciones.

Debe entenderse “habitación” como los espacios de la vivienda específicamente contruidos para servir como dormitorios. En aquellos casos en que toda la vivienda esté constituida por un solo ambiente, se colocara un cero por delante, seguido de un número 1 . Así:

0.1

Si el hogar del usuario contiene alguna separación entre un ambiente de vivienda y otro espacio para pernoctar, no importa si tal división consta de una cobija colgada de un mecate, o si es una construcción específicamente construida con una habitación, se anotara un número 1.

SAPTEL

En los demás casos, se anotará el número que describa la vivienda del solicitante. Esto es, si cuenta con dos habitaciones se escribirá un número 2 , etcétera.

35. Nivel socio-económico. Nivel de ingresos : aportación del usuario.

Se registra en pesos la cantidad aproximada o exacta que el usuario percibe como remuneración por su trabajo.

Al igual de que no se pueden precisar las cantidades de los incisos 36 , 37 y 38 , se intentará hacer un cálculo porcentual que se asentará en cada lugar en vez de la cantidad en pesos. Por ejemplo “yo debo dar como 80% del ingreso y mi mujer como 20%”, o “aunque apporto algo a la casa , no debe de llegar ni a la cuarta parte de lo que cuesta mantenerla”.

36. Nivel socio-económico. Nivel de ingresos : aportación de otros miembros de la familia o grupo.

Al igual que el inciso anterior, se anota la suma de la aportación económica que todas las demás personas que habitan la misma casa hacen para el sostenimiento del hogar, o se calcula el porcentaje correspondiente.

37. Nivel socio-económico. Nivel de ingresos : grupo familiar.

Se suman las cantidades de los dos incisos anteriores y se escribe el resultado.

38. Fuente de referencia .

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

1 Radio.

2 Televisión.

3 Metro. Cartel, audio metro, periódico metro (gratis).

4 Directorio telefónico.

5 Internet.

6 Cartel. Se debe preguntar donde lo vio (parada de autobús, hospital, delegación, etcétera)

7 Comunicación personal. Cuando el servicio lo sugirió: un familiar, amigo (a), conocido, medico u otra persona conocida – no por una institución-, anotar cual.

8 Institución. Cuando ha sido referido en forma directa por: Cruz Roja, Locatel, Vive sin drogas, Centro de integración juvenil, etcétera, anotar cuál.

9 Otro. Libro, folleto volante, agenda telefónica, revista, periódico (no metro), especificar.

10 Se ignora . Aun después de haber preguntado no lo mencionó.

SAPTEL
SECCIÓN VI
INSTRUCCIONES PARA EL LLENDO DE LA
CÉDULA DE REGISTRO:
MOTIVOS DE CONSULTA
Incisos del 39 al 43

El concepto “Motivo de consulta” se divide aquí en tres partes, que determinan el nombre y la forma en que se calificarán los incisos relacionados con él.

I Motivo de consulta. Clasificación.

II Tipo de consulta.

III Verbalización del usuario.

39. Motivo de consulta. I. a.

Clasificación del motivo de consulta principal.

Se investiga y clasifica el principal motivo de consulta según una consideración del consejero con respecto al porqué el usuario solicita el servicio. No debe ser la expresión manifiesta del usuario, ya que esta se asienta textualmente según se indica en el siguiente inciso, sino una conclusión elaborada por el consejero telefónico a partir de los datos que recibe del usuario.

En muchos casos, no se habla de un solo motivo, sino de una constelación de circunstancias. Cuando esto ocurra, debe hacerse un esfuerzo por considerar algunos de estos problemas como principal y colocarlo en el primero de los cinco espacios disponibles a continuación de la frase “motivo de consulta” del machote de la cédula de registro. La lista clasificatoria se encuentra en las siguientes paginas.

40. Motivo de consulta. I. b.

Clasificación del o de los motivos de consulta secundarios.

Los espacios segundo y tercero podrán ser utilizados para registrar otras circunstancias importantes del caso que son o pueden haber sido motivadoras de la llamada, pero que no fueron consideradas tan importantes como la principal.

41. Motivo de consulta. I. c.

Clasificación del riesgo suicida.

El cuarto espacio de los cinco que acompañan al inciso “motivo de consulta” de la cédula de registro, será siempre reservado como indicador del proceso suicida. Cuando no exista razón alguna para investigar riesgo suicida, en este lugar deberá aparecer la siguiente clasificación:

4 . 7 . 0

Consejo Regional para México, Centroamérica y el Caribe.
Federación Mundial para la Salud Mental.

SAPTEL

TABLA PARA LA CLASIFICACIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA I

PROBLEMAS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

- 1.1 Problemas resultado de la interacción o situaciones con familiares, NO PAREJA.
- 1.2.1 Problemas de separación o divorcio con la pareja.
- 1.2.2 Problemas de infidelidad.
- 1.2.3 Problemas en la sexualidad con la pareja.
- 1.2.4 Otro tipo de problemas con la pareja. Especificar.
- 1.3.1 Problemas resultado de la enfermedad física o mental de algún familiar, NO PAREJA.
- 1.3.2 Problemas resultado de la enfermedad física o mental de la pareja.
- 1.4 Deficiencia en el repertorio de interacción social.
- 1.5 Otro tipo de problemas en las relaciones interpersonales. Especificar.

SITUACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA SEXUALIDAD

- 2.1 Problemas relacionados con la fertilidad, incluido el aborto.
- 2.2 Miedo al contagio o presencia de enfermedades sexualmente transmisibles, incluido SIDA.
- 2.3 Disfunciones psicosexuales (vaginismo, impotencia, pérdida de erección, etcétera).
- 2.4.1 Homosexualidad.
- 2.4.2 Otras neosexualidades (voyeurismo, fetichismo, paidofilia, exhibicionismo, masturbación al teléfono, relaciones sexuales con más de una pareja al mismo tiempo, participación en orgías, etcétera). Especificar.
- 2.5 Problemas asociados con el incesto, incluidos intentos de violación, abuso o molestia sexual intrafamiliar.
- 2.6 Violación, intentos de violación, abuso o molestia sexual proveniente de extraños.
- 2.7 Promiscuidad. (cuando en la búsqueda de satisfacción sexual, el sujeto se involucra con 3 o más parejas de coito, sin alcanzar de todos modos la satisfacción anhelada).
- 2.8 Otras situaciones relacionadas con el manejo de la sexualidad. Especificar.

SAPTEL

SITUACIONES DIRECTAMENTE REALIZADAS CON DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA AGRESIÓN

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

SINTOMATOLOGÍA FRECUENTEMENTE ASOCIADA A DEPRESIÓN

- 4.1 Problemas asociados con el ciclo de dormir.
- 4.2 Trastornos en la alimentación.
- 4.3 Sentimientos de soledad.
- 4.4 Sentimientos de abandono.
- 4.5 Tristeza o ánimo deprimido.
- 4.6 Sentimientos de autoevaluación.
- 4.7 Proceso suicida.
 - 4.7.1 Ideación suicida.
 - 4.7.2 Planeación suicida.
 - 4.7.3 Actividad preparatoria o de implementación del plan suicida.
 - 4.7.4 Amenaza suicida verdadera.
 - 4.7.5 Suicidio en proceso.
 - .#x número de intentos previos.
 - .#y número de pseudo-intentos previos.
 - .z no existen intentos previos.
- 4.8 otros síntomas o situaciones relacionadas con depresión, como pérdidas y procesos de duelo, trastornos de alimentación, formaciones maníacas o hipomaniacas, etcétera. Especificar.

ADICCIÓN A DROGAS EN GENERAL

- 5.1.1 Problemas asociados con el consumo de alcohol por parte del usuario.
- 5.1.2 Problemas asociados con el consumo de alcohol por parte de la pareja.
- 5.1.3 Problemas asociados con el consumo de alcohol por parte de otro familiar. NO PAREJA.
- 5.1.4 Problemas asociados con el consumo de alcohol de otro. Especificar.

SAPTEL

- 5.2 Problemas asociados con el consumo de tabaco por parte del usuario.
- 5.3.1 Problemas asociados con el consumo de medicamentos por parte del usuario.
- 5.3.2 Problemas asociados con el consumo de medicamentos por parte de la pareja.
- 5.3.3 Problemas asociados con el consumo de medicamento por parte de otro familiar.
- 5.3.4 Problemas asociados con el consumo de medicamentos por parte de otro.
- 5.4.1 Problemas asociados con otras adicciones por parte del usuario. Especificar.
- 5.4.2 Problemas asociados con otras adicciones por parte de la pareja. Especificar.
- 5.4.3 Problemas asociados con otras adicciones por parte de otro familiar. Especificar.
- 5.4.4 Problemas asociados con otras adicciones por parte de otro. Especificar.

PROBLEMAS FUERTEMENTE RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD

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

VARIOS

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

SAPTEL

42. Motivo de consulta. II.

TIPO DE CRISIS.

Desde otro punto de vista, importante para decidir la técnica de trabajo, es preciso clasificar el motivo de consulta en dos categorías no excluyentes:

- A Urgencia psicológica.
- B Emergencia emocional.

Para una comprensión exhaustiva será necesaria una pequeña digresión.

Conceptuaremos homeostasis como el principio fundamental del equilibrio de los sistemas vivos. Todo ser requiere, para estabilizar sus constantes psico-fisiológicas, un balance específico con tres ejes fundamentales: constancia, dinámica y cambio.

Todo principio de equilibrio debe sustentarse sobre la base de elementos constantes, conformando un entorno lo suficientemente predecible como para poder operar en él. A la vez todo ser vivo, en tanto que persiste a través del tiempo, debe de contar con la flexibilidad suficiente como para ajustarse a la gran cantidad de cambios que ocurren, tanto en el medio externo como en el medio interno del sistema, producto de o asociados a este mismo paso del tiempo. Por ello debemos ser capaces de movimiento y cambio para poder afrontar con posibilidades de éxito los retos o amenazas al sistema representados en la diversidad de circunstancias.

En SAPTEL, el concepto de crisis será abordado siguiendo estos preceptos. Un sujeto entrara en crisis cuando pierda su equilibrio homeostático, o cuando lo considere seriamente amenazado.

Las crisis del desarrollo, que se presentan en todo ser vivo, son comúnmente un resultado de percibir o sentir amenazada su homeostasis. Los eventos traumáticos son verdaderos desestabilizadores de la armonía de vida del sujeto. Una situación traumática indica la incidencia sobre el sistema de un factor externo altamente desestabilizador, mientras que un reto del desarrollo puede originarse también en el mundo interno del sujeto, por ejemplo como factor hormonal del crecimiento.

Típicamente, estos factores anti-homeostáticos, determinantes de “homeolisis”, despiertan en el sujeto, entre otras cosas, una falla o lesión temporal en el funcionamiento de diversas estructuras o habilidades. El que el origen de la amenaza agresiva o de la agresión efectiva se encuentre, desde el punto de vista del sujeto, en su mundo externo, provoca reacciones hacia el entorno y lesiona funciones y/oicas correspondientes.

SAPTEL

Por otra parte, el que la fuente sea percibida como interna, obliga a profundizar en conflictiva inter-estructural (ello / yo / súper yo) para determinar la forma en que la crisis afecta a el sujeto.

Es cierto que tal descripción representa un modelo simple general, y que la mayoría de las veces ambas “situaciones” se presentan imbricadas; sin embargo, siempre será posible determinar características comunes que allanan el camino para la comprensión de las otras, pertenecientes a cada caso particular.

La urgencia psicológica (A) queda definida como un desequilibrio psicológico intenso (o amenaza de lo mismo) provocada por sucesos ocurridos en el mundo externo del sujeto. Este tipo de eventos pueden ser de tal magnitud que provocan un avasallamiento de la capacidad del individuo para enfrentarlos, y por tanto requieren el apoyo de personal capacitado en dar apoyo emocional en cualquiera de sus diversas modalidades, según cada caso particular.

Por emergencia emocional (B) se entiende una respuesta sistémica del individuo a un desequilibrio psicodinámico íntimamente relacionado con procesos del mundo interno, consciente o inconsciente, del sujeto. Ante esta situación el procedimiento seguido en SAPTEL consiste en hacer todas las preguntas pertinentes hasta conocer a fondo la situación y comprender sus motivaciones.

En la cédula de registro se ofrecen cinco espacios para asentar el motivo de consulta. La última de esas cinco líneas debe utilizarse para esta calificación, la cual contendrá siempre al inicio una A o una B mayúsculas, dependiendo si la llamada corresponde a una urgencia o a una emergencia, tal como quedan definidas en este manual.

Como se dijo al principio de este segmento, tales situaciones no son excluyentes entre sí. Por ejemplo, se calcula que en un tercio de las veces, de un evento traumático promueve la presencia posterior de un trastorno llamado estrés post-traumático. De igual manera, un desequilibrio psico-emocional interno de gran magnitud puede provocar fallas en la represión u por tanto en el control de impulsos que llevan al sujeto a la realización de actos delictivos de diversa índole.

Por lo expuesto, las posibilidades en la calificación de este inciso son:

- A Urgencia psicológica.
- B Emergencia emocional.
- AB Urgencia psicológica que desencadena emergencia emocional.
- BA Emergencia emocional que desencadena una urgencia psicológica.

Consejo Regional para México, Centroamérica y el Caribe.
Federación Mundial para la Salud Mental.

SAPTEL

La investigación adecuada de la situación aunada al dominio de los temas detallados a continuación, son herramientas de gran valor para la determinación del tipo de crisis:

- a) Factores relacionados con la angustia.
- b) Elementos depresivos.
- c) Manejo de los duelos.
- d) Factores asociados al sentimiento de culpa.
- e) El nivel de tolerancia a la frustración relacionado con el grado de evolución de proceso primario al proceso secundario del pensar en la resolución de conflictos.

Cada uno de estos elementos debe ser indagado, conocido y reintegrado al usuario en forma de palabras para permitirle el acceso a información que había estado vedada para su conciencia, brindándole la posibilidad de un orden nuevo que lo lleve a poder realizar tomas de decisión adecuadas.

La técnica específica de realizar nuestra meta debe siempre estar respaldada por un cuerpo teórico más o menos sistematizado, como los propuestos en el inciso 75 de este manual.

En ocasiones, ninguno de los procedimientos anteriores basta para restablecer el equilibrio perdido, y sea porque el usuario lo decida o porque el terapeuta lo recomiende, se hace necesario referir al paciente a otro servicio de salud mental con otros parámetros de intervención.

Esta referencia marcará el fin del apoyo ofrecido inicialmente, sin importar si el motivo de consulta original fue de urgencia psicológica o de emergencia emocional. En este momento se recordara al usuario que si en el futuro desea volver a utilizar SAPTEL puede hacerlo, siendo lo más conveniente que intente contactar al mismo consejero que lo ha atendido y lo conoce, pero de ninguna manera esta obligado a hacerlo así, por lo que se recomienda que anote o memorice su número de expediente como forma de identificación. Recordemos que la forma de realizar esta transferencia ha de quedar registrada en la tabla de seguimiento, anexa a la cédula de registro, bajo la columna titulada “referido”.

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

De los reactivos mencionados anteriormente se realizaron primero frecuencias simples y segundo se hicieron concentrados por porcentajes, posteriormente se utilizó una prueba estadística de significancia que se llama diferencia de porcentajes por Sir Austin Bradford Hill (1971) en donde la fórmula es:

$$\sqrt{\frac{p \times q}{n} + \frac{p' \times q'}{n}}$$

Con el objeto de identificar aquellas variables que sean estadísticamente significativas en donde p = porcentaje mayor, q = porcentaje menor y n = número de casos. (El libro del cual se tomó la fórmula se llama "*Principles of medical statistics*", ninth edition, published by The lancet limited, London).

Capítulo VI

Resultados y discusión

Consideraciones:

A continuación se presentan las tablas que resultaron del estudio realizado con los datos obtenidos de la historia clínica de los usuarios del servicio de SAPTEL. Como se puede observar en la tabla 1, el resultado es de 1971 llamadas de primera vez en todo el año de 2004 y están en columnas por mes.

La tabla 2 hace referencia a los grupos de edad 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 años y están en dos series, y una diferente forma de agruparlos.

En la tabla 3 también hay dos series y esta representado el estado civil de los usuarios.

Al igual que la tabla anterior la tabla 4 tiene dos series y es la de grados de escolaridad.

La tabla 5 tiene seis series y en la cual se agrupa de diferente manera el tipo de ocupación de los usuarios de SAPTEL para sacar la diferencia estadística donde la probabilidad es menor de 0.05 ($P < 0.05$).

El lugar de nacimiento es la tabla 6 y tiene dos series, igualmente la tabla 7 que es la de lugar residencia / domicilio actual.

En la tabla 8 tenemos tres series y son las que hacen referencia a el tipo de vivienda del usuario y agrupada en tres gráficas. Así mismo la tabla 9 que es del número de habitaciones del hogar donde vive tiene tres series agrupadas en diferentes forma.

En los motivos de consulta de la tabla 10 tenemos tres series de gráficas agrupadas con las diferentes sintomatologías del manual de llenado de la cédula de registro de SAPTEL.

La tabla 11 que es la de tipo consulta telefónica psicológica tiene dos graficas, en donde se presentan dos formas de agruparlas.

Y finalmente la tabla 12 que es la de tipo de aportación económica del paciente a su casa tenemos dos series.

Tabla 1
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por mes/frecuencias simples N=1971

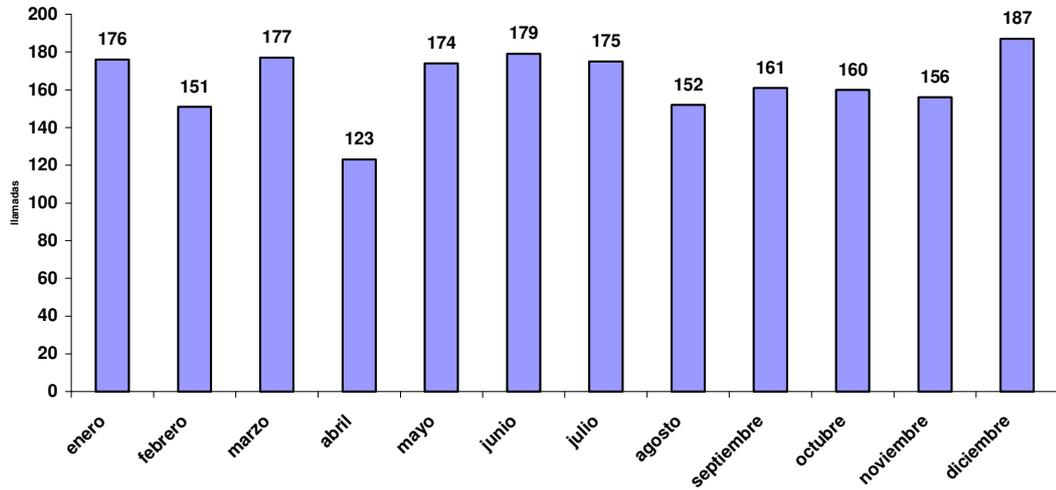
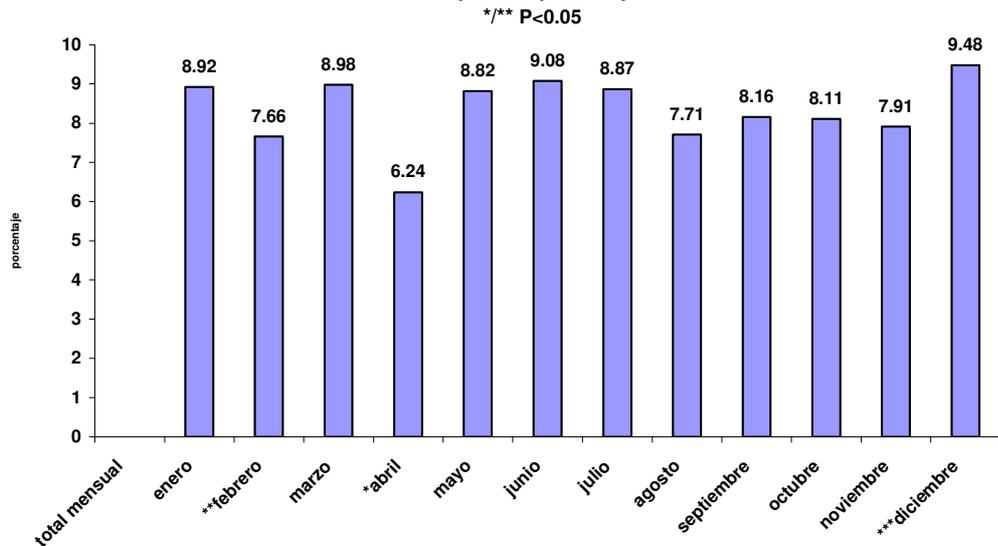


tabla 1bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por mes/porcentajes N=1971



La tabla 1 y 1 bis, que hacen referencia a la distribución de llamadas por mes, se puede ver claramente que durante el mes de abril hay una disminución muy importante y se tiene que buscar qué fue lo que pasó en apariencia se llega a la conclusión de que fue semana santa periodo de vacaciones en el que ocurre una disminución de consultas en el nivel de medicina general, esto incluye a los servicios de salud pública como el IMSS e ISSSTE, otro aspecto que puede influir en la baja de llamadas es la falta de difusión del programa de SAPTEL, ya que una pieza importante es la difusión, esta debe ser continua por todos los medios disponibles radio, televisión, prensa etcétera, también se puede atribuir al cambio de consejeros que se da por esas fechas pues la generación que entró tardó en tomar su paso en el proceso de atención y registro de llamadas telefónicas, lo que nos lleva a pensar que tal vez sea un error de difusión o de la estructura de SAPTEL.

Tabla 2
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por grupos edad/frecuencias simples N=1971

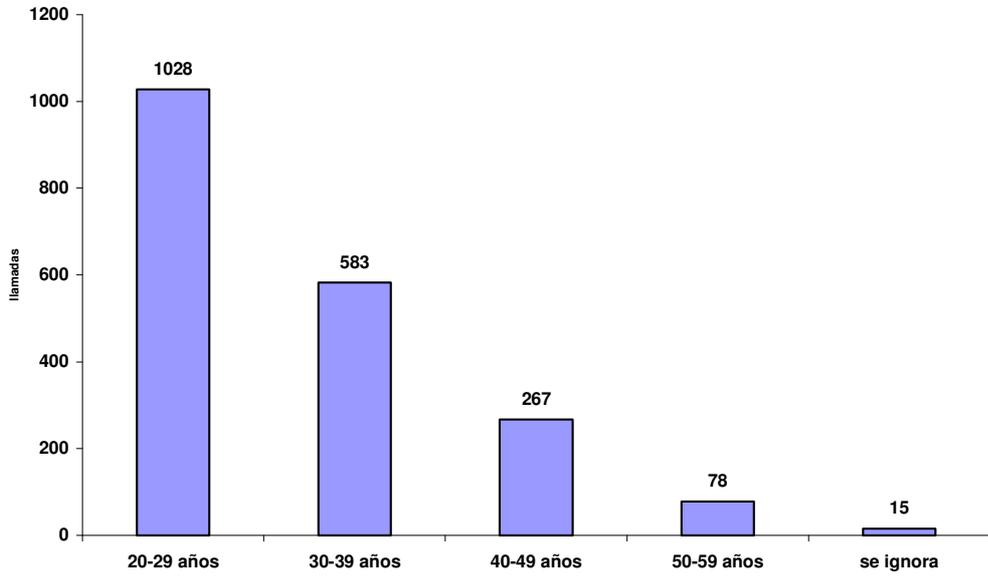


Tabla 2 bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por grupos edad/porcentajes N=1971
/**/ P<0.05**

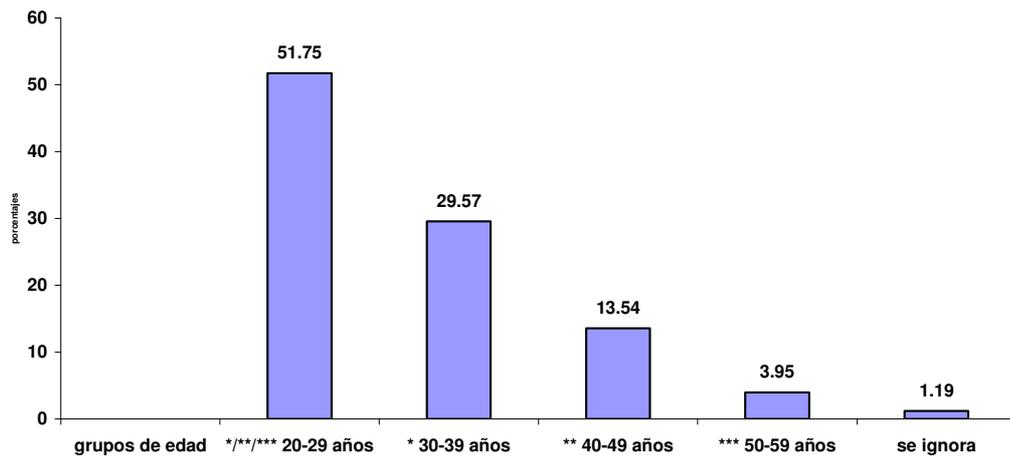


Tabla 2 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por grupos edad/frecuencias simples N=1971

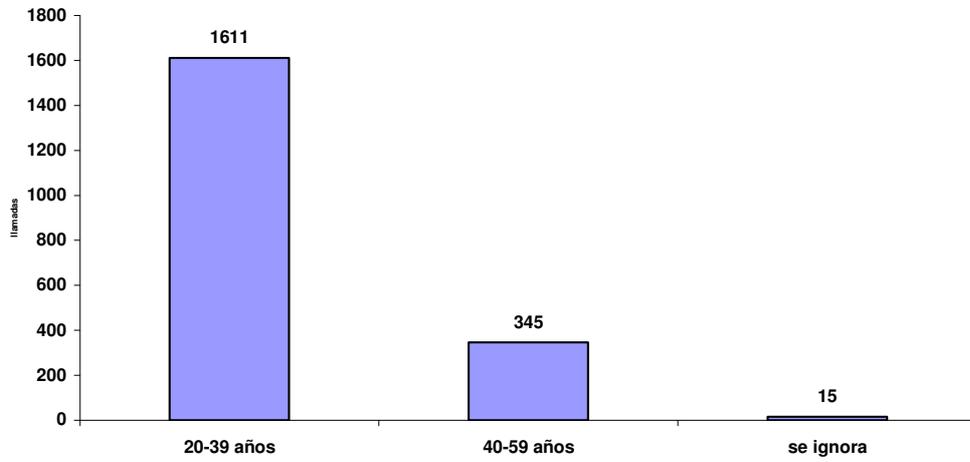


Tabla 2 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por grupos edad/porcentajes N=1971

** P<0.05

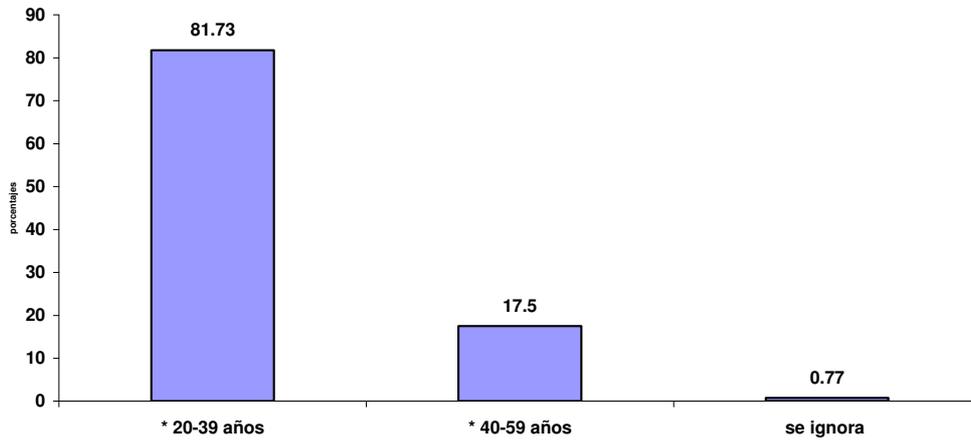


Tabla 2 y 2 bis, la tabla nos indica que el grupo de los más jóvenes son los que hacen mayor uso del servicio de SAPTEL, lo que en primer término nos plantea que el grupo de 20 a 29 años tendría mayor número de problemas emocionales lo que puede ser cierto ya que este grupo se está iniciando en el mundo laboral en una época en donde no creció el número de ofertas de trabajo, aunque no necesariamente esto puede influir en este planteamiento, por otra parte se puede pensar que los jóvenes entienden mejor los problemas de las emociones y sentimientos de la mente humana, ya que en épocas pasadas las personas mayores no tenían información de este tipo; se hablaba de enfermedades del cuerpo más no de la mente, lo que nos indica que hay el constructo cognoscitivo del cuerpo pero no de la mente, motivo por el cual antes había histeria conversiva, esquizofrenia catatónica que en la actualidad ya no hay, porque en esas condiciones se utilizaba el cuerpo para manifestar una problemática emocional, pero a través de los años las nuevas generaciones y al nueva cultura reconoce e identifica a la mente. Muchos conceptos son relativamente nuevos en México como el concepto “depresión”, el cual tiene aproximadamente 20 años en México. Anteriormente al igual que el estrés y la angustia no existían y son las nuevas generaciones que van entendiendo lo que es la esfera psíquica y el hacer uso de las nuevas tecnologías como las computadoras, estos resultados propician un reto y un compromiso de realizar programas de difusión, información y sensibilización dirigido hacia los adultos mayores, lo que genera un reto para SAPTEL. Realizando una reagrupación de dos décadas en la edad, 20 a 39 *versus* 40 a 59 años en la tabla 2 serie B, queda perfectamente definido como en las anteriores diferencias, que son estadísticamente significativas en donde 81.73 % de los usuarios son personas entre los 20 y 39 años de edad y 17.5 % son entre 40 y 59 años, en donde la $P < 0.05$

Tabla 3
consultas /llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por estado civil/frecuencias simples N=1971

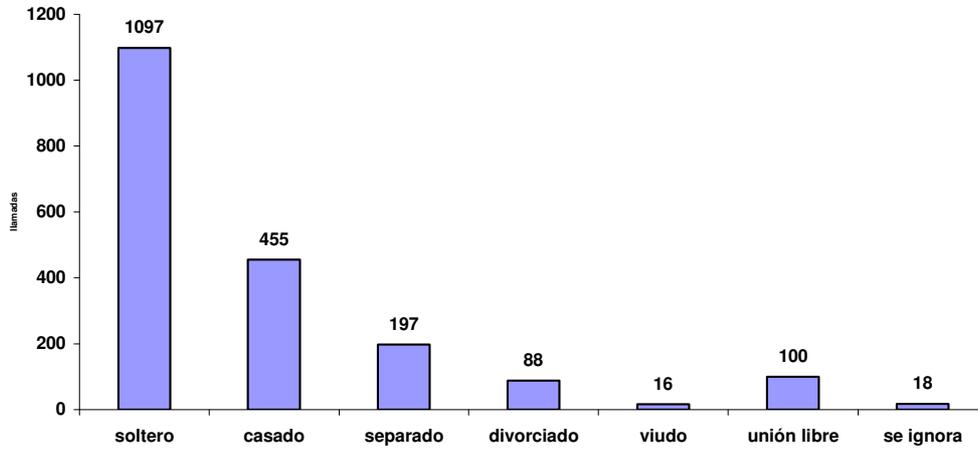


Tabla No. 3 bis
consultas /llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por estado civil/porcentajes N=1971
** /** /*** /****/*****P<0.05*

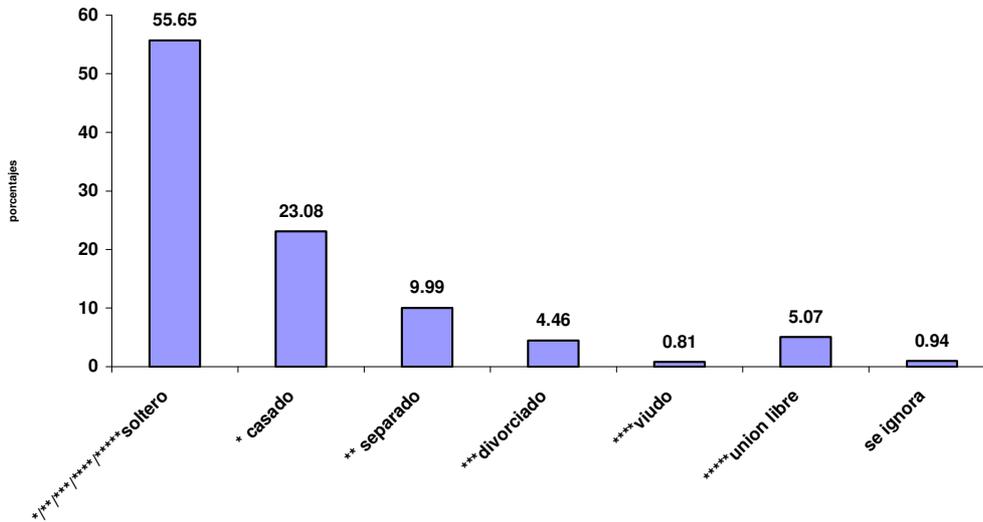


Tabla 3 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución grupos estado civil/ frecuencias simples N=1971

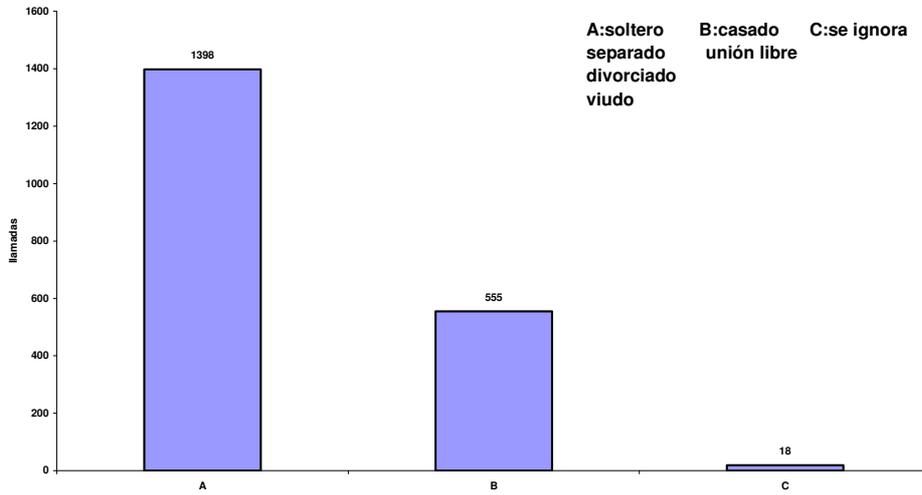
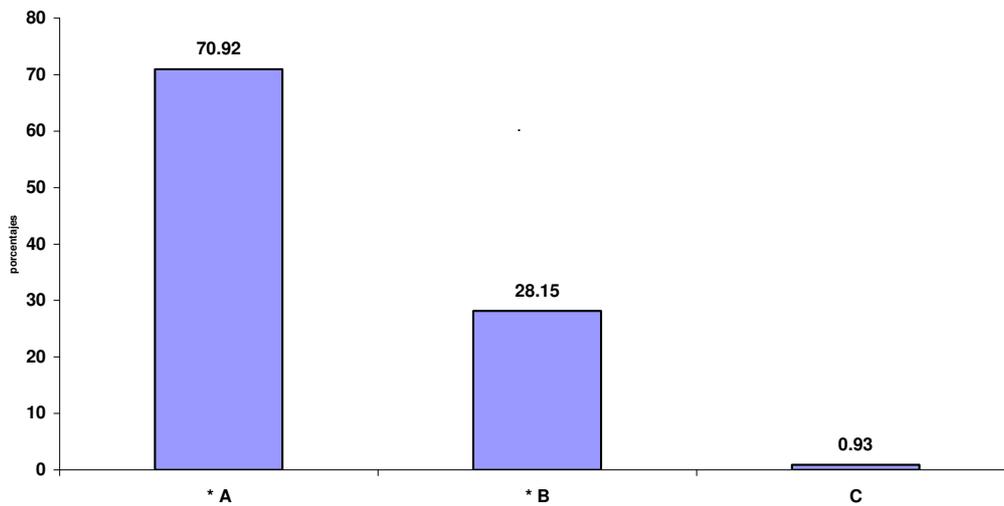


Tabla 3 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución grupos estado civil/porcentajes N=1971
 * P<0.05



En la tabla 3 y 3 bis sobre el estado civil de los usuarios, se aprecia que son los solteros los que llaman más frecuentemente a SAPTEL, esto tiene que ver con el estado civil y como consecuencia de la relación con la tabla anterior, la cual nos dice que son los jóvenes los que más llaman y que está afectados por la realidad y condiciones actuales motivo por lo que está más abiertos hacia el uso de estos servicios, por lo que posiblemente no tenga que ver con el estado civil, sin embargo realizando una reagrupación de los diferentes grupos de estado civil esto queda más claro, unimos a los que viven solos (soltero, separado, divorciado y viudo) contra los casados y unión libre, en donde se observa que las diferencias son enormes y estadísticamente significativas: cerca de 71% de las personas son gente que vive sola, como se sabe desde antes pero ahora más que la soledad en una gran ciudad como la de México en la época moderna y postmoderna es muy dolorosa y es una de las causas que origina la depresión. Hay un tipo de soledad estudiada en los últimos 100 años que es la causa principal de suicidio, identificada como anomia (sin nombre) en donde el sujeto se siente solo y no le importa a nadie. Se acentúa porque se siente acompañado de miles de personas a las cuales no les importa él en lo más mínimo, esto lo podemos comparar con una persona que se sube al STC (metro) y no conoce a nadie aún cuando este vagón vaya lleno de personas.

Tabla 4
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por grados de escolaridad/frecuencias simples N=1971

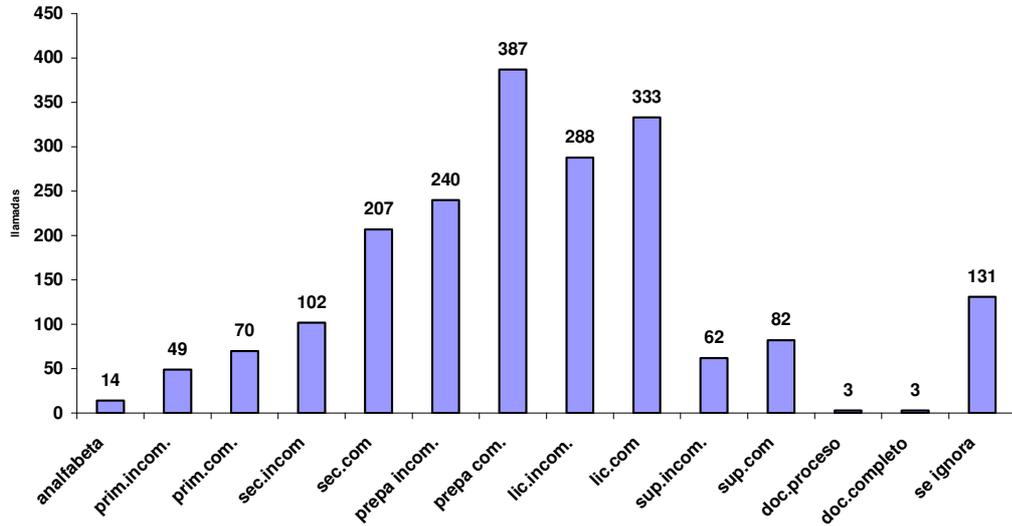


Tabla 4bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por grados de escolaridad/porcentajes N=1971
/**/*/*****/***** P<0.05**

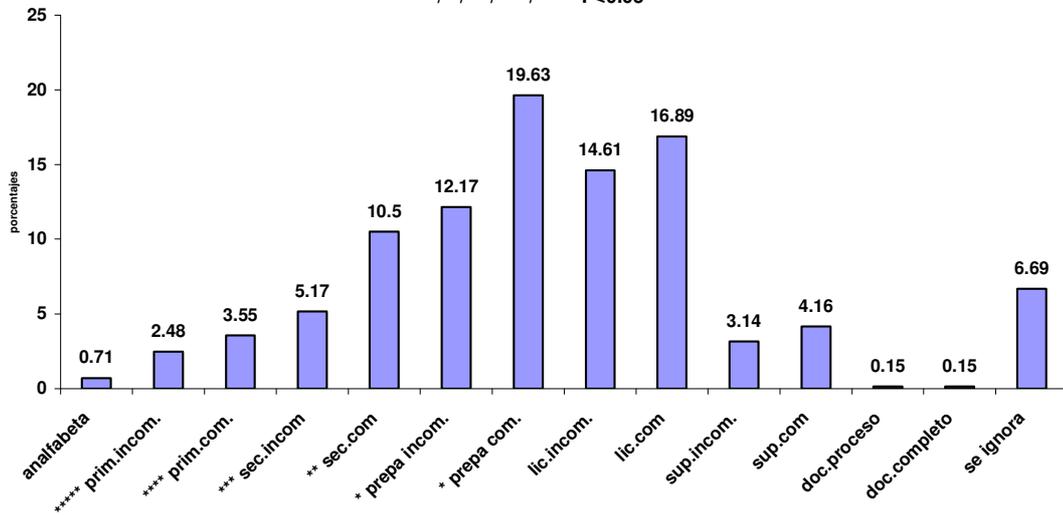


Tabla 4 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por grados escolaridad/frecuencias simples N=1971

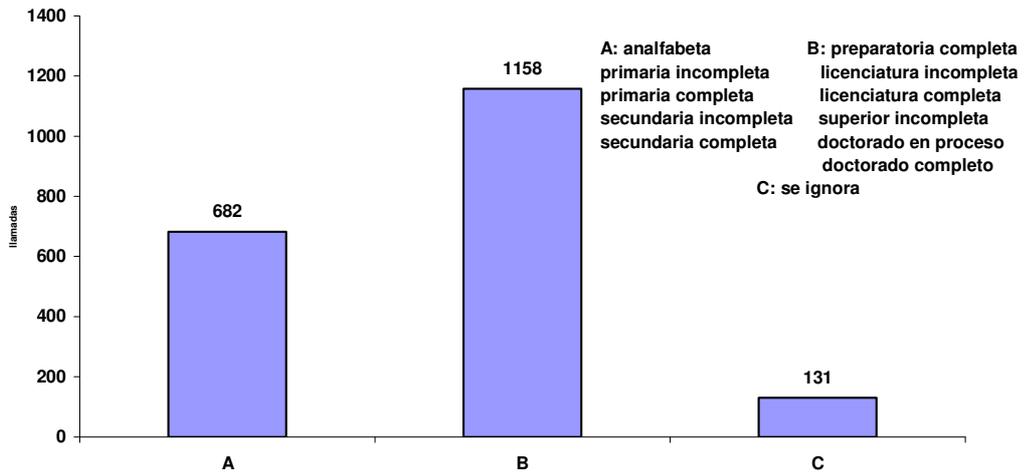


Tabla 4 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por grados escolaridad/porcentajes N=1971
*** P<0.05**

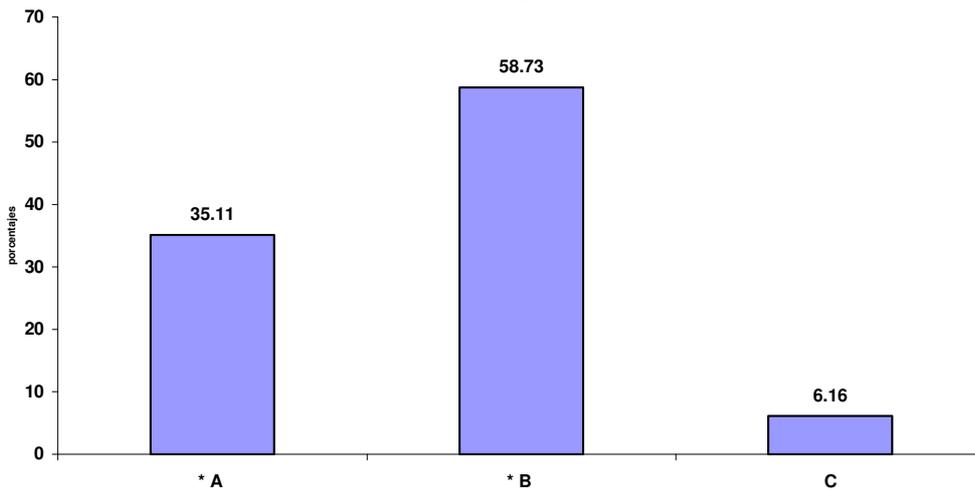


Tabla 4 serie C
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución agrupada por grados escolaridad/frecuencias simples N=1971

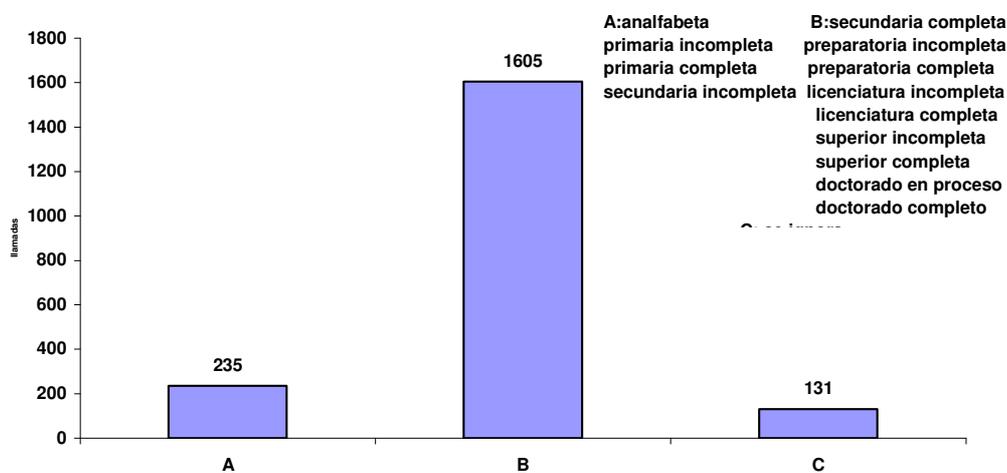
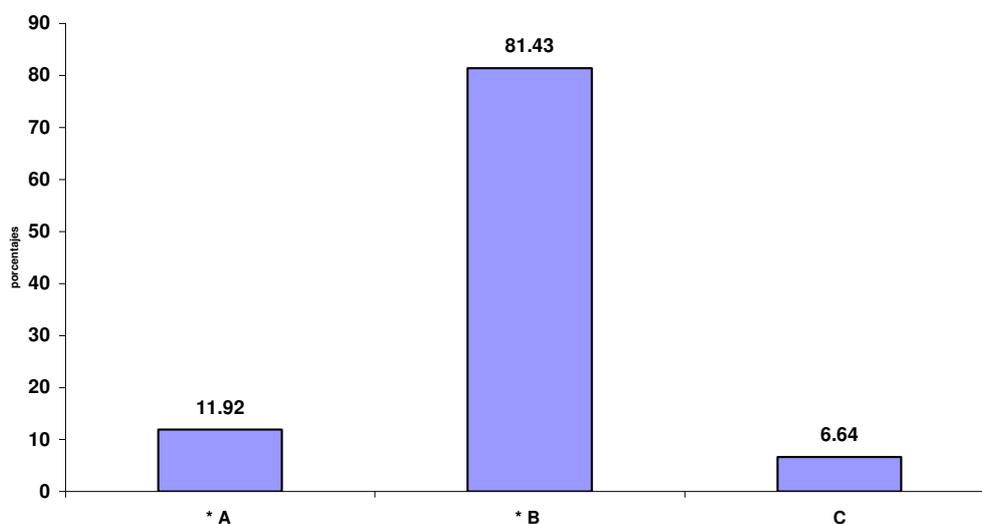


Tabla 4 serie C
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución agrupada por grados escolaridad/porcentajes N=1971
 * P<0.05



La tabla 4 y 4 bis grados de escolaridad, nos está indicando claramente que las personas que tienen preparatoria completa, licenciatura incompleta y completa son los que usan más el servicio de apoyo psicológico por teléfono, pero si agrupamos a estas personas e incluimos hasta doctorado completo contra las restantes se observa que la diferencia es estadísticamente significativa en donde la $P < 0.05$, ya que arroja un total de 58.73 % *versus* 35.11 %, esto no quiere decir que a mayor grado de estudio y conocimiento más grado de patología emocional, de lo que hablaría es que a mayor escolaridad y conocimientos la persona acepta más su problema emocional, la identifica , la reconoce, la acepta y busca ayuda.

Tabla 5
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo de ocupación/frecuencias simples N=1971

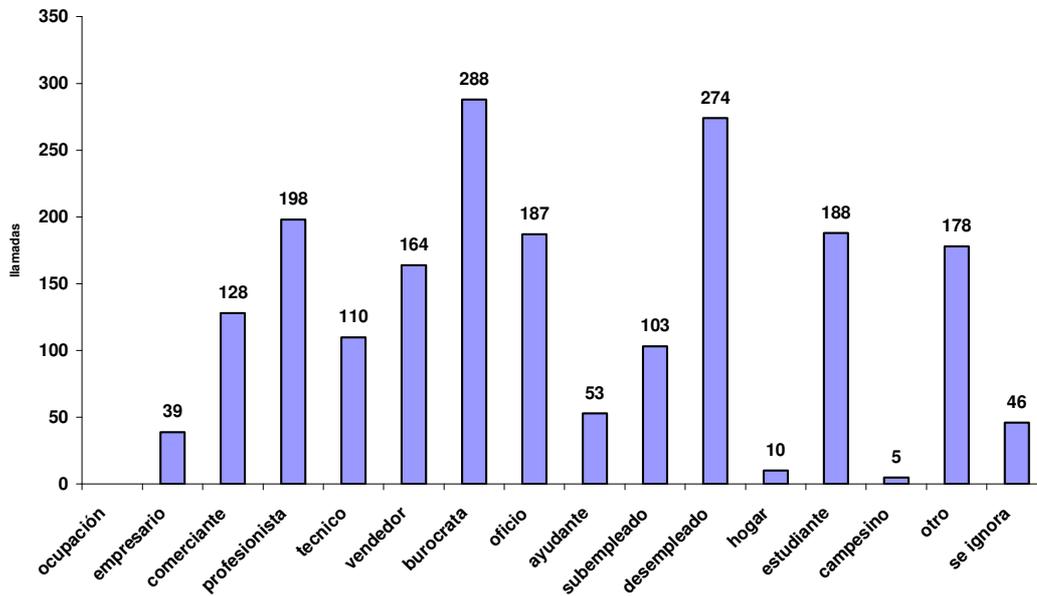


Tabla 5 bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo de ocupación/porcentajes N=1971
* cada una vs. resto P<0.05

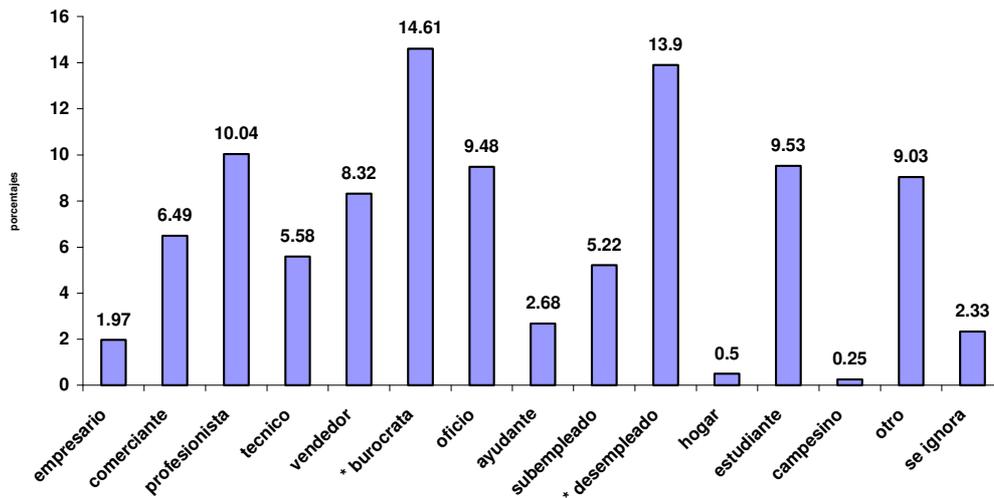


Tabla 5 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo de ocupación/frecuencias simples N=1971

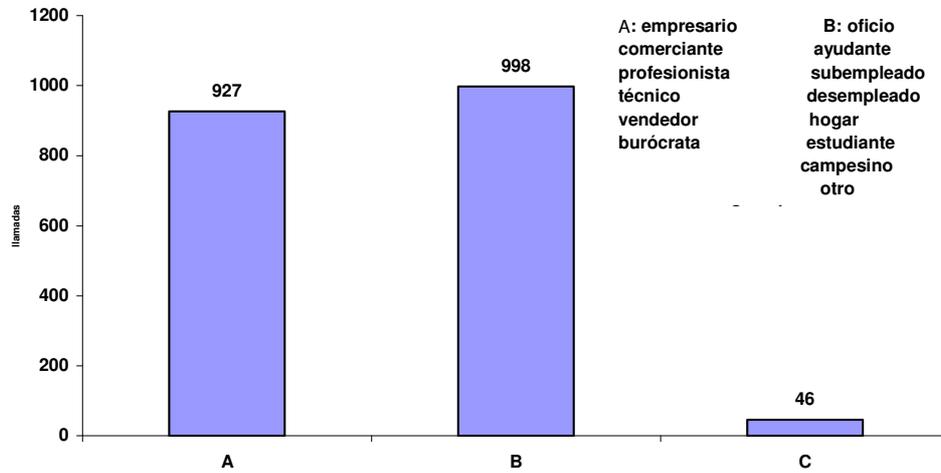


Tabla 5 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo de ocupación/porcentajes N=1971

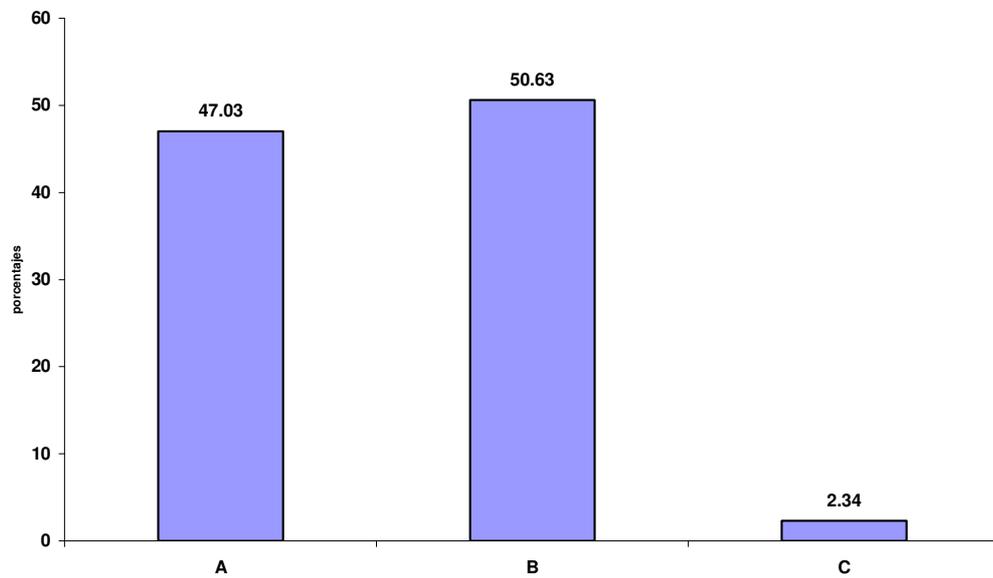


Tabla 5 serie C
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución agrupada tipo ocupación/frecuencias simples N=1971

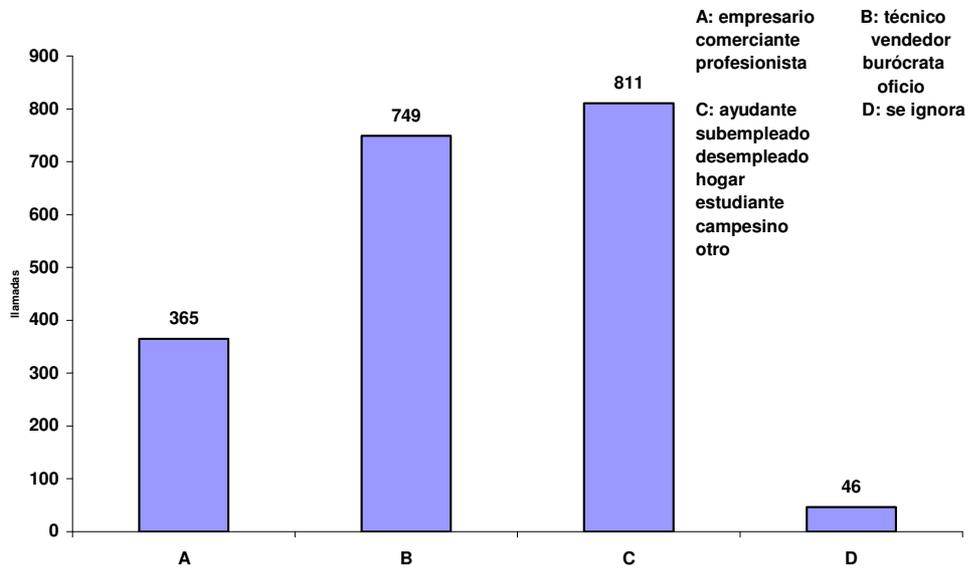


Tabla 5 serie C
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución agrupada tipo ocupación/porcentajes N=1971

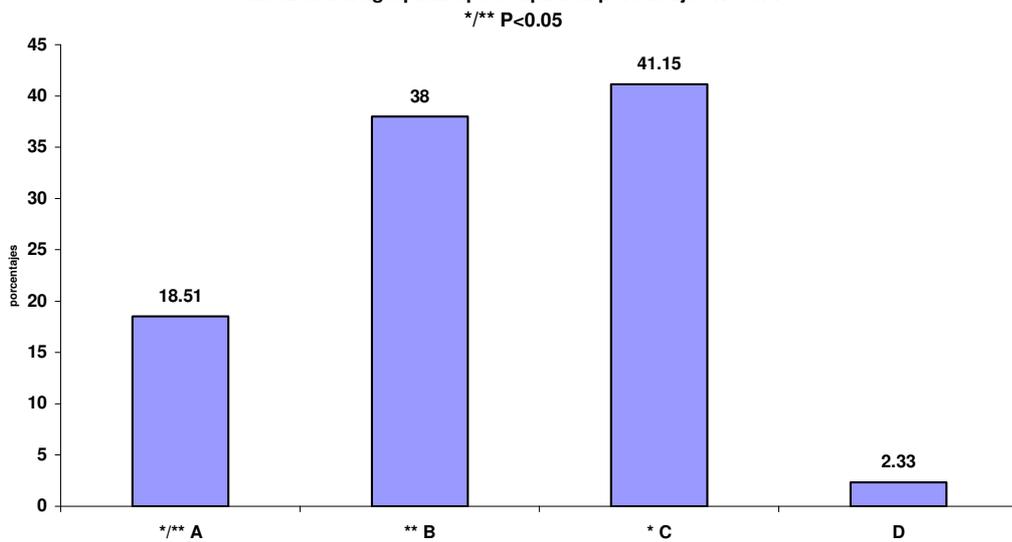


Tabla 5 serie D
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo ocupación/frecuencias simples N=1971

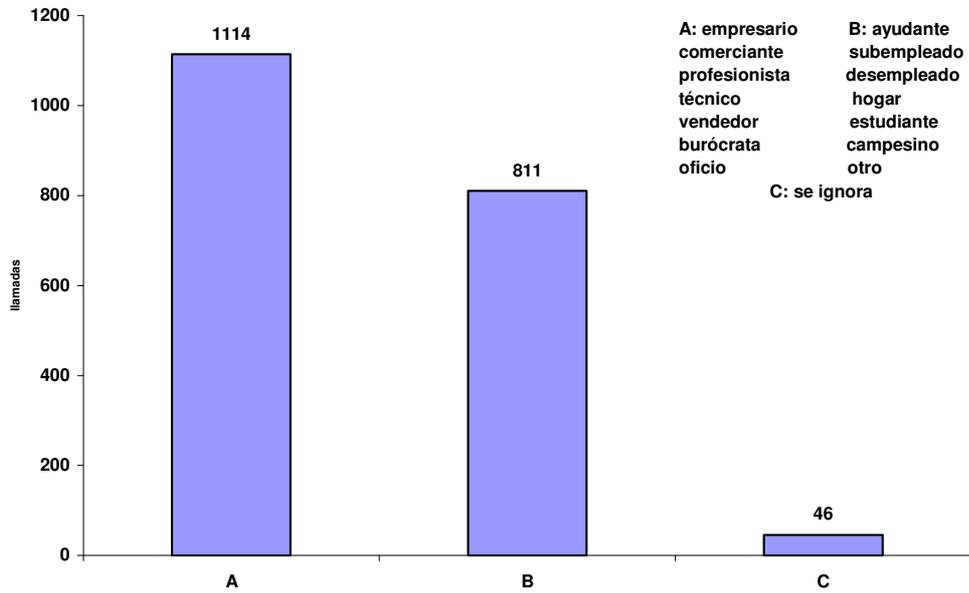


Tabla 5 serie D
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo ocupación/porcentajes N=1971

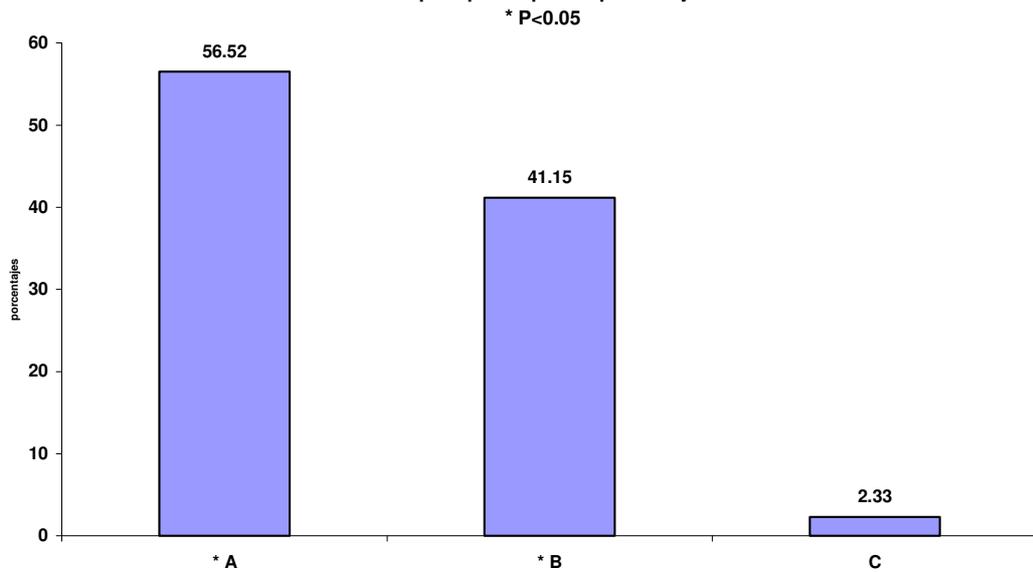


Tabla 5 serie E
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo ocupación/frecuencias simples N=1971

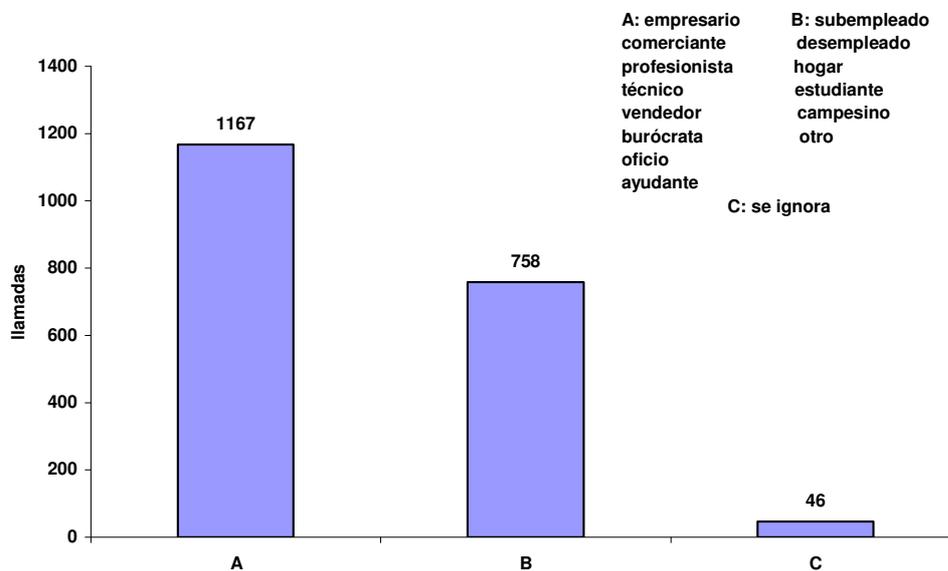


Tabla 5 serie E
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo ocupación/porcentajes N=1971
*** P<0.05**

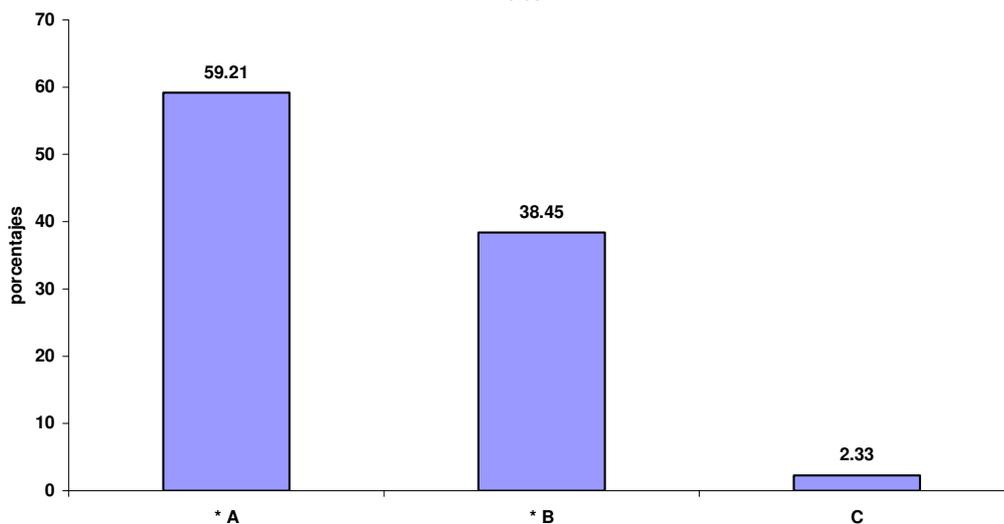


Tabla 5 y 5 bis referidas al tipo de ocupación del usuario, en donde se puede ver que las personas que más llaman son los burócratas (14.61 % que son 288), y en segundo lugar los desempleados (con 274 llamadas y 13.9 %), y si los sumáramos veríamos que es 28.51 % que se acerca al 30 % en donde notaríamos que de cada 20 pacientes 6 son desempleados y si los comparamos con las diferentes categorías que hay vemos que son estadísticamente significativas. En las siguientes tablas hay diferentes modalidades de reagrupamiento, en la tabla 5 serie B se agrupan a las mejores ocupaciones (A) *versus* las peores ocupaciones (B) se observa que están muy parejos los porcentajes lo que no es estadísticamente significativo, sin embargo haciendo otros reagrupamientos hacemos tres categorías que son la serie C de la tabla 5 en ella se puede observar que A (empresario, comerciante y profesionista), B (técnico, vendedor, burócrata y oficio), C (ayudante, subempleado, desempleado, hogar, estudiante, campesino y otro), los que tienen una mejor remuneración económica como lo es A se reduce a 18.5 %, la segunda categoría B con 38 % y la tercera categoría C, que son las de menor remuneración económica son 41.15 %, entonces se puede ver que de cada 20 pacientes que hablan a SAPTEL 2 tienen una buena ocupación, 8 tienen una ocupación media y otros 8 tienen una ocupación baja, concluimos que las personas que menos hablan son las más afectadas por su ocupación. Realizando otra manera de agruparlos como en la tabla 5 serie D en donde A (empresario, comerciante, profesionista, técnico, vendedor, burócrata y oficio) *versus* B que es el resto de las ocupaciones, se encuentra una diferencia que resulta ser estadísticamente significativa, ya que A tiene 56.52 % y B 41.15 %. En la tabla 5 serie E se agrupan de manera diferente las ocupaciones y tenemos que A (empresario, comerciante, profesionista, técnico, vendedor, burócrata, oficio y ayudante) *versus* B que son el resto de las ocupaciones que serían las menos fuertes o adecuadas, vemos que hay una diferencia muy marcada y que estadísticamente es significativa en donde $P < 0.05$.

Tabla 6
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por lugar nacimiento/frecuencias simples N=1971

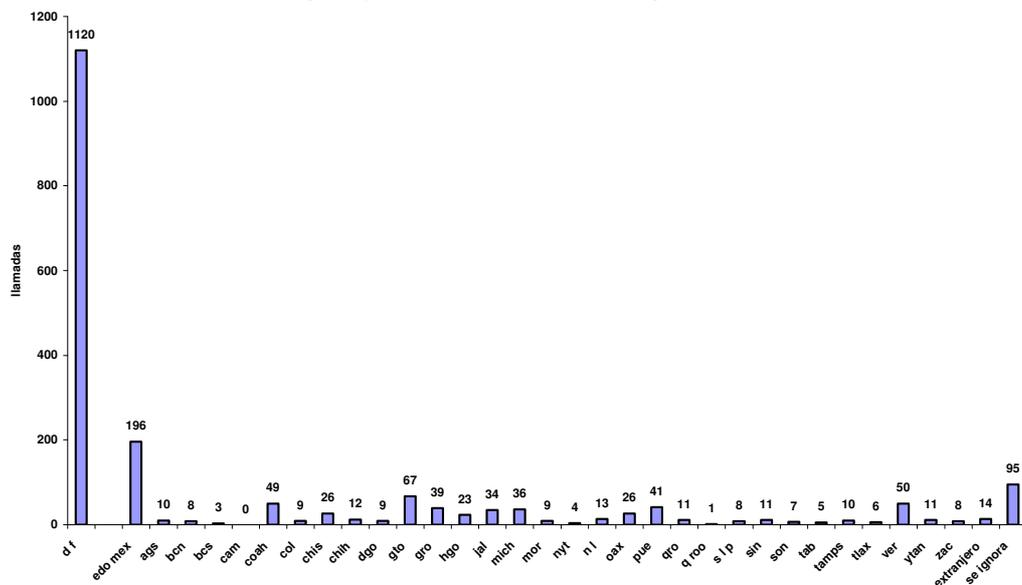


Tabla 6 bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por lugar nacimiento/porcentajes N=1971

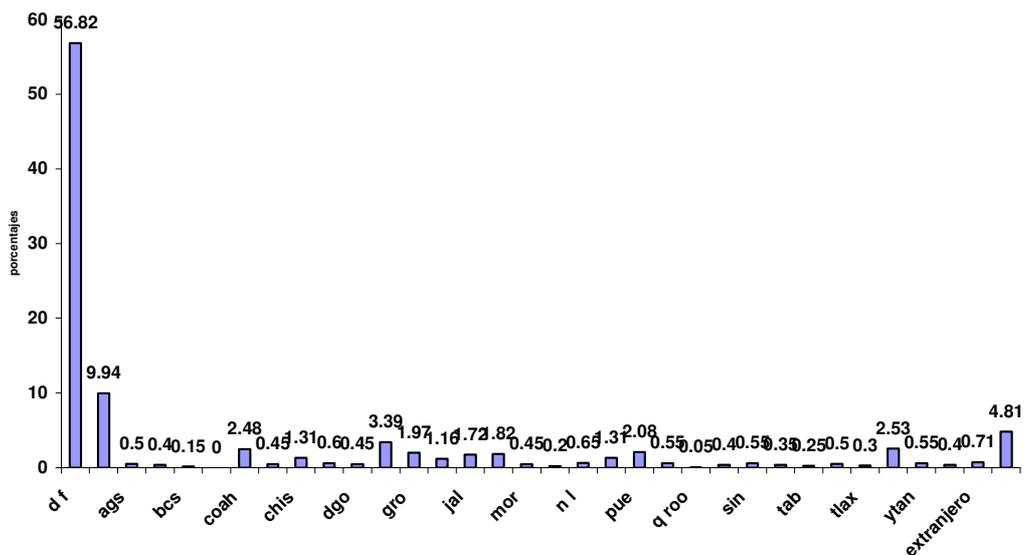


Tabla 6 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por lugar nacimiento/frecuencias simples N=1971
Distrito Federal y Estado México vs. resto estados

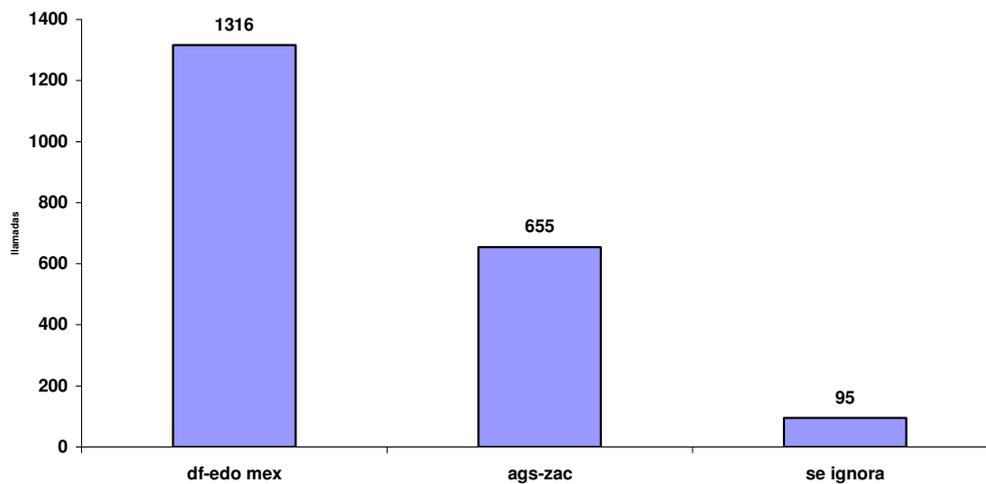
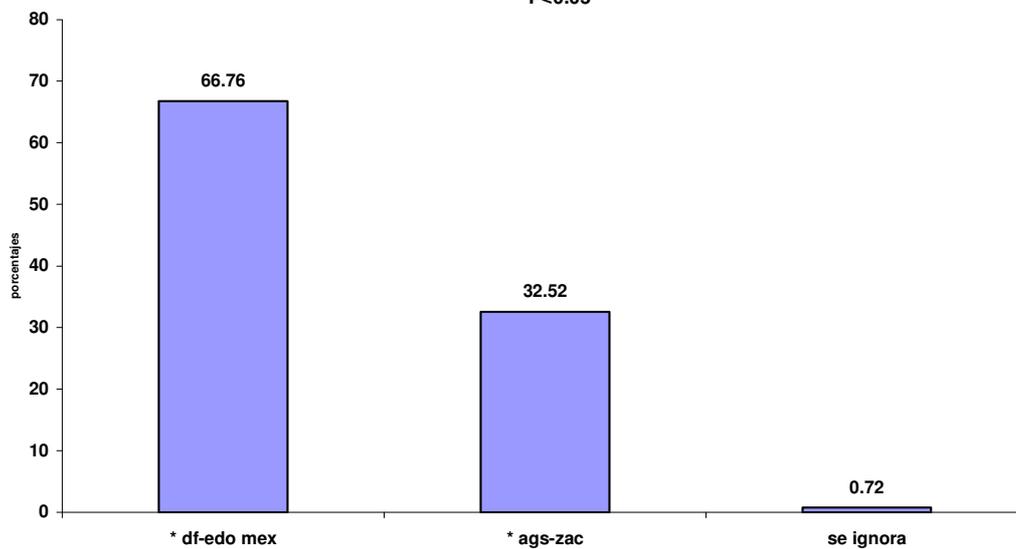


Tabla 6 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por lugar nacimiento/porcentajes N=1971
*** P<0.05**



En la tabla 6 y 6 bis que hace referencia al lugar de nacimiento se observa claramente que la mayoría de las personas que llaman a SAPTEL nacieron en el área metropolitana, esto es, en el Distrito Federal y Estado de México. Agrupados en la tabla 6 serie B nos da 66.76 % es decir que 2 de cada 3 pacientes nacieron en la ciudad de México y una en el interior de la república, lo que resulta estadísticamente significativo donde $P < 0.05$.

Tabla 7
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por lugar de residencia/domicilio actual/frecuencias simples N=1971

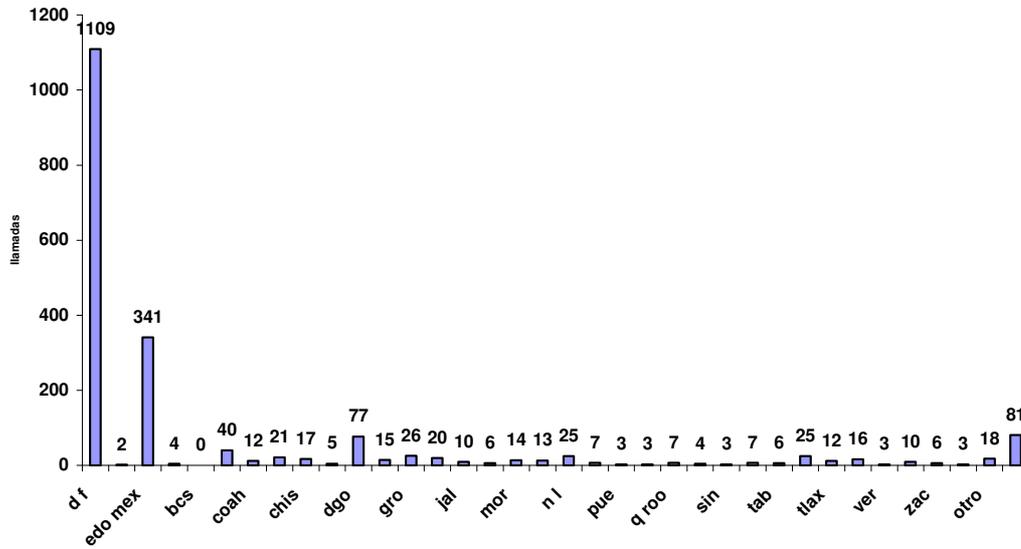


Tabla 7 bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por lugar residencia/domicilio actual/porcentajes N=1971

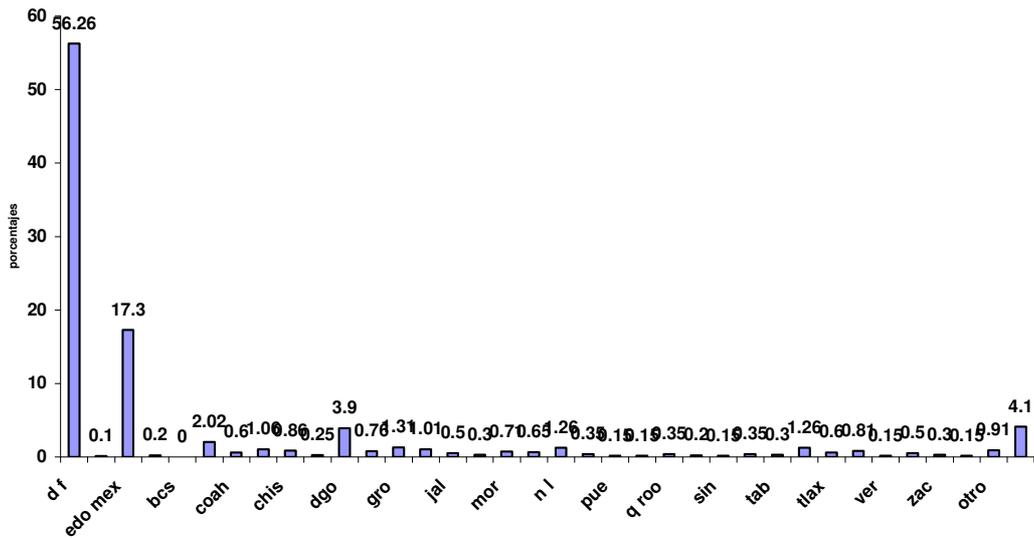


Tabla 7 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por lugar residencia/domicilio actual/frecuencias simples N=1971
Distrito Federal y Estado México vs. resto estados

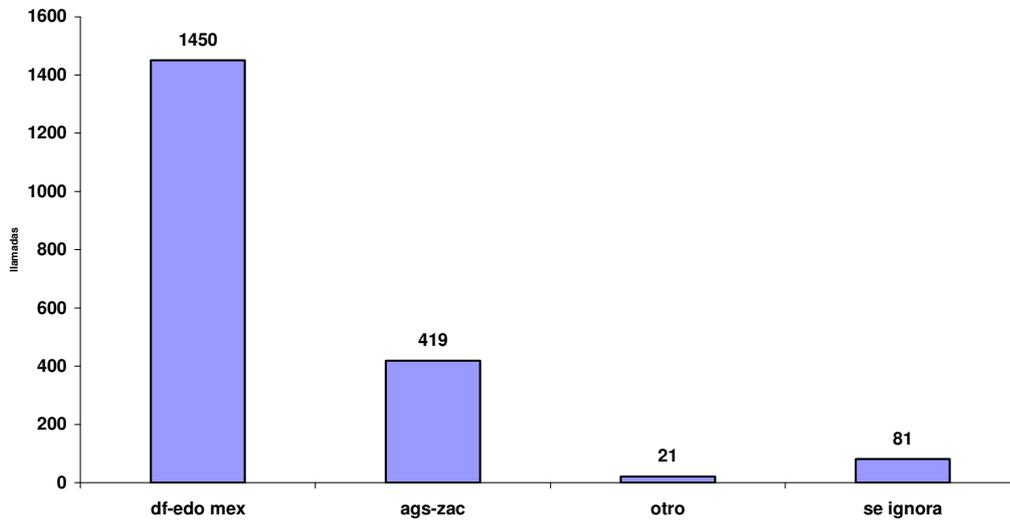
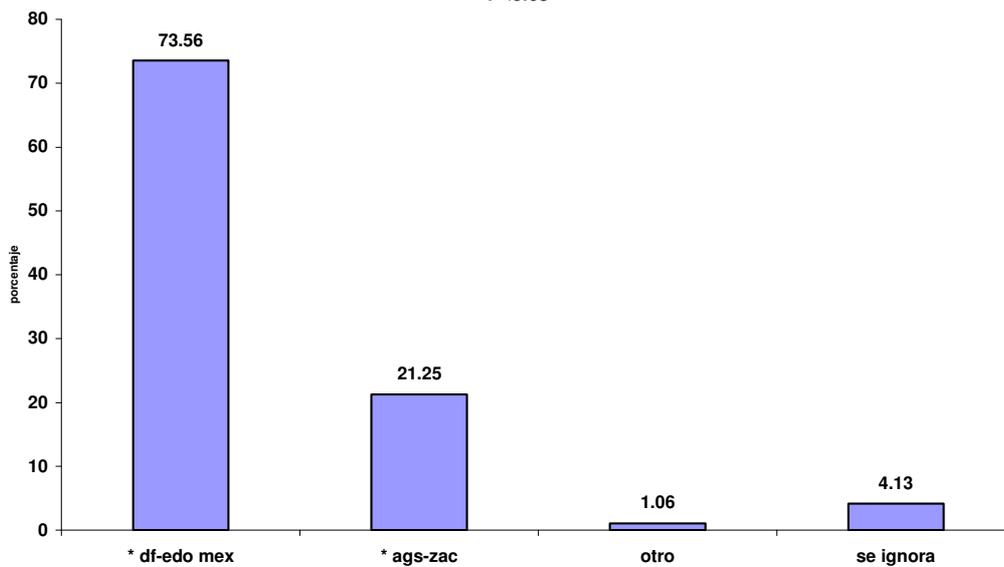


Tabla 7 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por lugar residencia/domicilio actual/porcentajes N=1971
*** P<0.05**



La tabla 7 y 7 bis muestra el lugar de residencia de los usuarios, el Distrito Federal y el Estado de México se siguen manteniendo como las de mayor frecuencias en las llamadas a SAPTEL, en la tabla 7 serie B se agrupan DF. y Estado de México, arrojan 73.56 % contra 21.25 % del resto de los estados, lo que quiere decir que de cada 3 pacientes 2 residen en el área metropolitana y una en el interior de la república. Esto habla de un déficit de SAPTEL que se tiene que corregir con una mayor difusión hacia el interior de la república para que las personas hagan un mayor uso del servicio, esto se puede explicar ya que en toda la existencia de SAPTEL, apenas hace 5 años se emplea el número 01 800, gratuito para las personas del interior.

Tabla 8
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo de vivienda/frecuencias simples N=1971

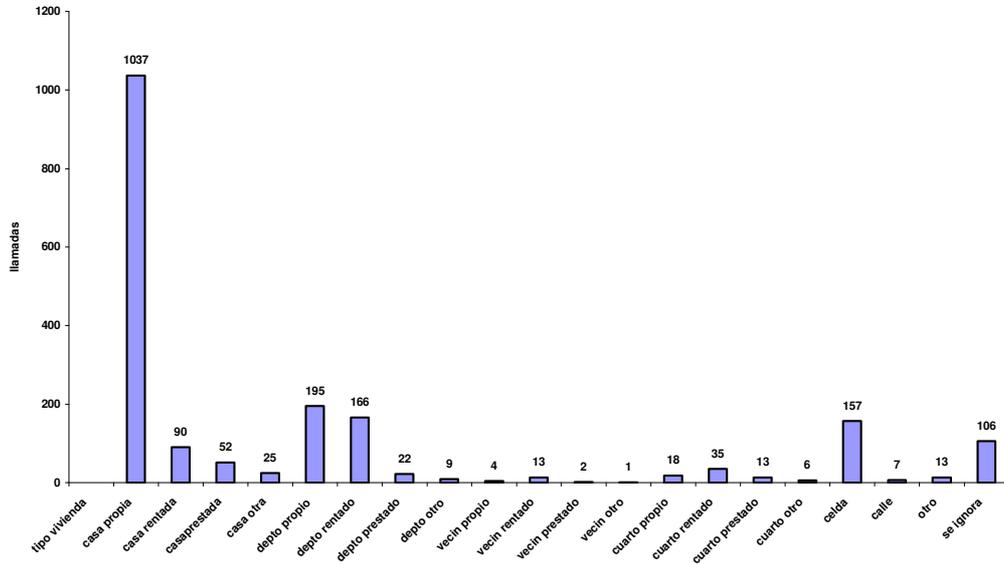


Tabla No. 8 bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo de vivienda/porcentajes N=1971
* P<0.05 vs c/u restante

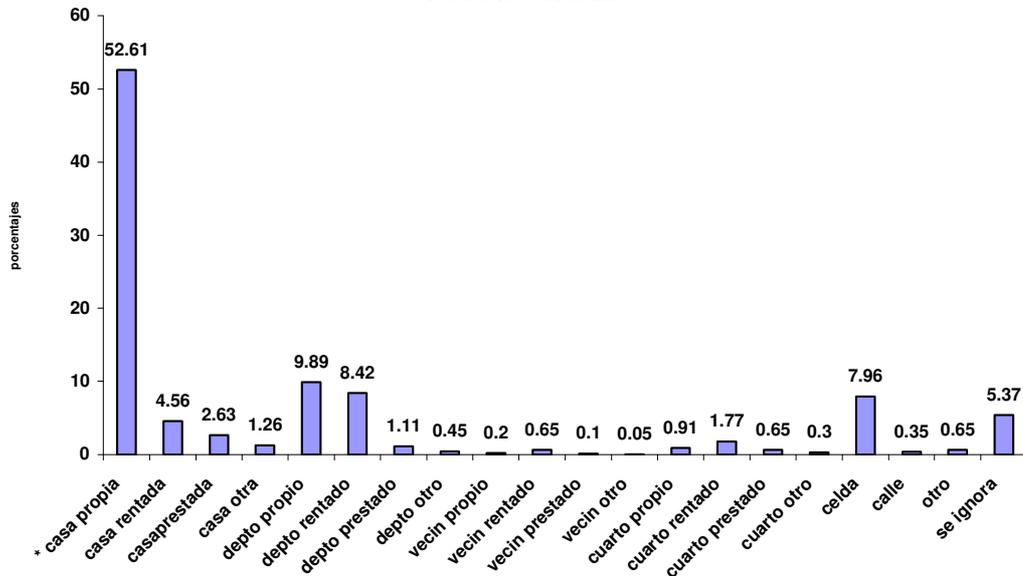


Tabla 8 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo de vivienda agrupada/frecuencias simples N=1971
A: casa y departamento propios
B: resto de tipo vivienda
C: se ignora

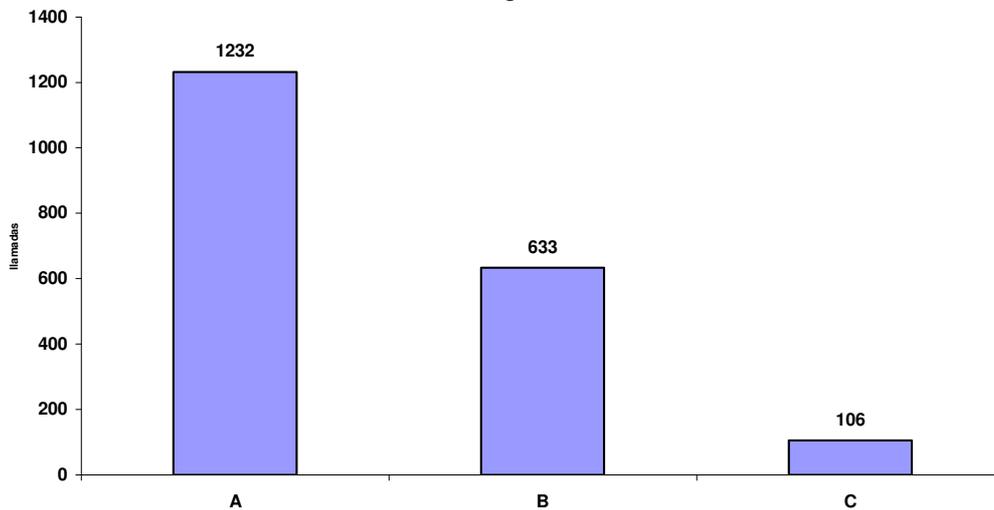


Tabla 8 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo vivienda agrupada/porcentajes N=1971
*** P<0.05**

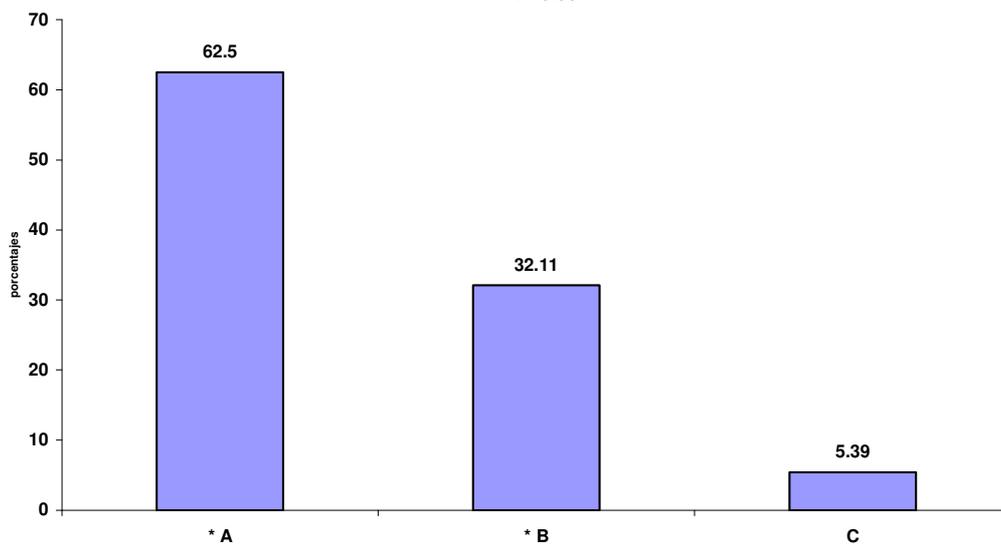


Tabla 8 serie C
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo vivienda agrupada/frecuencias simples N=1971
A: casa propia/depto propio y rentado
B: resto de tipo vivienda
C: se ignora

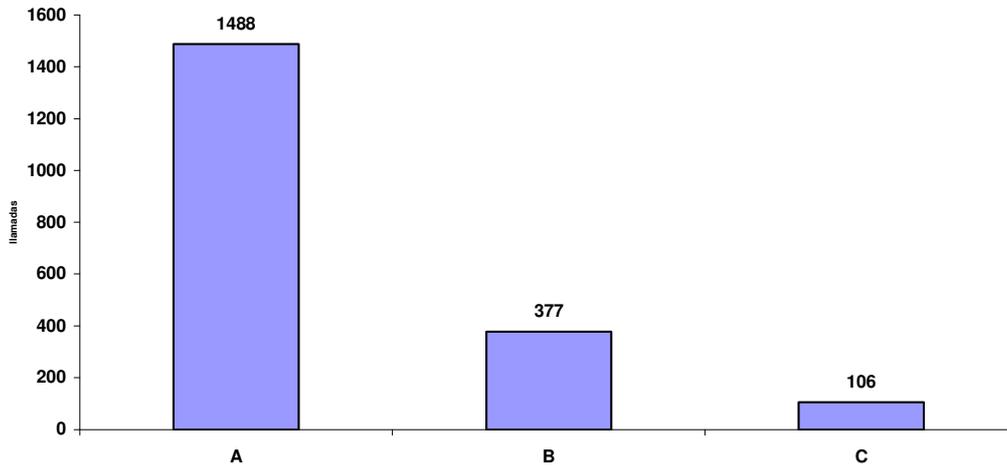
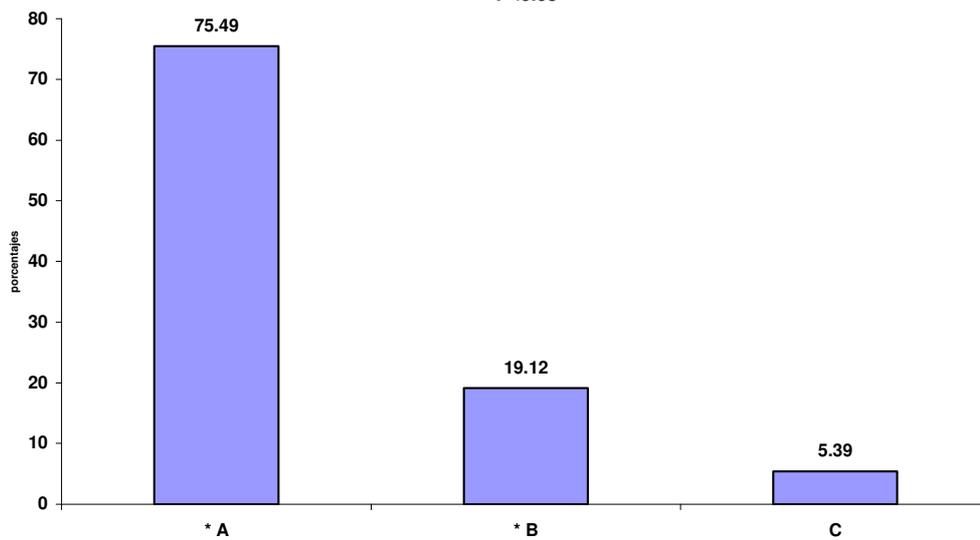


Tabla 8 serie C
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo vivienda agrupada/porcentajes N=1971
*** P<0.05**



En la tabla 8 y 8 bis, tipo de vivienda, es muy interesante porque en esta investigación coincide con muchos otros en donde desafortunadamente la clase baja y posiblemente media baja de nuestro país no usa los servicios gratuitos en seguridad social, en donde 52.61 % tienen casa propia, y agrupando casa propia, departamento propio *versus* el resto del tipo de vivienda nos da 62.5 % vs 32.11 % $P < 0.05$ como se aprecia en la tabla 8 serie B, lo que habla de que 6 de cada 10 personas que hablan a SAPTEL son dueños de sus casas, y de igual forma si agrupamos casa propia, departamento propio y rentado contra el resto del tipo de vivienda podemos ver que hay una deferencia significativa en la tabla 8 serie C.

Tabla 9
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por número de habitaciones en el hogar donde vive/frecuencias simples N=1971

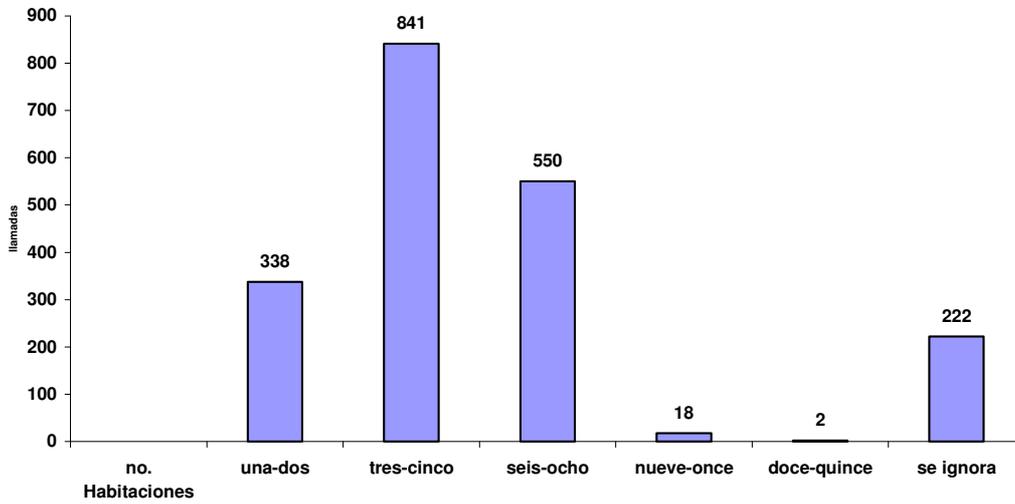


Tabla 9 bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por número habitaciones en el hogar donde vive /porcentajes N=1971 * P<0.05
vs c/u restantes

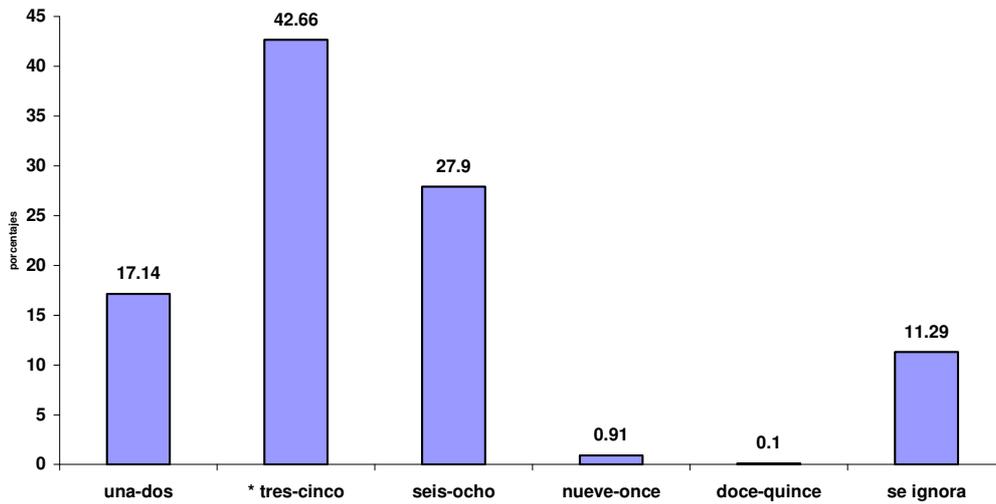


Tabla 9 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por número habitaciones en el hogar donde vive/frecuencias simples N=1971

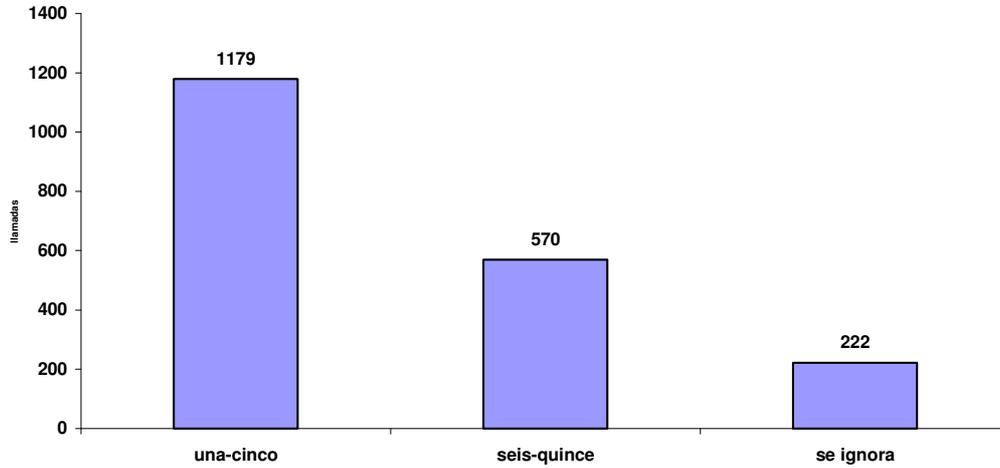


Tabla 9 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por número habitaciones en el hogar donde vive/porcentajes
N=1971 * P<0.05

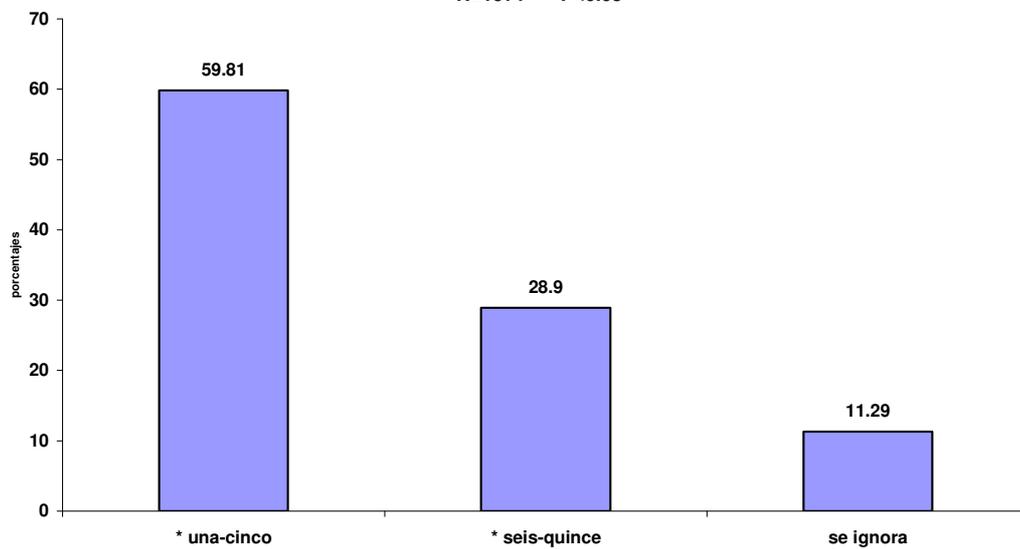


Tabla 9 serie C
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por número de habitaciones en el hogar donde vive/frecuencias simples N=1971

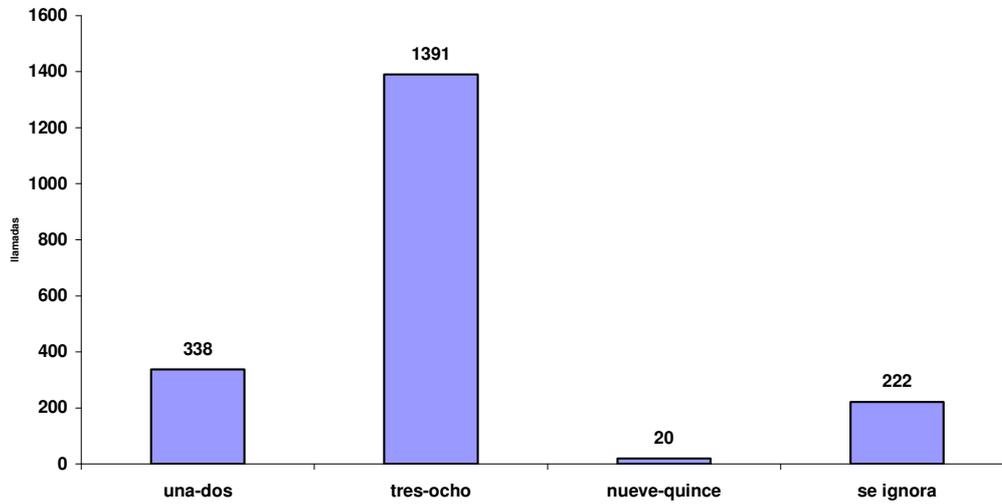
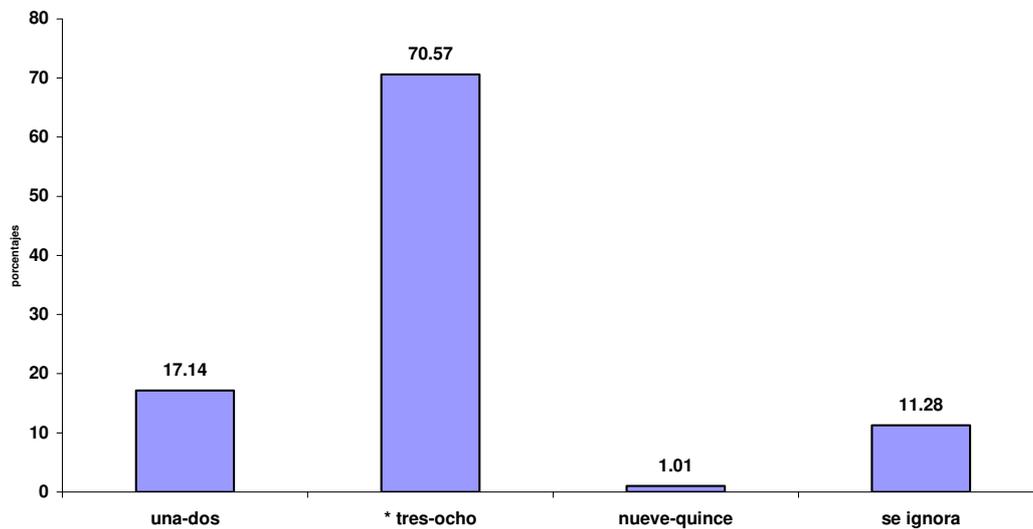


Tabla 9 serie C
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por número de habitaciones en el hogar donde vive/porcentajes N:1971
*** P<0.05 vs c/u restantes**



En la tabla 9 y 9 bis (el número de habitaciones) podemos ver que las personas que más llaman tienen de tres a cinco habitaciones, siguiéndole los de seis a ocho habitaciones, es decir que estas personas tienen una buena vivienda, pero si agrupamos como se muestra en la tabla 9 serie B de una a cinco habitaciones *versus* el resto se observa que la probabilidad es menor de 0.05, en la tabla 9 serie C se agrupa el número de habitaciones de tres a ocho en contra de el resto, se ve que 70.57 % es la diferencia estadística, esto es que de cada 10 personas que llaman 7 tienen una casa amplia.

Tabla 10
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por motivo consulta/frecuencias simples N=1971

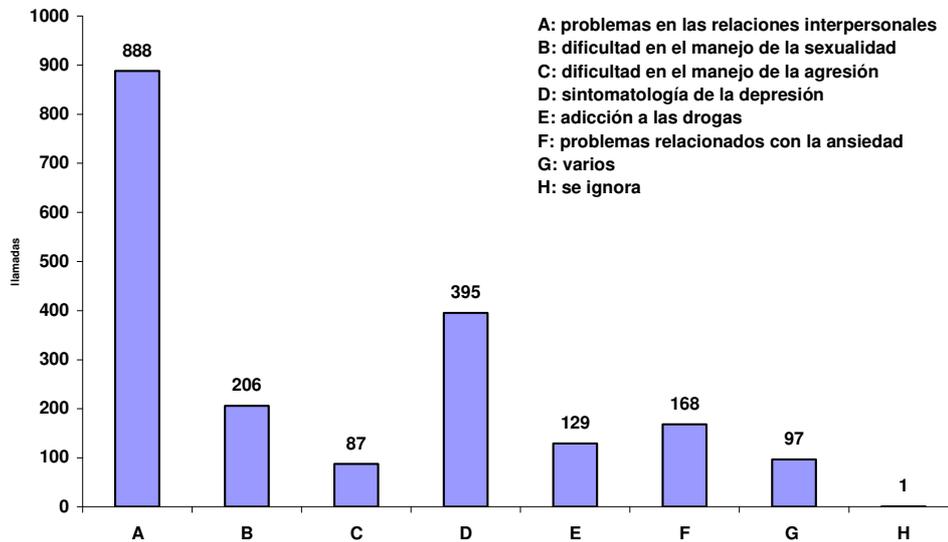


Tabla 10 bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por motivo consulta/porcentajes N=1971

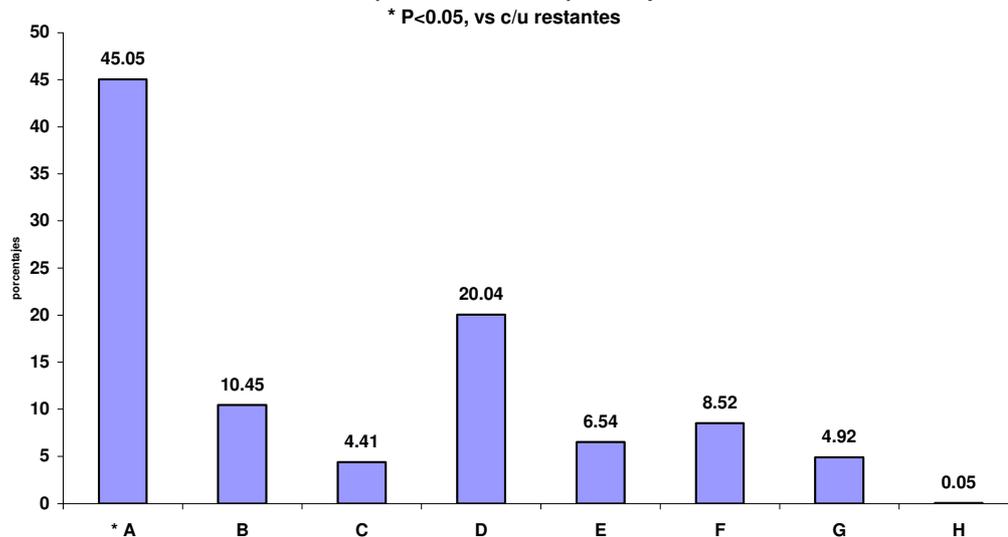


Tabla 10 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución agrupada por motivo consulta/frecuencias simples N=1971

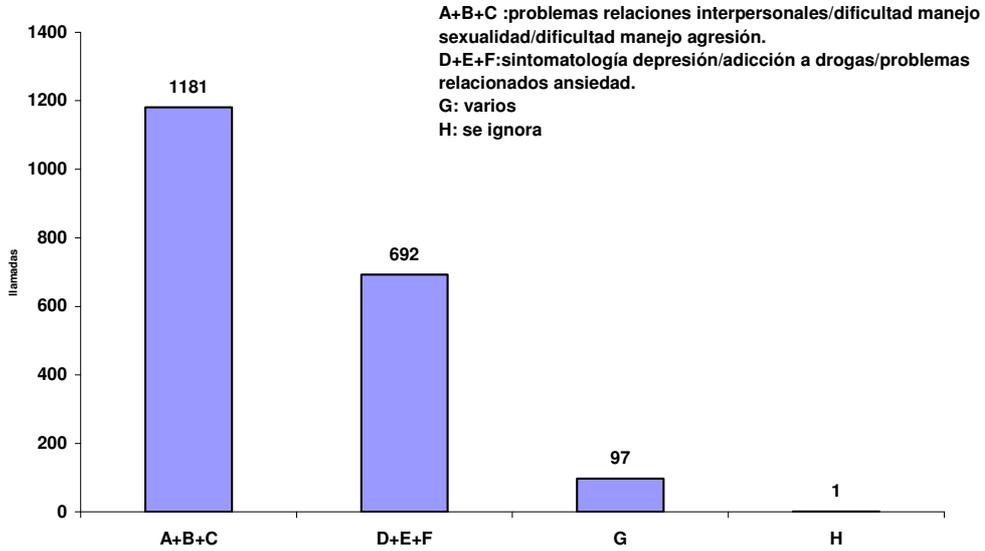


Tabla 10 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución agrupada por motivo consulta/porcentajes N=1971
*** P<0.05**

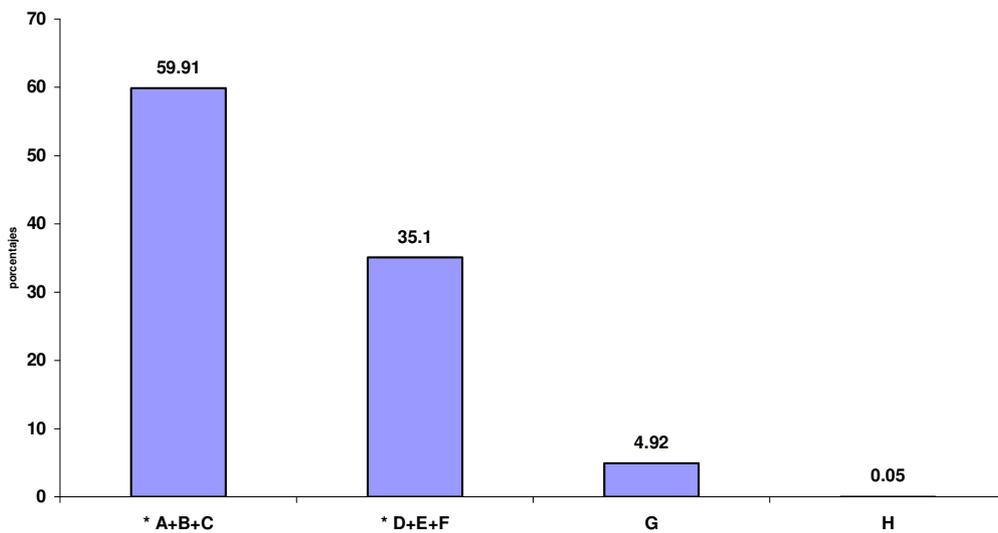


Tabla 10 serie C
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por motivo consulta/ frecuencias simples N=1971

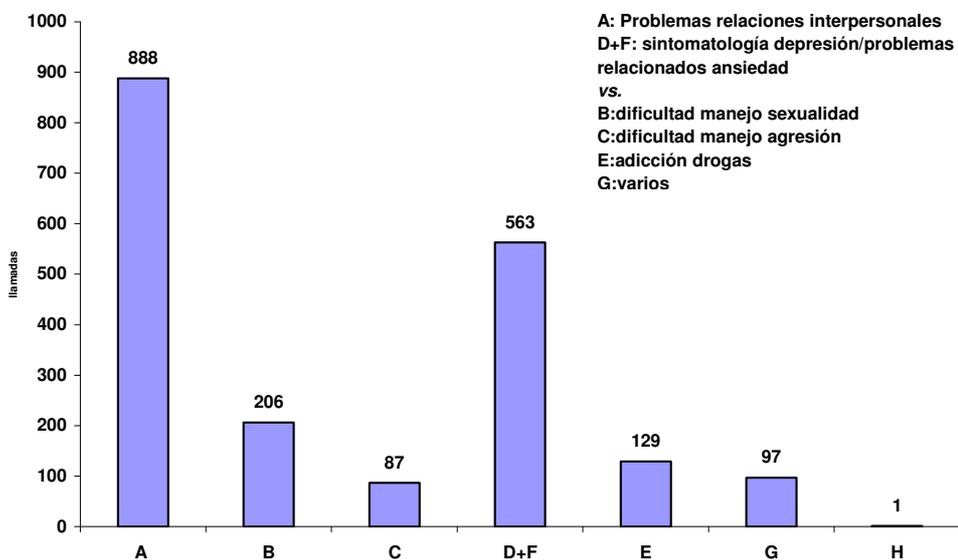
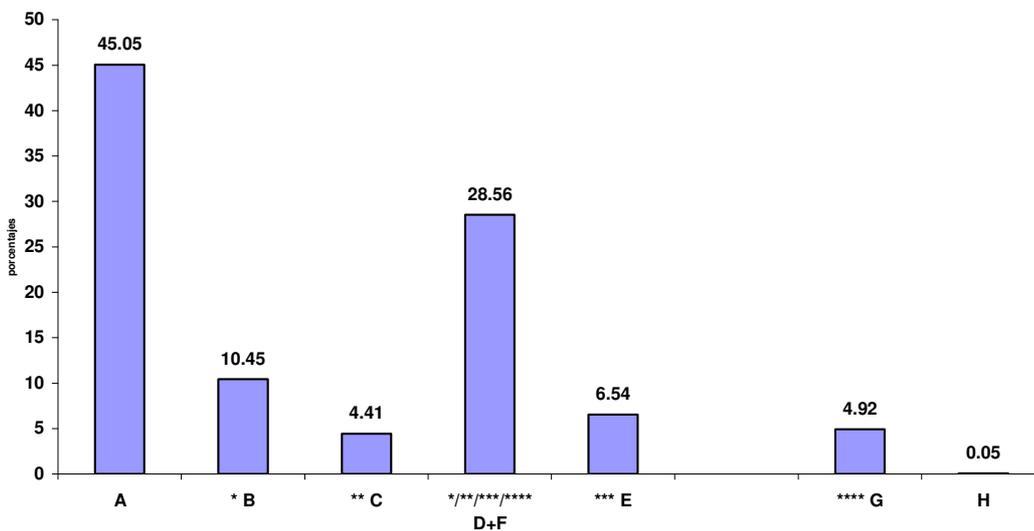


Tabla 10 serie C
consultas/llamadas telefónicas año 2004 población masculina
distribución por motivo consulta/porcentajes N=1971
****/**/**/**/**/** P<0.05**



Las tablas 10 y 10 bis (motivo de consulta de los usuarios de SAPTEL), este rubro es muy delicado porque se pueden interpretar de diferentes maneras, una es como se muestran en estas tablas en donde las personas que más hablan (45.05 %) son porque tienen problemas en las relaciones interpersonales (A), 10 % llaman por problemas en el manejo de la sexualidad (B), 4.41 % por agresión (C), 20.04 % por depresión (D), 6.54 % por drogas (E) y 8.52 % por ansiedad (F), pero si los agrupamos de la siguiente manera; A+B+C contra D+E+F y G, nos da 59.91 % lo que nos dice que 6 de cada 10 usuarios caen en esta categoría, la interpretación que le da en SAPTEL a esta categoría es que las personas carecen de las herramientas, no tienen repertorio cognitivo conductual para manejar la vida, ser funcionales y adecuados en la modernidad posmodernidad, esto es que en México, en vías de desarrollo tenemos un problema en donde parte importante de la población no sabe vivir en la realidad actual, en la nueva realidad asociada a modernidad posmodernidad que incluye la tecnología, que implica un cambio en el estilo de vida en donde los errores por pequeños que sean cuestan mucho y donde las personas requieren tener la habilidad de la planeación y de la capacidad de negociación. En la tabla 10 serie C se agrupan de manera diferente, D+F contra B,C,E,G, y nos da una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla No. 11
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo consulta telefónica psicológica/frecuencias simples N=1971

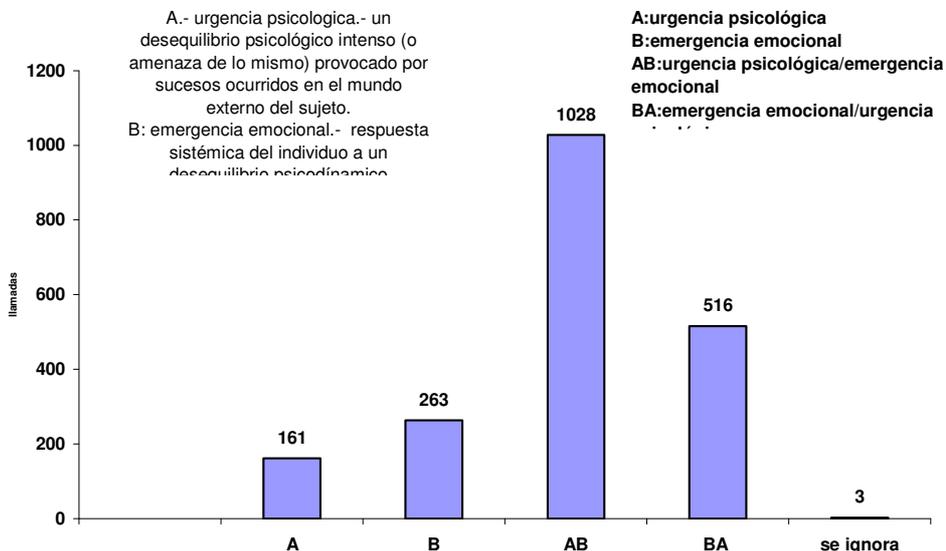


Tabla 11bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo consulta telefónica psicológica/porcentajes N=1971
 * AB vs. c/u. P<0.05

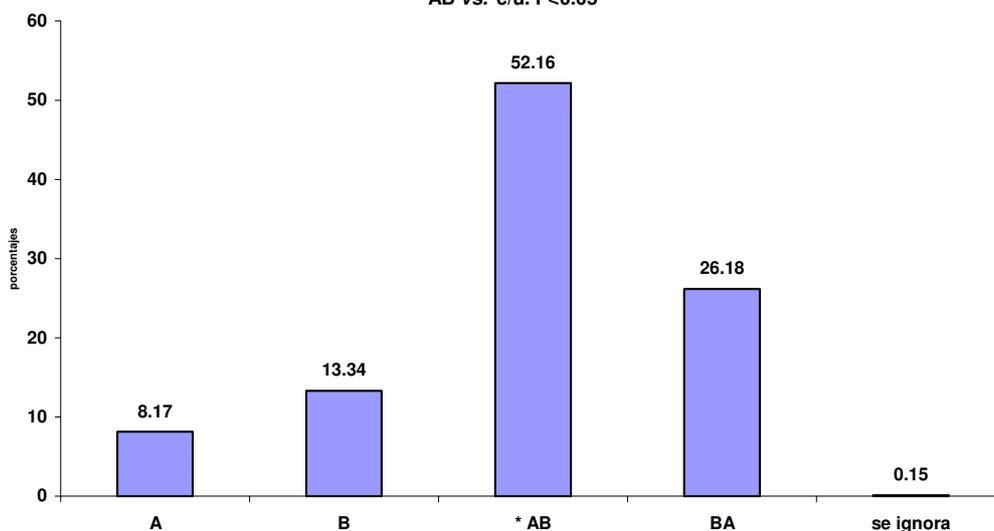


Tabla 11 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución agrupada por tipo consulta telefónica psicológica/frecuencias simples N=1971

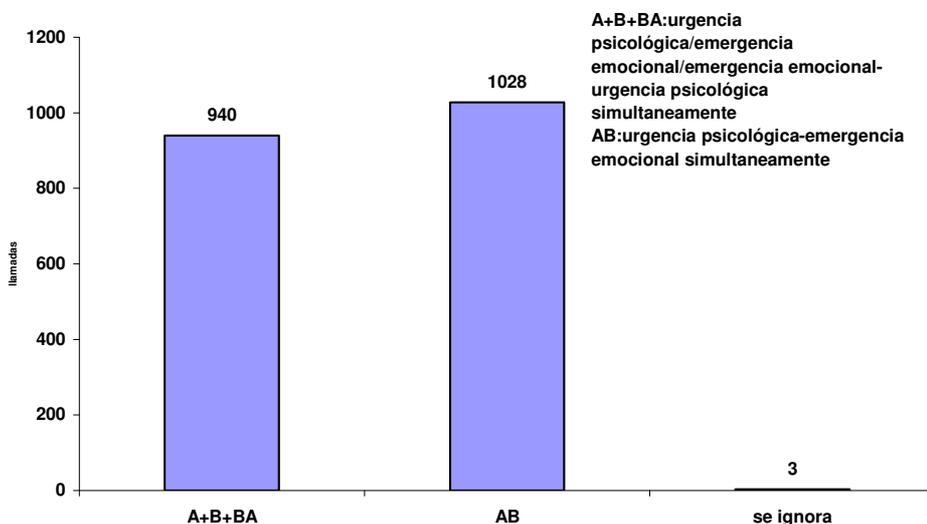
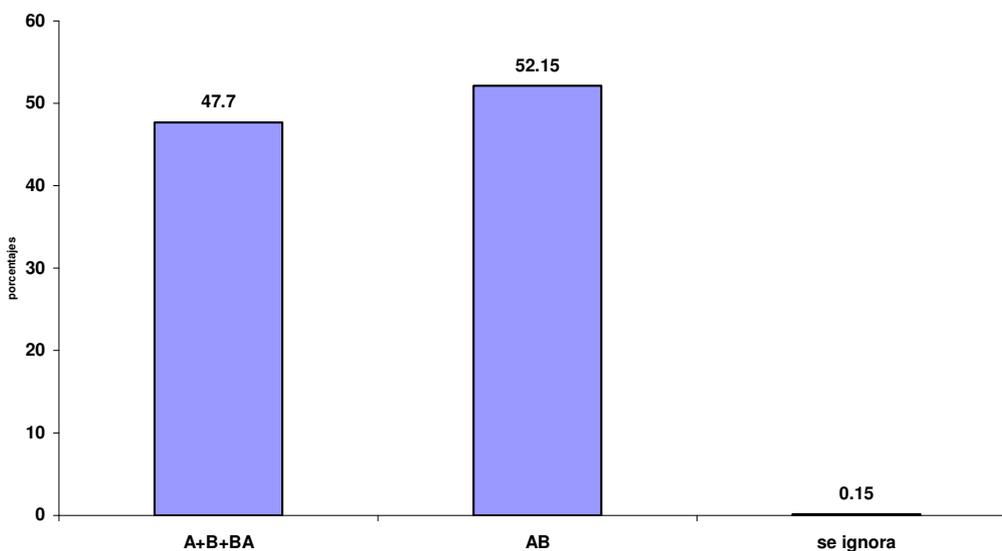


Tabla 11 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución agrupada tipo consulta telefónica psicológica/porcentajes N=1971



La tabla 11 y 11 bis que corresponde a tipo de consulta que se da en SAPTEL: es A.- urgencia psicológica, B.- emergencia emocional, AB.- urgencia psicológica que deriva en una emergencia emocional y BA.- emergencia emocional que lleva a una urgencia psicológica, se observa claramente que los usuarios que más llaman son los de AB con 52.16 % lo cual nos da una diferencia significativa en contra de las demás categorías, pero si los agrupamos de la siguiente manera A+B+BA vs AB no hay diferencia estadística.

Tabla 12
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo aportación económica del paciente a su casa/frecuencias simples
N=1971

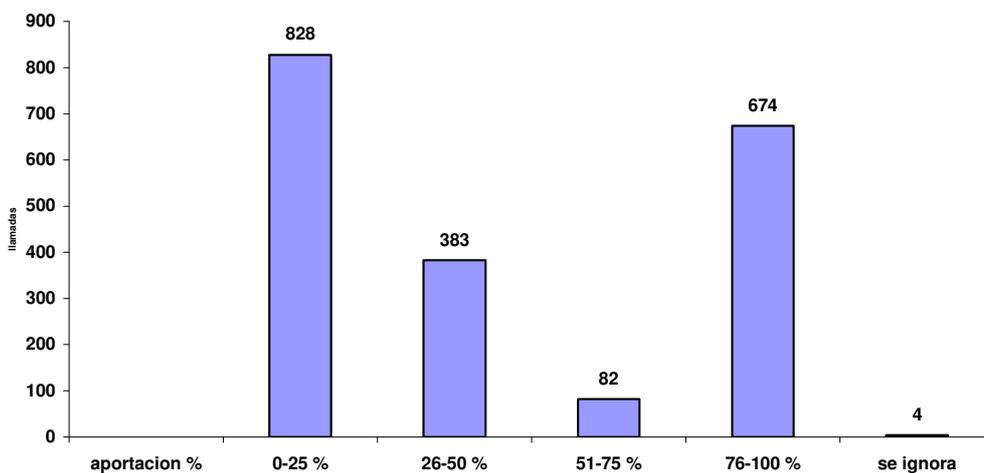


Tabla 12 bis
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo aportación económica del paciente a su casa/porcentajes
N=1971
***/** P<0.05**

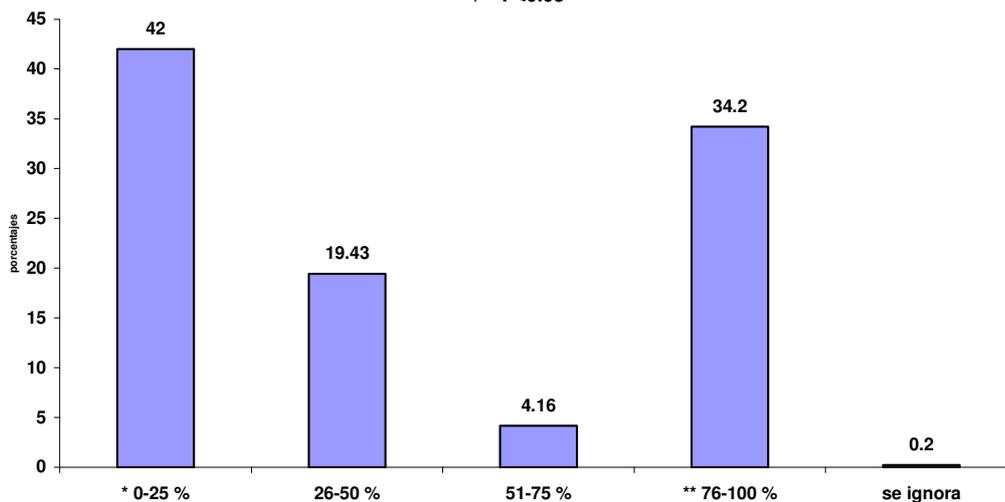


Tabla 12 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución por tipo aportación económica del paciente a su casa/frecuencias simples
N=1971

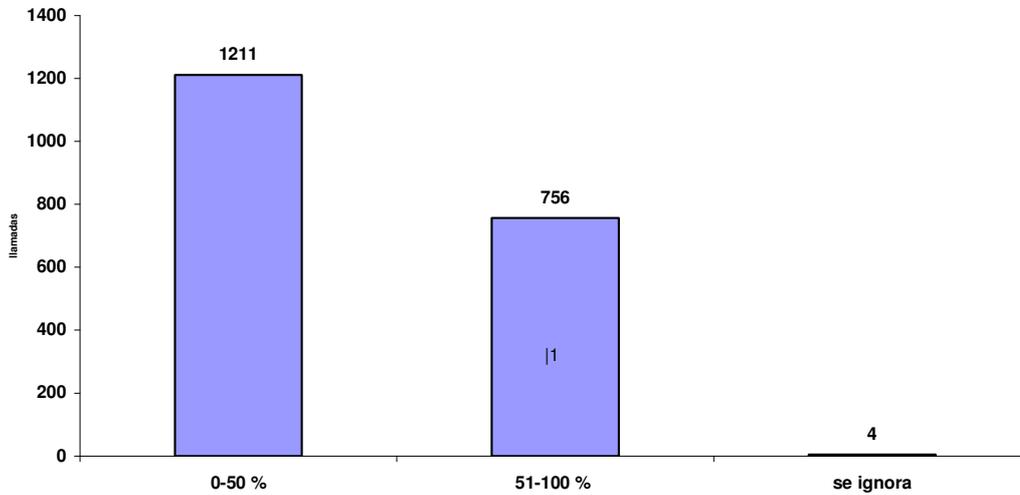
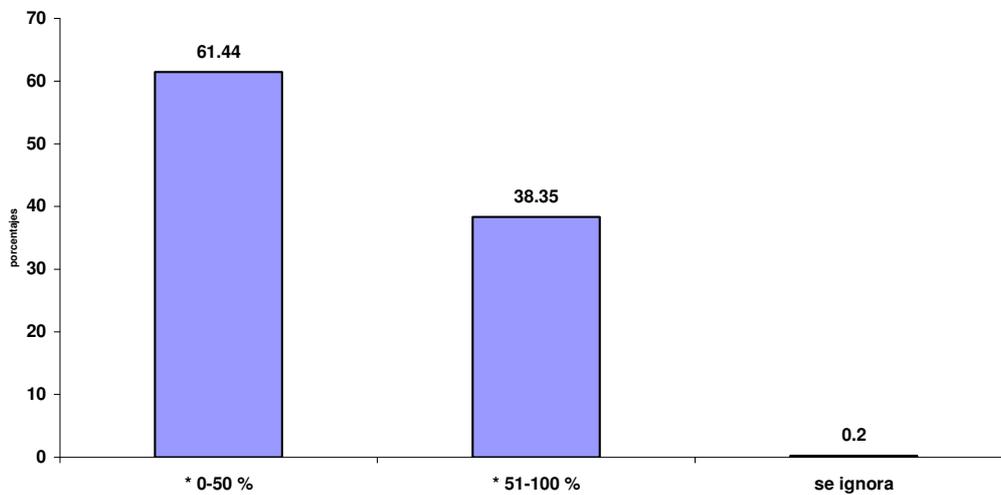


Tabla 12 serie B
consultas/llamadas telefónicas psicológicas año 2004 población masculina
distribución agrupada por tipo aportación económica del paciente a su casa/porcentajes
N=1971 * P<0.05



Como se aprecia en la tabla 12 y 12 bis, que se refieren a la aportación económica del usuario a su casa, vemos que la mayoría de los usuarios (42 %) aportan de 0 a 25 %, siguiéndole los del 75 a 100 % en donde sí hay una diferencia estadística significativa, pero agrupando de 0 a 50 % contra 51 a 100 % se comportan de diferente manera llegando a 61.44 % vs 38.35 % . esto muestra que 6 de cada 10 personas que llaman a SAPTEL aportan de 0 a 50 % .

Conclusiones

Con ellas tendremos más claro un panorama para el tratamiento y apoyo de los usuarios de SAPTEL.

1.- Estudios internacionales que incluyen los de la organización mundial de la salud (OMS) establecen que las depresiones son el problema número uno de los problemas de salud pública en el mundo entero hoy y por muchos años (2025). Son varios los modelos psicológicos que intentan explicar el origen de la depresión desde el punto de vista de su propia teoría: la teoría psicoanalítica, la conductual y la cognitivo-conductual. No hay que olvidar, sin embargo, la predisposición que tiene un individuo con determinada personalidad a padecer más frecuentemente depresión. Las personalidades límite, obsesivas y dependientes son más proclives a padecer este trastorno, del mismo modo en que determinados rasgos de carácter también influyen. Las personas perfeccionistas y con un gran sentido del deber, escrupulosas, amantes del orden y con poca espontaneidad, o con rasgos neuróticos..., pueden caer más fácilmente en un estado depresivo

2.- Si bien es cierto que las depresiones son más frecuentes en las mujeres (66 a 75 %), esto no excluye a la población masculina que también presenta cuadros depresivos de 25 a 34 % de prevalencia según el estudio. El hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer. A esto se le une que suele ser más reacio a admitir que tiene depresión. Esta circunstancia hace que el diagnóstico de depresión sea más difícil y menos frecuente que el de la mujer. Sin embargo, la tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer, no ocurriendo lo mismo en relación a los intentos de suicidio.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. En ambos casos existe una relación directa entre depresión y riesgo elevado de padecer enfermedad coronaria, pero es el hombre el que presenta una alta tasa de muerte por infarto de miocardio asociado a depresión.

Sustancias como el alcohol y las drogas así como la dedicación excesiva al trabajo pueden enmascarar una depresión.

En relación a los síntomas, existen diferencias entre hombres y mujeres. En los primeros es más común que la depresión se manifieste mediante irritabilidad o ira, mientras que en las mujeres son los sentimientos de desesperanza los más habituales.

A los hombres no sólo les resulta difícil reconocer que padecen de depresión sino que, además, tienden menos a buscar ayuda. Es vital que el hombre deprimido acepte y entienda que la depresión no es síntoma de debilidad, sino que es una enfermedad real que requiere tratamiento, siendo el apoyo familiar esencial para su recuperación.

3.- La detección oportuna así como la atención temprana de las depresiones favorecen el establecimiento de un tratamiento adecuado, prevén complicaciones mayores de diferente índole que incluyen problemas familiares, sociales, laborales; además de problemas de tipo físico y emocional del sujeto, como pudiera ser el alcoholismo. Esto lleva a pensar a los hombres que se encuentran en esta situación y que se sienten fuera de todos los tipos de acciones que les pueda brindar una vida más favorable, que todo lo que pasa a su alrededor es exclusivo de ellos y están fuera de lugar; esto tiene que ver con la desesperanza aprendida e indefensión aprendida. Este tipo de problemas lleva a la persona que los sufre a una precaria comunicación con la gente que la rodea. El refuerzo social de la comunicación, es decir, lo que podemos obtener de los demás cuando nos comunicamos con ellos, es uno de los refuerzos más importantes para que la persona conserve su autoestima y no se sienta sólo, al contrario, se sienta escuchado, comprendido y querido. La comunicación con los demás nos refuerza. Si este tipo de refuerzos falla, no son entendidos o son malinterpretados, la persona puede terminar por llegar a la depresión por falta de este tipo de reforzamiento.

4.- Todos los países del mundo incluidos los llamados ricos o industrializados carecen de la infraestructura requerida para poder atender a su población depresiva a través del modelo tradicional cara a cara.

5.- Por lo que todos los países del mundo requieren utilizar técnicas de tele salud incluyendo tele salud mental “programas de salud a distancia” como los servicios de apoyo psicológico por teléfono.

6.- Una de las mejores modalidades para la intervención en crisis emocional es mediante el teléfono por su disponibilidad, accesibilidad, efectividad, eficiencia y eficacia.

7.- El área de salud mental que cubre SAPTEL es el de apoyo psicológico e intervención en crisis principalmente, aunque es frecuente que los usuarios utilicen el servicio por presentar problemas de interacción personal, problemas o dificultades de tipo sexual; problemas con el manejo de su agresividad o violencia, por lo tanto SAPTEL ofrece atención en un área que no es cubierta satisfactoriamente por instancias públicas o gubernamentales. Actualmente ha ido proliferando en todo el mundo la preocupación por los efectos Psicosociales de las emergencias y desastres, así como los grupos de

psicólogos que se interesan por intervenir en estas circunstancias, conformando así los equipos de primera respuesta, organizando sociedades o grupos de intervención locales creando redes nacionales de ayuda psicológica.

8.- SAPTEL aparece como una excelente opción para personas con trastornos emocionales, que además no cuentan con los recursos económicos necesarios para una atención psicoterapéutica, o bien su condición emocional se caracteriza por elementos de urgencia- emergencia, y siendo SAPTEL un programa con cobertura nacional que funciona las 24 horas y los 365 días del año resulta una opción adecuada.

9.- Con este servicio puede verse beneficiado cualquier individuo que , debido a su trabajo y a las grandes distancias que recorre habitualmente en esta ciudad, no puede acceder a un servicio de salud mental en un momento de crisis o emergencia emocional. Dentro de los muchos quehaceres con los que cuenta el psicólogo, uno de los mas importantes y de mayor atención en nuestros tiempos es la intervención en crisis, ya que por las actuales condiciones con las que contamos a nivel mundial y nacional, donde el desplazamiento, el secuestro, y la violencia, entre otros; obligan a que cada vez mas, la población se vea inscrita en situaciones para las que no ha sido enseñada a manejar y es aquí donde el psicólogo entra a formar parte fundamental de todo el arsenal con el que cuenta una población para afrontar dichas situaciones de emergencia.

Referencias y citas bibliográficas

- Aguilera, D. C (1976), *Control de los conflictos emocionales*, México, Interamericana.
- Baldwin, B. A. (1979), *Crisis intervention: An overview of theory and practice. The Counseling*
- Bellak, L. Small, I. (2005), *Psicoterapia breve y de emergencia*, 2^a. ed., México, Pax.
- Bellak, L. & Siegel, H. (1988), *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*, México, El Manual Moderno.
- Bradford, H. A. (1971), *Principles of medical statics*, London, The Lanced Limited.
- Calderón, N. G. (1985), *Depresión: Causas, manifestaciones y Tratamiento*. México, Trillas
- Cannon, W . B . (1941) *La sabiduría del Cuerpo*. Versión Española J . M .Ballido, México, Séneca
- Caplan, G. (1993), *Aspectos preventivos en salud mental*, tr. Francisco Bustamante, Encarnación Vaquero y José Navarro, Barcelona, Paidós.
- Caplan, G. (1960). *Patterns of parental response to the crisis of premature birth*. *Psychiatry*
- Caplan, G. (1966), *Principios de psiquiatría preventiva*, versión en español, Rodríguez Damesio Edith; Buenos Aires.
- Cohen, R. (1999), *Salud mental para víctimas de desastre*, México, El Manual Moderno.

- De Shaser, S. (1986), *Claves para la solución en terapia breve*, Argentina, Paidós.
- Dio, B . E . (1995), *La depresión en la mujer*. Colección Bolsistemas, edición Temas de Hoy, S.A. (T.H.). Madrid España.
- Erikson, E. H. (1971), *Identidad, juventud y crisis*, Buenos Aires, Piados.
- Floyd, J. & Viney, L. L. (1974), *Ego identity and ego ideal in the unwed mother*. Journal of Medical Psychology
- Gaitán, R. (1993), *Saptel. Guía de capacitación y mal de procedimientos del sistema nacional de apoyo psicológico por teléfono*, México: Universidad Iberoamericana, departamento de psicología.
- Gómez del Campo, J. (1992), *Intervención en las crisis: manual para el entrenamiento*, México, Universidad Iberoamericana.
- Halpern, D. F. (1995), *Thought and knowledge: an introduction to critical thinking*, Hilledale New Yersey. L. Eribaum.
- I . D . (2000), *Investigación y Desarrollo: Periodismo de ciencia y tecnología: el suicidio en los adolescentes*. México.
- Janis, I. (1958), *Psychological stress*. New York, John Wiley & Sons
- Klein, D. C. & Ross, A. (1958). *A Kindergarten entry: A study of role transition*. In M. Krugman, New York, American Orthopsychiatry Association
- Knobel, M. (1986), *psicoterapia breve*, Argentina, Piados.

- Nowak, C. (1978), *Research in life events: Conceptual Consideration*. Paper presented at the Thirty-five annual scientific meeting of the cerentological Society, Dallas
- Olmsted, J. M. D. (1938), *Claude Bernard, Physilogist*. N.Y. London, Harper & Brothers
- Parkes, C. M. (1972), *Bereavement: Studies of grief in adult life*. London. Tavistock
- Puente, Silva, F. G. ; Pérez, M. A. ; Ortiz, M. A. ; Ramírez, G. Y. ; Salas, M. A. ; Gómez, J. J. ; Méndez, M. E. ; Vázquez, R. ; Viveros, D. ; Bustos, L. ; Luna, M. E. ; Ortiz, J. ; Acosta, V. ; Almeida, V. J. ; Buenrostro, L. ; Burela, E. ; Campos, M. E. ; Cerón, S. R. ; Cervantes, H. ; Chelios, R. ; García, X. ; Gaitán, A. ; Hernández, L. L. ; Lara, M. A. ; Navarro, E. & Pérez, M. (1986). *Manual de llenado de la cédula de registro para el SAPT*, México: inédito.
- Rapoport, R. (1964), *Transition from engagement to marriage*. Acta sociologica
- Seligman, M. E. (1981), *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*, versión castellana, Luis Aguado Aguilar. Madrid, Debate.
- Slaikeu, K. A. (1998), *Intervención en crisis*, México, El Manual Moderno.
- Taplin, J. R. (1971), *Crisis theory: Critique and Reformulation*, *Community Mental Healt Journal*
- Viney, L. L. & Westbrook, M. T. (1976), *Cognitive anxiety: A method of content analysis for verbal samples*. Journal of Personality Assement.