

24
35



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR
TELEFONO: MOTIVO DE CONSULTA”**



T E S I S

**Que para obtener el título de:
LICENCIADAS EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N:
BUSTOS MONTES DE OCA LUCIA
ACOSTA RAMIREZ VIRGINIA**

ASESOR: DR. JULIAN MAC GREGOR Y SANCHEZ NAVARRO

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1989



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 está 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.

INDICE

==*=*

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO PRIMERO: MARCO TEORICO.....	5
Sección I: Las Características Sociodemográficas de la Cd. de México	
Sección II: Psicopatología de la Sociedad Contemporánea	
Sección III: Psicoterapia Breve y de Emergencia	
Sección IV: Intervención en Crisis	
Sección V: Intervención en Crisis por Teléfono	
CAPITULO SEGUNDO: METODOLOGIA.....	77
CAPITULO TERCERO: ANALISIS DE RESULTADOS.....	89
CAPITULO CUARTO: DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	113
CAPITULO QUINTO: LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	125
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	131
ANEXOS.....	141

INTRODUCCION

-=--=-*-=-*-=-*



INTRODUCCION

====*==*==*==*

Los estudios nacionales e internacionales demuestran que en todas las de nominadas macrópolis o grandes ciudades la prevalencia e incidencia de los - llamados trastornos emocionales es mayor. Las características de la Cd. de México distan mucho de propiciar entre su población el desarrollo y mantenimien - to de un estado óptimo de salud mental ya que es la capital más poblada - en la orbe y en la actualidad cuenta con más de 18 millones de habitantes. - Esto, ha traído una serie de problemas con respecto a la habitación, transpor - te, servicios básicos como escuelas y hospitales, infraestructura como carencia de luz y agua en algunas zonas, incremento de la delincuencia y violencia social, etc. Todos estos factores se han complicado con la crisis económica de los últimos años.

Por otro lado, la sobrepoblación, lejos de favorecer, dificulta las relaciones interpersonales. Además, el apoyo "natural" que la familia daba a - alguno de sus miembros cuando éste presentaba algún problema emocional, ha - cambiado en forma importante creando problemas en los mecanismos de homeostasis y equilibrio de la persona y de la familia sobre todo cuando se encuentra en un estado de crisis.

Ahora bien, en caso de que se presente algún desastre civil como sucedió con los sismos del pasado Septiembre de 1985 y con el huracán que azotó las costas del Golfo de México en Septiembre de 1988, resulta obvio que esto aumentará los estados de frustración y desesperanza que ocasionarán angustia y depresión en las personas afectadas.

Asimismo, hay que reconocer que los servicios psicológicos oficiales son limitados y no cuentan con la infraestructura suficiente para brindar la aten

ción necesaria y adecuada a toda la población que lo requiera. Por su parte, los servicios privados implican un costo que un alto porcentaje de personas - no está en condiciones de solventar. Aunado a ésto, el transportarse al lugar donde se ofrece el servicio, representa un consumo de tiempo y dinero que mucha gente no puede realizar.

Otros países han creado servicios de ayuda telefónica cuyos resultados - demuestran su enorme utilidad en el campo de la salud mental. En ciudades co mo Nueva York, Chicago, Japón, Londres, etc., existen sistemas telefónicos en los cuales se presta auxilio para problemas tales como alcoholismo, depresión, suicidas, abuso de infantes, violaciones, etc. Las metas que normalmente pre tenden son la preservación de la salud física y psicológica de los miembros de la comunidad en situaciones de crisis. Su empleo se circunscribe en primera instancia a atender de manera inmediata a quien lo solicita sin importar la distancia lo cual resulta económico.

Hasta hace poco tiempo en México no existían servicios que atendieran te lefónicamente, de manera directa y personal, a sujetos con necesidades especí ficas y con problemas emocionales. De esta manera nace el "Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, S.A.P.T." que es una investigación clínica de la - Facultad de Psicología de la UNAM, auspiciada por la Federación Mundial de - Salud Mental. Dicha investigación está dirigida a personas con problemas emo cionales de la Cd. de México y Area Metropolitana . Dentro de sus objetivos está el evaluar la demanda de la población, previa difusión de este servicio; obtener de forma fiel y precisa el perfil del solicitante; detectar cuáles - son las razones por las que llaman y la sintomatología más frecuente; buscar en qué casos es más efectivo, eficiente y eficaz; así como sus límites y limi taciones. Todo ésto, con el fin de ofrecer un mejor servicio en el futuro.

En forma particular, el presente estudio pretende evaluar los motivos por los que los consultantes hablan a este sistema. El primer capítulo se aboca al

marco teórico que abarca 5 secciones. Contempla todos aquellos factores sociodemográficos de la Cd. de México (Sec. I) que hacen comprensible el incremento de la psicopatología de esta sociedad contemporánea (Sec. II). Este aumento en la intensidad y frecuencia de los trastornos emocionales hace necesario y urgente su pronto tratamiento, ya sea a través de la Psicoterapia Breve y de Emergencia (Sec. III) o de Intervención en Crisis (Sec. IV). Dentro de éste último se encuentra la modalidad de Intervención en Crisis a través del Teléfono (Sec. V) que ha demostrado ser de sumo provecho y de primordial importancia para la comunidad dada su constitución. La investigación realizada en otros países sobre los distintos aspectos de la ayuda telefónica es creciente. En México, existen algunos servicios telefónicos de emergencia tales como policía, bomberos, localización de personas extraviadas, etc. Sin embargo, los antecedentes de atención psicológica por medio del teléfono son escasos pero valiosos. Todo lo anterior, lleva al entendimiento del porqué del surgimiento y estudio de un "Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono", así como de la descripción de sus características.

Como se puede observar, el marco teórico resulta ser muy completo y de sumo interés. De la misma manera la metodología llevada a cabo en esta investigación (Cap. II), los resultados obtenidos (Cap. III), la discusión y conclusiones a que se llegaron (Cap. IV) y, finalmente, las limitaciones y sugerencias que las autoras damos (Cap. V), permitió evaluar la trascendencia del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

CAPITULO PRIMERO
====*==*==*==*==*

MARCO TEORICO
====*==*==*==*==*



SECCION I:

LAS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y GRAFICAS DE LA CIUDAD DE MEXICO

La Cd. de México es una capital compleja, compuesta de elementos diversos. Posee una cultura propia, que tenía desde antes de la llegada de los conquistadores a las tierras de América. El México de hoy tiene un rostro multiforme, ofrece interesantes contrastes en su arquitectura y en su gente, gran cantidad de recursos y bellezas naturales, un gran desarrollo tecnológico e industrial, una amplia red de vías de comunicación y de líneas eléctricas que llegan ya a los más apartados lugares, así como un sinnúmero de servicios públicos. No obstante, esta asombrosa tierra presenta serios problemas en la actualidad.

1. CRISIS ECONOMICA

Las condiciones de vida de la mayoría de los mexicanos han sufrido un proceso acelerado de deterioro sobre todo a partir de 1981 en que la profundización de la desigualdad económica y social ha sido considerablemente grave durante estos años de crisis.

México se encuentra inmerso en la peor crisis que haya sufrido jamás. Lleva varios años dentro de un ambiente altamente cíclico, del cual le ha costado trabajo salir. En primer lugar, el país optó a finales de los 70's por administrar la abundancia petrolera endeudándose y participando en el con-

cierto de los petrodólares. Esto provocó un exceso de liquidez en la economía que se concentró en dueños de capitales en dólares. Desde entonces, comenzó la desmonetarización de la economía con el consecuente deterioro del nivel de vida de todo aquel que ganaba en pesos. Posteriormente, se transfirió el costo de los errores pasados a los bolsillos de las clases media y trabajadora bajo el supuesto que el problema de la deuda externa del mundo era un problema de falta de liquidez. Así, el país siguió los lineamientos del Fondo Monetario Internacional y transmitió los costos de la crisis nuevamente al pueblo. Finalmente, la insistencia de las autoridades de adherirse a las fórmulas dictadas por el Neomercantilismo ha provocado que los costos de esta política recaigan sobre las clases media y populares, (70).

Cabe señalar que la deuda externa del país ya pasa de los 105 mil millones de dólares y esta crisis económica, con sus efectos inflacionarios, amenaza la estabilidad del país agravando problemas ya existentes y creando otros tantos, (46).

2. ALIMENTACION, SALUD Y SERVICIOS

Ha sido realmente sorpresivo el ritmo con el que se han visto disminuidos los consumos de ciertos alimentos ante el aumento de precios. Simplemente, se observa que una canasta básica representa el 50 % del salario mínimo. Lo que suceda en el campo de la alimentación impacta sobre los niveles de salud de la población que se van empeorando al mismo tiempo que hay un estancamiento en la cantidad y calidad de los servicios públicos de salud, (33). A

este respecto, Fajardo* (23) comenta que México cuenta con una cama por cada - 2800 habitantes; en cambio, Europa tiene una cama por cada 100 personas. Además, Ruiz de Chávez** (68) admite que la población mexicana no recibe ni el mínimo de servicios indicados para restablecer su estado de salud física y mental y que si los obtiene son deficientes.

3. PROBLEMAS LABORALES

San Román*** (69) dice que es sabido que miles de trabajadores se encuentran sujetos, por su relación laboral, a la inclemencia de las condiciones de trabajo de algunas empresas industriales. La falta de capacitación, de adiestramiento, de motivación, de seguridad en el uso de herramientas por parte de los trabajadores, ha significado la causa principal de accidentes de trabajo. De 370 mil pequeñas empresas, que tienen menos de 20 empleados, no cumplen con la disposición legal de capacitar a sus trabajadores y el promedio de enfermos por empresa es de 32.5%. Aunado a esto, la Dirección de Estudios Económicos de la Cámara Nacional de la Industria y Transformación (15) da cifras que demuestran que el desempleo pasó de 626 mil personas en 1981 a más de 6 millones en 1988, producto no solo de despidos en las empresas sino de la imposibilidad para atender la demanda de trabajo. Aparte, existen varios millones de subempleados que carecen de prestaciones médicas y sociales. Todo agravado por la crisis económica.

* Presidente de la Federación Internacional de Hospitales

** Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salud

*** Secretario de Salud de la Confederación de Trabajadores de México

4. EDUCACION

Las disminuciones del gasto para educación se han traducido en un descenso de los ritmos de ampliación de la infraestructura educativa. Se registra una insuficiencia generalizada de escuelas, aulas y maestros en los distintos niveles educativos. Además, 5 millones de sujetos siguen siendo analfabetas, el nivel de escolaridad promedio es sexto año de primaria y alrededor de catorce millones de mexicanos, no reciben atención educativa. Esto deja ver el estancamiento y deterioro de los servicios educativos así como de su calidad, (33).

5. SOBREPoblACION

Como resultado del constante crecimiento de la población en diferentes partes del mundo, gran número de investigadores, entre ellos demógrafos, geógrafos, especialistas en salud pública, psiquiatras y psicólogos, han comenzado a preocuparse por los posibles efectos adversos que puede tener tal crecimiento sobre la salud física y mental de los individuos, (56).

El Consejo Nacional de Población, CONAPO (19) señala que en México se ha detectado un leve descenso en la fecundidad que ha disminuido la tasa de crecimiento del 3.4 % en 1970 al 2.7 % en 1980*. A pesar de ésto, el nivel de la población es sumamente elevado ya que México tiene más de 80 millones de habitantes de los que el 25 % radica en el Distrito Federal, es decir, que en él existen 9991 habitantes por kilómetro cuadrado mientras que en estados como Baja California Sur, Durango y Chihuahua hay menos de 10 personas por kilómetro cua-

* Cifras actualizadas a partir del Censo General de Población y Vivienda 1980

drado. En este sentido, Martínez* (48) afirma que para contrarrestar esta situación "... el Gobierno de la República canaliza ya grandes recursos para el desarrollo en estas zonas, con miras a lograr una mejor distribución poblacional." (p. 14-A). Coll** (18) estima que de no realizarse una descentralización efectiva de la Cd. de México, para el año 2000 habrá más de 33 millones de personas en la zona metropolitana. Otras ciudades importantes, tales como Guadaluajara y Monterrey podrán llegar a tener para ese mismo año 7.2 y 6.7 millones de habitantes, respectivamente. Por todo ésto, conviene reconocer la importancia de los programas de planificación familiar, de desarrollo urbano y de asentamientos humanos, así como la necesidad urgente de realizar programas de investigación, con el objeto de poder establecer claramente las necesidades y las vías de solución, (58).

Debido al proceso de industrialización posterior a 1930, se registró una corriente migratoria por lo que para 1960, la mitad de la población total radicaba en áreas urbanas; en 1970 la población urbana era ya el 59% y en 1980 representaba el 66%, (21). Caso*** (16) asegura que para 1990 se centralizará en el área metropolitana el 71% de la población estatal. Los 700 mil individuos que anualmente llegan, crean asentamientos humanos que demandan la prestación de servicios públicos tales como la introducción de agua potable, electrificación, seguridad pública, centros de abasto y de salud, escuelas y tendido de drenaje. Ello provoca que la economía de los principales ayuntamientos tengan graves dificultades ante tal petición, además de crear serios problemas.

La actual situación puede agravarse aún más, ya que vivir en una gran y - populosa ciudad puede incrementar las probabilidades de que un individuo se en

* Secretario General de CONAPO

** Investigadora del Instituto de Geografía

*** Director del AURIS

cuentre bajo estrés favoreciendo su frustración. Es importante señalar que en las ciudades densamente pobladas, los problemas que ésto implica se asocian a la enfermedad mental y producen aumento en las tasas de delincuencia, farmacodependencia, suicidio, esquizofrenia, etc., agravándose en forma impresionante todos los problemas que ya sufrimos, tales como la escasez de habitación, - transporte, escuelas, hospitales, empleos, etc., y con todo ello, no sería na de raro que se presentaran en esa época altas tasas de padecimientos psiquiátricos, (5A).

6. VIVIENDA

La demanda de vivienda ha incrementado y el déficit se estima en 139%; para 1985 se amplía estimándose un déficit de 3.5 millones de viviendas. El problema de la inflación ocasionó que aumentara los precios en materiales de construcción. En base a ésto, aumentó la renta de casas y departamentos, así como su valor de adquisición por lo que para la población de los sectores de más bajos ingresos, la obtención de vivienda parece casi inaccesible por lo que quedan al margen del mercado inmobiliario privado, (21). De 83,600 pesos que costaba la construcción de 1 metro cuadrado en 1986, pasó a 223,300 pesos un año después. Generalmente, la población nacional tiene ingresos entre 1 y 2.5 veces el salario mínimo lo que los deja fuera de cualquier programa de crédito bancario y tiene que esperar a que los organismos gubernamentales les den acceso a un hábitat, (6).

7. TRANSPORTE

En la Cd. de México se concentra más del 20 % de autotransportes de todo el país. La falta de planeación vial, la deficiente infraestructura, así como la escasez de recursos para prestar servicio de transporte y el uso preferencial del automóvil particular, alcanzará en el año 2000 una repercusión en el costo de tiempo perdido en traslados de 42 millones de jornadas de salario mínimo diario. Las diferentes trazas de la metrópoli, se han ejecutado sin proyección a futuro y en muchos lugares hay insuficiencia de transporte. Estos factores han y siguen provocando severos costos sociales, como es el consumo desmedido de energéticos, los altos índices de contaminación ambiental, la incalculable pérdida de tiempo, los problemas ocasionados por las precipitaciones pluviales y, en general, el continuo deterioro de la calidad de vida,(85). - Como ejemplo, el METRO de la Cd. de México, creado hace 19 años y que transporta diariamente 5 millones de personas, cuando no funciona o se presenta alguna - avería es motivo suficiente para que la ciudad entera enfrente un caos vial que desequilibra aún al más tranquilo y pacífico de los capitalinos,(30).

8. OTROS SERVICIOS

González (33) indica que para el año 1985 alrededor del 20 % de la población carece de luz eléctrica, cerca del 25 % no tiene acceso al agua potable, 45 % no dispone de drenaje en su domicilio, el 55 % no cuenta con un baño y el 25 % no tiene cocina.

9. RECURSOS NATURALES

El crecimiento desordenado, la explotación exagerada de recursos naturales, la tala inmoderada de bosques e invasión de parques nacionales, la práctica inadecuada de la agricultura de temporal y pastoreo, y los tiraderos de basura en cauces y cuerpos de agua, amenazan con erosionar la cd. de México. El acuífero del Valle de México de grandes dimensiones ya resulta insuficiente ante la magnitud de la demanda de agua, puesto que se le extrae más del doble de su recarga natural. Mestre* (50) hace notar que no se aprovechan plenamente las aguas residuales y pluviales. Es decir, que si no se cuidan los recursos naturales del país, pronto se enfrentará a las carencias de los mismos.

10. CLIMA Y GEOGRAFIA

Debido al acelerado crecimiento urbano que ha sufrido el Distrito Federal, sus condiciones climatológicas han sido afectadas de tal suerte que los balances de energía se encuentran influenciados tanto por los materiales de construcción como por la gran concentración de impurezas sólidas y gaseosas, particularmente CO_2 , que absorbe una gran cantidad de energía solar, provocando alteraciones en los elementos termodinámicos de la atmósfera, tales como humedad, precipitación y viento (38). Flores (25) menciona que México ocupa una zona geográfica de alto riesgo sísmico, en el que 63 millones de habitantes viven en lugares que en cualquier momento pueden sufrir temblores o terremotos. Estos, son sólo algunos datos que permiten vislumbrar lo que un desastre civil puede ocasionar (Sismos 1985, explosión San Juanico, Huracán Gilberto 1988).

* Presidente de la Asociación Mexicana de Hidráulica

11. CONTAMINACION AMBIENTAL

El Centro de Estudios Políticos, Económicos y Sociales, CEPES, (17) indica que en la cd. de México existen 2.5 millones de automotores y el 38% de la industria del país; que se generan 5 millones de toneladas anuales de partículas tóxicas que enrarecen el aire hasta 3 veces más de lo que las normas internacionales permiten. Asimismo, reporta que "... otros problemas de la contaminación son el ruido de fuentes móviles, compresoras, turbinas de aviones y otros, por arriba de los 65 decibeles. El agua usada como vía de desechos humanos e industriales genera caudales de aguas residuales que se diseminan por el país y contaminando los suelos" (p. 62).

Flores (25) advierte que las áreas verdes, que ahora son de 2.8 metros cuadrados por persona, disminuirán todavía más, cuando el mínimo recomendado por la OMS es de 9 metros. El Instituto Nacional de Geografía e Informática, INEGI (38) recalca que la falta de vegetación altera el equilibrio ecológico y favorece durante el periodo de estiaje, la formación de tolvaneras además de acentuar la erosión y salinidad que impiden el uso adecuado de los suelos. "Los intentos por reforestar algunas áreas no corresponden a la intensidad y velocidad con la cual se lleva a cabo el deterioro ecológico." (p.334).

Lo anterior, refleja que la contaminación ambiental y las inversiones térmicas en la capital del país afecta seriamente a la salud ya que se presenta el problema más grave que en otras ciudades con las mismas características, debido a su ubicación en un valle cerrado y a una altura de 1200 metros sobre el nivel del mar. Aramayo y Horta* (5) consideran que diariamente, cada habitante del D.F. respira 10 mil litros de aire contaminado lo que incrementa el número de horas-hombre perdidas por enfermedades respiratorias.

* Jefe y Subjefe del Departamento de la Especialidad en Fisiología Pulmonar de The American British Cowdray Hospital

12. DELINCUENCIA Y VIOLENCIA SOCIAL

González (33) reporta un estudio minucioso y completo de la delincuencia en el Distrito Federal, algunos datos se detallan a continuación. De 1982 a 1986 se registró un rápido aumento en el número de robos pasando de 44 mil a 73 mil - actualmente se denuncian 278 diarios. Algo semejante sucede con las lesiones denunciadas al aumentar en 10 mil casos en ese mismo periodo de tiempo. Este autor también declara que existen informaciones periodísticas que señalan que el porcentaje de crímenes no investigados en el país es del 80 %*; que la variación porcentual de adicción a las drogas cada año es del 30 %, lo que puede relacionarse con la proporción de jóvenes entre 12 y 15 años - 15% - que cometen actos delictivos bajo el influjo de las drogas**; que se denuncian 60 violaciones por mes y que 80 autos son robados y desmantelados al día***.

Torres Darío****(83) destaca que en México se cometen tres crímenes de gravedad cada minuto. Afirma que la mayor actividad antisocial se presenta entre los 20 y 34 años con un 60 %, en los casados con el 15 % y en los solteros con el 40 %. Todo esto, sin contar con los delitos no denunciados.

No obstante los múltiples consejos para sentirse seguro sigue aumentando la violencia y con ella el temor de la población de ser atacada. Frente a esto, la gente está buscando sus propios mecanismos de defensa: pistolas, navajas, gases lacrimógenos, alarmas, guardias privados, alambrado, aprendizaje de defensa personal, etc. La delincuencia y violencia social son parte ya de la vida diaria del mexicano. Los delincuentes no distinguen condición social, sexo o edad y han provocado una sobrepoblación en los reclusorios, (52).

* El Universal, 15/X/1986

** Encuentro, NR 34, Noviembre de 1986

*** "Numeralia", Nexos, NR 107, Noviembre de 1986

**** Penalista y Director General del Instituto de Formación Profesional de la Procuraduría General de Puebla

Todos y cada uno de los puntos anteriormente tratados son sólo algunos de los tantos ejemplos de problemas actuales en México y específicamente en su capital. Estos años de crisis hacen que las carencias masivas en todos los sectores ya existentes en el pasado, se agreguen a los deterioros de hoy lo que se refleja y reflejará en las condiciones técnicas, físicas, intelectuales y emocionales de los mexicanos del futuro. Es por ésto, que es necesario revisar aquellos problemas psicológicos que existen en ésta y otras sociedades. ¿Cuáles son sus causas, sus manifestaciones, qué se puede hacer?, es lo que se verá en la siguiente sección.

SECCION II:
PSICOPATOLOGIA DE LA
SOCIEDAD CONTEMPORANEA

Kolb (41) afirma que la Psicopatología es la definición de los trastornos en el funcionamiento de la personalidad e incluye las variaciones en las pautas de reacción del individuo ante la vida.

La mayoría de las manifestaciones de psicopatología no son el resultado o la expresión de alguna enfermedad, sino una forma de conducta o modo de vivir producto tanto de la dotación original del individuo como de las influencias moldeadoras del medio, las experiencias traumáticas que modifican el desarrollo, el estrés, la incapacidad de la persona para enfrentar las tensiones, el tipo de autodefensa utilizado para minimizar la angustia, etc. Por lo tanto, se considera a los trastornos mentales como pautas de reacción humana cuyo movimiento se inicia ante un estrés. Esto, puede suceder en forma episódica, es decir, una crisis aguda. También puede ocurrir de manera crónica cuando el estrés se repite o se acumula haciendo que las defensas "normales" ya no sean suficientes al agotarse su capacidad de adaptación.

Los síntomas de los trastornos mentales tienen un propósito defensivo, protector y reparador. A pesar de que cada persona tiene características propias y particulares que lo distinguen, existe una serie de síntomas comunes como respuesta ante situaciones conflictivas del individuo y su contexto histórico. Entre ellos se encuentran los conflictos en el núcleo familiar del sujeto y por lo tanto en sus relaciones interpersonales, así como la angustia y depresión que de éste se desprende.

1. CRISIS EMOCIONAL

Slaikeu (74), desarrolla toda una teoría de la crisis, la cual la define como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando mé todos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Esta desorganización emocional resultante de la exposición que sufre una persona ante un evento traumático y amenazador, puede dar lugar a la regresión y desintegración de su personalidad, o mover al individuo hacia la resolución, aprendizaje y crecimiento. Es decir, el estado de crisis casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita. Pueden incluirse crisis circunstanciales (Cuadro Nº 1), como enfermedades físicas, muerte, desastres civiles, - etc. y crisis en las diferentes etapas de la vida (Cuadro Nº 2).

CUADRO No. 1 : Crisis Circunstanciales

CATEGORIA GENERAL	SUCESOS CIRCUNSTANCIALES	RECURSOS CLAVE
Enfermedad física y lesión	Cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo, enfermedad que amenaza la vida, incapacidad física	Profesionales de la salud, clero, miembros de la familia, empleados, maestros
Muerte repentina/ Intempestiva	Accidentes y enfermedades mortales, homicidio, suicidio	Profesionales de la salud, clero, miembros de la familia, personal del servicio de urgencias, policía
Crímenes: víctimas y delincuentes	Asalto (robo, violación); violencia doméstica (niño y cónyuge maltratados/ abuso); encarcelamiento/libertad de delincuentes	Policía, profesionales de la salud, vecinos, miembros de la familia, clero, abogados, vigilantes de la libertad de la prisión, trabajadores sociales
Desastres naturales y provocados	Incendio, inundación, tornado, huracán, accidente nuclear, choque atómico, terremotos, maremotos, etc.	Trabajadores del servicio de urgencia, equipos de salud - mental capacitados, medios de comunicación
Guerra y hechos relacionados	Invasión u otra acción militar, toma de rehenes, prisioneros de guerra	Personal médico, capellanes, familias, psicoterapeutas
Crisis circunstanciales de la vida moderna	Experiencia con drogas, contradicciones económicas (inflación, desempleo); migración/reubicación, separación/divorcio, etc.	Amigos, profesionales de la salud, trabajadores privados, patronos, abogados, clero, consejeros, etc.

CUADRO No. 2 : Crisis en las etapas de la vida

ETAPA	POSIBLES SUCESOS DE CRISIS
INFANCIA 0-1 año	Frustración en la alimentación, enfermedad física, lesión y rechazo por el cuidado primario.
PRIMEROS PASOS HACIA LA INDEPENDENCIA 1-2 años	Lesión física, conflicto con el cuidador primario sobre el incremento de actividad, control de esfínteres, etc.
NIÑEZ TEMPRANA 2-5 años	Lesión física, conflictos con los hermanos y hermanas, primeros juicios sociales, conflictos con los compañeros, ingreso a la escuela, pérdida de amistades por mudanza o migración.
NIÑEZ MEDIA 6-12 años	Dificultades del aprendizaje en la escuela, conflictos con compañeros, maestros, padres y clima de escuela.
ADOLESCENCIA 12-18 años	Manstrucción, relaciones sexuales, características sexuales secundarias, embarazo no deseado, graduación de preparatoria, ingreso a la universidad, conflicto con los padres sobre hábitos personales y estilo de vida, replanteo con la novia/novio y compromiso, indecisión en la profesión, dificultades en el primer trabajo y éxito/fracaso en estudios y deportes.
ADULTEZ JOVEN 18-34 años	Rechazo por un socio potencial, flirteo extramatrimonial, separación / divorcio, Embarazo no deseado, incapacidad para tratar niños, nacimiento de un niño, Problemas de disciplina con los niños, enfermedad de los hijos, incapacidad para manejar las diversas demandas del papel externo, Ingresar al servicio militar, ser reclutado y servir el servicio, Dificultades académicas, fracaso al graduarse en preparatoria/universidad, incapacidad para encontrar una carrera satisfactoria, desempeño deficiente en la profesión elegida, Acumulación de deudas, dificultades financieras, conflicto entre la profesión y objetivos familiares y la transición a la edad de los 30 años.
ADULTEZ MEDIA 35-50 años	Conciencia de la decadencia física, enfermedad crónica (de sí mismo o de la pareja), climaterio, rechazo de hijos adolescentes, divorcio de un hijo, declinación sobre el cuidado de padres ancianos y muerte o enfermedad prolongada de los padres, Retroceso en la profesión, conflicto en el trabajo, preocupaciones financieras, cambio relacionado con un ascenso profesional, desempeño. Conciencia de discrepancia entre los objetivos de la vida y los logros. Los lamentos sobre decisiones pasadas de no casarse, no tener hijos o viceversa, Insatisfacción con metas obtenidas, procreación. Conflictos con el mentor, problemas familiares, matrimoniales, flirteo extramatrimoniales. Regreso al trabajo (de la mujer) después de la crianza, la muerte de un amigo, etc.
ADULTEZ 50-65 años	Problemas de salud. Decisiones: jubilación (passatiempo, nueva profesión). Cambios en la disposición física de la vivienda (de granja a un departamento en la ciudad). Conflicto en el crecimiento de los hijos. "Vida vacía" (el último hijo deja el hogar). Muerte del cónyuge, divorcio, conflictos con los padres. Resistencia a la jubilación (separación o prescindir papales laborales/responsabilidades).
VEJEZ 65 años-muerte	Dificultades financieras, conflictos interpersonales con los hijos. Conflictos interpersonales con los demás. Indiferencia por parte de los adultos jóvenes. Muerte de amigos y conciencia de soledad. Enfermedad e incapacidad. Dificultad en la adaptación a la jubilación.

* CUADRO EXTRAIDO DE SLAIKEU, K.A. "INTERVENCIÓN EN CRISIS", 1984

FASES DE LA CRISIS

El estado de crisis atraviesa por una serie de etapas relativamente bien definidas. Caplan*, en 1964, las describe como sigue:

1. La respuesta de la persona ante la situación crítica da como resultado un incremento en la tensión, actividad y desorganización del individuo. Intenta resolver la situación utilizando las maniobras acostumbradas esperando volver al equilibrio.

2. La falta de éxito al utilizar los mecanismos normales de defensa, más el impacto continuado del proceso precipitante, exacerba el estado de tensión y desorganización del individuo, e incrementa la sensación de ineficiencia.

3. El punto crítico alcanzado por las tensiones, fuerzan al sujeto a utilizar recursos extras, tanto internos como externos, para intentar la resolución. De esta manera, o se reduce la amenaza externa al tener éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento y se redefine el problema, o bien, se renuncia al intento de resolución.

4. Si el problema persiste y no ha podido resolverse, puede haber una mayor desorganización de la personalidad y precipitarse a un episodio psicótico, repliegue o abandono por parte de la persona.

* Mencionado en Slaikou (74), p 25.

EL CONTEXTO DE LA CRISIS

La Teoría General de los Sistemas (T.G.S.) desarrollada por Ludwig Von - Bertalanffy, propone que se observe el contexto dentro del que vive la persona y en particular, las interacciones entre ella, subsistemas diversos y el medio ambiente inmediato que puede dar las pistas del inicio de la crisis, también como su duración y su resultado último, (74).

La persona es como un sistema conformado de subsistemas conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo. A su vez se relaciona con el - microsistema que representa a la familia y al grupo social de la comunidad y con el macrosistemas que incluye los valores culturales y sistemas de creencias (Ver Cuadro Nº 3).

CUADRO No.3: Crisis en los sistemas

SISTEMA	VARIABLES
PERSONA	Aspectos conductuales, afectivos, anímicos, interpersonales, y cognoscitivos de un funcionamiento individual.
FAMILIA/GRUPO SOCIAL	Familia, amigos, vecinos y la naturaleza de sus relaciones con la persona en crisis (cohesión, patrones de comunicación, roles y responsabilidades, flexibilidad y franqueza, valores).
COMUNIDAD	Las características de la comunidad del individuo incluyen: geografía, recursos económicos y materiales; los políticos: es estructuras políticas y gubernamentales (ejecutivo, judicial y legislativo), el lugar de empleo del individuo -si otro- negocios e industrias, escuelas.
CULTURA	Valores predominantes, tradiciones, normas, costumbres.

* CUADRO EXTRAIDO DE SLAIKEU, K.A. INTERVENCION EN CRISIS, 1984

Slaikeu (74), continúa diciendo que la teoría de la crisis dentro de una estructura general de sistemas, puede resumirse de la siguiente manera:

"Antes de un suceso de crisis, el individuo (persona-sistema), se encuentra, estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar/social que está alojado en un ambiente comunitario, que es parte de una amplia cultura social. El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, desempleo) choca sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. Este interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en términos de cinco subsistemas CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo). La reacción del sujeto en cambio afecta a los otros suprasistemas (familia, comunidad, etc.). En el sentido más inmediato, el cónyuge, hijos y amigos cercanos se involucran íntimamente en la crisis. Sólo como probable, sin embargo, vecinos, compañeros de trabajo, y la comunidad completa se afectan. A los pocos días siguientes al trastorno de la crisis, las oportunidades para la primera ayuda psicológica (intervención en crisis de primer orden) de la familia y comunidad existe. En las semanas subsiguientes, las etapas se dirigirán a restablecer el enfrentamiento y por último resolver la crisis. Sea a través de una terapia en crisis formal (proporcionada por un trabajador entrenado mediante diversos sistemas comunitarios), o a través de recursos de ayuda naturales (familia, vecinos, medio), finalmente ocurrirá el equilibrio ya sea para la salud o enfermedad. La resolución de todas las crisis individuales tendrá un efecto considerable sobre la salud total de vecinos, comunidad y sociedad en general" (p. 28).

TRATAMIENTO

La gravedad y resolución de las crisis depende de 5 factores: a) gravedad del suceso precipitante; b) estilo de vida y estructura del carácter de la persona; c) capacidad del sujeto para responder a las situaciones críticas sin desintegración; d) calidad y naturaleza de situaciones previas que ha confrontado y e) cantidad de apoyo que le es proporcionado durante la crisis. Debido a su ambivalencia e incertidumbre y a su necesidad de obtener ayuda, la persona está abierta a sugerencias, dirección y modificación por parte de otras personas que pueden ayudarle a resolver su problema. La actitud receptiva de la persona da una oportunidad de tiempo muy limitado para lograr cambios rápidos. La intervención en crisis trata de que el individuo logre una conducta más adaptativa y eficaz en el futuro.*

* Este tópico se amplía en la SECCION IV: INTERVENCION EN CRISIS.

2. LA FAMILIA Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES

EL INDIVIDUO, SOCIEDAD Y FAMILIA

Minuchin (51) considera que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales, por lo que su vida psíquica no es exclusivamente un proceso interno. El hombre es parte de su medio, su pasado influyó en la creación y organización de su personalidad y su forma de relacionarse con los demás que se manifiesta en el aquí y ahora. El individuo junto con su contexto y su familia se convierten en un sistema sociocultural abierto, en continua transformación y que muestra un desarrollo a través de una serie de etapas que exigen una reestructuración. Entonces, la familia es un sistema, un grupo social natural. Cuando esta estructura se modifica, consecuentemente cambian las experiencias, conducta y procesos psíquicos de sus miembros. En la familia hay pautas transaccionales que son operaciones repetidas que la familia tiene para establecer de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Existen subsistemas conyugal, parental y fraterno. Cada individuo miembro de una familia, pertenece a varios de ellos en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Los límites son las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Su función reside en proteger la diferenciación del sistema y para que el funcionamiento sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros y flexibles.

Cuando uno de los miembros del sistema se encuentra afectado por un estrés, los otros miembros se acomodan a sus nuevas circunstancias. Si uno de ellos enferma o se recupera, la familia requiere de una readaptación para incluirlo en su nueva posición al sistema y a su contexto. En la negociación -

de nuevas reglas, surgen conflictos y la familia cambia a raíz de la evolución de sus miembros, por los cambios en la constelación y por situaciones - externas, como depresión económica y cambio de domicilio. Es posible que la familia responda al estrés apegándose en forma rígida a esquemas estructurales previos manifestando pautas disfuncionales.

LA FAMILIA MEXICANA

Según Solórzano (76), la familia mexicana es el grupo social más solidario tanto en zonas urbanas, suburbanas o rurales. Existe un bagaje histórico del cual es difícil escapar y que tiene un nexo íntimo con los procesos culturales. En un porcentaje elevado las mujeres tienden a ser dominantes por sumisión y los varones temen expresar sus características de amor y ternura por considerarlas femeninas. La familia en México es un patriarcado en la superficie y un matriarcado bajo el agua. El hombre en un gran sector de la población es abandonante, se desatiende de sus obligaciones como esposo y como padre. Por su parte, la mujer, cada vez más sale del hogar para procurar sustento. Con la institucionalidad en el cuidado de los hijos, como son estancias - y guarderías, el niño no cuenta con figuras de apoyo, afecto y seguridad que - le permitan un desarrollo adecuado. Además de esto, México se ha caracterizado en los últimos 20 años por una intensa migración de campesinos que llegan a sufrir un choque transcultural por pérdida de su arraigo anterior, creándose así asentamientos humanos y mayor violencia social. Al mismo tiempo, hay una gran influencia de la cultura de países desarrollados a través de los medios masivos de información, que han producido cambios en los valores fundamentales que afectan la estructura clásica de la familia mexicana. Puede existir aparentemente buena integración, pero ésta es casi siempre una simbiosis de - tipo neurótico y la comunicación sólo se establece para expresar discordancia y herirse mutuamente.

CONSECUENCIAS DE PROBLEMAS FAMILIARES

El vasto rango y la diferencia topográfica de los problemas que surgen por las dificultades en las relaciones interpersonales, comúnmente describe un continuo de problemas de variada complejidad. En ocasiones, un limitado repertorio social puede provocar depresión o angustia. Esto, junto con las dificultades vocacionales, los problemas maritales, el no llevarse bien con los otros, pobre autoestima y soledad, son algunas quejas presentadas que pueden estar relacionadas con déficits interaccionales, inadecuadas habilidades de comunicación y pérdida de interacción interpersonal, (39).

Freedman, Kaplan y Sadock (27), comentan que la causa principal de casi todas las neurosis es un trastorno de la relación padres-hijos y que además de las amenazas que emanan de las relaciones familiares alteradas, hay "... la desintegración sociocultural que se caracteriza por un alto porcentaje de hogares desintegrados, baja en las creencias religiosas, pocos líderes de la comunidad, pocas pautas recreativas, hostilidad, mayor número de crímenes y delitos, y una mala red de comunicaciones. Aunado a ésto, la disminución de apoyo emocional que antes era proporcionado por los estrechos lazos familiares y la complejidad de la vida moderna, hacen que la sociedad se convierta en una fuente importante de enfermedad mental. Como consecuencia de todo ésto, las neurosis de ansiedad y depresión y otras neurosis, aumentan su incidencia" (p. 359).

TRATAMIENTO

González (31), señala que la crisis en las instituciones familiar, matrimonial y de la pareja, son productos a su vez de cambios sociales, por lo que hay un aumento creciente en la demanda de terapia de pareja en los últimos años. Los motivos de consulta se centran en la pareja en crisis que -

ve a terapia por propia iniciativa, por consejo de una tercera persona, por indicación de un terapeuta individual o por problemas con/o de los hijos que mostrarán ser básicamente problemas de los padres, es decir, de la relación conyugal.

Minuchin (51), afirma que lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de sus miembros, síntomas que reflejan un recurso para mantener el sistema o que son mantenidos por el mismo. Por esto, la intervención terapéutica debe estar encaminada a la facilitación de la transformación del sistema. El pronóstico está en relación a la flexibilidad, contexto, estadio y pautas transaccionales de la familia, así como al significado de los síntomas del paciente identificado.

3. DEPRESION

La depresión afecta cada día a más personas. Calderón (14), hace todo - un análisis de este cuadro clínico. Dice que la depresión puede presentar dos aspectos, uno con francas alteraciones de los afectos que permiten un fácil - diagnóstico, y otro en que dichas alteraciones están enmascaradas, predominan do síntomas somáticos que son difíciles de identificar.

SINTOMAS

El divide los síntomas de la depresión en 4:

Los trastornos afectivos son los síntomas que se refieren al estado de in diferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza con o sin llanto, es resistente y relativamente impermeable a influencias exteriores. Quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad. La persona deprimida manifiesta que no tiene confianza en sí misma y se le dificulta tomar decisiones. El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad da origen a sentimientos de autodevaluación, el individuo deprimido es derrotista y se torna dependiente de sus familiares. otro - síntoma frecuente es el miedo, el sujeto tiene temor pero no sabe a qué y en ocasiones puede parecer absurdo. La ansiedad suele presentarse en diversas - intensidades, con frecuencia aparece en la mañana y disminuye a lo largo del día. Finalmente, la irritabilidad, que muchas veces es el motivo básico de la consulta, es la agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

Los trastornos intelectuales pueden presentar síntomas importantes. Es frecuente que la sensopercepción esté disminuida al no captar adecuadamente - los estímulos. Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, sobre -

todo dificultad para la evocación. La atención y concentración disminuyen, presentando una mala fijación de los hechos de la vida cotidiana. Hay disminución de la comprensión y la comunicación se dificulta. Las ideas de culpa y fracaso llevan a la autodevaluación y a la incapacidad de enfrentamiento. - El pensamiento obsesivo contribuye a molestar más al deprimido con ideas o recuerdos repetitivos que lo acongojan.

Los trastornos conductuales son producidos por las alteraciones afectivas e intelectuales. La actividad y productividad del sujeto disminuyen; hay descuido en sus obligaciones, en su aseo personal y mal rendimiento en el trabajo. Los impulsos suicidas son el aspecto más delicado y peligroso, ya que representan ideas o intentos de privarse la vida. El impulso a ingerir alcohol y otras drogas es un mecanismo de escape a la ansiedad.

Los trastornos psicósomáticos pueden estar enmascarando una depresión. - Existen trastornos en el sueño, el insomnio se puede presentar al principio, al final o en medio del periodo de descanso. Hay dormir inquieto y en algunos casos hay hipersomnia. Los trastornos del apetito se pueden manifestar en anorexia o en hambre compulsiva. La libido se ve disminuida al debilitarse el deseo sexual. La cefalea tensional afecta de preferencia a los músculos de la nuca y los temporales. Los trastornos digestivos que se presentan son la dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas, etc. Los trastornos cardiovasculares son trastornos en la frecuencia o ritmo cardíaco, disnea supirosa, etc. Un conjunto adicional de síntomas del deprimido está constituido de mareos, prurito y alopecia, entre otros.

Al ver todos estos síntomas resulta obvio que la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro. A pesar de que no hay factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, se puede hablar de dos tipos de depresión: la reactiva y la endógena. La primera posee una causa grave, objetiva, que

produce la depresión como pérdida de objeto amoroso, pérdida de seguridad, - autoestima, etc. La segunda, no tiene una causa suficiente para esta reacción y su etiología se plantea como producto de un trastorno metabólico cerebral, (22).

CAUSAS

Con fines didácticos, Calderón (14) divide las causas de la depresión en 4: genéticas (depresión psicótica), psicológicas (depresión neurótica), ecológicas y sociales (depresión simple).

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas que son transmitidas por un gen dominante.

Las causas psicológicas son especialmente importantes en la depresión - neurótica. Como causa determinante se encuentra la mala integración de la personalidad en la etapa formativa y como causa desencadenante está la pérdida de objeto.

Las causas ecológicas se refieren a las consecuencias del desarrollo - científico y tecnológico en los últimos años, que si bien ha proporcionado mayor bienestar al hombre, también ha traído efectos negativos: aumento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes y una cantidad - enorme de desechos, generando así una severa contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico consiguiente.

Las causas sociales de la depresión son variadas, como son la debilitación y desintegración de los lazos familiares, la disminución de la fuerza - del apoyo religioso, la dificultad para establecer contacto y amistad con las personas que lo rodean, la crisis económica y la migración de campesinos a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida.

CLASIFICACION

Las causas anteriormente mencionadas llevan a un estado afectivo deprimido y a otros trastornos emocionales. Su clasificación depende del grado de severidad, de la sintomatología y de sus causas. El DSM III (2) los divide en trastornos afectivos mayores (episodio maniaco, episodio depresivo mayor, trastorno bipolar mixto, bipolar maniaco, bipolar depresivo, depresión mayor-prim~~er~~ episodio y depresión mayor-recurrente), trastornos afectivos específicos (trastorno ciclotímico, distímico o neurosis depresiva) y trastornos depresivos atípicos (bipolar atípico y depresión atípico).

TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico para la depresión está basado en medicamentos antidepressivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Dependiendo del tipo de depresión se puede utilizar desde psicoterapia breve y de emergencia hasta psicoanálisis. Cuando el caso es reciente mejora el pronóstico y cuando es crónico disminuyen las posibilidades de éxito, (14).

4. ANGUSTIA

Para Kolb (41), la angustia puede describirse como una intranquilidad - penosa de la mente, con tensión excesiva acompañada de un terror inexpressable, o como una sensación de expectación aprensiva. Esta angustia ocurre en cualquier situación amenazante para la personalidad o ante frustraciones o dilemas en algunos de los principales problemas de la vida. Es por eso que la angustia es uno de los cuadros clínicos más importantes en sociedades conflictivas como lo es la Cd. de México.

SINTOMAS

Los individuos que en forma constante presentan angustia generalizada se muestran tensos, tímidos, aprensivos, sensibles a las opiniones de los demás, se sienten incómodos por razones banales y tienden a preocuparse. En ocasiones son distantes, experimentan sentimientos de inferioridad, se les dificulta tomar decisiones y temen cometer errores. Suelen ser escrupulosos, exageradamente concienzudos, ambiciosos y sienten que hay que alcanzar altos niveles que ellos mismos se imponen. Si la angustia se vuelve más perturbadora, puede expresarse en forma de síntomas como depresión, insomnio, irritabilidad, actividad incansante, indecisión paralizante, trastornos psicósomáticos, explosiones de agresividad, ataques de llanto y sentimientos de incompetencia e inferioridad, acompañados en ocasiones de una actitud paranoide. Por lo general, en una neurosis de angustia hay fatiga crónica, incapacidad para concentrarse y algunos reportan "estar volviéndose locos".

Además de un estado crónico de tensión y angustia moderada, la persona

puede verse sujeta a sensaciones agudas, aterradoras, semejantes al pánico, que duran desde unos cuantos momentos hasta una hora. En estos ataques de angustia, el paciente sufre de taquicardia, palpitaciones, opresión cordial, náusea, diarrea, deseo de orinar, disnea y una sensación de ahogo o sofocación. Las pupilas se dilatan, se congestiona la cara, hay transpiración, parestesias, temblores, mareos o desmayos, a menudo experimentan debilidad o sensación de muerte inminente. En un ataque de angustia reactiva aguda, el cuadro clínico puede estar matizado por una situación traumática. Como ejemplo de esto está la neurosis de combate. Cuando hay ataques agudos de angustia, habitualmente sufre también de un estado de angustia crónica. Hay dificultad para dormir, sueños aterradores, escalofríos, dolor de cabeza y sensación de aleteo en el estómago. La persona se muestra aprensiva, olvidadiza, teme quedarse sola pero no desea conversar, busca una explicación física de este estado mental.

Ey (22), da las características de la ansiedad patológica: "... es anacrónica, porque revive situaciones pasadas; fantasmagórica, en donde el sujeto representa imaginariamente un conflicto inconsciente y estereotipada, por que es repetitiva y enraizada en el carácter mismo del individuo. Así, la angustia se descarga globalmente por medio de un comportamiento de petición de ayuda, dependiente, agresivo, exigente, como un modo de reaccionar infantil" (pp. 403-404).

CAUSAS

A diferencia de otras reacciones psiconeuróticas en las que la persona recorre a un mecanismo de defensa para controlar la angustia, en las reacciones de angustia no existe tal mecanismo psicológico de defensa. La represión

por sí sola es insuficiente para manejar la angustia. Kolb (41), dice que - al no desplazarse la angustia como en las neurosis fóbicas, ni convertirse en síntomas funcionales como en la histeria, ni descargarse a través de una desorganización grave de la personalidad como la disociación, la fuga o la amnesia, ni controlarse en forma automática por medio de un pensamiento o acto repetitivo, permanece difusa y sin control, por lo que el individuo se encuentra en un estado constante de expectación angustiada.

Kephan, et. al. (27), afirman que, epidemiológicamente, por lo menos en una tercera parte de la población existen trastornos crónicos ligeramente incapacitantes que crean problemas emocionales. Se estima, en general, que la neurosis de angustia afecta aproximadamente al 5 % de la población adulta. - Las mujeres padecen con mayor facilidad neurosis de ansiedad que los hombres, como la angustia respecto a la menstruación, al embarazo y a la menopausia. - El cambio sociológico puede afectar también a los sexos de manera diferente. Actualmente, hay conflicto con la asignación de roles, la sociedad asigna diferentes valores y símbolos a hombres y mujeres en su búsqueda de reconocimiento, seguridad, satisfacción sexual, amor y expresión de la hostilidad.

Estos autores también dicen que la angustia se puede presentar en cualquier etapa de la vida, dependiendo de factores bioquímicos, de factores precipitantes, del desarrollo individual, del contexto, de las metas, de la capacidad para resolver problemas, de las relaciones con los demás, etc.

CLASIFICACION

El DSM III (2), ha clasificado a los síntomas de angustia en trastornos por ansiedad de la infancia o adolescencia (por separación, evitación y ansie

dad excesiva), trastornos por ansiedad (fóbicos, estados de ansiedad y estrés posttraumático) y trastornos adaptativos (con estado de ánimo ansioso y mixto).

TRATAMIENTO

Kaplan y sus colaboradores (27) señalan que frente a la angustia, la calma, el apoyo y la confianza del terapeuta tienen poderes curativos intensos. La esperanza del paciente de ser curado es terapéutica en sí misma y la catarsis disminuye su ansiedad. Las técnicas de intervención, pueden ir desde el asesoramiento del paciente a la terapia familiar y a la manipulación directa del ambiente. La psicoterapia breve intensiva es eficaz en este tipo de trastorno. El psicoanálisis puede proporcionar al paciente insight de las causas dinámicas de la enfermedad y los ansiolíticos pueden utilizarse para dar alivio sintomático a los síntomas crónicos de angustia.

SECCION III:
PSICOTERAPIA BREVE
Y DE EMERGENCIA

La sociedad, cada vez más consciente del valor de la salud mental, nece
sita cada vez más servicios en relación a su cuidado. La psicoterapia breve
y de emergencia desempeña un papel doblemente importante. Por un lado, su im
portancia proviene del recurso no utilizado o subutilizado de personal compe
tente para responder a las necesidades de ésta (56) capaz de realizar psico
terapia breve y de emergencia previa capacitación, que beneficie a los indi
viduos que tengan los problemas más urgentes.

Por otra parte, este tipo de psicoterapia puede ser una medida preveni
va al impedir que se llegue a una desadaptación grave que pueda convertirse
en una enfermedad seria y crónica, (9).

DEFINICION

Bellak y Small (9) afirman que la psicoterapia breve y de emergencia es
una interacción verbal o simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada -
por una serie de conceptos dirigidos hacia un cambio beneficioso en el pacien
te. Exige que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemen
te asentados, de hipótesis bien fundamentadas y del máximo orden posible en
cuanto a la precisión del pensamiento y la mayor economía en la intervención.
Deberá cumplir sus fines a corto plazo por lo que, a pesar de sus bases psi
coanalíticas, es razonable pensar en términos empíricos de relaciones causa

les, ya que el terapeuta tiene que "... estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa, mientras con rapidez formula los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido común, y casi simultáneamente tiene que decidir sobre cuál es la intervención más fructífera. El terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo. No tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla. Y cuando estos procesos básicos del proceso terapéutico no se presentan tiene que inventar alternativas." (p. 9)

PRINCIPIOS BASICOS

Bellak y Siegel (8), resumen algunos principios básicos de la psicoterapia breve y de emergencia. En lugar de seleccionar pacientes, se seleccionan y establecen objetivos en cada caso particular. Se basa en una historia exhaustiva, compleja, psicodinámica y estructural de la persona, así como de los aspectos sociales y médicos. Teóricamente, sería óptimo que la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia se realizara por clínicos y, de preferencia psicoanalistas bien entrenados. La única desventaja de esto, es que la personalidad adquirida por muchos años al hacer psicoanálisis, puede interferir con el tipo de actividad necesaria para la psicoterapia breve. Pero, por supuesto, el tener un vasto conocimiento clínico es en realidad una ventaja. Sin embargo, personas con una información relativamente limitada de la psicodinamia pueden ser enseñadas a usar la psicoterapia breve (p.9). No se limita necesariamente a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones del tiempo, puede haber una oportunidad de reconstruir al paciente en un nivel superior premórbido. Es útil para la prevención primaria, se

cundaria y terciaria. Se recomienda como procedimiento a seguir en clínicas, instituciones comunitarias y aún en la práctica privada, ya que resulta económica, elimina largas filas de espera y se atiende a la gente en forma rápida, antes que desarrollen una cronicidad y resistencia posteriores a la terapia. De la misma manera, se recomienda cuando el personal, tiempo y/o costo, no es suficiente ni accesible; con poblaciones que no tienen acceso a este tipo de servicio por diversas razones, (9). Además, existen estadísticas que indican que el paciente promedio por lo general, no acude a la terapia más de cinco veces, ya que no está acostumbrado al concepto de la psicoterapia a largo plazo. La mayoría de la gente se presenta a psicoterapia sólo en momentos de crisis; una vez superado ese trance, desaparece la motivación para seguir explorando más profundamente los problemas.

CONTRAINDICACIONES

La Psicoterapia breve y de emergencia ha demostrado ser de alguna utilidad en casi todos los problemas emocionales. No obstante, en los casos en que es deseable y posible una reconstrucción del carácter, la psicoterapia rápida no es el tratamiento que se elige. Esto incluye las psicosis y también las psiconeurosis y sociopatías sutiles y extendidas, en las cuales el acting-out desempeña un papel importante, (9).

Hay autores (8), que sugieren que la terapia breve se considere el primer método a elegir y sólo cuando falle o haya una razón para desear cambios más extensos, puede emplearse la psicoterapia a largo plazo o el psicoanálisis.

SECCION IV:

INTERVENCION EN CRISIS

La psicoterapia de emergencia es psicoterapia rápida aplicada a situaciones especiales de crisis y exigencia. Sin embargo, hay algunas diferencias entre la terapia de urgencia e intervención en crisis, ya que ésta pretende restituir al paciente al estado de precrisis sin ningún intento por lograr un nivel superior de resolución y funcionamiento (8).

DEFINICION

La Intervención en Crisis es el conjunto de actividades diseñadas para influir sobre el curso de una crisis hacia aquella conducta más adaptativa y eficaz en el futuro. Su objetivo principal es ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis, aunque la mayoría de los terapeutas reconocen que el paciente nunca "regresa" al nivel anterior de funcionamiento. Al tratar y resolver la crisis con buen resultado, la persona aprende nuevas formas de enfrentamiento, ya que su potencial preventivo impide que el daño evolucione al atender de manera inmediata al solicitante. El proporcionar ayuda en esta situación abre la posibilidad de utilizar otros servicios de salud mental (74).

SECUENCIA DE LA INTERVENCION EN CRISIS

Brockopp* sugiere una serie de pasos aplicables en situaciones de crisis:

1. Hacer una evaluación inicial sobre la gravedad de la crisis. Es fun

* Mencionado en Rodríguez (66), pp. 34-35.

damental saber con cuánto tiempo se cuenta antes de tomar cualquier decisión. Esta pregunta es crucial para disminuir la ansiedad del terapeuta, ya que en la gran mayoría de los casos no se presenta la disyuntiva de vida o muerte, el tiempo puede o no ser un elemento importante.

2. Desarrollar una relación con la persona en crisis, lo cual se logra en base a la libertad del paciente para dar información al terapeuta y por la actitud comprensiva y no enjuiciadora de éste.

3. Asistir a la persona para identificar el problema específico que tiene, ya que la persona en crisis frecuentemente se encuentra confundida y desorganizada, siéndole difícil definir sus problemas. Debe tenerse cuidado al explorar el campo de interacción del individuo, ya que por lo regular solicita una solución rápida, pudiendo confundir al terapeuta. Si se aclara el problema, usualmente la persona siente cierto alivio.

4. Medir y movilizar fuerzas y recursos del usuario, quien frecuentemente siente que no tiene amigos ni alguien que pudiera ayudarle; ésto es más agudo en el principio de la crisis, cuando la desorganización y confusión son mayores. Al explorar la situación de crisis, el terapeuta puede encontrar recursos que el usuario ha olvidado; es importante saber cómo utilizarlos, lo que puede ser de vital importancia.

5. Desarrollar un plan de acción: a fin de aumentar el potencial de la persona para resolver el conflicto por el que atraviesa, necesitan llevarse a cabo ciertas actividades consideradas por el terapeuta como adecuadas, para lo cual el usuario ha de comprometerse en su realización. Este plan debe ser realista, adecuado al individuo, teniendo en cuenta las condiciones de su medio ambiente. En la intervención en crisis, el papel del terapeuta debe ser activo, no debiendo vacilar en tomar una decisión movilizandolos que puedan ser cruciales para la recuperación del individuo. Si logra

que la persona que llama considere la situación desde otro punto de vista - diferente al que tenía y más constructivo, habrá cumplido su objetivo y aumentado su potencial para resolverla. Es importante señalar que el terapeuta no puede tomarse la crisis como su responsabilidad, (13).

INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER Y SEGUNDO ORDEN

La Primera Ayuda Psicológica o Intervención en Crisis de Primer Orden implica la ayuda inmediata y que casi siempre toma sólo una sesión en la que se proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. Además, la pueden y deben brindar las personas que observen primero la necesidad, en el momento y lugar en que se origina.

La Intervención en Crisis de Segundo Orden o Terapia en Crisis es el proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y dirige mejor la resolución de la crisis. Ayuda al sujeto a enfrentar la crisis expresando sentimientos, dominando cognoscitivamente la situación, de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida y enfrentar de mejor manera el futuro. Lo anterior queda explicado con detalle en el Cuadro Nº 4, (74).

CUADRO No. 4: Intervención en crisis

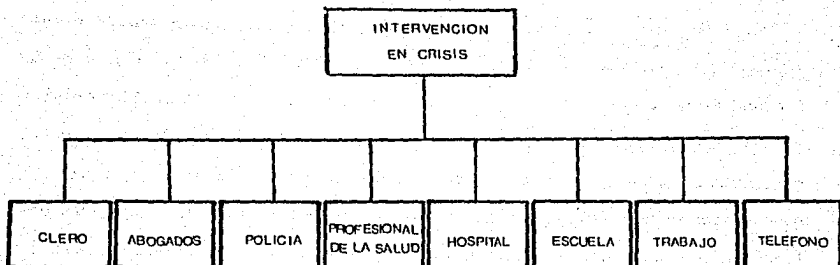
	INTERVENCIÓN DE PRIMER ORDEN: PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA	INTERVENCIÓN DE SEGUNDO ORDEN: TERAPIA EN CRISIS
¿Cuánto tiempo?	Minutos a horas	Semanas a meses
¿Por quiénes?	Padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, maestros, supervisores, etc.	Practicantes y asesores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores pastorales y escolares, enfermeras psiquiátricas, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: casa, escuela, trabajo, líneas de urgencia, etc.	Terapia/Ambientes de asesoría: clínicas, centros de salud mental, acceso a instituciones, iglesias, etc.
¿Objetivos?	Reestablecimiento inmediato del enfrentamiento: dar apoyo; reducir la mortalidad; vincular a los recursos de ayuda	Resolución de la crisis: enfrentar el suceso a la estructura de la vida; establecer la significación/disposición para enfrentar el futuro

* CUADRO EXTRAÍDO DE SLAIKEU, K.A. "INTERVENCIÓN EN CRISIS", 1984

SISTEMAS DE INTERVENCION EN CRISIS

El diagrama Nº 1 permite visualizar las diferentes personas e instituciones que de alguna manera intervienen en caso de que se presenten crisis emocionales, de acuerdo a las condiciones sociales y económicas del momento. Lo pueden llevar a cabo el clero, los abogados, la policía, los profesionales de la salud, en las salas de urgencia de hospitales, en las escuelas, en el ámbito laboral y lo más reciente y novedoso, a través del teléfono.

DIAGRAMA No. 1: Sistemas de intervención en Crisis



SECCION V:

INTERVENCION EN CRISIS

POR TELEFONO

1. EL TELEFONO Y SU USO

El teléfono es un instrumento que permite reproducir a lo lejos la palabra o cualquier sonido. La primera vez que se transmitió la voz fue realizada por Graham Bell en 1876, cuyos aparatos se han ido perfeccionando cada vez más, (20).

Inicialmente constituyó un artículo de lujo para un pequeño grupo privilegiado. No obstante, en la actualidad es de gran utilidad social, llegando incluso a considerarse como un servicio de necesidad imperiosa. El surgimiento del teléfono ha sido una invención capaz de revolucionar las formas de vida llevadas hasta ese momento. Las características de la vida moderna dentro de los crecientes núcleos urbanos ha creado lo que Wurtzel llama despersonalización urbana, entendida ésta como la pérdida de la socialización inmediata y personal. El uso del teléfono se ha incrementado a partir de este fenómeno, ya que permite mantener y ensanchar el "vecindario psicológico" de las personas teniendo posibilidades de acceso a un nuevo ambiente que, aunque - prácticamente impalpable, es familiar, (66).

DENSIDAD TELEFONICA

La cantidad de servicios proporcionados por el teléfono aumenta y se vuelve más compleja a medida que la sociedad evoluciona. En E.U. existen 65.5 teléfonos por cada 100 habitantes y cada individuo realiza un promedio de 894 llamadas anualmente, (66). México se encuentra en una situación diferente. Teléfonos de México, en Noviembre de 1987, informó que la densidad telefónica es de 7.5 teléfonos por cada 100 personas, (82).

Esta red ha permitido la creación de nuevos patrones de conducta en la sociedad. En la actualidad es útil dentro de todas las esferas de la vida de una comunidad: negocios, industria, salud, etc.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y EL TELEFONO

Existe una creciente brecha entre la necesidad de servicios de salud mental y el déficit existente para responder a ésta. Es cada vez mayor el número de personas que desean y necesitan recibir atención psicoterapéutica, los recursos humanos que hay no logran enfrentar plenamente a esta demanda. Aunado a lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud en 1988 manifestó su preocupación de que en América Latina ha habido una constante subutilización del psicólogo en los programas de salud, en donde las acciones educativo-preventivas juegan un papel determinante, (56).

Dentro de los orígenes sociales e institucionales existen al parecer 3 grandes grupos de población que, por distintas causas no reciben atención en las instituciones o consultorios privados:

1. Aquellos cuyas características personales, económicas o sociales no les permiten solicitar y/o recibir ayuda psicológica. Personas que viven a una gran distancia del terapeuta, pacientes que no pueden abandonar su hogar debido a la falta de transporte, o presencia de niños en su casa, o dificultades de ambulación, aquellos cuya presencia física los hace rehusar el aparecer en público, aquellos que son incapaces de abandonar su oficina en horas regulares de la clínica. (Catenzaro, R. y Green W.)*
2. Aquellos en que las instituciones de salud mental abierta o implícitamente rechazan, o que debido a sus recursos limitados no pueden absorber. En este fenómeno los procedimientos burocráticos rígidos han sido determinantes. (Garell, D.)*
3. Personas cuyas necesidades de ayuda no requieren atenciones prolongadas. (Kalafat, J. y Tyler, M.)*

La organización burocrática de los servicios de salud mental, representa un obstáculo para una población que requiere de atención urgente en horarios no convencionales de clínicas y hospitales, tales como las que se dan durante los fines de semana y por la noche, las personas que presentan algún problema en estos periodos, tendrán que esperar hasta días y horarios hábiles, pudiéndose encontrar con una larga lista de espera. Este sistema de tratamiento tiene una carencia grave, no aprovecha el momento crítico, en el cual el estado psicológico del individuo permite, mediante una intervención corta, lograr efectos importantes, (9).

*Citados en Rodríguez (66), p. 7.

Mac Kinnon y Michels (47) han manifestado que el teléfono ha desempeñado en la práctica psiquiátrica contemporánea un papel importante. La mayoría de los pacientes establecen su primer contacto a través del teléfono que también puede utilizarse para entrevistas psiquiátricas, tanto para situaciones de urgencia como sobre una base a largo plazo. Cuando un paciente ha telefonado, suele ser indicado referirse a esta llamada en la sesión siguiente y así ofrecerle al paciente la oportunidad de examinar sus reacciones a la conversación telefónica y de explorar el significado más profundo de ésta para él. También, se ha usado en aquellos casos en que el paciente se vea obligado a trasladarse en alguna parte donde no haya psicoterapia disponible.

El teléfono ha sido utilizado como parte importante dentro de tratamientos cortos, además de otras técnicas; tiene un rol vital ante el suicidio y puede ser utilizado dentro de una terapia regular o fuera de ella, (52,36).

En este aspecto, el teléfono es un medio importante pues permite superar la incapacidad para comunicarse, además de que funciona como enlace entre las necesidades de los ciudadanos y otros recursos de la comunidad, (32). El uso de la psicoterapia a través del teléfono es de gran utilidad para poblaciones sin acceso a tratamiento privado, grupos que rechazan este tipo de ayuda, también para un mejor empleo de los recursos terapéuticos a un nivel social, ayuda a disminuir el déficit entre oferta y demanda de servicios de salud mental y posibilita la atención a un mayor número de gente, (9).

Sorpresivamente los profesionales de la salud mental han dedicado pocos reportes para comunicar el uso que del teléfono hacen. Lester (43) cita a Miller, quien encontró que los psiquiatras lo usan de manera cotidiana de acuerdo a los siguientes porcentajes: 97% para manejar las crisis, 45% como medio adjunto para manejar la terapia y, el 19% como modo primario de tratamiento.

to. En la actualidad y debido a las múltiples posibilidades que ofrece la red telefónica, las profesiones de la salud mental están haciendo creciente uso - del teléfono, esto tiene un factor de gran importancia: la presencia física - del paciente no es imprescindible, puesto que en gran medida el diagnóstico y tratamiento quedan basados en el discurso del paciente o usuario, (66).

Para Forsman*, los servicios para crisis comprenden 3 tipos: conmutadores, clínicas libres y servicios telefónicos. Todos utilizan el teléfono como medio primario de intervención, pero existen diferencias entre sí. Los conmutadores son principalmente un servicio de referencias que manejan información sobre otras actividades, además de atender crisis suicidas o emocionales agudas; las clínicas libres responden más a necesidades de tipo médico tales como información sobre enfermedades venéreas, educación sexual, etc. y proporcionan asistencia médica a domicilio en problemas que pueden tener implicaciones de tipo legal si son atendidas en cualquier hospital (como intoxicaciones por drogas). Los servicios telefónicos se enfocan más a necesidades de - tipo psicológico.

Existe otra clasificación para este tipo de servicios:

- a) Informativos. Refieren a instituciones sociales.
- b) Unidades Mayores con Multiservicios. Además del teléfono cuentan con atención personal en clínicas.
- c) Servicios Telefónicos para Crisis. Son independientes de instituciones y no proporcionan servicios personales, utilizando el teléfono como el único medio para ayudar al usuario a utilizar sus propios recursos y habilidades para resolver problemas, (75).

* Citado en Rodríguez (66), p. 32.

2. CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO

Slaikeu (74) menciona que la característica más distintiva del servicio telefónico es que la ayuda ofrecida a una persona en crisis tiene lugar sin el beneficio de las señales no verbales tales como los gestos faciales y lenguaje corporal y se basa exclusivamente en las palabras habladas entre el que ayuda y el usuario y cómo son habladas. A este respecto, Sullivan (79) dice que la mayor parte de las guías referentes a lo que la gente quiere decir en realidad nos llega por vía de los oídos. Las variaciones tonales en la voz son con frecuencia guías seguras en la comunicación. Una persona dice lo que es evidente y hay que investigar qué es lo que quiere decir. El terapeuta tiene que prestar mucha atención a los aspectos delatadores de la entonación, ritmo de la conversación, dificultad de enunciación, etc., ya que - son señales o indicaciones de significado.

Por su parte, Bellak y Small (9) señalan que la palabra es el medio de comunicación en psicoterapia; debe observarse la elección de palabras del paciente, el ritmo de su discurso, el estilo y método de expresarse, el énfasis o carencia de él, etc. Asimismo, el terapeuta debe tener conciencia de su propia forma de expresarse.

No obstante que la atención es proporcionada a través de una máquina, ayuda, ya que permite la transmisión de todo aquello que pueda vocalizarse. En el campo de la salud mental es posible establecer un diagnóstico y tratamiento sin la presencia física de la persona, ya que se basan en gran parte sobre

el discurso del paciente, (32,42). Permite salvar barreras personales y geográficas, dado que existen problemas y circunstancias reales que obstaculizan a muchas personas el acudir a recibir atención, como el transporte, horario, pocos recursos, etc., (67).

El terapeuta es en sí mismo un factor facilitador, cuyos elementos - que inciden en el tratamiento son: una preparación sólida, su comprensión de la dinámica del paciente y de cómo usarse a sí mismo más constructivamente en la relación terapéutica, (90). Una de sus responsabilidades más importantes es la comunicación, especialmente cuando hay poco tiempo disponible, (9).

El origen de los servicios llamados "hotline" o "counseling por teléfono", se encuentra en intentos repetitivos y empíricos de ciertos grupos para responder a una necesidad social no abordada por los servicios profesionales. Lester* en 1977, sintetiza las características más importantes de lo que él llama la consejería telefónica:

- 1) Control del usuario: en el trabajo telefónico el usuario tiene mayor poder sobre la relación terapéutica. Puede iniciarla o terminarla cuando él quiera, siendo esto un efecto facilitador para el consultante. Sin embargo, el cambio en el control de la llamada puede producir ansiedad en los terapeutas.
- 2) Anonimato del usuario: permite minimizar los sentimientos de un posible ridículo, abuso, censura o daño, e incluye también una mayor disposición y apertura para confiarse a alguien; esto es de valiosa ayuda a lo largo de la terapia.
- 3) Transferencia positiva: los terapeutas también son anónimos, lo que permite al paciente fantasear y proyectar la imagen del "te

* Mencionado en Slaikeu (74).

rapeuta ideal", lo cual es valioso para la transferencia positiva a establecer. No obstante, puede hacer que el usuario permanezca en una situación de continuas fantasías, alimentadas activa o pasivamente por el terapeuta, por lo que, debe esperarse a que se supere el estado crítico para ir confrontando al paciente con la realidad de una manera más objetiva.

- 4) Reducción de dependencia: el funcionamiento de este sistema no favorece la dependencia del paciente y del terapeuta, transfiriéndola al servicio en general y no a un terapeuta en particular.
- 5) Accesibilidad: mucha gente tiene teléfono o fácil acceso a uno y el costo por su uso es bajo, por lo que resulta muy beneficioso para casos de crisis, suicidas, homicidas y quienes no son capaces de abandonar sus hogares (ancianos o incapacitados físicamente).
- 6) Horario: Se puede utilizar las 24 Hrs. del día, todo el año y el tiempo de espera es mínimo.

Otros aspectos operativos de la intervención en crisis por teléfono se refieren al uso de personal voluntario, no profesional; grabar llamadas para supervisión e investigación; hacer un registro exacto, que permita tener la contabilidad de las llamadas para facilitar la planeación; crear redes en otras instituciones comunitarias para facilitar la referencia de los usuarios y realizar el seguimiento de los mismos algunos días después de la llamada.

Este tipo de servicios ha producido un fenómeno algo caótico, ya que cada uno realiza su labor a su manera; pocos cuentan con una organización eficiente y semejante a la de otros. Los siguientes puntos revisan aquellos servicios telefónicos en casos de crisis en el extranjero y en México.

3. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Dentro de los profesionales de la salud, los pediatras fueron el primer grupo que comenzó a utilizar el teléfono de manera sistemática. Uno de los primeros reportes al respecto, fue el hecho por Lancet en 1879, quien atendió a un niño con infección respiratoria, proporcionando las instrucciones a la madre por teléfono. Actualmente, ellos intervienen una octava parte de su tiempo en el empleo del teléfono,(66).

Respecto al alivio a problemas de naturaleza emocional, su involucramiento parte de sucesos como la prevención de suicidios. En estos primeros intentos, los sacerdotes participaban de manera más activa que los profesionales de la salud mental.

La moderna intervención en crisis por teléfono, la cual comenzó en los 50's, se convirtió en el sostén del movimiento de prevención del suicidio y creció rápidamente en los 60's. Más allá del incremento en el número de centros, a partir de los 70's se observó un desarrollo de nuevos programas y una rápida expansión en la literatura del counseling por teléfono.

Dentro de este campo, según Mc Gee*, los voluntarios aparecen hacia 1906, con un grupo de sacerdotes en Nueva York creando la New York City's National - Save A-Life League. Es hasta en 1953 cuando en Londres aparecen "Los Samaritanos del Teléfono" fundada por el reverendo Chad Varah, organización religiosa que utiliza este aparato como herramienta fundamental para prevenir el suicidio. Ellos son los primeros que utilizan esta modalidad y establecen sucursales en todo el mundo, incluyendo México. En E.U. es en 1958 cuando Ferberow y Shneidman fundan el primer servicio en Los Angeles. Su funcionamiento era más o me-

*Mencionado en Lester, D. & Brockopp, G. (45)

nos similar pero sin sacerdotes. No obstante, es durante 1964 también en Los Angeles que por primera vez participan profesionales en el "Centro para la Pre ven ción del Suicidio de Los Angeles". Aunque no fue el primer servicio de counselling por teléfono de 24 hrs, este centro es acreditado como el primero que desarrolla técnicas sobre cómo usar el teléfono para desempeñar intervenciones salvando vidas. Conforme este Centro iba conociéndose mejor las personas tele foneaban para solicitar ayuda a otro tipo de problemas emocionales por lo que en breve se demostró que podía ser de mayor utilidad como auxiliar en las cri sis. Por lo tanto, también entrena a institutos sobre cómo mejorar la inter ven ción con usuarios angustiados a través del teléfono, (74).

A estos sucesos, le siguen la creación de nuevos servicios en Norteaméri ca, Europa, Sudamérica y algunos países de Asia. En la obra de Rodríguez (66) varios autores informan sobre la cantidad de servicios similares en Norteamé rica. Fowler menciona que en 1965 había en E.U. aproximadamente 150; Brockopp comunica que para 1971 existían más de 200; Forsman establece que en 1972 ascendían a 750 en E.U. y Canadá; Slem reporta que en 1973 llegaban a 500; Rosem baum afirma que para 1977 había 600 en E.U.; Lester por su parte dice que para ese mismo año el número era de 100; Haywood y Laute* en 1980 encontraron - que existían 500.

Una posible explicación a las cantidades discrepantes proporcionadas por los investigadores pudiera partir de que hayan adoptado diferentes criterios para considerar a los distintos servicios como de atención a crisis, no habiéndolo especificado. Además, que a pesar del rápido incremento del número de - de ellos, existe también una alta tasa de desaparición de los mismos, tal como lo afirma Forsman, (26).

* Este cálculo no incluye el gran número de servicios de consejería universi taria y líneas de urgencia de orientación para jóvenes y religiosos.

Estos servicios surgen cuando un grupo de personas considera que uno o varios problemas particulares no están siendo adecuadamente atendidos por los servicios e instituciones existentes, deciden fundar otro servicio telefónico, ésto se repite de manera sucesiva, (36).

Brennan* proporcionó como posibles causas que expliquen el incremento tan rápido en el número de servicios el hecho de que participen voluntarios y paraprofesionales, lo que permite el establecimiento y operación a bajo costo. Además, el objetivo del tratamiento es muy específico, atienden un amplio espectro de problemas y aceptan un mayor número de personas.

Respecto a la cantidad y promedio de llamadas recibidas por servicio se obtiene lo siguiente: aproximadamente 2000 mensuales, (26,67,45); con un rango que va desde 30 a 4000 llamadas por mes. Este último fenómeno parece estar relacionado con la promoción que se hace de estos servicios.

Sólo Rosebaum hace una estimación acerca del número de personas que acudieron a estos servicios durante un año, 1977, calculando entre 10 y 20 millones de personas, (67). En cuanto a los motivos de consulta, ya se dijo que inicialmente los servicios telefónicos atendieron suicidios y envenenamientos, éste es el primer antecedente de la diversificación de los mismos, se llegaron a detectar un sinnúmero de problemas emocionales. Rosenbaum considera al respecto que, el 78% de las llamadas son hechas por problemas donde el suicidio no es el factor central. Los hallazgos de otros autores, como Lester y Knickerbocker parecen apoyar lo anterior, mencionan que existe una evolución entre los problemas que son atendidos por los servicios telefónicos para crisis, (44,40).

Dado que existen tantos servicios de ayuda telefónica se crean varias asociaciones internacionales. Entre ellas está la Federación Internacional de

*Mencionado en Rosebaum, A. y Calhoun, J. (67)

Ayuda Telefónica de Emergencia (IFOTES) que junto con otras crean un boletín (24) donde aparecen los datos de este tipo de servicios en diferentes países del mundo, su nombre y teléfono, (Anexo Nº 1). Enseguida describimos algunas características de sistemas telefónicos para casos de crisis en varias ciudades y países.

En Buffalo, Nueva York, en 1968 surge el "Servicio para Crisis y Prevención del Suicidio". Esta organización fue establecida para enfrentarse a una necesidad de apoyo en caso de crisis, funcionando las 24 hrs. y también para facilitar una estrecha coordinación de servicios públicos y voluntarios en el área de Buffalo y el Condado de Erie. A finales de los 70's el SPCS tuvo 4 líneas telefónicas anunciadas por separado en el directorio telefónico y columnas del periódico diciendo más o menos lo siguiente:

"Si necesitas ayuda para un problema familiar o personal, llama a - Servicios para Crisis a cualquier hora del día o la noche, los 7 días de la semana. El número es 834-3131. Servicios de Crisis provee solución a problemas en forma confidencial por teléfono; información - sobre 500 agencias de ayuda; apoyo de manera inmediata para problemas familiares o angustia personal; asistencia para víctimas de violación y ataque sexual, y acceso a servicios sobre salud y retraso mental. - Los trabajadores están en servicio las 24 hrs. del día para responder a llamadas de suicidio, situaciones de crisis y emergencia de salud mental".

Este servicio lo brindaban 80 consejeros telefónicos voluntarios entrenados por psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeras psiquiátricas especializadas. A este centro se agregó el servicio de visita domiciliaria en 1973 cambiando de nombre y función. Además el centro se convirtió en un enlace entre los ciudadanos y las 500 instituciones de salud. Cabe aclarar que durante el huracán de 1977 este servicio fue el único que pudo otorgar ayuda a los ciudadanos en estrés. En la actualidad los voluntarios ascienden a 150 y se les conoce como "personas altruistas". Para mejorar este sistema se crearon servicios innovadores como el Programa Nocturno pa

Alcohólicos, Programa de Ayuda a Reclusos, Servicios de Asistencia para Enfermos Terminales y Servicio Telefónico Directo en las Casetas de Policía. Las llamadas se graban con propósitos de supervisión e investigación y generalmente los usuarios vuelven a llamar 2 semanas después para informar sobre la solución de su problema y lo adecuado de las canalizaciones, (74).

De un estudio de 70 centros de prevención suicida alrededor del mundo, - Mutto* describe innovaciones tanto en las poblaciones atendidas como en los procedimientos empleados. Basados en el análisis de llamadas recibidas, los centros diseñaron programas específicos de intervención para ancianos, víctimas de algún delito (violación, asalto, abuso sexual, maltrato), y desarrollaron otros encaminados hacia la atención de crisis en diferentes ambientes como escuelas, prisiones y festivales de música pop y folk. Los cambios principales del procedimiento en las operaciones de consejería telefónica han tratado con la educación comunitaria el desarrollo de programas de entrenamiento especializados para otros trabajadores comunitarios como la policía y personal de prisión. Las visitas domiciliarias también han fungido como complemento de la consejería telefónica.

Slem reportó en 1973 los objetivos principales del Servicio Telefónico del Condado de Oakland en Michigan, fundado en 1970. Este servicio ayuda a los usuarios con sus crisis inmediatas, asistiéndolos en la resolución de problemas generales con el fin de prevenir la exacerbación de patologías, o su presencia posterior. Asimismo, sirve a la comunidad como una fuente de información acerca de problemas actuales de adolescentes, estableciendo así bases para la acción comunitaria adicional, (75).

Estos objetivos rebasan la intervención en crisis y demuestran la factibilidad de trabajar relacionados con una institución, o dentro de la misma. De

* Mencionado en Slaikeu (74), p, 215.

aquí se deriva la capacidad que tienen para detectar necesidades actuales, permitiendo aplicar cuestionarios directamente a gran cantidad de usuarios. Al parecer ningún otro servicio proporciona esta oportunidad.

Además, en Estados Unidos existen otros Servicios Telefónicos Especializados, como ejemplo está el hotline para atender casos de abuso sexual, los que han aumentado su incidencia en niños y sus familias. Esto conlleva a tratar de mejorar el entrenamiento de los prestadores de este servicio, (57). También existe un teléfono que brinda información al público sobre problemas de aprendizaje, su identificación y tratamiento, (1). Otros servicios son los que se abocan a intervenir en el control del tabaquismo (72) y abuso de drogas, (88). Otros dan información sobre el cáncer estableciendo grupos de ayuda mutua, (71). En el Servicio Telefónico de Información sobre el Cáncer se reportó una gran variedad de datos sociodemográficos. La mayor proporción de usuarios fueron mujeres de clase socioeconómica alta, residentes de ciudades y entre 20 y 39 años, (89).

Dado que existe un sinnúmero de Servicios Telefónicos Especializados, se han hecho diversas investigaciones. Con respecto a las personas que atienden el teléfono, estudios realizados por Blum y Cornelius (11) en este país demostraron que las personas que contestaron por primera vez asumen el rol de escuchador pasivo dando al usuario más respuestas de simpatía que los consejeros más experimentados. No obstante, ambos grupos expresaron niveles similares de miedo y tensión al atender las llamadas. Windle y Goodstein (91) concluyen que es más adecuado el entrenamiento de paraprofesionales y voluntarios para trabajar en servicios telefónicos de emergencia. Cabe señalar que en Australia, al comparar el manejo de los casos atendidos por personal profesional y no profesional, se encontró que éstos reportan más estados de ansiedad y depresión, así como más sentimientos positivos y de competencia que los profesionales. -

Asimismo, describen sus llamadas como menos angustiosas y con menos necesidad de ayuda que las hechas por profesionales. Por lo cual se llega al uso de diferente metodología por parte de estos dos grupos de personal, (84). Otra investigación realizada por Walfish (86) expone las 7 áreas que causan más incomodidad en los paraprofesionales que contestan el teléfono en caso de crisis: suicidio, llamadas obscenas, agresivas, de afecto, de resistencia, de abuso fisico y sexual, y de agresión a otros.

Por otra parte, Stein (77) afirma que el Servicio Telefónico para Intervención de Crisis ha demostrado su utilidad sobre todo en casos de intento suicida, reduciendo la posibilidad del mismo y funcionando a un nivel preventivo. En este tipo de problemas, Hinson (35) sugiere aclarar el motivo por el cual - el sujeto toma esta decisión para reducir la tensión.

Las llamadas sexuales son hechas hacia los consejeras más que a los hombres. Las características psicodinámicas de este tipo de usuarios es que son personas con una gran soledad, dificultad para establecer relaciones interpersonales, idealizan al padre y tienen la sensación de ser rechazados por su madre. Su tono de voz es desprovisto de afecto, titubeante al hablar, se presentan a sí mismos como ignorantes de cualquier tema sexual, rehusan hablar con hombres, sin embargo se les dificulta hablar con la mujer y se muestran interesados en los datos personales del consejero. Wark (87) sugiere que el tratamiento más efectivo para este tipo de llamadas es aceptar a la persona pero no a su conducta, teniendo cuidado en confrontarlo con ella por lo que se recomienda una terapia individual.

Winogrond y Mirassou (92) en Wisconsin realizaron un estudio comparativo entre usuarios jóvenes y adultos en el Servicio de Intervención en Crisis. Encontraron que de 4685 llamadas y 528 visitas domiciliarias, una alta propor-- ción fueron solteros y por debajo de los 40 años. Estos, tuvieron la inicia-

tiva de pedir ayuda por sí mismos mientras que los viudos de más de 60 años - fueron referidos a este servicio por profesionales o por algún miembro de su familia presentando crisis más severas que requerían su atención inmediata. Generalmente los jóvenes presentaron problemas psicológicos y los de mayor edad el síndrome orgánico cerebral, lo cual indica la necesidad de modificar la teoría y procedimiento de la intervención en crisis.

En relación a los estudiantes, Wise y Kilberg (93) encontraron que de - 3212 llamadas realizadas al servicio de hotline de la Universidad de Illinois en el periodo de tiempo de 1975 a 1979, el 45 % fueron hechas por mujeres y - el 55 % por hombres, recibidas mayormente de Lunes a Jueves, siendo los motivos de consulta más frecuentes la petición de información general, análisis e información sobre drogas y "sólo hablar".

Tarran (80) habla sobre métodos y formas para contestar en las diversas Agencias de Servicios Telefónicos, de cómo confrontar las llamadas crónicas de personas que hablan sin una razón específica aparente o sin un propósito de utilidad. Aunado a esto, la ética profesional es de suma importancia para la ayuda efectiva del consultante. Mc Shane (49) señala que es necesario un análisis transaccional para el tratamiento de los problemas presentados por los - usuarios.

A partir de los 60's, Nueva Zelanda ha creado servicios de counseling por teléfono. A través de los años el número de llamadas ha ido en aumento, en especial las realizadas por mujeres, (4). Uno de los servicios más importantes en este país es el de "línea de Ayuda a Niños" en Christchurch en el año de - 1985. Esta ha brindado su orientación a niños cuando éstos tienen dificultades con su familia sobre todo en casos de abuso y abandono, (53).

En 1984, en Inglaterra se inicia un proyecto de trabajo telefónico interdisciplinario entre maestros, trabajadores sociales, abogados, médicos, visi-

tadores domiciliarios y otras agencias de trabajadores sociales, utilizando a nuncios en servicios públicos y radio con el fin de mejorar la comunicación - entre el niño y su familia, (7).

Alemania posee más de 50 servicios llamados "Seelsorge" difundidos a través de radio, prensa y televisión. Los prestadores de este servicio le dan - prioridad a la comunicación bajo el enfoque de la terapia no-directiva centrada en el cliente. Han colaborado más de 2600 personas desde 1973 y a medida que pase el tiempo están disminuyendo los voluntarios por especialistas menores de 65 años. Si el usuario lo desea puede exponer su caso por teléfono, - por carta, por computadora, o puede pedir una visita domiciliaria. Los motivos de consulta más frecuentes son el aborto, desempleo, soledad, problemas psicológicos, dependencia al alcohol y suicidio. Reciben 300 000 llamadas al año, aumentando su incidencia en la noche. Dos terceras partes de los consultante conservan su anonimato, (24). Entre estos servicios existe la "Iniciativa Labor para Muchachas de Munich", que ha sido creada por 5 pedagogas que prestan auxilio a las jóvenes que atraviesan un periodo de crisis. El servicio cuenta con 2 líneas telefónicas las 24 hrs. para atender todo tipo de consultas. Las usuarias son de 14 a 21 años que generalmente se han escapado de casa de sus padres. Hay también llamadas angustiosas de suicidas en potencia, solteras embarazadas y víctimas de colapsos nerviosos, (37).

En Praga, Checoslovaquia, la Sra. Soňa Drdková del Instituto de Medicina de la Universidad Charles hace un reporte de los servicios telefónicos y de la población consultante. Esta presenta los mismos problemas que otros países, sólo que el índice de crisis suicidas aumenta sobre todo en la capital. Anual mente de cada 100 000 habitantes, de 500 a 600 personas de más de 15 años hablan a estos servicios. La proporción de hombres/mujeres es de 1 a 1.7. Son más frecuentes las llamadas a mitad de la semana y en los meses de Mayo y Ju-

nio. Más de 50 % de los casos presentan un peligro real de suicidio, 8 de cada 100 000 habitantes presentan intentos suicidas, de los cuales sólo el 20 % es conocido por la policía. Otros motivos reportados son los relacionados con los conflictos conyugales y problemas mentales, (24).

Suiza tiene un amplio repertorio de números telefónicos de urgencia que distribuye a su población, entre los que figuran los servicios para casos de crisis. En Londres existen centros samaritanos apoyados por 3 estaciones de televisión, 2 periódicos nacionales y 20 locales. En este país también existe servicio por carta aparte del telefónico; los motivos de consulta más frecuentes se refieren a fobias sexuales y soledad, llaman más mujeres y viejos que hombres jóvenes. En España, entre otros, está "El Teléfono de la Esperanza" que es un programa evangélico, (24).

En Francia existe una asociación llamada Amitié France, que edita una revista llamada S.O.S. y agrupa a más de cuarenta servicios telefónicos en todo el país, de los cuales más de treinta poseen servicio de 24 hrs. La atención es exclusivamente telefónica y está centrada principalmente en la prevención del suicidio. Un aspecto muy curioso es la repetición de una o más cifras en los números telefónicos; a continuación se citan algunos para ejemplificar: - ABIGNON 88-20-20, BREST 46-46-46, CLERMONT-FERRAND 37-37-37, NANCY 35-35-35, PARIS CENTRE 296-26-26. Al parecer ésto tiene que ver con que la persona recuerde el número con mayor facilidad cuando se encuentre en un estado de crisis, requiriendo atención sin tardanza, (3).

Por otra parte, en Tokio, Japón, un servicio telefónico llamado "Inochi No Denwa" dirigido por el pastor Kikuchi y trabajado por 300 colaboradores - cristianos o de otras religiones, debidamente seleccionados y entrenados, atienden problemas psicológicos. Existe una amplia gama de motivos de consulta y reciben más de 80 llamadas al día, (24).

Levi* informa que el Centro de Asistencia para Suicidas, C.A.S., en Buenos Aires, Argentina, funciona las 24 hrs. proporcionando ayuda telefónica gratuita a suicidas desde hace aproximadamente 15 años. Voluntarios no profesionales anónimos atienden a través del teléfono y en una sólo entrevista psicoterapéutica a todo aquel que llama a este Centro. Este servicio posee una só la línea telefónica de atención al público con una extensión para supervisión del caso y otra línea de uso interno administrativo. El número es fácil de recordar y aparece como uno de los teléfonos de emergencia de esta capital.

Su objetivo es resolver el problema de urgencia hasta donde sea posible, de modo tal que sólo se realice una entrevista para evitar la cronicidad. Los voluntarios no profesionales escuchan tratando de entender los motivos que lle van al individuo a querer suicidarse. En el discurso del suicida buscan aque llos elementos de los cuales se puedan valer para encaminarlo a la vida y no a la muerte. Toda persona que llame a este Centro es considerado un suicida y sólo pueden ayudar a quien quiere ser ayudado. En caso necesario canalizan a otros servicios y si la persona ha ingerido medicamentos o se ha cortado las venas, o se ha lastimado, se le puede ofrecer mandar una ambulancia respetando la decisión que tome el suicida. La base teórica de este servicio es prin cipalmente psicoanalítica y consideran a cada caso en particular por lo que no existen estadísticas. No obstante, se sabe que no hay tiempo límite para la entrevista, pero se procura que dure lo menos posible. Además, la demanda aumenta los fines de semana, épocas festivas y después de una difusión de los medios masivos de información, principalmente en Televisión. Existió la idea de dar atención personal, la cual no se llevó a cabo por problemas administra tivos.

* Levi, A. (comunicación personal, Noviembre 21, 1988).

Para que alguien llegue a ser un voluntario no profesional tienen que pasar por una entrevista netamente psicoanalítica y el que la resista pasa al -entrenamiento, ya que se requiere de personas templadas para escuchar a un sujcida. Su entrenamiento consiste en la formación de un grupo operativo, se analizan tópicos como ¿qué es el C.A.S. y por qué estoy aquí y no en otro servicio?. También se realizan cursos sobre temas psicoanalíticos impartidos por profesionales del servicio e invitados. La mayor parte de los voluntarios se encuentran en análisis, ya que así pueden pensar psicoanalíticamente por un lado y por otro, superar obstáculos por la experiencia adquirida. Son supervisados semanalmente en reuniones de larga duración en las que se presenta un caso y habitualmente lo asesora un profesional supervisando al analista y no al paciente. Actualmente este servicio sigue funcionando.

De lo anterior se desprenden dos cosas. Primero, la necesidad de eva--luar e investigar otros servicios y sus programas de atención, organización y personal. Segundo, analizar estadísticamente la problemática que se presenta, ya que es cambiante, lo que parece tener relación con la tolerancia de la sociedad a la que las personas con ciertos problemas (homosexualidad, farmacodependencia, embarazos no deseados, violaciones, etc.) solicitan ayuda sólo utilizando canales no amenazantes para ellos; en la medida en que la actitud social evoluciona con respecto a las problemáticas particulares y ofrece canales más apropiados, las personas deciden buscar ayuda de manera más abierta.

A continuación se mencionan algunos servicios telefónicos para atender -problemas psicológicos en nuestro país.

4. EXPERIENCIAS NACIONALES

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

El Dr. Santiago Mar Zúñiga* en comunicación personal nos informó que - el Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Emergencias de Coyoacán, de Junio de 1967 a Enero de 1972, brindaba ayuda médica y psicológica a través del teléfono y en consulta. El equipo de trabajo estaba integrado por 3 psiquiatras, 1 psicóloga clínica, 1 trabajadora social y 1 secretaria que hacía un recorrido y revisaba los libros en el hospital detectando a las personas - que estaban por intento suicida. Ante esto, acudía un médico del servicio a la cama del paciente para informarle que se le deseaba ayudar y en casi todos los casos aceptaban. Se les daba psicoterapia breve y de emergencia, en algunos casos se administraban medicamentos y se levantaban notas sobre el caso. Se atendieron un total de 500 personas de diferentes niveles socioeconómicos y de diversas creencias; una vez que el paciente era dado de alta, continuaba en consulta externa. Además de Lunes a Viernes de 16 a 20 hrs. los pacientes podían establecer comunicación telefónica con este Centro en situaciones críticas. Este servicio era gratuito, divulgado ocasionalmente en la Televisión; conforme el Centro de Prevención del Suicidio iba conociéndose mejor, las personas telefoneaban para solicitar ayuda y en breve se demostró su utilidad e importancia. No se logró que el servicio funcionara las 24 hrs. y se suspendió al cambiar las autoridades, ya que los nuevos dirigentes considera

* Mar, Z. S. (comunicación personal, Diciembre 8, 1988).

ron que este servicio no debía seguir funcionando.

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

El Dr. Mar Zúñiga también informa que en los años 60's surgió el primer servicio de ayuda telefónica. La Asociación Mexicana de Auxilio al Desesperado (AMAD) fue una tentativa realizada por el Dr. Gallardo. El y su esposa contestaban las llamadas y posteriormente se comunicaban con los usuarios. Otra tentativa fue la realizada por la Sra. Gainor en una Iglesia de las Lomas de Chapultepec. Un grupo de personas de habla inglesa y algunos bilingües - fueron entrenados con el propósito de establecer en la Ciudad de México una rama de los Samaritanos. Su meta fue dar servicio de ayuda telefónica en inglés todos los Viernes a partir de las 5 p.m. hasta las 12 p.m. del día Domingo. Pensaban también dar posteriormente el servicio en español (Anexo Nº 2). Ambos intentos fracasaron debido a la falta de apoyo económico y comunitario.

Otro servicio que proporcionaba apoyo telefónico era el de los Sacerdotes del Espíritu Santo. Sulkes y Lazard (78) en comunicación personal con el R.P. Jorge Ponce de León, que es uno de los sacerdotes que integran la orden del Espíritu Santo, informan que dicha orden a través de los teléfonos 5-54-10-08 y 5-54-19-15 atiende llamadas de aquellas personas que necesiten apoyo y orientación para sus problemas. De igual forma los sacerdotes acuden a casas, hospitales y a cualquier lugar donde se les llama, así como también prestan auxilio a la gente que recurre a ellos. En los casos de intento suicida

hablan con la persona tratando de acercarla al concepto de Dios y en especial a la vida cristiana, así como darle esperanza, apoyo y confianza. La mayor parte de los individuos tratados a través del teléfono y luego con visitas domiciliarias, fueron mujeres de 30 a 35 años con intentos suicidas por medio de barbitúricos. Llegan a tratar a este tipo de personas cada 5, 10 ó 15 días y una vez que mejoran sus problemas se les llega a ver esporádicamente. Los principales motivos de estos intentos suicidas son los conflictos con la pareja, desintegración familiar, farmacodependencia y enfermedades crónicas y terminales. La persona que pide la intervención de los Sacerdotes del Espiritu Santo, generalmente es un familiar o la persona misma y en contadas ocasiones llega a llamar al médico tratante. Cabe señalar que al intentar comunicarnos a estos dos teléfonos encontramos que el 5-54-10-08 pertenece a un domicilio particular y en el 5-54-19-15 suena todo el tiempo ocupado.

Estas mismas autoras informan que existen otros dos teléfonos que podían atender a personas que querían suicidarse, teléfonos que fueron proporcionados en el 04 (Servicio de Información) y en el 07 (Información de Servicios de Emergencia y Oficinas de Gobierno). El 5-11-05-02 "Servicio al Necesitado" y el 5-11-01-93 "Auxilio al Desesperado", son teléfonos en los que hasta la fecha no contestan.

El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría, tuvo un servicio telefónico atendido por una trabajadora social en la mañana y por un psicólogo durante la tarde, quienes no recibieron una capacitación específica, (66).

Neuróticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Anónimos 24 hrs. y Jóvenes Alcohólicos 24 hrs., por medio del teléfono tranquilizan a la persona que les llama invitándola a que los visite y se integre a ellos. Una

vez que reciben orientación y que se integran al grupo, asisten regularmente a su tratamiento y si en algún momento se sienten mal emocionalmente, pueden llamar al grupo y éste les proporciona apoyo. Esta información fue obtenida al hablar por teléfono a estas asociaciones*.

Los Centros de Integración Juvenil fundan en 1978 el Servicio de Orientación e Información. En este proyecto participaban dos trabajadoras sociales, una por la mañana y otra atendiendo el turno de la tarde, el servicio estaba cubierto de las 8 a las 22 hrs., ambas trabajadoras sociales contaban ya con experiencia dentro de la institución, lo cual fue de gran importancia para el desarrollo adecuado de la función a realizar: proporcionar información al público, (65).

En Junio de 1980 se realiza una ampliación para cubrir las 24 hrs., ésto se decide por la cantidad de llamadas captadas con la campaña publicitaria simultánea a la V. Reunión Nacional de los CIJ's; en las noches las llamadas eran grabadas por un servicio automático que proporcionaba información sobre horas hábiles.

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

El servicio se amplió tentativamente durante tres meses, después de los que siguió funcionando. Las trabajadoras sociales atienden las llamadas de Lunes a Viernes de las 7 a las 21 hrs., los psicólogos lo hacen de las 21 a las 7 hrs. además de atender Sábados y Domingos.

El equipo estaba integrado por 2 psicólogos, 2 psicólogas y 2 trabajadoras sociales. Sin embargo, actualmente ya aumentó la cantidad de su perso--

* Neuróticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Anónimos 24 hrs. y Jóvenes Alcohólicos 24 hrs. (comunicación personal, Enero, 1989).

nal. Su capacitación consistió en la lectura del "Manual de Procedimientos" elaborado por el personal del SOI en Mayo de 1980. La información que contiene está centrada en los aspectos confidenciales, anonimato del usuario y del terapeuta, y una descripción de los distintos tipos de usuarios. Los problemas tratados en este manual incluyen drogas, soledad, pérdidas, violaciones, perturbados sexuales, suicidio, crisis, alcohólicos y depresión, así como los reportes acerca de las características de las llamadas. Su teléfono es el -5-34-34-34, con 3 líneas.

En un estudio realizado por los CIJ's de Junio de 1980 a Septiembre de 1983, se encontraron los siguientes resultados:

Los días que más llamadas reciben son Sábados y Domingos. El número de llamadas atendidas por cada miembro del personal varía mucho, ya que existen distintos criterios en cuanto al registro, sobre todo bromas, números equivocados y aquellas en las que no responden. Las mujeres llaman con más frecuencia que los hombres. En la mayoría de las llamadas la iniciativa no surge del usuario de drogas sino de otras personas entre las que se destacan familiares y padres. Los vecinos llaman generalmente tratando de deshacerse de un farmacodependiente o pandilla. La farmacodependencia constituye el mayor motivo de llamadas, alcanzando el 65% total de la muestra, le siguen "otros" con casi el 20%, solicitud de información con el 12% y por último "no informa" con el 3%. En el 35% de las llamadas el usuario no reportó medios de conocimiento del servicio y/o el personal no indagó. La televisión y radio promueven el 50% de las llamadas. El aspecto "interpersonal" sólo alcanzó el 5% de las llamadas. Las escuelas el 3% y las delegaciones no alcanzan ni el 1%. En cuanto a la edad no fue reportada o indagada en el 34%, de 15 a 25 años es el 50%, mayores de 25 el 7% y menores de 10 no alcanzan el 1%. En

más del 60% se desconoce la escolaridad, alumnos de secundaria 12%, de preparatoria 10%, superior no alcanza el 5%. En cuanto a ocupación se desconoce en la mayoría de los casos, desempleados es el 15%, estudiantes 14% y empleados 12%. La droga que más utilizaban eran los inhalantes, seguida por la marihuana, alcohol y otras. El tiempo de consumo de más de 1 año alcanza el 28%, más de 5 el 12%, hasta 1 año el 11%. El 70% de los que llaman han recibido tratamiento y casi el 40% de los usuarios de drogas está dispuesto a asistir a un CIJ.

Espinoza* informa que el Instituto Nacional de la Senectud, INSEN, a través de sus departamentos de Visita Domiciliaria y Geriatría Preventiva, detectaron que los problemas de la gente senecta, más que físicos eran de tipo emocional. Esto, aunado al hecho de que la mayor parte de estas personas no podían desplazarse a la consulta externa y a que el servicio otorgado era muy costoso para la Institución, surge la necesidad de implementar la Central de Angustia por vía telefónica. Este servicio empezó a funcionar desde Abril de 1985 a la fecha. El equipo de trabajo quedó constituido por 8 profesionales entre médicos generales, geriatras, trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos. Al ampliarse el INSEN hubo dispersión de personal y actualmente el servicio lo realiza solamente 1 psicólogo con capacitación paramédica. El servicio se otorga de Lunes a Viernes de 8 a 16 Hrs. con 1 sola línea telefónica que es el 6-87-19-29. Inicialmente se pensó en la prevención del suicidio, pero los problemas mayormente presentados por los usuarios son la soledad, depresión, angustia, marginación familiar y social, limitaciones físicas, problemas legales y económicos y alcoholismo. Su objetivo es dar a través del teléfono y en forma gratuita, apoyo emocional, intervención en crisis de primer nivel, orientación y canalización a Organismos del Sector Salud y Aso

* Espinoza, Z.N. (comunicación personal, Noviembre 30, 1988).

ciaciones Civiles.

La Central de Angustia recibe mensualmente de 100 a 120 llamadas y la duración de cada una de ellas es de 20 a 45 minutos. Sólo es 1 llamada y no se hace seguimiento, pero en ocasiones el consultante sigue llamando o el psicólogo lo llama nuevamente para saber su estado físico o emocional. Se ha hecho poca difusión de este servicio por no poder atender toda la demanda y por falta de infraestructura.

No existen estadísticas y lo único que se sabe es que aproximadamente - el 80% son mujeres y que a pesar de que está dirigido a la población senecta, también habla gente joven. Se registran datos generales como nombre, dirección, teléfono y fecha, así como la descripción de las observaciones realizadas en cada entrevista. No se realiza una capacitación específica para atender este tipo de llamadas y el entrenamiento se va dando sobre la marcha, de acuerdo a la experiencia del que otorga este servicio y bajo la asesoría del Dr. Mar Zúñiga.

Por otro lado, el Centro de Apoyo a la Mujer Violada, A.C. y el Programa de Estudios de la Mujer de la Facultad de Psicología de la UNAM, a través del teléfono ayudan a la usuaria en caso de violación, maltrato físico y emocional, así como asesoría legal. Cuando la persona habla muy angustiada y deprimida se le da apoyo emocional y luego se concerta una cita para atender el caso en forma personal o para canalización si es necesario.

Entre los servicios que brinda el Servicio Público de Localización Telefónica, LOCATEL, se encuentra la atención a crisis emocionales a través del teléfono. La persona afectada llama al 6-58-11-11 a cualquier hora del día, el médico general* en turno toma los datos principales del consultante así como el motivo de su llamada; da apoyo, orientación y canaliza a Instituciones

*Estos médicos generales son los que atienden también los casos de intoxicación.

del Sector Salud. Todo esto se realiza en 1 sola llamada telefónica y se trata de contactar nuevamente con la persona días después para saber su estado emocional. Cuentan con 3 líneas y tienen contacto con hospitales y escuadrones de rescate en caso de alguna emergencia.

El Centro Nacional de Información sobre el SIDA, CONASIDA, de 9 a 14 hrs en los teléfonos 5-25-24-24 y 5-54-64-65 atienden llamados de personas que necesiten apoyo y orientación relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Las llamadas son atendidas por psicólogos, médicos, trabajadores sociales y enfermeras. Las personas consultantes generalmente llaman angustiadas y deprimidas, ya que a ellos o a algún familiar o conocido se les ha detectado el SIDA. El personal, una vez que los tranquiliza, les informa qué hacer, dónde acudir y qué esperar de esta enfermedad. Los afectados pueden acudir personalmente a este Centro para obtener los mismos servicios además de atención terapéutica.

El Hospital La Reza, en la sección de Cardiología, implementó desde hace tiempo un sistema de comunicación telefónica entre pacientes con afecciones cardiovasculares con el fin de que se tranquilizaran unos a otros en caso de presentarse alguna situación que produjese estrés en el paciente y lo angustiara de tal manera que incluso pudiese causarle un paro cardíaco.

El Centro de Orientación Psicológica y Psicoterapia, A.C. ofrece atención psiquiátrica de emergencia las 24 hrs. del día. Entre sus servicios está el de Urgencia Telefónica (Hotline) en el que la persona consultante habla a un radio localizador, da una clave y su nombre, la recepcionista pasa el recordado a este Centro y un especialista se pone en contacto con la persona afectada. La gran desventaja de este sistema es el no contar con una comunicación directa e inmediata*.

*Esta información aparece anunciada en la clasificación de "Médicos Especialistas en Enfermedades Mentales" de la Sección Amarilla del Directorio Telefónico de la Cd. de México (1987).

Guiza* (34) informa que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia presta, organizada y permanentemente, servicios de asistencia social y jurídica a los menores que son objeto de malos tratos por padres, tutores o custodios, realizando acciones de prevención, detección y tratamiento. Este servicio lo brindan profesionales en el área de Derecho, Medicina y Trabajo Social. Todo esto se realiza con menores de edad y sus parientes - que se ven afectados por el problema y que residen en el Distrito Federal. La vía de comunicación para la denuncia de los casos puede ser escrita, directa y telefónica principalmente. El 6-88-50-00, extensiones 178, 258, 268 y 295, capta estas denuncias las 24 horas del día incluyendo fines de semana y días festivos. Estas pueden ser llamadas institucionales, anónimas o por confesión voluntaria. Han recibido denuncias de todas clases sociales y de zonas urbanas principalmente.

Ultimamente, en los medios masivos de información han surgido diversos programas en los que tratan de ayudar, orientando y aconsejando a las personas con problemas psicológicos. Entre ellos está el programa radiofónico "Terapia a través del Teléfono" en la estación de radio Dimensión 1380 AM. Este programa dura 30 minutos, es conducido por la Sra. Piri Gay, en el que el Dr. Arturo Olayo** responde a las preguntas hechas por el auditorio a través del - teléfono 5-24-13-80, los Jueves a las 14:30 hrs.

Consideramos que el antecedente más significativo de servicios telefónicos en crisis surgió a raíz de los sismos ocurridos el 19 y 20 de Septiembre de 1985 en la Cd. de México. Donde el Instituto Mexicano de Psicoanálisis y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otros, aparte de brindar - sus instalaciones para atención al público en consulta externa, dieron su ayu

*Director del Instituto Nacional de Salud Mental, DIF.

**Psiquiatra terapeuta familiar.

de a problemas emocionales a través del teléfono. Por su parte la Facultad de Psicología de la UNAM, 48 horas después organiza brigadas que se dirigen principalmente a hospitales y morgues y abre a la comunidad su Centro de Servicios Psicológicos, (10). Al mismo tiempo, el Dr. Federico Puente* propone el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAPT. Este sistema fue aprobado y el servicio fue objeto de improvisación de recursos y de organización. Sin embargo, se brindó ayuda a quienes lo solicitaron y se ofreció información relevante. En esta fase colaboraron entre otros, el Mtro. Vicente García en la parte metodológica y la Mtra. Susan Mulhern en el área operativa. Ellos realizaron un reporte de esta extraordinaria experiencia, (28).

El servicio se inició el día 23 de Septiembre. Previamente se hizo un reclutamiento de voluntarios que tuvieran las siguientes características:

1. Para recepcionistas: estudiantes de posgrado con experiencia clínica y psicólogos titulados de cualquier área de especialización. Sus funciones fueron recibir llamadas y canalizarlas a profesionales de la salud mental con experiencia clínica (psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas).
2. Para terapeutas: los antes mencionados, a quienes se les proporcionaron lineamientos de atención psicológica, así como procedimientos de obtención de datos de los solicitantes del servicio para el registro y seguimiento en su casa, (Anexo Nº 3). Los terapeutas fueron 34, con diferentes tipos de formación y orientación teórica. Sus edades fluctuaron entre los 25 y 60 años de edad tanto en hombres como en mujeres.

Se dispuso de 5 teléfonos directos, los cuales fueron dados a conocer por diferentes medios de comunicación tales como televisión, radio y prensa. Todos ellos ubicados dentro de la Facultad de Psicología. Estos teléfonos -

* En ese entonces Vicepresidente Regional para México, América Central y el Caribe y actualmente Consejero Directivo Internacional de la Federación Mundial de Salud Mental, Organismo No Gubernamental Consultor de las Naciones Unidas y sus Agencias Especializadas.

funcionaron las 24 hrs., horas que fueron disminuyendo en proporción de la demanda. La duración de cada sesión fue de 15 a 25 minutos aproximadamente. En un principio, las llamadas se canalizaron a: durante el día a consultorios, - centros hospitalarios y clínicas; durante la noche a teléfonos de los domicilios particulares de los terapeutas voluntarios. Después los terapeutas reportaron sus datos a la coordinación.

Los resultados fueron los siguientes: se atendieron 583 casos; las personas de 20 a 39 años ocuparon el 38%, pero el mayor porcentaje fue de edad desconocida con el 40%. El 80% fueron mujeres y el 20% hombres. El estado civil no identificado fue de 51%, casados 28%, solteros 16%, divorciados 2%, viudos 2.3% y unión libre 0.3%. El 60% estaba acompañado de alguien, el 34% se desconoce y el 9% estaba solo. El 69% tuvo capacidad para dialogar, mientras que el 1% no pudo hacerlo, lo demás se desconoce. En el 61% hubo empatía, en el 7% no la hubo y en el 32% se desconoce. La relajación sistemática fue utilizada en el 12% y en el 88% se desconoce. Los motivos de consulta más frecuentes fueron angustia y depresión. En el 68% la entrevista psicológica tuvo efectos - tranquilizantes, en el 3% fue negativo y en el 29% se desconoce. El 66% de los casos fueron canalizados para tratamiento y el 26% se desconoce, sólo el 8% no tuvo la necesidad de ser canalizado. El porcentaje de casos que se reportaron con resultados satisfactorios fue del 69%, mientras que el 3% fue negativo y el 28% se desconoce. En el 60% se hizo seguimiento, en el 7% no se hizo y en el 33% no se sabe. Como se puede observar, gran cantidad de datos no fueron registrados y esa información se perdía. El servicio se suspende en Diciembre de 1985 por falta de apoyo económico y surge la necesidad de reestructurar el servicio para brindar una ayuda más completa.

Es entonces que el Dr. Federico Puente lanza una convocatoria para que los pasantes de la Licenciatura en Psicología que deseen realizar su Servicio

Social y/o Tesis, así como voluntarios, se integren a este beneficioso y noble programa. De Abril de 1986 a Junio de 1987 se integra y capacita a 28 pasantes estableciendo 2 seminarios dirigidos por el Dr. Puente. Uno sobre los diferentes problemas de Salud Mental en sociedades modernas y urbanas, así como las técnicas psicológicas que pudieran implementarse a través del teléfono. - El otro seminario fue sobre el diseño y creación de una Cédula de Registro Pre codificada (Anexo Nº 4) de 101 reactivos y el Manual de Procedimientos respectivo (Anexo Nº 5). Esto con el objeto de poder evaluar los alcances y limitaciones, las indicaciones y contraindicaciones de un Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono en nuestro país.

Después de este entrenamiento, el 1º de Julio de 1987, previa difusión, se inicia la segunda fase de atención al público del SAPT en el teléfono 5-50 50-17 de Lunes a Viernes de 16 a 24 hrs. y Sábados y Domingos de 8 a 24 hrs. El equipo de trabajo quedó integrado por 1 director académico, 2 coordinadores operativos y 23 terapeutas-investigadores. Se establece un Seminario Operativo los días Miércoles de 20 a 22:30 hrs.; un Curso de Capacitación Continua los Sábados de 8 a 10 hrs. y un Seminario de Supervisión de Casos Clínicos de 10 a 12:30 hrs. impartido por 22 profesores de la Facultad de Psicología de la UNAM e invitados (Anexo Nº 6a).

Desafortunadamente, el Viernes 29 de Julio de 1988, sin previo aviso se suspende el servicio por problemas administrativos. Después de un mes de reuniones hechas por los integrantes del SAPT, académicos y operativos con las autoridades de la Facultad de Psicología de la UNAM y después de revisar en detalle propuestas que no satisfacían los requerimientos de este programa, se toma el acuerdo de reiniciar el servicio el 1º de Septiembre de 1988 en las instalaciones que ofrecía el "Comité Mexicano de Sistemas de Apoyo Psicológico

por Teléfono, COMSAPT, A.C.** en el horario de Lunes a Sábado de 8 a 20 hrs. y con el teléfono 5-21-28-37. La Facultad de Psicología de la UNAM, mantiene su apoyo en lo que se refiere a papelería, reconocimiento de Servicio Social y elaboración de Tesis. Asimismo, en sus instalaciones se mantienen sin cambio el Seminario Operativo, el Curso de Capacitación Continua y el Seminario de Super^uvisión de Casos Clínicos.

A la fecha han participado alrededor de 100 pasantes en Psicología y se han atendido cerca de 2000 casos.

La información sobre el servicio ha salido en 51 programas de radio, entre los más frecuentes están los realizados por Martínez Serrano y Janett Arceo en la XEW (24 programas) y por Flor Berenguer (7 programas). En 25 anuncios y reportajes en la prensa (Anexo Nº 8) como la Jornada, el Universal y el Excelsior, entre otros. Once programas de televisión tanto en IMEVISION (7 programas) como en Televisa (4 programas). Cuatro entrevistas hechas por Segunda Mano y dos por Tiempo Libre. Tres entrevistas publicadas en la Gaceta/UNAM y varios boletines de la Facultad de Psicología, UNAM.

Los resultados se han dado a conocer a la comunidad en un Simposio (60) - realizado en la Facultad de Psicología de la UNAM en Julio de 1988 (Anexo Nº 9); en el Simposio Internacional celebrado en Octubre de ese mismo año por la Federación Mundial de Salud Mental y el Comité Organizador del Congreso Mundial de Salud Mental, México 1991 (63); en la XVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Mental en Noviembre de 1988 (64); en 2 mesas del V Congreso Mexica

* Asociación Civil fundada el 25 de Marzo de 1988 en Asamblea General previa convocatoria en el Aula "Maestra Ma. Luisa Morales" de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Psicología (Edificio "C") de la Universidad Nacional Autónoma de México. Esta asociación quedó constituida por Instituciones, Asociaciones e Individuos representados casi en su totalidad por académicos, investigadores, trabajadores y estudiantes de la UNAM. Su objetivo principal es promover el trabajo inter y multidisciplinario de las actividades relacionadas al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, con el fin de sistematizar y mejorar este tipo de servicio que favorece a las personas con problemas emocionales que requieran ayuda. (Anexo Nº 7).

no de Psicología Clínica de la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, A.C. - llevado a cabo en Agosto de ese año (61,62) y en los dos últimos Congresos - de la Federación Mundial de Salud Mental efectuados en Cairo, Egipto en Octubre de 1987 (59) y en Auckland, Nueva Zelanda en Agosto de 1989 (65).

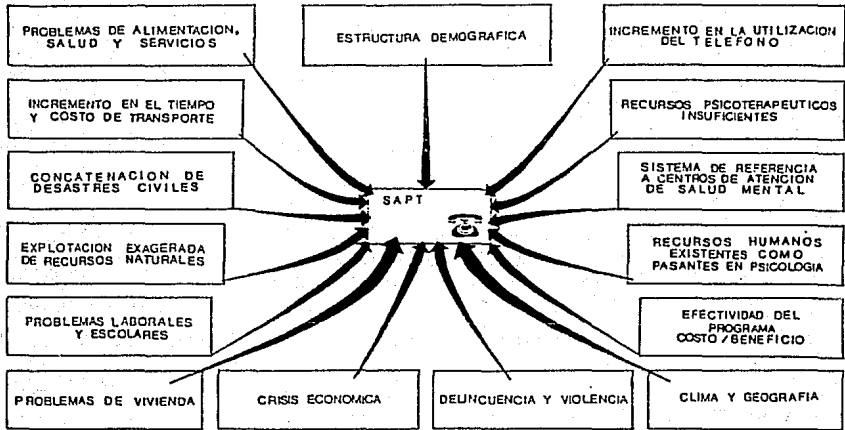
Además, se ha impartido un curso solicitado por la Secretaría de Salud para el programa CONASIDA, una plática a Neuróticos Anónimos y una reunión de intercambio de experiencias con LOCATEL.

Todos los servicios tanto internacionales como nacionales son sólo algunos ejemplos que indican la necesidad de servicios psicológicos que atiendan por medio del teléfono a individuos con conflictos emocionales, que se incrementan - y/o son resultado de las características biopsicosociales de los individuos y del contexto en que se desenvuelven, siendo de bajo costo y de gran beneficio. El surgimiento del SAPT queda ampliamente justificado, (Diagrama No 2).

En nuestra opinión, el SAPT ha brindado ayuda inmediata como lo refiere - Slaikeu (74) al dar apoyo, reducir la posibilidad de intento suicida y vincular a la persona en cuestión con otros medios de ayuda y, en muchos casos, resolver la crisis a través de la implementación de diversas técnicas psicoterapéuticas. Su base teórica en cierta forma es similar a la de otros servicios telefónicos especializados, sólo que en el caso del SAPT*, éste va más allá de una simple atención en áreas específicas, ya que ha atendido toda clase de problemas emocionales, gracias a psicólogos entrenados que los han tratado. ¿Cuáles son los motivos de consulta? La respuesta a esta interrogante es el objeto de este - estudio.

* Auspiciado en todo momento por la Facultad de Psicología de la UNAM y por la Federación Mundial de Salud Mental.

DIAGRAMA Nº 2: Creación del SAPT



CAPITULO SEGUNDO
====*==*==*==*==*

METODOLOGIA
====*==*==*



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Servicios de Salud Mental y Psiquiatría de la Cd. de México resultan insuficientes para atender la prevalencia de trastornos emocionales. Estos servicios están estructurados para manejar principalmente casos de psicosis y daño orgánico y no cuentan con una infraestructura adecuada para el manejo de problemas de ansiedad y estados depresivos no psicóticos. La Cd. de México por sus características sociales (problemas de habitación, transporte, servicios escolares y de salud, delincuencia y violencia social); económicas (crisis económica); demográficas (más de 18 millones de habitantes) y la concatenación de desastres civiles (terremotos, inundaciones, contaminación ambiental), hace que se requieran sistemas múltiples de apoyo psicológico. Así, el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAPT, surge como una alternativa a esto, utilizando para ello recursos humanos ya existentes (pasantes de Licenciatura en Psicología). Entonces, cabe preguntarse ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes en el Sistema de Apoyo Psicológico - por Teléfono?

2. HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO:

En el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono los motivos de consulta más frecuentes serán trastornos emocionales tales como problemas en las relaciones interpersonales, ansiedad y depresión no psicótica.

HIPOTESIS NULA:

No hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución de motivos de consulta de los usuarios del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

HIPOTESIS ALTERNA:

Sí hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución de motivos de consulta de los usuarios del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

3. VARIABLES

Dado que no existió ningún tipo de manipulación sobre el medio ambiente estudiado, sólo se considera como variable dependiente a los motivos de consulta del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Tanto su definición conceptual como operacional se describen a continuación.

DEFINICION CONCEPTUAL:

Como MOTIVO se entiende a la fuerza que impele a una persona a actuar para satisfacer una necesidad. Implica un incentivo o un deseo que influye sobre la voluntad y lleva al individuo a la acción, (27).

CONSULTA es definida como una interacción entre un consultante y un consultor. El consultor es una persona con conocimientos especializados de la conducta humana; el consultante solicita su ayuda para aumentar su capacidad de tratar un trastorno, una crisis o una situación turbadora, o para mejorar la salud mental de una persona o de un grupo de los cuales es responsable. Por medio del estudio, la educación, o de acciones específicas, se utilizan los conocimientos tanto del consultante como del consultor para llegar a una solución razonable de un problema específico, (27).

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

DEFINICION OPERACIONAL

Operacionalmente el MOTIVO DE CONSULTA se refiere a todas aquellas causas tales como angustia, depresión, problemas familiares, laborales, escolares, de interacción social, de alcoholismo y farmacodependencia, de la esfera sexual, etc., que hacen que las personas residentes en la Cd. de México y Area Metropolitana llamen al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

4. SUJETOS

Los sujetos del presente estudio fueron personas residentes de la Cd. - de México, Area Metropolitana y del interior de la República que hablaron al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono dentro del periodo de tiempo comprendido del 1º de Julio al 30 de Septiembre de 1987, ya sea para ser atendidos por el sistema (335 pacientes), o para ser canalizados por éste (44 personas).

5. MUESTREO

El muestreo fue no probabilístico intencional, ya que no todas las personas tuvieron la misma probabilidad de pertenecer a la muestra y sólo se tomó en cuenta a las que llamaron 1 o más veces al Sistema de Apoyo Psicológico - por Teléfono durante el lapso de tiempo del 1º de Julio al 30 de Septiembre de 1987 y que fueron atendidas por el sistema (335 pacientes), así como personas que fueron canalizadas a alguna Institución del Sector Salud o a Organismos Civiles, (44 consultantes).

6. ESCENARIO

El servicio del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono se dio en el cubículo 37 del Edificio "C" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el cual contó con un escritorio, un archivero, la papelería necesaria y un teléfono con el número 5-50-50-17 para dar servicio al público de la capital del país y sus alrededores, sin descartar las llamadas de provincia.

7. TIPO DE INVESTIGACION

Se trata de un estudio de campo descriptivo, ya que el interés particular de esta investigación fue detectar y describir los motivos por los cuales una persona llama al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Se observó este fenómeno y se recopilaron datos relacionados con el mismo, describiendo las características más importantes en lo que respecta a la frecuencia de motivos de consulta, así como su relación con diversas variables sociodemográficas. Esto permitió obtener información sobre la realidad del ambiente estudiado, es decir, saber de forma más precisa cuáles son los problemas de salud mental que más afectan a la población de la Cd. de México y sus alrededores en la actualidad y que hacen que se requiera un servicio de este tipo.

8. TIPO DE DISEÑO

Se trata del diseño de una sola muestra en la cual, como su nombre lo indica se trabaja con sólo una muestra extraída de una población determinada. Su objetivo consiste en extrapolar los resultados obtenidos y hacer qe

neralizaciones acerca de la población y así conocer ésta con base en el estudio de la muestra, que en este caso fueron los pacientes de 1 ó más consultas que hablan al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAPT.

9. INSTRUMENTOS

Para la realización de esta investigación se elaboraron cuatro instrumentos diseñados por el Dr. Federico G. Puente Silva y los colaboradores que participaron en el periodo de capacitación del SAPT en el año de 1986. Estos instrumentos fueron:

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

En este manual se indica cómo llenar y codificar cada uno de los reactivos de la Cédula de Registro Precodificada. (Anexo Nº 4).

CEDULA DE REGISTRO PRECODIFICADA

Consta de 101 reactivos, subdivididos en 12 áreas, (Anexo Nº 3). A continuación se menciona el área, número y contenido de los reactivos:

Reactivos Control: reactivos Nº 1, 3, 4, 5, 38, 39, 80, 92, 93 y 94. Codifican el número de tarjeta: 1, 38 y 92. Turno y número de paciente: 3, 39 y 93. Número de Terapeuta: 4, 40 y 94. Número de Consultas: 5.

Nombre: Reactivo Nº 2. Se registra el nombre completo del sujeto que llama al SAPT empezando por los apellidos, o en su caso, un seudónimo.

Perfil Sociodemográfico: Del reactivo Nº 6 al 16. Se refieren a los datos personales del paciente como domicilio: 6. Teléfono: 7, 8 y 9. Edad: 10. Sexo: 11. Ocupación: 12. Escolaridad: 13. Nivel Social: 14. Religión: 15. Estado Civil: 16.

Historia Socioeconómica: Del reactivo Nº 17 al 24. Están relacionados con la clase de lugar que habita el consultante, las personas con quienes vive, así como su situación económica. Lugar de Residencia: 17. Lugar de origen: 18. Número de personas con quienes vive: 19. Tipo de Parentesco: 20. Tipo de vivienda: 21. Vivienda propia/rentada: 22. Número de habitaciones: 23. Nivel de Ingresos: 4.

Motivo de Consulta: Del reactivo Nº 25 al 27. Son los espacios en que se anota el o los motivos de consulta tal y como el paciente lo manifiesta. Pueden ser hasta 3 motivos de consulta.

Exámen Mental: Del reactivo Nº 28 al 37 y del 41 al 66. Se refieren a la presencia o ausencia de las observaciones del exámen mental* que se pueden hacer por teléfono, como tipo de discurso: 28. Ritmo del discurso: 29. Tipo de anormalidad identificada en el discurso: 30 al 36. Contenido del pensamiento: 37. Contenido afectivo: 41 al 49. Interpretación anormal de eventos y experiencias anormales: 50 al 57. Trastornos de la memoria: 58 al 62. Trastornos en la orientación: 63. Atención y Concentración: 64. Memoria: 65. Reconocimiento del grado del problema: 66.

Implementación de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada: Del reactivo Nº 67 al 81. Incluye el área de síntomas reportados de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada del Dr. Goldberg (29) y adaptada al SAPT por el Dr. Federico Puente y colaboradores. Los reactivos abarcan síntomas reportados: 67 al 79. Credibilidad de la Información: 80. Calificación global de severidad: 81.

Diagnóstico Principal y Agregado de acuerdo a la 9a. Edición de la Clasificación de los Trastornos Mentales de la OMS: Reactivos Nº 82 y 84. Codificación del número de categoría diagnóstica principal: 82; y agregada: 84, que

* Material extraído de Teaching Committee of the Institute of Psychiatry, (81).

corresponda a la sintomatología presentada por el paciente de acuerdo a la 9a. Edición de la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Organización Mundial de la Salud*.

Diagnóstico Principal y Agregado de acuerdo al DSM III: Reactivos Nº 83 y 85. Se codifica el número de categoría diagnóstica principal: 83; y agregada: 85, que corresponda a la sintomatología presentada por el paciente de acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, DSM III,(2).

Evaluación de Respuestas del Terapeuta y del Paciente al Servicio: Del reactivo Nº 86 al 90. Se registra la efectividad de la relación terapeuta-paciente. Estos reactivos contemplan el tipo de respuesta-reacción del terapeuta: 86. Experiencia psicoterapéutica del paciente: 87. Catarsis: 88. Abreacción: 89. Rapport: 90.

Implementación de Técnicas de Apoyo Psicológico y/o Terapéuticas: Reactivos Nº 91 y del 95 al 101. Se refieren a las técnicas terapéuticas utilizadas en base al problema presentado, tales como Terapia de Apoyo: 91. De relajación: 95. De desensibilización: 96. Educativa: 97. Automonitoreo: 98. Ejercicio Físico: 99. Ensayo Cognoscitivo: 100. Manejo Telefónico Satisfactorio: 101.

Sección sin Número de Reactivo: Incluye áreas que no tienen asignado un número de reactivo, como son: fecha, fuente de información y sección de observaciones.

En la presente investigación se tomaron en cuenta además de motivos de consulta, la fuente de información, número de consultas, datos sociodemográficos y la experiencia psicoterapéutica previa del paciente.

* Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades, (55).

HOJAS DE SEGUIMIENTO

Hojas en blanco en las que el terapeuta anota los siguientes datos: número de expediente, fecha, nombre del paciente, número de consulta, hora de inicio y hora de término, nombre y número de terapeuta y anotaciones sobre la evolución del problema. De la revisión de estas hojas por expediente, se obtuvo un dato más para esta investigación: la existencia o no de un acontecimiento previo a la llamada y su cualidad.

HOJAS DE CANALIZACION

Hojas en blanco en las que el terapeuta anota el número de expediente, fecha, hora de inicio y de término de la llamada, nombre del paciente, motivo de consulta, lugar de canalización, número y nombre del terapeuta y, observaciones.

10. PROCEDIMIENTO

El procedimiento de esta investigación se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. En la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Dr. Federico Puente lanzó una convocatoria con el fin de que pasantes de la Licenciatura en Psicología que desearan realizar su Servicio Social y/o tesis para obtener su grado académico, así como voluntarios, se integraran al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAPT.

2. De Abril de 1986 a Junio de 1987, se capacitó a 28 pasantes de la licenciatura en Psicología con dos tipos de seminarios dirigidos por el Dr. Federico Puente y profesores universitarios invitados. El primero de ellos consistió en la revisión de temas relacionados con el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono como fueron: la justificación del uso de este servicio, las experiencias nacionales e internacionales, la psicopatología más frecuente en las grandes urbes, las técnicas terapéuticas a utilizarse y los límites y limitaciones de este tipo de sistema. El segundo tipo de seminario fué sobre el diseño y creación de la Cédula de Registro Precodificada, (Anexo Nº 4) de 101 reactivos y el Manual de Procedimientos correspondiente (Anexo Nº 5).

3. Se realizó una etapa de difusión y/o promoción del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAFT, utilizando los medios de información masiva: televisión, radio, prensa, pósters y dípticos, (Anexo Nº 10).

4. A partir del 1º de Julio de 1987 se inició el servicio en forma gratuita y dirigido a aquellas personas con problemas emocionales residentes en la Cd. de México y Area Metropolitana, sin descartar las llamadas del interior de la República, en cuyo caso el solicitante pagaba el costo de su llamada de larga distancia. El número telefónico fué el 550-50-17 con un horario de Lunes a Viernes de 16 a 24 hrs. y Sábados y Domingos de 8 a 24 hrs., incluyendo días festivos. Cabe aclarar que este estudio sólo abarcó los tres primeros meses de investigación, es decir, del 1º de Julio al 30 de Septiembre de 1987.

5. El equipo de trabajo quedó constituido por un director académico, dos coordinadores operativos y 23 terapeutas investigadores, creándose diversas comisiones para mantener un óptimo funcionamiento del sistema (Anexo Nº 11a). Los coordinadores operativos y los terapeutas investigadores cubrieron dos turnos a la semana de 4 hrs. cada uno. Estuvieron conformados de tal manera que en cada turno hubo 2 ó 3 terapeutas para contestar las llamadas, (Anexo Nº 11b).

6. Semanalmente se estableció un Seminario Operativo los días Miércoles de 20 a 22:30 hrs. en el que el equipo de trabajo revisó el funcionamiento del servicio, sus problemas y soluciones. Los días Sábados de 8 a 10 hrs. se llevó a cabo un Curso de Capacitación Continua impartido por el Dr. Federico Puente y profesores universitarios, así como por los mismos integrantes del SAPT, con el objeto de mantener actualizados a los terapeutas. El Sábado de 10 a 12:30 hrs. profesores universitarios (Anexo Nº 6a), asesoraron 1 ó 2 casos clínicos del SAPT. Estas 3 actividades se realizaron en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM*.

7. La recabación de la información consistió en los siguientes puntos:

- a) El terapeuta investigador al contestar la llamada se identificaba y explicaba que el servicio consistía en una serie de llamadas telefónicas a través de las cuales se obtenía la información necesaria para llevar a cabo el manejo terapéutico adecuado y tratar de ayudar en lo posible a la persona afectada. Para ello el terapeuta le indicaba los horarios en los que él brindaba su servicio.
- b) El terapeuta investigador en turno permitía al sujeto solicitante plantear en forma natural y propia el o los motivos de su consulta anotándolos en la sección correspondiente.
- c) El terapeuta investigador en forma dirigida hacía las preguntas esenciales para la obtención de la información precodificada requerida, incluyendo la fuente por la cual se enteró de este servicio.
- d) Esta parte consistió en el manejo terapéutico realizado a través del teléfono y al finalizar se acordaba la fecha de la próxima sesión aclarándole al paciente que podía comunicarse al SAPT fuera de sus tur

* A partir de Febrero de 1989 se creó un Seminario de Tesis impartido por el Dr. Federico Puente para acelerar el proceso de titulación de 20 tesis, (Anexo Nº 6b).

nos en caso de alguna emergencia.

- e) Cuando el solicitante así lo requiriera o cuando el terapeuta investigador considerara que el problema presentado no se pudiera tratar por teléfono dada su complejidad y grado de severidad, se le proporcionaba al usuario dirección y teléfono de Instituciones del Sector Salud o de Organismos Civiles que pudieran atenderlo.
- f) El terapeuta investigador registraba las llamadas en el Récord de Solicitantes. A cada paciente atendido por el SAPT se le asignaba un número y se abría su expediente en el cual se incluía la Cédula de Registro Precodificada, las anotaciones de la sesión y las hojas de seguimiento con las observaciones pertinentes. En el caso de personas referidas a otro servicio su expediente se archivaba en la sección de canalizaciones.
- g) Al finalizar su turno, el terapeuta investigador realizaba un reporte en la Bitácora de las llamadas atendidas y de los eventos ocurridos durante su estancia en el servicio*.

8. La única parte de la Cédula de Registro que no tuvo precodificación fué la de Motivos de Consulta los cuales constituyeron 3 reactivos: 25, 26 y 27, cuyo manejo fué de pregunta abierta por lo que se procedió a clasificarlos una vez obtenidos. En una primera fase se hizo una relación de todos los motivos de consulta por estricto orden alfabético obteniéndose 264 motivos. En una segunda fase, se reagruparon en 28 categorías de acuerdo a la sintomatología de diversos síndromes. Para facilitar aún más su manejo se estableció una tercera fase en donde se recategorizaron finalmente en 11, (Anexo Nº 12). Los Motivos de Consulta de las canalizaciones se clasificaron bajo las mismas condiciones.

* Es importante señalar que para la comunicación interna entre los terapeutas investigadores, existía un Cuaderno de Recados y un pizarrón para avisos.

CAPITULO TERCERO

====*==*==*==*==*

ANALISIS DE RESULTADOS

====*==*==*==*==*



ANALISIS DE RESULTADOS

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_**

El análisis estadístico de los 335 casos atendidos por el SAPT y de los 44 usuarios canalizados por el sistema, comprendidos durante el período de tiempo del 1º de Julio al 30 de Septiembre de 1987 y que constituyeron la muestra de este estudio, se llevó a cabo por medio de la computadora a través del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales, SPSS (54).

Para facilitar el manejo de la información obtenida en esta investigación, los resultados se dividieron en seis áreas. La primera de ellas reporta las características de las llamadas hechas al SAPT (Tablas Nº 1 a 3). La segunda parte habla sobre el perfil sociodemográfico de los consultantes de dicho servicio (Tablas Nº 4 a 10). La historia socioeconómica de los usuarios constituye la tercera área (Tablas Nº 11 a 19) y algunos de sus antecedentes estructuran la cuarta parte de este análisis de resultados (Tablas Nº 20 y 21). La quinta parte está conformada por lo relacionado con los motivos de consulta (Tablas Nº 22 a 29). Finalmente, se encuentran datos sobre los pacientes canalizados por el SAPT (Tablas Nº 30 a 32).

A continuación se presentan las seis áreas seguidas de la descripción de cada una de las tablas que las integran y cuyos créditos quedaron así:

Puente-Silva, F.; Bustos, M. L. y Acosta, R. V.

CARACTERÍSTICAS DE LAS LLAMADAS HECHAS AL SAPT

Tabla Nº 1: Tipos de llamadas

		n	%		
No obtienen beneficio	No contestan o cuelgan.....	76	7.5	n	%
	Equivocadas.....	36	4		
	Interrumpidas.....	14	1		
	Bromas.....	7	0.6		
	Crítica.....	2	0.2		
	Felicitación.....	2	0.2	135	13.5
Obtienes beneficio	Información sobre el SAPT.....	57	6	n	%
	Canalizaciones.....	44	4		
	Para terapeutas fuera de turno.....	85	8.5		
	Pacientes de primera vez.....	335	34		
	Pacientes que consultan 2 ó más veces.....	334	34		
TOTAL		1002	100	867	86.5

El total de las llamadas hechas al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAPT fueron 1002 de las que el 13.5% no obtienen aparentemente beneficio del uso del mismo, ya sea porque fueron llamadas en las que los sujetos no contestan o cuelgan, o se equivocaron, o se interrumpió la comunicación, o simplemente hablaron para bromear, criticar o felicitar al SAPT. Por otra parte, el 86.5% de las llamadas sí obtienen directamente beneficio del servicio, es decir, que de cada 5 llamadas 4 tienen que ver con la ayuda que brinda el SAPT, ya sea para dar información sobre el sistema, de sus terapeutas o de otras instituciones del Sector Salud y sobre todo para la atención psicológica a pacientes que consultan al SAPT por primera vez o de manera subsecuente.

Tabla Nº 2: Duración de las llamadas en minutos

	n	%
9 ó menos.....	70	9.5
10 - 19.....	97	13
20 - 29.....	102	14
30 - 39.....	186	25
40 - 49.....	<u>202</u>	<u>28.5</u>
TOTAL	335	100

Del total de llamadas (1002) sólo 743 fueron contabilizadas en minutos ya que no todas fueron reportadas por los terapeutas en los registros correspondientes. El 25% de las llamadas tuvo una duración de 30 a 39 minutos y el 38.5% duró 40 minutos ó más lo que indica que de cada 3 llamadas 2 duraron más de 30 minutos.

Tabla Nº 3: Frecuencia de las llamadas por turno y por día

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
8-12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	3	24	3
12-16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	4	43	6
16-20	60	8	43	6	52	7	52	7	55	7	33	4.5	48	6.5
20-24	<u>49</u>	<u>6.5</u>	<u>52</u>	<u>7</u>	<u>46</u>	<u>6</u>	<u>36</u>	<u>5</u>	<u>52</u>	<u>7</u>	<u>26</u>	<u>3.5</u>	<u>16</u>	<u>2</u>
TOTAL	109	14.5	95	13	98	13	88	12	107	14	115	15	131	17.5

Como se puede observar en esta tabla existe poca variación entre los porcentajes de las llamadas hechas al SAPT por turno y por día. El turno que presentó mayor porcentaje fué el Lunes de 16 a 20 hrs. con el 8% y el que reportó menor número de llamadas fué el Domingo de 20 a 24 hrs. con el 2%.

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SAPT

Tabla Nº 4: Fuente de Información

	n	%
Radio.....	125	37
Prensa.....	58	18
Otra persona.....	38	11
Televisión.....	27	8
Revista / Gaceta UNAM.....	23	7
Otra Institución.....	3	1
Se ignora.....	61	18
TOTAL	335	100

La fuente de información incluyó los diversos medios masivos de comunicación a través de los cuales las personas se enteraron de la existencia del SAPT. De las 335 personas atendidas por este servicio el 37% se enteró - por medio del radio que fué el que mayor porcentaje obtuvo.

Tabla Nº 5: Tipo de Teléfono

	n	%
Domicilio.....	191	57
Público.....	26	8
Oficina.....	25	7
Otro.....	19	6
Se ignora.....	74	22
TOTAL	335	100

Más de la mitad de los usuarios del SAPT hablaron del teléfono de su domicilio (57%) en tanto que de cada 5 personas 1 llamó de un teléfono fuera de su casa (21%), así como 1 de cada 5 personas se ignora el tipo de teléfono que utilizó para comunicarse al SAPT (22%).

Tabla Nº 6: Sexo

	n	%
Masculino.....	111	33
Femenino.....	224	67
TOTAL	335	100

Esta tabla muestra que de cada 3 solicitantes 2 son mujeres (67%) y 1 es hombre (33%).

Tabla Nº 7: Edad

	n	%
19 años o menos.....	16	5
20 - 39.....	188	56
40 - 59.....	98	29
60 años o más.....	26	8
Se ignora.....	7	2
TOTAL	335	100

El 90% de la población es menor de 59 años siendo los sujetos de 20 a 39 años los que más llamaron al SAPT (56%).

Tabla Nº 8: Estado Civil

	n	%
Soltero, viudo, divorciado o separado....	191	57
Unión libre o casado.....	133	40
Se ignora.....	11	3
TOTAL	335	100

El 57% de los usuarios del SAPT no vive con una pareja ya sea por ser soltero, viudo, divorciado o separado, mientras que el 40% está casado o vive en unión libre.

Tabla Nº 9: Religión

	n	%
Católica.....	235	70
Otra.....	22	7
Ateo.....	15	4
Se ignora.....	63	19
TOTAL	335	100

En cuanto a la religión, el 70% de los usuarios del SAPT son católicos y en mínima proporción poseen otra religión (7%) o ninguna (4%) ignorándose en el 19% de los casos.

Tabla Nº 10: Escolaridad

		n	%	n	%
Primaria	Completa.....	36	11	52	16
	Incompleta.....	16	5		
Secundaria	Completa.....	55	16	70	20.5
	Incompleta.....	15	4.5		
Estudios Superiores	Preparatoria o Vocacional.....	109	32.5	170	51
	Profesional.....	52	15.5		
	Postgrado.....	9	3		
	Analfabeta.....	2	0.5		
Se ignora.....		41	12		
TOTAL		335	100		

En esta tabla se pueden observar los distintos grados de escolaridad que los consultantes del SAPT manifestaron. 1 de cada 2 personas posee estudios superiores teniendo de preparatoria o vocacional en adelante incluyendo estudios de postgrado (51%).

HISTORIA SOCIOECONOMICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SAPT

Tabla Nº 11: Ocupación

	n	%
Ama de casa.....	80	24
Burocracia y empleados Empresa Privada..	70	21
Profesionista.....	41	12
Oficios o equivalente.....	28	8
Estudiante.....	21	6
Desempleado.....	16	5
Subempleado.....	14	4
Asistente de oficios.....	11	3
Empresario de Iniciativa Privada.....	4	1
Otro.....	32	10
Se ignora.....	18	5
TOTAL	335	100

Una de cada 4 personas es ama de casa (24%) y una de cada 5 es un em--pleado de Gobierno o de Empresa Privada (21%), siendo los empresarios de la Iniciativa Privada los que hablan menos (1%).

Tabla Nº 12: Nivel de Ingresos

	n	%
Más del Salario Mínimo.....	100	30
Salario Mínimo.....	84	25
Menos del Salario Mínimo.....	56	17
Otro.....	11	3
Se ignora.....	84	25
TOTAL	335	100

Una de cada 4 individuos no proporcionó el monto de su salario (25%), el 30% percibe arriba del salario mínimo y el 25% gana el salario mínimo, el 17% obtiene por su trabajo menos del salario mínimo y el 3% no tiene un sueldo fi--jo o no trabajan.

Tabla Nº 13: Lugar de Residencia

	n	%
Distrito Federal.....	214	64
Area Metropolitana.....	49	15
Interior de la República.....	18	5
Se ignora.....	54	16
TOTAL	335	100

De cada 3 personas 2 viven en el Distrito Federal (64%) y el 15% en el Area Metropolitana. Un pequeño porcentaje aunque importante habló del interior de la República (5%), ignorándose el lugar de residencia en el 16% de los casos.

Tabla Nº 14: Lugar de Origen

	n	%
Distrito Federal.....	195	58
Interior de la República.....	59	18
Area Metropolitana.....	15	4.5
Extranjero.....	4	1
Se ignora.....	62	18.5
TOTAL	335	100

En el 18.5% de los usuarios se ignora su lugar de origen, la mayoría nacieron en la Cd. de México (58%) y uno de cada 5 son originarios del interior de la República (18%).

Tabla Nº 15: Número de personas con quienes vive

	n	%
1 - 5.....	231	69
6 - 10.....	69	21
11 - 15.....	7	2
Se ignora.....	28	8
TOTAL	335	100

En la casa del solicitante viven de 1 a 5 personas en el 69% de los casos y el 21% vive con 6 a 10 personas.

Tabla Nº 16: Tipo de Parentesco

	n	%
Familia Nuclear.....	116	34.5
Familia de Origen.....	60	18
Otro.....	98	29
Ninguno.....	6	2
Vive solo.....	30	9
Se ignora.....	25	7.5
TOTAL	335	100

Una de cada 3 personas vive con su pareja e hijos (34.5%) o con otro familiar (29%). Una de cada 5 personas vive con sus padres y hermanos (18%). En el 9% de los casos no existe ningún parentesco ya que la persona vive sola.

Tabla Nº 17: Tipo de Vivienda I

	n	%
Casa sola.....	153	46
Departamento.....	105	31
Otra.....	18	5.5
Se ignora.....	59	17.5
TOTAL	335	100

Una de cada 2 personas vive en casa sola (46%); una de cada 3 vive en departamento (31%); el 5.5% vive en cuarto, vecindad, hotel, etc. y en el 17.5% de los que llamaron se ignora su tipo de vivienda.

Tabla Nº 18: Tipo de Vivienda II

	n	%
Propia.....	170	51
Rentada.....	78	23
Otra.....	28	8.5
Se ignora.....	59	17.5
TOTAL	335	100

Uno de cada 2 posee vivienda propia (51%); el 23% la renta y el 8.5% vive en otra circunstancia, por ejemplo, casa prestada, de huéspedes, de asistencia, etc. y en el 17.5% se ignora.

Tabla Nº 19: Número de Habitaciones

	n	%
1 - 4.....	164	49
5 - 9.....	67	20
Se ignora.....	104	31
TOTAL	335	100

Una de cada 2 personas tiene una vivienda con un número reducido de habitaciones, de 1 a 4 (49%) y solamente 1 de cada 5 cuenta con una vivienda de 5 a 9 habitaciones (20%), ignorándose en un alto porcentaje la cantidad de las mismas (31%).

ANTECEDENTES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SAPT

Tabla Nº 20: Experiencia Psicoterapéutica Previa

	n	%
Si.....	107	32
No.....	173	52
Se ignora.....	55	16
TOTAL	335	100

En relación a esta variable, una de cada 2 personas no ha estado en psicoterapia (52%) y una de cada 3 ha tenido algún contacto con profesionales de la Salud Mental por lo menos durante tres meses (32%), ignorándose en el 16% de los pacientes atendidos por el SAPT.

Tabla Nº 21: Acontecimiento Previo a la Llamada

	n	%
Inmediato anterior.....	188	56
Crónico.....	108	32
Ausente.....	7	2
Se ignora.....	32	10
TOTAL	335	100

Una de cada 2 personas reportó haber experimentado un suceso impactante inmediatamente antes de la llamada (56%). En una de cada 3 se encontró la presencia de un evento crónico previo a su consulta (32%). En el 2% aparentemente no hay un acontecimiento importante antes de hablar al SAPT y en el 10% de los casos se ignora por falta de datos.

MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SAPT

Tabla Nº 22: Número de Consultas

	n	%
1 - 9*	319	95
10 - 19	13	4
20 - 29	3	1
TOTAL	335	100
* 1 - 4	293	88
5 - 9	26	7
TOTAL	319	95

El 95% de los usuarios llamó de 1 a 9 ocasiones al SAPT de las cuales el 88% hizo de 1 a 4 llamadas y solamente el 5% elevó su número de consultas a más de 10.

Tabla Nº 23: Número de motivos de consulta por paciente

	n	%
1 motivo	83	25
2 motivos	130	39
3 motivos	91	27
4 motivos	26	8
5 motivos	5	1
TOTAL	335	100

El 75% reportó 2 motivos o más que originaron la consulta, lo que significó que de cada 4 personas una tuvo un motivo específico y particular y 3 pacientes tuvieron 2 ó más motivos.

A partir de este momento las tablas incluyen cuatro columnas. En la primera se anotan la frecuencia y porcentaje de aquellas personas que presentan la característica mencionada y en la segunda, aparecen la frecuencia y porcentaje de las personas que no la presentan. En la tercera columna se encuentran los puntajes que representan dos veces el Error Estándar y en la cuarta columna está la diferencia entre "p" y "q" obtenida por la fórmula que más adelante se describe. Esto, se hizo con el fin de demostrar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los motivos de consulta y entre los motivos de consulta y el sexo, edad, estado civil y acontecimiento previo que reportaron los 335 pacientes atendidos por el SAPT, (12).

Error Estándar = $\sqrt{\frac{p \times q}{n}}$ en donde: p = % de los pacientes que si presentaron el cruce de variables.

q = % de los pacientes que no presentaron el cruce de variables.

n = Número total de pacientes.

Si la diferencia entre "p" y "q" es mayor que dos veces el Error Estándar, el cruce de variables es estadísticamente significativo a un nivel de $p \leq 0.05$.

Tabla Nº 24: Motivos de Consulta

MOTIVOS DE CONSULTA	SI		NO		2 VECES ERRORES ESTANDAR	p - n
	n	%	n	%		
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR	189	56	146	44	5.4	12
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DEPRESION	143	43	192	57	5.4	14
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ANGUSTIA	139	41.5	196	58.5	5.4	17
DEFICIENCIA EN EL REPERIARIO DE INTERACCION SOCIAL	122	36	213	64	5.2	28
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DEL ORGANISMO	45	13	290	87	3.7	74
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESFERA SEXUAL, GENITAL Y REPRODUCTIVA	42	12.5	293	87.5	3.6	75
PROBLEMAS ECONOMICOS, ESCOLARES, LABORALES Y LEGALES	29	9	306	91	3.1	82
SOLICITUD EXPRESA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO	14	4	321	96	2.1	92
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA	13	4	322	96	2.1	92
INFORMACION SOBRE SERVICIOS DE PSICO-TERAPIA INCLUYENDO EDUCACION ESPECIAL	5	1.5	330	98.5	1.3	97
OTROS	4	1	331	99	1.1	98

En la tabla Nº 24 se observa que el 56% del total de pacientes, solicitaron ayuda por problemas relacionados con algún miembro de su familia, ya sea por dificultades en la interacción con sus parientes, con su pareja, - por proceso de separación o divorcio, o por enfermedad emocional y/o física de alguno de los integrantes.

El segundo motivo de consulta estuvo constituido por problemas relacionados con la depresión (43%) que abarcó toda la gama de síntomas asociados a la misma incluyendo intento de suicidio, así como problemas con la concentración, atención y memoria.

El 41.5% de los casos representó el tercer motivo de consulta que fueron los problemas relacionados con la angustia, tales como temores específicos, fobias, cuasifobias, hipersensibilidad y problemas obsesivo-compulsivos.

El cuarto motivo de consulta se refirió a la deficiencia en el repertorio de interacción social (36%) como la soledad, dificultad para relacionarse con los demás y problemas asociados con la agresividad.

Estos cuatro motivos y sus combinaciones constituyeron la mayor parte de las llamadas telefónicas al SAPT solicitando ayuda ya que a partir de esta categoría, la frecuencia bajó en forma significativa.

La categoría número 5 quedó integrada por problemas relacionados con el funcionamiento del organismo ya sea por enfermedades físicas, psicósomáticas, por el consumo de medicamentos o por alteraciones en el ciclo del sueño excluyendo al insomnio (13%).

Con un 12.5% estuvieron los problemas relacionados con la esfera sexual, genital y reproductiva que abarcaron principalmente disfunciones psicosexuales, problemas de identidad sexual, dificultades asociadas con la fertilidad, incesto, intento de violación y enfermedades venéreas.

Por lo que se refirió a problemas económicos, escolares, laborales y legales, solamente un 9% hablaron por estos motivos.

Como octavo motivo se encontró la solicitud expresa de apoyo psicológico por teléfono con un 4%.

Con un 4% se reportaron los problemas asociados al consumo del alcohol y farmacodependencia incluyendo tabaquismo.

En penúltimo lugar, se mostró la solicitud de información sobre servicios de Psicoterapia incluyendo Educación Especial con un 1.5%.

Finalmente, el 1% se localizó en la categoría de otros como fueron envidia, ambición, premoniciones y el teléfono de Mario Moreno.

Las tablas siguientes describen el cruce de variables entre el sexo, edad, estado civil, acontecimiento previo y, los motivos de consulta. El porcentaje de los últimos 6 motivos fué mínimo por lo que se procedió a estructurarlos en una sola categoría denominada "Otros".

Tabla Nº 25: Cruce de Variables

	VALOR DE	GRADOS DE LIBERTAD	NIVEL DE SIGNIFICANCIA p 0.05* p 0.001**
MOTIVO DE CONSULTA - SEXO.....	29.07	10	18.30*
MOTIVO DE CONSULTA - EDAD.....	87.31	70	50.89**
MOTIVO DE CONSULTA - ESTADO CIVIL.....	76.40	70	50.89**
MOTIVO DE CONSULTA - ACONTECIMIENTO PREVIO.....	59.24	30	42.71*

En esta tabla se pueden observar solamente aquellos cruces de variables cuyos valores fueron estadísticamente significativos, con sus respectivos grados de libertad y nivel de significancia de acuerdo a la prueba estadística

Chi Cuadrada para k muestras independientes, (66).

Tabla Nº 26: Motivo de Consulta - Sexo

MOTIVOS DE CONSULTA Y SEXO	MASCULINO					FEMENINO						
	SI		NO		2 VECES ERROH ESTANDAR	p - q	SI		NO		2 VECES ERROH ESTANDAR	p - q
	n	%	n	%			n	%	n	%		
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR	41	12	294	88	3,5	76	14,8	44	187	56	5	12
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DEPRESION	44	13	291	87	4	74	99	29,5	236	70,5	5	41
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ANGUSTIA	52	15,5	283	84,5	4	69	87	26	248	74	5	48
DEFICIENCIA EN EL REPERTORIO DE INTERACCION SOCIAL	42	12,5	293	87,5	4	75	60	24	255	76	5	52
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DEL ORGANISMO	19	6	316	94	3	68	26	8	309	92	3	84
OTROS	47	14	288	86	4	72	60	18	275	82	4	64

Es claro observar que las mujeres presentaron un mayor porcentaje con respecto a los problemas relacionados con la estructura familiar (44%) siguiéndole la depresión (29.5%), la angustia (26%) y la deficiencia en el repertorio de interacción social (24%). En cambio, los hombres no presentaron una marcada variación en sus motivos de consulta.

Tabla Nº 27: Motivo de Consulta - Edad

MOTIVOS DE CONSULTA Y EDAD	19 AÑOS O MENOS					20 - 39					40 - 59					60 AÑOS O MAS								
	SI		NO		2 VECES ERROR ESTANDAR	p - q	SI		NO		2 VECES ERROR ESTANDAR	p - q	SI		NO		2 VECES ERROR ESTANDAR	p - q						
	n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%				
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR	14	4	321	96	2	92	108	32	227	68	5	36	56	17	279	83	4	66	11	3	324	97	2	94
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DEPRESION	5	1.5	330	98.5	1	97	78	23	257	77	5	44	4.6	14	269	86	4	72	14	4	321	96	2	92
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ANGUSTIA	6	2	329	98	1.5	96	77	23	258	77	5	44	4.2	12.5	293	87.5	4	75	14	4	321	96	2	92
DEFICIENCIA EN EL REPERTORIO DE INTERACCION SOCIAL	9	3	326	97	2	94	64	19	271	81	4	62	39	12	296	88	3.5	76	10	3	325	97	2	94
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DEL ORGANISMO	1	0.5	334	99.5	1	99	23	7	312	93	3	86	11	3	324	97	2	94	10	3	325	97	2	94
OTROS	10	3	325	97	2	94	71	21	264	79	4.5	58	21	6	314	94	3	92	5	1.5	330	98.5	1	97

En la tabla Nº 27 se puede ver el cruce de variables entre motivo de consulta y edad. El grupo más frecuente se encontró entre los 20 y 39 años sin presentarse variaciones en el orden de motivos de consulta de acuerdo al porcentaje. En los otros grupos de edad la diferencia entre motivos de consulta no fué significativa.

Tabla Nº 28: Motivo de Consulta - Estado Civil

MOTIVOS DE CONSULTA Y ESTADO CIVIL	UNION LIBRE/CASADO				SOLTERO/VIUDO DIVORCIADO/SEPARADO				SE IGNORA									
	SI		NO		2 VECES ERROR ESTANDAR	p - q	SI		NO		2 VECES ERROR ESTANDAR	p - q	SI		NO			
	n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%	n	%
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR	94	28	241	72	5	44	88	26	247	74	5	52	7	2	328	98	1.5	96
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DEPRESION	87	26	248	74	5	48	52	15.5	283	84.5	4	69	4	1	331	99	1	98
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ANGUSTIA	79	24	256	76	5	52	58	17	277	83	4	66	2	0.5	333	99.5	1	99
DEFICIENCIA EN EL REPERTORIO DE INTERACCION SOCIAL	88	26	247	74	5	52	32	9.5	303	90.5	3	81	2	0.5	333	99.5	1	99
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DEL ORGANISMO	23	7	312	93	3	86	22	7	313	93	3	86	0	0	335	100	0	100
OTROS	63	19	272	81	4	62	39	12	296	88	3.5	76	5	1.5	330	98.5	1	97

Las personas que viven en unión libre o están casadas fueron las que utilizaron más el servicio en comparación con las que viven sin una pareja. - La frecuencia de sus motivos de consulta sigue sin alteraciones, siendo la más frecuente los problemas relacionados con la estructura familiar, con el 28 y 26% respectivamente.

Tabla Nº 29: Motivo de Consulta - Acontecimiento Previo

MOTIVOS DE CONSULTA Y ACONTECIMIENTO PREVIO	IMEDIATO ANTERIOR				CRONICO				AUSENTE				SE IGNORA											
	SI		NO		2 VECES ERROR ESTANDAR	p - q		SI		NO		2 VECES ERROR ESTANDAR	p - q		SI		NO		2 VECES ERROR ESTANDAR	p - q				
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%			
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR	126	30	207	62	5	24	55	16	280	84	4	68	1	0,5	334	99,5	1	99	7	2	328	98	1,5	96
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DEPRESION	71	21	264	79	4,5	58	54	16	281	84	4	68	1	0,5	334	99,5	1	99	16	5	319	95	2	90
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ANGUSTIA	71	21	264	79	4,5	58	49	15	286	85	4	70	2	0,5	333	99,5	1	99	17	5	318	95	2	90
DEFICIENCIA EN EL REPERTORIO DE INTERACCION SOCIAL	52	15,5	283	84,5	4	69	55	16	280	84	4	68	3	1	332	99	1	98	12	3,5	323	96,5	2	93
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DEL ORGANISMO	22	6,5	313	93,5	3	87	12	3,5	323	96,5	2	93	3	1	332	99	1	98	8	2	327	98	1,5	96
OTROS	71	21	264	79	4,5	58	27	8	308	92	2	84	4	1	331	99	1	98	5	1,5	330	98,5	1	97

A pesar de lo difícil que resultó determinar la temporalidad del evento previo a la llamada, se puede observar en la tabla Nº 29 que cuando el acontecimiento que impactó al sujeto se produjo inmediatamente antes de su consulta, el motivo más frecuente fué el relacionado a los problemas relacionados a la estructura familiar (38%) manteniéndose la angustia y la depresión en un mismo nivel (21%). Por otro lado, cuando el evento fué crónico o aparentemente no existió o se ignora, la manifestación de los motivos de consulta no presentó una marcada diferencia, es decir, los pacientes los reportaron indistintamente.

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CANALIZADOS POR EL SAPT

En esta área se exponen tres particularidades de los 44 consultantes que fueron referidos por el SAPT: sexo, las razones por las que hablaron y el lugar de canalización.

Tabla Nº 30: Sexo

	n	%
Masculino.....	20	45.5
Femenino.....	22	50
Se ignora.....	2	4.5
TOTAL	44	100

La diferencia con respecto al sexo de los pacientes que hablaron al SAPT y que fueron canalizados fué mínima, o sea que tanto hombres (45.5%) como mujeres (50%) fueron referidos a otro servicio, ignorándose en el 4.5% el sexo de los usuarios debido a la falta de este dato en el expediente.

Tabla Nº 31: Motivos de Consulta

MOTIVOS DE CONSULTA	SI		NO		2 VECES ERRAR ESTANDAR	p - q
	n	%	n	%		
ATENCION PERSONAL	17	39	27	61	5	22
AYUDA A FAMILIAR	13	29.5	31	70.5	5	41
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ANGSTIA	12	27	32	73	5	46
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DEPRESION	8	18	36	82	4	64
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR	5	11	39	89	3	78
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DEL ORGANISMO	5	11	39	89	3	78
DEFICIENCIA EN EL REPERTORIO DE INTERACCION SOCIAL	3	7	41	93	3	86
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESFERA SEXUAL	1	2	43	98	1.5	96
SE IGNORA	4	9	40	91	3	82

Los motivos más frecuentes que las personas canalizadas reportaron al - SAPT fueron: la petición de atención personal (39%), la solicitud de ayuda pa - ra un familiar con diversos problemas (29.5%), sintomatología asociada a la - angustia (27%) y la depresión (18%). A partir de éstos, los demás motivos de consulta disminuyeron su frecuencia.

Tabla Nº 32: Lugar de Canalización

	n	%
Instituciones de la UNAM.....	22	50
Hospitales Psiquiátricos.....	9	20.5
Organismos Civiles.....	3	7
Hospitales Generales.....	2	4.5
Médico Particular.....	1	2
Se ignora.....	7	16
TOTAL	44	100

Uno de cada 2 sujetos canalizados fueron referidos a Instituciones de la UNAM (50%) como el Centro Comunitario y Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología; y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina.

El 20.5% fueron referidos a hospitales psiquiátricos como el Fray Bernar - dino Alvarez, Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y la Clínica San Rafael. En cuanto a organismos civiles, al 7% se les proporcionaron datos de la Asociación Científica de Profesionales para el Estudio Integral del Niño y la Fundación Mexicana de Psicoterapia.

El 4.5% fueron canalizados a hospitales generales y de especialización co - mo el Hospital Balbuena y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. A una persona se le sugirió consultar a su médico particular (2%) y en el 16% de los casos se ignora el lugar de canalización debido a la falta de este da - to en el expediente.

CAPITULO CUARTO

DISCUSION Y CONCLUSIONES



otras formas que probablemente pusieron a prueba tanto a los prestadores del servicio como al sistema mismo. Estos usuarios pudieron provocar sentimientos muy intensos en los terapeutas como coraje, frustración, ineficiencia, etc. que probablemente interfirieron en la intervención terapéutica, por lo que es necesario saber cómo manejarlos.

Por otro lado el 86.5% de las llamadas nos indica que el SAPT no sólo sirvió para atender problemas emocionales en una sola sesión sino en varias. Este porcentaje también incluyó aquellas llamadas en las que solicitaron información sobre el sistema, lo que demostró que el SAPT causó novedad y en ocasiones las llamadas fueron por simple curiosidad de su funcionamiento. Las llamadas para localizar a los terapeutas cuando éstos estuvieron fuera de su turno, denotó que existe una urgente necesidad de atención por parte de los usuarios. Aunado a esto, el SAPT también fungió como intermediario entre los usuarios y los distintos tipos de servicios de salud mental al canalizar a aquellos sujetos dada la complejidad de sus problemas o porque ellos lo solicitaron de manera directa. Tema que más adelante discutiremos.

En relación a la duración de las llamadas, el 65% de los 335 casos atendidos, recibió atención terapéutica durante 30 minutos o más siendo el promedio de 40 minutos. Esto superó la expectativa inicial lo cual pudo deberse tanto a la poca experiencia de los terapeutas en este tipo de servicio, como a la etapa de desarrollo del sistema ya que se encontraba en un periodo inicial de evaluación de las técnicas terapéuticas implementadas. Es importante mencionar que la duración de las llamadas fué muy similar a una sesión terapéutica en persona y el tiempo fué apenas suficiente para tratar de obtener el mayor número de datos posibles necesarios para la investigación del problema y para el trabajo terapéutico ya que existía la posibilidad de que sólo fuera una llamada. Cabe aclarar que existieron personas que presentaron una necesidad de ayuda muy intensa lo cual implicó una mayor inversión de tiempo.

A diferencia de lo encontrado en Alemania, Checoslovaquia (24), Argentina* y los Centros de Integración Juvenil en México (66), se observó una diferencia mínima del número de llamadas recibidas en las horas y días de servicio ya - que al ser una sola línea telefónica éste se saturaba resultando insuficiente para la cantidad de población consultante. No obstante, la frecuencia se incrementó ligeramente el Lunes y disminuyó los fines de semana. Esto, pudo deberse al horario de servicio puesto que entre semana las llamadas eran más frecuentes ya que las personas hablaron una vez que terminaban sus actividades laborales, estudiantiles o del hogar o simplemente se comunicaban desde su trabajo cuando éste era vespertino o nocturno. Por el contrario, los Sábados y Domingos bajó la frecuencia ya que son días en los que se reúne la familia lo que impide al individuo hablar con comodidad y confianza al SAPT prefiriendo esperar otro día en el que lo pudiera hacer más libremente. Por lo tanto, es más frecuente ver que las personas que hablan en fines de semana es porque están - y/o se sienten solas.

Al igual que Levi* lo reporta y en relación al perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos por el SAPT, las llamadas aumentaron su frecuencia después de la propaganda del servicio siendo el 37% los que se enteraron a través del radio que resultó ser el medio de comunicación más utilizado y efectivo en nuestro país, además de haber sido el que dió más acceso para difundir al SAPT. El resto se enteró por otro medio de información masiva. La mayoría de los pacientes hablaron desde su domicilio (57%) ya que resultó más comfortable aparte de facilitar el contacto con el SAPT con el menor número de problemas. Las mujeres utilizaron con mayor frecuencia el servicio (67%) ya que se encuentran en su casa más tiempo que los hombres (33%) y también debido a la situación socio-cultural en la que a ellas se les permite con mayor libertad y naturalidad la expresión de sus afectos y están más sensibilizadas para reconocer su -

* Comunicación Personal

problemática emocional y hablar sobre ella. Esto, concuerda con lo reportado en E.U. (89,4,37,24) Nueva Zelanda (4), Alemania (4,24), Checoslovaquia y Suiza (28) y, lo encontrado en México en comunicación personal con la Asociación Mexicana para la Prevención del Suicidio, los Centros de Integración Juvenil, el Instituto Nacional de la Senectud y los resultados obtenidos por el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono después de los sismos de 1985 (28). La edad mayormente presentada fluctuó entre 20 y 39 años (56%), siguiéndole de 40 a 59 años (29%), lo que llevó a inferir que las condiciones de vida y productividad de las personas en edad joven no fueron del todo óptimas debido al periodo de inestabilidad por el que atraviesa el país. Lo anterior, coincide con lo descubierto en E.U. (89,92) y en la Asociación Mexicana para la Prevención del Suicidio. Más de la mitad vive sin una pareja (57%) por lo que es muy probable que esta gente se sintiera y/o estuviera sola ya que no mantenían una relación estable con otra persona al igual que lo expuesto en Wisconsin (92). El 70% manifestaron ser católicos lo cual es reflejo de la ideología religiosa mexicana. Las prácticas religiosas de los católicos, la confesión, la misa dominical, las ceremonias, etc. tienen implicaciones psicológicas importantes ya que funcionan como un sistema en el que se les permite expresar su problemática así como buscar apoyo. El SAPT como analogía sirve como una especie de "confesionario". Por otra parte, parece ser que a mayor escolaridad e inteligencia, mayor capacidad de comprensión de los propios problemas y mayor repertorio para buscar ayuda utilizando un sistema de este tipo, lo que se corrobora por el 51% de las personas que hablaron al SAPT cuya escolaridad fué de preparatoria completa en adelante incluyendo estudios de postgrado. Lo antes dicho, es un hecho sumamente significativo tomando en cuenta que la escolaridad promedio en México es de primaria, (33).

En cuanto a la historia socioeconómica de los pacientes atendidos por el SAPT, las personas que más hablaron fueron amas de casa (24%) ya que tuvieron -

le facilidad de estar en un lugar con más privacidad y con teléfono; y los empleados medios (21%), que es una población presionada por las características sociales del país donde la limitación en el poder adquisitivo de sus ingresos - no les permite desarrollar expectativas mayores. Además, hablaron de todas clases sociales en especial aquellas que ganan 2 ó más veces el salario mínimo con el 30%. Sin embargo, el SAPT benefició más a la clase media baja ya que el 42% gana el salario mínimo o menos y un 25% no proporcionó el monto de su salario por desconfianza ya que pensaron que al reportar su ingreso corrían un cierto - riesgo de tipo fiscal. A pesar de que este servicio estuvo dirigido al D.F. y Area Metropolitana, hubo un pequeño pero importante número de llamadas del interior de la República (5%) lo que pudo deberse a que la difusión se concretó - principalmente a la Cd. de México y también al costo que implica la llamada desde la provincia. Sin embargo, este dato reflejó también la falta de servicios de salud mental en el país, así como la poca utilización de recursos aprovechables en esta área como lo es el teléfono y los psicólogos. De los que hablaron al SAPT, un gran porcentaje (23.5%) no son originarios de la Cd. de México lo - cual señala la migración que existe hacia la capital con el fin de integrarse a la vida moderna urbana trayendo como consecuencia múltiples problemas (21,16). Los solicitantes viven por lo general con pocas personas (de 1 a 5 fué el 69%), con su pareja e hijos (34.5%), o con otro familiar (29%). Con gran frecuencia viven en casa sola (86%), de 1 a 4 habitaciones (49%) y el tipo de vivienda que habitan cualquiera que ésta sea, es propia (51%) lo cual no es representativo - de la población del D.F. ya que estos usuarios han tenido más posibilidades de comprar o rentar casa con más espacio y confort.

El antecedente de la ausencia de experiencia psicoterapéutica de algún tipo en el 52% de los casos lleva a la conclusión de que la gente por diversas - causas tales como miedo, desconocimiento, falta de recursos económicos, etc. no había consultado con algún especialista de la salud mental. Esto, aunado a un

acontecimiento doloroso o angustiante inmediatamente anterior a la llamada (56%) ya sea por una pelea, pérdida de objeto, shock nervioso, etc., hizo que las personas consultaran al SAPT, por lo que podemos deducir que éste funciona para - permitir la catarsis, intervenir en casos de crisis o realizar psicoterapia breve y de emergencia.

La mayor parte de las personas (88%) habló de 1 a 4 veces siendo el promedio de 2 a 3 consultas por individuo, lo cual va acorde a lo postulado por Slaikeu (74) en relación a la Intervención en Crisis y por Bellak y Small (9) en la Psicoterapia Breve y de Emergencia. ya que generalmente el paciente no acude a la terapia más de 5 veces puesto que no está acostumbrado al concepto de la psicoterapia a largo plazo. La mayoría se presenta en momentos de crisis, que una vez superada, hace que desaparezca la motivación para seguir explorando más profundamente los problemas. En este sentido la primera ayuda psicológica o Intervención en Crisis de primer orden implicó la ayuda inmediata, directiva y que casi siempre se llevó una sola sesión en la que se proporcionó apoyo, redujo la posibilidad de suicidio y vinculó a la persona afectada con otros recursos de ayuda. Al no ser simplemente una entrevista diagnóstica, sino también terapéutica, en muchas ocasiones en una sola consulta se planteó una solución en el momento de crisis con la finalidad de evitar conflictos y hacer que esta solución perdure en la respuesta terapéutica. Así, la persona descargó su tensión y recibió ciertas indicaciones directivas del terapeuta, aclarando sus problemas, sintiéndose mejor y visualizando posibles alternativas de solución. La Intervención en Crisis de segundo orden o Terapia en Crisis propiamente dicha, se - llevó a cabo en la minoría de los pacientes atendidos por el SAPT ya que incluyó un proceso terapéutico a corto plazo que fué más allá de la restauración al tratar de resolver la crisis enfrentándola y realizando una reestructuración - cognoscitiva.

Respecto al número de motivos de consulta por paciente el 25% reportó un motivo específico y el resto tuvieron más de 2 motivos, lo cual también superó lo previsto inicialmente, ya que la cédula de registro precodificada sólo contempló espacio para 3 motivos de consulta. Esto es de suma importancia ya que establece la gran complejidad de los problemas emocionales, sus combinaciones, causas y efectos.

Resulta de gran interés observar que el SAPT fué solicitado por diversos problemas psicológicos, sobretudo aquellos casos en que la interacción de los diversos miembros de la familia (56%) causó conflicto, resultado de las dificultades existentes del individuo con sus parientes, pareja, por procesos de separación o divorcio, o por alguna enfermedad emocional y/o física de alguno de los integrantes. Entonces, la estructura familiar entró en crisis mostrando pautas disfuncionales como lo afirma Minuchin (51). Lo que condujo a las personas a comunicarse al SAPT fueron los síntomas de alguno de los miembros de la familia. Sin embargo, estos síntomas, desde el enfoque sistémico, representaron una forma de mantener al sistema familiar o ser mantenido por éste, lo cual implicó conservar el equilibrio de esta estructura. La debilitación de los lazos familiares, junto con la mala integración de la personalidad en la etapa formativa del individuo, el desarrollo tecnológico y científico de la Cd. de México, la crisis económica, etc., llevó a consecuencias que alteraron el estado afectivo de las personas consultantes del SAPT. Si a ésto se le sumaba la pérdida de objeto la persona se deprimía (43%) y si se encontraba entre situaciones conflictivas que provocaban tensión o intranquilidad, reaccionaba con mecanismos de defensa para tratar de controlar su angustia (41.5%).

De igual manera, estos trastornos emocionales tuvieron una influencia en todos y cada uno de los individuos que se encontraban alrededor de la persona lo que dificultó el establecimiento de contacto y amistad por lo que el sujeto se sentía y/o estaba solo, (36%).

Ante cualquier situación que el sujeto y su familia percibieran como amenazantes para el equilibrio emocional o ante frustraciones o dilemas, el individuo se angustió, subestimándose y dudando a la hora de tomar decisiones por lo que cometió errores. Esto lo llevó a intranquilizarse más y a deprimirse lo que afectó sus relaciones interpersonales convirtiéndose todo, en un círculo vicioso.

Lo anterior creó elementos claramente agresivos, aversivos y adversivos para el individuo, lo que pudo llevar a las personas a presentar una gran gama de sintomatología adicional cuya función fué defensiva, protectora y reparadora. Estos síntomas fueron: problemas resultado del funcionamiento del organismo, - (13%); problemas sexuales, genitales y reproductivos (12.5%); problemas económicos, escolares, laborales y legales (9%); solicitud expresa de apoyo psicológico por teléfono (4%); alcoholismo y farmacodependencia incluyendo tabaquismo, (4%); envidia, ambición y premoniciones (1%).

El cruce de variables pudo establecer que en todos los motivos de consulta hubo una tendencia mayor en las mujeres a reconocer su problema. Sabemos que - las mujeres son más apegadas a la estructura familiar que los hombres, que manifiestan más problemas en esta área, se muestran más aprensivas y deprimidas. Dado que el grupo entre 20 y 39 años fué el más frecuente, es importante señalar que no presentó variaciones en el orden de aparición de los motivos de consulta. En cuanto al estado civil, las personas que tuvieron una pareja presentaron todo tipo de problemas con poca variación, ésto es, que presentaron tanto problemas en la familia, con otras personas, depresión y angustia. En cambio, los que no tuvieron pareja lo más significativo fueron las dificultades con algún miembro de la familia, siendo ésta donde pasaron la mayor parte de su tiempo. Lo antes dicho revela que los conflictos y crisis que la mayoría de las mujeres entre 20 y 39 años y que viven con alguien en una época como la actual, - no resultan difíciles de entender ya que se encuentran bajo presiones muy impor

tantes de roles: amas de casa, trabajadoras, esposas, madres, etc.

La temporalidad del evento en relación con los motivos de consulta, resultó muy difícil de determinar, con excepción de aquellos acontecimientos que fueron imponderables, claros y precisos. En este caso hablaríamos de que el sujeto presentó un suceso impactante inmediatamente antes de su llamada como un accidente, un despido sin previo aviso, la muerte brusca o repentina de un familiar, etc., que lo condujo a una crisis emocional. También, pudo ser un problema crónico, es decir, problemas que han durado mucho tiempo y que continúan en el presente, por lo que es fácil explicarse que los diferentes motivos de consulta tuvieron porcentajes muy similares. Pero existieron casos en que las circunstancias crónicas hicieron crisis. Muchos manifestaron que tenían problemas con su pareja desde el inicio de la relación y la crisis ocurrió cuando él o ella abandonaron la casa. Poco tiempo después del suceso precipitante la oportunidad de intervención en crisis existe, ya sea a través de la familia y de la comunidad o de un profesional de la salud mental. Así, el paciente logrará una conducta más adaptativa y eficaz.

Como Kolb (41) refiere, estas manifestaciones de trastornos emocionales son resultado de la dotación natural del individuo y de las influencias moldeadoras del medio en el que se desenvuelve. La Cd. de México, dadas sus características favorece estas alteraciones intensificándolas (58). Cuando estos síntomas ya no pueden ser manejados o son demasiado perturbadores o amenazantes para su seguridad, puede llevar al individuo a la regresión y desintegración de su personalidad, o bien, a que pida ayuda para tratar de resolver sus conflictos utilizando recursos internos y externos.

Al igual que la Teoría General de los Sistemas consideramos que es de suma importancia observar el contexto e interacciones del usuario. Las condiciones de vida del mexicano, en especial la del capitalino, dejan mucho que desear. Esto, tiene una influencia definitiva en la expresión de su personalidad y en -

los servicios de salud mental. Como lo señala Puente-Silva (58), los profesionales de esta área debemos preocuparnos por los posibles efectos adversos que puede provocar y buscar alternativas de solución. El ser humano en general cada vez valora más su salud mental y necesita cada vez más servicios en relación a su cuidado. No obstante, existe todavía una brecha entre la necesidad de servicios de salud mental y el déficit existente para responder, aunado a la subutilización del psicólogo como lo declara la Organización Panamericana de la Salud (56).

El SAPT es una de esas alternativas psicoterapéuticas dentro de los servicios de salud mental que no pretende sustituir, sino ser complementaria de la terapia en vivo, pudiendo establecer así un trabajo inter y multidisciplinario. Presenta una serie de ventajas que lo hacen útil, efectivo, beneficioso, de bajo costo y de alto poder preventivo en cuanto a trastornos mentales se refiere. A pesar de sus limitaciones, la demanda fue significativa. Basándose en la información verbal, el SAPT posee las características de la terapia telefónica que Slaikeu (74) desglosa, ya que es de fácil acceso; evita problemas de dinero, transporte y tiempo, da mayor apertura a la confianza por el anonimato del usuario y el control que éste pueda tener para iniciar y terminar la relación terapéutica, facilita la transferencia positiva y de atención relativamente inmediata. Además, la esperanza del paciente de ser escuchado y curado es terapéutica en sí misma y la catarsis disminuye su ansiedad.

Este sistema ha sido imprescindible no sólo para casos de crisis en el transcurso de la vida, sino también para situaciones de emergencia como desastres civiles. Aparte, también funcionó para dar información sobre otros servicios de psicoterapia incluyendo Educación Especial (1.5%). El SAPT canalizó en la misma proporción a hombres (45.5%) y a mujeres (50%) principalmente a instituciones de la Universidad Nacional Autónoma de México (50%) y a Hospitales Psiquiá-

tricos (20.5%) ya que los principales motivos de consulta fueron la atención - psicoterapéutica personal (39%) y la ayuda psicológica para familiares del consultante (29.5%).

El conocer las características de las llamadas hechas al SAPT, los aspectos sociodemográficos y económicos de los usuarios, así como sus antecedentes, nos permitieron entender de una mejor manera sus motivos de consulta, lo que facilitó tener un mayor dominio de la situación particular y realizar una mejor intervención psicológica.

Puesto que se realizó en un escenario natural, este estudio permitió evaluar de una forma óptima la realidad, lo que dió y seguirá dando lugar a nuevas investigaciones. Ya que éste es un campo relativamente nuevo, requiere para su desarrollo un gran esfuerzo y la proposición de alternativas que permitan una mejor calidad de servicio. En estudios posteriores será posible el descubrimiento de nuevas variables que no se hayan tomado en cuenta en esta investigación.

El SAPT, a través de sus resultados y del marco teórico que los explica de mostró haber beneficiado a un gran sector de la población consultante. Este servicio puede ser la base para la construcción de varios sistemas similares con el objeto de servir a la comunidad, sin descartar que más adelante pueda llevarse a cabo a nivel nacional. Para ello es necesaria la preparación constante de su equipo de trabajo y la investigación sobre todos aquellos aspectos relacionados con su estructura, funcionamiento, metodología y sistematización.

Una vez contemplada la importancia de este estudio y sus aportaciones tan to a nivel teórico como aplicado a continuación expondremos cuáles fueron las posibles limitaciones y las sugerencias para su mejor realización.

CAPITULO QUINTO

--*-*-*-*-*-*-*-*

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

--*-*-*-*-*-*-*-*



LIMITACIONES Y SUGERENCIAS
~~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*

Dentro de las limitaciones y sugerencias que las autoras de este estudio damos se encuentran las siguientes:

1. Las condiciones de trabajo como fueron la carencia de un espacio físico adecuado, el aislamiento, el ruido, las presiones propias de este tipo de trabajo, etc., pudieron influir en la efectividad del servicio, por lo que sugerimos tener las condiciones mínimas óptimas para la realización del trabajo.
2. Debido a la saturación de la línea telefónica sugerimos se amplíe el horario de atención las 24 horas del día y de ser posible, aumentar la cantidad de líneas con un número fácil de recordar, contando con una de uso interno administrativo. Es necesario señalar que al disponer de un sólo teléfono, al usuario se le dificultó la comunicación inmediata o rápida a este servicio y, en muchas ocasiones, dejó de insistir abandonando sus intentos de contactar al SAPT. Además, cuando una persona era atendida, las demás no podían comunicarse aumentando su tensión y frustración lo que provocó que llamaran fuera de los horarios del terapeuta asignado o fuera del horario de servicio. Es importante mencionar que el Centro de Estudios de la Mujer (que ocupaba el mismo cubículo y teléfono por la mañana y parte de la tarde) nos reportó que recibían muchas llamadas pidiendo atención psicológica.
3. Puesto que la radio es el sistema más utilizado y accesible para difundir diversos servicios, sugerimos que se continúe e intensifique la difusión a través de este recurso independientemente de utilizar los otros medios de información masiva. También consideramos que sería necesario que aparezca el número telefónico en los servicios de emergencia.

4. El índice de llamadas telefónicas del interior de la República sugiere la necesidad de establecer en ciudades importantes Sistemas de Apoyo Psicológico por Teléfono y/o implementar LADA 800 con central en el Distrito Federal.
5. Las características individuales de cada uno de los terapeutas, su estado de ánimo, su disposición y preparación profesional, influyeron de manera determinante en el éxito o fracaso del manejo de un caso en particular, así como del SAPT, por lo que recomendamos un estudio al respecto.
6. Dado que no se estableció una relación cara a cara, algunos datos de importancia no pudieron ser captados para corroborar la información que el consultante reportaba.
7. La falta de datos en muchos casos, llevó a limitaciones en el análisis estadístico. No obstante, esta carencia fué un dato importante en sí mismo, ya que reflejó la realidad de las circunstancias que llevaron a este resultado, como fueron: que no todos los reactivos se pudieron investigar en una sola entrevista y como se sabe, la mayor parte de los consultantes sólo hablaron una vez; el paciente al querer conservar su anonimato o al no desear ser escuchado por otras personas, no siempre proporcionaba todos los datos requeridos; la poca experiencia del terapeuta en el manejo de la entrevista a través del teléfono; los problemas en la comunicación telefónica que al cortarse las llamadas interrumpía la consulta o, la mala calidad de la línea que impedía escuchar claramente - tanto al paciente como al terapeuta.
8. Dado que la presente investigación fué un estudio piloto, el instrumento se encuentra en proceso de validación y confiabilidad, lo cual puede afectar la recabación de datos definitivos o confiables.
9. La Cédula de Registro Precodificada sólo contempló espacio para anotar hasta 3 motivos de consulta manifestados por el usuario y ya que la mayoría reportó - de 2 a 5 motivos, es necesario ampliar el número de reactivos asignados a esta área codificándolos con la clasificación de los 11 motivos de consulta básicos,

con sus respectivos subíndices que permitan investigaciones más finas y detalladas de la categorización de las razones por las que la gente habla al SAPT.

10. La temporalidad del evento impactante que hizo que los usuarios hablaran al SAPT, resultó difícil de establecer a través de la revisión de los datos reportados en el expediente, por lo que la interpretación de esta variable pudo ser subjetiva. Sugerimos que los terapeutas sean más específicos a la hora de anotar sus observaciones con el fin de poder detectar con más facilidad el inicio de la causa del problema y que éste sea contemplado como un reactivo más de la Cédula de Registro Precodificada.

11. Aún cuando fueron de gran trascendencia para la preparación y entrenamiento personal las juntas que se realizaron entre el grupo de terapeutas, en reuniones operativas y en la asesoría de casos clínicos, los problemas que se presentaron en el SAPT superaron los recursos que se tenían inicialmente para enfrentarlos, ya que existieron casos muy complejos y dramáticos, difíciles de atender y manejar. Esto, constituyó también una limitación de importancia con respecto a la calidad de la intervención.

12. El SAPT no fué útil para todos aquellos casos en los que el grado de severidad del paciente requirió de un manejo psicoterapéutico, psiquiátrico o médico y en donde se necesitó de una evaluación en vivo o en persona. Sería de gran ayuda que el SAPT quedara dentro de un programa de atención múltiple en el que se pueda trabajar conjuntamente con otros servicios de salud y así ayudar al desempeño y ampliación del campo psicológico clínico.

13. En cuanto al procedimiento de canalización sugerimos diseñar hojas específicas con los datos necesarios del usuario, así como mantener actualizado el directorio de organismos que atiendan problemas de salud mental.

14. Al existir relativamente pocos centros de salud a los cuales canalizar, el terapeuta se veía limitado al dar las referencias de éstos, dada la escasez de los mismos y su concentración principalmente en la zona sur de esta capital.

15. Dentro de la capacitación se requiere hacer incapié en el entrenamiento de los terapeutas para que sean capaces de manejar una llamada telefónica en un período de tiempo menor al que se venía dando, de ser posible en 30 minutos la primera vez y las llamadas subsiguientes de 20 a 25 minutos.
16. En base a los resultados sobre los motivos de consulta de esta investigación, recomendamos que el programa de entrenamiento y capacitación enfatice en las técnicas orientadas al manejo de problemas familiares ya que anteriormente sólo se habían contemplado los trastornos emocionales más frecuentes como depresión y angustia.
17. Ya que existió un porcentaje significativo de llamadas al SAPT en donde los usuarios aparentemente no obtuvieron beneficio, es importante contar dentro del programa de capacitación con la inclusión de manejos específicos como son los usuarios masturbadores, obscenos, silenciosos, bromistas, crónicos, de un solo terapeuta, que cuelgan o que critican al sistema.
18. De igual forma sugerimos un estudio más amplio sobre la sintomatología e historia presentada por el paciente, para contrastar el motivo de consulta manifiesto con el latente; el estudio de tipo de terapia utilizada por cada terapeuta de acuerdo al motivo de consulta para ver su efectividad, así como el diagnóstico final comparado con las hipótesis que el consultor pudo pensar al inicio.
19. Que se graben las llamadas con propósitos de supervisión e investigación de tal manera que se puedan atender, identificar y manejar los aspectos contra-transferenciales que pueden afectar el proceso terapéutico.
20. Al revisar la extensa bibliografía, sabemos que es aconsejable que el terapeuta sea anónimo para permitir que el paciente fantasee y proyecte la imagen del terapeuta "ideal" lo cual fomentará la transferencia positiva pero teniendo cuidado de que el usuario no permanezca continuamente en esas fantasías incrementadas activa o pasivamente por el terapeuta. Este deberá esperar a que su-

pere su crisis para confrontar al paciente con su realidad. Así, la dependencia no se transfiere al terapeuta sino al sistema en general.

21. Asimismo, aconsejamos que el curso de capacitación y entrenamiento incluya los principios básicos de la Intervención en Crisis y de Psicoterapia Breve y de Emergencia.

22. Finalmente, las autoras de este trabajo consideramos que es de suma importancia recalcar que la Facultad de Psicología de la UNAM, institución a la cual nos enorgullece pertenecer, siga brindando su apoyo a esta investigación, ya que es uno de los pocos escenarios que permite desarrollar destrezas y habilidades principalmente a los pasantes de la Licenciatura, en lo que a psicoterapia se refiere, así como llevar a cabo diversas investigaciones que, entre otras cosas, permitan la realización de Tesis y/o Servicio Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-=*-*-*==*==*==*==*==*==*==*==*==*==*==*==*



11. Blum, A.D. y Cornelius, R.R. (1984). An evaluation of the differences in Counseling style between novices and experienced telephone counselors. Crisis Intervention. Western Illinois: Vassar College, 13(3)89-95.
(Del DIALOG Search from the PSYCIINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen NQ 72-12741).
12. Bradford, H.A. (1971). Principles of Medical Statistics. (9a. ed.). The Lancet Limited, pp. 123-283.
13. Brockopp, G.W. (1977). Crisis Intervention: Theory, Process and Practice. En la obra de Lester y Brockopp (edit). Crisis Intervention and Counseling by Telephone. Illinois: C. Thomas Publisher, pp. 89-104.
14. Calderón, N.G. (1985). Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento. México: Trillas, pp. 41-65.
15. Cámara Nacional de la Industria de Transformación. (1988, Marzo 28). Existen 6 millones de Desempleados; en 1981 la cifra ascendía a 600 mil. Reportaje realizado por Benitez, R. . Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, Sección Laboral, p. 51.
16. Caso, R.A. (1988, Junio 7). Incontenible la inmigración al Valle Cuautitlán, Texcoco. Reportaje realizado por Olivares, B. . Periódico El Sol de México Mediodía. Estado de México, p. 1.
17. Centro de Estudios Políticos, Económicos y Sociales. (1988, Marzo 14). Hay dos millones de desempleados y 11 de subempleados: el CEPES del PRI. Reportaje realizado por Viveros, A. . Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, Sección Economía, p. 62.
18. Coll, H.A. (1988, Enero 8). Viables 21 Ciudades para desconcentrar al Distrito Federal: Instituto de Geografía. Reportaje realizado por Vázquez, S. . Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, NQ 1597, p. 76.
19. Consejo Nacional de Población. (1982). México Demográfico. Breviario 1980-1981. México, pp. 8-12.
20. De Toro y Gisbert, M. (1969). Pequeño Larousse Ilustrado. (5a. ed.). Buenos Aires: Larousse, p. 985.

21. Dirección General de Política y Coordinación de Programas de Vivienda. (1985). Investigación sobre el Mercado de la Vivienda en el Distrito Federal y Área Metropolitana. Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, Subsecretaría de Vivienda. México, pp. 1-4, 46-47.
22. Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, Ch. (1978). Tratado de Psiquiatría. (8a. ed.) Barcelona: Toray-Masson.
23. Fajardo, D.G. (1988, Enero 29). Modificar los actuales modelos hospitalarios proponen en los Jornadas Médico-Quirúrgicas. [Reportaje realizado por Viveros, A.] . Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, Sección Ambitos Económicos, p.61.
24. Federation Internationale des Postes de Secours par Telephone (1976, Enero). Bulletin IFOTES. Documents Preparatoires aux Ateliers. Congres de Berlin, 7-11, Mai, 1976.
25. Flores, R. (1988, Mayo 18). Pronostican Nueva Devastador Terremoto. Revista Por Esto. México, Nº 318, pp. 18-19.
26. Forsman, C. (1972). Crisis information services to youth: a lesson for libraries? School Library Journal. March, pp. 83-90.
27. Freedman, A.M.; Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1975). Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores, pp. 359-360.
28. García, V. y Mulhern, S. (1985). Intervención Psicológica por Teléfono en Situaciones de Emergencia: Reporte de una Experiencia en la Cd. de México. México: Facultad de Psicología, UNAM, pp. 1-29.
29. Goldberg, D.P.; Cooper, B.; Eastwood, M.R.; Kedward, H.B. y Shepherd, M. (1970). A Standardized Psychiatric Interview for Use in Community Surveys. British Journal of Prevention Social and Medical. Nº 24, pp. 18-23.
30. Gómez, D.C. (1988, Marzo 14). El Metro: un Mundo que refleja diariamente al México en Crisis. Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, Sección Reportaje, p.88.
31. González, A.G. (1978). Análisis de la Relación de Pareja. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, pp. 9-25.
32. González, E. (1975). Modificación de Actitudes. México, D.F. Servicio Nacional ARMO.

33. González, T.E. (1987, Octubre). Las condiciones de vida ante la crisis. Economía Informal. Facultad de Economía, UNAM, Nº 1-7, pp. 9-15.
34. Guiza, C.V.H. (1988, Noviembre 12). Prevención del Maltrato al Menor. Previendo la Violencia. Ponencia de la XVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Mental. México: Instituto Nacional de Salud Mental.
35. Hinson, J. (1982). Strategies for suicide intervention by telephone. Suicide & Life-Threatening Behavior. University of South Carolina, Fal. 12(3)176-184.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 69-13355).
36. Hurley, J. y George, R. (1974). Telephone conseling: Charlatan or help. College Student Journal. Nº 8, pp. 36-41.
37. Iniciativa Labor para Muchachas de Munich (1988, Septiembre 23). Una lla mada y adiós al problema. [Reportaje enviado por Munich sin autor]. Periódico Ovociones 2a. Edición. México, D.F. Año XXVII, Nº 8073, pp. 1 y 12.
38. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1984). A- nuario Estadístico del D.F. México, D.F., Tomo I, p. 6-34.
39. Kanfer, F.H. y Grimm, L.G. (1970). Selección de Conductas "clave" en la Entrevista. Análisis Conductual. University of Illinois. Traducción hecha por Esparza y Limón. Centro de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM, p.5
40. Knickerbocker, D. y McGee, R. (1976). Clinical Efectiveness of Non Pro- fessional Telephone Workers in a Crisis Intervention Center. En la o- bra de Lester y Brockopp (edit). Crisis Intervention and Counseling by Telephone. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher, pp. 298-309.
41. Kolb, L.C. (1983). Psiquiatría Clínica Moderna. (6a. ed.). México: La Prensa Médica Mexicana, pp. 17-20.
42. Lester, D. (1974). Recents Trends in Telephone Counseling. Crisis Inter- vention, 5(2)8-15.
43. Lester, D. (1974). The Unique of Telephone Therapy. Psychoterapy: Theo- ry, Research and Practice. 11(3)219-221.

44. Lester, D. (1977). Use of the Telephone in Counseling and Crisis Intervention. En la obra de Pool (ed.). The Social Impact of the Telephone. Massachusetts: MIT Bicentennial Studies, pp. 459-472.
45. Lester, D. y Brockopp, G. (1973). Crisis Intervention and Counseling by Telephone. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher, pp. 9-23.
46. Lomelín, G. (1988, Marzo 28). Podría afectar al Comercio Externo otra caída de los precios del crudo. Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, Sección Finanzas, p. 18
47. Mac Kinnon, R.A. y Michaels, R. (1973). El papel del teléfono en la entrevista psiquiátrica. Psiquiatría Clínica Aplicada. México: Nueva Editorial Interamericana, pp. 395-412.
48. Martínez, G. (1988, Abril 3). La población, concentrada en el 15% del territorio nacional. [Reportaje realizado por Hernández, D.A.]. Periódico El Heraldo de México. México, D.F. Año XXIII, Nº 8065, pp. 1 y 14A.
49. McShane, D.A. (1982). A transactional view of crisis: Telephone call patterns of a crisis intervention center. Crisis Intervention. Oregon Health Sciences University, 12(2)60-69.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 71-21317).
50. Mestre, R.E. (1988, Mayo 11). El Valle en camino a ser desierto. [Reportaje realizado por Velázquez, J.]. Periódico El Sol de Mediodía. México, D.F. Año XXIII, Nº 7080, pp. 1-2.
51. Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar. (3a. ed.). México: Gedisa Mexicana, ISBN, pp. 15-107.
52. Mota, S.R. (1988, Enero 22). Los Habitantes del D.F. al Borde de la Paranoia Colectiva. [Reportaje realizado por Gómez, D.C.]. Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, Sección Reportaje, p. 48.
53. Nay, P.G.; Johnston, J.D. y Herron, J.L. (1985). Social and Legal ramifications of a child crisis line. Child Abuse & Neglect. Christchurch Hospital, Christchurch Clinical School of Medicine, New Zealand, 9(1)47-45.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 73-04618).

54. Nie, N.; Hull, C.; Jenkins, J.; Steinbrenner, K. y Bent, D. (1975). Statistical Package for the Social Sciences. Edit. McGraw-Hill.
55. Organización Mundial de la Salud. (1978). Clasificación Internacional de Enfermedades. (9a. revisión). Capítulo V, pp. 1-165.
56. Organización Panamericana de Salud. (1988). La optimización en la utilización del Psicólogo como Personal de Salud. (Reporte interno). Washington, D.C.
57. Pierce, R.L. y Pierce, L.H. (1985). Analysis of sexual abuse hotline reports. Child Abuse & Neglect. Washington University, George Warren Brown School, 9(1)37-45.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 73-08621).
58. Puentes-Silva, F.G. (1982). Explosión Demográfica y Salud Mental. Salud Mental, 5(2)4-7.
59. Puentes-Silva, F.G.; Bustos, M.L.; et. al. (1987, Octubre). Reporte Preliminar de Perfiles Sociodemográficos, Socioeconómicos y Motivos de Consulta. Ponencia del Congreso Mundial de Salud Mental en Cairo, Egipto. México: Facultad de Psicología, UNAM - Federación Mundial de Salud Mental.
60. Puentes-Silva, F.G.; Bustos, M.L.; et. al. (1988, Julio 29). Simposio: Resultados de la Primera Fase en un Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, (SAPT). México: Facultad de Psicología, UNAM - Federación Mundial de Salud Mental.
61. Puentes-Silva, F.G.; Bustos, M.L.; et. al. (1988, Agosto 19). Experiencias Obtenidas en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Simposio del V Congreso Mexicano de Psicología Clínica de la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, A.C. México: Facultad de Psicología, UNAM - Federación Mundial de Salud Mental.
62. Puentes-Silva, F.G.; Bustos, M.L.; et. al. (1988, Agosto 20). Comité Mexicano de Sistemas de Apoyo Psicológico por Teléfono. Simposio del V Congreso Mexicano de Psicología Clínica de la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, A.C. México: Facultad de Psicología, UNAM - Federación Mundial de Salud Mental.

63. Puente-Silva, F.G.; Bustos, M.L.; et. al. (1988, Octubre 18). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. La Salud Mental en México para el Año 2000. Ponencia del Simposio Internacional de la Federación Mundial de Salud Mental y Comité Organizador del Congreso Mundial de Salud Mental, México, 1991. México: Comité Mexicano de Sistemas de Apoyo Psicológico por Teléfono, A.C.
64. Puente-Silva, F.G.; Bustos, M.L.; et. al. (1988, Noviembre 12). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Trabajos Libres. Ponencia de la XVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Mental. México: Facultad de Psicología, UNAM - Federación Mundial de Salud Mental.
65. Puente-Silva, F.G.; Bustos, M.L.; et. al. (1989, Agosto). The Use of a Telephone System For Psychological Intervention. The Mexican Experience. (SAPT). Ponencia del Congreso Mundial de Salud Mental en Auckland, Nueva Zelanda. Facultad de Psicología, UNAM - Federación Mundial de Salud Mental.
66. Rodríguez, J. (1984). Los servicios telefónicos para crisis. El Servicio de Orientación e Información de los "Centros de Integración Juvenil". Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
67. Rosenbaum, A. y Calhoun, J. (1977). The use of the Telephone Hotline in Crisis Intervention: a review. Journal of Community Psychology, Nº 5, pp. 325-329.
68. Ruiz de Chávez, M. (1988, Abril 3). Ruiz de Chávez: Deficientes los Servicios de Salud. [Reportaje realizado por Peralta, H.]. Periódico El Universal. México, D.F. Año LXXII, Tomo CCLXXXIV, Nº 25788, pp. 1.
69. San Román, H. (1988, Abril 3). Medicina Laboral y cómo evitar accidentes de trabajo. [Reportaje realizado por Velasco, V.]. Periódico El Herald de México. México, D.F., p. 16A.
70. Schwartz, R. (1988, Marzo 7). Depresión a la Mexicana. Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, Sección Economía, p. 68.
71. Seitz, M. (1985). A group's history: From mutual aid to helping others. Social Work with groups. Los Angeles: University of California, Spr. 8(1)81-54.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 72-31668).

72. Shapiro, R.M. (1985). The freedom line: A relapse-prevention intervention for the control of smoking. Dissertation Abstracts International. University of Rochester, Mar. 45(9-B)3084.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 7 -54847).
73. Siegel, S. (1972). Estadística No Paramétrica. (2a. ed.). México: Trillas, pp. 130-137, 205-209.
74. Slaikau, K.A. (1988). Intervención en Crisis. México: El Manual Moderno.
75. Slem, C.M. (1973). Crisis Phone Services: Evaluation of a Hotline Program. American Journal of a Community Psychology, 1(3)219-227.
76. Solórzano y Rivera, L. L. (1975). La Familia en México. La Familia. medio propiciador e inhibidor del desarrollo humano. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, pp. 39-59.
77. Stein, D.M. y Lambert, M. (1984). Telephone counseling and crisis intervention: A review. American Journal of Community Psychology. Indiana State University, Terre Haute, Feb. 12(1)101-126.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 72-04901).
78. Sulkes, S.A. y Lazard, S.P. (1978). Algunas Técnicas en la Prevención del Suicidio y su posible Aplicación en México. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, Universidad Iberoamericana, pp. 17-123.
79. Sullivan, H.S. (1972). La Entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires: Psique, pp. 27-31.
80. Tarran, M. (1982). Identification methods and ways to handle the General Service Abuser. Crisis Intervention. Buffalo, N.Y.: Crises Services, 12(2)70-76.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 71-21323).
81. Teaching Committee of the Institute of Psychiatry. (1973). Notes on eliciting and recording clinical information. London: Oxford University Press, pp. 8-12.
82. Teléfonos de México. (1987, Noviembre). Estadística Mensual de Líneas y Aparatos. (Reporte Nº 26). México: TELMEX.

83. Torres Dario, J. (1988, Marzo 7). La impunidad del delito, causa del Aumento de la Delincuencia: Torres. [Reportaje realizado por Belmont, V.]. Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, Sección Nacional, p. 16.
84. Viney, L. (1983). Experiences of volunteer telephone counselors: A comparison of a professionally oriented and a nonprofessionally oriented approach to their training. Journal of Community Psychology. University of Wollongong, Australia, Jul. 11(3)259-268.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 71-10328).
85. Viveros, A. (1988, Marzo 14). Inadecuado Sistema Vial y trazas sin proyección a largo plazo en el D.F., aceptan autoridades. Periódico El Financiero. México, D.F. Año VII, Sección Metropolitana, p. 92.
86. Walfish, S. (1983). Crisis telephone counselors' views of clinical interaction situations. Community Mental Health Journal. Tampa, Florida: Clinical / Community Psychology Services, Fal. 19(3)219-226.
(del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 72-05151).
87. Wark, V. (1982). Working with the sex caller. Crisis Intervention. Buffalo, N. Y., 12(1)13-23.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 70-06371).
88. Washton, A.M.; Gold, M.S. y Pottash, A.L. (1984). Survey of 500 callers to a National Cocaine Helpline. Psychosomatics. New York: Regent Hospital, Oct., 25(10)771-775.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 72-20429).
89. Wilkinson, G.S. y Wilson, J. (1983). An evaluation of demographic differences in the utilization of a cancer information service. Social Science & Medicine. Buffalo, N.Y.: Roswell Park Memorial Institute, 17(3)169-175.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 70-10926).

90. Williamson, J.; Goldberg, E. y Packard, M. (1973). Use of a simulated patients in evaluating patient management skills in telephone counselors. En la obra de Lester y Brockopp (edit.). Crisis Intervention and Counseling by telephone. Illinois: Charles C. Thomas Publisher, pp. 310-332.
91. Windle, Ch. y Goodstein, J. (1983). Correlates of adequacy of community mental health centers' telephone emergency service. Journal of Psychiatric Treatment & Evaluation. Rockville, 5(2-3)149-155.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 71-07604).
92. Winograd, I.R. y Mirassou, M.M. (1983). A crisis intervention service: Comparison of younger and older adult clients. Gerontologist. Medical College of Wisconsin, Aug., 23(4)370-376.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 71-26869).
93. Wise, P.S. y Kilberg, D. (1985). "You rang?" A longitudinal, descriptive study of an on-campus hotline service. Crisis Intervention. Western Illinois University, Macomb, 12(3)99-110.
(Del DIALOG Search from the PSYCINFO DATABASE, 1986, 67-86 / July, Resumen Nº 71-21330).

ANEXOS
* = * = *



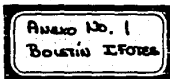
FEDERATION INTERNATIONALE
DES POSTES
DE SECOURS PAR TELEPHONE
Secrétariat: 20 rue du Marché
1204 GENEVE

Liste générale des postes
Janvier 1971

ALEMANIA:

D. 1 BERLIN 12	Telefonseelsorge Jebenstrasse 1	0311 32 01 55
D. 1 BERLIN	Ruf und Rat Renkestrasse 5-6	0311 881 85 92
D 33 BRAUNSCHWEIG	Telefonseelsorge Jospersallee 14	0531 2 66 61
D. 28 BREMEN 1	Telefonseelsorge Hohenlohestrasse 9	421 34 30 30
D. 46 DORTMUND	Telefonseelsorge Friedrich-Engels-St	0231 91 08 88
D. 4 DUSSELDORF	Telefonseelsorge Hohenzollern- strasse 24	0211 35 88 88
D. 43 ESSEN 11	Evangelische Ehe-und Lebensberatungsstelle der Kirchenkreise in Essen Im Hagen 7 Postfach 872	02141 22 44 66
D. 43 ESSEN	Telefonseelsorge Ruf und Rat Praterstrasse 2	02141 22 40 20

D.6 FRANKFURT /M	Evangelische Telefonseelsorge Kurt Schumacherstr. 23 Postfach 3504	0611 28 01 00
D.6 FRANKFURT /M	Telefon Notruf Eschenheimer Anlage 21	0611 55 59 36
D. 2 HAMBURG 50	Telefonseelsorge beim Landeskirchlichen Amt für Gemeindedienst Jessenstrasse 13	0411 38 18 78
D. 2 HAMBURG I	Offene Tür Domstrasse 15	0411 32 54 51
D. 3 HANNOVER	Telefonseelsorge Dieterich-Strasse 17	0511 177 66
D. 3 HANNOVER	Offene Tür Lavesstrasse 4/5	0511 27161/62
D. 75 KARLSRUHE	Evangelischer Gemeindedienst Stephanienstr. 98	0721 2 33 66
D.35 KASSEL- WILHELMSHOF	Telefonseelsorge Kassel Frankenstr. 10	0561 3 32 40
D. 23 KIEL	Telefonseelsorge Bartels Allee 7	0431 4 74 22
D. 54 KOBLENZ	Telefonseelsorge Von Werth-St. 7	0261 3 43 43
D. 5 KÖLN-RIEHL	Evangelischer Stadtkirchen- verband Köln Postfach 680103 Boltersstr. 2	0221 76 69 94 0221 31 83 56
D. 5 KOHN	Seelsorgliche Beratungsstelle Steinfelderergasse 17	0221 23 77 23



D. 415 KREFELD	Telefonseelsorge Hülser Str. 570	02151 750 111
D. 24 LUBECK	Telefonseelsorge Bäckerstrasse 3/5	0451 59 66 44
D. 24 LUBECK	Telefonseelsorge Wakanzitzstrasse 21	0451 7 55 58
D. 65 MAINZ	Glaubensinformation Augustinerstrasse 34	06131 2 05 11
D. 68 MANNHEIM I	Telefonseelsorge beim Evang. Gemeindedienst N 1,3 Postfach 623	0621 22 8 22
D. 68 MANNHEIM II	Offene TDJ F.1.4	0621 24 680
D. 0 MUNCHEN 22	Kathol. Telefonseelsorge Kaulbachstrasse 31	0811 28 70 28
D. 8 MUNCHEN 22	Evang. Telefonseelsorge Thierschstr.23/II	0811 22 54 55
D. 404 NEUSS	Rat und Hilfe Telefondienst Friedrichstr. 23c	02101 2 35 35
D. 85 NURNBERG	Kathol. Telefonseelsorge Königstrasse 64	0911 20 45 43
D. 85 NURNBERG	Evang. Telefonseelsorge Pirkheimerstr. 16	0911 33 35 00
D. 7 STUTTGART I	Telefonseelsorge Ruf und Rat Paulinenstrasse 40	0711 62 26 44
D. 7 STUTTGART II	Telefonseelsorge Büchsenstrasse 36 Postfach 612	0711 22 33 33

D. 74 TUBINGEN	Telefonseelsorge Gottlieb Dipp-Str 4 Postfach 2547	07122 44 44
D. 56 WUPPERTAL- BARMEN	Höhne 18 Telefonseelsorge	02121 55 66

AUSTRIA:

A. 1020 LINZ	Notrufdienst und Telefonseelsorge der Katholischen und Evangelischen Kirche Domplatzstrasse 29	072 22 et 24 3 54
A. 1010 WIEN	Telefonseelsorge Lugerring 12/IV	0222 63 92 91

BELGICA:

B. 2000 ANTWERPEN	Tele-Ontheal Van Schoonbekestraat 82 Boite postale 246	03 37 92 97 et 43
B. 1000 BRUXELLES	Tele-Accueil r. aux Laines 162	02 38 28 08
B. 9000 GENT	Tele-Ontheal Eusinoplein	09 25 89 89
B. 7210 CUESMES	rue Van der Velde 24	065 320 20
B. 4000 LIEGE	Tele-Accueil Quai Van Beneden 10	04 42 65 65
B. 8400 OSTENDE	Tele S.O.S. Karel Jonassenlaan 4	059 781 78

DINAMARCA:

DK. 9000 AALBORG	Sct. Nicolai Tjenesten Budolfi Kirke	00 00 11
* DK. 8000 AARHUS C	Sct. Nicolai Tjenesten Vester Alles Kerne opgang 5	06 12 69 66
* DK. 8200 AARHUS N	Die Offene Tür Kløvermarksvej 4	06 16 55 66
DK. 1067 COPENHAGEN	Sct. Nicolai Tjenesten Sct. Nicolai Kirke Sct. Nicolai Plads	01 12 14 00
* DK. 6700 ESBJERG	Sct. Nicolai Tjenesten	05 00 11
DK. 5200 ODENSE V	Sct. Nicolai Tjenesten Møllemarksvej 22	09 00 11
* postes adhérents		
<u>FINLANDIA: (Suomi)</u>		
SF. HIEKKAHARJU	Palveluva puhelin région Helsinki	41 80 33 41 41 35
SF. HAMEENLINNA	"	2 46 52
SF. HYVINKÄÄ	"	1 34 77
SF. JÄMSÄ	"	26 70
SF. JUUSTEND	"	
région Etelä-Karjala	"	3 42 11
SF. LAHTI	"	3 71 00
SF. MIKKELI	"	1 26 00
SF. OULU	"	1 60 50
SF. SAVONLINNA	"	2 27 00
SF. TAMPERE	"	2 66 00

SF. TIKKAKOSKI	Palveluva puhelin région Jyväskylä	1 02 44
SF. TURKU	"	2 71 90
<u>FRANCIA:</u>		
F. 75 PARIS 8ème	Secréariat national S.O.S. Amitié France 5, rue Laborde Mr. J. Babut	387 37 01
F. 33 BORDEAUX	S.O.S. Amitié France B.P. 84	44 22 22
F. 92 BOULOGNE BILLANCOURT	S.O.S. Amitié France B.P. 21	825 70 50
F. 69 CALUIRE	S.O.S. Amitié France B.P. 33	29 88 88
F. 38 GRENOBLE	S.O.S. Amitié France B.P. 605	87 22 22
F. 59 LILLE-Bourse	S.O.S. Amitié France B.P. 18	55 77 77
F. 13 MARSEILLE St GINIEZ	S.O.S. Amitié, France B.P. 69	76 10 10
F. 54 NANCY R.P.	S.O.S. Amitié France B.P. 212	52 97 40
F. 44 NANTES	S.O.S. Amitié B.P. 12-19	73 42 42
F. 06 NICE	S.O.S. Amitié France B.P. 19	87 48 74
F. 35 RENNES-Croix Carrée	S.O.S. Amitié France B.P. I 109	36 25 25
F. 31 TOULOUSE	S.O.S. Amitié France B.P. 100	80 80 80

F. 76 ROUEN
St SEVER

S.O.S. Amitié
France
B.P. 1 104 70 07 15

F. 67 STRASBOURG

S.O.S. Téléphone Stras-
bourg B.P. 236 R.6 34 33 33

GRAN BRETAÑA: (Inglaterra, Irlanda, Escocia)

Secrétariat national:

SLOUGH/Bucks

Rev. Basil Higginson
The Samaritans Inc. 753 32 713 et
17 Uxbridge Road 714

ABERDEN ABL 2EA
Scotl.

Telephone Samaritans
47 Bon Accord Street 53 000

ADDLESTONE/Surrey

North Surrey
Samaritans
Weybridge 44 444

AMERSHAM/Bucks

Chiltern Samaritans
7 Hill Avenue 5 000

BARNESLEY/Yorks

The Samaritans
19 Bond Road 2 202

BARNSTAPLE/North
Devon

The Samaritans
11 Tuly Street 4 343

BASILDON/Essex

The Samaritans
35a The Fremmells 22 222

BASINGSTOKE/Berks

The Samaritans
59 Church Street 26 080

BATH/Somerset

The Samaritans
3 Henry Street 5 353

BEDFORD/Bedfs

The Samaritans
17 a St Andrew's
Road 52 200

BELFAST/Ulster
N. Isl

The Samaritans
67 Lisburn Road 24 635

BIRMINGHAM/Warwick

The Samaritans
Brasshouse Passage
44 Broad Street 2 000

BLACKBURN /Lancs

The Samaritans
Of North East Lancashire
4 King Street 61 010

BLACKPOOL/Lancs

Telephone Samaritans
19 Queen Street 70 000

BOLTON/Lancs

The Samaritans
Corporation Chambers
Corporation Street 21 200

BOURNEMOUTH/Hants

The Samaritans
1st Floor
Carrington
Wootton Gardens 21 999

BRADFORD 8/Yorks

The Samaritans
21 Marlborough Road
Hanningsham 48 585

BRIDGWATER/Somerset

The Samaritans
18 Queen Street 3 388

BRISTOL 1/Somerset

The Samaritans
1 Unity Street 20 444

CAMBRIDGE/Cambr.

The Samaritans
35 Regent Terrace 54 545

CANTERBURY/Kent

The Samaritans
57 Ivy Lane 60 000

CARDIFF/Glamorgan

The Samaritans
18 Park Grove 30 000

CARLISLE/Cumberland

The Samaritans
1 a Fischer Street 20 077

CHATHAM/Kent

The Samaritans
140 New Road
Medway Towns 42 222 Medway

CHELMSFORD/Essex

The Samaritans
12 Crichtett Terrace 50 000

CHELTENHAM/Glos	Cheltenham & District Samaritans 1 Crescent Terrace	55 777
CHESTER/Chesh	The Samaritans Talbot House Lower Bridge Street	22 999
COLCHESTER/Essex	The Samaritans Markham's Buildings Vineyard Street	79 999
COLERAINE/Ulster N. Isl	The Samaritans 32 New Row	4 545
COVENTRY CV1 5 EX/Warw	The Samaritans 5a Priory Row	22 550
CREWE/Cheshire	South East Cheshire Samaritans 205 Edleston Road	2 144
WEST CROYDON C RO-2UE /Surrey	The Samaritans 25 Kidderminster Road	01/688 4545
DARLINGTON/Durham	Telephone Samaritans 10 a Horsemarket	4 444
DERBY DEI-1TG/Derby	The Samaritans 110 Burton Road	40 000
DONCASTER/Yorks	The Samaritans 36 Thorne Road	3 636
DUBLIN 2 REP of EIRE	The Samaritans 85 Harcourt Street	75 42 54
DUNDEE/Scotl	Dundee Telephone Samaritans 28 South Tey Street	26 666
DUNFERMLINE/Scotl.	Telephone Samaritans 16 Guilhall Street	22 222

EASTBOURNE/Sussex	The Samaritans 30 Terminus Road	29 433
EDINBURGH 2/Scotl	Telephone Samaritans 54 Frederick Street	3 333 Caledonian
EXETER/Devon	The Samaritans of Exeter 42 St David's Hill	77 755
FALKIRK/Scotl.	Central Scotland Samaritans 30 Newmarket Street	22 066
FOLKESTONE/Kent	The Samaritans Radnor Park Congregational Church Hall Castle Hill Avenue	55 000
GLASGOW C2/Scotl.	Telephone Samaritans 218 West Regent Street	4 488 City
GRIMSBY/Lincs	District Samaritans Over 31 Old Market Place	4 455
GUERNSEY 6.1	The Samaritans P.O. Box 57, B Smith Street	23 030
GUILDFORD/Surrey	Telephone Samaritans 69 Woodbridge Road	2 345
HALIFAX/Yorks	The Samaritans Warwick Chambers 37 Southgate	62 020
HARLESDEN N.W. 10/Middlx	Brent Samaritans 2 Teviotock Road	01 965/8 000
HARROW /Middlx	The Harrow Samaritans 2 St. John's Road	7 777
HARTLEPOOL/Yorks	The Samaritans 122 York Road	2 929
HOVE BN3 3WA/Surrex	The Samaritans 7 Sackville Road	73 33 33

HUDDERSFIELD/West Riding	The Samaritans c/o The Methodist Mission King Street	32 323
HULL /Yorks	The Samaritans 23 Waltham Street	23 456
ILFORD/Essex	Redbridge Samaritans Ivydene Queens Road	2 288
IPSWICH/Suffolk	The Samaritans & Coytes Gardens	51 000
JERSEY C.I.	The Samaritans 2 Hope Street St Helier	30 303
KILMARNOCK/Scotl.	Ayrshire Samaritan Service 43 Fitchfield Street	25 353
KINGS LYNN/Norf.	The Samaritans Befriending Group 22 Queen Street	61 616
LEATHERHEAD/Surrey	The Samaritans 45 Lower Fairfield Road	5 555
LEEDS 2/Yorks.	Telephone Samaritans 15 Kelso Road	34 567
LEEK/Stuffs	Leek & District Samaritans Congregational School Rooms Russell Street	4 100
LEICESTER LE2 1BR /Leic.	The Samaritans 2 Elmfield Avenue	70 000
LINCOLN/Linc.	Lincoln & District Telephone Samaritans 17 Hungate	23 400

LIVERPOOL 3/Lancs.	The Samaritans 34 Slaters Street	709 88 88
LEWISHAM LONDON S.E. 14	The Samaritans 134 Lewisham Way	01/692 27 66
LONDON E.C. 4	The Samaritans 39 Walbrook	01/626 90 00
LOWESTOFT/Suffolk	The Samaritans 40 St Johns Road	
LUTON/Beds	Luton Samaritans 67 Adeline Street	20 088
MACCLESFIELD SK11 6 GA Cheshire	Telephone Samaritans Congregational Church Court Park Green	7 000
MANCHESTER M4 SEQ Lancs	Telephone Samaritans St Paul's Church	9 000 Blackfriars
MIDDLESBOROUGH/Yorks	The Samaritans of Teesside Park Wesley Methodist Church Linthorpe Road	86 777
NEWCASTLE-UPON-TYNE NE1-SPQ/Northumberl.	The Samaritans of Tyneside 1 a Clayton Street	27 272
NEWPORT/ Mon.	Newport & Monmouthshire Samaritans 3 Waters Lane	59 000
NORTHALLERTON/Yorks	The Samaritans 4 Hutchinson Drive	3 030
NORTHAMPTON NN1 5AW North.	Telephone Samaritans 20 a Billing Road	30 266

NORTHWICH/Cheshire	The Samaritans of Mid Cheshire 14, Winnington Hill	75 454
NORWICH NDR TIE	The Samaritans 19 St Stephen's Square	28 000
NOTTINGHAM/Hott.	Telephone Samaritans 2 n Standard Hill	45 000
ORPINGTON BR6 DLQ/Kent	The Samaritans 7n Station Road	33 000
OXFORD OX1 3DA/Oxf.s.	The Oxford Samaritans 9 Ship Street	44 044
PETERBOROUGH/Soke	Peterborough Samaritans 78 New Road	64 848
PORTSMOUTH/Hants	The Samaritans 296 London Road North End	65 656
PRESTON/Lancs.	The Samaritans Central Methodist Church Lune Street	59 000
READING RG1-4 QX Berks	The Samaritans Trinity Church Hall Sidmouth Street	54 845
REIGATE/Surrey	The Samaritans of East Surrey & North Sussex 42 Homsdale Road	48 444
ROCHDALE/Lancs	The Samaritans The Champneys Hall Drake Street	31 122
ROMFORD/Essex	The Havering Samaritans 107 North Street	40 000

SALISBURY/Wilts	The Salisbury Samaritans The Samaritans Centre St Martin's Church Street	5 522
SCUNTHORPE/Lincs	The North Lindsey Samaritans 31 Dunstall Street	5 555
SHEFFIELD 1/Torks	The Sheffield Telephone Samaritans 30 Rockingham Lane	22 221
SHREWSBURY/Schrops	The Samaritans in Shropshire 17 Butcher Row	4 488
SLOUGH/Bucks	The Samaritans of Slough 13 Bath Road	31 011
SOUTHAMPTON SO2 DBA/Hampsh	Telephone Samaritans 64 St Andrews Road	25 999
SOUTHEND-on-SEA Essex	Telephone Samaritans Cliffdown Church Nelson Street	42 200
STAFFORD/Staff	Stafford Samaritans 15 Tipping Street	2 121
ST LEONARDS-on-SEA Sussex	The Samaritans The Caravan Harley Shute Road and Bexhill Road	666
STOKE-on-TRENT Staffs	North Staffordshire Samaritans 3 Shelton New Road Shelton	23 500
SUNDERLAND/Durham	The Samaritans 4 Vine Place	77 177

SURBITON/Surrey	The Samaritans 12 St Andrew's Road Kingston on Thames	01/399 66 60
SWANSEA/Glam	The Samaritans 60 Mansel Street	55 999
SWINDON/Wilts	The Swindon District Samaritans Senford Street Congregational Church	21 445
TORQUAY/Devon	The Samaritans Cory Avenue Babbecombe	37 171
TRURO/Cornwall	The Samaritans 1st Floor Quay Street SPCK Bookshop	6 060
TUNBRIDGE WELLS/Kent	The Samaritans 7 Lime Hill Road	32 323
WALSAL/Staffs	The Samaritans 3 Glebe Street	24 000
WARE/Hertford	The Samaritans Congregational Church Hall High Street	4 099
WARRINGTON/Lancs	The Samaritans St Clements Mission Bank Street	38 808
WATFORD/Herts	The Samaritans 41 The Parade High Street	22 44 44
WEYMOUTH/Dorset	The Samaritans Bank Buildings South Parade Entrance Alexandra Gardens	71 777
WHITEHAVEN Cumberland	West Cumbria Samaritans P.O. Box 25	4 266

WOLVERHAMPTON/Shrops	Wolverhampton Telephone Samaritans 24 School Street	24 515
WORCESTER/Worc	The Samaritans 31 John House 34 The Tything	21 121
WORTHING/Sussex	The Samaritans 4 Rivoli Buildings Chapel Road	20 000
GREAT YARMOUTH Norfolk	The Samaritans 5 a Regent Road Passage	56 659
YORK TQ2 1QP/Yorks	The Samaritans 80 Bootham	55 888
<u>ITALIA:</u>		
I. 50123 FIRENZE	Voce Amico Centro Incontro e Collaborazione Via del Prato 26	055 26 26 79
I. 16100 GENOVA	S.O.S. Voce Amico Casella Postale 661	010 59 58 59
* I. 20121 MILANO	Telefono Amico Mondo X Piazza S. Alessandro 6	02 43 84
I. 35100 PADOVA	S.O.S. Telefono Amico Casella Postale 97	049 54 566
I. 10121 TORINO	Mondo X Corso Galileo Ferraris 20	011 53 20 53
I. 34124 TRIESTE	Telefono Amico Mondo X Via S. Michele 35	040 76 66 61

I 33100 UDINE Telefono Amico
Casella Postale 216 0432 58 537

I 30171 MESTRE-
VENEZIA Telefono Amico
Citta Amica
Piazzetta XI
Febbraio 7 041 59 900

* I 37100 VERONA Telefono Amico
Via del Pontiere 3D 045 22 990

*Postes adhérents

NDRUEGA:

OSLO Kirkens Nett-
Tjeneste
Bogstovvegen 49 c 60 05 17 de Jour
20 86 35 de nuit

PAISES BAJOS:

ALKMAAR Telefonische
Hulpdienst
Postbus 87 022 00 12 505

AMSTERDAM De Wegwijzer
Correspondentie
Willemspoerkweg 122 H 020 24 44 44

ARNHEM Oecumenische
Telefonische
Hulpdienst S.O.S.
V. Steenwykstraat 11 085 43 60 00

DELFT S.O.S. Telefoondienst
Oude Langendijk 20 017 30 31 222

DORDRECHT S.O.S. Telefoonhulp-
dienst
Reinkenstraat 33 01850 32 322

DEN HAAG Telefonische
Hulpdienst S.O.S.
Van der Duynstraat 177 070 18 22 66

NL. GRONINGEN S.O.S. Telefonische
Hulpdienst "Groningen"
Meidoornlaan 25
Glimmen 050 50 000

NL. HAARLEM S.O.S. Telefonische
Hulpdienst
Kinderhuisingel 46 023 32 66 55

NL. HEERLEN S.O.S. Hulpdienst
Geleestraat 57 045 71 66 66

NL. HERTOGENBOSCH S.O.S. Dienst
Vughtertstraat 152 04100 40 048

NL. LEEUWARDEN S.O.S. Telefonische
Hulpdienst
Herlingerstraatweg 9 05100 32 000

NL. LEIDEN Studenten hulpdienst
Dozestraat 43 01710 20 968

NL. NIJMEGEN S.O.S. Hulpdienst
Groesbeekseweg 38 08800 28 280

NL. ODIJK Fondation Correlatie
Drie Joffen-
geerde 23 03405 15 22

NL. ROTTERDAM 3003 Telefonische
Hulpdienst
Mathenesserlaan 205 010 12 14 14

NL. UTRECHT S.O.S. Telefonische
Hulpdienst
H. Pootstraat 9 030 12 300

NL. ZAA NSTREEK-
WATERLAND S.O.S. Telefonische
Hulpdienst
Zuideinde 376
Oetzennerwerf-
Amsterdam 02900 62 000

POLONIA:

P. GDANSK-
WRZESZCZ Anonimowy Przyjaciel
R. Pivna 36 31 00 00

P. BYDGOSZCZ	Rue Libelta 2a	246-46
P. KRAKOW	Telefon Zaufania Kozimierza W. 5B/6	61 400
P. LUBLIN	Telefon Zaufania Abramowicka 2	46 100
P. POZNAŃ	Telefon Zaufania Marsinkowskiego 20	58 687 et 52 251
P. TORUN	Telefon Zaufania Ul. Minkiewicza 24 Por. Zdr. Psych.	---
P. WARSZAWA	Telefon Zaufania Ul. Janna 10	27 44 55
P. WRÓCLAW	Telefon Zaufania Ul. Kranzewskiego 25	2 17 17

SUECIA:

Secrétariat national:
S. 412 55 GÖTEBORG
Kamminister Erlend FRIZELL
8 Cederborgsgatan 031 16 90 80

S. 774 00 AVESTA	Jourhavande Pastor	0226 90 000
S. 502 42 BORÅS	" "	033 90 000
S. 781 00 BORLÅNGE	" "	0243 90 000
S. 930 52 FÄLLFORŠ	région Luleå	0920 90 000
"	Gällivare	0970 90 000
"	Skellefteå	0910 90 000
"	Umeå	090 90 000
S. 832 00 FROŠDN	région Östersund	" "
S. 800 01 GRVLE	" "	026 90 000
S. 414 63 GÖTEBORG	" "	031 90 000
S. 552 57 JÖNKÖPING	" "	036 90 000
S. 291 00 KRISTJANSTAD	" "	044 90 000
S. 780 63 LIMA 2	région Malung Lima-Transrand	" "
		0280 90 000

S. 582 25 LÖNKÖPING	Jourhavande Pastor	013 90 000
S. 214 37 MALMÖ	" "	040 90 000
S. 217 48 MALMÖ	" "	040 93 76 13
S. 602 36 NORRKÖPING	" "	011 90 000
S. 705 90 ÖREBRO	" "	014 90 000
S. 811 00 SANDVIKEN	" "	026 90 000
S. 890 23 SJÖLEVAD	région Örnsköldsvik	" "
S. 541 00 SKÖVDE	" "	0900 90 000
S. 151 32 SÖDERLÅLJE	" "	0755 90 000
STOCKHOLM	" "	08 90 000
desservi par		
S. 126 64 HÄGERSTEN	" "	08 90 000
S. 130 21 KLINTEN	" "	08 90 000
S. 147 00 TUMBA	" "	08 34 02 94
S. 852 50 SUNDSVALL	" "	060 90 000
S. 573 00 TRANRS	" "	0140 90 000
région Hälsjö	" "	0380 90 000
" Vetlanda	" "	0383 90 000
" Eksjö	" "	0381 90 000
" Sjövisjö	" "	0382 90 000
" Mariannelund	" "	0496 90 000
S. 461 00 TROLLHATTAN	" "	0520 90 000
S. 753 21 UPPSALA	" "	018 90 000
S. 462 00 VANERSBORG	" "	0521 90 000
S. 722 17 VÄSTERÅS	" "	021 90 000

SUIZA:

CH. 5000 AARAU	Die Dargebundene Hand General-Guisanstr. 43	064 22 88 88
CH. 3012 BERNE	Die Dargebundene Hand Blumensteinstr. 10	031 23 17 23

CH. 2501 BIENNE	Die Dargebotene Hand Schützengasse 19	032 3 45 45
CH. 1201 GENEVE	La Main Tendue Case Postale 62	022 33 81 33
CH. 1000 LAUSANNE	La Main Tendue Montchoisi Case 25	021 20 01 11
CH. 6002 LUCERNE	Die Dargebotene Hand Postfach 879	041 23 76 75
CH. St. GALLEN	Die Dargebotene Hand Oberstr. 38	071 23 14 14
CH. 7299 SEEWIS Dorf	Die Dargebotene Hand Gott Hilft Häuser	081 52 13 77
CH. 8400 WINTERTHUR	Die Dargebotene Hand Hulfteggstr. 29	052 29 11 11
CH. 8042 ZÜRICH	Die Dargebotene Hand Postfach 265	051 26 20 20

CHECOSLOVAQUIA:

CS. 100 BRNO 25 Bohunice	Linka Nadeje Psychiatrická klinika Jihlavská Ulice 102	33 44 55
CS. OSTRAVA I	Linka Duvery-Ostrava Ulice Obdoje	
CS. PRIBRAH VII	Linka Duvery (Pomoc Telefonem) II Poliklinike OUNZ	159 ou 2345
CS. PRAHA 2	Linka Duvery Psychiatrická Klinika Ke Karlovu 11	29 79 00

POSTES D'OUTRE-MER RATTACHES AUX "SAMARITANS"AUSTRALIA:6008 SUBIACO
PERTH

The Samaritans of
Western Australia
Bagot Road 86 81 1000 et 8 3501

HONG KONG:

The Samaritans
Room 45, Block 13
G/F Lo Fu Ngam Resettlement
Estate Kowloon 83 66 11

INDIA:

8 BOMBAY

The Samaritans
National Sodality Centre
Sodality House
J. Jesjibhai Road

MALASIA:

SINGAPORE 3

The Samaritans
254 Outram Road 9 65 44 et 9 65 41

NEUE ZELANDA:PALMERSTON North The Samaritans
48 George Street

7 44 00 et 8 39 42

WELLINGTON

Samaritan Telephone
Service
P.O. 12044

4 96 00 et 4 96 01

PAKISTAN:

KARACHI

The Samaritans
Selwyn House

RHODESIA:

BULAWAYO

The Samaritans
P.O. Box 806

50 00 et 50 01

SALISBURY

The Samaritans
P.O. Box 981

2 20 00 et 2 02 01

UMTALI

The Samaritans
12 Cecil Chambers
Main Street

35 59



**WOULD IT
HELP TO TALK
TO SOMEONE?**

Ring

the samaritans

Talk about ANY problem that
worries you. Samaritans will listen.
Your call is confidential.
No-one else need know.

the samaritans

call

566-39-97

or

566-39-57

Every Friday From 5:00 P.M.
Until Sunday Midnight

Sponsored by



Gamma Group

**could you
listen?**

Loneliness • Despair • Suicide

the samaritans

566-3997

—or

566-3957

The Samaritans offer a totally
confidential service to anyone who
contacts them.

Ordinary everyday people are
needed to become Samaritan
Volunteers for further
information ring

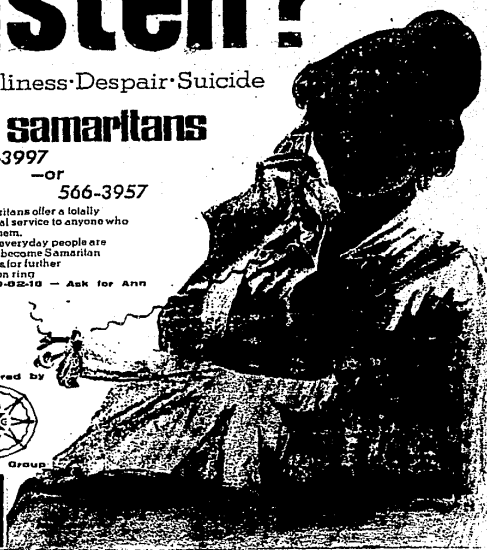
Call 820-8218 — Ask for Ann



Sponsored by



Gamma Group



ANEXO No. 2:
PROPAGANDA DE
LOS SAMARITANOS

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNAM
SERVICIO DE AYUDA PSICOLÓGICA POR TELEFONO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNAM

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA LLAMADA _____

FECHA _____

No. DE LLAMADA _____

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE COMUNICACION TELEFONICA:

- I. Saludo e identificación del servicio que se ofrece.
Buenos días (mañana, tarde o noche), está usted hablando al teléfono de ayuda psicológica. Soy el doctor (a).
Nombre del Profesional que atendió _____
- II. Identificación del solicitante.
Esa Usted tan amable de decirme su nombre completo (registrarlo)
¿En qué puedo servirle?
Nombre del solicitante _____

III. Lineamientos generales para los psicoterapeutas:

- 1.- Permitir que la persona hable libremente y se desahogue (lamentos, gritos, etc.) y una vez que se haya tranquilizado un poco:
Se tranquilizó SI () NO () Obs. _____
- 2.- Hacerle comentarios de apoyo con el fin de establecer una relación de empatía.
¿Puedo dialogar? SI () NO () Obs. _____
- 3.- Haga comentarios relacionados con la reacción y aceptación de sentimientos de lo sucedido
¿Puedo hablar o hacer comentarios de inducción?
SI () NO () Obs. _____
- 4.- Movimiento, haga comentarios de apoyo y empatía.
¿Fue necesario? SI () NO () Obs. _____
- 5.- Propone las condiciones para establecer la continuidad del plan de tratamiento ofreciéndole:
a) Llevar a cabo otra cita telefónica o canalizarlo a un servicio más formal (por ejemplo, el de ayuda en la Facultad de Psicología).
b) Solicite el número telefónico y su dirección en donde se le cuente localizar para completar su registro.
¿Se contactará posteriormente?
SI () NO () Obs. _____
- 5.- Antes de terminar la comunicación asegúrese de que el paciente se quedo más tranquilo o satisfecho.
¿Se logró ayudar?
SI () NO () Obs. _____
- 7.- Ofrezca que llame cuando lo vuelva a necesitar
¿Volverá a llamar?
SI () NO () Obs. _____
- 8.- Despidase amablemente y procure darle seguridad
- 5.- Con base en el registro, procure enter las observaciones pertinentes para poder realizar un seguimiento.

LINEAMIENTOS GENERALES DE INTERACCION Y MANEJO PSICOLÓGICO
EN SITUACIONES DE DESASTRE

- 1.- Projete una imagen de seguridad, simpatía e identificación con la persona afectada. Recuerde que a veces es usted el primer contacto que establece la persona o la familia con la institución de asistencia médica o el albergue, y que una actitud de comprensión y solidaridad puede ser fundamental para la tranquilidad de estas personas.

- 2.- Explique lo que usted hace en ese lugar y cómo se relaciona el servicio que ofrece con el problema de la persona; es decir, qué tipo de atención se le va a proporcionar. Dígale que no se preocupe y que en ese lugar se le va a ayudar.

Recuerde también que algunas personas por su estado emocional no están en condiciones de entender explicaciones. NO SE DESANIME. Algunas acciones de contacto físico (apretón de mano, palmada, etc.) que expresen solidaridad y apoyo, pueden a veces tranquilizar más que cualquier explicación.

- 3.- Escuche pacientemente a la persona afectada y/o a cualquier miembro de la familia; procure que sus respuestas sean lo más serenas posible a la realidad del paciente. Una vez tranquilizados, canalice e los programas de intervención más adecuados e indíqueles a cuálán diríjense en caso de dudas o necesidades específicas.

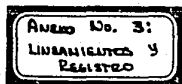
Evite dar diagnósticos y predicciones, tratando más bien de usar un lenguaje más descriptivo en sus explicaciones. No emplee términos técnicos que la mayoría de la gente no entienda.

Verifique que el paciente o familiar comprendió claramente sus indicaciones.

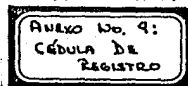
- 4.- Si por alguna razón usted no se siente competente en ese momento para manejar una situación específica, refiera al paciente con el colega o especialista más adecuado en ese lugar.

Recuerde que todos nosotros como seres humanos tenemos un límite de resistencia. Cuando se siente cansado: 10 acéptelo; 25 procure descansar; 35 si es necesario pida ayuda o apoyo para usted mismo a un colega cercano.

- 5.- Si considera que la familia o cualquier miembro de la misma requiere de ayuda psicológica más especializada, usted o una persona de la familia póngase en contacto con el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, para solicitar la ayuda necesaria. Los teléfonos son: 550-52-17, 550-50-22 y 550-02-30.



SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO



(S. A. P. T.)

CEDULA DE REGISTRO

AUTORES:

DR. FEDERICO G. PUENTE SILVA.
PSIC. MARIA ANTONIETA PEREZ.

COLABORADORES:

ORTIZ FUENTES MARIA AMALIA.
RAMIREZ SOLIS GUADALUPE YOLANDA.
SALAS MARQUEZ MARTHA ALICIA.
GOMEZ FRANCO JUAN JOSE.
MENDEZ CHAVERO MARIA ELIZABETH.
VAZQUEZ MORALES ROSALBA.
VIVEROS GARCIA DAVID.
BUSTOS MONTES DE OCA LUCIA.
LUNA SANTAMARIA MARIA ELENA.
ORTIZ GARCIA JOSEFINA.
ACOSTA RAMIREZ VIRGINIA.
ALMEIDA RODRIGUEZ VILMA GUADALUPE.
BUENROSTRO BUENROSTRO LOURDES.
BURELA AMAYA ERNESTO.

CAMPOS CERDA MARIA ESMERALDA.
CERON MENDEZ SANDRA RUTH.
CERVANTES BAUTISTA HILDA M. E.
CHELIUS GUZMAN ROBERTO.
DIAZ MORALES ADOLFO HECTOR.
GARCIA ESCALANTE S. XOCHITL.
GAYTAN FRAGOSO AGUSTIN.
HERNANDEZ VALADEZ LOURDES LETICIA.
LARA DIAZ DE LEON Ma. DE LOS ANGELES.
MANCILLA SANTAMARIA GEORGINA.
MARTINEZ SOLARES Ma. DE LOS ANGELES.
MIS MARTINEZ JORGE ADRIAN.
NAVARRO ORTEGA ELOINA.
PEREZ CARRILLO MARIO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

1986

PROYECTO AUSPICIADO POR LA FEDERACION

MUNDIAL DE SALUD MENTAL

1986

FOHLLA DE REGISTRO

FECHA:

FUENTE INF:

1. NUMERO DE TARJETA

2. NOMBRE _____

3. CLAVE₁
2 3 4 5 6 7

4. CLAVE₂
8 9 10 11 12 13

5. NUMERO DE CONSULTA
14 15

6. DOMICILIO
16 17 18 19 20 21

7. TELEFONO₁
22 23 24 25 26 27 28

8. TELEFONO₂
29 30 31 32 33 34 35

9. TELEFONO₃ ESPECIFICO
36 37 38 39 40 41 42

10. EDAD
43 44

11. SEXO
45

12. OCUPACION
46 47

13. ESCOLARIDAD
48

14. NIVEL SOCIAL
49 50

15. RELIGION
51

16. ESTADO CIVIL
52

17. LUGAR DE RESIDENCIA
53 54

18. LUGAR DE ORIGEN
55 56

19. NUMERO DE PERSONAS CON QUIEN VIVE
57 58

20. TIPO DE PARENTESCO
59 60

21. TIPO DE VIVIENDA
61

22. PROPIO/RENTADO
62

23. NUMERO DE HABITACIONES
63

24. NIVEL DE INGRESOS
64

25. MOTIVO DE CONSULTA₁
65 66

26. MOTIVO DE CONSULTA₂
67 68

27. MOTIVO DE CONSULTA₃
69 70

28. TIPO DE DISCURSO
71

29. RITMO DE DISCURSO
72

30. INCOHERENCIA
73

31. INCONGRUENCIA
74

32. FUGA DE IDEAS
75

33. BLOQUEOS
76

34. PERSEVERANCIA
77

35. PROLIGIDAD
78

36. OTRO/ESPECIFICO
79

37. CONTENIDO DEL PENSAMIENTO
80

38. NUMERO DE TARJETA
81

39. CLAVE₁
82 83 84 85 86 87

40. CLAVE₂
88 89 90 91 92 93

41. ANSIEDAD
94

42. PANICO
95

43. AMBIVALENCIA
96

44. EUFORIA
97

45. EXALTACION
98

46. DEPRESION
99

47. AFECTO INSUFICIENTE
100

48. AFECTO INAPROPIADO
101

49. OTRO/ESPECIFICO
102

50. ILUSIONES/ESPECIFIQUE 103

51. ALUCINACIONES/ESPECIFIQUE 104

52. DOLOR/ESPECIFIQUE 105

53. PARESTESIAS 106

55. IDEAS DE PERSECUCION 108

57. OTRO/ESPECIFIQUE 110

58. AMNESIA 111

60. FENDIENDO DE LO YA VISTO 113

62. OTRO/ESPECIFIQUE 115

63. TRANSFORMOS DE LA ORIENTACION 116

65. INTELIGENCIA 118

67. SINTOMAS SOMATICOS 120

69. FATIGA 122

71. HIPNOTICOS 124

73. DISMINUCION DE LA CONCENTRACION 126

75. IDEAS DEPRESIVAS 128

54. IDEAS DE GRANDEZA 107

56. DESPERSONALIZACION 109

59. HIPOMNESIAS 112

61. FENDIENDO DE LO NUNCA VISTO 114

64. ATENCION Y CONCENTRACION 117

66. RECONOCIMIENTO DEL GRADO DEL PROBLEMA 119

68. AUMENTO DE ATENCION EN FUNCIONES CORPORALES 121

70. ALTERACIONES EN EL SUEÑO 123

72. IRRITABILIDAD 125

74. ANIMO DEPRESIVO 127

76. ANSIEDAD 129

77. FOBIAS 130

79. DESPERSONALIZACION 132

81. CALIFICACION GLOBAL DE SEVERIDAD 134

82. DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ACUERDO CON LA 9a. CLASIFICACION PARA LOS TRANSFORMOS 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 D.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

88. CATARSIS 157

90. RAPPORT 159

92. NUMERO DE TARJETA 161

94. CLAVE 2 168 169 170 171 172 173

96. TERAPIA DE DESCENSIBILIZACION 175

98. TECNICAS DE AUTOMONITOREO 177

100. ENSAYO COGNOSCITIVO 179

78. OBSESIONES Y COMPULSIONES 131

80. CREDIBILIDAD DE LA INFORMACION 133

87. EXPERIENCIA PSICOTERAPEUTICA 156

89. ABREACCION 158

91. TERAPIA DE APOYO 160

93. CLAVE 1 162 163 164 165 166 167

95. TERAPIA DE RELACION 174

97. TERAPIA EDUCATIVA 176

99. EJERCICIO FISICO 178

101. MANEJO SATISFACTORIO TELEFONICO 180

OBSERVACIONES: _____

SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO

(S. A. P. T.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

AUTORES:

DR. FEDERICO G. PUENTE SILVA.
PSIC. MARIA ANTONIETA PEREZ.

COLABORADORES:

ORTIZ FUENTES MARIA AMALIA.
RAMIREZ SOLIS GUADALUPE YOLANDA.
SALAS MARQUEZ MARTHA ALICIA.
GOMEZ FRANCO JUAN JOSE.
MENDEZ CHAVERO MARIA ELIZABETH.
VAZQUEZ MORALES ROSALBA.
VIVEROS GARCIA DAVID.
BUSTOS MONTES DE OCA LUCIA.
LUNA SANTAMARIA MARIA ELENA.
ORTIZ GARCIA JOSEFINA.
ACOSTA RAMIREZ VIRGINIA.
ALMEIDA RODRIGUEZ VILMA GUADALUPE.
BUENROSTRO BUENROSTRO LOURDES.
BURELA AMAYA ERNESTO.

CAMPOS CERDA MARIA ESHERALDA.
CERON MENDEZ SANDRA RUTH.
CERVANTES BAUTISTA HILDA M. E.
CHELIUS GUZMAN ROBERTO.
DIAZ MORALES ADOLFO HECTOR.
GARCIA ESCALANTE S. XOCHITL.
GAYTAN FRAGOSO AGUSTIN.
HERNANDEZ VALADEZ LOURDES LETICIA.
LARA DIAZ DE LEON Ma. DE LOS ANGELES.
MANCILLA SANTAMARIA GEORGINA.
MARTINEZ SOLARES Ma. DE LOS ANGELES.
MIS MARTINEZ JORGE ADRIAN.
NAVARRO ORTEGA ELOINA.
PEREZ CARRILLO MARIO.

REACTIVO No. 1: NÚM. DE TARJETA

Se debe anotar el número de tarjeta que corresponde. Las opciones son:

1. Tarjeta 1
2. Tarjeta 2
3. Tarjeta 3

En este caso es el número 1

REACTIVO No. 2: NOMBRE

Se escribe el nombre y apellido del solicitante en el espacio en blanco.

En el folder que le corresponde se anota primero los apellidos y luego el nombre.

REACTIVO No. 3: CLAVE (Col. 2,3,4,5,6 y 7)

Se debe anotar de acuerdo con las siguientes instrucciones:

Col. 2: Se escribe en ella el número de turno al que corresponde el terapeuta. Las posibilidades son:

1. 8 u 12
2. 12 u 16
3. 16 u 20
4. 20 u 24 hrs.

Col. 3,4,5,6 y 7: En ellas se escribe el número que corresponde al paciente. Este irá en orden progresivo y para saber cual toca deberá consultarse el récord de solicitantes. Las posibilidades van del 00001 al 99999

Ejemplo: turno de 12 a 16, paciente 00039.

CLAVE: 2 0 0 0 3 9
2 3 4 5 6 7

REACTIVO No. 4: CLAVE (Col. 8,9,10,11,12 y 13)

Se anota el número de terapeuta en las columnas 12 y 13. Las columnas 8, 9, 10 y 11 van con ceros.

REACTIVO No. 5: DR. CONVOCISTA (Col. 14 y 15)

Se debe anotar la que corresponde. Las opciones van del 01 al 99.

REACTIVO No. 6: DOMICILIO (Col. 16,17,18,19,20 y 21)

Se debe anotar en el espacio en blanco el que corresponde. Incluye calle, número, número interior si existe y colonia. Se debe anotar en las columnas el CAMINO PUNTA al que corresponde la dirección del solicitante. Para ésta última se agrega un 0 al principio del número del código postal.

Ejemplo: El código 03100 que pertenece a la colonia del valle se debe escribir:

0 0 3 1 0 0
16 17 18 19 20 21

REACTIVO No. 7: TELÉFONO (Col. 22,23,24,25,26,27 y 28)

Se anota el número telefónico del DOMICILIO del solicitante. Para el Estado de México y el D.F. las 7 columnas se ocupan.

Ejemplo: 5 2 8 4 7 1 6 + 520-47-16
22 23 24 25 26 27 28

Si el solicitante no tiene número telefónico en su domicilio las siguientes columnas se llenan con el número 1.

Ejemplo: 1 1 1 1 1 1 1
22 23 24 25 26 27 28

Si el número telefónico del solicitante no tiene siete dígitos, se llenarán con ceros las columnas que faltan.

Ejemplo: Durango, Dgo. 1-22-80
0 0 1 2 2 8 8
22 23 24 25 26 27 28

NOTA: CONSULTAR PARA SE INICIA

REACTIVO No. 8: TELEFONO (Col. 29,30,31,32,33,34 y 35)

Se anotará el número telefónico de la OFICINA del solicitante. El procedimiento para el llenado es el mismo que en el reactivo 7.

REACTIVO No. 9: OTRO TELEFONO/ESPECIFICAR (Col. 36,37,38,39,40,41 y 42)

Anotar si el paciente llama de un teléfono distinto al domicilio o la oficina, especificando en el espacio en blanco de donde llama. Las posibilidades para el llenado son las mismas que para el reactivo 7 y 8.

REACTIVO No. 10: EDAD (Col. 43 y 44)

Se debe llenar con los números de la edad que tiene el solicitante.

Ejemplo: El solicitante tiene 37 años.

3 7
- -
43 44

REACTIVO No. 11: SEXO (Col. 45)

Se debe llenar con el que le corresponde al solicitante. Las posibilidades son:

1. Masculino
2. Femenino

REACTIVO No. 12: OCUPACION (Col. 46 y 47)

Se debe registrar la actividad laboral o de otra índole a la que se dedica el solicitante.

- D1. Empresa de iniciativa privada
- D2. Profesionalista
- D3. Burocracia y empleados de empresas privadas
- D4. Oficina/equivalente
- D5. Asistente de oficinas

- D6. Subempleada
- D7. Desempleada
- D8. Ama de casa
- D9. Estudiante
- D10. Campesino
- D11. Otro/especificar

REACTIVO No. 13: ESCOLARIDAD (Col. 48)

Se registra la que corresponde al solicitante, las posibilidades son:

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
- *6. Preparatoria/Vocacional/Carrera técnica
7. Profesional
8. Estudios superiores
9. Otro/Especificar

*A partir de esta categoría, si no se concluyó los estudios que se consideran, se registra entonces el nivel de estudios inmediato anterior.

Ejemplo: El solicitante cursó dos semestres de preparatoria pero no la concluyó. Se registra en la columna el número 5, secundaria completa que es el nivel inmediato anterior que concluyó.

REACTIVO No. 14: NIVEL SOCIAL (Col. 49 y 50)

De acuerdo con la ocupación del solicitante ubíquelo en los siguientes niveles:

01. Empresario de iniciativa privada
02. Profesionalista

- 03. Burocracia y empleados de empresas privadas
- 04. Oficina/equivalente
- 05. Asistente de oficina
- 06. Subemplendo
- 07. Desemplendo
- 08. Ama de casa
- 09. Estudiante
- 10. Campesino
- 11. Otro/especifique

REACTIVO No. 15: RELIGION (Col. 51)

Se registre la que profesa el solicitante de acuerdo con las siguientes posibilidades:

- *1. Católico
- 2. Protestante
- 3. Judío
- 4. Testigo de Jehová
- 5. Otras religiones cristianas
- 6. Creyente
- 7. Ateo
- 8. Otro/especifique

REACTIVO No. 16: ESTADO CIVIL (Col. 52)

Se anotará el que corresponde al solicitante, las posibilidades son:

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Divorciado
- 4. Separado

- 5. Viudo
- 6. Unión libre
- 7. Otro/especifique

REACTIVO No. 17: LUGAR DE RESIDENCIA (Col. 53 y 54)

Debe llenarse esta columna con el número que corresponde a la DELEGACION POLITICA en la que vive el solicitante.

DISTRITO FEDERAL

- 01. Alvaro Obregón
- 02. Azcapotzalco
- 03. Benito Juárez
- 04. Coyoacán
- 05. Cuajimalpa
- 06. Cuauhtémoc
- 07. Gustavo A. Madero
- 08. Iztacalco
- 09. Iztapalapa
- 10. Magdalena Contreras
- 11. Miguel Hidalgo
- 12. Milpa Alta
- 13. Mixquiac
- 14. Nelepan
- 15. Venustiano Carranza
- 16. Xochimilco

ZONA METROPOLITANA

- 20. Ciudad Nezahualcóyotl
- 21. Cuautitlán
- 22. Cuautitlán Izcalli
- 23. Ecatepec de Morelos
- 24. Los Reyes Acaquilpan la Paz
- 25. Naucalpan de Juárez (Satélite y alrededores)
- 26. Texcoco de Mure
- 27. Tlalpantla
- 28. Toluca de Lerma
- 29. Otro/Especificar

REACTIVO No. 18: LUGAR DE ORIGEN (Col. 55 y 56)

Se registra el número de estado que corresponda al lugar de origen del

solicitante:

01. Baja California Norte	17. Hidalgo
02. Baja California Sur	18. Colima
03. Sonora	19. Michoacán
04. Chihuahua	20. Estado de México
05. Coahuila	21. Distrito Federal
06. Nuevo León	22. Morelos
07. Tamaulipas	23. Tlaxcala
08. Sinaloa	24. Puebla
09. Durango	25. Veracruz
10. Zacatecas	26. Guerrero
11. San Luis Potosí	27. Oaxaca
12. Nayarit	28. Tabasco
13. Aguascalientes	29. Chiapas
14. Jalisco	30. Campeche
15. Guanajuato	31. Yucatán
16. Querétaro	32. Quintana Roo
	33. Otro/Especificar

REACTIVO No. 19: NUMERO DE PERSONAS CON QUIENES VIVE (Col. 57 y 58)

Se registra el que corresponde, mencionándole un número:

Ejemplo: El solicitante vive con dos personas, el código entonces será:

D 3
- -
57 58

MAYOR CREDITO O PAGO DE JUROS

01. Solo

02. Con una persona

03. Con dos personas

04. Con tres personas

05. Con cuatro personas

.

.

.

99. Con noventa y ocho personas

REACTIVO No. 20: TIPO DE PARENTESCO (Col. 59 y 60)

Debe llenarse registrando el número que corresponde al tipo de parentesco que tienen las personas que viven con el solicitante. Las posibilidades son:

01. Ninguno	08. (02 + 03)
02. Espos(a)	09. (04 + 05)
03. Hija(s)	10. (02 + 03, 04)
04. Padre	11. (02 + 03 + 05)
05. Madre	12. (02 + 03 + 04 + 05)
06. Hermano (s)	13. (04 + 05 + 06)
07. Abuelo (s)	14. (03 + 04 + 05)
	15. Otro/ Especificar

REACTIVO No. 21: TIPO DE VIVIENDA (Col. 61)

Se registra el número correspondiente al tipo de vivienda en que habite el solicitante. Las posibilidades son:

1. Casa sola
2. Departamento

MAYOR CREDITO O PAGO DE JUROS

3. Vecindad
4. Cuarto
5. Otro/Especificar

REACTIVO No. 22: PROPIO O RENTADO (Col. 62)

Se registra el número que corresponde a la vivienda del solicitante.

1. Propia
2. Rentada
3. Otro/Especificar

REACTIVO No. 23: NUMERO DE HABITACIONES (Col. 63)

Se anotará el que corresponde a la vivienda del solicitante.

Las posibilidades van del 1 al 9. Nueve o más será igual a 9. Sin contar baño y cocina.

REACTIVO No. 24: NIVEL DE INGRESOS (Col. 64)

Se registra el nivel de ingresos del solicitante de acuerdo a las siguientes posibilidades:

1. Por debajo del salario mínimo.
2. Salario mínimo.
3. Dos veces por encima del salario mínimo.
4. Otro/Especificar. Ej. mantenido.

REACTIVO No. 25: MOTIVO DE CONSULTA (Col. 65 y 66)

El motivo de consulta se refiere al porqué el paciente solicita el servicio. En el espacio rayado deberá escribir los motivos que verbaliza el solicitante tal y como él lo menciona, no deberá cambiar nada. Existe cabida - hasta para tres motivos de consulta. Las posibilidades para el registro de cada uno de estos motivos en las columnas que les corresponden se detallarán - posteriormente, (si no alcanza el espacio, anotar 1 hojo).

REACTIVO No. 26: MOTIVO DE CONSULTA (Col. 67 y 68)

REACTIVO No. 27: MOTIVO DE CONSULTA (Col. 69 y 70)

REACTIVO No. 28: TIPO DE DISCURSO (Col. 71)

Se registra si el solicitante habla espontáneamente o no. Las posibilidades son:

1. Espontáneo.
2. Sólo cuando se le pregunta.

REACTIVO No. 29: RITMO DEL DISCURSO (Col. 72)

Se registra la velocidad del discurso del solicitante. Las posibilidades son:

1. Lento
2. Rápido
3. 1 y 2 alternativamente
4. Otro/Especificar

TIPO DE ANORMALIDAD IDENTIFICADA EN EL DISCURSO:

En caso de presentarse alguna anomalía en el discurso del paciente se debe registrar el número que corresponde a ella. Las posibilidades son:

1. Presente
2. Ausente

REACTIVO No. 30: INCOHERENCIA (Col. 73)

Ausencia de sucesión lógica en las ideas que va expresando el solicitante.

REACTIVO No. 31: INCONGRUENCIA (Col. 74)

Falta de conexión entre lo que se dice y el contexto en que se dice.

REACTIVO No. 32: FUGA DE IDEAS (Col. 75)

Encadenamiento rápido e ilógico de ideas, que no progresan hacia una idea final.

REACTIVO No. 33: BLOQUEOS (Col. 76)

Inhibición repentina en el discurso del paciente. Después de un tiempo la obstrucción repentina parece terminar y continúa el discurso.

REACTIVO No. 34: PERSISTENCIA (Col. 77)

Repetición o expresión, anormalmente persistente, de una idea.

REACTIVO No. 35: PROLIGIDAD (Col. 78)

Abundancia de detalles triviales e innecesarios, que llavan a diágramas fatigosos pero que concluyen en una idea final.

REACTIVO No. 36: OTRO / ESPECIFIQUE (Col. 79)REACTIVO No. 37: CONTENIDO DEL PENSAMIENTO (Col. 80)

Se registra la presencia de preocupaciones "anormales" actuales en el paciente. Estas pueden ser fobias, obsesiones, ideas sobredeterminadas, ideas delirantes, ideas hipochondríacas, etc. Especificar.

Las posibilidades para este reactivo son:

1. Presente
2. Ausente

REACTIVO No. 38: NÚMERO DE TARJETA (Col. 81)

Se anotará el número correspondiente, en este caso el número 2.

REACTIVO No. 39: CLAVE, (Col. 82, 83, 84, 85, 86 y 87)

Se anotarán los ítems del reactivo 3.

REACTIVO No. 40: CLAVE, (Col. 88, 89, 90, 91, 92 y 93)

Se anotarán los ítems del reactivo 4.

CONTENIDO AFECTIVO:

Se registra el estado emocional que predomina en el solicitante a lo largo de la entrevista. Las posibilidades son:

1. Presente
2. Ausente

REACTIVO No. 41: ANSIEDAD (Col. 94)

Sensación de peligro inminente totalmente indeterminado. Estado de alerta que invade al sujeto. Suele llorar consigo una serie de trastornos neurovegetativos.

REACTIVO No. 42: PÁNICO (Col. 95)

Estado de angustia intensa que produce una desorganización de las funciones del yo. Confusión producto de un sentimiento de impotencia y sensación de desorganización y inquilumbiento ante el peligro.

REACTIVO No. 43: AMBIVALENCIA (Col. 96)

Estados emocionales contradictorios ante un mismo objeto.

REACTIVO No. 44: EUPORIA (Col. 97)

Aspecto moderadamente placentero, acompañado de un cuadro mental optimista. Sentimiento subjetivo de bienestar, confianza y seguridad.

REACTIVO No. 45: EXALTACION (Col. 98)

Mucho interno acompañado de una actitud de grandeza a pesar de que las condiciones reales no lo justifiquen.

REACTIVO No. 46: DEPRESION (Col. 99)

Tono afectivo de tristeza, puede ir desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación extrema. Se acompaña de pesimismo, infelicidad, desprecio de sí mismo, falta de ánimo y desesperanza. Puede incluir sentimientos de culpa y vergüenza. Puede haber sentimientos de desamparo.

REACTIVO No. 47: AFECTIO INSUFICIENTE (Col. 100)

Abatimiento emocional, indiferencia o apatía. Sensibilidad insuficiente respecto a las experiencias que en estado normal dan placer o dolor emocional.

REACTIVO No. 48: AFECTIO INAPROPIADO (Col. 101)

Falta de concordancia entre el afecto y el estímulo.

REACTIVO No. 49: DIBO / ESPECIFICO (Col. 102)INTERPRETACION ANORMAL DE SUENIOS Y EXPERIENCIAS ANOMALIAS

Se incluyen las alteraciones agnoperceptuales que llevan a una interpretación equivocada de los eventos, así como algunos trastornos de la ideación. Las posibilidades son:

1. Presente
2. Ausente

REACTIVO No. 50: ILUSIONES / ESPECIFICO (Col. 103)

Percepción falseada o deformada de un objeto real. Especifique la modalidad en el espacio en blanco.

REACTIVO No. 51: ALUCINACIONES / ESPECIFICO (Col. 104)

Experiencia psicológica interna que lleva a un sujeto a conocerse como si experimentara una sensación diferente a una percepción, cuando las condiciones exteriores normales de tal sensación o percepción, no corresponden a la realidad. Especifique la modalidad sensorial que afecta.

REACTIVO No. 52: DOLOR / ESPECIFICO (Col. 105)

Dolor que no corresponde a un problema orgánico. Especifique la ubicación del mismo.

REACTIVO No. 53: PARAFESIAS (Col. 106)

Cambios en la sensibilidad habitual de miembros superiores e inferiores. Coqueillos en manos, pies, adormecimiento.

REACTIVO No. 54: IDEAS DE GRANDEZA (Col. 107)

Ideas en que se puede sobrevalorar la fuerza física, la belleza corporal, la superioridad intelectual, el sujeto puede figurarse ser un gran personaje, etc. Es evidente que estas ideas están fuera de la realidad.

REACTIVO No. 55: IDEAS DE PERSECUCION (Col. 108)

El sujeto puede imaginarse que le están causando perjuicios a su honor o bien un daño material que afecte sus propiedades. En este caso tampoco existe evidencia real para las ideas del sujeto.

REACTIVO No. 56: DEPERSONALIZACION (Col. 109)

Sentimiento de ya no ser él mismo en cuanto a su integridad corporal o somática, en la conciencia de su yo psíquico o en el conjunto de los diversos componentes de la personalidad.

REACTIVO No. 57: OTRO / ESPECIFIQUE (Col. 110)

1. En relación al ambiente
2. En relación al cuerpo
3. En relación al self (sí mismo)
4. Ausente

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Se registra si existe alguna alteración en la memoria, las opciones son:

1. Presente
2. Ausente

REACTIVO No. 58: AMNESIA (Col. 111)

Ausencia de recuerdos pertenecientes a un determinado período de la vida. El sujeto tiene conciencia de que son recuerdos que existieron y que se han perdido.

REACTIVO No. 59: HIPOMNESIAS (Col. 112)

Disminución de la capacidad mnemónica debido a una dificultad tanto para la fijación como para la evocación.

REACTIVO No. 60: FENOMENO DE LO YA VISTO (Col. 113)

Extraña sensación e impresión de que una vivencia actual ha sido experimentada con anterioridad y en la misma forma.

REACTIVO No. 61: FENOMENO DE LO NUNCA VISTO (Col. 115)

Sensación de no haber visto o experimentado nunca algo que en realidad ya se conoce.

REACTIVO No. 62: OTRO/ESPECIFICAR (Col. 115)REACTIVO No. 63: TRASTORNOS EN LA ORIENTACION (Col. 116)

Se registra el grado de orientación del solicitante de acuerdo con las siguientes posibilidades:

1. Ninguno
2. Desorientado en tiempo. No se sabe qué momento se está viviendo, incluye orientación en cuanto a la fecha, el día de mañana o de noche, etc.

3. Desorientación en espacio. No se sabe dónde está y/o no se puede manejar adecuadamente en el espacio que lo rodea.
4. Desorientación en persona. El solicitante no ubica su identidad personal.
5. Sólo 2 y 3.
6. Sólo 3 y 4.
7. Sólo 2 y 4.

REACTIVO No. 64: ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN (Col.117)

Se registra la capacidad de atención y concentración del solicitante de acuerdo con las siguientes posibilidades:

1. Adecuada
2. Ausente
3. Disminuida

REACTIVO No. 65: INTELIGENCIA (Col.118)

De acuerdo con la impresión clínica del nivel intelectual del paciente se debe registrar de acuerdo a las siguientes posibilidades:

1. Inferior al término medio
2. Término medio
3. Superior al término medio

REACTIVO No. 66: RECONOCIMIENTO DEL GRADO DEL PROBLEMA (Col.119)

Debe registrarse el que corresponde al solicitante de acuerdo a las siguientes posibilidades:

0. Se ignora
1. Reconocimiento claro y preciso de la problemática, incluyendo tanto los aspectos intelectuales como los emocionales o afectivos.

2. Reconocimiento claro y preciso de la problemática, excluyendo elementos afectivos y emocionales.
3. Reconocimiento impreciso e indefinido de la problemática.
4. Bloqueo o negación de la problemática y de sus implicaciones.

REACTIVO No. 67: SINTOMAS SOMÁTICOS (Col.120)

(Molestias físicas primarias o secundariamente psicológicas. Ejemplo: Correlatos de la depresión, la angustia y quejas hipocóndricas). Excluir todo síntoma somático que sea explicado en términos orgánicos. Las preguntas que puede usted formular son las siguientes:

¿Ha tenido usted alguna molestia en su cuerpo durante la última semana?

¿Ha tenido, por ejemplo dolor de cabeza, mareos, dificultad para respirar, palpitaciones, ha sudado mucho, molestias o problemas en su estómago?

¿Hay alguna otra molestia?

PREGUNTAS OPCIONALES:

¿Desde cuándo tiene usted este problema?

¿Ha notado si se hace más fuerte cuando está nervioso?

¿Qué tanto le molesta?

¿Cómo y con qué frecuencia se le ha presentado durante la semana pasada?

Las calificaciones que puede utilizar para estas preguntas son las siguientes:

0. Se ignora

1. Ausente: Respuestas negativas o preguntas ulteriores o falta de evidencia de naturaleza psicológica.

2. Leve: Síntomas mínimos que no han causado evaluar suficiente.

3. Moderao: Síntomas ocasionales que han causado malestar suficiente.
4. Intenso: Síntomas frecuentes y molestos o síntomas ocasionales que han causado molestias.
5. Muy intenso: Síntomas muy molestos y frecuentes.

REACTIVO No. 68: ALIENTO DE LA ATENCIÓN EN LAS FUNCIONES CORPORALES
(Col. 121)

Preocupación excesiva por la salud, el cuerpo, la historia médica pasada, el funcionamiento sexual y enfermedades imaginarias. Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:

¿En el presente le preocupa su estado de salud física?

¿Está usted pensando frecuentemente si su organismo funciona bien o cómo se encuentra su cuerpo?

¿Le preocupa tener cáncer, alguna enfermedad del corazón, alguna infección u otra enfermedad?

Esta excesiva preocupación por las funciones corporales es un apartado que se refiere a la exagerada preocupación del paciente por su salud y el funcionamiento de su cuerpo. Puede ser manifestado como enfermedades imaginarias, preocupación excesiva acerca de cosas triviales, interés excesivo en detalles y circunstancias de tratamientos médicos anteriores o preocupaciones excesivas. También incluye preocupación por las funciones sexuales. En caso de existir enfermedad física, deberá calificarse si el terapeuta considera que la preocupación del paciente es exagerada; cuando existe duda en este punto, calificar con 1 y hacer las observaciones pertinentes. Un paciente que está preocupado por un síntoma de origen psicológico deberá recibir calificación tanto en esta parte como en síntomas somáticos.

Las calificaciones que usted puede dar en este reactivo son las sigs:

0. Se ignora.

1. Ausente: Sin alteraciones o la preocupación está bien sustentada por el paciente.

2. Leve: El paciente está bien preocupado pero no molesto o existe duda en el entrevistador.

3. Moderao: Leve preocupación patológica secundaria a estados de ansiedad o depresión u otros síntomas psicológicos.

4. Intenso: Grado marcado de preocupación. El paciente se observa seriamente preocupado hablando espontáneamente de sus síntomas y solamente de ellos.

5. Muy intenso: El paciente se muestra delirante.

REACTIVO No. 69: FATIGA (Col. 122)

Incluye cansancio, fatiga, abulia y falta de energía física y/o mental, no debidas por completo a causa orgánica.

También se refiere a la sensación subjetiva y objetiva de disminución de rendimiento.

Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:

¿Se ha fijado si se está cansando con facilidad?

¿Siente que le faltan fuerzas?

¿Cómo o en qué lo ha notado?

PREGUNTAS OPCIONALES:

- ¿Desde cuándo ha notado esto?
- ¿Se siente usted cansado todo el tiempo o sólo por momentos?
- ¿Qué tareas encuentra más difíciles o pesadas?
- ¿Se siente usted agotado por las noches?
- ¿Cómo ha sido esto durante la semana pasada?
- ¿Le ha impedido realizar alguna actividad?
- ¿Qué piensa usted de esto?

Las calificaciones que usted puede utilizar para estas preguntas son las siguientes:

0. Se ignora
1. Aumentado: Respuestas negativas a preguntas obligatorias o consenso de origen orgánico.
2. Leve: Quejas que se consideran como rasgos temporales del paciente.
3. Moderado: Síntomas ocasionales que hayan causado suficiente malestar al paciente o que le hayan obligado a modificar sus actividades usuales.
4. Intenso: Igual que la calificación anterior pero con mayor frecuencia o síntomas intensos y ocasionales.
5. Muy intenso: Síntomas muy intensos y frecuentes.

REACTIVO No. 70: ALTERACIONES EN EL SUEÑO (Col.123)

Se valorarán los horas de sueño perdido independientemente de que se hayan tomado o no hipnóticos, o de que el insomnio sea de tipo temprano, tardío o intermitente. También se valorarán exceso de sueño, cansancio al despertar, pesadillas aterradoras y dormir inquieto.

Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:

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

PREGUNTAS OPCIONALES:

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

Las calificaciones que usted puede utilizar para estas preguntas son las siguientes:

0. Se ignora.
1. Aumentado: Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
2. Leve: Pérdida de sueño que no molesta al paciente o exceso de sueño.
3. Moderado: Una leve pérdida de sueño, pero suficiente para causar malestar al paciente, o una pérdida significativa que haya sucedido en una sola ocasión.
4. Intenso: Pérdida importante en varias ocasiones durante la semana previa a la entrevista.
5. Muy intenso: Pérdida importante del sueño, todas las noches.

REACTIVO No. 71: HIPNÓTICOS (Col. 124)

Debe incluirse cualquier medicamento que tenga la propiedad de inducir sueño y que sea con esa intención. Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:

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

Las calificaciones que usted puede utilizar para estas preguntas son las siguientes:

0. Se ignora

1. Ausente: El paciente no ha tomado ningún hipnótico durante la semana anterior.
2. Lave: Durante la última semana o cada tercer día.
3. Moderado: Empleo en cuatro noches o más durante la última semana.
Nombre del medicamento con dosis _____

REACTIVO No. 72: INHIBIBILIDAD (Col. 125)

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

Las siguientes:

¿Ha andado de mal humor o de mal genio?

¿Se molesta usted con facilidad? (Por ejemplo con niños, familiares, compañeros de trabajo, etc.)

¿Está usted sensible o explosivo?

¿Le han dicho que usted se ve como al estuviera enojado?

PREGUNTAS OPCIONALES:

¿Desde cuando está usted así?

¿Le sucede todo el tiempo o sólo en ocasiones?

¿Le molesta estar irritado?

¿Ha tenido dificultades con alguna persona por este motivo?

Las calificaciones que usted puede utilizar son las siguientes:

0. Se ignora

1. Ausente: Respuestas negativas a preguntas obligatorias.
2. Lave: Síntoma leve que represente una conducta habitual de ser y/o no le ocasiona malestar, o si el clínico piensa que la irritabilidad no ha molestado ni al paciente ni a otros.
3. Moderado: Síntoma ocasional que provoca malestar moderado en el paciente y/o personas que lo rodean.
4. Intenso: Semajante a la calificación anterior, pero el síntoma es más frecuente o ha provocado mayores molestias.
5. Muy intenso: El síntoma ha provocado problemas leparantes o violencia.

REACTIVO No. 73: DISMINUCIÓN DE LA CONCENTRACION (Col. 126)

Falta de concentración en las actividades cotidianas, el trabajo, la lectura (novelas, libros, revistas y periódicos) y conversaciones. La falta de interés y de motivación no deben valorarse aquí.

Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:

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

PREGUNTAS OPCIONALES:

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

Las calificaciones que usted puede utilizar son las siguientes:

0. Se ignora

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

REACTIVO No. 75: ANIMO DEPRESIVO (Col. 27)

Se valorarán estados de tristeza, falta de ánimo o de alegría. Si el paciente niega un estado depresivo y el clínico lo sospecha debe valorarse en el ítem correspondiente.

Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:

- ¿Se ha sentido decaído, sin ánimos y sin ganas?
- ¿Desde cuándo?

PREGUNTAS OPCIONALES:

- ¿Se ha sentido triste todo el tiempo o sólo ocasionalmente?
- ¿Lo relaciona a algo que le haya pasado últimamente?
- ¿Qué tanto le molesta?
- ¿Ha sentido ganas de llorar?
- ¿Puede usted controlarse?
- ¿Se ha sentido desesperanzado?
- ¿Ha deseado que todo termine?
- ¿Ha deseado morir?

Las calificaciones que puede usted utilizar para estas preguntas son las siguientes:

0. Se ignora

1. Leve: Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
2. Leve: Sentimientos ocasionales de nostalgia que no causan malestar y son vistos por el paciente como habituales. Pérdida de entusiasmo, pero sin sentimiento depresivo.
3. Moderado: Sentimientos depresivos ocasionales o que el paciente considere anormales en su persona, produciéndole malestar.

4. **Intenso:** Sentimientos depresivos frecuentes semejantes a la calificación anterior, o malestar extremo ocasional, o presencia ocasional de un fenómeno depresivo mayor. (Ejemplos: que presenta ideas suicidas, ideas de desesperanza, etc.).
5. **Muy intenso:** La depresión ha causado malestar importante y frecuente durante la semana anterior. Presencia frecuente de fenómenos depresivos mayores.

REACTIVO No. 75: IDEAS DEPRESIVAS (Col. 12B)

Si hay sospecha de estado depresivo, formule las siguientes preguntas para valorar el pensamiento depresivo:

¿Qué piensa usted del futuro?

¿Se ha sentido culpable?

¿Se ha sentido menos que los demás?

¿Se ha enojado consigo mismo?

¿Se está muy exigente consigo mismo?

Se sugiere explorar el contenido depresivo de pensamiento, lo que permitirá al terapeuta calificar ideas autodespreciativas, nihilistas o pesimistas expresadas por el paciente. Estas ideas pueden ser calificadas independientemente del sintoma ánimo depresivo o de "deprimido" como descripción clínica. El contenido depresivo del pensamiento es intermedio entre un sintoma y una anomalía manifiesta, ya que la calificación puede estar basada en las respuestas directas o indirectas del paciente durante la entrevista. Los pacientes con calificación patológica en este

apartado demuestran usualmente ánimo depresivo. Los pacientes que manifiestan tristeza y desaliento no siempre admiten tener patología depresiva. Las ideas depresivas repetitivas deben ser calificadas en este apartado aunque ya lo hayan sido en "compulsiones y obsesiones". Las ideas suicidas deben ser calificadas aquí si se piensa que son secundarias o asociadas a ideas depresivas, pero no de otra manera.

Las calificaciones que usted puede otorgar son las siguientes:

0. Se ignora

1. **Ausente:** Ausencia de pensamiento depresivo.

2. **Leve:** Tendencia pesimista no patológica.

3. **Moderado:** Pensamientos depresivos patológicos pero leves, sentimientos de inferioridad, vergüenza y culpa.

4. **Intenso:** Ideas depresivas importantes: sentimiento de inferioridad, vergüenza y culpa. Pueden presentarse ideas suicidas.

4. **Muy intenso:** Delirios nihilistas de culpa y autodevaluación.

REACTIVO No. 76: ANSIEDAD (Col. 12B)

Incluye el cortejo físico de la ansiedad y la ansiedad psicológica. Se excluye ansiedad fóbica. La angustia hipocóndrica puede ser valorada tanto aquí como en la sección de anomalías manifiestas.

Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:

¿Se considera usted una persona nerviosa?

¿Qué tan preocupado es?

Últimamente, ¿ha estado usted más preocupado que antes?

¿Se ha sentido angustiado o con miedo?

¿Se ha sentido usted inseguro?
 ¿Se ha fijado si le preocupan cosas sin importancia?

PREGUNTAS OPCIONALES:

¿Cuáles son las cosas que más le preocupan?
 ¿Ha sido siempre así o sólo desde hace poco tiempo?
 ¿Con qué frecuencia está usted preocupado?
 ¿Le ha molestado estar así?

Las calificaciones que puede usted utilizar para estas preguntas son las siguientes:

0. Se ignora.
1. Ausente: Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
2. Leve: Pacientes habitualmente angustiados y nerviosos, pero sin malestar importante en la última semana.
3. Moderado: Malestar ocasional en la última semana.
4. Intenso: La ansiedad ha provocado malestar intenso y ocasional, o se ha presentado en forma frecuente y moderada durante la semana previa.
5. Muy Intenso: Ha causado malestar intenso y frecuente durante la semana anterior.

REACTIVO No. 77: FDBIAS (Co.) 130

El término es empleado en el sentido usual para denotar miedos infundados, excesivos y persistentes hacia objetos y situaciones en particular.

Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:
 ¿Hay alguna cosa que le produce un miedo terrible y que usted no puede controlar? Cualquier cosa por ejemplo: animales, la obscuridad, elevadores, el metro, etc.

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

PREGUNTAS OPCIONALES:

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

Las calificaciones que usted puede utilizar para estas preguntas son las siguientes:

0. Se ignora
1. Ausente: Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
2. Leve: Fobia que no causa molestias importantes durante la semana anterior ni ha alterado sus actividades normales.
3. Moderado: Fobia que no provocado malestar importante en forma ocasional, o el paciente no cambiado o alterado sus actividades en función de la fobia.
4. Intenso: Malestar importante de manera frecuente, o malestar extremo en forma ocasional, o limitaciones extremas en sus actividades durante la semana anterior.
5. Muy Intenso: El paciente ha experimentado malestar extremo frecuentemente durante la semana anterior a la entrevista.

REACTIVO No. 78: OBSESIONES Y COMPULSIONES (Co.) 131

Pensamientos o acciones acompañados de la convicción subjetiva de compulsión y que el paciente identifica como irracionales y molestos, pero es incapaz de poder evitarlos. Este reactivo ha sido dividido en tres áreas:

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

Para valorar la severidad, el clínico debe intentar establecer el grado de malestar asociado. Para una valoración global, se empleará la calificación más alta que haya sido dada en cualquiera de estas áreas.

Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:

- ¿Utilizaste la cuesta mucho trabajo decidirme o tomar decisiones, y esto, lo desgasta mucho?
- ¿Qué tan perfeccionista es usted?
- ¿Hay ideas o pensamientos que entran en su cabeza o mente aunque usted no quiere y que lo molestan o mortifican?. Como llevarse los manos, chequear que están bien cerradas las puertas, ventanas, etc. a pesar de que usted lo ha ya hecho bien?

PREGUNTAS OPCIONALES: Valorar orden, compulsión, obsesión e indecisión:

- ¿Cuántas veces necesita repetir tal acción?
- ¿Hay alguna otra cosa que encuentre usted que deba repetir?
- ¿Podría describir el tipo de pensamiento que le molesta?
- ¿Se le ha dificultado siempre decidirse, o sólo últimamente?
- ¿Le sobra escasa de cosas importantes, o en todos aspectos?

INVESTIGAR:

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

Las calificaciones que usted puede utilizar son las siguientes:

0. Se ignora

1. Positiva: Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.

2. Leve: Rasgos obsesivos de carácter y tendencias obsesivas o compulsivas no patológicas.

3. Moderado: La presencia de fenómenos obsesivos/compulsivos, definitivamente patológicos y molestos que se hayan presentado en forma ocasional en la última semana.

4. Intenso: Obsesiones y compulsiones que hayan ocasionado malestar importante durante la semana anterior o que haya estado presente en forma marcada continuamente o de manera frecuente.

5. Muy intenso: Fenómenos obsesivo/compulsivos que hayan causado malestar extremo en forma frecuente al paciente durante la semana anterior a la entrevista.

REACTIVO No. 79: DESPERSONALIZACIÓN (Co. 132)

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

Las preguntas que usted puede formular son las siguientes:

- ¿Cuando está usted nervioso, ha tenido las siguientes sensaciones: como si las cosas fueran un sueño, como si actuara mecánicamente, o estuviera vacío o como si no tuviera sentimientos?

PREGUNTAS OPCIONALES:

- ¿Podría describir su sensación?
- ¿Le encuentra desagradable o atemorizante?
- ¿Cuánto tiempo le dura?

¿Cuándo se le presenta?

¿Qué tan fuerte ha sido la semana pasada?

Las calificaciones que usted puede utilizar para estas preguntas son las siguientes:

0. Se ignora

1. Buena: Respuesta negativa a las preguntas obligatorias.
2. Baja: Cualquier fenómeno que no alcance la identificación dada o fenómenos leves y transitorios que no molesten al sujeto en forma significativa.
3. Moderada: El fenómeno se ha presentado en forma ocasional y molesta al sujeto durante la semana previa a la entrevista.
4. Intensa: La despersonalización ha sido frecuente y molesta, u ocasional pero significativa para el sujeto en la semana anterior.
5. Muy intensa: La despersonalización ha sido frecuente y muy molesta para el sujeto en la semana anterior.

REACTIVO No. 80: CREDIBILIDAD DE LA INFORMACION (Col. 133)

Impresión del terapeuta en cuanto a la posibilidad de dar por válida la información.

Las opciones para calificar este reactivo son:

0. Se ignora

1. Pobre
2. Regular
3. Buena

REACTIVO No. 81: CALIFICACION GLOBAL DE SEVERIDAD (Col. 134)

De acuerdo a lo detectado a través de las preguntas del E.P.E., el terapeuta debe calificar este reactivo de acuerdo a las siguientes opciones:

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

REACTIVO No. 82: DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ACUERDO CON LA 9ª CLASIFICACION

PARA LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA O.M.S.

(Col. 135, 136, 137, 138 y 139)

De ser posible el terapeuta debe codificar el número de la categoría diagnóstica que corresponde a la sintomatología presentada por el paciente, para ello debe chequear en el Anexo 2 esta clasificación.

REACTIVO No. 83: DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ACUERDO CON EL D.S.M. III

(Col. 140, 141, 142, 143 y 144)

Misma indicaciones que el reactivo No. 82, solamente que la clasificación y los códigos correspondientes deben buscarse en el Anexo 2.

REACTIVO No. 84: DIAGNOSTICO ADECUADO DEL D.S.M. S.

(Col. 145, 146, 147, 148 y 149)

Segundo diagnóstico con el cual se explica parte de la sintomatología del paciente, es decir, que coincide con el diagnóstico principal. La codificación debe hacerse de acuerdo con el Anexo 1.

REACTIVO No. 85: DIAGNOSTICO ADECUADO DEL D.S.M. III

(Col. 150, 151, 152, 153 y 154)

Segundo diagnóstico con el cual se explica parte de la sintomatología del paciente, es decir, que coincide con el diagnóstico principal. La codificación debe hacerse de acuerdo con el Anexo 2.

REACTIVO No. 86: TIPO DE RESPUESTA-REACCION DEL TERAPEUTA (Col. 155)

El terapeuta debe tratar de registrar su reacción ante el paciente de acuerdo con las siguientes posibilidades:

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

REACTIVO No. 87: EXPERIENCIA PSICOTERAPEUTICA PREVIA (Col. 156)

En este reactivo se debe registrar si el paciente ha tenido o no una experiencia previa en psicoterapia de más de un mes. Las opciones para calificar este reactivo son:

1. Presente
2. Ausente

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: ABNORMACION (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 AUTORIZADAREACTIVO 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
2. Mínimamente-coadyuvante
3. Regularmente-coadyuvante
4. Tratamiento importante-coadyuvante
5. Tratamiento principal

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

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

REACTIVO No. 93: D.R.V.E. (Col. 162, 163, 164, 165, 166 y 167)

Se anotarán los mismos del reactivo 3.

REACTIVO No. 94: D.R.V.E. (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 "estrés". Esto se puede lograr por medio del uso aislado o combinado de las tres siguientes técnicas:

- A) Ejercicios respiratorios. Estos consisten en que en una forma controlada, el sujeto lleve a cabo respiraciones profundas, mantenga 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 el --

sujeto volver con músculos lo más que pueda por el tiempo que se requiere para que el sujeto pueda apreciar este estado de "relajación muscular" y hacer las comparaciones respectivas.

- C) Ejercicios de relajación psíquica o psicológica. Consisten en incluir 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 en el sujeto 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 cognitivas, 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: TÉCNICAS DE AUTOMONITORIO (Col. 177)

La terapia de autocontrol consiste en el entrenamiento y capacitación del individuo en el uso y diseño de instrumentos de registro personal que le permite 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 Autocontrol.- 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 ocurrencia de la denominada tona 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 diversa u otro tipo), etc.

Por lo anteriormente expuesto, se han propuesto los sistemas denominados de autocontrol. Estos incluyen las técnicas de autorregistro, 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 autorregistro, 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 puedan facilitar al sujeto información precisa y adecuada, de los factores y elementos que intervinieron para que las metas propuestas se lograsen. 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. 170)

La terapia de ejercicio físico 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. 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 conciencia que induce al sueño, e inclusive se ha observado un potencial efecto antidepressivo. Vale la pena insistir en que la caminata no sólo se incluye dentro de este concepto de ejercicio físico, sino que se le reconoce el posible efecto en la esfera psíquica ya mencionada. También se incluyen el correr despiado, el nadar despiado, 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 (Col. 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 o una condición). Luego entonces, los individuos presentan un sinnúmero de cogniciones. Estas a su vez se relacionan unas con otras en una forma muy específica y crean las denominadas estructuras o construcciones cognoscitivas. Estas estructuras presentan en la 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.

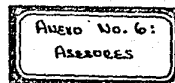
Las opciones para este reactivo son:

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

REACTIVO No. 301: MANEJO TELEFÓNICO SATISFACTORIO (Col. 100)

Este reactivo deberá calificarse de acuerdo con las siguientes posibilidades:

1. Cuando el paciente o el interesado haya logrado establecer con claridad el motivo de su llamada telefónica.
2. Cuando la persona muestre deseos de cooperación al interrogatorio del terapeuta.
3. Cuando el paciente o interesado esté de acuerdo en hablar el día y la hora que el terapeuta le recomienda.
4. Cuando los quejas reportadas por el sujeto, no requieren necesariamente de un manejo de consulta externa u hospitalización.
5. Otro/Especificar. Combinaciones



a) RELACION DE PROFESIONALES QUE IMPARTIERON SEMINARIOS Y ASESORIAS DE CASOS CLINICOS

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SUZA
MTRD. VICENTE BARCIA
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ TARDIO
DRA. EMMA ESPINOLA ACU
DR. FEDERICO PUENTE SILVA
LIC. EDUARDO HERRASTI
DR. HECTOR AYALA
MTRA. Ma. ELENA HIDALGO
MTRA. MONICA BRUELAS
LIC. SAMUEL JURADO
DR. BENJAMIN DOMINGUEZ
DR. ADALEHITO LEVI
LIC. JORGE PEREZ
LIC. JOSEFITE DENAVIDES
DRA. ILIANA PETRA
DR. JOSE ANTONIO TALAYERO
DR. NESTOR BRALKSTEIN
DR. HORACIO QUIROGA
DRA. ANGELES MATA
DR. ROBERTO FLORES VILLASANA
LIC. GRACIELA MIRANDA
LIC. DAVID ZAMORANO
LIC. ANTONIO MARTINEZ
DR. PABLO REYES
LIC. EDA LORNA VENEZAS
LIC. GRACIELA AGUILAR

b) RELACION DE ASESORES DE TESIS

<u>TEMAS - INTEGRANTES</u>	<u>ASESOR</u>
1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO - Hernández Veloz Lourdes Leticia	MTRA. Ma. CRISTINA HEREDIA
2. HISTORIA SOCIOECONOMICA - López Robles Gabriel - Mate Alvarado Tomás	MTRA. Ma. CRISTINA HEREDIA
3. MOTIVOS DE CONSULTA - Bustos Montes de Oca Lucio - Acosta Ramirez Virginia	DR. JULIAN MAC GREGOR
4. EXAMEN MENTAL - Chelium Guzmán Roberto - Viveros García David - Mía Martínez Adrián	MTRD. PABLO REYES
5. IMPLEMENTACION DE LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA - Martínez Solares Ma. de los Angeles - Buenrostro Buenrostro Ma. de Lourdes - Gómez Franco Juan José	DR. JULIAN MAC GREGOR
6. DIAGNOSTICO DE ADJERDO A LA OMS - Ortiz Fuentes Amalio - Ramirez Solís Guadalupe Valenda	DR. RICARDO VALLIN
7. DIAGNOSTICO DE ADJERDO AL DSM III - Díez Abanca Graciela - Guerrero Sánchez Ma. Magdalena - Melendez Camarero Maricela	MTRA. BLANCA ELENA MARCILLA
8. EVALUACION DE LAS RESPUESTAS DEL TERAPIUTA Y DEL PACIENTE AL SERVICIO - Cervantes Bautista Hilda - Navarro Ortega Eliolna	LIC. ANACELI HERNANDEZ
9. IMPLEMENTACION DE TECNICAS DE APOYO PSICOLOGICO Y/O TERAPIUTICAS - Carón Pérez Sandra - Mancilla Santamaría Georgina	MTRD. CELSO SERRA

Se instaló el Comité Mexicano de Sistemas de Apoyo Psicológico

La Facultad de Psicología (FP) y la Federación Mundial de la Salud Mental (FMSM), instalaron el Comité Mexicano de Sistemas de Apoyo Psicológico por Teléfono (COMSAPT), A.C., organismo que promoverá, desarrollará y asesorará todas las actividades relacionadas con este sistema, con el fin de mejorar y sistematizar un servicio que favorece a las personas con problemas emocionales que requieren ayuda.

El servicio se puso en marcha durante tres meses a partir de los sismos de 1985, para asistir a las personas dañadas psicológicamente en esos momentos; se suspendió con la finalidad de reestructurarlo y evaluar sus resultados; posteriormente se convocó, en abril de 1986, a pasantes de la carrera de psicología y se integraron al SAPT 28 voluntarios, quienes fueron capacitados y participaron, junto con personal especializado, en el

peñada, que tuvo como tema general La planificación y proceso político.

DURANTE LA CLAUSURA de la XXIV Semana académica cultural de medicina del deporte, el director de la Facultad de Medicina, doctor Fernando Cano Valle, señaló que esta dependencia seguirá apoyando esa especialidad, instituida como materia optativa desde 1968; para ello, se estimulará a los estudiantes para que participen activamente con el Departamento de actividades Deportivas. Asimismo, agradeció al doctor Juan González Zavala, promotor del deporte universitario, su labor en el área. □

COMSAPT.
Organismo para
mejorar los servicios
a personas con
problemas emocionales.



diseño de un manual de procedimientos y una cédula de registro. Al final del entrenamiento de estos jóvenes, a quienes se les debe gran parte de la sobrevivencia del servicio, se reabre el SAPT el 1o. de julio de 1987 y empieza nuevamente a ofrecer ayuda psicológica hasta la fecha.

Explicó lo anterior el doctor Federico Punte, profesor de la FP, recién nombrado presidente del COMSAPT y principal promotor y creador de este servicio, en la primera sesión del Comité, que se llevó a cabo en el Aula María Luisa Morales de la FP.

El SAPT, subrayó, ya ha presentado los resultados surgidos de su experiencia en el Congreso Mundial de la Salud Mental que tuvo lugar en El Cairo, Egipto, y recientemente ante el gobierno federal de Venezuela, y se ha logrado difundir sus trabajos a nivel internacional en el boletín de la FMSM.

A partir de la instalación de este comité, concluyó el doctor Punte, se buscará ampliar y mejorar el servicio al público; además se compartirá la experiencia de connotados pioneros y promotores de la salud mental y jóvenes egresados de la FP, no sólo con el resto del país, sino con todos los países latinoamericanos y en vías de desarrollo que lo soliciten.

En esta primera sesión se leyó el estatuto constitutivo del COMSAPT, A.C., en el cual se observa que este comité tendrá una vida de 99 años a

partir de su creación; también se señala que tiene, dentro de sus objetivos básicos: promover y coordinar con las entidades de gobierno, asociaciones profesionales y no profesionales y organismos de la Iniciativa privada, el desarrollo de programas y actividades encaminadas a establecer sistemas de apoyo psicológico por teléfono; desarrollar programas educativos, como ciclos de conferencias y programas audiovisuales; realizar publicaciones de divulgación que sean de fácil acceso para la población de nuestro país sobre la conveniencia que tiene para el individuo, la pareja y la familia este servicio; efectuar nuevas actividades científicas, congresos, reuniones nacionales e internacionales, en forma independiente o conjunta con otras organizaciones nacionales o extranjeras para favorecer el intercambio de experiencias y conocimientos entre los diferentes profesionales especialistas en estos sistemas.

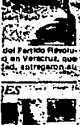
Para cualquier persona con problemas de depresión, angustia, soledad, stress, nerviosismo o problemas en sus relaciones, que viva en el Distrito Federal, en el Area Metropolitana o en provincia, puede comunicarse para recibir apoyo psicológico al teléfono 550-50-17, en los horarios: lunes a viernes de 18:00 a 24:00 horas; sábados y domingos, de 8:00 a 24:00 horas. ¡Llama si lo necesitas! □

LA CAPITAL [La Jornada]

to del DF El costo de las curaciones: un millón de pesos

Sin castigo, empleada de la PGR que arrolló a una niña

Patricia Salasera Camargo CI Atrol... El costo de las curaciones: un millón de pesos... Sin castigo, empleada de la PGR que arrolló a una niña... El costo de las curaciones: un millón de pesos...



ATENCIÓN A PROBLEMAS EMOCIONALES... (Quóruma) psiquiátrico... Instituto de Acero Psicológico S de RL... Dirección Municipal de Salud Mental

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL... EN AGOSTO ULTIMO LA POLICIA JUDICIAL DEL DISTRITO FEDERAL RECUPERO 1973 VEHICULOS QUE HABIAN BIDO REPORTADOS COMO ROBADOS... LOS INTERESADOS PUEDEN CONSULTAR LAS LISTAS SOBRE LOS MIBIDOS EN CUALQUIERA DE LAS AGENCIAS INVITADAS PARA DEL MINISTERIO PUBLICO...

ayuda a personas con problemas emocionales sistema de apoyo psicológico por teléfono

Abigail Martínez Vidal

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono... El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono... El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono...

colabora por Teléfono sea de buena importancia... El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono... El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono...

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono... El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono... El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono...

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono... El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono... El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono...



Abigail Martínez Vidal y su colaborador durante una llamada por teléfono.

SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO

Facultad de Psicología UNAM — Federación Mundial de Salud Mental

INVITAN AL SIMPOSIO

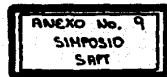
" RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE EN UN SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO (S.A.P.T.) "

PROGRAMA

1. — Bienvenida e Introducción
Dr. Federico Puante Silva
2. — Perfil Sociodemográfico
Hernández Valdez Leticia
3. — Historia Socioeconómica
López Robles Gabriel
Mata Alvarado Tomás
4. — Motivos de Consulta
Bustos Montes de Oca Lucía
Acosta Ramírez Virginia
5. — Examen Mental, por teléfono
Chelios Guzmán Roberto
Miss Martínez Adrian
Viveros García David
6. — Implementación de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada
Martínez Solares Ma. de los Angeles
Buenrostro Buenrostro Ma. de Lourdes
Gómez Franco Juan José
7. — Diagnóstico DSM III
Díaz Aberca Graciela
Guerrero Sánchez Magdalena
Meléndez Camarena Maricela
8. — Diagnóstico ICD 9
Ortiz Fuentes Amalia
Ramírez Solís G. Yolanda
9. — Respuesta del paciente por teléfono
Cervantes Bautista Hilda
Navarro Ortega Eloina
10. — Técnicas Intervención Psicológica
Corón Méndez Sandra
Mancilla Santamaria Ma. Georgina
11. — Comentaristas
Mtra. Asunción Valenzuela
Dr. Julian McGregor
12. — Preguntas
13. — Café

¡Entrada Libre!

Auditorio Edificio "A" Facultad de Psicología
Horario: 10 a. m. — 12 p. m. Viernes 29 de Julio de 1988.



Señala el doctor Rodolfo Barriagán García

Una proeza: el trasplante del corazón.

El doctor Rodolfo Barriagán, subdirector del Hospital de Especialidad del Centro Médico de la Faza y jefe clínico de la división de cirugía cardíaca, ha logrado el primer trasplante de corazón en el país. El paciente, un niño de 11 años, sufrió un infarto de miocardio y fue sometido a una operación de trasplante cardíaco en el Hospital General de México, donde el doctor Barriagán, con el apoyo de un equipo de especialistas de la Academia Nacional de Medicina, realizó el procedimiento. El niño se encuentra en un estado de bienestar y se espera que pueda regresar a su hogar en unos días.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El agosto, el primer aniversario del Quetzacoatl, Ciudad Barroca

Desde finales del siglo pasado los quezacoatlenses han celebrado sus fiestas en honor a Quetzacoatl, dios de la fertilidad y la agricultura. Este año, el 30 de agosto, se conmemora el primer aniversario del Quetzacoatl, Ciudad Barroca. Las fiestas consisten en una serie de actividades culturales y deportivas que se realizan en el parque de la ciudad.

Procura consumo y refuerzos

El doctor Camran Gupta LUNA, jefe de la Unidad de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, recomienda a los mexicanos consumir alimentos saludables y practicar ejercicio físico regularmente. El doctor Gupta LUNA afirma que una dieta equilibrada y un estilo de vida activo son clave para mantener una buena salud.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

Celebró aniversario el Sistema de Apoyo Psicológico

El Sistema de Apoyo Psicológico celebró su primer aniversario el pasado 25 de julio. Este sistema de apoyo psicológico fue creado para brindar asistencia a los pacientes que sufren de enfermedades crónicas. El sistema cuenta con un equipo de psicólogos y enfermeras que brindan apoyo emocional y psicológico a los pacientes.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

El doctor Barriagán afirma que este procedimiento es una proeza médica y que el éxito depende de la habilidad y experiencia de los cirujanos que lo realizan. El trasplante de corazón es una cirugía compleja que requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas. En el Hospital General de México, el doctor Barriagán cuenta con el apoyo de un equipo de cirujanos y enfermeras altamente capacitados.

¿QUE ES EL SAPT?

La Facultad de Psicología de la UNAM, auspiciada por la Federación Mundial de Salud Mental, inició el 1 de julio de 1987 un servicio clínico denominado "Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, SAPT".

¿PARA QUE SIRVE?

Este sistema ofrece ayuda psicológica gratuita, a través del teléfono, a todas aquellas personas con problemas emocionales como depresión, angustia, soledad, stress, nerviosismo, problemas en sus relaciones con los demás, etc.

¿COMO FUNCIONA?

El SAPT está dirigido a la comunidad, en general, principalmente al Distrito Federal y Area Metropolitana, sin descartar las llamadas de provincia. Un grupo de psicólogos terapeutas entrenados y capacitados para este servicio atenderá las llamadas.

La persona afectada habla al SAPT y expone el motivo de su consulta. El terapeuta en turno se identifica y le hace preguntas de carácter general y personal para tener una imagen más precisa de la persona consultante. A través de una serie de llamadas telefónicas el psicólogo empleará una determinada técnica terapéutica, la cual dependerá del tipo de problema y de las características individuales del paciente.

En caso de ser necesario se le puede canalizar a una clínica o institución adecuada.

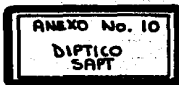
¿EN QUE HORARIO FUNCIONA?

El SAPT funciona todos los días, incluyendo días festivos, en los siguientes horarios.

Lunes a Viernes: 16:00 a 24:00 horas
Sábados y Domingos: 8:00 a 24:00 horas

¿CUAL ES EL TELEFONO?

El número telefónico es fácil de recordar, es el 550-50-17. ¡Llámanos, queremos escucharte!



**SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO
POR TELEFONO
(S.A.P.T.)**



550-50-17

únicamente en el siguiente horario:

Lunes a viernes 16:00 a 24:00 horas
Sábado y Domingo 8:00 a 24:00 horas

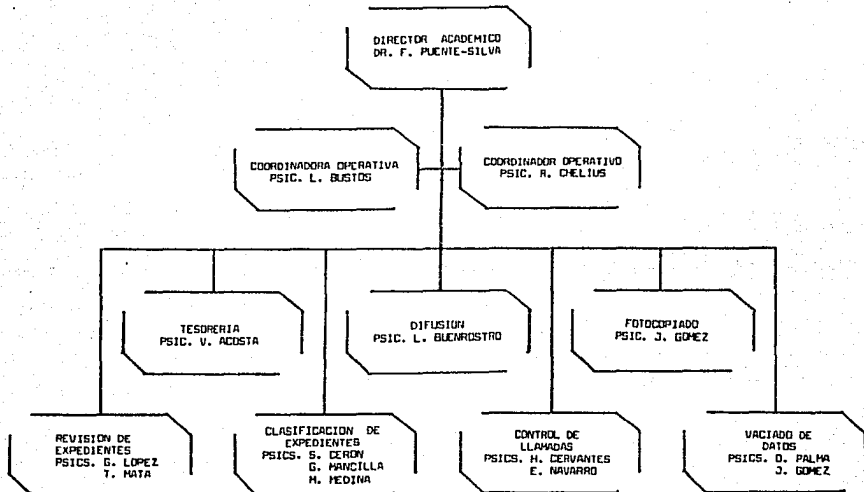
FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM

Y

**FEDERACION MUNDIAL DE LA
SALUD MENTAL**



a) ORGANIGRAMA



b) GUARDIAS

					S. CERON G. SANTAMARIA H. MEDINA	S. CERON G. SANTAMARIA H. MEDINA	8-12	
					G. DIAZ M. GUERRERO H. MELENDEZ	A. ORTIZ Y. RAMIREZ	12-16	
16-20	A. GAYTAN L. HERNANDEZ D. PALMA	E. BURELA H. CERVANTES E. NAVARRO	A. GAYTAN L. HERNANDEZ D. PALMA	E. BURELA H. CERVANTES E. NAVARRO	L. BUENAROSTRO J. GOMEZ A. MARTINEZ	G. LOPEZ T. MATA H. RAMIREZ	L. BUENAROSTRO J. GOMEZ A. MARTINEZ	16-20
20-24	R. CHELIUS A. MIS D. VIVEROS	R. CHELIUS A. MIS D. VIVEROS	V. ACOSTA L. BUSTOS	G. LOPEZ T. MATA H. RAMIREZ	V. ACOSTA L. BUSTOS	A. ORTIZ Y. RAMIREZ	G. DIAZ M. GUERRERO H. MELENDEZ	20-24
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	

CLASIFICACION DE MOTIVOS DE CONSULTA

FASE A

Categoría

1	Abandonados	43	Concentración disminuida
2	Abandono hogar indecisión	44	Confusión identidad sexual
3	Abandono sensación	45	Corazón preocupación
4	Aborto indecisión	46	Crítica sensación
5	Aburrimiento	47	Crítica tímida
6	Acné pena por	48	Cuerpo apeleado sensación
7	Afecto carencia de ser	49	Cuerpo dolor general
8	Agredido sensación de ser	50	Culpo sentimiento de
9	Agresividad	51	Choque onofláctico
10	Aislamiento	52	Daño sensación
11	Alcoholismo	53	Debilidad de carácter
12	Ambición	54	Debilidad física
13	Ambivalencia	55	Decaldo
14	Amnesia	56	Decepcionado
15	Angustia	57	Depresión
16	Apetía	58	Dermatitis
17	Apetito mucho	59	Desadaptado
18	Apoyo necesidad de	60	Desánimo
19	Aprovecharse de ella sensación	61	Desazón
20	Artritis bulsdorsal	62	Desconfianza
21	Asalto temor	63	Desempleo
22	Atención personal	64	Desesperación
23	Autodevaluada	65	Desgano
24	Automedicación	66	Desilusionada
25	Baja de peso	67	Desinterés
26	Bisexual intranquilo	68	Desmayos
27	Boca estómago dolor	69	Desnuda con la mirada
28	Bronquios enfermedad	70	Desolada
29	Burla sensación	71	Desorganizado
30	Cabello caída del	72	Desorientada
31	Cabeza dolor	73	Desorientación en tiempo
32	Calificaciones problema	74	Desorientación vocacional
33	Calmanes deseo de	75	Despersonalización
34	Calmanes ingesta de	76	Desubicada
35	Cambios constelación familiar	77	Devaluado por otros
36	Cáncer preocupación	78	Diabetes
37	Censencia	79	Diarrea
38	Ceguera	80	Divorcio problemas
39	Cerebro dolor	81	Dolor precordial
40	Cleptomanía	82	Drogadicción
41	Compañía falta de	83	Económica ayuda
42	Comunicación problemas	84	Económico problema

85	Embarazo no aceptado por esposa	130	Hipocondría
86	Embolla	131	Histérica
87	Emocional problema	132	Hombre relación problemática con
88	Enamorado miedo a	133	Homosexual experiencia de
89	Energía falta de	134	Homosexual autodevaluado
90	Enfermedades múltiples	135	Homosexual relación probable
91	Enfermedad progresiva preocupación	136	Homosexual tendencia problemática
92	Enojo	137	Ignorado
93	Envidia	138	Impotencia
94	Epiépticos ataques	139	Impotencia sentimiento de
95	Escuela problema	140	Impulsividad
96	Esposa celosa	141	Inactividad
97	Esposa enferma	142	Impotencia
98	Esposa golpeada	143	Incomprendida
99	Esposa infiel	144	Inconfianza
100	Esposa posesiva	145	Indecisión vocacional
101	Esposo alcohólico	146	Inestabilidad
102	Esposo celoso	147	Infección intestinal preocupación
103	Esposo contagiado por enfermedad venérea	148	Infelicidad
104	Esposo devaluado	149	Inferioridad compleja
105	Esposo enfermo	150	Inquietud
106	Esposo golpeador	151	Inatisfacción
107	Esposo infiel	152	Inseguridad
108	Esposo irritable	153	Ingenio
109	Estómago dolor	154	Intestinos irritación
110	Estorbo sensación	155	Intranquilidad
111	Estreñimiento	156	Invidente
112	Estrés	157	Irritabilidad
113	Extracción muela floja	158	Laborales problemas
114	Familia problemas	159	Legales problemas
115	Frigidez	160	Lugar cerrado incomodidad
116	Fertilidad problemas	161	Lugar conglomerado incomodidad
117	Feslidad	162	Lento
118	Frustración	163	Llorar ganas
119	Garganta dolor	164	Madre enfermedad
120	Garraspara nervicos	165	Madre problemas
121	Gay problemas	166	Magia negra miedo a
122	Gente temor a	167	Mal dormir
123	Groserías a Dios	168	Mal humor
124	Hablar necesidad	169	Manejar miedo a
125	Hermana problemas	170	Merece
126	Herpes genital	171	Masquinta
127	Hijos adolescentes problema	172	Matrimonio indecisión
128	Hijos adultos problema	173	Medicamentos quiere dejar
129	Hijos niños problema	174	Miedo

175	Miedo a todo	220	Salud preocupación
176	Miembros dormidos sensación	221	Seguridad necesidad de
177	Migraña	222	Sensible
178	Minusvalía	223	Separación
179	Minusválido problemas	224	Ser escuchado
180	Morir deseo de	225	Sexuales problemas
181	Morir miedo a	226	Shock nervioso
182	Morirna sensación	227	SIDA detectado
183	Motivación falta de	228	SIDA miedo al
184	Movimiento dificultad de	229	Sin pareja
185	Mujer relación problemática con	230	Sobrepeso preocupación
186	Mundo en su contra	231	Soledad
187	Negatividad	232	Soledad miedo a
188	Nerviosismo	233	Sorambulismo
189	Neurosis	234	Sufocación
190	Nieta problemas	235	Suavru problemas
191	Nostalgia	236	Suicidio intento de
192	Noviazgos poca duración	237	Talantismo
193	Observado sensación de aer	238	Taquicardia
194	Obsesiva	239	Teléfono de Mario Moreno
195	Ojos problemas	240	Tembler
196	Orinar doloroso	241	Tembler temor
197	Padre cáncer	242	Temor
198	Padre problemas	243	Temores varios
199	Padres problemas	244	Tensión
200	Pareja problemas	245	Thiner inhalación
201	Pero cardíaco preocupación	246	Timidez
202	Pesadillas	247	Tiroides enferma de
203	Peñalista	248	Treintena sensación de aer
204	Pierna fractura	249	Trasvesti guato
205	Piernas dolor	250	Trasvesti preocupación
206	Platicar ganas	251	Tristeza
207	Premociones	252	Utilizada sensación de aer
208	Preocupación	253	Vacío sensación
209	Presión arterial problemas	254	Vacino problemas
210	Palcoenálisis	255	Vejez miedo a
211	Quijadas dolor	256	Vida monótona
212	Rechazo sensación	257	Vida sin alegría
213	Reconciliación duda	258	Vida sin sentido
214	Reflexionar ayuda pere	259	Violación intento del cuñado
215	Relaciones interpersonales problema	260	Violación intento del esposo a hermano
216	Remeguda	261	Violación intento del padrastro a hermano
217	Rotar miedo a	262	Violación intento del padre
218	Ruido molesto al	263	Voluntario deseo de aer
219	Salir temor a	264	Volverse loco

CLASIFICACION DE MOTIVOS DE CONSULTA

FASE B

Categoría

- 1 Problemas Resultado de la Interacción y/o Situación con Familiares
- 2 Problemas de Relación Conyugal o de Pareja
- 3 Problemas Relacionados con la Separación o Divorcio
- 4 Problemas por Enfermedad Emocional y/o Física de un Familiar
- 5 Sintomatología Asociada a la Depresión incluyendo Intento de Suicidio
- 6 Problemas Asociados con la Concentración, Atención y Memoria
- 7 Problemas Asociados a la Ansiedad
- 8 Temores Específicos incluyendo Fobias y Cusafobias
- 9 Problemas Asociados a la Hipersensibilidad
- 10 Problemas Obsesivo-Compulsivos
- 11 Deficiencia en el Repertorio de Interacción Social
- 12 Problemas Relacionados con la Agresividad
- 13 Problemas Relacionados con el Funcionamiento del Organismo y/o Enfermedades Físicas
- 14 Problemas Asociados al Consumo de Medicamentos
- 15 Problemas Asociados con el Ciclo del Sueño excluyendo los Relacionados al Insomnio
- 16 Disfunciones Psicosexuales
- 17 Problemas de Identidad Sexual
- 18 Problemas Asociados con la Fertilidad e Infertilidad incluyendo Aborto
- 19 Problemas Asociados al Incesto incluyendo Intento de Violación
- 20 Miedo al Contagio y/o Presencia de Enfermedades Venéreas incluyendo SIDA
- 21 Problemas de Desviación Sexual
- 22 Problemas Económicos, Laborales y Escolares
- 23 Problemas Legales
- 24 Solicitud Expresa de Apoyo Psicológico por Teléfono
- 25 Problemas Asociados con el Consumo del Alcohol
- 26 Problemas Asociados a la Drogadicción incluyendo Tabaquismo
- 27 Información sobre Servicios de Psicoterapia incluyendo Educación Especial
- 28 Otros

CLASIFICACION DE MOTIVOS DE CONSULTA

FASE C

Categoría

- 1 Problemas Relacionados con la Estructura Familiar
- 2 Problemas Relacionados con la Depresión
- 3 Problemas Relacionados con la Angustia
- 4 Deficiencia en el Repertorio de Interacción Social
- 5 Problemas Relacionados con el Funcionamiento del Organismo
- 6 Problemas Relacionados con la Esfera Sexual, Genital y Reproductiva
- 7 Problemas Económicos, Escolares, Laborales y Legales
- 8 Solicitud Expresa de Apoyo Psicológico por Teléfono
- 9 Problemas Relacionados con Alcoholismo y Farmacodependencia
- 10 Información sobre Servicios de Psicoterapia incluyendo Educación Especial
- 11 Otros