



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO
"IMPLEMENTACION DE TECNICAS DE
INTERVENCION PSICOLOGICA"

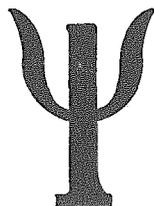
T E S I S

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

SANDRA RUTH CERON MENDEZ

H-0091950

DIRECTOR DE TESIS:
LIC. CELSO SERRA PADILLA
Area Clínica



MEXICO, D.F.,

CD. UNIVERSITARIA 1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A SERGIO

Por el cariño y amor
brindado en todo este tiempo.

A MI MADRE

Por ser el mejor ejemplo
de superación y ser una
excelente madre y amiga.

A LOS DISTINGUIDOS MAESTROS

GELSO SERRA PADILLA Y

DANIEL ZARABOZO E. de R.

Por su comprensión y guía
continua en el camino al éxito.

A MIS HERMANOS

Por haber creado una
esfera familiar de con-
fianza y amor, la cual
se ha visto reflejada
en mi constante intento
de superación.

1Ps-4844

1. Ps. 4844

AL Dr. FEDERICO G. PUENTE SILVA
Per brindarme la oportunidad de
formar parte del S.A.P.T., cuya
experiencia ha motivado el desa
rrollo de mi investigación.

I N D I C E

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ANTECEDENTES HISTORICOS	6
CAPITULO II	
LA PSICOTERAPIA	14
2.1 Definición de psicoterapia	14
2.2 Características de los terapeutas y su relación con la técnica a emplear	16
CAPITULO III	
TECNICAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS EN EL SISTEMA DE APOYO	
PSICOLOGICO POR TELEFONO	23
3.1 Terapia de apoyo	23
3.1.1 Guía	23
3.1.2 Manipulación ambiental	24
3.1.3 Externalización de intereses	25
3.1.4 Reaseguramiento	25
3.1.5 Sugestión por el prestigio.	26
3.1.6 Presión o coacción.	26
3.1.7 Persuasión.	26
3.1.8 Catarsis.	27
3.2 Terapia de relajación.	28
3.3 Técnica de desensibilización	32
3.4 Terapia educativa.	37
3.5 Técnica de automonitoreo	41
3.6 Ejercicio físico	42
3.7 Ensayo cognoscitivo.	44
CAPITULO IV	
METODOLOGIA	50
Hipótesis	50

4-0091950

	<u>Pág.</u>
4.1 Sujetos	51
4.2 Escenario	51
4.3 Instrumentos.	52
4.4 Procedimiento	53
4.5 Diseño estadístico.	56
CAPITULO V	
RESULTADOS.	58
CONCLUSION.	67
DISCUSION	70
BIBLIOGRAFIA.	73
ANEXO 1	75
ANEXO 2	76
ANEXO 3	84

INTRODUCCION

La Ciudad de México está considerada como una de las más grandes en el mundo, ésto reporta diferentes aspectos, algunos positivos y otros que no lo son tanto. Dentro de estos últimos podemos enumerar varios, aunque es uno el que en realidad nos interesa por ser la causa generadora de los problemas, objeto de nuestro estudio; nos referimos específicamente a la sobrepoblación, problema que día con día se agrava aún a pesar de los esfuerzos por frenar su aceleración.

La base central de nuestra investigación está enfocada directamente a algunos de los aspectos que son generados accesoriamente o secundariamente por el problema señalado, nos referimos a los llamados trastornos mentales o estados de crisis, los cuales son provocados por factores específicos o por la combinación de algunos de ellos, pero que con certeza podemos afirmar que tienen una mayor prevalencia o incidencia en las grandes urbes, como el Distrito Federal.

La situación se agrava en la medida en que una persona se ve cada vez más expuesta a las tensiones provocadas por su diario vivir en la ciudad, de tal suerte, que una vez que se han acumulado pueden traer como consecuencia desadaptaciones y alteraciones emocionales de importancia, como frustraciones y desesperanza e incluso grados muy altos de depresión.

Para solucionar este tipo de problemas, han sido creados los servicios de asistencia mental, tanto públicos como privados, los cuales han mostrado su efectividad en un grupo específico de la población, esto es, sólo benefician a aquellos que tienen la posibilidad o la suerte de alcanzarlos.

Los servicios públicos no cuentan con una base suficiente como para poder abarcar y brindar un servicio a toda la comunidad que lo requiere, por otra parte, los servicios privados implican un costo muy importante que la mayoría no está en condiciones de solventar.

Ante éste tipo de problemas, la creación de servicios menos costosos y más abarcativos, como lo es el servicio telefónico, ha sido de gran auxilio, porque proporciona ayuda a las personas que se encuentran en situaciones de emergencia, en forma inmediata. Dentro de ellos existe el auxilio terapéutico por teléfono.

El teléfono constituye un medio de comunicación útil e indispensable, que nos proporciona varios beneficios, porque tiene como objetivo, el permitir que dos personas puedan comunicarse a pesar de encontrarse a grandes distancias. El ser humano encuentra en forma natural el poder comunicar aspectos emocionales a través de éste, en relación a personas significativas para él, como podrían ser familiares, amigos, etc.

Con respecto al uso del teléfono en el campo de la Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia, se cuenta con diversas experiencias, impartidas en diferentes partes del mundo, éstas son:

- 1.- Apoyo en estados de crisis; especialmente pacientes con depresión profunda y riesgos suicidas.

- 2.- Como sistema de seguimiento, una vez que los pacientes han concluido el tratamiento correspondiente y se han dado de alta.

3.- Para contactar a familiares de pacientes en forma periódica y obtener información sobre la evolución del mismo.

De aquí, que un Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono - puede y de hecho ha llegado a ser de gran beneficio para la sociedad mexicana, específicamente para los habitantes del Distrito Federal y Area Metropolitana.

Por eso, los profesionistas que nos dedicamos a la asistencia de la salud mental, necesitamos estar preparados y capacitados para dar un buen servicio a nuestra comunidad.

No obstante, es deber de todos los psicólogos, tener la información suficiente así como la formación terapéutica adecuada, que abarque los aspectos de técnica de entrevista y de tratamiento. Además de tener un conocimiento amplio y preciso acerca de nosotros mismos, con el fin de no interrumpir o influir con nuestros sentimientos y/o pensamientos en el proceso terapéutico.

De lo anterior surge como objetivo de nuestra investigación el establecer la implementación de técnicas de intervención psicológica dentro del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono -- (S.A.P.T.), y la relación que existe entre terapeutas y técnicas empleadas, así como las características afines a los psicólogos-terapeutas. Tomando como base a 25 terapeutas, de los cuales 16 fueron mujeres y 9 hombres, encontrándose en un rango de edad de entre los 22 y los 35 años, algunos estudiantes y otros pasantes, dando un servicio totalmente voluntario, durante el período comprendido del 10 de Julio al 30 de Septiembre de 1967, obteniendo un total de casos de 335.

Para lograr el total entendimiento de las relaciones terapéuticas (terapeuta-paciente), fue necesario incluir, dentro de la investigación, aspectos principales, tales como, definiciones de psicoterapia, técnica, tratamiento (aspectos generales), para

así tomar en cuenta la implementación de las diferentes técnicas dentro del S.A.P.T., además de poder estructurar nuestras hipótesis y enfocarlas hacia el análisis de las relaciones existentes. Encontrando la aceptación de las hipótesis nulas, con respecto a las relaciones existentes entre terapeutas-técnicas, pero sí un rechazo en cuanto a las diferencias entre las diversas técnicas de intervención psicológica.

CAPITULO I

" ANTECEDENTES HISTORICOS "

CAPITULO 1

ANTECEDENTES HISTORICOS

Se ha investigado muy poco acerca de la intervención psicológica por teléfono en situaciones de crisis, puesto que no en todos los países se ha visto la necesidad y la importancia de este tipo de servicios para la comunidad.

El abordamiento de las crisis dentro de la intervención terapéutica se ha desarrollado en las últimas décadas, y está basado en una amplia variedad de teorías del comportamiento humano, incluyendo las de Freud, Hartman, Rado, Erickson, Linderman y Caplan, (Aguilera: 7).

Una de las psicoterapias aplicadas ha sido la psicoterapia breve, la cual se desarrolló como resultado de la creciente demanda de los servicios de salud mental y de la falta de personal entrenado.

La psicoterapia breve tiene sus raíces en la teoría del psicoanálisis, pero difiere de ésta. Se limita a mitigar o eliminar síntomas siempre que sea posible. Se interesa en el grado de supresión de los síntomas presentados y en la recuperación o mantenimiento de la capacidad del individuo para funcionar en forma adecuada. También ayuda a prevenir el desarrollo de síntomas neuróticos o psicóticos posteriores a las catástrofes o a las situaciones de urgencia.

El terapeuta asume un rol más activo que en los métodos tradicionales, evita tratar asuntos que no están directamente relacionados con el problema en cuestión. Emplea la posición ambiental del paciente para ayudar a éste a evaluar la realidad de su situación, en un intento para modificarla o cambiarla. Se estimula

la el comportamiento productivo. La evaluación diagnóstica es de gran importancia. Su finalidad es comprender al paciente y los síntomas en forma dinámica para formular hipótesis. El resultado le permite al terapeuta decidir qué factores son más susceptibles de cambiar y seleccionar el método apropiado para la intervención.

La psicoterapia breve está indicada para casos de aflicción emocional agudos, en casos de circunstancias severamente destructivas y en situaciones que ponen en peligro la vida del sujeto o de otras personas.

La intervención en crisis se deriva de la psicoterapia breve. Uno de los autores más nombrados en dicho tema, ha sido la autora Donna Aguilera, (1976), la cual menciona que cuando una persona se encuentra en crisis, su situación es decisiva. Afronta un problema que no puede resolver con sus mecanismos que anteriormente le habían servido, por tanto aumenta su tensión y ansiedad. La persona se siente desamparada, se envuelve en un estado de gran trastorno emocional, sintiéndose incapaz de actuar.

"La intervención en crisis puede ofrecer la ayuda inmediata que requiere la persona para lograr un equilibrio emocional. Es una terapéutica a corto plazo, poco costosa que se centra en la solución del problema inmediato". (1)

Algunas crisis obedecen a causas puramente externas y se pueden recomendar medidas reparatorias para aliviar el trauma, otras se deben a causas externas menos poderosas que suelen iniciarse por obra del propio sujeto. Existe un tercer tipo, estas responden principalmente a factores intrapsíquicos. Se supone que estas crisis se presentan cuando el problema inmediato se encuentra ligado con crisis no resueltas en el pasado.

1.- Aguilera, D. Control de los Conflictos Emocionales, p. 15.

De acuerdo con Slaikeu, (1984), una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado, ya sea positivo o negativo. Caplan (1964), hace énfasis en el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o enfrentamientos durante el estado de crisis.

La resolución de las crisis comprende reorganización y reintegración del funcionamiento. La terapia en crisis comprende experiencias facilitantes, las cuales incluyen la reflexión sobre el suceso y su significado para la persona, expresión de sentimientos, además de realizar adaptaciones interpersonales y de conducta apropiada a la situación.

El objetivo principal es ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso.

Webster, (2), define la crisis como el "punto decisivo", sugiriendo que el cambio, del que hablamos anteriormente, puede ser saludable o enfermizo, mejor o peor.

Lo que hace que una crisis desemboque en crecimiento o deterioro es la severidad del suceso que la esté precipitando, los recursos personales y el hecho de que algunas personas están mejor dotadas que otras para enfrentar las tensiones de la misma.

El proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático puede subdividirse en dos fases, las cuales son: a) la intervención de primer orden o primera ayuda psicológica y b) la de segundo orden, terapia en cri-

sis.

La primera ayuda psicológica implica ayuda inmediata, y casi siempre toma una sola sesión. Fundamentalmente proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. Dicha ayuda la pueden brindar las personas que observen primero la necesidad, en el momento y lugar en que se origina.

La intervención de segundo orden, o terapia en crisis, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato. No sólo requiere de más tiempo, sino también de más habilidades y enfrentamiento sobre la participación del ayudante que la realiza.

A manera de esquema se presenta el modelo realizado y tomado en cuenta por Slaikeu, (1984), para la intervención en crisis, el cual abarca tanto el tiempo, como las personas, el lugar y los objetivos para ésta intervención.

	Intervención de primer orden	Intervención de segundo orden
Cuánto tiempo	Minutos a horas	Semanas a meses
Por quienes	Padres, policías, clero, abogados, médicos, enfermeras, t. soc., maestros supervisores, etc.	Psicoterapeutas y asesores (psicólogos, psiquiatras, t. soc., enfermeras psiquiátricas)
Dónde	Ambientes comunitarios, casas, escuelas, trabajo c/líneas telefónicas.	Terapia/ambientes de asesoría: clínicas, centros de salud mental.
Objetivos	Reestablecimiento inmediato del enfrentamiento: dar apoyo, reducir la mortalidad; vincular a los recursos de ayuda.	Resolución de la crisis: enfrentar el suceso de crisis: establecer la sinceridad/disposición para enfrentar el fut.

Levine y Levine (1970), (3), manifestaron que los servicios de ayuda están influidos por las condiciones sociales y económicas del momento. Esto se ha visto precisamente en las "líneas de urgencia".

Todo esto nos llevaría a considerar que el servicio de emergencia constituye un medio para ayudar a la sociedad a que se acostumbre a tratar con los individuos mentalmente perturbados. Además le asigna un papel importante a dicho servicio, como medio para reducir las demoras que se experimentan en la mayoría de los servicios de asistencia mental.

Los Angeles Suicide Prevention, Crisis Service, Erie County - (Búfalo) Suicide Prevention y Crisis Service, proporcionan durante las 24 horas los 365 días del año por línea telefónica directa, prevención a suicidas. Los centros iniciales se dedicaban a prevenir suicidios, pero la mayor parte cambiaron a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis. La idea fue una asesoría de apoyo disponible por teléfono a cualquier hora, día y noche. Las técnicas adecuadas para la intervención en crisis por teléfono, tuvieron que desarrollarse.

La terapia a corto plazo es el tratamiento de elección en las situaciones de crisis. Al tener pocas sesiones se obtienen ventajas económicas y se puede brindar una terapia directa durante la crisis. La ayuda necesita estar disponible inmediatamente y en un sitio de fácil acceso, como lo es el servicio telefónico.

Los Angeles Center's usó personal voluntario; con horarios completos (cada día), e instituciones de entrenamiento para consejeros sobre cómo atender a usuarios angustiados por vía telefónica. Se estableció la infraestructura para el rápido fomento de estos centros. Mientras que muchos decayeron, la mayoría sobrevivió, y se observó durante 1980, una elevación constante en el número de éstos centros.

Durante los años setentas se desarrollaron nuevos programas so

bre consejería telefónica.

La característica más distintiva de la consejería telefónica es que la ayuda que se ofrece a una persona en crisis, tiene lugar sin el beneficio de la información no verbal, como son los gestos y lenguaje corporal, y depende, de manera exclusiva, de lo hablado entre el terapeuta y el usuario (contenido) y cómo lo dicen (no contenido), (Blumenthal, Tulkin y Slaikou, 1976; Slaikou, 1979).

Otra de las características de la intervención por teléfono es que mantiene al paciente en el anonimato, es por esto que se cree que la identidad escudada facilita más la autorrevelación y disposición de parte de los pacientes.

Los terapeutas también son anónimos, hecho que facilita la transferencia, ya que los indicios visuales están ausentes y por tanto las fantasías de los pacientes se estimulan, en el sentido de que dichos terapeutas, serían los ideales en una situación cara a cara.

La intervención psicológica por teléfono, es única por su accesibilidad. La mayoría de la gente tiene teléfono y el costo por su uso es bajo. La accesibilidad es muy importante para los pacientes con emergencias, en especial para los suicidas o posibles homicidas, y quienes no son capaces de abandonar sus hogares (ancianos, incapacitados físicamente, etc.).

Se puede disponer de la consejería telefónica en cualquier momento. La asistencia está disponible, con el tiempo de espera mínimo.

Dentro del modelo de intervención psicológica por teléfono se debe tener en cuenta que el principal vehículo para lograr el contacto con un paciente es la voz del terapeuta, que incluye lo que dice y cómo lo dice. El tono de voz necesita ser calmado y alentador, para que el paciente se sienta comprendido y aceptado.

Se debe estar muy atento a los sucesos y sentimientos y hacer uso de exposiciones reflexivas empáticas, que permitan saber

al paciente que el terapeuta escucha, comprende y acepta lo que le está diciendo.

El servicio telefónico psicológico se ha presentado justamente en nuestro país, y sirvió como vehículo para proporcionar ayuda psicológica. Durante los efectos producidos por los sismos ocurridos en la Ciudad de México, los días 19 y 20 de septiembre de 1985 se vió la necesidad de intervenir al respecto, ya que las consecuencias fueron desastrosas para toda la comunidad metropolitana.

Se dieron casos de extrema angustia y depresión, los cuales necesitaron de un acceso adecuado e inmediato, fue entonces como surgió el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (S.A.P.T.).

El servicio telefónico se estableció en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y estuvo a cargo de alumnos y profesores de la misma facultad.

El sistema estuvo en servicio del 20 de septiembre de 1985 al 30 de diciembre del mismo año, atendido los primeros quince días por profesores y alumnos, y los posteriores por el profesor Vicente García y Federico Puente Silva, alumnos de posgrado y de estudios profesionales, con un horario de 24 horas durante los siete días de la semana del 20 de septiembre al 30 de octubre y los siguientes de 8:00 a 24:00 hrs. Se obtuvo un total de casos de 700.

Los datos antes mencionados se refieren a la primera etapa del S.A.P.T., los cuales han servido de base y antecedente para la realización de ésta investigación.

Antes de continuar, cabe señalar que las personas que estuvieron a cargo del servicio, dentro de la primera etapa, prestaron sus servicios de manera espontánea y sin ningún entrenamiento previo, ya las condiciones no permitieron el poder tomarlas en cuenta.

CAPITULO II
" LA PSICOTERAPIA "

CAPITULO II

"LA PSICOTERAPIA"

Se ha contemplado el hecho de que un sistema de apoyo psicológico por teléfono puede ser muy importante e indispensable en situaciones donde se requiera de un apoyo, por parte de las personas que solicitan el servicio, para la solución de un problema en particular. Este apoyo debe ser impartido por terapeutas capacitados y entrenados profesionalmente, basados en fundamentos teóricos y que se dediquen a la atención de aquellos problemas o servicios de salud mental.

Comenzaremos con algunas definiciones, que dan importantes autores al concepto de psicoterapia, para dar un bosquejo claro de lo que se quiere dar a entender por apoyo y atención profesional.

2.1 DEFINICION DE PSICOTERAPIA:

"Psicoterapia es un conjunto de procedimientos psicológicos sistemáticos que tienen como fin la solución de problemas, para las personas que no los han podido resolver por sí solas". (Fernández:7).

No cualquier intervención destinada a influir sobre otras personas, con el ánimo de ayudarlas, se puede llamar psicoterapia, sino sólo aquellos procedimientos que obedecen a una planeación acorde con el tipo de problema que se pretende solucionar.

La psicoterapia se aplica a las personas que no han podido resolver su problemática por sí solas, esto significa que el terapeuta sólo se ocupará de los problemas para los cuales es consultado.

Puntos para la evaluación:

- a) Principio y desarrollo del problema.- circunstancias.

b) Relación del problema con el sistema interpersonal del usuario.

c) Intentos de solución previos.

d) Evaluación de los elementos con que se cuenta para la solución.

Para algunos la psicoterapia es el conjunto de medios psicológicos que utiliza el terapeuta para hacer aceptar al enfermo sus - disturbios físicos, para crear en él optimismo y esperanza de curación, para hacer de él una persona "superior" a su enfermedad. La psicoterapia comprende fundamentalmente los sentimientos de comprensión, empatía y el trabajo de conocimiento que debe emplear cada - terapeuta en la relación personal con el paciente y de todo aquello que tiene relación con éste.

Dentro del modelo médico, existen otros autores que identifican la psicoterapia como la investigación psicológica de la personalidad del paciente. El fin de ésta sería únicamente de diagnóstico destinado a comprender con mayor profundidad la ligazón psicodinámica.

Nobile (1967) y Dalla Volta (1961), (4), hablan de psicoterapia en un sentido de consejos, asesorías, psico-orientaciones, - guías, ayudas encaminadas a una mejor adaptación social.

Según Rof Carballo (1961), (5), existen otros autores para quienes la psicoterapia sería una forma especial de terapia que actúa por medio del lenguaje sobre una parte del ser humano. En este caso sería la psiquis.

El tratamiento psicoterapéutico va dirigido esencialmente a - aspectos emocionales y conflictivos de la personalidad, que dependen del medio ambiente y a menudo de las condiciones de salud física.

4.- Nobile (1967) y Dalla (1961), cit. pos. Manrique López. Sistemas terapéuticos contemporáneos aplicados, p. 17.

5.- Carballo, (1961), loc. cit.

En las relaciones interpersonales se produce un intercambio - que cuando es positivo (emocionalmente hablando), acelera la experiencia sobre el desarrollo en uno o en ambos participantes de esa relación. (6). Es aquí donde la psicoterapia aparecería como un -- proceso catalizador del desarrollo emocional, es decir, querer hacer comunicable algo que no es comunicable, sino sensible.

Para Wolberg (1977), "La psicoterapia es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona - entrenada, deliberadamente establece una relación profesional, con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta y de - promover un crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad", (7).

Wolberg ha dividido la psicoterapia en tres clases muy importantes, que son: Terapia de Apoyo, Terapia Reeducativa y Terapia - Reconstructiva. De acuerdo con ésta clasificación, las que se enfocan a éste estudio son; la Terapia de Apoyo y la Reeducativa.

Antes de pasar a la descripción de dichas terapias se tomarán en cuenta algunos aspectos fundamentales para psicoterapia, los cuales abarcan, tanto actitudes, como información y formación de los - terapeutas.

2.2 CARACTERISTICAS DE LOS TERAPEUTAS Y SU RELACION CON LA TECNICA A EMPLEAR.

Tanto la técnica que se emplea en un tratamiento como la personalidad del terapeuta juegan un papel importante.

Características que deben poseer los terapeutas, según Manrique López (1982), basado en una metodología psicodinámica:

- 1.- Convencimiento del rol que desempeña.- debe estar vitalmen

6.- Whitaker y Malone, ibid., p.15.

7.- Wolberg, Lewis. The Technique of psycotherapy, p. 2.

te interesado en el campo de la psicoterapia.

2.- Preparación y capacidad psicológica.- consiste tanto en el conocimiento de escuelas y metodologías, como en la capacidad de reconocer las respuestas emocionales de los pacientes y de comprender las reacciones emotivas profundas.

3.- Un buen período de aprendizaje.- debe estar seguro de que ha adquirido una preparación adecuada. El éxito de la terapia depende en gran parte del aprendizaje previo que se tuvo.

4.- Interpretación del significado de la enfermedad y los síntomas.- conocer y comprender bien el origen y el carácter de la enfermedad.

Debe tener la capacidad para percibir qué es lo que está pasando en el tratamiento, a partir de la conducta verbal, prescindiendo en éste caso, de la conducta no verbal. No solamente debe estar atento al contenido de la comunicación, sino también a los cambios de humor y conflictos que están subyacentes al contenido. Debe estar también pendiente de sus propios sentimientos y actitudes, particularmente aquellos que lo conmueven por su neurosis personal y que están inspirados por su contacto con el paciente.

La percepción de sus propios sentimientos y proyecciones neuróticas ayudan al terapeuta a mantenerse tolerante y objetivo ante la conducta del paciente. Esto le va a permitir, además, respetar al paciente y a apreciar su integridad esencial, no importando cuán afectado o enfermo esté.

La objetividad del terapeuta es obligatoria ante las demandas infantiles de proyección, amor, regalos, favores, demandas de respeto y respuesta sexual, expresiones de resentimiento, hostilidad y agresión, quejas de ser víctima. (Wolberg: 122).

Es esencial que el terapeuta esté capacitado para reconocer y manejar sus propios miedos, prejuicios, intolerancias. Esto necesitará de un entendimiento propio de parte del terapeuta de sus pro-

pios conflictivos y problemas en la relación interpersonal.

La característica más importante del buen terapeuta es su capacidad EMFÁTICA. Esta cualidad lo capacita para apreciar el conflicto que tiene el paciente y que experimenta con su enfermedad y las resistencias que mostrará para su cambio. Esto presupone que el terapeuta no está alejado. Debe ser afectuoso con el paciente y darle apoyo cuando lo necesite, concentrarse en lo que dice y responderle adecuadamente. No debe tener ideas preconcebidas acerca de la clase de persona que él quiere que su paciente sea.

Una actitud no directiva del terapeuta, busca clarificar con respecto de las actitudes del paciente. No debe preocuparse tanto por el diagnóstico, sino más bien por la dinámica psicológica que debe establecer con su paciente.

En cuanto a las técnicas terapéuticas, se ha encontrado que el factor verbal es de suma importancia, ya que los cambios terapéuticos son producidos en la situación de tratamiento, por medio de la verbalización del paciente. Esto tiene una mayor visión en los valores liberadores para la persona, puesto que constituyen una clase de catarsis emocional en la que el individuo se libera a sí mismo de tensiones y sentimientos acumulados, saca pensamientos que preocupan y sentimientos dolorosos.

La sola ventilación de las actitudes y emociones ayudan al individuo a valorar mejor su situación y a enfrentarse a sus problemas de un modo más constructivo. Es por esto que la psicoterapia se basa en la comunicación humana.

La comunicación de la que hablamos, no se manifiesta solamente con palabras y lenguaje articulado, sino también con formas inarticuladas, aún con los silencios, suspiros, gestos, voz, etc. Estas manifestaciones a través del lenguaje, son tomadas como hostilidad y defensas del paciente, el cual querrá ocultar sus verdaderos sentimientos en algunas ocasiones.

Es esencial para la conducción de la entrevista el uso de un lenguaje común, así como también el uso de un vocabulario similar al empleado por el paciente.

Durante la primera entrevista es de desear que al paciente sea tranquilizado y que el propósito de ésta sea entendido tan claramente como sea posible. El terapeuta debe ser más activo que en entrevistas posteriores. Se debe animar fundamentalmente a la verbalización, antes mencionada, esto se hace escuchando atentamente al paciente mostrándole que se le está siguiendo.

Cuando hay pausas demasiado prolongadas el terapeuta debe agregar comentarios verbales. Cuando las pausas verbales son ventajosamente usadas por el paciente, el terapeuta puede repetir la última palabra o las últimas palabras que el paciente ha usado, con la misma entonación que éste.

El silencio en psicoterapia es intencional, buscado y procurado, y forma parte de las operaciones técnicas preventivas. El terapeuta debe justificarlo ante sí mismo y debe preguntarse qué hace y por qué lo hace. Debe saber cuál es el mejor medio psicológico, si hablar o callar.

El silencio sirve al terapeuta para escuchar y comprender al otro, esto sería "el silencio de participación". (Manrique I.; 23).

Sirve también para ordenar y clarificar lo que el paciente ha dicho, está diciendo o está por decir en el momento, así también para el autoanálisis; es una protección para el peligro que pueden tener sus desequilibrios y disturbios. Puede ser un gesto de donación y confianza. Tiene efectos muy terapéuticos para aquellos pacientes que son bastante inquietos e inseguros.

Los períodos largos de silencio son raros en una buena psicoterapia. Cuando el silencio persiste nos está indicando resistencia, puede reflejar un miedo de revelarse uno mismo o de ponerse ansioso.

A continuación se presenta, a forma de resumen, las metas finales que debe tener todo terapeuta según Taylor, (1961), (8).

1.- Reducción temporal de las restricciones sociales. Eliminación de censuras (verbales, de tratamiento, de cambio o inversión de status terapeuta-paciente; jerarquías o de convenciones ...).

2.- Provocación prudente de confesiones de situaciones o de hechos vividos con sentimiento de culpabilidad, o cosas feas o malas, o condenadas por el paciente, Ayudar a la expresión verbal de los hechos jamás contados. Es necesario en primer lugar un descubrimiento de toda la vida.

3.- Exitación emocional.- Ayudar a la descarga emotiva (catársis), mediante estímulos adecuados: interpretaciones, silencios, pequeñas frustraciones y gratificaciones, etc.. Se les infunde valor para manifestar las emociones reprimidas en sus conversaciones con el analista.

4.- Interpretación del significado de la enfermedad y los síntomas: conocer y comprender bien el origen y el carácter de la enfermedad.

Hasta ahora se han dado pautas a seguir para los terapeutas que se encuentran en una relación terapeuta-paciente. A continuación se darán también los rasgos negativos del terapeuta que son perjudiciales dentro de la psicoterapia:

1.- Tendencia a ser dominante, pomposo y autoritario. Evitan que el paciente trabaje por sí mismo, refuerzan temor a la autoridad, dependencia y sumisión.

2.- Tendencia a la pasividad y la sumisión. Pueden inspirar inseguridad y desesperanza, estimulan rasgos hostiles y sádicos.

3.- Alejamiento.- Interfiere con la capacidad de empatizar y de sentir simpatía por los problemas del paciente.

4.- Necesidad de utilizar al paciente para la gratificación de impulsos suprimidos o reprimidos.

8.- Taylor, 1961, cit. pos. Manrique López, p.17.

Es de vital importancia que el terapeuta posea las satisfacciones básicas en su vida o cualquier compensación adecuada, de manera que evite usar al paciente para compensar sus propias necesidades frustradas.

Cabe señalar que algunas de las condiciones o situaciones mencionadas anteriormente no son aplicables a un Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, ya que las mismas características de la comunicación no directa, las excluyen.

CAPITULO III

" TECNICAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS EN EL SISTEMA
DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO "

CAPITULO 111

" TECNICAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS EN EL SISTEMA
DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO "3.1 TERAPIA DE APOYO:

Las medidas de apoyo constituyen un método tradicional para - tratar problemas de naturaleza emocional. Es una respuesta casi au tomática a las peticiones de ayuda del paciente.

El objetivo de la terapia de apoyo es llevar al paciente a un equilibrio tan rápido como sea posible, disminuyendo o eliminando - sus síntomas de manera que sea capaz de funcionar en un nivel bas- tante cercano al habitual. Se incrementan las defensas existentes , para elaborar mejores mecanismos de control. Se intenta eliminar o reducir factores externos perjudiciales que actúan como fuente de - agitación para la persona.

Los métodos de apoyo son utilizados de manera auxiliar en casi todos los otros tipos de psicoterapia. Entre las técnicas y procedi - mientos utilizados, están: la guía, manipulación ambiental, externa - lización de intereses, reaseguramiento, sugestión por el prestigio, presión o coerción, persuasión, catarsis emocional, entre otros. (+)

3.1.1 GUIA:

Son los procedimientos que ayudan activamente a un sujeto en - problemas relacionados con la educación, trabajo, salud y relacio - nes sociales. El papel que juega el terapeuta puede ser de autoridad que fija la planeación de un régimen diario; se le pide que fije el tiempo de levantarse, arreglarse, etc., de modo que esté planeado - lo que se debe hacer cada hora del día. Sin embargo un control tan completo rara vez es necesario para el paciente.

(+) Wolberg; p. 11

Habitualmente la guía se da en relación con un problema específico perturbador, que interfiere con el ajuste del individuo, Se pasa en el establecimiento de una relación de autoridad entre terapeuta - paciente. Uno de los problemas es que el paciente tiende a sobrevalorar las capacidades y habilidades del terapeuta, a tal grado que suspende sus derechos y sus capacidades para razonar y criticar, también puede ser dominado por sentimientos de miedo y reverencia.

La guía puede ser el único tipo de tratamiento al que algunos pacientes pueden responder. Estas personas se sienten desprotegidas en las garras de su neurosis. Desafortunadamente el crecimiento de su personalidad no puede desarrollarse en el sentido de tomar las riendas de su propio destino. Existe una resistencia tan fuerte a la autoacertividad que sólo puede funcionar cuando se apoyan en una figura paterna que los guía en sus tareas diarias.

En ocasiones se puede guiar al paciente hacia la religión. Se hace un intento de convencerlo de que será ayudado en la obtención de su salud por una alianza con el ser divino.

3.1.2 MANIPULACION AMBIENTAL:

Es un método de terapia que intenta resolver el trastorno emocional del paciente, eliminando o modificando los elementos desorganizadores de su ambiente.

Muchas de las técnicas de manipulación ambiental elaboradas por Trabajo Social pueden ser empleadas por el terapeuta cuando determina que las dificultades situacionales son tan perturbadoras para el individuo que es incapaz de vivir con ellas.

Entre los servicios ofrecidos están, los financieros, de alojamiento, trabajo, recreación, rehabilitación y manejo de problemas conyugales y familiares.

A menudo el paciente está tan ligado a su situación vital, que tolera las distorsiones de su ambiente y las considera inalterables.

El terapeuta puede interferir activamente con aspectos ambientales que son seriamente perjudiciales a los intereses del paciente.

3.1.3 EXTERNALIZACION DE INTERESES:

Aunque no es estrictamente un método terapéutico, la externalización de intereses del paciente es usada a veces como una medida de apoyo auxiliar en el tratamiento. Particularmente se emplea cuando el individuo se ha absorbido tanto en sus problemas interiores que la realidad externa ha perdido su significado. Para corregir se hace un intento de redirigir los intereses del paciente hacia el mundo externo, como el arte, los oficios, la música, los deportes, los juegos. Todos estos entretenimientos y pasatiempos se pueden emplear para distraer la atención de la tensión y la ansiedad.

Debido a que la externalización de intereses es quizá el más superficial de los métodos, su efectividad debe ser combinada con otras técnicas terapéuticas.

3.1.4 REASEGURAMIENTO:

Es usado de algún modo en todas las formas de psicoterapia. El sólo hecho de ir a psicoterapia constituye en sí mismo un reaseguramiento para el paciente, de que tiene esperanza, que no está destinado a volverse loco. La relación con el terapeuta le proporciona sentimientos de aceptación y seguridad, aún cuando estos sentimientos puedan no ser expresados en palabras.

En la terapia de apoyo a menudo se dan reaseguramientos verbales al paciente, principalmente cuando éste expresa dudas respecto de su capacidad de mejorar o de obtener alivio de su sufrimiento. También se reasegura cuando el paciente se encuentra aterrado por sus miedos condicionados, por sus fantasías o pensamientos irracionales. El terapeuta discute abiertamente estos temores, con la esperanza de aliviar su tensión y ansiedad.

3.1.5 SUGESTION POR EL PRESTIGIO:

Forma parte de toda relación terapéutica, a menudo es empleada como resultado de las propias necesidades del paciente cuando éste escoge de lo que el terapeuta dice o implica, ciertos aspectos que son los que quiere oír o a los cuales puede responder o reaccionar. Otras veces es empleada deliberadamente por el terapeuta para influenciar al paciente en caminos calculados.

Cuando el terapeuta tiene una posición autoritaria en relación con el paciente, ciertos síntomas pueden ser eliminados por medio de ordenes. Los síntomas que son eliminados desaparecen porque el paciente tiene la necesidad de obedecer las ordenes del terapeuta. La motivación está condicionada por el deseo de gratificación, necesidades importantes de seguridad por medio de mecanismos de sumisión o de identificación con la autoridad omnipotente. En la medida en que esta motivación sea mayor que las ganancias que el paciente obtiene de sus síntomas, podrá, bajo ordenes, abandonarlos y permanecer libre de ellos, siempre que continúe teniendo fé en el terapeuta.

3.1.6 PRESION O COERCION:

Son medidas autoritarias calculadas para ofrecer al paciente presión o castigos, con el objeto de la estimulación para algunos actos. Tales medidas tienen valor en ciertas personalidades dependientes que no quieren enfrentarse a la vida a menos de que sean obligados por una autoridad, en individuos inmaduros que tienden a "actuar" su problemática, personas que habitualmente se alejan de la realidad, en situaciones de emergencia etc.

Solamente cuando las medidas permisivas fracasan está justificado emplear recursos coercitivos.

3.1.7 PERSUACION:

Se basa en la creencia de que el paciente posee dentro de sí

mismo el poder para modificar su proceso emocional patológico por la pura fuerza de voluntad o por la utilización del sentido común. Se hacen llamados a la razón y a la inteligencia del paciente, convenciéndolo de que abandone sus quejas y síntomas neuroóticos y ayudándole a tener un autorespeto. Se le enseña lo falso de su enfermedad. Se hace un intento para ponerlo en armonía con su ambiente y para conducirle en su pensamiento con el bienestar de los demás.

El objetivo de la persuasión es construir en el paciente un sentimiento de autoconfianza que le permita ser su propio amo. La base de la dinámica de muchas curaciones persuasivas radica en el reforzamiento de la represión de los síntomas. Se le recuerda constantemente que si él se mira de una manera mejor, los demás tendrán también una mejor opinión de él.

3.1.8 CATARSIS:

La confesión y el hablar de las cosas y el abrir el pecho, son métodos comunes para aliviar la tensión emocional. Los efectos benéficos se deben a la liberación de los sentimientos y emociones acumulados y a la revaloración objetiva de estos elementos internos dolorosos. El sólo hecho de verbalizar aspectos propios de los que el individuo se siente avergonzado o temeroso, le ayuda a desarrollar actitudes más constructivas hacia ellos.

La ventilación de los miedos, ambiciones, exigencias, produce alivio, principalmente si sus verbalizaciones son sujetas a la apreciación respetuosa y sin crítica del que escucha. La posibilidad de compartir sus secretos con una persona comprensiva le quita a tales experiencias mucho de su calidad terrorífica.

La verbalización repetida de las actitudes o experiencias desagradables le permite enfrentarse a sus temores o conflictos anteriores con mayor ecuanimidad.

El valor de la catarsis emocional esta basado en el hecho de que el paciente se desensibiliza a aquellas situaciones y conflictos que lo perturban, pero que la realidad le exige que soporte.

Los individuos que responden a la terapia de apoyo son aquellos con buena fuerza del Yo, que hasta antes de su enfermedad, han hecho un ajuste satisfactorio, pero que han quebrado bajo el impacto y stress ambiental severo. Esta terapia también está indicada para personas con estructuras débiles del Yo, cuyas capacidades para un cambio son mínimas y que son incapaces de tolerar las ansiedades.

3.2 TERAPIA DE RELAJACION:

De acuerdo con la concepción de Watson (9), los sentimientos y pensamientos se localizan en la musculatura periférica. Jacobson (10), nos dice que la relajación de los músculos reduce de modo pronunciado la ansiedad.

La terapia de relajación consiste en entrenar o capacitar al individuo para desarrollar o mantener condiciones psicofisiológicas de relajación, es decir, desarrollar las habilidades para el manejo y control del stress. Esto se puede lograr por medio del uso de ejercicios respiratorios y ejercicios musculares.

Los ejercicios respiratorios dependen del aparato respiratorio que es el encargado de llevar el oxígeno del aire ambiente hasta la sangre, ésta a su vez lo reparte en el interior de los tejidos hasta el aparato respiratorio donde es arrojado al exterior. El intercambio de gases que se lleva a cabo en los pulmones recibe el nombre de respiración externa, mientras que el que tiene lugar en los tejidos se llama respiración interna. A la salida de aire en los pulmones se llama expiración y a la entrada - inspiración.

Los ejercicios respiratorios deben ser en forma controlada, detener el aire y soltarlo lentamente. Esto deberá ser en forma periódica y rítmica para obtener buenos resultados.

9.- Watson, cit. pos., Goldfried. Técnicas terapéuticas conductivas. p.27.

10.- Jacobson, loc.cit., p.87.

Los grupos de músculos deben ser contraídos para que así el paciente esté en condiciones de apreciar la condición de contraeción muscular, inmediatamente después, se le indica al sujeto soltar los músculos lo más que pueda, para que él mismo pueda apreciar este estado de soltura muscular y haga las comparaciones correspondientes.

Para el entrenamiento de la relajación el paciente debe estar sentado cómodamente, de tal manera que las tensiones musculares que den reducidas al mínimo. El terapeuta debe perturbar al paciente lo menos posible.

Antes de iniciar la primera inducción, el terapeuta debe proporcionar las siguientes orientaciones:

1.- Se le dice al paciente que está por aprender una nueva actividad. Se subraya el hecho de que la gente aprende a estar tensa y ansiosa y que, de manera análoga se le puede enseñar a relajarse.

2.- Se le previene de que quizá experimente sensaciones, como cosquilleo en los dedos o sensación de estar flotando.

3.- Se le sugiere que se abandone al proceso, que permita que las cosas sucedan.

4.- Los pacientes con los que se utilice la relajación pueden temer a la pérdida del control, por lo tanto es importante hacer indagaciones periódicas como: "que sensación tiene".

5.- Se le recalca que en última instancia es él quien conserva el control, puesto que debe y puede interrumpir el proceso si se le vuelve aversivo o incómodo.

6.- Se le dice que se aprende a tener control sobre sí, cuando uno se afloja, es decir distendiendo los músculos y abandonando el control consciente del cuerpo.

7.- En las sesiones iniciales es necesario permitir a los pacientes que permanezcan con los ojos abiertos, pero se le debe enseñar que en última instancia es preferible cerrar los ojos, para eliminar distracciones visuales y poder concentrarse para la relajación.

8.- El terapeuta debe presentar las sesiones como si no fuera a

esperar mucho de ellas. Se le dice al paciente que está por aprender unos ejercicios y que, por lo general, la gente no experimenta nada importante las primeras veces.

9.- Se le dice que su mente puede vagar durante la inducción y se le insta a no preocuparse, pero también a volver a concentrarse.

10.- El paciente puede moverse tanto como quiera hasta lograr una posición cómoda.

11.- El paciente debe de tener una clara visión del por qué es ta aprendiendo a relajarse.

Dentro del entrenamiento de la relajación existen diferentes técnicas, las cuales son:

- A) INDUCCION DE TENSION/RELAJACION
- B) AFLOJAMIENTO DIRECTO
- C) RELAJACION DIFERENCIAL

La técnica de relajación mediante inducción tensión-relajación nos muestra la sensación diferencial entre los músculos tensados y los músculos relajados, esto es, se le va a ir indicando al paciente que tense determinado grupo de músculos y que poco a poco vaya aflojándolos, advirtiéndole la diferencia que hay entre la tensión de sus músculos y su relajación.

El procedimiento se inicia con los brazos, ya que es la manera más observable de ver si existe o no la relajación. Se le indica al paciente que cierre el puño izquierdo, que lo apriete con fuerza y observe la tensión que crea en la mano, posteriormente se le pide que lo relaje haciendo una pausa de 10 segundos después de la relajación, así es como se continúa con el otro puño, los hombros, los músculos de la cara, frente, ojos, mandíbulas, boca, labios, músculos del cuello, músculos de la espalda, abdomen, piernas, pantorrillas, tobillos y pies, con sus respectivas pausas de 10 segundos.

Al avanzar el entrenamiento de relajación jacobsoniano, el paciente suele experimentar el deseo de intentar el aflojamiento directo sin ponerse previamente en tensión. Una señal que indica la conveniencia

de pasar al AFLOJAMIENTO DIRECTO consiste en que el paciente logre 20 puntos en la escala subjetiva de estimación, en donde el cero representa la sensación de no experimentar la menor tensión y el 100 - el máximo de tensión que haya experimentado jamás, un ciento por ciento de tensión.

A esta altura el paciente es más consciente de las tensiones menores.

A continuación se mencionan las indicaciones para el método de aflojamiento directo: Se le dice al paciente; se encuentra usted cómodamente sentado con los ojos cerrados; todas las partes de su cuerpo están apoyadas, de modo que no hay necesidad de que tenga ningún músculo en tensión. Aflójese cuanto le sea posible. (Pausa de 3 segundos).

El orden de músculos a seguir es el mismo que el anterior, pero las pausas ahora son de 3 segundos, se le dice que se relaje dejando pasar otros 3 segundos y que se afloje más y más dejando pasar otros 3 segundos.

Una vez que el paciente ha aprendido a relajarse con todas las partes de su cuerpo apoyadas, es frecuente que su capacidad se acrecienta como para que pueda aplicarla a las situaciones de la vida que son causa de stress.

La RELAJACION DIFERENCIAL se refiere a la relajación de músculos que no son esenciales para realizar determinada actividad. Lo fundamental consiste en alentar al cliente a reconocer los músculos que no son necesarios que estén tensos en un momento dado, advertir si lo están e ir distendiéndolos selectivamente, como en el aflojamiento ya aprendido. El terapeuta puede utilizar otros ejercicios, en especial los que simulen situaciones que se dan con frecuencia en la vida del cliente.

El terapeuta debe encomendar ejercicios en casa con el fin de asegurar el buen éxito del aprendizaje, aproximándose a las situaciones más problemáticas de manera gradual.

Hace mucho tiempo Jacobson (1939-1940), (11), demostró que la relajación muscular profunda hacía disminuir la frecuencia - del pulso y la presión arterial. Posteriormente se demostró que durante ésta aumenta la resistencia de la piel y se hace lenta y más regular la respiración.

Paul (1969), ha demostrado que la relajación muscular produce efectos opuestos a los de la respuesta de ansiedad, en los ritmos cardíacos, la frecuencia respiratoria y la conductancia de la piel. Pueden obtenerse efectos evidentes al dar simplemente las instrucciones de relajarse., pero incrementan significativamente si éstas se dan en un ambiente hipnótico, más aún si hay antes un entrenamiento de relajación.

A continuación se hará mención de una técnica empleada, la cual está muy relacionada con la relajación.

3.3 TECNICA DE DESENSIBILIZACION:

La desensibilización sistemática es alguno de los métodos para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad. Esta técnica tiene sus raíces en el laboratorio experimental (Wolpe 1948, 1952, 1958). Esta técnica induce al paciente a un estado fisiológico inhibitor de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular, posteriormente expuesto a un estímulo excitador débil de dicha respuesta durante unos segundos, luego se van presentando estímulos sucesivamente más fuertes, que son tratados en forma semejante,

Existe una disminución de dicha respuesta si los estímulos intensos son aplicados con suficiente insistencia.

Según Valis y Ray (1957), (12), la base de la desensibilización puede ser el cambio de las cogniciones del sujeto acerca de

11.- Jacobson (1939-1940), cit. nos. Wolpe. Práctica de la terapia de la conducta, p. 115.

12.- Valis y Ray (1957), loc. cit., p. 117.

sus respuestas internas ante el objeto temido.

Una vez que el estímulo productor de una respuesta de ansiedad débil ha cesado de excitar la respuesta de ansiedad, es posible presentar otro estímulo un poco más fuerte al paciente en condiciones de relajación total. De este modo se van aplicando estímulos cada vez más potentes bajo la capacidad inhibitoria de la respuesta de ansiedad que tiene la relajación del sujeto.

Si la desensibilización es la técnica apropiada para el caso en particular, se deben de seguir los siguientes pasos:

- 1.- Adiestramiento en relajación muscular profunda
- 2.- El establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en términos cuantitativos.
- 3.- Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de la respuesta de ansiedad.
- 4.- Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta ansiógena que constituyen las jerarquías.

Relajación muscular profunda:

La instrucción se termina en el transcurso de unas seis semanas. Se le pide al paciente que lo practique en casa en dos períodos de 15 min. al día.

Aun el relajamiento ordinario que tiene lugar cuando uno está acostado produce a menudo un efecto calmante notable. El entrenamiento de los diversos grupos musculares en la relajación debe de adoptar una secuencia ordenada. Wolpe (1979), opina que se debe comenzar por los brazos, ya que es fácil revisar la relajación lograda. En seguida se procede con la relajación de la cabeza, por que generalmente los efectos inhibitorios de la respuesta de ansiedad más notables se obtienen relajando esta zona.

A continuación se presentan los grupos de músculos que se deben de ir relajando conforme a las diferentes sesiones:

1a sesión.- Brazos, antebrazos, muñecas.

2a " .- Cabeza, cara, frente, nariz, labios,

3a sesión.- Apretar los dientes para tensar los maceteros y temporales, lengua, músculos faríngeos y globo ocular.

4a sesión.- Cuello y hombros.

5a sesión.- Musculos de la espalda, abdomen y torax.

6a sesión.- Miembros inferiores; de pies hacia arriba.

Construcción de jerarquías:

Una jerarquía de las respuestas de ansiedad es una lista de estímulos referentes al tema, ordenados de acuerdo con la intensidad de la respuesta de ansiedad que provocan, colocando los de mayor intensidad en la parte superior de la lista. A veces la construcción de jerarquías es fácil, esto es, cuando los temas son claros y la ordenación de los estímulos obvia. En otros casos puede ser muy difícil.

El tema o la cuestión común, de una gama de estímulos provocadores de la respuesta de ansiedad, es a menudo algo extrínseco al paciente (como arañas o críticas), pero puede ser algo intrínseco a él (el sentimiento de perder el control). Suele suceder que de varias situaciones/estímulo extrínsecas que son físicamente diferentes, todas induzcan a una respuesta interna común. Este parecido en las respuestas es la base de la generalización secundaria (Hull, 1943, p. 191), (13).

La construcción de jerarquías comienza más o menos al mismo tiempo que el entrenamiento de relajación y está sujeta a alteraciones o adiciones en cualquier momento. La recolección de datos no se hace bajo relajación, con el fin de saber cuáles son las respuestas ordinarias.

Se hace una lista de todas las fuentes identificadas de perturbación y el terapeuta las clasifica por temas.

Al construir las jerarquías se debe ver si los ítems están constituidos en una secuencia espaciada uniformemente y de modo ra

13.- Hull, 1943, cit. pos. Wolpe, p. 127.

zonable. Es conveniente que la jerarquía se haga en forma claramente cuantificable.

Procedimiento:

Cuando el paciente ha adquirido la capacidad de calmarse mediante la relajación y el terapeuta ha establecido las jerarquías adecuadas, se está listo para aplicar el procedimiento de la desensibilización.

La primera sesión de desensibilización se inicia diciendo: "Ahora voy a hacer que usted se relaje; y cuando esté relajado le pediré que imagine ciertas escenas. Cada vez que una escena esté clara en su mente, indíquelo", (Wolpe; p141).

En esta primera sesión el terapeuta debe procurar tener alguna retroalimentación sobre el estado del paciente, pidiéndole que declare con una escala subjetiva cuánta respuesta de ansiedad presenta. Si la respuesta es de cero o cercana pueden iniciarse las presentaciones de escenas.

En cuanto a las jerarquías, generalmente se tratan hasta cuatro en una sesión individual. Es común hacer tres o cuatro presentaciones de una escena para llevar a cero la respuesta, pero pueden necesitarse diez o más. El número total de escenas está limitado principalmente por el tiempo disponible, pero en ocasiones por la resistencia del paciente.

La duración usual de una sesión de desensibilización es de 15 a 30 min. , la duración de una escena es generalmente de 5 a 7 segundos. Esta se hace terminar rápidamente si el paciente presenta ansiedad fuerte. Un cierto número de pacientes requiere de 15 o más segundos para construir una imagen clara de una escena provocada verbalmente. También el carácter de la escena participa en la determinación del tiempo que se le da, así también el intervalo de las escenas varía, generalmente es de 10 a 30 segundos.

El número de sesiones de desensibilización depende del núme-

ro de presentaciones de las escenas imprescindibles para superar las agrupaciones fóbicas del paciente.

La esencia de la desensibilización es la presentación de -- los estímulos imaginarios graduados, a un paciente en estado de -- relajación.

Hay modos de llevarla a cabo , reduce el tiempo que tiene -- que dedicar el terapeuta a sus pacientes. Una de las maneras es -- automatizar algunos de los procedimientos de tal modo que no ne- cesiten la presencia física del terapeuta.

Lang (1966), (14), fue el primero en demostrar que podía -- realizarse con éxito la desensibilización por medio de un máqui- na. Algunos ejemplos son las grabadoras con cassettes grabados - con instrucciones acerca de la relajación.

Respuestas provocadas por imágenes inducidas verbalmente:

Existen tres métodos: Imágen emotiva, Ira inducida y Sugestión directa.

En el primero, la respuesta emocional se contrarresta activa- mente a la respuesta de ansiedad. Es provocada por un marco refe- rencial en el que se introducen los estímulos provocadores de la respuesta de ansiedad; en los otros dos, depende de información- verbal repetida e insistente y el marco referencial está consti- tuído por antecedentes.

Imágen emotiva.- Procedimiento descrito por Lazarus (1962), en el que los estímulos jerárquicos se le presentan al paciente - en una situación imaginaria y en la que otros elementos provocan respuestas opuestas a las de ansiedad. Estas respuestas toman el lugar de respuestas de relajación como fuente inhibitoria.

Ira inducida.- Procedimiento de Goldstein, Serber y Piaget, (1977), que consiste en hacer que el paciente aparee o asocie una

14.- Lang, 1966. cit. pos. Wolpe, p. 164.

imagen que provoque respuesta de ira, con escenas imaginarias que provocan respuesta de ansiedad. Más tarde el paciente usa las imágenes para provocar ira en situaciones reales que producen ansiedad.

Sugestión directa.- Este procedimiento depende de la inducción de diversas respuestas que con frecuencia incluyen la relajación, mediante la sugestión verbal.

Una de las características del procedimiento, es la explicación detallada de cómo el paciente adquirió su hábito indeseable a través del aprendizaje. Otra característica es que se le dice al paciente que no imagine realmente una escena particular hasta que el terapeuta le dé una señal predeterminada.

3.4 TERAPIA EDUCATIVA:

"Quien desee practicar sistemática y felizmente la educación de sí mismo tiene que esforzarse por conocer su propio modo de ser sus lados fuertes y débiles, sus faltas e imperfecciones.

El camino para triunfar en el cultivo del propio ser consiste, en desarrollar y experimentar fecundamente el propio modo de ser en el choque y en el acomodamiento de la realidad. Todo depende de que el hombre aprenda a ver qué es lo que le falta y es necesario y valioso el conocimiento de sí mismo para practicar con éxito la autoeducación." (+)

Estas palabras escritas por Schneider, (1957), las he considerado como la base para el entendimiento de lo que pretende realizar la terapia educativa.

Dentro de esta terapia la relación entre el terapeuta y el paciente puede ser empleada con el objeto de lograr fines más extensos que aquellos de la terapia de apoyo, para lograr una verdadera modificación de las actitudes y conducta del paciente, para así promover una mayor adaptación a la vida.

(*) Schneider. Ia Educación de sí mismo, pág. 5.

El terapeuta aquí trata de guiar al paciente en un exámen de sus procesos internos, con el fin de darle un insight respecto de cómo participa en la promoción de sus propios disturbios emocionales. Wolberg (1977).

Respecto al insight, éste puede ser analizado bajo dos puntos de vista:

1.- Desde el punto de vista del paciente.- Se trata de un autoconocimiento; el insight es un modo instantáneo de conocer la propia situación personal con base en una nueva reestructuración del ambiente, y se retorna a reflexionar sobre la relación interpersonal y sobre las experiencias ~~pasadas~~. Equivale a pensar y comprender algo que es nuevo e inmediato.

2.- Desde el punto de vista del terapeuta.- El insight es el conocimiento de la personalidad del paciente, conocimiento espontáneo. Representa el momento final de una serie de cuestiones informativas que cristalizan en éste conocimiento intuitivo y completo.

Las actitudes y la conducta desorganizadas y algunos de los conflictos que los provocan son explorados para determinar cómo y por qué inician y mantienen la desadaptación, todo esto para que el individuo sea más capaz de reorganizar sus valores y sus patrones de conducta.

En algunos casos el simple hecho de darse cuenta de sus dificultades personales permite al individuo evitar caídas habituales y manejarse más constructivamente.

Los objetivos de la terapia educativa son: El ganar el insight sobre las actitudes y conflictos más conscientes, así como sobre las relaciones interpersonales, con un esfuerzo de promover un reajuste ambiental y una modificación de metas. Con esto el individuo logra un entendimiento de su problema para suprimir tendencias a la actuación, para modificar distorsiones ambientales remediab~~les~~,

o para ajustarse a las irremediables, para organizar los fines de su vida más racionalmente, para consolidar algunas defensas adaptativas o para alterar otras que son menos adaptativas.

Esta terapia se conduce por medio de un exámen entre el terapeuta y el paciente, en relación a la manera en que el paciente se relaciona con la gente y consigo mismo. El paciente es ayudado a reconocer ciertos aspectos de su conducta que son destructivos. Después es animado a experimentar nuevas actitudes.

En conclusión, se utiliza para corregir patrones distorsionados de conducta, con el objeto de ayudar al paciente a utilizar sus potencialidades con el fin de obtener un trabajo más satisfactorio, así como una mejor adaptación social e interpersonal.

Entre los tipos de terapia reeducativa, están:

A) Terapia de Relación.- Este nombre fue asignado por John Levy, (15), al proceso en que la relación terapeuta-paciente es la base del tratamiento. A medida que fue reconocido que el paciente proyectaba en la relación muchas actitudes y sentimientos relacionados con el pasado, se le daban interpretaciones en los términos de sentimientos que experimentaba en el presente.

Este tipo de terapia nos demuestra que la relación es un vehículo que promueve el cambio, y sirve como objeto de investigación de los patrones interpersonales básicos. La relación terapéutica le sirve al paciente para expresar sus tendencias habituales sin miedo a ser rechazado, de una manera que no podría lograr en las relaciones acostumbradas. El insight ganado en este tipo de relación terapéutica ayuda al paciente a readaptarse al medio ambiente en el que se desarrolla.

B) Terapia de Actitud.- Este término es empleado, a veces, para describir un acceso reeducativo, enfocado hacia las actitudes habituales del paciente. La distorsión en sus actitudes se examina, se discuten sus causas y se evalúan sus propósitos actuales. Se

15.- Levy, cit. pos., Wolberg, p.33.

introducen las actitudes que logran relaciones armónicas y el paciente es ayudado a incorporarlas como sustituto de sus actitudes mal adaptadas. Es de esperarse que el paciente no ceda fácilmente. Se intenta así una reconstrucción sistemática de las actitudes del paciente en varias áreas de su vida. El refuerzo de las nuevas actitudes se logra proporcionando al paciente experiencias emocionales correctivas.

C) Terapia Directiva.— Los métodos directivos colocan al terapeuta en un papel autoritario, haciéndole al paciente proposiciones positivas, proporcionándole información. Las metas están dadas un tanto por el terapeuta, que modifica y sintetiza la personalidad.

Una técnica sería darle información al paciente con el fin de reorientarlo. Se le confronta con la información de hechos sobre sí mismo para que revalore sus aptitudes.

Con el uso de esta terapia, los terapeutas no deben interferir con las capacidades potenciales de crecimiento asertivo e independencia.

D) Terapia del Trabajo de Caso.— La relación con el terapeuta es considerada como un proceso de ayuda, en el cual el individuo experimenta una nueva y constructiva manera de observarse y relacionarse con los demás. También la relación terapeuta-paciente es usada como vehículo a través del cual se incrementa la capacidad del individuo para resolver sus problemas en un nivel más maduro. Pueden ser las técnicas de catarsis, el reacondicionamiento, la guía, etc..

E) Reacondicionamiento.— Tiene como objeto la sustitución de patrones antiguos por otros nuevos.

Algunos autores describen al método mediante el cual las reacciones del miedo pueden ser disipadas a través de un proceso de condicionamiento, por la admisión verbal de la presencia del miedo

de la apreciación de que es una reacción común, de su aparición y de entrenamiento para anticipar uno mismo, para evitar las respuestas inadecuadas.

F) Métodos Semánticos de terapia.- La semántica trata con el sistema de símbolos incluyendo las estructuras del lenguaje y el uso que se hace de estos sistemas por grupos e individuos, así como la influencia de los sistemas de valores sociales existentes y de las tendencias individuales de conducta.

La semántica terapéuticamente trata de enseñar al individuo el uso más adecuado de la comunicación. Con esto se pretende que el individuo tenga un dominio suficiente del lenguaje, que capacite a la persona a verbalizar sus dificultades, a diferenciar y sacar conclusiones de los hechos. Este método enfatiza las dificultades de comunicación del paciente, para así tratar de resolverlas.

G) Entrevista Psicoterapéutica.- Intenta dar al paciente un conocimiento de sí mismo al enfocar la entrevista en los problemas pertinentes. La mayoría de los tipos de entrevista son formas de terapia de insight con metas limitadas, ya que los elementos de la personalidad, profundamente reprimidos, no son traídos de la conciencia.

El enfocar la atención del paciente en temas relevantes es esencial para evitar la divagación. Con el interés y desinterés en los temas traídos por el paciente, resuelve el problema.

3.5 TECNICA DE AUTOMONITOREO:

Es una estrategia que se utiliza en casi todos los casos, consiste en hacer que el paciente observe su propio comportamiento o sus reacciones emocionales en ciertas situaciones de conflicto.

Consiste en el entrenamiento y capacitación del individuo en el uso y diseño de registro personal, que le permita recabar la información sobre actitudes, conductas, etc. y los resultados de las

mismas, con el objeto de evaluar el logro de las metas propuestas. Se le encomienda que marque la frecuencia de la aparición de dichas conductas, actitudes, etc., o que lleve un registro escrito de su nivel de ansiedad en diversas situaciones.

En ocasiones resulta útil que observe el momento en que se pone tenso y utilice luego ésta sensación como señal de que debe hacer una pausa para examinar lo que está aconteciendo. Una de las ventajas de la autoobservación, como modo de evaluación, es que el individuo con frecuencia cambia positivamente, como consecuencia de observar su propia conducta.

Aunque no resulta del todo claro la razón por la cual surge el cambio como consecuencia del automonitoreo, es posible que una perspectiva más objetiva y tal vez distanciada sobre la propia conducta, interrumpa una cadena estereotipada y automática, y haga más evidentes (para el paciente) las consecuencias negativas que se siguen de ella.

Otro modo de obtener información del propio paciente consiste en hacer que este responda a varios cuestionarios.

La información recabada le permitirá al paciente el desarrollo de sus habilidades, destrezas y estrategias para un mejor desenvolvimiento y más fácil obtención de sus metas.

3.6 EJERCICIO FISICO:

El entrenamiento físico es el conjunto de procedimientos con ayuda de los cuales el organismo se hace más resistente a la fatiga y aumenta su capacidad y habilidad para ejecutar un ejercicio determinado.

Gracias al entrenamiento todas las funciones mejoran. El metabolismo aumenta, los músculos se fortalecen, y se facilita la coordinación neuromuscular.

El ejercicio físico mejora la capacidad vital, interviniendo en ello varios factores. Entre los más relevantes están:

- el aumento de la caja torácica.

- el mejor desarrollo de la musculatura
- la ventilación de los senos pulmonares, costo diafragmático y costo vertebral.
- el aumento de la elasticidad pulmonar y
- el hábito que con el entrenamiento se forma, de perfeccionar los movimientos respiratorios.

Se llama débito respiratorio a la cantidad de aire expirado durante un tiempo determinado, y está en relación con las necesidades de oxígeno que tiene el organismo. Por tanto aumenta con el ejercicio y aún con el simple cambio de posición.

Durante el ejercicio, el corazón está mejor irrigado y por lo tanto en mejores condiciones de trabajo, pues la cantidad de sangre que pasa por las arterias coronarias, es mejor y está en relación con la frecuencia del pulso y de la presión arterial.

El ejercicio físico provoca vasodilatación en los músculos y por el contrario vasoconstricción en las vísceras abdominales, lo cual da como resultado una mejor irrigación de los músculos, pudiendo aumentar el caudal sanguíneo que llega a ellos cuatro o cinco veces más que en estado de reposo.

Así pues el ejercicio excita los órganos productores de la sangre y aumenta, también, todas las defensas orgánicas.

En sí esta técnica se refiere a la actividad sistemática que realiza el individuo a nivel físico, con el objeto de lograr un mejor y óptimo funcionamiento de su organismo, como lo mencionamos anteriormente. Incluye como elemento esencial el sistema músculo-esquelético, en el cual el papel de los músculos es determinante.

Se ha observado que el ejercicio físico en condiciones no stressantes ni extenuantes, propicia una serie de efectos en la esfera psicológica del individuo; estos van desde la relajación muscular, obtención del placer, desarrollo de un adecuado grado de cansancio que induce al sueño, e incluso un efecto antidepresivo.

Cuando el ejercicio se toma como un medio para obtener salud, agilidad, etc. y no como un fin, éste logra tonificar la mente, proporcionándole momentos de esparcimiento, tan necesarios en la vida de los individuos, y hacer más fructífero el pensamiento.

3.7 ENSAYO COGNOSCITIVO:

"Si nosotros queremos cambiar el o los sentimientos, es necesario cambiar toda la idea con la cual la produjimos y reorganizarla, ya que no es correcta para nosotros o no concuerda con nuestros intereses". Paul Dubois. (16).

Hemos visto que los desordenes psicológicos giran al rededor de ciertas aberraciones que pensamos.

El objetivo de la psicoterapia es ofrecer al paciente una técnica efectiva para cubrir las falsas percepciones y las decepciones que tiene de él mismo como persona.

El problema psicológico central y el remedio o cura psicológica debe concordar con la forma de pensar del paciente (o cogniciones), hablamos de una forma de ayuda de la terapia cognoscitiva. La terapia cognoscitiva se basa en todas las aproximaciones psicológicas, a través de medios correctos para tratar aquellas concepciones erradas y signos de la persona. El énfasis sobre el pensamiento, sin embargo, no podrá obscurecer la importancia de las reacciones emocionales, las cuales dan origen a la angustia.

Las técnicas cognoscitivas son adecuadas para aquellas personas que tienen la capacidad de introspección y consideran sus propios pensamientos y fantasías. (Aaron: 215).

Ciertos factores son importantes en todas las formas de practicar la psicoterapia, pero para la terapia cognoscitiva son cruciales. Un elemento principal de efectividad psicoterapéutica es

16.- Dubois, P., cit. por. T. Aaron. Cognitive Therapy and emotional disorders, p. 213.

la colaboración genuina entre terapeuta y paciente.

En algunos casos la psicoterapia puede tener un gran impacto sobre los problemas, debido a la importante autoridad atribuida a los terapeutas, su habilidad para identificar los problemas y para el empleo de un apropiado sistema de procedimientos.

Los procesos para ayudar al paciente a la identificación y corrección de distorsiones, requiere de ciertos principios de aplicación epistemológica: La naturaleza, límites y criterio de conocimiento. A continuación se mencionan algunos de ellos:

La cognición se refiere al significado asignado a la percepción de un elemento (este puede ser un objeto, una situación o una condición). Los individuos presentan una infinidad de cogniciones, las cuales a su vez se relacionan unas con otras en forma específica creando las denominadas estructuras cognoscitivas. Estas estructuras presentan, en lo general dos modalidades; la primera se refiere a las cogniciones congruentes y compatibles y se le denomina estructura cognoscitiva consonante, por el contrario cuando la estructura cognoscitiva muestra condiciones incongruentes o incompatibles se le denomina estructura disonante.

Una de las variables del control de la conducta, es el factor o factores cognoscitivos, entre los cuales se encuentran las expectativas, creencias y actitudes del paciente. El propósito de éste procedimiento es modificar aquellos aspectos cognoscitivos que tienen consecuencias en los cambios de conducta.

Dicho procedimiento para modificar la rotulación cognoscitiva se basa en el supuesto de que ciertas emociones y conductas desadaptadas son el fruto de expectativas poco realistas.

La reestructuración racional permite enseñar racionalmente a reorganizar las creencias irracionales, para destruir, por así decirlo, marcos de referencia que si bien suelen estar bien apren-

didos son sin embargo mal adaptados.

Hay una buena cantidad de concepciones erróneas que pueden corregirse con unas cuantas afirmaciones autoritarias. Pero a veces en la vida del paciente se ha entretejido un complejo sistema de pensamientos equivocados, y es entonces cuando se requiere de una gran cantidad de instrucciones y argumentos para descomponerlo.

Corrigiendo aquello que se cree falso, podemos desanimar o modificar excesivamente, las reacciones emocionales inapropiadas.

Muchos de los modelos de ayuda a pacientes hacen más realista la evaluación de su propia persona para hacer que su trabajo sea más utilizable.

La aproximación intelectual consiste en la identificación del concepto erróneo, de la equivocación, o de la mala interpretación, y sustituirlo por conceptos más apropiados.

La aproximación conductual se basa en el desarrollo de formas específicas de conducta, dirigiéndolas de una manera general para crear cambios en la manera en que el paciente se considera a sí mismo y al mundo real.

La aproximación experimental le expone al paciente las expectativas que son en sí mismas suficientemente fuertes para canbiar las falsas concepciones.

Uno de los principales enfoques emotivo-racionales de la terapia, es que se supone que muchas de las reacciones emotivas y conductas desadaptadas son determinadas por las actitudes y los supuestos de los individuos acerca del mundo que los rodea. También las expectativas tienen un papel determinante en la conducta.

Dollar y Miller, (17), sostienen que la respuesta manifiesta del individuo a muchas situaciones dependen de respuestas productivas de señales, estas respuestas funcionan como rótulos. En consecuencia, las reacciones emocionales pueden considerarse respuestas al modo en que se rotula una situación y no necesariamente a la si

17.- Dollar y Miller, cit. pos. Goldfried, p. 152.

tuación misma.

El objetivo fundamental de la reestructuración racional es entrenar al paciente para que perciba las señales ambientales de modo más correcto, de manera que las situaciones verdaderamente peligrosas se diferencien de aquellos en que la fuente del daño es puramente imaginaria.

Se le debe de explicar al paciente en términos sencillos los supuestos básicos de la reestructuración racional. Se le dan algunos ejemplos de cómo nuestros sentimientos se ven afectados por lo que nos decimos a nosotros mismos.

Con frecuencia la ansiedad no es el resultado de la situación misma, sino, más bien, del modo en que el paciente la interpreta, de lo que se dice a sí mismo acerca de ella y lo que piensa.

El terapeuta debe explicar el significado de la autodeclaración de modo general, sin relacionar la rotulación con los problemas particulares del cliente.

Existen varios recursos para facilitar el proceso de reaprendizaje:

1.- Presentación imaginaria.- Las situaciones conflictivas del paciente pueden representarse imaginariamente, para darle la oportunidad de reevaluar racionalmente toda autodeclaración que influya en su alteración emocional.

2.- Ensayo de conducta.- Se sigue con la guía de ensayo de conducta, con situaciones elegidas que proveerán las muestras representativas conflictivas.

3.- Tareas in vivo.- Se le indicará al paciente que utilice el mismo procedimiento en vivo cuando experimente una alteración emocional.

4.- Imitación de modelos.- Aquí el terapeuta presumiblemente le sirve de modelo. Un ejemplo consistiría en relacionar la situación del paciente con alguna experiencia personal terapéutica utilizable.

Todo lo anterior nos lleva a la conclusión de que la realidad que se percibe no es la misma realidad del paciente y que sus interpretaciones sensoriales dependen tanto de los procesos cognoscitivos, como de la integración y diferenciación de estímulos. Los procesos fisiológicos y psicológicos pueden alterar sustancialmente la percepción y comprensión de la realidad.

Hasta aquí se han explicado todas y cada una de las terapias empleadas en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Antes de terminar, es importante aclarar que los pacientes responden bien a cualquier técnica, siempre que el terapeuta sea hábil en su método particular y capaz de establecer una buena relación, sepa organizar y mantener un trabajo efectivo. La personalidad del terapeuta no debe bloquear ningún efecto terapéutico. Además como lo habíamos señalado en el capítulo anterior, las condiciones o situaciones aplicables a la técnica terapéutica o tratamiento tienen ciertas limitaciones, ya que las características propias del Sistema nos impiden practicarlas.

CAPITULO IV
" METODOLOGIA "

CAPITULO IV
" METODOLOGIA "

Con base en las afirmaciones teóricas, de acuerdo con Enrique López (1982) y Wolberg (1977), es que hemos formulado hipótesis que a continuación se expresan y que constituyen la base fundamental de nuestra investigación.

1.- HIPOTESIS CONCEPTUAL:

- Las técnicas de intervención psicológica están relacionadas con los terapeutas que atienden el servicio telefónico (respecto de su escolaridad, sexo, formación teórica y experiencia previa), por lo tanto habrá diferencias en la implementación de dichas técnicas.

2.- HIPOTESIS NULAS:

a) No existen diferencias significativas entre las diferentes técnicas de intervención psicológica.

b) No existen diferencias significativas entre los terapeutas que atienden el servicio telefónico, respecto del empleo de las técnicas.

3.- HIPOTESIS ALTERNAS:

a) Sí existen diferencias significativas entre las diferencias técnicas de intervención psicológica.

b) Sí existen diferencias significativas entre los terapeutas que atienden el servicio telefónico, respecto del empleo de las técnicas.

A continuación se expresará todo lo relacionado con la metodología empleada dentro del sistema, para la realización de la presente investigación.

4.1 SUJETOS:

Los sujetos del presente estudio, fueron los psicólogos terapeutas que atendieron el servicio telefónico y dieron ayuda psicológica, en el período comprendido del 10 de Julio al 30 de Septiembre de 1987.

El grupo de terapeutas estuvo conformado por 25 personas, de las cuales 16 fueron mujeres y 9 fueron hombres, siendo 19 pasantes de la carrera de Licenciado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y 6 estudiantes de 8o semestre de la misma carrera, encontrándose en un rango de edad entre los 22 y los 35 años. (+)

La información con la que se trabajó fue con la proporcionada por dichos terapeutas, respecto de una muestra total de 335 casos atendidos telefonicamente.

4.2 ESCENARIO:

Los habitantes de la Ciudad de México y Area Metropolitana que solicitaron ayuda al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, (S.A.P.T.), así como también los psicólogos terapeutas que atendieron el servicio. El servicio funcionó con una línea directa, la cual estuvo ubicada dentro de uno de los cubículos del edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

(+) NOTA: Es preciso aclarar que algunos datos estadísticos estuvieron dados por una muestra de 20 terapeutas.

4.3 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos empleados para el desarrollo de ésta investigación, fueron los siguientes:

1.- Cédula de registro: Cuenta con 101 reactivos, correspondientes a nueve áreas complementarias:

- Sección sociodemográfica 1 (6 - 16)
- Sección sociodemográfica 11 (17 - 24)
- Motivo de consulta (25 - 27)
- Exámen mental (28 - 66)
- Imp. de entrevista (67 - 81)
- Diagnóstico de acuerdo a la OMS (82 y 84)
- Diagnóstico de acuerdo al DSM III (83 y 85)
- Eval. de las respuestas del paciente al servicio (86-90)
- Implementación de técnicas de intervención psic. (91-100)

De acuerdo con estas áreas, la de importancia para dicha investigación fue la novena: "Implementación de técnicas de intervención psicológica dentro del Sistema de Apoyo Psicológico por-Teléfono", la cual abarca los reactivos; 91= terapia de apoyo, 95= terapia de relajación, 96= téc. de desensibilización, 97= terapia educativa, 98= técnica de automonitoreo, 99= Ejercicio físico y 100= Ensayo cognoscitivo. Además del número del paciente y número del terapeuta que lo atendió. (Ver Anexo 1).

2.- Manual de procedimientos con codificaciones correspondientes, a través del cual se establece la mecánica del llenado de la cédula de registro. Debido a que los datos utilizados fueron exclusivamente los de los reactivos mencionados anteriormente, se anexa la manera de calificación de éstos y no la de la cédula en su totalidad. (Ver Anexo 2).

++3.- Cuestionario para terapeutas, el cual contiene: No. de te

++ Elaborado con los cuestionamientos que a nuestro juicio, son base fundamental de la investigación que se expone en éste trabajo.

rapeuta, sexo, edad y siete preguntas dirigidas y orientadas a las características, formación y experiencia terapéutica de los mismos, fuera del S.A.P.T. (Ver Anexo 3)

NOTA: Los instrumentos 1 y 2 se utilizaron únicamente para la obtención de frecuencias simples de las técnicas de intervención psicológica empleadas por cada uno de los Terapeutas.

4.4 PROCEDIMIENTO:

La dinámica a emplear fue la recolección de datos de información a través del teléfono, de la población solicitante de ayuda psicológica.

En primer término el servicio estuvo formado por diferentes guardias, las cuales estuvieron formadas por dos o tres psicólogos.

El servicio estuvo funcionando a partir del 10 de Julio de 1987 en forma permanente, con un horario de lunes a viernes de 16:00 a 24:00 horas y sábados y domingos de 8:00 a 24:00 horas, incluyendo días festivos. Se contemplaron varios turnos de cuatro horas cada uno, atendidos por los 25 psicólogos, conformado por pasantes y estudiantes de Psicología.

A continuación se presenta esquemáticamente la organización de las guardias en el servicio:

					S	D	
							8:00 a 12:00
	L	M	M	J	V		12:00 a 16:00
16:00 a 20:00							
20:00 a 24:00							

Dentro del grupo de Psicólogos en las diferentes guardias, uno de ellos funcionaba como recepcionista y los demás como terapeutas, este rol se iba alternando según se presentaban las llamadas.

El psicólogo recepcionista recibe la llamada, tomando el nombre del paciente o manera de identificación, la fuente de información del servicio y el número de la llamada del mismo; si es primera vez o llamada subsecuente. Posteriormente se pasa la llamada al psicólogo que lo va a atender ya como terapeuta particular. Este permite al paciente que exponga su motivo de consulta, además del desahogo correspondiente. Una vez logrado esto, se le indica que para poder ayudarlo mejor, son necesarios algunos, y es entonces cuando se comienza a completar el llenado de la cédula de registro ya sea parcial o totalmente.

Con estos datos se procede a la apertura de expediente, con el número de paciente y nombre o forma de identificación del mismo, a manera de localización del mismo, ubicándolo primero por apellido paterno, materno y nombre. Se le coloca alfabéticamente para una mejor y rápida localización en futuras llamadas.

Una vez terminada la consulta, se concerta una cita, dándole fecha y horario del terapeuta en turno.

Si por alguna razón el paciente llega a llamar en un horario no correspondiente, se le sugiere volver a llamar en el horario que le atendieron, con su terapeuta asignado, de no aceptarlo o no ser posible, el terapeuta en turno lo atiende, llenando otra cédula de registro con los mismos datos de identificación, pero con datos complementarios del paciente.

Cuando los pacientes llaman subsecuentemente a su mismo terapeuta, éste procede a completar el llenado de la misma cédula que empleó y los datos extras, sugerencias o seguimiento, se anotan en hojas de seguimiento anexas, en donde el terapeuta registra lo realizado o lo que se va a realizar en una próxima sesión.

Esto se hace con el fin de que si el paciente llama y no se encuentra su terapeuta, cualquiera de los demás terapeutas tenga datos de base y de información respecto al problema en cuestión.

Si es necesario canalizarlo a otro tipo de servicio, se menciona en el record de solicitantes, el cual contiene los siguientes datos: número de paciente (o llamada), nombre completo del paciente, turno en el que se recibió la llamada, hora de inicio, hora de término, número y nombre del terapeuta que lo atendió, además de observaciones generales.

Para la canalización se cuenta con un directorio de Instituciones, con dirección y teléfonos a donde se le puede remitir para una apropiada atención.

En cuanto a la información proporcionada por los terapeutas, fue recabada en la cédula, con base en las indicaciones del manual de procedimientos.

Una vez llamadas las cédulas de registro, se procedió a verificar la codificación de las mismas, con respecto a las terapias empleadas por ellos mismos como terapeutas, a fin de incluir en la investigación a aquellos casos que tuvieran las siguientes características:

- A) Todos los reactivos correspondientes al tema de estudio
- B) Número de terapeuta que lo atendió y
- C) Todos aquellos pacientes que no fueron canalizados a ningún otro servicio.

Por último, se eliminaron los casos cuya llamada fue exclusivamente de información y aquellos a los que les faltó algún dato mencionado anteriormente.

Con respecto a los terapeutas, se trabajó únicamente con 20 de los 25 psicólogos, debido a las dificultades que se presentaron para la localización de los mismos. Es por esto que los datos a continuación presentados son de una muestra total de 20 a excepción de aquellos datos en donde no se requirió de su propia información.

4.5 DISEÑO ESTADÍSTICO:

Con respecto al análisis estadístico de la información encontrada, ésta se llevó a cabo por diferentes métodos.

En primer lugar la información obtenida por los terapeutas con respecto de las técnicas terapéuticas, ésta fue recabada mediante frecuencias simples por casos atendidos.

Posteriormente se procedió a la comparación de frecuencias por cada técnica psicológica, respecto de frecuencias esperadas para las mismas, mediante la prueba estadística chi cuadrada (χ^2), en su modalidad de "Bondad de Ajuste".

Para la comparación de datos proporcionados por los terapeutas, respecto de las características personales, tales como; escolaridad, sexo, experiencia previa como terapeuta y formación teórica, se llevó a cabo mediante el análisis de la prueba chi cuadrada (χ^2), en su modalidad de "Prueba de Independencia".

Los resultados anexos están presentados únicamente en forma descriptiva. (Preguntas restantes del cuestionario para terapeutas).

CAPITULO V

" RESULTADOS "

CAPITULO V
"RESULTADOS"

El análisis estadístico de la información recabada, se llevó a cabo, a través de la obtención de frecuencias de utilización con respecto a la técnica empleada para cada caso, agrupando las cinco codificaciones, a continuación presentadas, en dos nuevas categorías:

- | | | |
|------------------------------|---|---------------|
| 1.- No se utilizó | } | No se utilizó |
| 2.- Mínimamente coadyuvante | | |
| 3.- Regularmente coadyuvante | } | Si se utilizó |
| 4.- Tratamiento importante | | |
| 5.- Tratamiento principal | | |

Las muestras totales variaron según su requerimiento, puesto que para cierta información sí se contó con los datos de los 25 terapeutas, pero para otra solamente existió una muestra de 20.

Es así como se obtuvieron los siguientes datos:

Se procedió a la obtención del número total de pacientes atendidos por cada terapeuta, así como también el porcentaje, correlación a la técnica psicológica empleada por ellos mismos, tomando en cuenta, únicamente, el dato mayor o más significativo, con el fin de poder hacer las comparaciones correspondientes al tema en cuestión y así obtener una mejor evaluación.

Se encontró que el 88% de los terapeutas utilizaron la terapia de Apoyo principalmente, mientras que el 8% empleó la terapia Educativa y el 4% restante la terapia Cognoscitiva. (Ver tabla 1.1).

La prueba estadística empleada para la obtención de la siguiente información, fue la chi cuadrada (χ^2) en sus dos formas; Bondad de Ajuste e Independencia, ya que sirvió de gran ayuda para probar la existencia de diferencias significativas entre las diversas técnicas de intervención psicológica y de entre los mismos terapeutas con respecto del empleo de dichas técnicas.

Los resultados encontrados de la implementación de técnicas de intervención psicológica con respecto de los datos proporcionados por los terapeutas, nos indican que realmente existen diferencias significativas en la utilización de las diversas técnicas dentro del S.A.P.T., (Ver tabla 1.2).

Con respecto a la relación del sexo del terapeuta y la técnica psicológica empleada, se encontró que el uso de determinada técnica no depende del sexo del terapeuta. (Ver tabla 1.3).

En relación a la escolaridad, se obtuvo que la elección o utilización de la técnica es independiente al grado de estudios del psicólogo terapeuta que la emplea. (Ver tabla 1.4).

La tabla 1.5 nos indica que la experiencia previa como psicólogo terapeuta no influyó en la utilización de la técnica de intervención. (Remitirse a la tabla correspondiente).

Con respecto a los datos obtenidos de la pregunta 2 del cuestionario para terapeutas, se encontró lo siguiente: No existen diferencias significativas entre los terapeutas que han estado en psicoterapia con diferentes orientaciones y el empleo de la técnica psicológica dentro del S.A.P.T. (Ver tabla 1.6).

La información encontrada con respecto a la influencia de las corrientes psicológicas (pregunta 4 del cuestionario para te

rapeutas) y su relación con la terapia empleada dentro del servicio, nos muestra que la implementación de determinada terapia no está influida por la formación teórica (corrientes psicológicas) del terapeuta. (Ver tabla 1.7).

Los resultados presentados a continuación fueron obtenidos por el análisis hecho de frecuencias simples, con respecto a las preguntas: 3, 5, 6 y 7 del cuestionario para terapeutas:

A decir de los terapeutas la base de utilización de determinada técnica psicológica dentro del Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono, estuvo dada por lo siguiente:

Un 5% de los casos se basaron en el motivo de consulta del paciente, otro 5% se basó en la formación teórica, el 40% en el motivo de consulta y formación teórica, un 15% en el motivo de consulta y mayor información de la técnica, 10% en el motivo de consulta y tiempo limitado de la entrevista, 10% se basó en el motivo de consulta, formación teórica y mayor información de la técnica, 5% en las cuatro opciones antes mencionadas.

En otras palabras, el 95% de los terapeutas se basó en el motivo de consulta del paciente para la elección de la técnica, en un 70% en la formación teórica, en un 30% en mayor información de la técnica y en un 20% en todas las anteriores.

Con respecto de si influyó su formación teórica (terapeutas) en el manejo de la entrevista o tratamiento; el 90% respondió que sí influyo de manera determinante, mientras que el 10% de ellos contestaron que no había influido.

Dentro de las características que consideran los terapeutas en ellos mismos, se encontró lo siguiente:

El 100% de los terapeutas consideran que tienen la capacidad de escuchar, el 90% muestra interés por la psicoterapia, el 65% se considera con la capacidad para percibir lo que está pa -

sando, el 60% con capacidad empática, en otro 60% se consideran con la preparación y la capacidad psicológica suficiente y el 50% se consideran con capacidad de introspección y no proyección de pensamientos o sentimientos.

Por último presentaré los datos obtenidos de los terapeutas con respecto al tipo de técnicas que ellos mismos consideran apropiadas para el Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono, - (S.A.P.T.).

El 75% de los terapeutas considera a la Terapia de Apoyo como la más apropiada, el 35% a la Educativa, en otro 35% a las técnicas cognitivo-conductuales, en un 30% a la técnica de Relajación, en un 30% a la psicoterapia breve, en un 25% a la Técnica de Automonitoreo, en un 10% a la técnica de Ejercicio Físico, y en un 5% se consideró a la Hipnosis.

# Ter	# Ca.	A	R	D	E	Au	E.F	C
01	11	+ 72%	45%	9%	9%	0	0	0
02	24	+ 71%	4%	0	12%	0	8%	0
03	16	+ 50%	19%	0	0	0	0	0
04	14	+ 36%	0	7%	50%	21%	7%	+ 64%
05	12	+ 25%	17%	8%	+ 58%	0	0	0
06	8	+ 62%	13%	0	38%	0	0	13%
07	21	+ 86%	14%	0	14%	4%	4%	23%
08	17	+ 88%	12%	0	55%	6%	0	24%
10	8	+ 63%	34%	13%	50%	13%	13%	13%
11	6	+ 50%	9%	0	9%	0	0	0
12	16	+ 75%	31%	0	13%	13%	19%	6
13	21	+ 43%	5%	0	5%	0	5%	0
14	13	+ 92%	35%	31%	23%	0	8%	15

# Ter	# Ca.	A	R	D	E	Au	E.F	C
15	12	+ 58%	8%	0	+ 83%	0	0	0
16	12	+ 67%	0	0	33%	8%	0	0
17	4	+ 100%	25%	0	0	0	0	0
18	5	+ 80%	0	0	0	0	0	0
19	21	+ 71%	24%	0	14%	0	5%	0
20	11	+ 81%	25%	0	31%	0	6%	6%
22	18	+ 100%	17%	0	0	0	6%	0
23	22	+ 82%	14%	0	14%	5%	5%	0
24	0	+ 63%	25%	0	13%	0	0	0
25	11	+ 90%	0	0	9%	9%	0	0
26	11	+ 90%	0	0	9%	0	0	0
27	8	+ 63%	13%	0	13%	0	0	0

Ter.= Número de Terapeuta
 # Ca.= Número de casos por Terapeuta.

Tabla 1.1

Correspondiente a los porcentajes de la técnica psicológica empleada por cada uno de los terapeutas del S.A.P.T.

(+) Técnica empleada con mayor porcentaje.

A= Terapia de Apoyo, R= Relajación, D= Desensibilización, E= Educativa
 Au= Automonitoreo, E.F.= Ejercicio Físico, C= Cognoscitiva.

	A	R	D	E	Au	EF	G	Total
fo	22	0	0	2	0	0	1	25
fe	3.57	3.57	3.57	3.57	3.57	3.57	3.57	25

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

$$\chi^2 = \frac{(22-3.57)^2}{3.57} + 3.57 + 3.57 + \frac{(2-3.57)^2}{3.57} + 3.57 + 3.57 + \frac{(1-3.57)^2}{3.57}$$

$$\chi^2 = 95.14 + 3.57 + 3.57 + .6904 + 3.57 + 3.57 + 1.85$$

$$\chi^2 = 111.9647$$

$$\chi^2_t = 12.592$$

$$\chi^2_o > \chi^2_t \therefore \text{Se rechaza la } H_o. (a)$$

$$gl = 7-1 = 6$$

$$N. sig. = .05$$

Existen diferencias significativas entre las diversas técnicas de intervención psicológica.

Tabla 1.2

Correspondiente a la utilización de técnicas psicológicas, en relación a los datos proporcionados por los terapeutas.

	A	E	G	Total
Hom	7	1	1	9
	7.9	.72	.36	
Muj	15	1	0	16
	14.08	1.28	.64	
Tot.	22	2	1	25

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

$$\chi^2 = .1068 + .1088 + 1.1377 + .0601 + .0612 + .64$$

$$\chi^2 = 2.1146$$

$$\chi^2_t = 5.991$$

$$\chi^2_o \not> \chi^2_t \therefore \text{Se acepta la } H_o. (b)$$

$$gl = 2$$

$$N. sig. = .05$$

No existen diferencias significativas entre las diversas técnicas de intervención cuando éstas dependen del sexo.

Tabla 1.3

Correspondiente a la utilización de técnicas psicológicas, en relación con el sexo del terapeuta.

	A	E	G	Total
Est.	6	0	0	6
	5.28	.48	.24	
Pas.	16	2	1	19
	16.72	1.52	.76	
Tot.	22	2	1	25

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

$$X^2 = .09 + .48 + .24 + -0.031 + .1515 + .043$$

$$X_o^2 = .9735$$

$$X_t^2 = 5.991$$

$$g1 = 2$$

$$N. \text{ de sig.} = .05$$

$$X_o^2 \neq X_t^2 \therefore \text{Se acepta la Ho. (b)}$$

La implementación de la técnica es independiente al grado de estudios del psicólogo terapeuta que la emplea.

Tabla 1.4

Correspondiente a la utilización de técnicas psicológicas, en relación con la escolaridad del terapeuta.

	A	E	G	Total
c/exp.	11	1	1	13
	11.05	1.3	.65	
s/exp.	6	1	0	7
	5.55	.7	.35	
Tot.	17	2	1	20

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

$$X^2 = .002 + .06 + .1884 + .0004 + .1285 = 2$$

$$X_o^2 = 2.3775$$

$$X_t^2 = 5.991$$

$$g1 = 2$$

$$N. \text{ de sig.} = .05$$

$$X_o^2 \neq X_t^2 \therefore \text{Se acepta la Ho. (b)}$$

La utilización de la técnica de intervención no está influenciada por la experiencia del terapeuta como psicólogo.

Tabla 1.5

Correspondiente a la relación de la experiencia y la técnica.

	A	E	C	Total
Orto	3	0	0	3
	2.4	.3	.3	
Frontera	3	0	0	3
	2.4	.3	.3	
Racional.	0	0	1	1
	.8	.1	.1	
1 y 3	2	1	0	3
	2.4	.3	.3	
Tot.	8	1	1	10

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

$$\chi^2 = .15 + .3 + .3 + .15 + .3 + .3 + .8 + .1 + 8.1 + .15 + 1.63 + .3$$

$$\chi_o^2 = 12.5833$$

$$\chi_t^2 = 12.592$$

$$gl = 6$$

n. de sig. = .05

$$\chi_o^2 \neq \chi_t^2 \therefore \text{Se acepta la Ho. (b)}$$

No existen diferencias entre los terapeutas que han estado en psicoterapia con diferentes orientaciones y la técnica que emplearon.

Tabla 1.6

Correspondiente a la relación que existe entre los terapeutas que han estado en psicoterapia y la técnica de intervención psicológica que emplearon dentro del S.A.P.T.

	A	E	G	Total
Neo	4	0	0	4
Freud.	3.65	.26	.8	
Cogni.	5	0	0	5
Conduc.	4.56	.32	.10	
Freud	7	0	0	7
	6.39	.45	.15	
Cognit.	5	0	0	5
	4.56	.32	.10	
Conduc.	9	1	0	10
	9.13	.65	.21	
Psico-	3	0	0	3
dinam.	2.73	.19	.06	
Psicoa-	9	2	1	12
nalíti-	10.9	.52	.26	
ca				
Total	42	3	1	46

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

$$\begin{aligned} \chi^2 = & .0335 + .26 + .08 + .0424 + .32 + .10 + .0582 + .45 + .15 + \\ & .0424 + .32 + .10 + .0018 + .1884 + .21 + .0267 + .19 + .06 + \\ & .3311 + .8692 + 2.1061 \end{aligned}$$

$$\chi^2_o = 5.9398$$

$$\chi^2_t = 21.026$$

$$gl = 12$$

$$N. \text{ de sig.} = .05$$

$$\chi^2_o \neq \chi^2_t \quad \therefore \text{ Se acepta la } H_o. (b)$$

La implementación de determinada terapia no está determinada o influenciada por la formación teórica del terapeuta.

Tabla 1.7

Correspondiente a la relación que existe entre la formación teórica del terapeuta y la técnica de intervención que emplea.

CONCLUSION

Hasta ahora se ha tratado de dar un bosquejo claro de lo --- que el Servicio Telefónico pretende realizar y lo que ha encon - traído durante la marcha.

Hemos visto que realmente es de gran ayuda el que la Ciudad de México pueda contar con servicios inmediatos y poco costosos, como lo es el teléfono, en cuanto a la esfera psicológica se refiere, con esto se abren las puertas a un nuevo campo terapéutico, que si bien está comenzando, no es menos importante, pero sí de gran utilidad.

Por lo anterior es importante recalcar los aspectos pro --- pios del terapeuta, puesto que no hay que olvidar que éste ha si do nuestro tema de estudio.

En cualquier forma de intervención terapéutica se deben con siderar aspectos primordiales para su efectividad, tales como: - la capacidad de escuchar, capacidad psicológica, formación teóri ca, el sentido común, la objetividad, la autopercepción, entre - otros, pero en una intervención psicológica telefónica, el campo de acción y observación se ve restringido por las propias caracte rísticas del servicio, por tanto los psicólogos que lo atien - den deben poner toda su atención en lo que se les dice y cómo se les dice, ya que no se cuenta con la información no verbal.

Con base en los resultados obtenidos, podemos concluir que - realmente existe una gran diferencia o discrepancia entre las di versas técnicas de intervención psicológica, dentro del Sistema -

de Apoyo Psicológico por Teléfono, mostrando una radical tendencia al empleo de la terapia de apoyo, seguida principalmente por la terapia educativa.

Lo anterior puede estar basado, en que como su nombre lo indica, el servicio es de apoyo y por lo tanto los otros tipos de técnicas, son menos relevantes al sistema, ya que no hay que perder de vista que una sesión psicológica persona a persona, estaría abarcando, lo que en el servicio telefónico a dos sesiones.

Con esto nos referimos a que es muy difícil poder diseñar un programa de atención a personas o pacientes en una sola sesión, tomando en cuenta que la mayoría de ellos llamaron una sola vez. Sin embargo es a bien pensar que tanto la terapia de apoyo, como la terapia educativa, pueden abarcar o englobar a las demás técnicas: relajación, ejercicio físico, automonitoreo, ensayo cognoscitivo.

Con respecto a la relación terapeuta-técnica, basada ésta en las características propias de los psicólogos; se concluye que tanto el sexo del terapeuta, como la formación teórica profesional la escolaridad y la experiencia previa como terapeuta no influyen en la selección o implementación de la técnica de intervención, sino más bien, ésta se ve determinada por las características propias de un servicio "limitado y distante" (psicológicamente hablando) como lo es el telefónico.

Por otro lado, la parte descriptiva de nuestra investigación, nos permite observar que los terapeutas se basaron en los motivos de consulta principalmente, además de basarse en su formación teórica, pero es a bien pensar que éstas bases fueron tomadas en cuenta para casos en donde no tuvieron una sola sesión, sino varias y por tanto se tuvo una mayor información, para poder así diseñar un plan o estrategia de tratamiento más elaborado o que requiere de mayor tiempo.

Además las características o cualidades que los terapeutas - consideran para sí mismos, las podemos tomar en cuenta como un -- perfil terapéutico dentro del Sistema de Apoyo, mostrándonos que - la capacidad de escuchar y la capacidad empática son las más relevantes e indispensables para poder estar al frente de un servicio de asistencia psicológica por telélfono, puesto que son el principal vehículo para lograr el contacto con el paciente.

DISCUSION

Las investigaciones relevantes al tema, tales como las realizadas en los Angeles (E.E.U.U.): "Los Angeles Suicide Prevention, Crisis Service, Erie County", Búfalo (E.E.U.U.): "Suicide Prevention y Crisis Service, mencionadas por Slaikeu (1984) y las referidas a intervención en crisis, como control de conflictos; Donna Aguilera (1976), son un tanto nuevas y por esto al tratar de discutir los aspectos más importantes para el problema en cuestión, se nos hace difícil.

Hace dos décadas, los investigadores centraron su atención sobre algunos aspectos de la consejería telefónica y las características de los terapeutas.

Como se ha venido diciendo, el abordamiento de las terapias a corto plazo, tienen sus ventajas y sus desventajas. Por un lado se puede ver que nos brindan una ayuda inmediata y directa, por otro no se puede profundizar en ciertos aspectos importantes de una manera óptima, como se puede lograr en una comunicación cara a cara, con sus sesiones correspondientes.

Es importante mencionar que aún sin la información no verbal como lo es el lenguaje corporal se dan los beneficios psicológicos personales. El animato del paciente le permite ser más expresivo y abierto en cuanto a sus sentimientos y pensamientos, mostrando así una mayor disposición al tratamiento. Así también

el anonimato del terapeuta propicia aspectos positivos en la relación.

Se debe señalar como característica común entre los terapeutas, el sentido de responsabilidad y compromiso, sin que por ello se haya recibido alguna paga monetaria y ésto se ha visto como común denominador en las diferentes investigaciones relevantes a la consejería por teléfono.

Lo que no se ha tomado en cuenta son los resultados que el servicio o los servicios dan, a manera de evaluación, con respecto de los usuarios; como el qué pasa con los pacientes una vez que se atendieron y no volvieron a llamar, las causas o las razones.

Se sugiere que para próximos estudios se contemple la información de los cambios que sufre el paciente si es que los tuvo en los días siguientes a la llamada, es decir, utilizar un programa de seguimiento, teniendo el acceso a la contraparte (variable Paciente), para así observar si lo indicado por los terapeutas se llevó a cabo y si fue o no útil. También el contar con un espacio físico adecuado y confortable para el psicólogo, además de varias líneas telefónicas que permitan captar a la mayor parte de la población, un horario completo y principalmente un mayor entrenamiento y capacitación a los terapeutas, en donde se les prepare para tratar cualquier suceso, completando la formación básica, a fin de seleccionar al personal para dar un mejor y óptimo servicio.

Se contaron desde luego con varias limitaciones, las cuales indicaremos a continuación:

1.- Dentro del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono no se pudieron manejar casos en los que el grado de severidad del paciente requiriera de un manejo psicoterapéutico más amplio o para aquellos casos que requerían de una atención psiquiátrica.

2.- Para aquellos casos que solicitaban ayuda o evaluación en vivo o en persona.

3.- El contar con una sola línea telefónica y no poder cubrir un horario completo, ya que el servicio estuvo operando: de lunes a viernes de 16:00 a 24:00 hrs. y sábados y domingos de 8:00 a 24:00 hrs.

4.- El número de llamadas por paciente, puesto que la mayoría llamaron una sola vez, limitandonos a no poder dar una intervención más adecuada.

5.- Otra limitación de la que podemos hablar es la que se refiere al hecho de que la intervención se dió precisamente por teléfono, medio de comunicación que en nuestra sociedad indica más una necesidad que un lujo y que debido a la situación económica por la que atravesamos gran parte de nuestra comunidad carece de dicho servicio, teniendo que llamarnos, las personas con estas características, a través de los teléfonos públicos y en cuyos aparatos no se pueden hacer llamadas de una manera tranquila y cómoda.

6.- La validéz del cuestionario para terapeutas.

Para finalizar quisiera mencionar unas pequeñas líneas muy significativas:

" El contacto telefónico proporciona una excelente oportunidad de superación al terapeuta ".

Karl A. Slaikeu.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AGUILERA, Donna. Control de los conflictos emocionales. " Intervención en crisis ". 2a Ed., México, Interamericana, 1976,
- 2.- FERNANDEZ, Victor. Psicoterapia, Estrategia, Procedimiento. - 2a Ed. , México, 1984, Universidad Autónoma de Puebla.
- 3.- GARCIA, V. y Mulher, S. Intervención psicológica por teléfono en situaciones de emergencia: Reporte de una experiencia en la Ciudad de México, Septiembre 1985. U.N.A.M.
- 4.- GOLDFRIED, M.R. y DAVISON, G. Técnicas terapéuticas conductuales. la Ed. Buenos Aires, Argentina; Paidós. 1981.
- 5.- LEACH Chris. Fundamentos de Estadística, enfoque no paramétrico para ciencias sociales. la Ed. México; Limusa. 1982.
- 6.- MANRIQUE L.P. Sistemas Terapéuticos Contemporáneos Aplicados. la Ed. México: Trillas. 1982.
- 7.- ORTEGA, Aniceto y E. Fisiología del Ejercicio. México. 1948.
- 8.- SCHNEIDER, F. La educación de sí mismo. Barcelona: Herder . - 1957, Vol. 35.
- 9.- SIEGEL, Sidney. Estadística no paramétrica. 7a Ed. México. - 1982.
- 10.- SLAIKEU, Karl. Intervención en crisis. United States of América: El manual moderno. 1984.
- 11.- SMALL , Leonard. Psicoterapia breve. México: Pax México. -- 1970.

- 12.- T. Aaron, M. D. Beck. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. United States of América: New American library. --- 1979.
- 13.- WOLBERG, Lewis. The Technique of Psychotherapy. 3a Ed. New -- York: Grune and Stration. 1977.
- 14.- WOLPE, Joseph. Práctica de la terapia de la conducta. la Ed. México: Trillas. 1979.

50. ILUSIONES/ESPECIFIQUE 103 _____
51. ALUCINACIONES/ESPECIFIQUE 104 _____
52. DOLOR/ESPECIFIQUE 105 _____
53. PARESTESIAS 106 _____
54. IDEAS DE GRANDEZA 107 _____
55. IDEAS DE PERSECUICION 108 _____
56. DESPERSONALIZACION 109 _____
57. OTRO/ESPECIFIQUE 110 _____
58. AMNESIA 111 _____
59. HIPOMNESIAS 112 _____
60. FENOMENO DE LO YA VISTO 113 _____
61. FENOMENO DE LO NUNCA VISTO 114 _____
62. OTRO/ESPECIFIQUE 115 _____
63. TRANSTORNOS DE LA ORIENTACION 116 _____
64. ATENCION Y CONCENTRACION 117 _____
65. INTELIGENCIA 118 _____
66. RECONOCIMIENTO DEL GRADO DEL PROBLEMA 119 _____
67. SINTOMAS SOMATICOS 120 _____
68. AUMENTO DE ATENCION EN FUNCIONES CORPORALES 121 _____
69. FATIGA 122 _____
70. ALTERACIONES EN EL SUEÑO 123 _____
71. HIPNOTICOS 124 _____
72. IRRITABILIDAD 125 _____
73. DISMINUCION DE LA CONCENTRACION 126 _____
74. ANIMO DEPRESIVO 127 _____
75. IDEAS DEPRESIVAS 128 _____
76. ANSIEDAD 129 _____

77. FOBIAS 130 _____
78. OBSESIONES Y COMPULSIONES 131 _____
79. DESPERSONALIZACION 132 _____
80. CREDIBILIDAD DE LA INFORMACION 133 _____
81. CALIFICACION GLOEAL DE SEVERIDAD 134 _____
82. DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ACUERDO CON LA 9a. CLASIFICACION PARA LOS TRANSTORNOS MENTALES DE LA O.M.S. 135 136 137 138 139
83. DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ACUERDO CON EL D.S.M. III 140 141 142 143 144
84. DIAGNOSTICO AGREGADO DE LA O.M.S. 145 146 147 148 149
85. DIAGNOSTICO AGREGADO DEL D.S.M. III 150 151 152 153 154
86. TIPO DE RESPUESTA-REACCION DEL TERAPEUTA 155 _____
87. EXPERIENCIA PSICOTERAPEUTICA 156 _____
88. CATARSIS 157 _____
89. SOBREAACCION 158 _____
90. RAPPORT 159 _____
91. TERAPIA DE APOYO 160 _____
92. NUMERO DE TARJETA 161 _____
93. CLAVE₁ 162 163 164 165 166 167
94. CLAVE₂ 168 169 170 171 172 173
95. TERAPIA DE RELAJACION 174 _____
96. TERAPIA DE DESENSIBILIZACION 175 _____
97. TERAPIA EDUCATIVA 176 _____
98. TECNICAS DE AUTOMONITOREO 177 _____
99. EJERCICIO FISICO 178 _____
100. ENSAYO COGNOSCITIVO 179 _____
101. MANEJO SATISFACTORIO TELEFONICO 180 _____

OBSERVACIONES: _____

REACTIVO No. 88: CATARSIS (Col. 157)

Descarga emocional. Este reactivo debe calificarse de acuerdo con las siguientes opciones:

1. Presente 2. Ausente

REACTIVO No. 89: ABREACCION (Col. 158)

Descarga emocional por medio de la cual un individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático. Este reactivo debe calificarse de acuerdo a las siguientes opciones:

1. Presente 2. Ausente

REACTIVO No. 90: RAPPORT (Col. 159)

Presencia o ausencia de empatía y comprensión del terapeuta al paciente. Este reactivo debe calificarse de acuerdo a las siguientes opciones:

1. Presente 2. Ausente

TIPO DE TERAPIA AUTORIZADA

REACTIVO No. 91: TERAPIA DE APOYO (Col. 160)

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

Las opciones para calificar este reactivo son las siguientes:

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1. No se utilizó | 4. Tratamiento importante-coadyuvante |
| 2. Mínimamente-coadyuvante | 5. Tratamiento principal |
| 3. Regularmente-coadyuvante | |

REACTIVO No. 92: NUMERO DE TARJETA (Col. 161)

Se anotará el número correspondiente, en este caso el 3.

REACTIVO No. 93: CLAVE₄ (Col. 162, 163, 164, 165, 166 y 167)

Se anotarán los mismos del reactivo 3.

REACTIVO No. 94: CLAVE₂ (Col. 168, 169, 170, 171, 172 y 173)

Se anotarán los mismos del reactivo 4.

REACTIVO No. 95: TERAPIA DE RELAJACION (Col. 174)

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

- A) Ejercicios respiratorios. Estos consisten a que en una forma controlada, el sujeto lleve a cabo respiraciones profundas, detenga el aire y exhale lentamente. Este ejercicio deberá repetirse en forma rítmica y periódica para obtener buenos resultados.
- B) Ejercicios musculares. Consiste en contraer grupos musculares en forma progresiva y de preferencia ascendente. Ejemplo: pies, piernas, muslos, etc., por el tiempo suficiente para que el sujeto esté en condiciones de apreciar la condición de contracción muscular. Inmediatamente después de la contracción, también en forma progresiva ascendente, se le indica al

sujeto soltar los músculos lo más que pueda por el tiempo que se requiera para que el sujeto pueda apreciar este estado de "soltura muscular" y hacer las comparaciones respectivas.

- C) Ejercicios de relajación psíquica o psicológica. Consisten en inducir al sujeto a estados donde prevalezca la calma y la tranquilidad a través de ejercicios en fantasía o imaginación. Estos frecuentemente se acompañan y apoyan de los dos ejercicios anteriormente descritos.

Las opciones para calificar este reactivo son las siguientes:

1. No se utilizó
2. Mínimamente-coadyuvante
3. Regularmente-coadyuvante
4. Tratamiento importante-coadyuvante
5. Tratamiento principal

REACTIVO No. 96: TERAPIA DE DESENSIBILIZACION (Col. 175)

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

Las opciones para calificar este reactivo son las siguientes:

1. No se utilizó
2. Mínimamente-coadyuvante
3. Regularmente-coadyuvante
4. Tratamiento importante-coadyuvante
5. Tratamiento principal

REACTIVO No. 97: TERAPIA EDUCATIVA (Col. 176)

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

1. No se utilizó
2. Mínimamente - coadyuvante
3. Regularmente - coadyuvante
4. Tratamiento importante - coadyuvante
5. Tratamiento principal

REACTIVO No. 98: TECNICAS DE AUTOMONITOREO (Col. 177)

La terapia de automonitoreo consiste en el entrenamiento y capacitación del individuo en el uso y diseño de instrumentos de registro personal que le permita al individuo recabar información sobre sus acciones y los resultados de las mismas, con el objeto de evaluar el logro de las metas propuestas. Asimismo, esta información le permitirá al individuo el desarrollo de habilidades, destrezas y estrategias para una mejor y más fácil obtención de sus metas. Las opciones para calificar este reactivo son:

1. No se utilizó
2. Mínimamente - coadyuvante
3. Regularmente - coadyuvante
4. Tratamiento importante - coadyuvante
5. Tratamiento principal



Técnicas de Automonitoreo.- Estas técnicas se basan en el principio de que con frecuencia los individuos no se benefician de la información resultado de sus acciones. En otras palabras, estamos hablando de una serie de procedimientos psicológicos que intervienen y que dan como resultado que el individuo no se beneficie de la experiencia de sus acciones. La falta de una adecuada retroinformación tiende a aumentar la secuencia de la denominada tasa de error. Esta situación que bajo cualquier condición traería como resultado fracaso, frustración, disfunción, displacer, en condiciones donde prevalece el estilo de vida moderno - urbano, y en época de inflación/devaluación, las consecuencias para el individuo son de particular importancia en sus áreas de efectividad, eficiencia, eficacia y calidad de vida. Es observación general y común que la gran mayoría de las personas carecen de los mecanismos y sistemas "naturales" que le permitan una constante evaluación de su funcionamiento y el logro de las metas que él mismo se establece. Autores diversos han propuesto diferentes hipótesis para explicar lo anterior, estas incluyen niveles educativos, tipo de cultura, o subcultura, mecanismos psicológicos subconscientes o inconscientes (de defensa u otro tipo), etc.

Por lo anteriormente expuesto, se han propuesto los sistemas denominados de automonitoreo. Estos incluyen las técnicas de autoregistro, en las cuales se diseñan sistemas de registro que en forma clara y precisa se relacionan por una parte, con las metas propuestas, y por la otra con las características particulares del individuo.

En los sistemas de autoregistro, el individuo registra la información correspondiente del resultado de sus acciones y se le recomienda la compare

con las expectativas y metas que él originalmente se propuso. En una primera etapa, la información obtenida le informará al sujeto sobre la presencia o ausencia del logro de las metas propuestas. En una segunda etapa, los sistemas de registro pueden facilitarle al sujeto información precisa y adecuada, de los factores y elementos que intervinieron para que las metas propuestas se logaran. Cabe mencionar, que para que los sistemas de auto-registro sean útiles, éstos requieren utilizar o manejar períodos cortos o breves de tiempo.

REACTIVO No. 99: EJERCICIO FISICO (Col. 17B)

La terapia de ejercicio físico se refiere a la actividad sistematizada que realiza el individuo a nivel físico, con el objeto de lograr un mejor y óptimo funcionamiento de su organismo. El ejercicio físico incluye como elemento esencial el sistema músculo esquelético, en el cual el trabajo muscular juega un papel determinante. Se ha observado que el ejercicio físico en condiciones no estresantes ni extenuantes, propicia una serie de efectos en la esfera psicológica del individuo. Estos van desde relajación muscular, obtención de placer, desarrollo de un adecuado grado de cansancio que induce al sueño, e inclusive se ha observado un potencial efecto antidepresivo. Vale la pena insistir en que la caminata no solo se incluye dentro de este concepto de ejercicio físico, sino que se le reconoce el posible efecto en la esfera psíquica ya mencionada. También se incluyen el correr despacio, el nadar despacio, etc. Las opciones para calificar este reactivo son:

1. No se utilizó
2. Mínimamente - coadyuvante
3. Regularmente - coadyuvante
4. Tratamiento importante - coadyuvante
5. Tratamiento principal

REACTIVO No. 100: ENSAYO COGNOSCITIVO (Del. 179)

Este concepto se fundamenta en la corriente o escuela de Psicología denominada Cognoscitivista. Esta a su vez se basa en una serie de conceptos que se mencionan a continuación:

Primero, la cognición se refiere al significado asignado a la percepción de un elemento (éste puede ser un objeto, una situación ó una condición). Luego entonces, los individuos presentan un sinnúmero de cogniciones. Estas a su vez se relacionan unas con otras en forma muy específica y crean las denominadas estructuras o constructos cognoscitivos. Estas estructuras presentan en lo general dos modalidades. La primera de ellas cuando las cogniciones son congruentes y compatibles, estructuras cognoscitivas consonantes. Pero cuando no ocurre así, es decir, la estructura muestra condiciones incongruentes o incompatibles, las estructuras cognoscitivas se convierten en disonantes.

El tercer concepto importante es el de reestructuración cognoscitiva. Este se refiere desde el punto de vista psicoterapéutico al cambio, modificación o sustitución de alguno o algunas de las cogniciones incompatibles con el resto de la estructura, con el objeto de lograr una consonancia. En el sentido estricto de la palabra, todo tipo de terapia o psicoterapia pretende lograr una consonancia del sujeto con sus pensamientos, sentimientos y acciones.

La técnica de ensayo cognoscitivo establece la misma meta, con la diferencia de que el programa terapéutico establece la reestructuración cognoscitiva como una meta específica y en forma explícita, se establece como meta

la reestructuración cognoscitiva arriba mencionada. El ensayo cognoscitivo comprende cuatro etapas específicas, las cuales se mencionan a continuación:

1. Aceptación del problema
2. Reconocimiento - identificación de la historia de la problemática y de sus variables
3. Reconocimiento del grado de dificultad de la solución del problema.
4. Consideraciones asertivas

Para poder llevar a cabo esta técnica, se requiere que el sujeto elabore en colaboración con el terapeuta una serie de guiones relacionados con cada una de las etapas arriba mencionadas. Se insiste en que la semántica utilizada en cada uno de estos guiones, sea la habitual o natural del interesado. Se recomienda establecer un programa calendarizado y con horario preestablecido, y que lleve el registro correspondiente. Se le recomienda al sujeto llevar a cabo ejercicios de ensayo cognoscitivo en un sitio de condiciones óptimas. Ejemplo: Un lugar tranquilo, confortable, silencioso, con privacidad, etc. Se le recomienda al sujeto que la lectura de los guiones, trate de visualizar en imaginación o fantasía la escena correspondiente. Así mismo, procure vivenciar los sentimientos y emociones correspondientes a las cogniciones, tema de los guiones elaborados. Las consideraciones asertivas al final de cada ejercicio, juegan un papel de gran importancia en este tipo de técnicas.

Las opciones para este reactivo son:

1. No se utilizó
2. Mínimamente - coadyuvante
3. Regularmente - coadyuvante
4. Tratamiento importante - coadyuvante
5. Tratamiento principal

"Cuestionario para Terapeutas"

No. DE TERAPEUTA _____ EDAD _____ SEXO _____

.- ESCOLARIDAD EN LA QUE SE ENCONTRABA AL INICIO DEL SERVICIO.

1.- QUE EXPERIENCIA HA TENIDO COMO PSICOLOGO TERAPEUTA, DONDE, CON QUE TIPO DE PACIENTES Y CUANTO TIEMPO.

2.- HA ESTADO EN PSICOTERAPIA ALGUNA VEZ, SEÑALE LA ORIENTACION DE ESTA.

- a) Ortodoxa Freudiana ()
- b) Frommiana ()
- c) Racional-emotiva ()
- d) Otras _____

3.- EN QUE SE BASO PARA LA UTILIZACION DE DETERMINADA TERAPIA.

- a) En el motivo de consulta ()
- b) En su formación teórica ()
- c) Mayor información de la técnica ()
- d) Tiempo limitado de la entrevista ()

4.- EN SU FORMACION TEORICA PROFESIONAL, QUE CORRIENTES TIENEN MAS INFLUENCIA EN USTED.

5.- DE QUE MANERA INFLUYO SU FORMACION TEORICA, EN EL MANEJO DE LA ENTREVISTA O TRATAMIENTO.

6.- QUE CARACTERISTICAS CONSIDERA EN SU PERSONA QUE CREA QUE HAYAN INFLUIDO PARA EL BUEN MANEJO DEL CASO.

- a) Capacidad empática () b) Capacidad de escuchar ()
- c) Preparación y capacidad psicológica ()
- d) Capacidades de introspección y no proyección de pensamientos y/o sentimientos. ()
- e) Interés en la psicoterapia ()
- f) Capacidad para percibir qué es lo que está pasando ()

7.- QUE TIPO DE TECNICAS DE INTERVENCION PSICOLOGICA CONSIDERA QUE SON ADECUADAS AL S.A.P.T.

M-0091950