

87



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA *Sejour*

"MANUAL PARA USO INTERNO DE SAPTEL"

(MATERIAL DE APOYO AL TERAPEUTA),

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

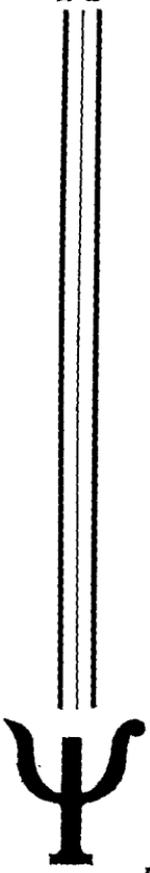
LIC. EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

**GARCIA GARCIA LUIS RAFAEL
JIMENEZ MORAN OVIEDO LUCIA MARCELA**

DIRECTOR DE TESIS

DR. JULIAN MACGREGOR Y SANCHEZ NAVARRO



JULIO DE 1995.

FALLA DE ORIGEN



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.

MUY EN PARTICULAR AGRADECEMOS LA COLABORACION
APOYO Y CONOCIMIENTOS QUE BRINDARON EN LA DI-
RECCION Y REALIZACION DE LA TESIS A LOS PROFE
SORES:

DR. JULIAN MACGREGOR Y SANCHEZ NAVARRO
DR. FEDERICO G. PUENTE SILVA
DRA. ROSARIO MUÑOZ CABADA
LIC. MAGDALENA VARELA MACEDO
LIC. GLORIA CAREAGA PEREZ

MUCHAS GRACIAS, CON CARÍÑO Y RESPETO.

LUCIA Y LUIS

Indice

| | página |
|--|---------------|
| INTRODUCCION | 1 |
| OJETIVOS | 3 |
| I ANTECEDENTES DEL SURGIMIENTO DE SAPTEL | 5 |
| - En otros países | |
| - En México | |
| - Servicios de emergencia | |
| - Servicios de salud mental | |
| II IMPORTANCIA DEL FUNCIONAMIENTO DE SAPTEL EN MEXICO | 9 |
| - Importancia social del funcionamiento | |
| - Trastornos emocionales que propicia la sobrepoblación | |
| - Justificación del funcionamiento de Saptel | |

**III TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA -
INTERVENCION EN CRISIS 15**

- Algunas generalidades
- Antecedentes de la crisis
- Influencias teóricas
- Formas de prevención
- El momento propicio de la crisis
- Características: alcances y limitaciones

**IV EXPERIENCIA COMO PRESTADORES
DEL SERVICIO DE SAPT 27**

- Experiencia durante la segunda etapa
- Importancia de la elaboración del manual
- Justificación a la elaboración del manual

V CONTENIDO DEL MANUAL 32

1 Rapport 33

- Comprensión integral del problema del paciente
- Criterios para establecer el rapport

**2 Comunicación - terapeuta paciente
via telefónica 38**

- Importancia de la voz y las palabras
- Dos opciones cuando surgen contradicciones
- El proceso de la entrevista

**3 Sintomatología y diagnóstico de la depresión -
manejo del paciente por teléfono 43**

- Dos formas de conceptualizarla -
Disfuncional y funcional
- Tipología
- Características
- Sintomatología

**4 Técnicas de intervención terapéuticas
aplicables via telefónica 56**

- Técnica de control de stress
- Toma de conciencia
- Relajación progresiva
- Relajación de músculos
- Manejo del paciente deprimido
- Rechazo de ideas irracionales
- Terapia emotiva - racional

- Ejemplos
- Ideas irracionales
- Entrenamiento asertivo
- Suposiciones tradicionales erróneas
- Identificación de conductas
- Desensibilización sistemática

5 Ansiedad y Angustia

78

- Miedo - Angustia
- Ansiedad y Angustia
- Angustia normal - Angustia patológica
- Tipología
- Manifestaciones
- Sintomatología

6 Etiología y tratamiento del paciente suicida

86

- Antecedentes
- Identificación de pacientes de alto riesgo
- Tentativas suicidas
- Un punto de vista sociológico
- Un punto de vista psicoanalítico
- Tratamiento preventivo
- Indicadores de conducta suicida

7 Tópicos referentes a la sexualidad - conceptos básicos

101

- Eyaculación precoz
- Eyaculación retardada
- Impotencia
- Disfunción orgásmica femenina
- Vaginismo
- Frigidez - Anorgasmia - Preorgasmia
- Dispareunia
- Información al niño
- Información al adolescente

| | |
|---|------------|
| 8 Clasificación de psicofármacos - cuadro sinóptico | 119 |
| 9 Criterios de canalización - Sugerencias al terapeuta de saptel | 123 |
| COMENTARIOS Y CONCLUSIONES | 129 |
| BIBLIOGRAFIA | 136 |

GARCIA GARCIA LUIS RAFAEL - JIMENEZ MORAN OVIEDO LUCIA MARCELA

MANUAL PARA USO INTERNO DE SAPTEL, (SISTEMA DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELEFONO) - MATERIAL DE APOYO AL TERAPEUTA.

INTRODUCCION

Cabe aclarar que la información que contiene el presente manual puede emplearla cualquier terapeuta de la salud mental, sin embargo, por la manera en la que se ha estructurado, está dirigido principalmente al terapeuta que brinda su apoyo *vía telefónica*. Los medios de comunicación han tenido un gran avance, y el hombre los ha utilizado para diferentes funciones; el medio de comunicación que nos interesa por su accesibilidad funcionalidad y economía es el teléfono, que ha sido indispensable en el acortamiento de distancias para diversos fines.

El presente trabajo tiene como finalidad abarcar aspectos generales estructurando un manual, en el que se contemplen conocimientos como: antecedentes del surgimiento de SAPTEL en México, tomando en cuenta que en otros países ya se han llevado a cabo diversos programas en servicios de salud mental. Esclarecer lo vital que es el funcionamiento permanente de este servicio, a partir de los trastornos emocionales que propicia la sobrepoblación y su repercusión social. Exponer características contenidas en la terapia breve y de emergencia; el papel que juega la intervención en crisis así como sus alcances y limitaciones.

La inquietud surge de nuestra experiencia clínica adquirida durante la realización del servicio social, lo cual nos provoca la necesidad objetiva de contar con una herramienta que contemple algunos de los aspectos técnicos más importantes y útiles para el terapeuta; entre los que consideramos esenciales, localizamos los siguientes puntos:

El manual contiene pasos a seguir para establecer un buen Rapport, fundamental e indispensable para el manejo del paciente incluyendo la eficacia de contar con una buena comunicación terapeuta paciente, así como la importancia de la voz y las palabras.

Para una buena intervención terapéutica es preciso la manipulación de varias técnicas de control emocional, por lo que proporcionamos algunas de ellas para la comunicación por teléfono como: la relajación, ejercicios de respiración, auto control, desensibilización sistemática o aproximación sucesiva, terapia emotivo racional, entrenamiento asertivo, entre otras; además el ejercicio de estas técnicas también ayudan al tratamiento parcial de la angustia y la ansiedad e igualmente son útiles en las depresiones, corroborándose en esta última su sintomatología y diagnóstico. Se realizan algunas recomendaciones que el terapeuta puede considerar para evitar cometer algunos errores; se abarca una gama concreta y precisa en conceptos básicos útiles para contestar dudas referentes a la sexualidad. Se espera que el terapeuta maneje aspectos que muestra el paciente con conducta suicida atendiendo, aclarando, sugiriendo, informando o igualmente canalizando en caso de ser necesario. De la misma manera es preciso que el terapeuta cuente con la información mínima referente a los psicofármacos, así como su clasificación, generalidades y acción para ubicación de los mismos, incluyendo algunas recomendaciones para el manejo de este tema.

En otro sentido cada paciente sabemos que requiere de un trato diferente, en ocasiones será suficiente con los principios de la terapia breve y de emergencia y en otras será preciso motivarlo a que asista a terapia cara a cara proporcionándole algunas opciones y criterios en cuanto a la canalización; se brindan sugerencias al terapeuta en el

tratamiento telefónico.

Los objetivos del presente manual se cubren a partir del desarrollo de diversos tópicos, cuyo propósito es apoyar al terapeuta en su trabajo, contando con la información pertinente para hacer frente a la evaluación profesional a la que se expone; haciéndose más práctico y activo, utilizando el sentido común en situaciones que por sí mismas ya son de importancia. En si, se trata de agilizar la labor de apoyo al paciente, con la intención de que se encuentre capacitado para resolver los problemas que abarcan todas las crisis de la vida moderna, desde contestar preguntas sencillas y complejas, hasta la reducción y prevención máxima de futuros trastornos emocionales y conductuales. Tomando en cuenta que su labor también consiste en orientar, e informar, el terapeuta no debe perder de vista que la terapia es de apoyo, no de psicoterapia profunda.

Con lo anteriormente citado y desde nuestro particular punto de vista, en el presente trabajo planteamos un cuestionamiento referente a: **demostrar la utilidad del manual a partir de dar respuesta a dudas que generalmente surgen durante la práctica de los terapeutas de SAPTEL en la asistencia por teléfono**; codensando puntos generales y esenciales derivados de nuestra experiencia, los cuales de alguna manera ayudan a promover y a acrecentar la creación de herramientas dentro del arduo trabajo que tiene por recorrer la psicología en cuanto a la creación de servicios de salud mental; y muy en singular en cuanto al uso del teléfono como medio de comunicación en la asistencia psicológica a pacientes que lo soliciten; para lo cual se cubren los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

- a) Elaboración de un manual para uso interno del terapeuta de SAPTEL.
- b) Utilización del manual como material de apoyo al terapeuta de SAPTEL .
- c) Analizar la importancia de contar con un servicio de apoyo psicológico por teléfono en la ciudad de México, D.F..

- d) Analizar alcances y limitaciones de la terapia breve y de emergencia.
- e) Justificar la importancia de contar con un manual como auxiliar al terapeuta .
- f) Análisis del contenido del manual.
- g) Contextualizar al terapeuta de la trayectoria de SAPTEL.
- h) Manejo de información para proporcionar un mejor servicio al solicitante.
- i) Manejo de diferentes técnicas de intervención terapéutica .
- j) Conceptualizar diferentes tópicos en el manejo del paciente vía telefónica.

CAPITULO I

ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO.

La intervención en crisis se remonta a trabajos de Eric Lindermann y colaboradores siguiendo los hechos ocurridos en el Centro Nocturno Coconut Grove en Boston, el 28 de noviembre de 1942 en donde perecieron 493 personas cuando las llamas cubrieron a la multitud. Lindermann y colaboradores del Massachusetts General Hospital desempeñaron un papel activo en la ayuda de sobrevivientes llevando acabo teorizaciones sobre el proceso de duelo, una serie de etapas en donde el progreso del doliente equivale a resolver y a aceptar la pérdida. Lindermann llegó a creer que el clero y otros sistemas comunitarios podrían tener un papel importante en la ayuda a la gente desolada durante el proceso de duelo, de modo que vencieran dificultades psicológicas posteriores. Este concepto fué explotado ampliamente con el establecimiento de Wellesley Human Relations Service (Boston) en 1948, uno de los primeros centros comunitarios de la salud mental por su notable interés en la terapia breve en el contexto de la psiquiatría preventiva. Formulándose primero el significado de la crisis en la vida de adultos psicopatológicos. Una investigación en la historia de pacientes con psicopatología muestra que durante ciertos períodos de crisis el individuo parece enfrentar sus problemas de una manera inadecuada debido a una falla en la adaptación, observándose que surge un deterioro en la salud antes de la crisis (Caplan, 1964).

Actualmente en los Estados Unidos existen más de doscientos centros organizados funcionando en la prevención del suicidio, el primero se estableció en los Angeles en 1958, sus fundadores fueron L. Farberow y Edwin S. Shneidman, quienes se encargaron de cubrir la gran necesidad que presentaba esta ciudad. Ellos elaboraron varios procedimientos de intervención terapéuticos para tratamiento de llamadas con comportamiento suicida, fué Farberow quien enunció cinco etapas de apoyo para llamadas que pudieran presentarse, basándose en los informes de los centros de ayuda

de prevención de suicidio en los cuales laboraba.

En el año de 1960 el movimiento de prevención para suicidas creció rápidamente en E.U. los cuales basaron su trabajo sobre la teoría de la crisis de Caplan. Aunado a ésto se abrieron varios centros, (Los Angeles, Buffalo) proporcionando servicio las 24 hrs. del día los 365 días del año por línea telefónica directa en prevención a suicidas, ésto se llevó a cabo en un inicio; posteriormente cambió a una intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis, con la misma idea de asesorar día y noche. Se dieron cuenta que era el momento pertinente para desarrollar técnicas adecuadas solo para la intervención en crisis por teléfono, (Fowler y Mc Gee, 1973; Knickerbaker y Mc Gee, 1972; Slaikou, Lester, Tufkin y Speer 1975). Dichos autores también se basan en los trabajos de Caplan.

La idea fué comprender la desorganización grave y perturbación en términos de la teoría de la crisis en todos los casos; en las crisis de suicidio, divorcio, desempleo, violencia conyugal, rebeldía adolescente, etc.. Se crearon al mismo tiempo centros de urgencia en los movimientos comunitarios de la salud mental en E.U.A. Como medida para implementar las recomendaciones del U.S. Congress Joint Commission of Mental Illness and Heaft, 1961, el congreso aprobó el Community Mental Heaft Centers Act. en 1963.

Como se muestra los programas de intervención en crisis se desarrollaron generalmente en los años de 1960 a 1970, surgiendo literatura sobre la intervención en crisis en revistas de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social. Se publicaron trabajos sobre como ayudar a individuos y familias en crisis, tales como: Crisis Intervention y Journal off Life Threatening Behavior y libros sobre que hacer en la intervención en crisis. (Aguilera, Messick, Farrell, Crow y otros). La atención se dirige hacia los programas de evaluación para los centros de crisis. (Mc. Gee, Heaton, Ashton entre otros).

Por otra parte se fueron realizando diversos manuales entre los que podemos encontrar el manual de entrenamiento para los trabajadores de servicios humanos en desastres

mayores; un suplemento de éste fue realizado en el año de 1979 por ser el año internacional del niño, y se tituló Manual para los Trabajadores de la Salud del niño en desastres mayores poniéndole particular interés al infante. Tomando en cuenta que los niños requieren atención especializada, estos manuales han desempeñado un papel importante en lo referente a servicios de emergencia.

Posteriormente la intervención en crisis se valoró más por su tratamiento a corto plazo, Cummings y colaboradores en California demuestran la eficacia en cuanto al costo de la psicoterapia a corto plazo con promedio de 6 a 7 sesiones aproximadamente en un plan de salud en 1977. Es cuando se afirma que la intervención en crisis desempeña un papel importante en los servicios de salud completa.

En la actualidad y desde hace ya varios años, dentro de la gran variedad de servicios de emergencia se encuentran aquellos centros en donde se reciben llamadas de personas solicitando ayuda policiaca para prevenir ataques de cualquier índole o para pedir auxilio ante accidentes caseros o públicos; existiendo una variación en cuanto al uso del teléfono, siendo común que en estos servicios se trabaje con el factor emocional.

Desde hace algunos años, en algunos países como Estados Unidos se imparte instrucción escolar obligatoria sobre qué hacer y a quién acudir en situaciones de urgencia, a qué números pueden comunicarse en caso de intoxicación, robo, accidentes, etc., o cualquier circunstancia en la que peligre la integridad física del individuo lo que ha dado buen resultado, sin embargo los padecimientos emocionales son importantes y no se les ha prestado la debida consideración.

Lo anterior se corrobora dado que se han realizado numerosas investigaciones en donde se ha tomado en cuenta y se ha prestado mayor interés a desastres mayores como terremotos, huracanes, maremotos, tornados etc., efectuándose planes de acción y trabajo comunal en las medidas a tomar cuando suceden éstos. Sin embargo pocas veces se ha tomado en cuenta que también existen factores precipitantes al desequilibrio del individuo en situaciones de stress, angustia, ansiedad en vida cotidiana, sin que existan fenómenos naturales o artificiales como antecedentes.

Cabe señalar que se han realizado programas en el extranjero de ayuda psicológica principalmente en Estados Unidos en prevención al suicidio, manuales de entrenamiento para trabajadores de servicios humanos en desastres mayores; estos servicios se ocupan de problemas emocionales cuando el individuo pierde equilibrio en su entorno familiar y social.

Un acontecimiento que vino a alterar condiciones físicas, económicas y emocionales de la población mexicana fué el terremoto que sacudió al Distrito Federal y al Estado de México los días 19 y 20 de septiembre de 1985; provocando grandes pérdidas humanas por lo que la ciudadanía entra en crisis y presenta trastornos emocionales debidos a la pérdida de familiares, bienes materiales e integridad física; es entonces cuando son necesarios en gran escala los servicios de emergencia y es el momento oportuno para proporcionar apoyo psicológico por teléfono para quien lo solicite. El Dr. Federico Puente y Vicente García son quienes ponen en marcha el SAPT, (Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono) con la colaboración de pasantes, estudiantes de posgrado, maestría, doctorado, de la facultad de psicología de la UNAM; basaron el funcionamiento en programas de ayuda psicológica por teléfono realizados en el extranjero, principalmente en Estados Unidos con su Hot line, el cual comienza a trabajar desde 1950.

SAPT cuenta con una trayectoria bastante larga, que se contempla en el capítulo IV. Después de varias etapas como intentos y pasados 8 años, se instala de manera permanente el proyecto SAPT insertándose en la Cruz Roja Mexicana en octubre de 1992 a cargo del Dr. Federico Puente S. y el Sr. Barroso Chávez director general de Cruz Roja Mexicana en cooperación de varios psicólogos pasantes de la carrera de psicología, pasando a ser SAPTEL; además con el proyecto se obtiene la oportunidad de cubrir el servicio social para varios estudiantes de la carrera de psicología

CAPITULO II

NECESIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE SAPTEL EN MEXICO

Hoy en día, la contaminación preocupa a la humanidad pues va a la par del crecimiento demográfico. En 1770 la población del mundo apenas era de 700 millones de habitantes; en 1978 alcanzó los 4000 millones, y para el año 2000 se calcula una población de 7000 millones. De ésta manera el hombre va deteriorando su medio ambiente junto con su calidad de vida. Por lo que es válido suponer que los aspectos psicológicos se vean detriorados junto con los físicos, por lo que su salud mental también se ve afectada por el medio ambiente inapropiado en que se desenvuelve.

Actualmente existen problemas de tránsito. En un principio se crearon trazos viales caracterizados por cuadraturas a base de calles estrechas adecuadas para ese tiempo ya que transitaban carruajes, lo cual funcionó hasta principios de siglo, actualmente el trazo no es el más indicado y con el crecimiento acelerado de la población la ciudad se ha visto en la necesidad de crecer tanto horizontal como verticalmente; con el desarrollo de la tecnología automovilística, la ampliación de la ciudad en general, las distancias tan grandes por recorrer obligando a reducir horas de descanso; se ha incrementado la cantidad de automóviles y el uso de ellos, lo que en consecuencia hace que sus habitantes vivan en un medio que facilita innumerables accidentes, ocurriendo pérdidas humanas y económicas; a ello se suma la circulación lenta, problemas de estacionamiento, contaminación ambiental, ruido de claxons y motores, factores que corroboran la insidencia sobre problemas emocionales en el Distrito Federal, desarrollando: tensión nerviosa, angustia, depresión, stress, miedos, fobias, un alto riesgo suicida, etc. provocando daños sobre la salud mental.

Como se ve, existen numerosos factores que propician el desequilibrio del ser humano; ya mencionada, la contaminación atmosférica que predomina en el Disatrito Federal,

el cual se ve afectado por sustancias que pueden ser compuestos naturales o productos químicos que permanecen en el aire en forma de gases, los cuales son provocados por el exceso de circulación de automóviles, camionetas, transporte urbano en general, por industrias, talleres, por la quema de desechos al aire libre, etc. aunado a ésto los vientos levantando polvo y tierra vienen a perjudicar más el aire que respira el individuo; dañándolo.

Por otra parte y de manera más general, nuestro país se enfrenta con un proceso de modernización dentro del cual se realizan cambios estructurales, tanto de formación de nuevos preceptos como de cambios económicos y administrativos, los cuales han fundamentado y propiciado en gran parte de la desorganización social de nuestro país. El tratar de abatir la inflación, golpea continuamente a la familia; la dura competencia comercial que existe con la finalidad de promover el trabajo, propone actualmente el tratado de Libre Comercio en América del Norte, tratado que apenas entró en vigencia el primero de enero de 1994.

A la par de la situación, entra también en vigor la ley de responsabilidades de servidores públicos, en apoyo a la ciudadanía. Se abren nuevos centros que se encargan de recibir denuncias de servidores públicos, (control ciudadano) para la vigilancia de servidores y asuntos públicos; se encuentra que la gente participa cada día más, y actualmente ya realiza sus denuncias perdiendo cada vez más el miedo.

Dentro del proceso de modernización se trabaja sobre programas como Procampo, Solidaridad, la Federación de la Educación, entre otros. Se brinda más apoyo en cuanto a derechos humanos, y se le da el rango de constitucionalidad con la finalidad de respetarlos, participando más los individuos; al parecer queriendo fomentar y hacer crecer la cultura hacia lo que son los derechos humanos entre los que participan se encuentran: trabajadores, reclusos, minusválidos, indígenas, etc. extendiéndose hacia el campo, en fin, todos estos movimientos son dirigidos a la dignidad de los individuos, que los hace tener más conciencia de sus derechos.

Referente a la salud, también se ha ampliado su infraestructura, se han dotado de equipos más sofisticados, de nuevos medicamentos, a manera de fortalecer el servicio médico y su calidad. Se han recategorizado las clínicas, pasando a ser hospitales generales, debido a las demandas de la población.

La gente escucha cada vez más términos que no conoce en su funcionamiento; como lo son la importación, la exportación, el TLC, entre otros; arguyendo que debe ser un país competitivo sin poder realmente avanzar a este ritmo. No estamos preparados para esos cambios bruscos, la gente principalmente por cultura, no cuenta con suficiente preparación para asimilarlos.

Por lo que se observa, últimamente uno de los objetivos primordiales de nuestro país ha sido la modernización encaminada al crecimiento económico, proporcionando los medios suficientes a unos y no a otros. Las reformas sociales pretenden ser más eficientes en atención a las necesidades de los mexicanos, tratando de dar respuesta a las demandas y prioridades sociales; actualmente México cuenta con una gran cantidad de personas desempleadas que al no contar con un ingreso fijo, entran en estado de crisis y depresión, por lo que SAPTEL consideramos, también forma parte de este proceso de modernización pues busca atacar y hacer frente a aquellos conflictos emocionales que presentan una ciudad como la nuestra.

La población continúa creciendo, por lo que es evidente que no se pueden satisfacer todas las necesidades; aunque se pugna por un desarrollo mejor, hay desequilibrio, el crecimiento acelerado no corresponde a lo que se hace, y ésto es en cuanto a educación, salud, bienestar, etc. logros que aunque encaminados al equilibrio y ala transformación no tienen viabilidad, distando mucho de resolver los trastornos que propicia la sobrepoblación. Generando deficiencias que al no emprender acciones preventivas en la salud mental de los individuos, pueden promover el desequilibrio mental individual, y su desorganización respecto a mejores expectativas de vida y en si la crisis, por lo que la sociedad exige que funcionen diversas instituciones para su atención. Creemos que la

psicología podría tener gran resonancia dentro de este proceso de crecimiento y desarrollo. Un buen paso de entre varios, podría darse en la medida que se apoye el programa SAPTEL y su crecimiento.

En otra instancia y de manera más singular, la psiquiatría preventiva de Caplan y su enfoque sobre la intervención en crisis durante las etapas críticas de la vida, resaltan la importancia de la consulta en la salud mental, que promueva un crecimiento positivo y aminore el riesgo de un deterioro psicológico. Muchas de las crisis precoces podrían ser identificadas y pronosticadas, lo que sería muy importante para prevenir y adiestrar a diversos practicantes comunitarios, en como ayudar a niños y jóvenes a manejar sus conflictos, sin que posteriormente se encuentre tanta incidencia de desubicación en adultos, infiltrando y promoviendo la salud mental.

La economía que predomina en México hace necesaria la participación de ambos padres en el sustento de la familia, por lo que cada vez se torna más frecuente la ausencia de la madre a lo largo del crecimiento de los hijos, necesitando orientación y apoyo psicológico, principalmente los jóvenes en su adolescencia tienden a angustiarse más si no disponen de alguien cuando lo necesitan; sabemos que los niños son muy vulnerables en cuanto a la separación de la figura afectiva lo que crea conflictos en el momento, y posteriormente si no se tiene atención inmediata cuando se requiere. La participación en el trabajo y el desapego temprano de los progenitores para salir a ganar el sustento de la familia se torna cada vez más frecuente; resultando difícil la vinculación familiar así como la identificación con aquellas figuras representativas para el individuo y su buen desarrollo psicológico y social.

Es común que se busque buen contacto afectivo, apoyo, comunicación, comprensión, atención, etc., aspectos que al no encontrarlos en la familia facilitan relaciones nocivas dentro de su participación social, involucrándose inconscientemente o conscientemente en conductas tales como el consumo de drogas: el tabaco, alcohol marihuana, tóxicos, barbitúricos, etc. por lo que es factible la presencia de conductas patológicas, derivando en asalto, robo, violación, desviaciones sexuales, hasta las más graves, homicidio, suicidio; trastornos que no son más que el resultado de una ciudad sobrepoblada, por lo que su conducta se ve alterada desde sus diferentes matices.

Chombart de Lawe menciona que: "la imposibilidad en que se encuentra un habitante de una gran ciudad de situarse en un espacio concreto no es una de las menores causas de desequilibrio de nuestra sociedad".

La teoría de Durkheim sobre la anomia nos proporciona un ejemplo de la no extensibilidad o extensibilidad de los papeles que juega el individuo: "estos no pueden absorber mas que una pequeña parte de la personalidad, por lo que el sistema de la personalidad resulta entonces bloqueado, y éste repercute sobre la salud mental de los individuos".

En diversos estudios se ha advertido que el número de enfermos mentales es mas elevado en las grandes ciudades que en el campo. Existe mas oposición entre las relaciones afectivas personalizadas o íntimas en el campo y las relaciones impersonales, casi puramente contractuales en las grandes ciudades; oposición entre la organización tradicional, viva y orgánica de un lado y mecanización de los contactos humanos a la anomia del otro, desaparición en la gran ciudad de la familia y el control pueblerino; en la ciudad aumento de las tensiones y la lucha por la vida, aislamiento de los individuos, un constante anonimato social. (Bastid Roger).

Tomando en cuenta que en la actualidad la ciudad de México D.F. se considera como una de las más pobladas del mundo, (20 millones de habitantes aproximadamente) se facilita el incremento de estrés, neurosis y otros trastornos de tipo emocional y conductual, siendo evidente su incidencia sobre los roles y las relaciones interpersonales. Es un hecho que gran parte de los conflictos que presenta el individuo de la gran ciudad se derivan de factores que determinan su subsistencia. La incierta economía que predomina en nuestro país da pie a una competencia entre los hombres y sus actos por ocupar un empleo, un puesto estatus, cariño, etc. algo que le brinde seguridad económica y emocional, convirtiendo ésto en su constante lucha; tratando siempre de conquistar sus libertades básicas.

A lo anterior, podemos advertir que los servicios en general por la sobrepoblación en la metrópoli son insuficientes, entre ellos los de salud pública y privada; mas aún se agravan los referentes a la salud mental por el escaso acceso a éstos y por las limitaciones económicas que impiden pagarlos. SAPTEL también juega un papel imprescindible al brindar a la población de escasos recursos su asistencia a servicios de salud mental debido a que gran parte de la población se encuentra restringida.

Se han invertido recursos en lo referente a la salud, en general debido a las necesidades de la población, sin embargo no se ha dado suficiente importancia a la salud mental, la cual no ha sido debidamente atendida a manera de brindar apoyo a la población.

Se ha venido incrementando el uso del teléfono en la medida del crecimiento de la población, cubriendo diferentes necesidades y urgencias, actualmente la ciudad cuenta con servicio de bomberos, policía cruz roja, conasida, alcohólicos anónimos, neuróticos anónimos, locatel, etc., tomando en cuenta que todos en mayor o en menor medida estamos expuestos a cualquier urgencia.

Por consiguiente la importancia de la obtención de salud mental al infiltrarse en la salud pública, radica en que trataría de disminuir a través de la prevención el grado de trastornos emocionales, actuando contra factores sociales que aceleran los trastornos mentales a través de una intervención oportuna y efectiva en beneficio de su salud.

En los individuos una correcta orientación en sus diferentes actividades laborales, sociales, familiares, etc. evitándole problemas que posteriormente puedan traducirse en trastornos psicológicos o sociopatológicos con su correspondiente influencia negativa dentro de diversos ámbitos; por lo que el servicio de SAPTEL funciona brindando terapia preventiva y/o para promover la salud mental, proporcionando el apoyo a conflictos específicos que presenta el individuo en áreas específicas, disminuyendo la frecuencia de presencia de trastorno emocional tanto a nivel individual como social apoyando y canalizando al paciente.

CAPITULO III

TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA - INTERVENCION EN CRISIS

Haciendo referencia a la terapia breve y su intervención en crisis es necesario hablar conceptualmente de la crisis, la cual: es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (Slaikeu K.).

Las crisis se contemplan como puntos decisivos y críticos donde el peligro y la oportunidad coexisten, y en donde los riesgos son altos. En un sentido concreto, los resultados peligrosos pueden ser físicos o psicológicos. Suicidio, homicidio y otros menos mortales aunque espantosos, formas de violencia física, (esposa golpeada, abuso de niños etc.) son ejemplos finales de abuso continuo.

La crisis de angustia se define por la aparición repentina de aprensión, miedo, temor o terror, a menudo asociados con sentimientos de catástrofe inminente. Los síntomas mas comunes durante estos ataques son: disnea, palpitaciones, dolor o malestar precordial, parada respiratoria, sensación de ahogo, mareo, vértigo, o sensación de inestabilidad, sentimiento de irrealidad (despersonalización o desrealización), parestesias, oleadas de calor o de frío, debilidad, temblor y estremecimiento, miedo de morir, de volverse loco, o de hacer cualquier cosa descontrolada durante la crisis, aclarando que por lo general las crisis de angustia duran minutos y más raramente horas. (Kaplan H.S). Estas son unas de las condiciones en que se precipitan a llamar por teléfono. Tocante al sexo, esta alteración se diagnóstica más frecuentemente en mujeres que en hombres

Algunas generalidades

Diagnóstico diferencial: Deben descartarse trastornos físicos como hipoglucemia, del feocromocitoma y del hipertiroidismo, (también a determinadas alteraciones del Sistema Nervioso Central) todos los cuales pueden presentar síntomas similares.

Una de las complicaciones más comunes, es el desarrollo de un miedo anticipatorio de desamparo o de pérdida de control durante la crisis de angustia por lo que el individuo se muestra reticente a quedarse sólo o a estar en lugares públicos lejos de casa. (Kaplan H.). Se complican casos como los de agorafobia con la crisis de angustia, el abuso del alcohol o de medicaciones ansiolíticas y los trastornos depresivos. Trastornos relacionados con la alimentación, trastornos obsesivo compulsivos de la personalidad, evitación de las relaciones amorosas y del matrimonio. (H.S. Kaplan). El terapeuta del teléfono debe reconocer otras alteraciones que tiene el paciente, para ver que activó la crisis, o ver que padecimientos a nivel orgánico tiene.

Sintomatología asociada: El individuo desarrolla a menudo varios grados de nerviosismo y de aprensión entre la crisis. El nerviosismo y la aprensión se caracterizan por las manifestaciones generales de expectación aprensiva, vigilancia y escrutinio, tención motora e hiperactividad vegetativa.

Edad de comienzo: el trastorno comienza a menudo al final de la adolescencia o en la primera época de la edad adulta, pero puede presentarse inicialmente en la edad media de la vida.

Curso: La alteración puede limitarse a un breve y único período que dura diversas semanas o meses, puede repetirse algunos meses o hacerse crónica.

Factores predisponentes: Trastornos por angustia de separación en la niñez y pérdida de objeto repentina, predisponen aparentemente al desarrollo de esta alteración.

Antecedentes de la crisis

Referente a la intervención en crisis hay antecedentes históricos que se remontan al año de 1942, cuando Eric Linderman junto con otros precursores como Caplan, quien basa algunos de sus postulados en las teorías de Erikson, elabora el desarrollo de la crisis, y resalta la importancia de la consulta en la salud mental, desarrollando técnicas adecuadas para la intervención en crisis por teléfono, demostrando la eficacia de la intervención en crisis; Moos inicia el manejo de cuatro diferentes influencias teóricas y tres formas de prevención que se pueden tomar en el área de la salud pública las que se exponen a continuación.

La teoría de crisis de Caplan se formó en consecuencia a partir de ocho etapas propuestas por Erikson en su teoría de la estructura de desarrollo del ser humano (1963). El interés de Caplan fué en como la gente vence las diversas transiciones de una etapa a otra; identificando la importancia de los recursos personales y sociales al determinar si el desarrollo de las crisis, (inducidas o repentinas también) resultaría en mejoramiento o empeoramiento.

Influencias teóricas

Moos, (1976) habla de cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis.

Primera. La teoría de Charls Darwin habla sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. La idea de Darwin de la supervivencia, es el esfuerzo de los

más aptos para la lucha de la existencia de organismos vivos en relación con su medio, cuya hipótesis característica es que la comunidad humana tiene un mecanismo adaptativo esencial en los hombres en relación con su medio.

Segunda. Esta se origina de la teoría psicológica considerando la realización y crecimiento humano completos. Las preguntas básicas conciernen a la motivación y al impulso: ¿Que mantiene activa a la gente y con qué fin?, Freud decía que la motivación es un intento por reducir la tensión fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, teoría que fué desafiada por Carl Rogers en 1961 y Abraham Maslow en 1954, lo que enfatizaron en la realización y crecimiento positivo del hombre. Enfocaron ambos aspectos en las personas hacia la autorealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes.

La promesa de autorealización del hombre, es congruente también con el énfasis de Buhler en 1962, y otros, de que la conducta humana es intencional y dirigida hacia logros y propósitos estructurales; concepto esencial en las teorías en las que se contempla la crisis con el momento en que se bloquean los propósitos o se vuelven súbitamente inalcanzables.

Tercera. Se refiere al enfoque de Erikson (1963), en el que menciona que el desarrollo del ciclo de la vida, muestra la tercera influencia teórica para la teoría de la crisis, en donde cada una de las ocho etapas proveen un nuevo reto, transición o crisis, proporcionando a su vez una alternativa para la teoría psicoanalítica original, que sugiere que la esencia básica de la vida, está en los sucesos de la primera infancia y la infancia misma, la teoría de las etapas de Erikson supone que en cada transición, el desarrollo subsecuente fué "peligroso" por así decirlo.

Cuarta. Esta influencia proviene de datos empíricos sobre como los humanos abordan el stress extremo de la vida. Estudios en este campo incluyen traumas en campos de concentración, muerte de un cónyuge y parientes, cirugía mayor, desastres etc. Generalizando el concepto al incluir el impacto de una serie de pequeños sucesos, Holmes y colaboradores demostraron cierta relación entre el stress asociado a sucesos

de la vida, salud física y enfermedad (Holmes y Masada 1973).

Tres formas de prevenir la crisis

En el área de la salud pública, la prevención de una crisis puede tomar tres formas:

Bloom 1977 y Caplan 1964 señalan: la prevención primaria, dirigida a reducir la incidencia de trastornos; la prevención secundaria centrada en reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos; y una última que se encarga de reparar el daño hecho después de que el suceso original se ha presentado señalándose como prevención terciaria. A continuación se exponen cada una de ellas.

Prevención primaria: Uno de sus principales objetivos es reducir la incidencia de los trastornos mentales, su aplicación consiste principalmente en dar asesoría psicológica en cuanto se presente una situación incómoda; en los niños una buena instrucción desde pequeños ayuda a prevenir trastornos posteriores, ella se puede aplicar a toda la población principalmente a pacientes que corren riesgos de perder el equilibrio. Esta no se lleva a cabo durante la crisis, sino antes de que ésta se pueda presentar. El terapeuta por teléfono desarrolla gran labor en la prevención de conflictos posteriores.

Prevención secundaria: Esta se encarga principalmente de reducir los efectos debilitantes que causa la crisis, facilita el crecimiento del paciente por medio de la experiencia de la misma, la terapia breve y de emergencia juega un papel decisivo en la respuesta que presenta el paciente, generalmente se aplica en personas que atraviesan una situación incómoda; inmediatamente después del suceso que provocó la crisis. Cuando se atiende a tiempo al paciente, no necesariamente necesitará intervención profunda ni a largo plazo, aunque se pueden dar casos.

Prevención terciaria: Su objetivo primordial es reparar el daño que le ha hecho al paciente la crisis y que no han sido resueltos, tiene directamente que ver con los trastornos emocionales, se requiere tratamiento mental o rebuscar en sus esquemas mentales; este tipo de intervención suele ser más profunda, frecuentemente se necesita medicación y terapia cara a cara, la crisis continúa presente después del suceso que la provocó; la intervención frecuentemente se dá años después del suceso de crisis.

El momento propicio de la crisis.

Caplan identificó cuatro fases de la crisis: Una elevación de la tensión y de la sensación de desagrado, acompañados por cierta desorganización de la conducta, todo lo cual sigue al choque con una situación peligrosa, que exige adoptar una conducta de superación adecuada; el peligro provoca falta de decisión, con lo que la tensión aumenta; la tensión alcanza un punto en que se movilizan fuerzas internas y externas adicionales (en este momento puede aparecer cierto grado de resolución, ya que existe la posibilidad de que se recurra a métodos de emergencia para la solución de problemas o que el problema se defina de manera distinta de la original, o que se renuncie a ciertas metas); se produce una desorganización de alto grado cuando el problema subsiste y no se le puede solucionar, evitar o volver a definir.

Debido a lo penoso y precario del equilibrio, hasta las influencias pequeñas suelen producir grandes modificaciones rápidamente, de tal manera que se operen cambios significativos, momento muy útil en el manejo de pacientes. El resultado no se encuentra condicionado a experiencias previas, sino por la realidad presente, acaso por fuerzas psicoterapéuticas y situaciones únicas.

El nuevo equilibrio puede ser más adaptativo, posibilitándose cambios positivos y mejoras en la capacidad para superar situaciones futuras. Klein y Linderman definen lo que ellos llaman situaciones emocionales peligrosas como alteración súbita que ocurre en el campo de las fuerzas sociales dentro del cual existe el individuo y que por su naturaleza hace que cambien las expectativas de éste último en torno de sí mismo y de sus relaciones con los demás. Las alteraciones en ese campo pueden provenir de la pérdida o de la amenaza de pérdida de una relación importante, de la aparición de uno o más recién llegados al entorno social de la persona, de las transiciones en el status social, y en las relaciones del rol acarreadas por la maduración, por ejem. la adolescencia, o de la necesidad de asumir roles sociales nuevos como los del matrimonio o la movilidad social (entrar a trabajar o dejar un trabajo), por lo que es necesario se vean los factores que pueden estar contribuyendo a la reacción que despierta al paciente a llamar, tomando en cuenta que en todos los casos "las circunstancias peligrosas" obedecerán a fuerzas socioculturales perdurables que desvalancean al individuo, despojándolo y haciéndolo experimentar ese estado de crisis.

Cabe señalar que Klein y Linderman diferencian la crisis de la situación peligrosa, la primera es una perturbación aguda y a menudo prolongada, producto de un peligro emocional. La segunda aparece de súbito, y en varias de las ocasiones se debe conocer que la crisis individual, es muchas veces manifestación de la crisis grupal; el grupo por su parte, puede experimentar su propia crisis debido a la crisis interpersonal individual de uno de sus miembros considerado como importante.

Parad, habla sobre intervenciones de emergencia y resalta los diversos momentos propicios para el cambio que se presentan en el curso del ciclo de la vida humana: la aflicción, la paternidad o maternidad, el nacimiento prematuro de un niño, el ingreso al jardín de infantes, las edades mediana y avanzada, los cambios de situación, el suicidio, la muerte de otros. Son solo algunos de los casos que propician la crisis.

Mackey, expone el papel de la crisis como elemento capaz de definir la capacidad de reacción de los individuos ante la psicoterapia breve. En el mismo sentido Caplan en 1964 reconoció esta cualidad de la crisis, argumentando que el modo como estas se presentan, tiene un mayor impacto sobre su papel final en la salud mental. Al esforzarse para alcanzar la estabilidad durante la crisis, el proceso de enfrentamiento por sí mismo puede resultar en el logro de una "estabilidad" cualitativamente diferente. En términos contrarios al punto de vista de que las crisis son destructivas, afirmamos que puede iniciarse un proceso de reestructuración hacia un crecimiento posterior (Denish, 1977). Mas bien se trata entonces de mejorar y enriquecer las habilidades del individuo constructivamente con estos sucesos, reconociendo que la intervención puede ser preventiva y de superación de la misma crisis.

Jacobson y otros apoyan la teoría de la crisis de Caplan y Linderman la cual sostiene que las crisis personales tienen como resultado un déficit de proporciones significativas en el funcionamiento psicológico y que existen oportunidades preventivas y terapéuticas cuando se asiste al paciente poco después de la erupción de la crisis.

Alcances y Limitaciones.

En los inicios del psicoanálisis, la duración del tratamiento no constituía un problema que se tuviera demasiado en cuenta. Con el curso de los años, algunos psicoanalistas trataron en forma relativamente aislada y esporádica, la búsqueda de procedimientos psicoterapéuticos que, aunque derivados de los conceptos psicoanalíticos, de formación y desarrollo de la personalidad produjesen cambios terapéuticos en menor tiempo.

Freud fué el primero en reconocer la necesidad de que existieran curas rápidas pero creía que el hecho de conocer las causas de las neurosis llevaría rápidamente a su solución y resolución e insistió en obtener un diagnóstico rápido de la psicodinámica

responsable de la afección, y su anulación por medio de la interpretación activa.

Se realizaron varios trabajos para apoyar el desarrollo de técnicas no más eficientes que la terapia analítica cara a cara, pero sí guiando su atención en torno a métodos más breves y adecuados de intervención para individuos, haciéndolo notar Alexander y French. Se presentaron dificultades alrededor de 1940 en cuanto a la recopilación de material que avalara que la terapia breve era un singular hecho real que debía considerarse.

La idea de oposición entre las terapias de corto y largo plazo no apareció sino después de que la psicoterapia y el psicoanálisis evolucionaron hasta transformarse en los prolongados procesos que hoy son.

Mc. Guire observa en los pacientes una variedad de significados a su propio conocimiento respecto de la terapia breve y de emergencia anticipándose a una cantidad de hechos diversos. Por un lado la tendencia a creer que su cura requerirá de pocos encuentros por lo que la terapia en un principio puede progresar en buena forma y después estancarse, el paciente cree en un cura mágica y no en una mejora que requiere su propia participación, por lo que es necesario que se elabore este pensamiento.

Cuando se canaliza al paciente es porque su tratamiento requiere intervención prolongada y cara a cara, debiendo ser explícitas las expectativas del tiempo del paciente: El tratamiento prolongado significa que el terapeuta permanecerá relativamente inactivo mientras que en la terapia a corto plazo deberá actuar de manera directa y práctica.

Hay varios aspectos de los cuales el terapeuta del teléfono puede sacar partida, hay pacientes receptivos y flexibles, por lo que esa dirección resulta útil en extremo, pero es preciso que se identifique al paciente que tiende al resentimiento y a sentirse sujeto al medio, por lo que puede creerse manipulado, asumiendo actitudes ambivalentes ante las sugerencias del terapeuta. En estos casos se puede insinuar que este forma parte

también de su problema y que éste puede ser resuelto mediante la terapia.

El conflicto se resuelve mediante la explicación de las expectativas y la identificación de emociones relacionadas con ellas, pero previamente desconocidas. Este método se transforma en modelo para la resolución futura de conflictos por parte del propio paciente (L. Small). Frank G. comenta que la expectativa influye sobre todos los aspectos del funcionamiento humano al introducir el futuro en la conciencia, este aspecto es lo que hace posible la psicoterapia y alienta el empleo de las perspectivas esperanzadas, positivas en la asistencia mental; las cuales se encuentran ligadas directamente con los grados de confianza en el terapeuta.

Los individuos se comunican para recibir apoyo psicológico en momentos que atraviesan períodos de tensión o crisis, o se encuentran recuperando de alguna de ellas. Por consiguiente los pacientes se encuentran más incapacitados y más angustiados al comenzar el tratamiento por teléfono de lo que estaban poco antes, y de lo que estarán probablemente, poco después. Con el curso de su participación activa podrá percibirse de los alcances obtenidos en su beneficio, recalándole la importancia de su participación, haciendo más clara la eficacia de la terapia a corto plazo.

Como ya se mencionó, frecuentemente el paciente se comunica cuando se encuentra en estado de crisis, una vez superado este estado deja de haber motivación para seguir comunicándose a SAPTEL, por lo tanto para enfrentarse a su situación. Es de prioridad lograr anclar al paciente para que continúe comunicándose.

Cuando sucede ésto el terapeuta tiende a pensar sobre cual es la razón del porqué dejó la terapia y a autoculparse en cierto grado, pero si logra entenderlo como parte del ejercicio de ésta, dejará de intentar comprenderlo de la anterior manera. Todo paciente nuevo tiene derecho a ser atendido de la mejor forma posible tomando en cuenta las limitaciones de sus motivaciones, así como su accesibilidad para la intervención terapéutica; tomaría en cuenta que casi en todas las personas se suscitan situaciones que por momentos les llevan a tener la necesidad de recibir apoyo psicológico, pues atraviesan por una crisis.

La terapia breve difiere sobre las tradicionales Psicoanálisis, Psicoterapia, en que se evita la consecuente dependencia de la terapia a largo plazo, el tratamiento se realiza de manera abreviada proporcionando cierto alivio de algún disturbio agudo; y bien empleada puede prevenir su reincidencia crónica. Se puede advertir de manera lógica su ventaja económica, en el caso de Saptel la ventaja es aún mayor en cuanto a lo que éste respecta .

Sterling observa que ciertas relaciones que parecen casuales y sin compromiso pueden provocar grandes impactos emocionales, de modo que en la terapia breve la correspondencia emocional y la agudeza perceptual del terapeuta se ven reforzadas por la disposición del paciente para revelarse a sí mismo y para permitir que lo pongan en movimiento. No se entiende del todo bien el hecho de que los momentos de "encuentro" terapeuta - paciente puedan constituir un movimiento hacia adelante, que el diálogo interior pueda continuar mas allá del encuentro telefónico; puesto que tanto el paciente como el terapeuta saben que no durará ni continuará de manera extensa el tratamiento, la tensión debida al compromiso que contrae el solicitante se hace tolerable debido a que la terminación de la relación puede encontrarse muy cercana. Permitiendo la concentración de la energía sobre aquellas áreas necesarias de abordar para que el diálogo sea próspero, y duradero por lo menos para el que llama.

La brevedad del contacto también permite a ambos tolerar con mayor facilidad la transferencia negativa. Sterling coincide con Malan en que la capacidad del sufrimiento permite al paciente beneficiarse con el encuentro breve, ya que es capaz de tolerar la pérdida acarreada por la separación.

Miller comenta la falta de una teoría de la personalidad que proporcione al terapeuta guías para fijar término a la intervención de corto plazo y aboga por una teoría del desarrollo capaz de visualizar la vida desde el nacimiento hasta la muerte, como proceso continuo y a la vez discreto, en que se producen interrupciones que a veces se deben a acontecimientos pasados, pero que también suelen obedecer a las limitaciones

CAPITULO IV

EXPERIENCIA COMO PRESTADORES DEL SERVICIO

Surge la inquietud de realizar alguna actividad que nos ligara directamente con el área clínica, lo que para nosotros implicaba un trato directo con pacientes; nos informamos de la posibilidad de integrarnos a principios del año de 1987, a un grupo que prestaba su ayuda dentro del SAPT (Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono). Es cuando decidimos integrarnos al equipo de trabajo dirigido por el Dr. Federico Puente Silva, profesor titular de la facultad de Psicología de la UNAM, nuestra participación fué en calidad de voluntarios; aproximadamente cinco meses después se nos notificó que había la posibilidad de autorizar por parte de la Universidad el proyecto SAPT, como una alternativa más dentro de las opciones para la realización del servicio social; transcurría el tiempo y no se confirmaba de manera oficial lo anterior, a pesar de los esfuerzos realizados por el Dr. Puente.

Lamentablemente la inseguridad creada por esta situación trajo como consecuencia la desertión de la mayoría de los miembros del grupo, así como una constante rotación de compañeros, lo que desembocó en la desorganización de los miembros que quedábamos. Algo que se dejó ver, fué que permanecimos aquellos que realmente confiamos y creímos en el proyecto y su futuro; los pocos integrantes que permanecimos constantes, (15 aprox.) logramos establecer buena comunicación y nos organizamos de tal manera que pudieramos cubrir las tareas que en ese entonces demandaba el servicio.

El SAPT se encontraba en condiciones precarias; contábamos con una sola línea telefónica para recibir llamadas, por lo que instalamos una extensión con el objeto de habilitarnos en el manejo de pacientes, el manejo lo hacían aquellos compañeros que durante 1985 prestaban su servicio (primera etapa del surgimiento del SAPT); y que

para entonces permanecían como voluntarios, buscando obtener mayor experiencia, además de que los nuevos integrantes tenían la oportunidad de atender a cualquier paciente por teléfono, y de que se le indicara que tan eficiente había sido su intervención terapéutica, corrigiendo errores según el criterio de los demás entrevistadores.

Con el mismo sentido de evaluar nuestro trabajo, y a fin de proveer una buena intervención terapéutica, debido a que este aspecto era preocupante, se instaló un equipo en el que se grababan llamadas de pacientes cuyos casos resultaban de mayor complejidad, resultó ser bastante útil analizarlos en grupo; fué una guía, una herramienta con la que contamos encaminada siempre a sacar adelante el caso; al mismo tiempo que nos percatábamos en qué aspectos hacía falta poner mayor interés, evidenciándose que en algunos de los casos además de la falta de experiencia, la manera en como realizábamos la intervención, el inadecuado manejo de conocimiento de tópicos específicos, entre otras cosas, fueron los que nos llevaron a sentir inseguridad y por lo tanto a un limitado tratamiento; ésto surge como intento de aclarar el panorama en la atención de llamadas posteriores.

Citando algunos pormenores: se colaboró en la aportación de papelería en general, folders, lápices, gomas, hojas, etc. así como una silla, un sillón, una mesa, un reloj de pared, vasos, cafetera, etc. artículos que resultaron necesarios para nuestra estancia. Frecuentemente la línea telefónica quedaba fuera de servicio debido a que la zona en donde nos encontrábamos ubicados era bastante caótica, (Uruguay esquina con Bolívar - Centro) en cuanto a la saturación de líneas telefónicas, por lo que nos manteníamos al pendiente de su funcionamiento. Todos rolábamos turnos para la realización de la limpieza de las instalaciones.

Respecto a las guardias de trabajo: eran de cuatro horas siendo en ocasiones imprescindible cubrir tres o cuatro guardias continuas por una persona, y en el peor de los casos las guardias se cubrían por dos o tres personas durante tres días continuos, con el propósito de que el servicio se mantuviera durante el horario establecido, de 8 am. a 8 pm.. Estas condiciones de trabajo se mantuvieron del mes de marzo de 1987, al mes de octubre de 1989, a este período se le denomina segunda etapa del surgimiento

del SAPT. Cabe señalar que un año antes se dá formalmente la autorización de manera oficial la aprobación al Proyecto del Sapt como servicio social, auspiciando los gastos durante ese tiempo el Dr. Puente Silva.

Pese a las condiciones de trabajo los terapeutas que decidimos quedarnos desde un inicio nos mantuvimos muy unidos, haciendo el mayor esfuerzo por dar un buen servicio al solicitante, prolongandose hasta fines de 1989 cuando se suspende el servicio.

Por otro lado durante la vigencia del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono podemos decir que contamos con un Seminario Operativo dirigido por el Dr. Puente; consistía en realizar una junta semanal para supervisar como marchaba el grupo proponiendo tareas a resolver, así como la adquisición de compromisos, sobre estos asuntos se discutía y si surgía algún inconveniente se aclaraba; entre las tareas se encontraban la creación de comisiones para el manejo de expedientes de pacientes, es decir que se encontrara la información debidamente organizada, el encargado del registro de asistencia y puntualidad al las guardias, el encargado de elaborar las minutas, la comisión de tesorería y de limpieza, así como quién sería el encargado de contactar a la persona que fungiría como asesor de casos clínicos.

También contamos con la de Asesoría de casos Clínicos. Esta actividad se realizaba una vez por semana con una duración de dos horas con el propósito de que todos tuviéramos la oportunidad de presentar un caso. Lo anterior fué muy significativo para el desarrollo de nosotros como profesionistas prácticos, pues se asesoraban casos " del teléfono" que se complicaban o que ameritaban fueran revisados y analizados por especialistas, (psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas) los cuales empleaban diferentes corrientes filosóficas o enfoques en el tratamiento específico de algún problema conductual o afección emocional. Los casos eran expuestos frente a todo el grupo indicándose las fallas y las aciertos que se tenían en el manejo de éstos, se hacían sugerencias por parte del grupo y del especialista.

Tocante a la difusión del servicio, resultó necesario acudir en primera instancia a la gaceta informativa de la UNAM, al boletín interno de la Facultad de Psicología, a entrevistas por parte de algunos periódicos y a entrevistas transmitidas en algunas estaciones de la radio de la XEW. En otras ocasiones pedimos apoyo a los radio escuchas para la donación de material, obteniendo respuestas promisorias.

Fué evidente que se necesitaba contar con material de apoyo específico y adaptado a las condiciones características de este servicio; tomando en cuenta que constantemente nos enfrentamos a situaciones donde dudábamos de la atención y manejo adecuado del caso por parte del terapeuta, además comprobamos a través de nuestra experiencia clínica que la teoría de la práctica en la atención a una llamada permanecía distante, situación que como ya mencionamos nos preocupaba, ya que como profesionistas de la salud mental trabajábamos en la dirección e información de la vida del paciente. Se dejó entrever a través de las actitudes y pláticas entre nosotros, que la rotación de terapeutas también dependía en gran parte de la falta de experiencia y por consiguiente en algunos de los casos el manejo inapropiado de las llamadas.

Finalmente el servicio se vió en la necesidad de suspenderse temporalmente por dos años, debido a la candidatura a la presidencia del Dr Federico Puente Silva a la Federación Mundial de Salud Mental. Integrándonos al comité organizador del Congreso Mundial de Salud Mental en 1991.

Considerando bastante alentadora nuestra participación en el mantenimiento y levantamiento del SAPT, en el mes de octubre de 1992 (tercera etapa del surgimiento de SAPTEL y la definitiva) nos volvemos a integrar nuevamente como voluntarios, colaborando en la organización y orientación de las nuevas generaciones. Desligándonos en el mes de abril de 1993.

A lo antes mencionado, a partir de nuestra experiencia como prestadores de este servicio y como coordinadores durante la segunda y tercera etapa del surgimiento del SAPTEL, creemos de vital importancia la elaboración del presente manual, sugiriendo su utilidad en el apoyo a los terapeutas en intervención en crisis vía telefónica, a partir del cual el terapeuta pueda satisfacer las demandas del solicitante por un lado, y por otro, cubra las expectativas que como profesional de la salud mental requiere este servicio. Con el manual, el terapeuta cuenta con una herramienta más para poder enmarcar concretamente el problema del paciente, agilizando su labor terapéutica; diremos que el manual pretende ser útil en la medida que ofrece un mayor panorama para involucrarse en la problemática del solicitante.

Tomando en cuenta que mientras no se ubique en términos conceptuales el terapeuta en la situación del paciente, no podrá proporcionarle la ayuda suficiente ni tener la empatía precisa requerida. Por lo que el uso del manual apoya al clínico a que su intervención sea más profesional y oportuna, contando con una mayor cobertura en la aplicación de sus habilidades y conocimientos en el tratamiento vía telefónica.

Lo que contempla el presente, es claro que no es todo lo concerniente a la intervención por teléfono; pero sí es un complemento a la formación de carácter etiológico y ortodoxo que debe tener un profesional de la psicología.

CAPITULO V

El capítulo V contempla una exploración de varios temas que le son útiles al terapeuta que presta sus servicios brindando ayuda por teléfono.

CONTENIDO DEL MANUAL

- 1) Rapport - Comprensión integral del problema del paciente.**
- 2) Comunicación - Terapeuta - Paciente - importancia de la voz y las palabras.**
- 3) Etiología - Sintomatología y diagnóstico de la depresión - Manejo del paciente por teléfono.**
- 4) Técnicas de intervención terapéuticas vía telefónica.**
- 5) Ansiedad y Angustia - Aspectos básicos.**
- 6) Etiología del Suicidio - Manejo del paciente por teléfono.**
- 7) Tópicos referentes a la Sexualidad - Conceptos básicos.**
- 8) Clasificación de Psicofármacos.**
- 9) Criterios de Canalización - Sugerencias al terapeuta.**

1) RAPPORT

Uno de los principales conceptos que debe manejar el terapeuta es el Rapport, que se puede definir como el grado de contacto efectivo entre paciente y terapeuta. Una de las cualidades de todo terapeuta debe de ser su aptitud para percibir el grado de rapport existente en cada momento de la sesión. Esta capacidad sirve como termómetro entre él y el paciente, atendiendo las fluctuaciones que de un momento a otro se producen en el nivel de rapport, percibiendo el acierto de lo que se comunicó. En cada momento de cada sesión, el terapeuta debe encargarse de hacer sentir al paciente los sentimientos que expresa y que puede tolerar, para lo que el terapeuta debe formarse juicios sobre lo siguiente:

- 1.-El grado en que el paciente ya está en contacto con sus sentimientos genuinos; puesto que él le habla al terapeuta - es la profundidad del Rapport, traduciendo al contacto efectivo que está sintiendo.
- 2.-La cantidad de sentimientos no expresados que el terapeuta desconoce.
- 3.-La proximidad de estos sentimientos a la superficie, o sea, su grado de asequibilidad.
- 4.-El grado de angustia o pena de que están revestidos.
- 5.-La capacidad del paciente para soportar esa angustia o pena.

Es difícil que el terapeuta pueda conocer estos aspectos en seguida, por lo que es necesario iniciar un proceso, en el que se indague paso a paso con el fin de conocer el material, lo que revertirá cambios en la profundidad del nivel de Rapport. Por lo tanto, el Rapport se considera como indicador y guía constante en el buen manejo de la intervención terapéutica. Si aumenta el Rapport la intervención fue acertiva y oportuna;

si disminuye la intervención fué inapropiada, no necesariamente errónea. (H. Malan D).

Por otra parte Slaukeu define el Rapport como "la relación de dependencia interior y disposición a cumplir la demanda prestando atención a lo que el paciente nos habla".

Debe tomarse muy en serio el estado de irritabilidad que presenta una persona y conocer a que se debe esta descarga emocional; labor que el teapeuta debe realizar con cada sentimiento expresado por cada uno de los pacientes en cada momento de cada sesión. Lo que indica que la actitud inicial, ya sea voluntaria o involuntaria, vacilante o reservada del paciente determina de cierta forma, la actitud y quizá la pauta a seguir por el teapeuta.

La experiencia clínica marcó ciertos criterios que deben seguirse para establecer un buen rapport entre el paciente y el teapeuta:

- 1.-Presentación del teapeuta proporcionando su nombre, aclarando que se encuentra específicamente para escucharlo, entender o comprender su problemática.
- 2.-Recopilar datos personales del solicitante (Nombre, Edad, Ocupación, etc.) mencionando la importancia que tienen éstos para la intervención terapéutica.
- 3.-Prestar atención detalladamente respecto a la información que nos proporciona el paciente.
- 4.-Detectar, preguntar y confirmar el principal(es) motivo(s) de consulta.
- 5.-Informar al paciente que se le ha entendido y se le dará el apoyo necesario en la resolución de su problema.
- 6.-Reducir en la medida que sea posible la angustia y los temores que presente el solicitante, con alguna técnica de intervención terapéutica o a través del diálogo.

7.-Pedir al paciente que exteriorice cuales cree él que son las posibles soluciones a su conflicto y por qué.

8.-El terapeuta entonces podrá dar opciones, (abanico de posibilidades) las cuales piense son la solución a la problemática del solicitante.

9.-Es necesario que quede claro para el paciente cuales han sido sus alternativas, comunicando que opciones le parecen mas indicadas y por qué.

10.-Mencionar al paciente el tiempo límite de la llamada, (35 a 45 minutos), explicando que hay más personas que requieren de atención telefónica, y que si lo desea puede atenderse en posteriores sesiones, indicándole el día y el horario en el cual lo puede localizar.

11.-En caso de ser necesario se le comunicará al paciente por qué sería conveniente se comunicara posteriormente, ésto dependerá de la urgencia y gravedad del conflicto que presente.

12.-Informar que el tiempo y la intervención puede dar solución a su motivo de consulta.

Estos puntos son una opción más para el tratamiento de cualquier paciente y pueden ser alterados dependiendo del estado en que se encuentre y de la demanda del solicitante, mas sin embargo, si se cuenta con un buen manejo de éstos pueden desarrollarse de manera natural.

Para un manejo adecuado y rápido por parte del terapeuta y más si hablamos del trato del paciente vía telefónica y de las reducidas intervenciones que se tienen, entenderemos las limitaciones que ésto conlleva. Si se han de comprender correctamente los problemas de los pacientes, se tienen que comprender sus principales características referentes a su trato con los demás, al tipo de relación que establece y en relación a cómo se percibe en ellas; para percatarse de ello es necesario darse cuenta que tipo de persona es, que hace y por que, con el objeto de que quede claro y adquiriera

mayor significado la intervención para nosotros. Recordando que el paciente tiene por lo menos alguna esperanza de mejoramiento o de obtener algún beneficio personal como consecuencia de la entrevista (Sullivan).

Para Baum y Felzer la actividad del terapeuta se manifiesta en forma de compromiso flexible y significativo, que se contrae en el curso de la entrevista, y que tiene como fin el establecimiento de una relación terapéutica.

Para una buena intervención por teléfono es necesario agudizar los sentidos, principalmente el del oído que ayuda a percibirnos y saber cuando la persona se encuentra en crisis y cuando no, con el objeto de proporcionarle la ayuda adecuada, en otras palabras el terapeuta debe discernir:

1.-Si se encuentra en espera de un desenlace que le pueda causar desequilibrio como la jubilación, la espera del fallecimiento de algún familiar que pudiera encontrarse en etapa terminal, el próximo matrimonio, la salida de la universidad y otras; se recomienda aplicar la prevención primaria.

2.-Si se encuentra atravesando por una etapa que le acarrea estados de confusión, desequilibrio o enfrentamiento, como la pérdida de algún familiar de manera repentina, una pérdida económica de algún negocio, por robo o despido de empleo sin estar preparado para recibir las noticias; se recomienda llevar a cabo la prevención secundaria.

3.-Si es que el paciente se encuentra en estado de duelo, es decir tiene tiempo de haber pasado por un momento de pérdida de algún familiar y que actualmente al efectuar su llamada se encuentra deprimido por el suceso, o si se llevó a cabo un divorcio, sufrió alguna violación durante su infancia o adolescencia; se recomienda aplicar la prevención terciaria o en su defecto canalizar al paciente a alguna institución.

Las antes expuestas tienen sus antecedentes en los tres tipos de prevención de una crisis, algunos de sus aspectos más generales se encuentran contenidos en el Capítulo III- intervención en crisis.

2) COMUNICACIÓN TERAPEUTA - PACIENTE

La entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal, no solamente comunicación verbal. Puede prestarse mucha atención - y con beneficio - a los aspectos delatadores de la entonación, ritmo de conversación, dificultades de enunciación, etc, son factores ilustrativos, visibles, que se distinguen para cualquier profesionalista que presta sus servicios en SAPEL. Es estando alerta a la importancia de éstas cosas como señales o indicadores de significado, que la entrevista se puede tornar más práctica.

Por mencionar, en investigaciones realizadas por Sullivan, específicamente con esquizofrénicos se ponía en ángulos de 90 grados viendo frente a él, tomando en cuenta que el campo visual es muy amplio se perdió de muy pocos movimientos sorpresa, (cambios de postura) lo cierto es que no pudo ver movimientos en su rostro. Esto lo hizo durante siete y medio años aproximadamente. Para tener cierta tranquilidad sobre lo que ocurría, desarrolló agudeza auditiva con objeto de que le fuera posible oír la clase de cosas que, probablemente, la mayor parte de las personas se siente inclinada a creer, - engañándose a sí mismos- creyendo que solamente pueden ver. En efecto, la mayor parte de las guías referentes a lo que la gente quiere decir en realidad nos llega por vía auditiva. "Variaciones tonales en la voz" se refieren muy amplia y genéricamente a cambios en todo el complejo grupo de cosas de que se compone el lenguaje, - siendo con frecuencia guías seguras en la situación comunicativa. Es decir es imprescindible detectar las alteraciones de la voz.

En la entrevista una gran parte de la experiencia que uno va conquistando lentamente, se manifiesta en una demostración, de ligero interés en el punto en el cual se registra una diferencia tonal. La mayor parte de la gente que llama lo hace por motivos mezclados: esas personas desean que les sea posible hablar sobre sus cosas francamente con alguien, pero al mismo tiempo llevan consigo prácticamente desde la niñez, experiencias que les obstaculizan toda discusión libre. El resultado es que el paciente

espera muy amenudo que el terapeuta sea, o bien un maravilloso genio o un perfecto asno. Por otra parte, también en la actitud del terapeuta hay elementos mas o menos voluntarios que varían desde el que se entusiasma ante lo que está a punto de descubrir, hasta el que se muestra indiferente, o muestra aburrimiento, estas actitudes desgraciadamente pueden ser determinadas casi desde el principio del encuentro telefónico. Si se dá una ruptura de comunicación no se podrá tener ninguna ingerencia sobre el paciente. Hay que "observar" el valor y la fuerza de la comunicación vocal: quién es quién dice qué, cómo lo dice y el tiempo que se lleva.

Sullivan en general lo que destaca; es que el silencio en la entrevista puede ayudar a saber en que áreas el individuo se encuentra más afectado; al hablar de cosas que le resultan dolorosas, invariablemente se tienden a hacer pausas más prolongadas que en aquellas en las que es menos doloroso el suceso. Con la participación de Sullivan podemos concluir que la información extra principalmente por los oídos, y que si hacemos un esfuerzo por prestar atención en los cambios tonales de voz ya que aunque no se pueden observar las actitudes de los pacientes, sí se pueden percibir a través del teléfono.

Para poder hablar de comunicación es de prioridad referirse a la entrevista la cual sugiere es un proceso, o un sistema de procesos, y la palabra proceso supone, naturalmente un cambio. Una clase de cambio que puede producirse durante la entrevista, es un cambio en la actitud del entrevistado. En la situación- entrevista, esos cambios en cierto modo, son cambios en la actitud del entrevistador reflejados por el entrevistado. ¿Que actitud mía es reflejada por el entrevistado?, ¿Que parece que él está experimentando frente a mi actitud?, ¿Que cree él que estoy haciendo?, ¿Que cree él que opino yo sobre él?. Parte del desarrollo de su habilidad procede de la práctica de la observación clínica, proveniente de su atención para escuchar al paciente, de cual es el caso que expone y expresa referente a los sentimientos del paciente.

Es esencial percatarse que hay dos grupos de procesos dirigidos al terapeuta: Uno es la actitud directa del entrevistado hacia él; y el otro es esa parte de las actuaciones del entrevistado, que está fielmente relacionada con la supuesta actitud del especialista.

Es preciso que el terapeuta conozca, que puede advertir la correspondencia del paciente que está tratando; las características que distinguen muy comúnmente al paciente son: refieren que suelen ser elogiadas por sus amistades como poseedoras de una "comprensión sensitiva" muy peculiar en ellas; por lo que es muy probable que sean sensitivas a índices tonales menores de voz; de tal modo que es posible se les facilite con un mínimo de preguntas molestas, captar o comprender esas cosas que resultan embarazosas de comunicar para otras personas. Dicha correspondencia incluye un grupo de complejos elementos de la personalidad que a igualdad de otras cosas contribuyen a facilitar el vivir y que, en su manifestación mas elevada, quizá componen lo que ordinariamente se llama "tacto". Durante la llamada, la correspondencia del paciente varía desde la cooperación, en la que el paciente comprende y puede advertir cual será la pregunta siguiente proporcionando una rápida e ilustrativa respuesta; en otros casos hay pacientes a los que se les debe elaborar bien la pregunta, sinó hay el peligro que se pierda por completo en la información mientras trata de adivinar lo que quiere decir el terapeuta; es decir no puede sacar deducciones de lo que se le dice. Algunas veces, la falta de comprensión parece alcanzar un borde que probablemente es hostil; tomando en cuenta que hay personas cuya madurez es casi deliberada, en ocasiones el paciente muestra complicaciones a ser conducido, de tal manera que resulta difícil conseguir que el paciente trate ideas y conceptos que uno le presenta. Por otra parte resulta compensador para el terapeuta ser curioso respecto a esas señales en el paciente, que reflejan la clase o tipo de persona que supone que es. (H.S. Sullivan).

La comunicación en si misma cuenta con un contenido, el cual es la información que transmite el individuo hacia otro(s), la comunicación sólo puede ocurrir dentro de un contexto específico. Con respecto al contexto, los desacuerdos pueden volverse más complicados y tener una carga emocional mucho mayor. Los desacuerdos de contexto surgen con referencia a la manera como una persona percibe mal a la otra durante la conversación, o la manera como una ha interpretado mal lo que dice la otra.

Las sesiones deben mostrar una regular y fluida comunicación que se encuentra definitivamente en proceso de mejoramiento en su continuidad, tomándose en cuenta que las palabras bien empleadas dentro del contexto que enmarca el paciente, pueden advertir cuidadosamente la posibilidad de influencia que puede tener el terapeuta hacia lo que se propone, que desididamente será el proceso de mejoramiento a partir de sus observaciones realizadas. Si el terapeuta sabe de que manera la situación puede marchar bien, es por que se hace necesario saber que punto de sus operaciones aumentará la comunicabilidad del paciente. Dichas operaciones se sacarán por inferencia.

Aunque es preferible creer que vivimos en un mundo real, la realidad es que vivimos en un mundo de opiniones personales (Watzlawick, 1976). Un hecho de vital importancia cuando el terapeuta se encuentra con una situación de crisis es: que gran parte de lo que uno considera una realidad consiste o se crea de la suma total de opiniones personales que son absolutamente exclusivas y propias de cada uno. Este criterio tiene que incluirse, ya que es frecuente que el terapeuta trate de comunicarse con un paciente que no comparte su realidad o las percepciones que tiene de la vida y en general del "mundo", tomándose en cuenta que usualmente la otra persona tiene conformado un sistema de valores distinto, ya que puede provenir de un nivel socioeconómico diferente, variando también por el lugar en el cual radica, si es dentro o fuera del Distrito Federal, en provincia e inclusive si es de otro país.

Los detalles de relación y la manera como la otra persona se considere percibida juegan un papel crítico en la comunicación con individuos que viven con urgencias psicológicas y otras situaciones de gran tensión o stress, (D. Sullivan, L. Everstine).

Una función a desempeñar por el terapeuta, es comprender la visión del mundo de la persona en crisis; comunicarse de manera consistente, tratando de desglosar las discrepancias que existen entre la concepción de su realidad como persona en un estado de crisis y la propia concepción terapéutica.

Watzlawick, sugiere recurrir a cualquiera de las siguientes dos opciones cuando surgen contradicciones de esta naturaleza:

1.-Cambiar las condiciones de realidad pertinentes para la persona; una manera es hacer tratos, dando consejos prácticos.

2.-Tratar de cambiar la visión del mundo de la persona en crisis, que ya en sí mismo es complicado. Muy frecuentemente se toma esta última y es una de las mejores técnicas de intervención con que cuenta el terapeuta en varios casos.

En contraste a esta última, el cambio de las condiciones de realidad suele ser muy difícil, de hecho cualquier alteración que surge rápidamente suele acarrear incredulidad en la persona en crisis.

La segunda opción, aunque no muy sencilla es de las más viables con resultados a corto plazo y perdurables; trata de ayudar a la persona en crisis a cambiar percepciones personales de su realidad de tal manera que el individuo pueda percibir medios alternos y no violentos a la resolución de su conflicto.

Otro aspecto que no debe pasar desapercibido referente la comunicación es que "el mensaje enviado no es necesariamente el mensaje recibido", (Watzlawick 1964). Refiriéndose a que solo por que una persona ha dicho algo, no significa que la otra haya entendido lo dicho, para lo cual es recomendable pedir al paciente que explique lo que se ha estado hablando; es decir, repita lo que se dijo para ver si comprendió.

3) SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION

Dos formas de conceptualizar la depresión.

En este apartado se hace mención de los diferentes tipos de depresión por cuestiones de ubicación al terapeuta, pero de ninguna manera pretendemos analizar a fondo cada una de las tipologías, debido a que no concierne al manual para los fines que se persiguen, cabe mencionar que se expondrá hasta donde se pueda, diversos agentes causales de la depresión así como su caracterología; se sugerirán técnicas para manejo de estos pacientes, que si bién no se encuentren en un estado de depresión aguda o profunda, si se encuentran en un estado de tristeza o de melancolía por lo que con la sintomatología que presenta este tipo de depresión simple es posible aplicar los principios de la terapia breve.

No se puede imaginar a ningún ser humano que no haya sufrido depresión, variando en la forma que se presenta, las cuales son diversas y sutiles; dando lugar a controversias por lo que se han tratado desde diferentes prismas y puntos de vista, argumentando su teoría a través de la práctica clínica. Con base en ésto se expondrá la depresión desde la concepción psicoanalítica por un lado, y por otro desde la concepción cognoscitiva.

Concepción Psicoanalítica de la Depresión

La depresión se manifiesta como tristeza, infelicidad o pesimismo entre otros, y en los más de los casos como un sentimiento de soledad.

Una de las dinámicas cruciales dentro del síndrome depresivo es la fuerza de enojo dirigida hacia adentro, hacia el propio ser. Los impulsos agresivos se revierten por no poder dirigirlos abiertamente hacia la persona o personas que los provocan; la persona deprimida se ve impedida de atacar al objeto de su enojo y da una expresión masoquista del mismo; como resultados arrojados en estudios se demuestra que la persona deprimida cree no tener ningún valor, asunto con el que frecuentemente nos enfrentamos.

Muy comúnmente en el conflicto que nos plantea el paciente se localiza, a través de la entrevista un autoconcepto débil, generado a partir del autoreproche y de un rechazo a continuar con su estilo de vida ya que no es capaz de tomar decisiones acertivas, lo cual nos habla en general de una autoestima baja incapaz de reconstruirla por sí mismo; de manera recurrente o paralela se presenta la depresión en mayor o menor grado.

Mintz opina que se debe prestar atención especial a la recuperación de la autoestima por parte de pacientes depresivos o con tendencias suicidas. Según Bellak y Small se trata de un requisito prácticamente universal en la psicoterapia breve. La autoestima va muy ligada con el autoconcepto por lo que es necesario hablar de ello.

El diccionario de Psicología de la quinta edición castellana nos ilustra: Autoimagen, Autoconcepto: Los conocimientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo.- Sí mismo se origina tanto en autoobservación de las propias vivencias y acciones como en las diversas formas de juicio ajeno (alabanza, censura, recompensa y castigo). Lo segundo conduce también a la autoimagen ideal y a la discrepancia con el ideal del yo - Autoconocimiento. La referencia a los otros se da también en la heteroimagen presunta, es decir, en las suposiciones que el individuo hace sobre la imagen que los otros tienen de él. La heteroimagen presunta es una parte constitutiva de la heteroimagen, que nace en la percepción interpersonal y pasa a la autoimagen. La autoimagen ajena presunta es también una parte de la heteroimagen (p.e. él es un engreído), porque describe los conocimientos y los sentimientos que, según la propia

opinión, tiene el otro sobre sí mismo.

Por los fines que se persiguen, no obstante ya habiendo mencionado el papel que juega la autoestima con respecto a la depresión, se destacarán aspectos importantes sobre la misma. Si se considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también se deben tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla, los cuales se consideran como la causa de la depresión. La etiología de la depresión es multifactorial con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues influirán en el tipo de depresión que desarrolle el ser humano.

Tipología de la depresión

Aún cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos (Calderón, 1984), divide las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

| TIPO | CUADROS EN LOS QUE PREDOMINA |
|--------------|------------------------------|
| Genéticas | Depresiones Psicóticas |
| Psicológicas | Depresiones Neuróticas |
| Ecológicas | Depresiones Simples |
| Sociales | |

Genéticas: son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, algunas personas son de mayor vulnerabilidad específica a la psicosis maníaco-depresiva, Cleghorn, R. y Mc. Farland, R. realizaron investigaciones donde uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se toma como referencia, lo cual es válido para la depresión psicótica, específicamente para la psicosis maníaco-depresiva, es evidente que se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia, no se puede hablar de una herencia directa sino simplemente de las posibilidades existentes.

Psicológicas: estas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Los factores emocionales desempeñan un papel predominante, presentándose desde los primeros años de vida determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo que algunos terapeutas les llaman también rasgos constitucionales. Estos no se heredan, se aprenden a través de la relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia.

Causas determinantes.

Se le llama neurótica ya que se deriva de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, y de que para entender la neurosis de un paciente, se deben de relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación que no fue resuelta durante la infancia, presentándose trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez, y onicofagia, entre otros, conceptuándose como problemas de personalidad y conducta, debiendo considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que producen angustia, determinando su aparición. Los sentimientos de culpa creados por necesidades inconscientes, forman parte de este cuadro.

Ecológicas. Debido al desarrollo científico y tecnológico que se ha llevado a cabo en los últimos años se han generado consecuencias negativas que han perjudicado el equilibrio, a saber: un acelerado crecimiento de la población mundial, la explotación immoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes, cantidad exorbitante de desechos, provocan una severa contaminación ambiental e inestabilidad ecológica. Por lo que es lógico suponer que los aspectos psicológicos del hombre, no se encuentran al margen de todo ésto, por lo que su salud mental es también afectada por este nocivo ambiente en el cual se desenvuelve.

La mala calidad de aire inhalado, la pérdida de economía, el cansancio, el insomnio, la fatiga física e intelectual, la irritabilidad, la sordera, la inversión del tiempo en el transporte, el aumento de frecuencia cardiaca y de la tensión arterial, el stress, problemas familiares y de pareja, enfermedades crónicas, etc., o la combinación de las anteriores, son algunas de las causas que originan la depresión.

Social. Es bien sabido que los lazos afectivos que unen a cada individuo con su familia o con algún ser querido toman una vital importancia para las relaciones sociales que se establecen, pero frecuentemente, tarde o temprano existirá un distanciamiento de nuestras principales fuentes de apoyo afectivo. En un país como el nuestro se acrecentan vínculos de dependencia familiar, pero a cierta edad el individuo debe tomar el curso de su vida llevando a cabo actividades y decisiones independientes para lo que en ocasiones no se encuentra preparado, generando angustia, desesperación e inestabilidad notable, no pudiendo conducirse como habitualmente lo hacía. Es el estado de duelo por el cual atraviesa un individuo lo que nos da un ejemplo de ello.

Es decir la depresión social abarca áreas en las cuales el sujeto se encuentra desorganizado respecto a su entorno, suele sentirse sólo o abandonado, debiendo depender de sí mismo. Las causas pueden ser varias, desintegración familiar, divorcio, pérdida de algún miembro de la familia, disminución de apoyo por parte de alguna persona o grupo significativo para el individuo.

Características de la depresión.

Aunque existe diferencia entre la depresión psicótica y neurótica en cuanto a grado y duración, podríamos decir que en esencia el cuadro clínico y sintomatología son parecidas; por lo que aquí describiremos las características más sobresalientes de una forma grave de melancolía y en seguida sus síntomas, agregándose algunos comentarios sobre como éstos se manifiestan en depresiones leves, de manera que el terapeuta del teléfono pueda realizar una mejor exploración rápida del tipo de depresión que presenta el paciente, haciendo un diagnóstico más preciso.

En los casos severos de depresión, los enfermos muestran una cara triste y contrída, con gran expresión de pesadumbre en la cual llama la atención la falta de lágrimas, es decir llora en silencio. La frente se encuentra arrugada y aparece un pliegue triangular en el entrecejo, formándose por la contracción de los músculos frontales, además las comisuras labiales se desvían hacia abajo. El paciente se arrastra con la cabeza hundida, apoyándose frecuentemente sobre a lo que a su paso encuentra, rehuyendo la mirada de la gente. Todos los movimientos se encuentran inhibidos y si llega a realizarlos, ocurren lentamente y con dejadez, el aspecto del paciente es descuidado y sus maneras cohibidas y silenciosas. Aunque éstas características no las puede visualizar el terapeuta puede y debe indagar al respecto; no olvidando que existen otros elementos en los que no es necesario indagar sino que son inferidos. Sus respuestas son lentas es decir, la voz es leve, monótona y generalmente quejumbrosa, solo habla de cosas tristes, no existe forma de animarlo, y casi no muestra pensamientos propios que lo caracterizaban con anterioridad. Comenta que le es difícil la realización de sus labores ordinarias y es recurrente su falta de concentración. Los pacientes se caracterizan por trabajar el doble de lo que debieran para únicamente rendir la mitad de lo usual.

Kraepelin (1972) afirma que la inhibición de los movimientos sintoma particular de este tipo de depresión, hace que los pacientes permanezcan callados y casi inmóviles. Cuando se agrava, los enfermos en este estado llegan al extremo de orinar o defecar en la cama. En ocasiones presentan rigidez cérea; además en la melancolía los gestos indican dolor. El ritmo de conversación, tono de voz, fluidez de las palabras o frases que manifieste el entrevistado, rigidez, etc., forman parte de las características que van a hablar por sí mismas de la situación que le aqueja.

En las depresiones neuróticas la conducta no sufre modificaciones en cuanto a su sintomatología visibles, el yo se presenta con menos defensas que las habituales al carácter propio del paciente. Tienen a guardar convencionalismos sociales y nunca se muestran tan inhibidos. Es importante escuchar a este tipo de pacientes con atención ya que dan respuestas y en ocasiones se escucha que rien mostrando cierto optimismo. Pero si se escucha con atención, se puede percibir que la persona se encuentra desanimada e insatisfecha.

Los enfermos melancólicos presentan disminución en sus capacidades intelectuales el pesimismo y la desesperanza llegan a grados extraordinarios. Los pacientes no son capaces de encontrar satisfacción en ellos, y su mundo interno se reduce a la nada, por otra parte su envidia crece y cuando los demás hacen algo por ellos, proyectan que es demasiado y que no lo merecen, lo real es que no pueden agradecer; por el contrario, en algunos casos piensan que las personas no hacen nada por ellos lo que también les hace estar mal; por lo que es conveniente mantenerse atento a su diálogo.

En los casos de depresión leve los enfermos explican sus síntomas, como una situación de tristeza o de nostalgia, todo lo que en el fondo manifiestan es auténtico, puesto que su capacidad para trabajar disminuye y pueden percatarse de ello, piensan y reportan que sus proyectos y planes no serán fáciles de lograr, existe pesimismo en sus comentarios, sin embargo tienen en mente objetivos.

La siguiente modalidad que presenta la depresión, se puede considerar vía telefónica para evaluar el estado del paciente. Equivalentes somáticos de la depresión pueden ser la fatiga y el dolor. La primera es el resultado de los esfuerzos del paciente para disminuir las tensiones creadas por el conflicto emocional. El dolor es usualmente vago o generalizado en ocasiones se manifiesta como un simple malestar en la cabeza o jaqueca, que no es más que una forma de controlar el impulso agresivo. .

Varios síntomas que se presentan durante la depresión son por mencionar algunos:

- Estreñimiento.
- Diarrea.
- Dolor estomacal, de espalda, de cabeza.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de interés sexual.
- Mareos.
- Temblores.
- Náuseas.
- Compulsión alimenticia.

Las anteriores no necesariamente son manifestaciones somáticas pertenecientes a la depresión. Otro sustituto de la depresión puede ser usar el dinero comprando objetos para asegurarse que el yo no sea empobrecido y así establecer la sensación de sentirse bien por medio de suplementos narcisistas del exterior (Jacobson E. 1971).

Todas estas formas de enmascarar la depresión, son defensas utilizadas para no encarar la enfermedad melancólica propiamente dicha. Numerosos pacientes sufren incluso intervenciones quirúrgicas por quejas somáticas no específicas, resultando ser profundas alteraciones afectivas.

Concepción Cognoscitiva de la Depresión

Actualmente existen otros principios referentes al enfoque de la depresión y su tratamiento; estos nuevos métodos han comprobado la superación de estados emocionales depresivos, creando sentimientos de bienestar con respecto a la propia vida del paciente, una de las técnicas consiste en un tratamiento que se conoce con el nombre de "Terapia Cognitiva".

Seleccionamos este método de intervención con el paciente deprimido ya que su actuación es rápida, se puede manejar por teléfono, es eficaz y sus resultados han sido eficientes para tratamientos de carácter emocional, funcionando en depresión y ansiedad principalmente. Consiste en enseñar al paciente a modificar su manera de interpretar y ver las cosas cuando se siente perturbado, a fin de que logre sentirse mejor y actúe incorporándose a su medio.

Hay que destacar que en este caso lo que concierne es la terapia breve y se ajusta a los requerimientos del material de apoyo al terapeuta. La terapia cognitiva puede funcionar sin llevar a cabo una intervención a largo plazo.

La intervención breve causa mucha controversia dentro de la terapia tradicional, no pretendemos que la terapia cognitiva sea la única forma de tratar al paciente deprimido, sin embargo funciona dentro de la terapia breve y de emergencia.

La palabra "cognitiva" se refiere al modo de pensar y de sentir que una persona tiene en determinado momento (Beck, 1973). La terapia cognitiva funciona a través de tres conceptos fundamentales.

La terapia cognitiva se basa en la conversación y surge a partir de la necesidad de crear métodos para el tratamiento de depresión, que fueran, no los tradicionales tardados y que por su tardanza perdieran eficacia, (Burns, 1980). La terapia es práctica y se basa en el sentido común, aspecto que hay que recordar y no perder en ningún momento de vista.

-El primer principio de la teoría cognitiva es que son las cogniciones o pensamientos los que crean todos los estados de ánimo. Lo que se refiere al modo en que el ser humano ve las cosas: sus percepciones, actitudes mentales y creencias, comprende también la manera en que se interpretan las cosas lo que la gente se dice a si misma sobre algo o alguien, la reacción emocional no es una consecuencia de lo que sucede, sino de lo que se está pensando, la teoría sostiene que el pensamiento crea la emoción.

-El segundo principio se basa en que, cuando el paciente se siente deprimido los pensamientos se encuentran dominados por una negatividad. Se puede por lo tanto percibir todo alterado y se puede creer que las cosas son tan malas como se piensa o se imaginan, tendiendo a visualizar del pasado aquello que ha sucedido mal, y el futuro se ve con problemas e incierto, causando angustia y sentimiento de impotencia, lo cual es ilógico.

-El tercer principio: estudios han comprobado que los pensamientos negativos que provocan la agitación emocional casi siempre contienen grandes distorsiones mentales; los pensamientos parecen válidos pero si se analizan se puede observar que con frecuencia son irracionales y erróneos, y que ese pensamiento es una de las causas y en ocasiones la única causa del sufrimiento que reporta el paciente durante su entrevista telefónica.

La tesis del Dr. Beck se basa en cuatro puntos:

- 1.-Cuando se está deprimido o ansioso se piensa de manera ilógica, negativa, y sin darse cuenta el individuo actúa de manera contraproducente.
- 2.-Con un poco de esfuerzo uno puede adiestrar al solicitante del servicio para modificar sus esquemas mentales.
- 3.-Cuando desaparecen los síntomas más dolorosos puede volver a continuar con sus actividades encontrando mayor equilibrio emocional.
- 4.- Empleándose este método; los objetivos anteriores pueden lograrse por lo general, en un período relativamente breve.

Aaron T. Beck argumenta que la terapia cognitiva ofrece al paciente:

- 1.-Una mejoría rápida de los síntomas: Se puede observar un alivio de los síntomas en aproximadamente 12 sesiones.
- 2.-Comprensión: Una explicación clara de los motivos por los cuales el paciente se deprime y qué puede hacer para modificar su estado de ánimo explicándole el por qué de sus sentimientos.
- 3.-Autocontrol: Aprende a aplicar estrategias seguras y eficaces que le harán sentir mejor siempre que se encuentre deprimido.
- 4.-Prevención y maduración personal: Prevenir futuras oscilaciones de su estado de ánimo, pudiéndose basar en la reevaluación de algunos valores y actitudes básicas.

Manejo de la terapia cognitiva por teléfono.

Para un buen diagnóstico el terapeuta puede hacer referencia hacia su salud, preguntando: ¿ha padecido alguna molestia inexplicable?, ¿dolores?, ¿pérdida de peso?, ¿fiebre? u ¿otros síntomas de enfermedad física?, de ser así, puede sugerirle alguna visita al médico para la realización de una evaluación completa.

Hay pacientes que reportan dolores físicos, si después de una evaluación médica, no hay razones de enfermedad física, puede sugerirse que su sintomatología parece estar relacionada con su estado emocional. Recordando que los síntomas indican pero no prueban la existencia de trastorno emocional.

Se le apoya al paciente haciendo un análisis crítico referente a la postura que tiene con respecto a su problemática, sabemos que el paciente se encuentra agitado y tiene desordenadas las ideas, por lo que en este sentido es conveniente cuestionarlo.

Se le ayuda a identificar y eliminar eso que le perturba y lo hace sentir mal desde el comienzo de su llamada, pidiéndole de ser posible (dependiendo del grado de depresión en que se encuentre), que en su siguiente entrevista vea de que manera le ayuda el saber el origen de su estado emocional, o si creé es necesario averiguar más para eliminar su malestar. Se le apoya y alienta a que comience a pensar con más objetividad, fomentando su transformación emocional y su autoimagen; a fortalecer la confianza en sí mismo. Es preciso que cuando se presente un acontecimiento que le moleste, intente procesarlo en su mente a través del pensamiento y darle un significado de manera que pueda comprender lo que sucede, dándose un tiempo para sentirlo. Reafirmando como se mencionó con antelación que el piloto de todo esto es el sentido común, y que si sus percepciones logra acomodarlas de tal manera que sean coherentes, las emociones podrá sentirlas "normles", ya sean positivas o negativas sin que causen gran conflicto. Para Burns la depresión es el resultado de interferencias mentales distorsionadas.

Funciona sugestivamente el informar al paciente que requiere de tiempo el manejo de sus emociones, y que en un principio puede regresar a sus viejos modelos de comportarse y entender las cosas, lo que en cierto modo es comprensible; pero puede irse dando cuenta cada vez más de lo productivo que puede ser comenzar a esforzarse a trabajar sobre sus pensamientos, redituándole con el tiempo.

4) TECNICAS DE INTERVENCION TERAPEUTICAS APLICABLES VIA TELEFONICA.

A continuación se exponen técnicas de intervención terapéuticas, las cuales por su accesibilidad, manejo sencillo, tratamiento a corto plazo eficaz y no profundo, ayudan a los terapeutas en cuanto a las demandas y necesidades que plantea el solicitante que llama; cubriendo características para ser puestas en práctica en atención telefónica. Son técnicas específicas que ayudan en el apoyo psicológico por teléfono.

Técnica de control de stress

Para reducir el stress, uno de los primeros pasos es el reconocimiento del propio organismo. La psiquiatría occidental se ha visto influida en su estudio por la interacción entre el cuerpo y los estados emocionales, hay dos teorías al respecto.

1.- Gestalt de Fritz Perls.

2.- Bioenergética de Alexander Lowen.

Ambas trabajan estrechamente en la relación mente - cuerpo y mantienen la teoría de que el cuerpo siente el stress, antes de que éste se haga consciente a nivel mental. Así tenemos que la tensión muscular permite saber que estamos estresados. Perls creía en la importancia de diferenciar entre el conocimiento de lo externo, y el conocimiento de lo interno, para separar de este modo el mundo de lo que es nuestra reacción ante él. El conocimiento de lo externo incluye el que todos los estímulos que pueden llegar a los sentidos procedentes del mundo exterior, y el conocimiento de lo interno se refiere a cualquier sensación física, de malestar o bienestar emocional. Por desgracia es común

que no nos fijemos en lo interno puesto que nuestra atención se encuentra normalmente dirigida hacia el exterior.

Toma de conciencia

Es muy frecuente la llamada de pacientes que padecen de stress por lo que una intervención rápida y oportuna se encuentran en proporcionarle información para el manejo del stress, a ello se le denomina: toma de conciencia.

a) Comuníquele que es indispensable concentre su atención en su exterior y que formule frases como: soy consciente de, (el sillón se encuentra sucio, huele a tortilla caliente, hay poca gente en la calle, etc.) hay que estar preparado para ello.

b) Comuníquele que ahora trate de centrar su atención en su interior y de igual manera formule frases como: soy consciente de que el pantalón me aprieta, de que tengo sed, de la tensión que siento en la espalda, estoy sudando demasiado) etc.

c) Sugiera que ahora realice un esfuerzo de pasar de un estado consciente externo a otro consciente interno.

d) Explique que realizando estos ejercicios en su tiempo libre aprenderá a separar y a apreciar la diferencia que existe entre su mundo interno y su mundo externo.

Esta técnica ayuda a que el solicitante aumente su conciencia sobre sí, con lo que su autoestima se verá reforzada.

Relajación progresiva

Otra técnica que sirve para el manejo del stress es la exploración del cuerpo a través de la relajación progresiva de los músculos, que reduce la frecuencia del pulso y la presión sanguínea, el grado de respiración y la frecuencia cardio-respiratoria. Si se aplica correctamente puede llegar a tener el efecto de un fármaco; que actúe reduciendo la ansiedad. De lo antes expuesto y para la aplicación de la técnica deben de darse las siguientes instrucciones.

Cabe aclarar al terapeuta que es vital dar indicaciones de manera paulatina y precisa al paciente; entre ellas, que cada parte del cuerpo al ir avanzando progresivamente de pies a cabeza la deberá relajar, aunque mencione que no se encuentre tenso de X parte.

Las técnicas de disminución de stress son técnicas de autocontrol y las puede trabajar cualquier paciente, después de darle las intrucciones adecuadas. Por su accesibilidad y sencillez son poporcionables via telefónica como ejercicios de relajación. Cabe mencionar que es necesario para el desarrollo de esta técnica se den instrucciones de **imaginar** cada parte de su cuerpo según lo vaya recorriendo. El tiempo que se requiere para pasar de una parte a otra de su cuerpo, será **aproximadamente** en su inicio de 10 segundos, con la práctica será mas breve. Es probable que el paciente diga que está cansado y que le cuesta trabajo el ejercicio, lo que es normal cuando no está acostumbrado a dicha actividad además de que generalmente tampoco está acostumbrado a pensar sino a que se le dé ya todo digerido.

La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es compatible con la ansiedad y angustia: el hábito de responder a una forma anula el hábito de responder a otra.

La relajación progresiva actúa sobre los siguientes síntomas:

-Tensión muscular.

-Ansiedad.

-Insomnio.

-Fatiga.

-Colon irritable.

-Espasmos musculares.

-Dolor cuello y espalda.

-Hipertensión arterial

-Fobias moderadas.

-Tartamudeo.

El total de tiempo requerido es de una a dos semanas a razón de 15' por día.

Indicaciones en la Relajación de Músculos

La mayoría de las personas desconoce cuales son los músculos que están tensos de forma crónica, y la relajación progresiva proporciona el modo de identificar estos músculos o grupos de músculos y de distinguir entre la sensación de tensión y la relajación profunda.

La relajación en particular de un músculo o grupo de músculos puede practicarse sentado en una silla procurando que la cabeza esté apollada en una superficie; cada músculo o grupo de músculos se tensa de 5 a 7 segundos y se relaja de 20 a 30 segundos, pudiendo repetirse hasta 5 veces, el terapeuta puede repetirlo con el paciente hasta que éste lo haya aprendido bien incitandolo a que lo repita todos los días en su casa hasta que logre sentir mejoría. El propósito de este ejercicio será ayudarle a reducir tensión y angustia, teniendo un mejor control sobre su cuerpo; indíquele al paciente que es común que al principio le cueste trabajo relajarse, pero que esto se dará con la práctica.

Técnica para el manejo del paciente deprimido

En pacientes jóvenes con alguna situación depresiva la intervención puede ser breve pero muy productiva, se puede proceder a exponerle la enfermedad en terminos muy sencillos, en caso que exagere sus culpas asegurarle su falta de responsabilidad y establecer un plazo "compulsivo de acción" para la terminación del tratamiento, pedirle o en su defecto "exigirle" la realización diaria de sus tareas así como un régimen de actividad máxima a desempeñar, el cual se recomienda planear entre ambos, apresurándolo a que cada sesión pueda referir datos precisos y detallados de lo acordado. Este método se puede realizar durante varias sesiones.

La realización de tareas específicas que pueden ser sencillas pero que requieren esfuerzo pretenden hacer que la atención del paciente pase de un estado depresivo a el desempeño de tareas específicas, con lo que se alivia la tensión en un nivel concreto .

Gross menciona que se trata de impulsar al paciente contrarrestando sus sentimientos de impotencia o de ineficacia. Cabe mencionar la necesidad imperiosa de que su alivio consistirá, como tarea principal en la terapia, en hablar sobre la depresión misma, posponiendo otros problemas, relevando al paciente de sus culpas y aunque sabemos que ésto es implícito al tratamiento, es recomendable hacerlo explícito, es decir, adquirir un compromiso verbal el cual es muy recomendable desde el punto de vista terapéutico. Una de las primeras decisiones que ha de tomar el paciente consiste en si ha de trabajar o no con el terapeuta en su lucha contra la depresión.

Se pide a la persona que se siente y se ponga en la posición más cómoda posible, sin que la ropa o alguna cosa le incomode, que trate de aislarse lo más que pueda de cualquier ruido que pueda perturbar su tranquilidad, se le pide que cierre los ojos indicándole que se mantendrá así hasta que se le indique; en seguida, que respire profundamente (sólo por la nariz), y sostenga el aire lo más que pueda sin forzarse y lo expulse todo, (únicamente por la boca) este ejercicio de respiración se repetirá de 5 a 8 veces dependiendo del estado de stress en el que se encuentre la persona. Pudiendo prolongarse de 8 a 12 veces.

Posterior a la respiración, y continuando con los ojos cerrados, la siguiente indicación será que fije la atención en su cuerpo, comenzando de los pies hacia arriba, llamando a cada parte del cuerpo por su nombre (tobillo, pantorrilla, rodilla. etc.) y vaya subiendo paulatinamente hasta llegar a la cabeza, sin omisión de ninguna parte del cuerpo, y si se llega a localizar durante el recorrido alguna molestia o tensión se detenga y tome conciencia de ello; p.e. si es la espalda, dígame que se encuentra tensionado demasiado de esa parte, dígame el daño que le ocasiona; relajando esa parte cada vez más, cada vez más, creyendo firmemente que va a dejar de sentir tensión o en su defecto dolor,

recordándole que la tensión generada es autoinducida, y que piense cual podría ser la causa de la tensión y que puede hacer para cambiarla.

Un paciente deprimido, generalmente expresa "una necesidad de dependencia", "desesperanza", experimenta conscientemente, pérdida de la capacidad para "confiar", y en ocasiones menciona como única vía de salida la anulación de su vida, pues se encontraría mejor según él, además de autoafirmarse hacia los ojos de los demás; esto no sería mas que un "grito" de ayuda, por lo que se vuelca en un punto principal el advertir y elaborar diversas manifestaciones de su depresión, las cuales muy a menudo las expresan durante su primera entrevista, repitiéndolas en las siguientes. En la práctica clínica, la cuestión no es si un paciente tiene un sentimiento general de "desesperanza" sino sobre qué concretamente, está él desesperanzado: ¿de recibir el amor de un objeto que él experimenta en forma ambivalente?, ¿de no ser capaz de controlar un objeto o de llevar a cabo un acto de venganza?. De la manera que sea no hay que albergar la idea de que el paciente confía en el terapeuta, puesto que además de no conocerlo cara a cara; no lo conoce tampoco en su forma de intervenir como terapeuta vía telefónica, por lo que se tiene que centrar la atención en tratar de que él comunique honestamente algo respecto a sí mismo, con el propósito de conocer el grado de depresión en que se encuentra y poder evaluar si se le puede manejar con alguna técnica de intervención terapéutica por teléfono o si es necesaria su canalización. Cabe esclarecer que algunos pacientes deprimidos pueden presentar ideación suicida, por lo que no hay que perder de vista aquellos detalles significativos para la realización del diagnóstico.

Rechazo de Ideas Irracionales - Terapia Emotivo Racional.

Esta técnica de intervención terapéutica señala: "El Hombre no se ve distorsionado por los acontecimientos, sino por la visión que tiene de ellos". En conversación con uno mismo, el lenguaje interno del pensamiento dá lugar a frases con que se describe e interpreta el mundo. Se considera que si este lenguaje y diálogo es preciso y se ajusta a la realidad, no es fuente de problemas en el individuo. En encambio si es absurdo y falto de realidad, puede producir stress y otros trastornos emocionales.

Albert Ellis desarrolló un sistema para atacar las ideas o creencias absurdas al sustituirlas por otras afirmaciones; llamó a su sistema terapia emotivo y racional, se presentó por primera vez en un libro titulado Guía para una Vida Racional en colaboración con Harper, en el año de 1961. La teoría principal de Ellis es que entre el hecho y la emoción que se desarrolla media la real o irreal apreciación del mismo. Los propios pensamientos, dirigidos y controlados por uno mismo son los que crean ansiedad, mal humor, depresión y otros estados alterados.

Rimm y Litvak (1969), encontraron que el diálogo con uno mismo de carácter negativo, produce considerables cambios psicológicos. El cuerpo se pone tenso y se siente estresado cuando desarrolla silogismos irracionales como los siguientes:

La gente parece ignorarme en las fiestas.

¡Es claro que resulto aburrida o poco atractiva!

¡Que horrible!

Los resultados emocionales del proceso son ansiedad, depresión, ira, sentimiento de culpabilidad, desprecio por uno mismo, entre otros. La terapia emotivo racional ha demostrado su efectividad en disminuir la frecuencia e intensidad de estas emociones.

Algunos ejemplos de lo que refieren los pacientes del otro lado de la línea.

Para comprender y quede más explícito, una idea irracional puede ser: "No puedo soportar estar solo". Lo que al analizar resulta bastante incómodo, poco deseable y frustrante; por lo que debe enseñarse al sujeto que puede soportarse y es preciso

sobrellevarse. Claro está, si es que no hay otra opción que resulte mejor en la solución de su problema. **Más pensamientos irracionales:** "No debería de haber dejado a mis padres", "No debería de haber dejado mi casa", basándose en la idea de que uno debe dejar su hogar cuando se va a casar únicamente, porque así lo exige la sociedad; o las palabras "nunca debí decirle...". Las anteriores son un vivo ejemplo de lo que los pacientes reportan al otro lado del teléfono, sin darse la oportunidad de fallo alguno. Hay que señalar que no es precisamente un error lo que decidió, e intentar aclarar el por qué de esa idea.

A veces las ideas absurdas pueden estar basadas en percepciones colectivas o no completamente equivocadas: "Esa persona no me gusta"; o ideas fatalistas; "Cuando cruce por esa esquina, querrá decir que me morderá un perro rabioso" o bien puede corresponder a deberes y obligaciones de tipo perfeccionista; el solicitante del servicio piensa que "Las cosas deben suceder de una forma y no de otra", ejem: "Mi novio no recuerda nunca el aniversario por lo que entonces no me quiere lo suficiente"; en fin son ideas irracionales creadas por consenso, pero que de ninguna manera quiere decir que deben de ocurrir de X forma; en dichos casos es conveniente aclarar la situación, se podría sugerir al paciente, que vea si es que presenta otro tipo de conductas, con las cuales manifieste lo contrario de lo que piensa; parece muy sencillo intentar sacar al paciente de un conflicto que se le presenta momentáneamente, y que le produce mucho dolor, pero muy frecuentemente se topa uno con pacientes que sólo necesitan un ajuste en cuanto a la percepción que tienen de los acontecimientos.

Por consiguiente, si se toma, de ejemplo la siguiente afirmación: "Necesito amor" se puede observar que en sí misma genera desilusión, es estresora y muy poco alentadora para el propio sujeto; podría sugerirse cambiarla después de discutir sobre el asunto, de trazar un plan para interactuar con otras personas y de conseguir que el solicitante del servicio obtenga lo que desea, que sustituya la frase por "Deseo amor, a quién amar y que me amen; que sepa el paciente que esto no es en absoluto imprescindible para vivir", además se brinda la oportunidad de generalizarlo es decir que la intervención del terapeuta debe ser de apoyo y alentadora pues no hay que perder de vista que no se trata de aplicación de psicoterapia; además se ha corroborado que la aplicación de la terapia emotivo racional suele ser bastante alentadora y práctica en cuanto a la intervención breve. Otra idea que frecuentemente invade el pensamiento del ser

humano es el miedo a sentirse rechazado, llaman y afirman " No me quiere ..." o el " No me entienden", después de hablar sobre ello, y poder hacer que quede claro que es algo que puede sentirse momentáneamente y que independientemente que sea real o irreal, no es mentalmente saludable querer que todos lo quieran o lo entiendan, basando esto en que todos los seres humanos se encuentran influenciados por ideas que frecuentemente lo autodestruyen, las cuales no tienen por que poseer el valor connotado a menos que la persona lo desee.

En el mismo sentido, cuando la gente que se comunica a SAPTEL se siente totalmente estresada angustiada inconsolable por las múltiples ocupaciones y deberes que tiene por realizar y cuando siente que las tareas que debe desarrollar le llegan a agobiar y siente que no las puede realizar; la manera de apoyarlo en el momento y durante las demás llamadas, es ayudándole a organizar su tiempo, señalando que en ocasiones no es posible realizar todas las labores, que se dé una oportunidad; pero que sí se pueden organizar las labores en busca de mejores resultados, en concreto: lo antes mencionado consiste en realizar sustituciones tales como: "Tengo que... y Debo de ..." por "Probablemente sería mejor si organizara mi tiempo de X o Y forma" a manera de disminuir ese estado de stress en que se encuentra el paciente.

Tiempo de entrenamiento: la valoración de los pensamientos irracionales, más trabajar lo suficiente para rechazar uno de estos pensamientos, puede precisar aproximadamente de 20 minutos al día durante dos semanas, lo que implica que la duración de esta técnica sea breve. La imaginación emotivo racional, es un proceso a través del cual trabajará directamente con el paciente en el cambio de sus emociones. Le llevará dos semanas si practica unos 10 minutos al día, como mínimo de tiempo.

Ideas Irracionales dentro de la terapia Emotivo Racional

Tomando en cuenta que podemos valorar lo que le aqueja al paciente; es posible enfrentarnos con varias posturas y actitudes. Algunos autores señalan que dentro de las

más recurrentes, negativas y angustiantes se encuentran:

-El pensar que para un adulto, existe una necesidad absoluta de cariño y aprobación de sus semejantes, familiares y amigos.

-El creer que hay que ser sin otra opción, competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.

-Afirmar que ciertas personas son malas, despreciables, mal agradecidas, por lo que deberían ser castigadas.

-Decir que le resulta desagradable cuando las personas y las cosas no son como ellos (as) quisieran que fueran.

-Expresar que los acontecimientos externos son causantes de la mayoría de las desgracias que le suceden a él, o a las personas; es decir que simplemente responde según los sucesos.

-Manifiestar que siente miedo o ansiedad ante cualquier situación desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

-Pensar que necesitan contar con algo más grande y más fuerte que ellos mismos.

-Basar su existencia en que el presente se encuentra directamente determinado por el pasado.

-Referir que se encuentran en malas condiciones, y que no es posible puesto que se encuentran sin ninguna actividad; es decir, ceen que el estar sin hacer nada, les traerá bienestar.

-Argumentar que les resulta más fácil evitar sus problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.

En este último punto se puede realizar una lista con el paciente, para que vislumbre de qué manera evita enfrentarse a situaciones.

Las anteriores frases mencionadas por el paciente, son buenos indicadores en el malestar que presentan ellos, haciendo constar la situación en la que se encuentran, muchas de las cuales precipitan a la situación de crisis por la inadecuada conceptualización que tienen de ellas, pudiendo estar en combinación varias de ellas.

Técnica de entrenamiento asertivo:

Cundo una persona tiene dificultades interpersonales, se puede deber a su poca capacidad para responder a ciertos sucesos o eventos, son personas que refieren tener dificultades con su pareja, con sus familiares, en su trabajo; en general con diversas personas que se encuentran ligadas de manera frecuente con su entorno o su medio. De no desempeñar buenas relaciones pueden surgir situaciones en las que pierda el control, creándole frecuentemente sentimientos de frustración , de desesperanza hacia la vida, de un enojo continuo; irritabilidad y stress. El entrenamiento asertivo ayuda a interrelacionarse con los demás, ayuda a defender sus derechos, de no ser agredida ni agredir a los demás; enseña a contestar adecuadamente en diversas situaciones, obteniendo el ser humano lo que desea, sin necesidad de pelear o discutir por ello.

Andrew Salter en el año de 1950, describe la asertividad como un rasgo de personalidad, se pensó que algunas personas la poseían y otras no. Wolpe en 1958 y Lazarus en 1966, la describen como la expresión de los derechos y sentimientos personales, ellos encontraron que mucha gente puede ser asertiva en unas situaciones y en otras no.

De lo que trata el entrenamiento asertivo, es de aumentar el número de situaciones en las cuales la persona desempeñe una conducta asertiva, disminuyendo al mismo tiempo las conductas que proporcionan insatisfacción o decaimiento en el individuo.

Se debe estar al pendiente en la línea telefónica de personas que muestren no tener derecho a expresar sus sentimientos o sus derechos; no encuentran argumentos contrarios a los malos tratos ni contra las humillaciones, unos de sus comentarios pueden ser "me trata mal, pero es hombre" "mi jefe me pide todo a gritos, pero es el jefe"; ello, nos será de utilidad para saber si requiere la técnica de entrenamiento asertivo y si puede ser aplicada o no con algún paciente que nos llame; para ello, nos basamos en que algunos autores (Alberti y Emmons en 1970 y Jakubowski S. en 1973), en investigaciones encontraron que las personas que mostraban una conducta relativamente poco asertiva, creían que no tenían derecho a expresar sus sentimientos, creencias y opiniones; al parecer muy en el fondo, estas personas no estaban de acuerdo con la idea de que todos los humanos fueron creados de la misma forma y que por tanto debían ser tratados como iguales.

Una respuesta asertiva es aquella que se da cuando se defienden los derechos propios de modo que no se violen los de los demás. Se tiene la capacidad de expresar gustos e intereses de manera abierta, se puede hablar de sí sin sentirse cohibido, se pueden aceptar cumplidos sin sentirse incómodo; puede discrepar la gente abiertamente, se pueden pedir aclaraciones y se puede decir "no", le guste a la demás gente o no, sin agredirlos. Es frecuente que al presentar conductas asertivas las personas no se encuentren de acuerdo, por lo que hay que comunicar al paciente de dicha situación, y

no entrar en discusión con los demás, entendiendo que la demás gente también tiene derecho a expresar su posición, y en la manera como respete, irá fomentando el derecho que él tiene ante los demás.

En definitiva, cuando a una persona se le vislumbra esta situación, se puede pensar que llevará una vida más completa, una vida con relaciones interpersonales más relajadas. Aunque se puede pensar que el entrenamiento asertivo es frío y calculador, y que por lo tanto la persona podría verse como conflictiva y en desacuerdo; es derecho de cada persona protegerse ante situaciones que le parezcan injustas o que atenten a su integridad física y moral; por lo que recomendamos: que el paciente se percate en qué realmente está actuando mal, qué es lo que le molesta y lo que necesita.

El entrenamiento asertivo ha demostrado ser útil y eficiente en el tratamiento de la depresión, el resentimiento, la ira, y en general de la ansiedad derivada de las relaciones interpersonales inadecuadas, y muy en especial cuando tales síntomas que aparecen fueron provocados por situaciones injustas. En la medida que el paciente comprenda que las situaciones mal encaradas también son producto de su inestabilidad emocional; se le habrá ayudado en la resolución de su problema o conflicto; y cuanto desee cooperar en posteriores sesiones para su intervención breve, se irá entrenando, por lo que en la medida que se conciente de sus actos se irá volviendo más asertivo y comenzarán a surgir conductas en las cuales reclame su derecho a algo sin agredir a los demás, lo que repercutirá en su salud física y mental, relajándolo.

La técnica asertiva argumenta que por cuestiones de formación, es tradicional que la gente piense de manera errada; los pensamientos y las conductas se aprenden desde la infancia e impiden convertirse en un adulto asertivo, violando los derechos que se tienen como individuo; impidiéndole una vida más placentera.

Suposiciones tradicionales erróneas

- Es ser egoísta anteponer las necesidades propias de los demás.
- Es vergonzoso cometer errores.
Hay que tener una respuesta adecuada para cada ocasión
- Si uno no puede convencer a los demás de que sus sentimientos son razonables, debe ser que está equivocado o bien se está volviendo loco.
- Hay que respetar los puntos de vista de los demás, especialmente si desempeñan algún cargo de autoridad. Guardarse las diferencias de opinión para uno mismo; escuchar y aprender.
- Hay que intentar ser siempre lógico y consecuente.
- Hay que ser flexible y adaptarse. Cada uno o tiene sus motivos para hacer las cosas y no es de buena educación

El terapeuta puede mostrarle algunos de sus derechos a:

- Algunas veces ser el primero.
- Cometer errores.
- Ser el juez último de sus sentimientos y a aceptarlos como válidos.
- Tener sus propias opiniones y convencimientos.
- Cambiar de idea o línea de acción.
- Emitir juicios y a protestar por un trato injusto.

interrogar a la gente.

- No hay que interrumpir nunca a la gente. Hacer preguntas denota estupidez.
- Las cosas podrían ser aún peores de lo que son. No hay que tentar a la suerte.
- No hay que hacer perder a los demás su valioso tiempo con los problemas de uno.
- A la gente no le gusta escuchar que uno se encuentra mal, así que es mejor guardárselo para sí.
- Cuando alguien se molesta en dar un consejo, es mejor tomarlo seriamente en cuenta, por que suele tener razón.
- La satisfacción de saber que se ha hecho algo bien es la mejor recompensa. A la gente no le gustan los alardes; la gente que triunfa en el fondo cae mal y es envidiada.
- Interrumpir para pedir una aclaración
- Intentar un cambio.
- Apedir ayuda o apoyo emocional.
- Sentir y expresar el dolor.
- Ignorar los consejos de los demás.
- Recibir el reconocimiento formal por un trabajo bien hecho.

- Hay que intentar adaptarse siempre a los demás de lo contrario no se encuentran cuando se necesitan.
- No hay que ser antisocial, si dice que prefiere estar solo, los demás pensarán que no son agradables.
- Hay que tener siempre una buena razón para todo lo que se siente y hace.
- Cuando alguien tiene un problema, hay que ayudarlo.
- Hay que ser sensible a las necesidades y deseos de los demás, aún cuando éstos sean incapaces de demostrarlos.
- Es una buena política intentar ver siempre el lado bueno de la gente.
- No está bien quitarse a la gente de encima si alguien hace una pregunta, hay que darle siempre una respuesta.
- Decir No.
- Estar solo aún cuando los demás deseen su compañía.
- No justificarse ante los demás.
- No responsabilizarse de los problemas de los demás.
- No anticiparse a las necesidades y deseos de los demás.
- No estar pendiente de la buena voluntad de los demás.
- Responder o a no hacerlo.

Estos son algunos indicadores que nos pueden ayudar a resolver el sufrimiento de cualquier paciente.

Para algunas personas basta con practicar pocas semanas (3 a 4), para experimentar alivio de sus síntomas, pero otras necesitan de un trabajo arduo por el arraigo de su pensamiento ante las situaciones, sobre todo las personas ya mayores necesitan ir paso por paso con el objeto de conseguir un cambio significativo.

Identificación de conductas del paciente

El entrenamiento de técnicas asertivas requiere de identificar tres estilos básicos posibles en toda conducta interpersonal: para saber el tipo de persona que es, el tipo de relación que tiene con las personas, el problema que se está tratando, conocer su sentimientos y pensamientos con respecto a otras personas; así como la forma de enfrentarse a los acontecimientos.

El estilo agresivo, se puede localizar en personas que pelean, que acusan y amenazan, y en general en aquellas actitudes que signifiquen agredir a los demás, sin tomar en cuenta los sentimientos de los demás; una ventaja es que es poco probable que se metan con ellas, y una desventaja es que nadie quiere tenerlas cerca.

El estilo pasivo se puede localizar en personas que permiten se metan con ellas, se caracterizan por no defender sus intereses, y hacer lo que se les pide sin importar lo que piensen o sientan; una ventaja en estas personas es que raramente se les rechaza, y la desventaja es que suelen aprovecharse de ellas.

El estilo asertivo lo presentan personas que defienden sus intereses, expresan sus opiniones libremente, no permiten que los demás abusen de ellas pensando en no lastimar o agredir a los demás; la ventaja es que obtienen lo que quieren sin afectar a los demás.

Una manera de incitar al paciente a llevar a cabo un análisis detenido de sus actitudes y a empezar a desarrollar una conducta asertiva, es que le debe quedar claro que tanto el estilo agresivo como el pasivo, generalmente no funcionan para lograr lo que desean y se proponen, ya que en muchas de las ocasiones se generan problemas más graves.

Desensibilización Sistemática

Esta técnica se encarga de reducir la ansiedad y la desarrollaron primero: Salter (1949), y Wolpe (1958). Se basa en que la angustia puede inhibirse al ser sustituida por una actividad antagónica a la angustia. La desensibilización acarrea la exposición del paciente a la jerarquía de situaciones que le son aversivas mientras que él se encuentra realizando una actividad que es incompatible con la ansiedad. En la condición contraria a la reacción de ansiedad, la relajación se usa con más frecuencia, en este caso debe darse entrenamiento para la relajación, antes de aplicar el programa de desensibilización. La exposición gradual a la situación angustiante puede realizarse en la fantasía de la persona, utilizando la imaginación, también se utiliza la exposición en vivo; en el caso de el terapeuta de SAPTEL no se podrá ejercitar.

Por lo general el procedimiento da inicio con una situación no amenazante, y cuando ésta se ha dominado y ya no provoca más angustia, el entrenamiento progresa a un nivel que implique mayor amenaza. Se le puede alentar al paciente a que practique la situación a que ha sido expuesto imaginariamente, trasladando lo aprendido a la situación real.

Por otro lado según Wolpe las conductas neuróticas son básicamente conductas inadaptadas pero aprendidas, por lo que se pueden modificar o corregir mediante el descondicionamiento, al paciente se le ayuda creando situaciones que inhiben la ansiedad. El principio psicoterapéutico de inhibición recíproca establece que " Si se puede lograr una reacción inhibitoria de ansiedad ante la presencia de estímulos que provocan ansiedad, esto debilitará los nexos entre estos estímulos y la ansiedad" (Wolpe, 1960). Por ejemplo: si una persona llama y dice ponerse ansiosa al expresarse en sus relaciones interpersonales o sociales es preciso animarle; primero a que se exprese a sí mismo lo que cree, lo que siente o le sucede, dándose sus propios puntos de vista de manera libre y sin que nadie lo oiga, en segunda instancia que lo intente con personas allegadas a él, tratandolo de hacer libremente, y en tercer lugar, en la medida que sea posible que continúe comportandose de esta manera para hacerlo mas extenso, adquiriendo confianza en sí, inhibiendo o suprimiendo la ansiedad. Con el tiempo se considera que se formará un hábito en la persona, al que se denomina de aserción o firmeza, eliminandose gradualmente la ansiedad .

Por consiguiente, en la desensibilización sistemática, al solicitante se le conduce poco a poco, por medio de la relajación, a que se imagine escenas o estímulos de una intensidad cada vez mayor, hasta que puede imaginar escenas que prduzcan un máximo de ansiedad de tal modo que pueda experimentar estas mismas escenas en la vida real, sin experimentar ansiedad.

Recomendamos al terapeuta que en la primera sesión; si su propósito es controlar rápida y eficientemente la situación del paciente, es preciso realizar entrenamiento de relajación y posteriormente entrar a la desensibilización.

El terapeuta de SAPTEL debe proporcionar indicaciones precisas y detalladas de este ejercicio, de tal forma que las pueda realizar en el transcurso de la semana y reportar lo sucedido en su próxima llamada.

| TECNICA | INTERVENCION | DESARROLLO | OBJETIVO |
|---|--|--|---|
| Control de stress | Realizar un reconocimiento del cuerpo y del organismo. | Identificación de la tensión de cualquier parte del cuerpo. Concentrar la atención en el edo. físico del paciente. | Disminuir el stress. Relajar el cuerpo. Localizar su edo. inter no a partir de como se siente. |
| Toma de conciencia | Identificar su mundo interno, a partir de identificar su mundo externo. | Situación al paciente en relación a su entorno. | Identificar y apreciar lo que provoca la situación de stress. |
| Relajación progresiva | Reconocer su edo. físico y mental. | A través de la imaginación, relajar progresivamente su edo. físico y mental; iniciando por los pies y finalizando por la cabeza. | Reducir frecuencia del pulso, presión arterial y cardiorrespiatoria. Reducir ansiedad, tensión fisiológica. Relajar cada parte del cuerpo. |
| Manejo del paciente deprimido En la trápia del teléfono deben quedar muy claros los compromisos a que se lleguen | Realizar ejercicios de respiración, posición cómoda, ojos cerrados, evitar intervención de ruido y principalmente hablar sobre su malestar | No perturbar tranquilidad, reconocimiento de su situación (grado de depresión en que se encuentra), tranquilizar al paciente. | Pasar del edo. deprimido a la relajación, elaborar diversas manifestaciones de su depresión, induciendo a la realización de tareas específicas. |

| TECNICA | INTERVENCION | DESARROLLO | OBJETIVO |
|-------------------------------|---|--|---|
| Emorivo racional | Análisis concreto de ideas y pensamientos, así como de situaciones. Valorar el tipo de pensamientos que refiere el paciente. | Concientizar al paciente sobre su forma de pensar. Realizar un análisis de situaciones que lo estresan o lo deprimen. | Apoyar al paciente en el desarrollo de percepciones más adecuadas al medio en que se desenvuelve. |
| Entrenamiento asertivo | Visualizar que tipo de persona es; agrsiva, pasiva o asertiva. Comentar concretamente sobre situaciones que le son incontrolables o sucesos que desconoce como manejar. | Capacitar al paciente a que responda a ciertos sucesos o eventos adecuadamente. Capacitar al pazeinte en cuanto a situaciones mal encaradas. | Obtener lo que desea sin hacerse daño ni dañar a los demás. Realizar acuerdos. Reducir enojo, frustración, irritabilidad, stress, resentimiento, depresión, ira, ansiedad, etc. |
| Desensibilización sistemática | Relajar al paciente antes de practicar la desensibilización, exponiendolo gradualmente a la situación angustiante por medio de la imaginación. | Practicar autocontrol ante situaciones expuesto. Crear situaciones que inhiban la ansiedad. | Crear hábito de respuesta en la persona. Reducir la ansiedad y la angustia. Adquirir confianza para encarar situaciones. |

5) ANSIEDAD Y ANGUSTIA

La angustia es un sentimiento de la condición humana. El Diccionario de la Real Academia Española nos ilustra: es la emoción más universalmente experimentada y ha sido objeto de especial atención por parte de psicólogos y psiquiatras. Se trata de una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas u orgánicas en el sujeto que presenta la característica de pérdida de la capacidad de dirigir voluntaria y razonablemente la personalidad. Se considera también la angustia como un sentimiento o afecto originado por el instinto de protección contra un peligro, que provoca una perturbación del ánimo elemental, en parte un modo agudo y brusco (parecido al susto) en parte en forma lenta, continuada y atormentadora.

La angustia y el odio son sentimientos que pueden transformarse el uno en el otro. Se dice a veces angustia en el sentido de miedo, como vemos en el caso de miedo a un examen, ya que es posible el fracaso. En el psicoanálisis, la angustia constituye la primera experiencia que el hombre tiene en el nacimiento. Según Freud, la angustia real, angustia neurótica o angustia moral, es provocada por el super yo. Las recientes teorías de la personalidad relacionan la angustia, por lo general, con asociaciones entre estímulos naturales y estímulos dolorosos o amenazantes.

La magnitud del problema de la angustia es tal, que se calcula que el 10% de la población adulta padece síntomas que son la expresión física de la emoción angustiosa, y otro 12% sufre manifestaciones relevantes de angustia que están asociadas a enfermedades físicas. Tanto desde el punto de vista subjetivo como fisiológico, el miedo es distinguible de la angustia. Cuando el sentimiento ansioso resulta de una amenaza ante un peligro externo identificable en el ambiente, se usa el término miedo. **Mientras el miedo va dirigido hacia un objeto determinado, la angustia es vivenciada como indeterminada y carente de objeto.** El hombre también es capaz de anticipar una amenaza futura, y esta anticipación es la base de la angustia.

MIEDO

Reaccion normal ante situación de peligro identificado en el ambiente

Sentimiento motivado

Se acompaña siempre de un objeto concreto

ANGUSTIA

Respuesta a la amenaza anticipada del ser

Sentimiento inmotivado

No se acompaña de un objeto concreto

La angustia es más física, más inmovilizante y más sobrecojedora. La ansiedad es más psíquica, siendo vivenciada con inquietud y sobresalto.

ANSIEDAD

Más psíquica

Más libre

Sensación de falta de aire

Sobresalto

ANGUSTIA

Más visceral

Más constrictiva

Opresión precordial

Sobrecogimiento

La angustia puede ser adaptativa o no, beneficiosa o nociva, según la magnitud y el tipo de respuesta del organismo. En términos generales, la angustia normal, es menos acentuada más ligera y no implica una reducción de la libertad personal. La angustia patológica es desproporcionada con la situación o se presenta en ausencia de cualquier peligro manifiesto. El sujeto se siente paralizado e indefenso o se considera incapaz de tomar la acción apropiada para controlar las situaciones provocadoras de la ansiedad.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Mientras la angustia normal surge en el plano de los sentimientos psíquicos, es decir, los sentimientos dirigidos o motivados, la angustia patológica pertenece a los sentimientos vitales, aquellos que se refieren a la vivencia corporal.

ANGUSTIA NORMAL

Más ligera

Función adaptativa

Menos corporal

Ocurre en el plano de los sentimientos psíquicos

Surge dentro del ámbito de la libertad

ANGUSTIA PATOLÓGICA

Más profunda, recurrente o persistente

Deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico

Más corporal

Ocurre en el plano de los sentimientos vitales

Implica reducción de la libertad personal

En la **angustia endógena**, los síntomas ofrecen un carácter súbito, inexplicable, sin relación aparente para el sujeto que la sufre con las situaciones ambientales. Se asocia frecuentemente con las fobias múltiples. Espontáneamente tiende a evolucionar la gravedad de los síntomas. Este tipo de angustia es considerado como trastorno de base metabólica, determinado genéticamente. Generalmente requiere tratamiento farmacológico para lograr buenos resultados

La **angustia exógena** está relacionada con el stress; generalmente responde al tratamiento psicológico. En su evolución no se registran ataques espontáneos de angustia. Es menos común el desarrollo de conducta de evitación fóbica y cuando ésta surge, suele tratarse de una sola fobia.

ANGUSTIA ENDOGENA

Presencia de ataques espontáneos de angustia

Frecuente historia familiar de ataques de angustia

Frecuente asistencia médica

Predominio en sexo femenino

Responde a farmacoterapia

ANGUSTIA EXOGENA

Ausencia de ataques espontáneos de angustia

Sin historia familiar de ataques de angustia

Raramente asistencia médica

Similar frecuencia en ambos sexos

Responde a psicoterapia

Desde el **punto de vista evolutivo** hay que distinguir dos tipos de angustia; angustia aguda y angustia crónica.

La **angustia aguda** surge con un comienzo habitualmente brusco, generalmente como secuela de algún suceso específico, aunque puede aparecer de forma diferida y mostrar un incremento paulatino en la intensidad a lo largo de un breve período de tiempo. Las manifestaciones somáticas suelen ser varias. Según sea la capacidad del individuo para enfrentarse con la situación generadora de stress, los síntomas pueden ser rápidos o gradualmente, y eventualmente desaparecer o mantenerse.

La **angustia crónica** representa un estado habitual de hiperalerta, que implica frecuentemente un descenso del rendimiento social y laboral del sujeto.

Desde el **punto de vista clínico**, la angustia se presenta en diferentes manifestaciones:

- Síntomas subjetivos
- Alteraciones de la conducta
- Manifestaciones somáticas
- Correlatos fisiológicos

Subjetivamente, la angustia es vivida como una emoción poco placentera, sin causa y dirigida a los sucesos inmediatos. Se trata de un sentimiento aprensivo y de expectativa permanente frente a la posibilidad de que ocurra algo raro o grave: los sentimientos pueden ser ; morir, volverse loco o la realización de un acto que no se puede controlar. En ocasiones cuando la angustia es muy intensa es acompañada de despersonalización y desrealización; en la despersonalización se encuentra un sentimiento de extrañeza referido al yo. La persona que llama por teléfono comenta sentirse rara y expresa una sensación de vacío. En la desrealización el mundo lo percibe como si no existiera, como si no fuera real, frecuentemente reporta que no recuerda donde dejó las cosas, no recuerda ni organiza actividades pendientes, ni las que realizó, no logra concentrarse ni estar tranquila un rato, lo que indica que sus memoria es pobre; de pensamiento lento, por lo que sus funciones psíquicas se encuentran alteradas.

Para saber si un paciente presenta un estado de angustia, se le puede preguntar que actividades ha realizado ultimamente y como se ha sentido físicamente al realizarlas, ya que en algunos casos se encuentran con inhibición motriz, aunado a ésto, se puede llegar a percibir cierta incapacidad para hablar, es común que en estos estados la persona se encuentre inquieta, temblorosa, incapaz de permanecer sentada (pregunte si se encuentra parada o sentada), con movimientos varios (frotarse manos, morderse las

uñas, mover un pié o ambos etc.); es conveniente que el terapeuta sea un poco curioso, e interrogue detalles; por si menciona alguna de las anteriores.

Es común que las personas que presentan ansiedad, sean excesivamente dependientes, buscan seguridad y comprensión en los demás; éste papel lo puede cubrir el terapeuta pretendiendo reducir la ansiedad o angustia.

Por otra parte desde el punto de vista fisiológico, el organismo se encuentra en un estado alterado que implica una actividad a nivel sistema nervioso central (SNC). Los pacientes presentan una frecuencia cardiaca más acelerada que los sujetos normales; aumenta la irrigación sanguínea, la frecuencia cardiaca, actividad bioeléctrica cerebral acelerada, tensión muscular, entre otras alteraciones orgánicas (Ayuso J.L.).

Sintomatología.

Síntomas Cardiovasculares:

- Taquicardia
- Palpitaciones
- Dolor precordial
- Sensación de paro cardiaco
- Autopercepción del pulso
- Palidez
- Accesos de calor

Síntomas Respiratorios:

- Opresión torácica

- Disnea
- Sensación de ahogo
- Asma

Síntomas digestivos:

- Sensación de bolo esofágico (nudo en la garganta)
- Contracturas gastrointestinales
- Náuseas
- Vómitos
- Sequedad de boca .
- Anorexia
- Bulimia
- Hipo
- Meteorismo (gases en el estómago)
- Espasmos intestinales
- Diarrea
- Estreñimiento

Síntomas Genitouterinos:

- Emisión exagerada de orina
- Retención de orina
- Enuresis
- Eyaculación precoz
- Trastornos del orgasmo
- Trastornos de la menstruación
- Espasmo de esfínter

Síntomas Neuro Musculares:

- Temblor
- Hormigueos
- Cefalea
- Migraña
- Dolor en parte posterior de cuello
- Dolor de espalda
- Espasmos musculares en las extremidades
- Jaqueca
- Dolor muscular en el pecho

Síntomas de piel:

- Prurito
- Fenómenos alérgicos
- Acné
- Dermatitis

Todas las anteriores forman parte de la sintomatología que se presenta en la ansiedad. Desde el punto de vista somático, la angustia puede manifestarse de un modo variado, llega a afectar casi todas las funciones vegetativas.

Drogas que inducen a la angustia: Anfetaminas, antidepresivos, benzodiazepinas, hormonas tiroideas, efedrina, nicotina, cocaína y cafeína.

6) ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE SUICIDA

Antecedentes referentes al estudio del suicidio.

Hacia 1961 fué apenas cuando se empezó a analizar y explorar la naturaleza del suicidio, siendo notorios los alcances respecto a su prevención; en apenas 33 años se han abierto organizaciones profesionales, contando actualmente con más de 150 centros de apoyo además de que se cuenta con varios proyectos específicos para el establecimiento de centros en diversas comunidades, específicos para la prevención del suicidio.

Se ha fundado una asociación internacional para la prevención del suicidio cuya sede se encuentra en Viena - Austria, se encarga de promover conferencias bienales internacionales para el intercambio de información entre investigadores. Existen además dos organizaciones que se ocupan también del problema: La Federación Mundial para la Salud Mental y la Federación para Asociaciones no oficiales y de individuos que laboran en la Salud Mental.

El suicidio es un fenómeno complicado de investigar, es un problema de salud pública que cada día multiplica el número de muertes y que no solo termina ahí, sino que afecta la salud mental de los familiares y personas cercanas al suicida.

Frecuentemente los datos de intentos de suicidio son difíciles de recopilar con la intención de crear estadísticas veraces. Este problema se debe en gran parte a que las personas que no mueren tratan de ocultar su intento, o es ocultado por las personas que lo rodean; mientras que en los suicidios consumados es más sencillo obtener información pues la situación amerita intervención de otras instituciones, aunque a veces los datos son engañosos.

El suicidio es un problema de salud mental en el que la angustia y el temor de la víctima la llevan a preferir la muerte que su sufrimiento y cuyo único enfoque práctico advertido por varios autores consiste en la prevención; siendo de interés aprender y reconocer las diversas señales de peligro que emite el paciente con conducta suicida.

La muerte es la cesación o detención súbita de los actos y de la continuidad de la existencia. Son factores importantes la edad, la conducta suicida previa, el sexo y los recursos con los que el paciente cuenta tanto en su mundo interno como externo.

En Los Angeles California se han llevado investigaciones que como se esperaba han aumentado la posibilidad de mejorar habilidades para un buen manejo del suicidio.

El suicidio es siempre el acto de un hombre que prefiere la muerte a la vida, y las causas que lo impulsan no siempre son de la misma naturaleza en todos los casos, pueden ser hasta opuestas entre sí. No se pueden deducir todas las particularidades que son susceptibles de presentar porque debe haber algunas que dependan de las particularidades de cada uno de los sujetos dando a su acto una huella personal, que expresa de alguna forma su temperamento, las condiciones especiales en que se encuentra y que por consecuencia, no puede explicarse por causas sociales y generales del fenómeno. Pero éstas a su vez deben imprimir en los suicidios que determinan una totalidad sui-generis, una marca especial que las expresa, esa marca colectiva que les caracteriza es la que a lo largo del tiempo se va tratando de encontrar, así como la manera de prevenir

Clinicamente la conducta automutilante y/o los rasgos suicidas surgen en momentos de ataques de rabia intensa o rabia mezclada con brotes temporales de depresión. A menudo una exploración adicional, muestra que estos gestos están destinados a establecer o reestablecer control sobre el entorno al evocar sentimientos de culpa en los demás - cuando por ejemplo, se rompe la relación con la familia, con la pareja sexual o

cuando los padres se oponen fuertemente a los deseos del paciente. Otras veces, la conducta suicida o automutilante puede ser una expresión de culpa inconsciente por el éxito. Las personas que tienen rasgos infantiles combinados con características depresivo-masoquistas corren en particular el riesgo de intentos suicidas.

Otro tipo de conducta mucho más grave de autodestrucción crónica, ligada con frecuencia a tendencias suicidas, es una expresión de lo que O. F. Kernberg llama narcisismo maligno. Este fenómeno se encuentra en pacientes con organización límite y una estructura de personalidad predominantemente narcisista funcionando en un nivel límite abierto, es decir, con la falta general de impulsos, tolerancia a la ansiedad y canalización sublimatoria. Estos pacientes tienen estilos de vida que suelen ser caóticos como el de la personalidad infantil; por lo que hay que tener cuidado de no confundirlos. Sin embargo, en contraste con la dependencia intensa y conducta de aferramiento de las personalidades infantiles, básicamente estos pacientes se mantienen apartados y no involucrados con los demás; sus ataques de rabia y/o depresión se presentan cuando su grandiosidad patológica es desafiada, experimentando una sensación traumática de humillación o derrota.

Tratando de aclarar lo expuesto, el narcisismo maligno se refiere a pacientes que presentan una infiltración de agresión, en el mismo grandioso patológico que caracteriza a la personalidad narcisista; estos pacientes experimentan una autoestima y confirmación de su grandiosidad aumentadas cuando pueden expresar su agresión hacia sí mismos o hacia los demás. El placer en la crueldad, las perversiones sexuales sádicas, y la autodestrucción es experimentada como placentera, y forma parte de este cuadro.

La sensación que transmiten estos pacientes de ser capaces de dañarse o de quitarse la vida tranquilamente, en contraste con el temor, desesperación y los esfuerzos "suplicantes" de sus parientes o del personal a cargo por mantenerlos vivos y conservar sus contactos humanos, bien ilustra una distorsión dramática de la gratificación para la autoestima. La grandiosidad de los pacientes es satisfecha por su sentimiento de triunfo sobre el temor al dolor y la muerte, en un nivel inconsciente, por su sensación de tener control sobre la muerte. Algunos pacientes que padecen anorexia nerviosa pertenecen a

este subtipo. (Otto F. Kernberg).

Con frecuencia, los pacientes recién descritos presentan abuso crónico de drogas, alcoholismo o ambos, así como conducta antisocial, frialdad interpersonal o inestabilidad emocional; lo que indica que bajo estas circunstancias, los riesgos de suicidio aumentan y el pronóstico es menos favorable.

Identificación de pacientes de alto riesgo suicida

Un tercer tipo de autodestrucción crónica y conducta suicida relacionada, está presente en ciertos trastornos atípicos, crónicamente psicóticos que imitan los trastornos límite. Como ejemplo, algunos pacientes esquizofrénicos crónicos (la verdadera "esquizofrenia pseudo neurótica"), otros con trastorno esquizoafectivo crónico, y algunos con psicosis paranoides crónicas que presentan una estructura de personalidad mucho mejor integrada de lo que es verdad en la mayoría de los casos de esquizofrenia paranoide. Solo un diagnóstico puede revelar pérdida de la prueba de realidad, lo que indica que son pacientes con organización de personalidad psicótica, cuyas depresiones intermitentes pueden adquirir rasgos psicóticos con ideas depresivas, sobrevaluadas o hasta delirantes. Cuando estos pacientes no están en un episodio depresivo se encuentran retraídos y reservados socialmente en las interacciones terapéuticas. Con frecuencia revelan una historia con intentos de suicidio atrevidos, marcados por grados de crueldad insólitos o rasgos altamente ideosincrásicos (correspondientes a sus fantasías autistas sobre transformaciones corporales o psicológicas). También se puede incluir aquí, a aquellos pacientes que intentan el suicidio bajo el efecto de delirios persecutorios o demandas alucinatorias como por ejemplo pacientes que dicen que alguien les pide matarse; delirios que se pueden alargar por años dentro de un cuadro de depresión, apartamiento esquizoide o rasgos paranoides de personalidad.

Es importante señalar que actualmente no se cuenta con una forma metódica de explicar los suicidios pero sí se han podido destacar los caracteres mas generales y los mas significativos sin que se disponga de un criterio objetivo para realizar dicha

selección. Para el vulgo consiste en un estado único, siempre el mismo, susceptible tan sólo de diversidades exteriores, según las circunstancias. Para el estudioso de las enfermedades la palabra designa, al contrario, una pluralidad de tipos nosológicos (referente a su clasificación). De la misma forma se representa de ordinario a todo suicida como un melancólico para el que la existencia es una carga. En realidad los actos por los que un hombre renuncia a la vida se ordenan en diferentes especies, cuya significación moral y social no es en absoluto la misma.

Tentativa suicida exitosa abortada - Tentativa suicida verdadera

El paciente suicida puede ser quien: comete suicidio exitoso, hace una Tentativa Suicida (TS) no exitosa, amenaza suicidarse, muestra ideas suicidas o mantiene conductas autodestructivas, (Weiss J.). Es de interés mencionar que se suicidan mas hombres que mujeres, pero lo intentan mas mujeres que hombres. También cabe mencionar que la tentativa suicida se asocia con numerosos cuadros psicopatológicos.

En el suicidio consumado o exitoso se encuentra que dos terceras partes de los intentos se efectuan por arma de fuego o ahorcamiento. Existiendo "alta intencionalidad", el impulso es cierto, admitido y actuado por el paciente. Estas personas **no avisan su intención de matarse**, lo cual garantiza en gran medida el éxito que obtienen. Se caracterizan por dejar notas detalladas con órdenes y encargos posmortem, cuidando que nadie se encuentre cerca durante su acto; son pacientes lúcidos pero paralógicos, de pensamientos falsos. Confunden al self en su capacidad de autoreconocimiento, con el self que es experimentado por los otros; es decir no hay identidad propia. Es prácticamente imposible evaluar su potencial suicida, (riesgo suicida) sólo por la historia clínica. Este debe ser inferido por los indicadores adecuados entre ellos principalmente por la existencia de un "plan suicida". (Shneidman E., Farberow N. 1957).

Por otra parte el 75% de los pacientes que cometen suicidio y logran matarse tienen una historia con T.S. previa o bien amenaza de suicidio. En un estudio realizado por Robins

y colaboradores, el 94% de las personas de su casuística habían estado psiquiátricamente enfermos, sufriendo el 68% de psicosis maniaco-depresiva y/o alcoholismo crónico; en segundo lugar Robins señala esquizofrenia o lesión cerebral orgánica como enfermedades presentes en el historial de los pacientes.

De acuerdo con su grado de peligrosidad o riesgo suicida, se subdivide la T.S. en dos categorías:

- a) TS. Exitosa abordada, semejante en su mecánica al suicidio cometido, con alta peligrosidad e intencionalidad suicida.
- b) TS. Verdadera en la cual hay un verdadero juego con la muerte. Un ejemplo ilustrativo de esta categoría es la "Ruleta rusa".

Las formas típicas corrientes en la Tentativa Suicida son: envenenarse, cortarse las venas o inhalar gas. Los motivos conscientes más comunes son problemas domésticos, familiares o amorosos.

Es necesario prestar atención a cualquier indicador. Se considera la T.S.E. abordada como un "pedido de ayuda" al medio, aunque puede ser muy difícil de interpretar y es probable que al que se le manda el mensaje no lo capte. Striquel y Cook afirman que el resultado de la tentativa suicida depende de su efecto social y especialmente de las relaciones interpersonales. Se considera como una conducta sobredeterminada que incluye al sujeto y a su medio social.

En el segundo tipo, la T.S. Verdadera, se da una descarga de tendencias agresivas autodirigidas por medio de un juego con la muerte, casi siempre se hace como pedido de ayuda y en algunos casos por necesidad de castigo o como "juicio de dios".

Un punto de vista sociológico

Durkheim llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. La Tentativa es el mismo acto, solo varía en que es detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte.

Siendo bastante difícil indagar, pues no contaba con estudios referentes al suicidio; Emili Durkheim una de las principales precursoras en el concepto de conciencia colectiva y la inclinación suicida, pone en evidencia la importancia social para explicar este fenómeno, y distingue tres tipos de suicidio de acuerdo con el tipo de perturbación en la relación entre la sociedad y el individuo.

Suicidio egoísta: Un anormal individualismo traía como consecuencia un debilitamiento del control de la sociedad y reducía la inmunidad del sujeto contra la inclinación suicida colectiva. Este tipo de suicidio era el efecto de la falta de interés del individuo por la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado en ella.

Esta categoría se considera como la menos satisfactoria entre las tres. Incluye la mayoría de los suicidios debidos a enfermedades físicas y mentales, como también los suicidios de los desamparados.

Suicidio altruista: La gente sobre la que la sociedad tenía una influencia demasiado estricta y que a la vez tenía muy poco individualismo, podría ser impulsada a la autodestrucción por excesivo altruismo y sentido del deber. Esta clase de suicidio era común en las sociedades primitivas que en las altamente desarrolladas. A esta categoría pertenecían el anciano y el enfermo, que querían aliviar de sí a la sociedad; las mujeres que seguían a sus maridos en la muerte, los seguidores y sirvientes que se mataban tras

la muerte de sus jefes. El autosacrificio de los mártires y el hara-kiri de los oficiales japoneses eran suicidios de ese tipo. El suicidio altruista inspiraba respeto y admiración. Actualmente el suicidio altruista muy rara vez se comete.

Suicidio anómico: Si la sociedad fracasa en el control y la regulación de la conducta de los individuos, estado de cosas que Durkheim llamó anomia, el suicidio se hace más frecuente. El declinar de las creencias religiosas, la excesiva relajación de los códigos profesionales y maritales; en general el salirse de patrones establecidos son manifestaciones de la anomia. Lo que desemboca en trastornos de la organización colectiva; a su vez reduce inmunidad del individuo contra las tendencias suicidas. Esto explica la alta tasa de suicidios entre los divorciados.

Un punto de vista psicoanalítico

Por otro lado la contribución de los psiquiatras clínicos al abordar el fenómeno del suicidio se ha interesado en como se ha visto influenciado el suicidio por los distintos desórdenes mentales.

La contribución psicoanalítica al suicidio recae sobre dos frases: antes y después de la postulación del instinto de muerte, examinando la conducta suicida a la luz de sus conocimientos básicos; no queriendo decir que al hacer mención de instintos como eros y thanatos no haya producido división de opiniones entre seguidores psicoanalistas. Los biólogos, entre ellos Luther Bernard, censuraron la inespecificidad de ésta clasificación.

Alfred Adler, quién se separó de Freud, pensaba que el impulso a infringir dolor y pena a los parientes desempeñaba un papel significativo en la motivación del suicidio. Un factor constitucional, es decir, la intensidad del impulso agresivo, es también importante. Freud interpretó el impulso a la destrucción como un ataque contra una persona amada con quien el individuo se había identificado. Suponía que desde el

comienzo existía en actividad paralela al impulso sexual, una tendencia a la desintegración y construcción que denominó instinto de muerte, tendencia que tenía manifestaciones pasivas y activas, actos de agresión. También, se considera el suicidio como un acto de venganza. Muchos aspectos de la conducta humana podían entenderse como resultado de la relación entre el impulso sexual y el instinto de muerte, en términos psicológicos, como las expresiones de la acción recíproca del amor y el odio. La teoría dualista de Freud como ya se mencionó, no fué en general aceptada; el hablar del instinto de muerte parece que tiene dificultades lógicas, (Stangel, 1965).

En el libro "Mas allá del principio del placer", en donde destaca la preferencia de Freud por la explicación instintiva lo llevó a ver la agresión como una evidencia del impulso de muerte, atribuyendo el problema de la destructividad del ser humano a sus instintos.

Karl Menninger, (1938) es uno de los pocos autores que han mantenido la idea, que el suicidio es resultado de la lucha entre los instintos de vida y de muerte. Todos los actos autodestructivos serán provocados por un conflicto entre el impulso agresivo dirigido contra el yo y una tendencia para la autoconservación. Además elabora una de las mejores clasificaciones de los individuos suicidas de acuerdo con sus motivaciones esenciales:

- 1.- **El deseo de morir:** la persona que anhela morir quiere básicamente escapar de algo insatisfactorio en su propia vida y puede encontrarse en un estado de sufrimiento, tanto desde el punto de vista psicológico como físico.
- 2.- **El deseo de matar:** El individuo que ansia matar puede ver en el suicidio un acto de desquite que infringe sufrimiento y culpa a otras personas.
- 3.- **El deseo de ser muerto:** Finalmente el ser humano que quiere ser destruido aspira a un castigo por un acto o pensamiento que considera malo.

La postura psicoanalítica, respecto a la agresión volcada contra uno mismo, al parecer es válida, en investigaciones realizadas por Hendin en 1964, en países escandinavos confirman lo anterior.

Guarner dice que desde el punto de vista psicopatológico existen dos impulsos en la persona con sentimientos autodestructivos, uno por sobrevivir y otro en favor del suicidio, en la melancolía se observa que los autorreproches van en realidad dirigidos hacia los demás objetos ya que éstos se han tomado internamente en contra de uno mismo. Se advierte que las acusaciones son homicidas. El suicidio es el paso de una sentencia de muerte, que en el fondo será ejecutada por la propia víctima.

Se dice que en todo intento suicida existe la fantasía de ser salvado. Freud aseguraba que el que se autodestruye planea su propia ejecución con avidez de morir, y que se enfrenta en contra del afán de vivir y ser rescatado. La mayoría de los autores coinciden en que la melancolía y la depresión son un factor fundamental en el acto suicida.

Ningún concepto psicoanalítico puede hacer terapia breve y de emergencia.

Tratamiento preventivo al paciente con tendencias suicidas.

Se entiende como paciente suicida a toda persona que presente una disposición superior a la de la población media a sufrir procesos de autodestrucción, parciales, frustrados o completos. Se entiende como criterio terapéutico el de la prevención de los intentos suicidas.

Caplan establece tres tipos de prevención suicida.

1.-Prevención primaria: Esta se define como el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas con el fin de reducir la frecuencia de trastornos mentales en una comunidad.

2.-Prevención secundaria: Esta corresponde a la duración de dichos trastornos.

3.-Prevención terciaria: Esta atiende el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos.

Clinicamente corresponden a primer nivel los estudios de personalidad presuicida y las condiciones sociales que favorecen su desarrollo, específicamente el estudio del grupo familiar del paciente suicida.

Con cierto criterio clínico se han definido dos tipos de estructuras psicológicas, que se presentan muy frecuentemente en los suicidas, sin que ello invalide que; como todo proceso crítico, será siempre policausal y múltiple fenoménicamente, (P. Riviere).

-Una de estas estructuras con alta tendencia suicida está formada por personas pasivas, masoquistas y en las cuales predomina una inmovilización de las defensas.

-El otro tipo es llamado por las escuelas de San Francisco y los Angeles California "one care accident". En este grupo de personas lo que prevalece es: denegación, mecanismos contrafóbicos y predominio de las defensas de acción. (Tabachnik, N.).

En la primera modalidad nos enfrentamos con un paciente que sufre de una depresión severa con características autoacusadoras.

La siguiente modalidad suicida resalta que se trata de personas con desordenes de carácter, muy frecuentemente subcrónicos, que horas antes del "accidente" han sufrido un conflicto emocional. Este segundo grupo fué llamado por Arieti "reclamador" (Claiming type), como alguien que exhibe su falta de culpabilidad y que se queja de haber sido tratado injustamente o privado de algo. Estos pacientes tienen la expectativa de que sea el terapeuta quien lo compense de algo que siente que otro lo privó.

Acciones preventivas en pacientes con conducta suicida

Por anteriores razones se dirá que es preciso en un llamada de paciente con conducta suicida, ligarlo a su entorno, a las labores útiles dentro de su espacio vital, relacionarlo afectivamente a familiares para que deje de profundizar en los obstáculos que lo separan de ellos o de su medio; de otra forma al pensar en sí, la persona no puede encontrar razones de ligarse a ninguna otra cosa que a ella misma, reforzando el aislamiento en el que vive. Es necesario incitarle a pensar en algo externo a él, unirlo a cosas y seres fuera de él, pues de otra forma se encontrará incomunicado, la propuesta debe alimentar al paciente para que pueda aplicarse en algo, siendo útiles las palabras de aliento en un momento de tristeza, resentimiento o ira. Puede advertirse algunas veces, cómo la rabia y la agresión dirigidas a otros pueden ser volcadas contra sí.

Hay que tomar en cuenta que resulta más complicado realizar una evaluación diagnóstica del potencial suicida de una persona deprimida cuando llama por teléfono que cuando la tenemos cara a cara, primera situación que no debe pasar desapercibida el terapeuta del teléfono, por lo que resulta doblemente complicado cuando no ha tenido sesiones anteriores con el paciente; es decir, no lo conoce, lo que cabe en que se

amplian más las posibilidades de riesgo suicida que cuando se tiene cara a cara, segundo aspecto que tomará en cuenta el tratante de algún paciente con potencial suicida.

De la misma manera, hay que poner particular atención para la realización del diagnóstico, tomando en consideración la intensidad de la ideación suicida que refiere el paciente; los planes que dice tener para cometer su acto, es decir de qué manera dice que se va a quitar la vida; ingiriendo un frasco de pastillas, con una pistola, aventándose desde x piso, etc.. estos suelen ser buenos indicadores en el cálculo de las posibilidades de acción que tiene el psicólogo por ambas partes, tanto las suyas como las del paciente. Tratando invariablemente de aminorar la ideación suicida se puede encontrar algo que realmente sea significativo para él y hablar de ello.

La gravedad de la depresión puede medirse por el grado en que la conducta se aminora, la ideación se retarda, viéndose afectada la concentración del paciente (O. F. Kernberg). Hay que reducir al máximo la fijación de la idea que le molesta, de modo que reduzca la tristeza del paciente, reemplazando la tristeza por un ánimo vacío y nulo, que de alguna forma paralice la realización del acto, es decir, que la nulifique; siendo lo más apremiante cuando se tiene la llamada de un paciente con conducta suicida.

El paciente puede decir que ya no aguanta más, que ya no soporta o que está cansado, arto de su situación; una de las tareas a emprender inmediatamente, es preguntar de qué, o por qué se encuentra de esa forma, con la intención de conocer las causas, para darle dirección a la llamada. Conocemos que si el paciente llama es por que existe ambivalencia con respecto a la situación que puede ser conciente o inconsciente. Recordando que "En toda tentativa suicida de una persona, existe la fantasía de ser salvada".

Es imprescindible indagar sobre el estado físico y orgánico de la persona, para descartar la existencia de alguna enfermedad crónica o parcial que lo precipite a tomar la decisión de quitarse la vida. **El peligro es de particular urgencia cuando se detectan tres indicadores de manera simultanea: (O.F. Kernberg).**

- 1.- Ideación suicida e intención suicida.
- 2.- Retardo depresivo de funciones psíquicas.
- 3.- Rasgos biológicos de depresión.

El grado en que la conducta histriónica esté presente - la manifestación dramática de afecto en las personalidades infantiles - es menos relevante para la evaluación de la gravedad de la depresión y suicidio, pues baja su riesgo. Puede haber peligro agudo de suicidio en pacientes cuya conducta dramática persuada al terapeuta a hacer a un lado la gravedad de la depresión, o cuya alegría histriónica momentánea y labilidad general en el afecto transmiten la falsa impresión de que la depresión no es grave.

Recomendamos no subestimar lo que el paciente dice: podemos preguntar si como se siente en esos momentos, se ha sentido en otras ocasiones, a lo que suponiendo que responde que sí, el terapeuta podría pensar que es otra situación emocional más que presenta. Por lo que un potencial suicida agudo y grave tiende a subestimarse si el paciente menciona que cuenta con una historia de trastornos de personalidad con depresiones recurrentes sin intención suicida a lo que se le tiene que dar el debido respeto.

Los pacientes que muestran falta de interés en ellos mismos, una actitud indiferente, despectiva o halagadora hacia el terapeuta, en tanto que simultáneamente evidencian conducta suicida o ideación suicida; tampoco son de fiar y deben considerarse potencialmente deshonestos y por tanto con un alto riesgo de suicidio.

Un paciente que verdaderamente intente quitarse la vida, llevar a cabo una tentativa exitosa, no es frecuente que se comunique sino que lleve a cabo su acto. Los pacientes con grado de depresión o melancolía, comúnmente no dicen directamente al terapeuta

lo que pretenden; aunque por teléfono podría ser más fácil que lo comunicaran abiertamente, es muy probable que lo realicen de manera encubierta o enmascarada; razones para que se hable de ello, y se le incite a tomar terapia cara a cara.

En llamadas con ideación suicida, lo más indicado en todos los casos, es que el paciente sea canalizado y de ser posible hacer un seguimiento de caso.

7) SEXUALIDAD

En las últimas décadas se han tratado los conflictos emocionales que al individuo le preocupan en todos los diferentes roles que asume ante los demás, un aspecto que se ha tratado más abiertamente en estos tiempos es la sexualidad, que abarca una de las áreas más importantes del ser humano, a pesar de ésto han existido dificultades al tratar aspectos concernientes a este tema, sobre todo de las disfunciones sexuales.

El diagnóstico comprensión y diseño de técnicas terapéuticas adecuadas se facilitarán cuanto más se comprenda la fisiología de la disfunciones y los factores etiológicos que deben ser considerados por el profesional de la salud en los niveles orgánicos, psicológicos y sociales.

Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias faaes de la respuesta sexual, que provocan problemas o molestias al individuo o pareja, (Alvarez).

En el desarrollo del individuo se almacenan experiencias en su "memoria sexual" que a través del tiempo no logra solucionar debido a todo ese bombardeo de aspectos morales, religiosos y sociales. Tanto el hombre como la mujer se encuentran expuestos a sufrir algún trastorno de tipo sexual.

La sexulidad como un tema importante y complejo, obliga al terapeuta del teléfono a contar con un mínimo de conocimientos para informar, orientar o bien evaluar y detectar el problema. Masters y Johnson, al igual que Helen Kaplan son unos de los principales investigadores que han dado conceptos y desarrollado técnicas para poder dar solución a este tipo de trastornos, presentando sus posibles orígenes, tanto a nivel orgánico, como psicológico y social.

La amplitud de estos tópicos referentes a la sexualidad nos obliga a partir de menos a más de tal forma que se comprendan ordenadamente las definiciones y afirmaciones de estos trastornos. Es por ésto que a continuación se presentan los problemas mas comunes en orden de frecuencia abarcando sus diferentes puntos de inicio dando una explicación de los mismos, tomando como base, las posturas de los investigadores ya mencionados, incluyendo otros más que igualmente han dado aportaciones muy valiosas en lo que respecta a la sexualidad.

Aclaración.

Señalaremos que cualquiera de los solicitantes de SAPTEL que reporte la presencia de algún trastorno sexual, de los más comunes que mencionamos a continuación; el terapeuta del teléfono se deberá a la responsabilidad y a la tarea de asegurarse de la existencia y el grado de disfunción sexual que presenta el paciente. Su participación se verá enfocada y encaminada únicamente sobre el trastorno o padecimiento, aclarando dudas e informando, y sin pretender llevar un tratamiento profundo puesto que normalmente la terapia sexual requiere de especialistas en la materia; terapeutas capacitados en alteraciones sexuales, en padecimientos que provengan de cualquier índole: social, orgánica, psicológica, moral, etc., y puedan solucionar, por contar con una diversidad de estrategias terapéuticas para su tratamiento.

Eyacuación Precoz

Entre todas las disfunciones sexuales la eyacuación precoz es la más difícil de definir científicamente. Consiste esencialmente en que el individuo, apenas toca la vulva con el pene, eyacula; en ocasiones logra una penetración, pero después de unos cuantos vaivenes de los que ocurren durante el coito, eyacula. Muchas de las definiciones

existentes dependen de tiempos arbitrarios. Por ejemplo, si el hombre solo resiste digamos un minuto con cronómetro, es un eyaculador precoz.

La definición de Masters y Johnson viene a ser totalmente relativa: si el hombre no puede llevar a su pareja al orgasmo por lo menos en un 50% de sus encuentros sexuales (independientemente de su rendimiento cronométrico) es un eyaculador precoz.

Por otra parte, esta disfunción es una de las causas más frecuentes de infelicidad matrimonial, ya que la mujer que probablemente ha llegado a un buen grado de excitación sexual y de lubricación vaginal, de momento se encuentra con que el coito ya terminó para el hombre, pero no para ella; quedándose frustrada debido a que su pareja pierde la erección; Masters y Johnson mencionan que este trastorno tiene buenas posibilidades de ser solucionado. Proporcionando una buena terapéutica, dadas las características en las que se puede presentar, (orgánica o emocional) su tratamiento en ocasiones suele prolongarse, por lo que es conveniente realizar el diagnóstico y comentarlo con el paciente, para hacerle saber el motivo de su canalización. Es probable que el paciente se inquiete ante esta determinación por lo que es conveniente aclararle que no necesariamente su situación es alarmante.

Es poco frecuente que existan dudas verdaderas acerca de si existe o no eyaculación precoz; pues podría suceder que la mujer se quejara de que su pareja sufre de tal alteración; es imprescindible que se obtenga información referente a su historia sexual pues puede ser que en realidad lo que suceda es que ella sea preorgásmica y ningún tiempo de coito le va a ser suficiente para alcanzar el orgasmo.

Actualmente tiende a valorarse si existe o no eyaculación precoz, no precisamente midiendo el tiempo en relación con los minutos que puede tardar en eyacular, sino con el porcentaje de veces que pueda llevar a su pareja al orgasmo, que como ya se dijo no debe ser inferior al 50% de las veces. Puede ser que el hombre sea rápido para eyacular y su compañera sea igualmente rápida en cuyo caso no habrá dificultades.

Eyacuación Retardada.

Es exactamente el fenómeno contrario a eyacuación precoz . Esto que al principio podría tomarse como una virtud, cuando es exagerado y repetido llega a constituir una verdadera causa de desarmonía en la convivencia sexual; por una parte el varón sufre con los retrasos de su eyacuación, y por otra, su compañera sexual puede quejarse de malestar por el prolongado frotamiento de la mucosa vaginal, o llegar a creer que no es suficientemente atractiva para satisfacer a su pareja. Esta afección no es frecuente, puede ser de origen psíquico, de origen somático local o por trastornos en el sistema nervioso. Con frecuencia es un síntoma pasajero y en algunas ocasiones provocado por haber ingerido bebidas alcohólicas poco antes del momento del coito.

Impotencia.

Se define como la incapacidad del hombre para copular, esto es cuando su pene no se mantiene erecto o tiene una erección demasiado breve o demasiado blanda, que imposibilita realizar el acto. Masters y Johnson desarrollan su clasificación a los problemas de insuficiencia eréctil o impotencia y han incluido dos formas independientes, primaria y secundaria.

Impotencia primaria: es cuando un hombre que, desde la primera vez que intentó una relación sexual, nunca consiguió alcanzar o mantener una erección suficiente para realizar el acto sexual. Entre las causas específicas con respecto a este problema, Masters y Johnson mencionan que es por que se cuenta con la influencia materna negativa, una atmósfera religiosa muy restrictiva, posibles experiencias homosexuales y la pérdida de amor propio derivada de la relación con una prostituta.

Impotencia secundaria: El hombre que padece de impotencia primaria nunca ha podido copular; el que padece impotencia secundaria, ha podido hacerlo por lo menos una vez, quizá varias veces, o centenares en el curso de varias décadas, entonces fracasa en una ocasión determinada y su fracaso puede ser el producto de una causa común o de la combinación de varias. Es posible que esté fatigado, distraído o tensionado por otras cuestiones, es posible que se encuentre enfermo y bajo los efectos de las drogas o el alcohol. Cualquiera de estos factores puede inhibir temporalmente la potencia sexual, sin consecuencias previsibles. Sea cual fuese el factor éste ha bloqueado la interacción entre el cuerpo y el área del cerebro que suministra los impulsos sexuales; si el hombre entiende la naturaleza del bloqueo y confía en su capacidad sexual, si deshecha la experiencia como un contratiempo casual y lo olvida es posible que nunca pueda volver a tener problemas de impotencia. Pero si permite que las ideas negativas de esta situación lo invadan, infundiéndole mayor temor a experiencias futuras y viendo amenazada su virilidad; algo que sucede frecuentemente en una sociedad que le carga al hombre la responsabilidad del éxito sexual, es posible que sus temores se conviertan en una realidad que le cause dolor una y otra vez. Cuando los fracasos se aproximan al 25% de sus oportunidades sexuales, y lo supera, se define al sujeto como un impotente secundario. Es decir la presencia de la problemática del paciente se reduce al temor y al miedo a fracasar.

La manera en la que un terapeuta puede ayudar a este tipo de pacientes vía telefónica es aclarándole dudas. Con frecuencia el paciente reporta temor e interrogantes con respecto a sus próximos encuentros sexuales, ya que concentra su atención en si podrá o no tener y mantener el pene erecto; por lo que el terapeuta podrá orientarle sugiriendo intente conducirse normalmente y disfrute como anteriormente lo hacía ya que de no hacerlo podría sentirse incapaz y fracasado en este terreno, agravando su situación.

En muchos casos la impotencia secundaria Masters y Johnson la atribuyen a causas subyacentes entre las cuales figuran el consumo de alcohol, la subyugación materna o paterna, la ortodoxia religiosa, conflictos homosexuales y causas fisiológicas.

Frecuentemente en la mayoría de las ocasiones, esta clase de impotencia es de origen psíquico, por lo que la psicoterapia y la reeducación sexual que efectúan los terapeutas sexuales traen muy grandes porcentajes de buenos resultados. Este tipo de impotencia algunas veces tiene una causa orgánica u hormonal, ya sea una malformación, una infección o una inflamación en las estructuras de los órganos sexuales.

En general, entre los trastornos de tipo psicológico: podemos encontrar timidez o inexperiencia, ansiedad, un deseo sexual muy intenso, un ambiente inadecuado, fatiga física, abulia (falta de voluntad o disminución de energía), la falta de colaboración por parte de la pareja, ideas negativas y situaciones negativas, (experiencias desagradables, conceptos erróneos acerca de la función sexual - tabues, represiones intensas vividas desde la infancia, - madre dominante o muy cariñosa, -padre ausente o de escasa personalidad).

Vemos que se mueven varios tabues y prejuicios sobre la impotencia; entre ellos algunos pacientes creen que se debe a excesos sexuales que han tenido con anterioridad, al hecho de haber practicado la masturbación en la juventud o seguirla practicando, a pensamientos morbosos o a la falta de actividad sexual, entre varias.

Respecto a las causas orgánicas que se presentan con más frecuencia en el tratado de la impotencia se encuentran: algunas anomalías de los genitales, de sus nervios o vasos, defectos en su desarrollo físico por falta de estimulación hormonal, pueden deformar o impedir la erección, tal es el caso de la adherencia del pene o atrofia, pudiendo ser consecuencia de periuretritis o traumatismos, secuelas de cirugía pélvica o perineal, tumores en el pene, frenillo corto, etc.; fuera del área genital se localizan lesiones del sistema nervioso como traumatismos, inflamaciones, tumores destructivos que afectan las raíces nerviosas, la médula o el cerebro. También se pueden presentar trastornos de tipo glandular como afecciones de los testículos, la hipófisis, las suprarrenales y la tiroides, en las que se pueden producir dichas disfunciones.

Respuesta Sexual Femenina: Masters y Johnson consideran que la respuesta sexual femenina se divide en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

La excitación, es cuando la mujer empieza a sentirse sexualmente excitada y lubricada.

Meseta, es cuando llega a un alto grado de estimulación y ciertos órganos y tejidos se congestionan por la afluencia de sangre.

Orgasmo, grado máximo de excitación en el acto sexual.

Resolución, ésta es cuando la tensión muscular y la congestión sanguínea desaparecen del área en particular y del cuerpo en general.

Disfunción Orgásmica Femenina.

La mujer que sufre alguna disfunción orgánica, no pasa de la fase de meseta. Esto genera a menudo un alto grado de frustración psíquica, combinado con un retorno fisiológico al estado normal mucho más lento que el que se observa en la fase de resolución, lo cual puede producir irritabilidad pélvica en general.

Desde el punto de vista fisiológico, la respuesta sexual masculina y femenina son muy parecidas entre sí. La femenina difiere radicalmente por el aspecto psicosocial de la sexualidad; a ello, los autores le han dado el nombre de "sistema de valores sexuales", (SVS), se refiere a aquellas experiencias sensoriales que el individuo ha tenido en circunstancias que le resultaron placenteras, compatibles con valores que aprendió de la

sociedad. un ejemplo muy claro son: la familia, la iglesia, la escuela, etc.. Estas experiencias se almacenan en la "memoria sexual" del individuo y desempeñan un papel activo en las situaciones sexuales futuras.

Hay también muchos valores negativos que influyen habitualmente sobre las mujeres de nuestra sociedad, tales son los tabues vinculados con la sexualidad preconjugal, la palpación de órganos genitales, el embarazo a temprana edad, la desvalorización de la mujer a través de la pérdida de la virginidad, etc.. Además cada mujer puede tener valores negativos puramente personales: el rechazo contra un determinado tipo de hombres o contra un hombre en especial, puede haber sufrido algún trauma por una situación inesperada, por ejem. una violación, o haber pasado por una situación propia de la adolescencia.

Al parecer los ejemplos pueden ser interminables y de una gran variedad, depende de la personalidad del individuo y de la formación y educación que le brindó la sociedad, principalmente la familia. Podemos mencionar que los valores sexuales, ya sean positivos o negativos, que se aprenden y se extienden en su aplicación, son adquiridos desde el momento mismo del nacimiento, hasta la adolescencia.

Disfunción orgásmica primaria: se caracteriza cuando una mujer jamás ha alcanzado un orgasmo en su vida, ni siquiera mediante la masturbación, por lo general está ligada a menudo a una disfunción análoga de su pareja. No es posible que un hombre impotente o un hombre con eyaculación precoz sea capaz de iniciar a su pareja en la experiencia sexual orgásmica, en esta situación la mujer sufre una doble desventaja, teme el desempeño sexual de su compañero y al suyo propio, también se perjudica al sostener el viejo criterio de que su función fundamental consiste en complacer a su pareja, y no en gratificarse a sí, además de que en última instancia cuando lo hace, llega a sentirse culpable por la situación de darse a ella y no a su pareja.

Entre las causas básicas de esta disfunción se cuenta con antecedentes de que la formación del paciente ha sido bastante religiosa, (católicos, judíos, testigos de jeova); por lo que se entiende que la mujer se educó sin una imagen de sí misma como ser

sexual.

Disfunción orgásmica situacional: Esta categoría abarca a las mujeres que han tenido por lo menos un orgasmo, ya sea mediante el coito, la manipulación, la penetración rectal o la estimulación bucogenital. Entre las causas principales se encuentran, la impresión de tener un mal compañero y la baja tensión sexual; y tal como sucede en el caso del hombre que sufre de impotencia, una experiencia homosexual, en el curso de la adolescencia puede generar un conflicto, inhibiendo la relación sexual en un encuentro heterosexual posterior.

Una causa reside, en el efecto reflejo de las disfunciones sexuales del marido, en algunos casos es imposible determinar cual de los conyuges tuvo la disfunción sexual que deterioró la relación en cadena de problemas que se refuerzan mutuamente.

Vaginismo.

El vaginismo es un ejemplo clásico de enfermedad psicósomática, afecta la capacidad de la mujer para responder en el plano sexual, pues cierra virtualmente su abertura vaginal a la presentación masculina. La mujer no puede controlar sus reflejos cuando los músculos del perineo y del tercio exterior de la vagina se contraen espasmódicamente frente a una tentativa o supuesta tentativa de introducción. En casos mas generales el organismo impide totalmente la inserción del pene. En casos menos avanzados, no hace más que retardar o dificultar la entrada del pene.

Se han dado casos que médicos confunden el vaginismo con un himen resistente a la presión, pero cuando se extirpa se han dado cuenta que el problema continua existiendo. Esta disfunción aparece a menudo en mujeres casadas con hombres impotentes y es considerada como una de las principales causas de vaginismo.

Para no tener confusiones, es preciso distinguir el vaginismo de la dispareunia, ya que en ésta, el coito es doloroso, pero posible, mientras que en el vaginismo es imposible. En otro sentido el vaginismo, puede ser previo al matrimonio, cuando su pareja se siente constantemente rechazada, y lo conceptualiza como una puerta virtualmente cerrada; lo orilla a perder la confianza en él, y eventualmente la potencia sexual.

La segunda causa del vaginismo, por orden de importancia, es un pasado de ortodoxia religiosa; cuando una mujer mencione tener esta alteración, el terapeuta puede indagar sobre su vida religiosa, confirmando la situación y sacando a la luz otras; también a menudo un viejo trauma sexual, como el que puede resultar de un abuso sexual.

El cuarto lugar en orden de frecuencia lo ocupa el conflicto que se desencadena entre la identificación homosexual y la heterosexual.

En general el vaginismo se considera de origen psíquico y poco común, se ve en las mujeres que han sufrido inhibiciones intensas en lo referente a la sexualidad, ya sea por una educación muy estricta o negativa, en relación con la función sexual, o por experiencias pasadas desagradables, por una homosexualidad reprimida o el temor al coito ocasionado por la dispareunia. Hay casos en que alguna deficiencia sexual del esposo produce frustraciones en la mujer, lo que la lleva a sentir rechazo hacia el coito.

Frigidez - Anorgasmla - Preorgasmla.

El término frigidez, actualmente se considera obsoleto, pues es un término poco o nada usado; se supone que se refiere a la incapacidad de percibir sensaciones sexuales; a la falta absoluta de deseos sexuales o a la incapacidad de llegar al orgasmo durante la relación sexual, el término es referido en las disfunciones que padece la mujer, aunque

algunos autores hablan de "frigidez" en el sexo masculino. Este trastorno se asocia frecuentemente con aspectos morales, pues se encuentra vinculado a ellos; consiguientemente, hay una incapacidad para sentir deseos sexuales, o para experimentar sensaciones agradables durante la ejecución del acto sexual, por lo que la mujer se encuentra condicionada a lo que se le ha repetido hasta el cansancio; todo lo relacionado al sexo es pecado, sucio, inmoral o que sólo es para procrear, o en su defecto es para cumplir con su esposo. En la actualidad el término frigidez se considera como preorgasmia.

En el mismo sentido la falta de orgasmo en las mujeres que tienen interés sexual positivo, se debe generalmente, no a aspectos orgánicos, sino a causas psicológicas. En la actualidad se ha hido cambiando el nombre a este término, frigidez, anorgasmia, preorgasmia, refiriéndose estrictamente a la situación en que la mujer no tiene orgasmos en el coito, pero sí en la masturbación u otras excitaciones. Por lo que el término en la actualidad sugiere una inhibición en una fase anterior al orgasmo en la que se detiene la mujer durante el coito mientras que en otras condiciones es capaz de llegar al orgasmo.

En general, el origen de la disfunción la mayor parte de las veces es psíquico, aunque también se pueden encontrar causas orgánicas y por último, hay que mencionar una técnica sexual defectuosa por parte del varón

Dispareunia.

Se llama dispareunia al coito doloroso o mal apareado .

Se debe distinguir este concepto de la erección dolorosa y la eyaculación dolorosa, que producen dolor durante las relaciones sexuales, pero no como consecuencia de la unión genital, puesto que pueden presentarse sin coito, por ejemplo, en la masturbación o en las erecciones o eyaculaciones espontáneas. Por lo tanto, el término queda restringido al

concepto de coito doloroso es decir, cuando el dolor es producido por la unión de los órganos genitales.

Causas. En el hombre se han mencionado como causas del coito doloroso: los procesos inflamatorios del pene (uretritis o cavernitis), algunas irregularidades anatómicas masculinas (frenillo corto, induración de la uretra o de los cuerpos cavernosos, adherencias al pene), **trumatismos del pene**, tumores (condilomas, cáncer) o aumentos de volumen en órganos cercanos (hidrocele, hernia voluminosa).

Causas. En la mujer es en quien la dispareunia se presenta más frecuente, se ha encontrado mayor número de causas que se pueden enumerar agrupándolas según el órgano que afectan. **En la vulva:** puede causar dispareunia un himen íntegro y resistente; procesos inflamatorios (vulvitis, blanditis del clítoris) cicatricios o desgarros por otros motivos; adherencias de los labios; elefantiasis, y la pérdida de elasticidad que se presenta con la edad. **En la vagina:** se encuentran la ausencia o estrechez de la vagina, las vaginitis, que pueden ser causadas por una infección transmitida por la pareja por manipulaciones digitales sépticas o transmitidas del recto debido a su proximidad o por la práctica del coito anal y vaginal consecutivo. Una de las causas de dispareunia que puede actuar en la vagina, es la lubricación deficiente que se puede presentar cuando hay un factor psíquico que produzca inhibiciones o ansiedad como consecuencia de una situación o técnica sexual inadecuada por parte de la pareja, que no permite alcanzar un buen grado de excitación, un ejemplo sería, la realización del acto sexual en un breve tiempo.

La deficiente lubricación puede ser también consecuencia de la atrofia de la mucosa vaginal, tal como se observa en la senectud. En los órganos pélvicos, según Masters y Johnsons, una causa muy frecuente de dispareunia es la presencia de desgarres en los ligamentos anchos, que son consecutivos o traumatismos producidos por abortos o por la manipulación en un parto rápido y complicado.

Entre otras causas de dispareunia se encuentran las infecciones pélvicas, las posiciones defectuosas del útero, o algunas secuelas postquirúrgicas de la vagina y la matriz, y por

último otras causas de dispareunia son los tumores o quistes en los ovarios, la matriz u órganos vecinos y los procesos inflamatorios de esta zona.

Si alguna de las disfunciones sexuales, anteriormente expuestas son localizadas y expuestas por alguno de los pacientes, recomendamos su pronta canalización, lo que depende del diagnóstico y tratamiento que se juzgue conveniente. Causndo la disfunción sea de índole orgánica, deberá ser canalizado con un médico general, ginecólogo o algún especialista en enfermedades sexuales, debido a que en ocasiones es factible el tratameinto médico con antibióticos a fin de evitar la proliferación de la infección, en otros casos será necesario recurrir a la cirugía para corregir alguna deformación, extirpar alguna tumoración o quiste, o en su defecto medicar hormonalmente.

En los casos que se localice un fondo psíquico recomendamos única y exclusivamente la intervención del psicólogo o psiquiatra y en el mejor de los casos un sexoterapeuta para trabajar los traumas, complejos, inhibiciones, valores, en sí ligas emotivas etc., aplicándose el tratamiento correspondiente.

En ocasiones, la pronta recuperación del paciente requerirá la intervención de ambas especialidades, complementándose el tratamiento para su resolución.

Aclarando nuevamente que el tratamiento de personas con disfunciones sexuales es bastante profundo y tardado, no hay que perder de vista que SAPTEL tiene una labor de apoyo psicológico y no de carácter psicoterapéutico profundo.

Manejo de la sexualidad en el niño.

A más de cubrir una labor de apoyo psicológico, SAPTEL realiza un trabajo también de tipo informativo - educativo y es común que madres llamen para que se les oriente

en la formación sexual de sus hijos; y de qué manera pueden responder a las interrogantes de ellos; o que hacer cuando sorprendan o sepan que su hijo se masturba.

Por lo que es conveniente explicar a la madre que al niño hay que darle un trato que corresponda a su cuerpo y a su sexo, para que comience a formar su sexualidad y pueda aceptarse, persuadiéndola que el papel sexual lo adquiere el niño principalmente por imitación y por sus juegos, manera en que lo vistan etc., pues el pequeño en cuestión comienza a tener morfología de su cuerpo; cuestionándose primeramente sobre esas diferencias anatómicas, sobre todo cuando se compara con sus semejantes, hermanos, amigos, padres, tec., preguntándose el por que él es de una forma y otros seres de otra, comenzando a hacer preguntas sobre como surge él (su reproducción); siendo cada vez más profundas sus preguntas, por lo que no hay que alarmarse, ya que forma parte de un desarrollo psicosexual adecuado.

De manera general las preguntas de los niños deben contestarse presentando las siguientes condiciones o características:

- 1.- Con la verdad. Esto permitirá que el niño mantenga la confianza en los padres.
- 2.- En forma precisa. Para evitar dudas que originen más curiosidad sobre el tema.
- 3.- De manera concisa. Con el fin de concretarse en la duda que presente él y no crear más curiosidad
- 4.- Con naturalidad. Para no demostrar asombro, incomodidad o duda.
- 5.- Usando palabras y conceptos que sean comprensibles para el niño, es decir de acuerdo con su mentalidad y edad.
- 6.- Debe comprenderlo y tenerle paciencia.
- 7.- Con cariño. De ello dependerá como conceptualice el sexo.

Si la pregunta es, ¿por que el niño realiza preguntas de este tipo?, entre varias razones, es preciso evidenciar que en estos tiempos el niño se ve sometido a una gran variedad de estímulos que se presentan por medio de la televisión, la radio, la escuela, las revistas, los que son de manera imprecisa creandole interrogantes. Si a esto se le suman momentos en los cuales ve a sus padres bañandose desnudos, besandose, etc. se tendrá la explicación.

Dependerá del buen manejo de la información sexual que tenga el niño, la identificación sexual que presente posteriormente cuando crezca. Al rededor de ésto puede girar la labor informativa de Saptel.

Manejo de la sexualidad en el adolescente.

En el mismo sentido, pero tocando el turno al adolescente; en esta etapa de la vida, los jóvenes comienzan a sentir un alto grado de autosuficiencia, por lo que al parecer no les gusta que interfieran sus padres en sus decisiones; al darse cuenta que todavía necesitan mucha orientación por parte de ellos les genera desorganización; se encuentran en una etapa en la que luchan por salir de la infancia, y al mismo tiempo de entrar a la adolescencia, por lo que pueden llegar a sentir que "no pertenecen", pues no logran adaptarse a la vida de los mayores. Comienza el interés del sexo opuesto, y su desarrollo sexual se encuentra en pleno apogeo, con gran agitación y en busca de actividades, por lo que sería ideal que los padres les dieran opciones de actividades a desempeñar, apoyándolos en su determinación; tratando en lo posible de no oponerse a lo que busque o emprendan dentro de lo razonable.

Se precisa desde pequeños darles una educación adecuada a su propio sexo y al opuesto, de ahí dependerá el respeto por el otro sexo, y un interés acomodado por buscar información correcta.

En ocasiones los padres tienden a comparar con los demás a sus hijos, situación incorrecta; nadie se desarrolla de la misma manera que los demás, unos adquieren mayor madurez a más temprana edad que otros; es el caso de las niñas en relación con los niños.

Durante esta edad el adolescente tiene mayor energía, se vuelven más sociables, por lo que no hay que impedir ninguna relación, hay que tolerarla, sin embargo, sí hay que estar pendiente de alguna amistad nociva que pudiera poner en peligro la vida futura de su hijo, como lo son los adictos a las drogas o algunas amistades con desviaciones sexuales ya que en ese momento son muy susceptibles de influencias sociales ajenas.

Hay que prevenirlos de personas que mediante la seducción pueden inducirlos a cometer actos de homosexualidad, de gerontofilia o paidofilia. En el mejor de los casos hay que preparar principalmente a la mujer sobre su conducta sexual señalándole pros y contras de dichas situaciones, así como inculcarle el respeto por su propio cuerpo y las maneras que existen para cuidarse o protegerse. En el caso del varón inculcarle el respeto por el sexo opuesto, y de manera muy consciente el daño que puede causar a él y a su pareja al dejarla embarazada.

En dado caso que los padres se muestren reacios en cuanto a la elección de su hijo (a), lo único que logrará, será no tener confianza de él, perdiendo la oportunidad de conocer a las personas que trata; lo que de otra forma le daría pie a poder aconsejarle sobre X o Y persona o situación; señalando las razones que existen para alejarse de él.

Todo lo que el padre o la madre pueda decirle a su hijo(a) tiene que hacerse con respeto y como algo normal, no debe imponerle ideas. La determinación de áreas prohibidas por tocar, deben quedar a criterio de cada persona, dando la oportunidad de que adquiera confianza y que aprenda a realizar sus propios juicios, de otra manera podría resultar contraproducente.

Hay que actualizar a los hijos sobre métodos anticonceptivos, formas de cuidarse y cuidar a las demás personas, hablando de las consecuencias que acarrearía el no hacerlo; también con el fin de prevenir enfermedades venéreas, dándole información sobre todo en este tiempo.

Es común que personas llamen pidiendo que se les explique como deben actuar ante la conducta masturbatoria de su hijo; en primer lugar, no se le debe espiar pues se trata de una conducta normal, la cual produce placer por medio de la excitación manual, que tiene su origen en el impulso sexual que se despierta en esa etapa de la vida, por lo que no representa ninguna conducta aberrante; si bien es cierto que el adolescente está capacitado biológicamente para tener una relación sexual, psicológicamente no sucede lo mismo, se requiere de madurez y responsabilidad para no ver alterados patrones futuros de comportamiento sexual. Además de que intervienen factores económicos, que les impiden tomar decisiones .

Una herramienta que tenemos en cuanto a preguntas de origen sexual es echar mano de los libros, aclarando que hay libros encaminados a una sexualidad reprimida, que podría acarrear problemas; y libros cuyas pretenciones distan mucho de ello, proporcionando información precisa.

Una breve evaluación que puede realizar el terapeuta, para conocer la relación de pareja; y que al mismo tiempo ayuda a que el paciente se concientice de los pros y contras de mantener su relación.

El terapeuta de SAPTEL, puede elaborar las siguientes preguntas, obteniendo información rápida y precisa.

- ¿Le importa su pareja?
- ¿Han dejado de atraerse?
- ¿Tienen intereses en común?
- ¿Como se sentiria si su pareja lo dejara?
- ¿Como considera la relación con su pareja?
- ¿Existe respeto en su relación?
- ¿Le decepciona su relación?
- ¿Puede superar los enojos con su pareja?
- ¿Cree que han ido creciendo a la par o se han ido separando?
- ¿Cree que estaria mejor sin su pareja?
- ¿Que motivos hay para que estén juntos?

8) CLASIFICACION DE PSICOFARMACOS

Actualmente disponemos de un arsenal psicoterapéutico en el tratamiento de los problemas psicológicos y las enfermedades mentales; el tratamiento de algunos de éstos, ha hecho recurrir al apoyo farmacológico para incorporar un tratamiento adjunto con la psicoterapia, que permita resolver el problema desde el punto de vista orgánico y psicológico. Cada vez es más extenso el mundo de los psicofármacos, en su grupo, dosificación y acción. El uso de de medicamentos exige un conocimiento clínico amplio y preciso para tomar juicios suficientes para la aplicación correcta de la medicación. En la actualidad se designa psicofármacos a toda sustancia que con su administración corta o prolongada, dé un efecto sobre el sistema nervioso central, y que altere parcialmente, el estado de ánimo, las vivencias y la conducta del ser humano. Es importante considerar que se entiende como psicofármacos únicamente a estimulantes, tranquilizantes, neurolepticos y alucinógenos.

Su gran número y acción múltiple han hecho que se les designe con términos muy variados y sea difícil clasificarlos en forma sistemática.

Consideramos que el terapeuta de SAPTEL debe contar con los conocimientos esenciales, mínimos y suficientes, con respecto a este tema, puesto que en ocasiones el solicitante de servicio reporta que estuvo tomando algún medicamento; que actualmente lo está haciendo, se lo recetaron, o se lo recomendaron, por lo que entonces el terapeuta debe cuando menos, saber que tipo de medicamentos o medicamento es el que el paciente refiere. Debe quedar muy claro que el terapeuta de SAPTEL, NO podrá alterar, modificar ó recomendar algún tipo de medicamento, ya que no cuenta con los conocimientos suficientes para el ejercicio en esta área. Lo que a continuación presentamos, son una serie de medicamentos que por su uso y acción, son los que más se recetan y más frecuentemente se manejan en el mercado; lo que será de gran utilidad para el terapeuta; sabiendo que medicamento utiliza el paciente, será in punto de partida para saber por "donde anda".

| NOMBRE COMERCIAL | PRESENTACION | TIPO DE MEDICAMENTO | FORMULA |
|------------------------------|--|--|---|
| Adepsique | Tabletas | Psicotropico - ansiolítico antidepresivo. | Clorhidrato de amitriptilina, diacepam perfenacina. |
| Alboral | Inyectable para aplicación IM e IV | Tranquilizante-Ansiolítico-Relajante muscular-anticomulsivante y neuroléptico | Diacepam |
| Alboral 5 y 10 mg. | Tabletas | Tranquilizante-Ansiolítico-Relajante muscular-neuroleptico | Diacepam |
| Alboral MD | Tabletas | Anticolinérgico- Tranquilizante | Bromuro de propantelina-Diacepam |
| Anafranil y Anafranil Retard | Grageas, ampollitas y grageas de liberación prolongada | Antidepresivo tricíclico, inhibidor de la reincorporación de nora - adrenalina y preferetemente de la serotonina | Clorhidrato de clorimipramina Glicerina Isotonizante |
| Anapsique | Tabletas 50 mg. | Antidepresivo- Ansiolítico | Clorhidrato de amitriptilina |
| Ativan | Tabletas | Tranquilizante | Loracepam |
| Carbolit | tabletas | Psicotropico | Carbonato de litio |
| Demolox | Tabletas | Antidepresivo | Amoxapina-Piperacini- Oxacepina |
| Evadyne | Grageas 10, 25 y 50 mg | Antidepresivo- Ansiolítico | Clorhidrato de butriptilina |
| Frisium | Tabletas 10 y 20 mg. | Ansiolítico | Clobazam |
| Lexotan | Comprimidos y solución 3 y 6 mg. | Ansiolítico - Síndromes psicomaticos | Bromacepam |
| Librax | Ampollitas 5ml. | | |

| NOMBRE COMERCIAL | PRESENTACION | TIPO DE MEDICAMENTO | FORMULA |
|-----------------------|--|---|---|
| Ludomil | Grageas 10,20 y75 mg. | Antidepresivo- Tricíclico | Maprotilina |
| Marplan | Comprimidos 10 mg. | Antidepresivo | Isocarboxazida |
| Melleril | Grageas 10,25,100 mg. Suspensión 10 mg. | Ansiolítico -psicorelajante neuroléptico | Clorhidrato de tioridazina |
| Miolastan | Comprimidos | Miorrelajante | Tetracepam |
| Motival | Grageas | Tranquilizante y estabilizador emocional | Clorhidrato de nortriptilina dichlorhidrato de flufenazina |
| Mutabon A | Grageas | Psicotropico, ansiolítico antidepresivo | Perfenazina, clorhidrato de amitriptilina |
| Mutabon D | Grageas | Psicotropico, ansiolítico antidepresivo | Perfenazina, clorhidrato de amitriptilina |
| Norpramin | Grageas | Antidepresivo | Clorhidrato de desipramina |
| Pontride 50 y 200 mg. | Tabletas | Antidepresivo, ansiolítico | Sulpride |
| Prozac 20 | Cápsulas | Antidepresivo | Clorhidrato de fluoxetina |
| Stelapar 2 | Grageas | Antidepresivo de acción rápida | Sulfato de tranilcipromina Dichlorhidrato de trifluoperazina |
| Tafil | Tabletas | Tranquilizante | Alprazolam |
| Talpramin | Tabletas | Antidepresivo | Clorhidrato de imipramina |
| Tofranil 10 y 25 mg. | Grageas | Antidepresivo | Clorhidrato de imipramina |
| Tolvon | Tabletas | Antidepresivo | Clorhidrato de mianserina |

| NOMBRE COMERCIAL | PRESENTACION | TIPO DE MEDICAMENTO | FORMULA |
|------------------|--------------------------------|---|------------------------------|
| Tranxene | Capsulas | Ansiolítico | Cloracepato dipotásico |
| Trarcoene | Solución inyectable | Ansiolítico y sedante | Cloracepato dipotásico |
| Tryptanol | Tabletas | Antidepresivo | Clorhidrato de amitriptilina |
| Urbadan | Comprimidos | Ansiolítico | Clobazam |
| Valium | Comprimidos y jarabe | Neuroléptico y relajante muscular | Diazepam |
| Valium 10 | Solución inyectable IM e IV | Relajante muscular | Diazepam |
| Victan | Comprimidos | Ansiolítico de acción rápida y prolongada | Loflacepato de etilo |

9) CRITERIOS DE CANALIZACION Y SUGERENCIAS AL TERAPEUTA

La canalización forma parte de los criterios que deben tomarse via telefónica con la intención de realizar una intervención madura y precisa. Por lo que debe quedar claro para el paciente la importancia de asistir con un profesional psicólogo, psiquiatra o psicoanalista según se "observe", en caso de no querer asistir a consulta cara a cara, preguntarle si está dispuesto a comunicarle a algún familiar, sobre su problema o su condición, con el propósito de conversar sobre el asunto, para que se le aliente y brinde ayuda lo más pronto posible. En el sentido opuesto, cuando comenta que está de acuerdo en su asistencia a terapia cara a cara; es decir, acepta la propuesta de acudir a tratamiento, hay que tener cuidado en el tono de voz y la manera en como se dicen las cosas, puesto que pueden aceptar la sugerencia con resentimiento y bastante resistencia. Lo que resultaría inadecuado para aceptar su canalización.

En todas las canalizaciones que se realicen, se ha de informar al paciente los límites de la terapia por teléfono (muy en específico a su caso), ya que resulta más apropiado que se corrobore su diagnóstico en un lugar donde reciba atención personal, con el propósito de que su condición sea resuelta lo más pronto posible.

El paciente que ha llamado por teléfono y precise canalización por encontrarse en riesgo su vida, y que se rehuse a acudir a tratamiento, es necesario agotar todos los recursos por parte del entrevistador del teléfono para convencerlo, incluyendo el ponerse en contacto con la familia del paciente, para contar con otro apoyo más en el seguimiento de las indicaciones pertinentes.

El terapeuta tiene que estar conciente de su papel, Sullivan menciona que "si uno no se siente capaz de sobrellevar los grandes dolores que causa el tratamiento psicológico de pacientes, es mejor dedicarse a otra cosa, se trata de un trabajo duro". Es cierto que, generalmente no exige grandes esfuerzos físicos pero sí requiere un alto grado de

concienzuda vigilancia ante un campo que algunas veces varía con suma rapidez, de señales notablemente complejas de por sí y por el tipo de relaciones que se dan. Hay datos que sugieren un hecho: Que cuanto más complicado es el campo al cual uno tiene que atender, más rápidamente se siente uno fatigado. Un gran entusiasmo hacia el trabajo psicológico es ridículo y muestra que uno no ha madurado todavía y al mismo tiempo el hecho de que el terapeuta se muestre indiferente a su trabajo resulta fatal. "La actitud más sensata de un trabajador de la salud mental en una entrevista psicológica es, probablemente, limitarse a alcanzar la muy seria comprensión de que se está ganando la vida y que, para eso se tiene que trabajar intensamente.

En situaciones bastante agudas y extremas, el solicitante puede reportar, entre algunos síntomas principales: la firme convicción de que los demás están conspirando y tramando cosas contra él, para hacerle daño o quitarle la vida; puede que hable de experiencias extrañas que las personas comunes no pueden comprender, que tengan la convicción de que existen fuerzas que controlan su mente, sus pensamientos o sus cuerpo; la sensación de que los demás pueden oír sus pensamientos, o leer su mente, el escuchar voces que proceden del exterior sin que nadie se encuentre con él, o se haya comunicado; la sensación de ser constantemente observado en cualquier lugar, ver cosas que no existen; son trastornos mentales graves, por lo que debe canalizarse con el psiquiatra. Es difícil que estas personas puedan comprender lo que les sucede o que simplemente argumenten que no es necesario ver a nadie, por lo que es conveniente informarles del estado de salud en el cual se encuentran, tomando en cuenta que se les debe de informar con mucho tacto.

El terapeuta debe examinar y evaluar que tan convencido se encuentra el paciente de su mejoría y exigirle durante las entrevistas que se ocupe de sí, poniendo en práctica lo que a visto en ellas, para su pronta recuperación percatándose de esta manera si se encuentra en posibilidades de dejar próximamente la terapia.

La persona, que durante las sesión telefónica evidencie pensamientos suicidas, después de algunas llamadas con el terapeuta, y que comunique que está resolviendo su problemática; confiar en ella no resulta nada conveniente, pues puede ser resistencia al tratamiento, fugándose de la salud que le proporciona la terapia de apoyo, por lo que

igualmente se canaliza. Cuando la emergencia de la llamada sugiera una situación que ponga en peligro la vida del paciente se recomienda la canalización inmediata, esto sucederá si hay alguna persona que la pueda auxiliar, si no la tiene, se pide la dirección y se envía una ambulancia.

Resulta de interés por parte del terapeuta poder diagnosticar que tipo de depresión padece el paciente, e implica riesgos; un trastorno emocional severo, agudo o crónico plenamente identificado, requiere de canalización, debido a lo delicado de las condiciones en las que se encuentre el paciente.

Las depresiones tanto psicóticas como neuróticas deben ser atendidas por psiquiatras y psicólogos, las depresiones simples deben ser atendidas preferentemente por el psicólogo, en muchos de los casos suelen ser atendidas por el médico general, o médico internista; por lo que se deben canalizar a especialistas en la salud mental. Dependiendo del tipo de depresión es factible llevar a cabo un tratamiento farmacológico adjunto con un tratamiento psicológico; los factores bioquímicos pueden ser modificados por un tratamiento farmacológico a base de medicamentos.

Hay pacientes que dentro de la consulta telefónica mencionan haber tenido ya intentos de suicidio, sin embargo si el motivo de su llamada no hace alusión a esta situación, sino a conflictos actuales; indicaría que es muy probable estar hablando con un paciente maniaco-depresivo, con lo que también hace que sea un buen prospecto para canalizar.

Los pacientes que se encuentren bajo algún tratamiento farmacológico o psicofarmacológico, bajo supervisión médica o psiquiátrica no se les puede alterar de ninguna manera su dosis, es decir: ni aumentar, ni disminuir, ni suprimir el medicamento; tampoco se les alteraran los horarios; en ultima instancia si el paciente reporta inconvenientes de su medicamento, se le refiere con el médico que lo está atendiendo o con otro, para ver sus recomendaciones.

Se deben tomar muy en serio las palabras del paciente, interesándonos por conocer y saber a que se debe esa posible descarga emocional que está realizando por el teléfono, el terapeuta tendrá que reconocer que la primera actitud voluntaria o involuntaria, reservada o demasiada explícita y abierta va a determinar y va a dar las pautas para la intervención que se realice. Hay que recordar que si bien el terapeuta debe transmitir sensatez en sus intervenciones, tanto en las aclaraciones como en las preguntas y respuestas que dará al paciente, con la intención de provocar abreactión, también es importante limitarse de dar indiscriminadamente elogios, culpas y deberes al paciente.

Es conveniente indicar y precisar desde los comienzos de la intervención o del tratamiento la duración de éste, para evitarle confusiones al respecto, pues de esta manera se indicaría el fin y el comienzo hacia una vida con menos conflictos, tomando esto como perspectiva de cambio, de otra manera suele existir confusión y no hay reconocimiento de la intervención terapéutica. A esto Bellak y Small se valen de la transferencia positiva cuidadosamente cultivada, para que la finalización de la psicoterapia constituya una transferencia suave; para lograrlo es necesario que se pueda introyectar al terapeuta como imagen de apoyo, motivándolo y contribuyendo a un buen desempeño de tareas fuera de la consulta, evitándose transferencias negativas las que repercutirían en rechazo y no en seguimiento de las indicaciones. Datos que consideramos válidos y aplicables dentro de la terapia por teléfono.

Es un deber por parte del terapeuta poseer la capacidad de desarrollar y comprender el campo de las relaciones interpersonales, y puesto que esta área es particularmente el campo de la observación participante, se espera que el psicólogo manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su paciente.

Por definición los pacientes son relativamente inseguros, y el terapeuta tiene que evitar buscar satisfacciones personales o prestigio a costa de ellos, debe empeñarse su trabajo buscando información y datos necesarios en beneficio del paciente. En ocasiones se pierde de vista que la gente espera que sea un proveedor de información exacta y posea

destreza sin que se comercialicen sus sentimientos. Es bueno hacer que entienda el paciente que será atendido en el momento que lo requiera, y el por qué de asumir la responsabilidad de comunicarse periódicamente para tener conocimiento de su situación en curso, sin crearle dependencia, antes de que cualquier percance se vuelva inmanejable.

En otro sentido, si el terapeuta responde con empatía precisa, puede desarmarse la hostilidad que algunos pacientes muestran y en la mayoría de los casos éste podrá sentir que se le escucha y se le respeta, estableciéndose una comunicación positiva que vialumbrará una buena intervención.

El clínico apoya al paciente haciendo un análisis crítico referente a la postura que tiene de su problemática, (en ocasiones escuchamos al paciente molesto) sabemos que se encuentra agitado y tiene desordenadas las ideas, por lo que resulta conveniente cuestionarlo respecto a ello.

Se le ayuda a identificar y eliminar eso que le perturba y lo hace sentir mal, se le alienta a que comience a pensar con más objetividad y nitidez, fomentando su transformación emocional, transformando su autoimagen y confianza en sí mismo. En ocasiones los pacientes que llaman ya se encuentran bajo un tipo de terapia; es bueno preguntar al paciente desde su primera entrevista si se encuentra en tratamiento psicológico, de ser así, aclararle que no es posible otro tratamiento pues se vería alterado su curso. En el mismo sentido no recomendamos atender a ningún paciente que ya reciba tratamiento con otro terapeuta de Saptel, a menos que se haya marchado el terapeuta, si éste es el caso, recomendamos explorar ampliamente su expediente.

Para un adecuado diagnóstico, cuando el paciente entra en crisis, deben advertirse problemas orgánicos como: hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, alcoholismo, drogadicción, ingesta inadecuada de medicamentos, etc.; problemas en su medio como: divorcio, muerte de algún familiar, problemas familiares o amorosos, entre varios. Es importante recordar que las expectativas esperanzadas positivas en continuar comunicándose para su tratamiento, se encuentran ligadas directamente con

el grado de confianza que depositan hacia el clínico.

El tipo de intervención terapéutica se encuentra directamente relacionada con el malestar que aqueje al paciente. Se pueden utilizar una o más técnicas también dependiendo del edo. emocional del paciente.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

En el inicio del presente se esboza una samblanza a partir de la cual se hacen notar diversos servivios de emergencia que se suscitan en el extranjero, y como a partir de estos se localiza dentro de la población un alto índice de trastornos emocionales lo que conlleva a visualizar ampliamente el rol que deben desempeñar los servicios de salud mental; como actuan e inciden en relación con la población. De tal manera que estudiosos ven la necesidad de proponer e implementar programas de acción y procedimientos de intervención terapéuticos, los que se elaboran en combinación con varias teorías de la crisis, de donde se derivan gran parte del funcionamiento de estos servicios; a la par de éstos, se vislumbra un trabajo terapéutico que no sea tan tardado como el tradicional en la atención al paciente, dándose valor entonces al tratamiento a corto plazo, contemplandose la aplicación de una terapia breve y de emergencia, dirigiendo su atención a programas de evaluación para los centros especializados en crisis. Localizamos que la mayor parte de estos programas y manuales surgen entre los años de 1960 a 1970 los que también se encuentran encaminados a qué hacer y a quién acudir en situaciones donde se pusiera en peligro la integridad física, moral y mental del individuo.

En otro sentido también se encontró que las grandes patologías son consecuencia en muchos de los casos de las grandes ciudades debido a su desorganización, lo que hace comprender el gran desequilibrio que presenta el ser humano derivado de factores ambientales. De donde surge la interrogante respecto a si es necesaria la creación de un centro especializado en brindar apoyo psicológico en otros países y en México, a lo que contestamos ampliamente en los primeros capítulos; en donde se analizan factores que conllevan al deterioro de la salud física y mental como lo es el proceso de modernización actual, en el que no se satisfacen necesidades y en donde se crean de manera generalizada sentimientos de frustración y desamparo, lo que acelera en el hombre un proceso de descomposición por relaciones nocivas como individuo y como ente social.

A lo anterior se hace mención a varias teorías que se encargan de un análisis minucioso del individuo en relación con su medio ambiente, concluyendo que cada una de las teorías mencionadas, ponen la salud mental del individuo determinada por los contactos humanos adecuados o inadecuados que tenga, así como por el sistema de valores morales y sociales en los que se haya desarrollado. Derivándose que en las grandes ciudades, donde el individuo tiene contactos menos personalizados y de alguna forma más "superficiales" hay más posibilidades de desequilibrio mental. A lo largo de capítulo I y II se puede destacar la gran extensibilidad que existe en el abordamiento de problemas de salud en general, pero no la suficiente importancia que debiera existir dentro del área de la salud mental.

Por otro lado en el capítulo III se reconoce que la terapia breve y de emergencia, y su intervención en crisis, proporciona un parámetro con el que se debe actuar favorablemente de manera preventiva por parte del terapeuta en el abordamiento de situaciones específicas; queda claro que no es tan sencillo y que se requiere de una buena preparación para el apoyo en una situación de crisis, pues debe de conocerse que tipo de apoyo necesita el paciente ya que el terapeuta debe hechar mano de lo que se llama prevención primaria, prevención secundaria o prevención terciaria, formándose criterios para la canalización de un paciente. Es evidente que el tratamiento a corto plazo es un elemento capaz de definir la reacción de un individuo bajo condiciones de crisis, pues puede alcanzar estabilidad; lo que tiene impacto sobre su papel final, que es la salud mental.

No es posible que mediante la terapia breve puedan abordarse todos los problemas psicológicos que presenta el individuo; existen varias razones, entre ellas los alcances y limitaciones que se tiene al brindarse la ayuda por teléfono. De la misma manera también es evidente que no se puede dar solución a todos los trastornos emocionales que se presentan, lo cual es otra de las limitaciones de la terapia vía telefónica; pero si demuestra su eficacia, pues se anticipa a una cantidad de hechos diversos. Queda del terapeuta de SAPTEL aclarar la duda generalizada y no explícita que existe respecto a

que solo un tratamiento a largo plazo y profundo será efectivo, sino que también, un tratamiento a corto plazo puede ser exitoso.

Dentro de la misma formación psicológica con que cuenta el terapeuta se encuentra su constante formación en la lucha por la resolución de conflictos emocionales, por lo que podrían salirse de sus finalidades pretendiendo mayores alcances, a lo que inevitablemente tendrá que sujetarse pues se trata de brindar terapia breve, de emergencia y de apoyo a quienes lo soliciten.

Aunque sus limitaciones de la terapia breve por teléfono por su extensibilidad son varias, entre ellas que no necesariamente implica en el paciente un movimiento hacia adelante, también evita la dependencia, su tratamiento es abreviado, previene reincidencias crónicas, canaliza las energías de la entrevista telefónica en el abordaje de áreas necesarias y de productividad con el propósito de que la llamada fructifique y sea apropiada y concreta.

Sabemos que existen diversos métodos específicos de tratamiento, los cuales se derivan del conocimiento del problema en cuestión, sus divergencias y convergencias.

Lo que realizamos sin duda alguna fue: que a partir de nuestros datos empíricos, proporcionar al terapeuta un abanico de posibilidades, que cuenta con opciones para la atención al paciente vía telefónica; pero solo como meras formas de intervención terapéutica, de las cuales, de ninguna manera pretendemos se obtenga una validez universal. Pero sí contar con la intención pragmática en la formación del psicólogo.

Consideramos que varios puntos se esclarecieron. El que se atiende a larga distancia no quita de ninguna manera méritos a la intervención psicológica, al contrario la terapia breve y de emergencia forma parte de la gran diversidad de tratamientos que existen dentro de la psicología. Los alcances de la intervención breve, como lo confirmamos a lo largo del manual son bastante fructíferos en cuanto a la prevención, diagnóstico, intervención en crisis y aplicación de técnicas de intervención terapéuticas vía

telefónica.

Los problemas sexuales se encuentran relacionados de con un sistema biológico, y con un sistema de valores creados principalmente por la familia, la sociedad, el círculo de amigos que se frecuentan, y por valores religiosos, las disfunciones sexuales requieren de intervención especializada en ello y suele llevar un tiempo, pues resulta tardado confrontar al paciente con su propio sistema de valores para apoyar en la solución de su problemática, por lo que no es recomendable se intente resolver su conflicto mediante la terapia breve y de emergencia, la cual es virtualmente la labor del terapeuta de SAPTEL, pero sí puede tener ingerencia sobre el paciente en cuanto pueda informarle sobre su afección.

SAPTEL es una opción profesional más con que cuenta una persona del D.F. cuando más lo necesita y varios de sus recursos ya se han agotado; en ocasiones se puede pedir ayuda de amigos y familiares, pero que por encontrarse vinculado con ellos, no les es posible sacarlo adelante. Saptel al contar con terapeutas profesionales; abre las puertas a gente que hasta ahora, por motivos diversos, entre ellos principalmente económicos, no podían cubrir la necesidad de tener asesoría profesional.

Pensamos que simplemente con el derecho a que todo ser humano tiene de ser escuchado, SAPTEL cubre una gran necesidad emocional de la población y se dan pautas para reformar estrategias para penetrar dentro de la problemática del paciente.

En concreto el manual contesta varias dudas con las que se puede enfrentar el terapeuta en atención a los pacientes y cuya práctica y lenguaje apropiado, dará bases a condiciones cada vez más disponibles en la terapia a corto plazo; en él se condensan técnicas específicas y viables por su brevedad, ayudando a personas que sufren de stress, depresión, melancolía, que presentan dudas hacia la sexualidad, así como una exploración a la conducta de pacientes de alto riesgo suicida. No pretendemos que lo concerniente a cada capítulo excluya al desarrollo de los demás; sabemos que la comunicación y un buen rapport forman parte fundamental en el manejo adecuado de cada uno de los tópicos expuestos; que dentro de las depresiones se pueden advertir

conductas suicidas; y que las técnicas que incluimos no son exclusivas de una sola alteración, sino son mutuamente incluyentes como herramientas de trabajo en la prevención y solución de algunos conflictos.

Decidimos incluir en ciertos apartados una estructura teórica general, que brindara consideraciones concretas para el manejo del paciente por teléfono, de tal manera que se pudiera pensar en la persona que se encuentre en una situación particular; a partir de nuestra experiencia, el manual contempla dudas que presenta el psicoterapeuta en relación al abordaje de diversos conflictos, se brindan bases para saber si el paciente debe o no ser referido y se le hacen accesibles sugerencias que son determinantes en el éxito de su papel como clínico del teléfono.

A todo lo anterior podemos afirmar que se cubrieron los objetivos propuestos en el trabajo, pues se elaboró un manual para uso interno de SAPTEL, que proporciona apoyo en todos los rubros abarcados para la resolución de casos clínicos en general que se pueden presentar.

De ninguna manera pretendemos que el manual sea la piedra angular en la solución de problemas que se le presentan al terapeuta que atiende vía telefónica, sin embargo sí se cubren dudas y expectativas sobre que hacer con el paciente del otro lado del teléfono, sabemos que es mucha la información que se debe manejar en la aplicación de la terapia a larga distancia por lo que estamos conscientes que la información que se maneja en el manual es mínima suficiente pues se proporcionan elementos vitales; por mencionar algunos "que hacer con un paciente en crisis o angustia, conociendo las características de estas o que posibilidades de influencia tiene el terapeuta con apropiado manejo del lenguaje y de su voz, como único vehículo de comunicación".

Varios de los temas que se manejaron fueron en términos de sugerencias u orientación al terapeuta, como una forma de hacerle comprender y que esté muy consciente que mucho de su trabajo dependerá de sus bases etiológicas como psicólogo en la solución de casos clínicos a que se enfrente.

Pensamos que varios terapeutas que hallan estado ó que actualmente presten sus servicios en SAPTEL, se habrán enfrentado a la situación planteada en el capítulo IV (experiencia como prestadores del servicio); y que al conocer el manual para el uso interno de SAPTEL encontrarán una salida a varias de las dudas que se presenten de manera individual y grupal, ya que es real la falta de conocimiento y preparación creandose una atmósfera de autoengaño que implica el no conocimiento del área y la decadente falta de ética profesional. Apelamos al manual para reducir esa ansiedad a la que nos vemos ligada de manera inevitable por esa situación. Aún y cuando se esté capacitado, existe el conocimiento de la gran diversidad de material que se debe manejar dentro de la psicología.

Como se planteó en la introducción, con la realización del manual se cubren aspectos generales en atención al paciente pues se logran conjugar una serie de conocimientos abarcando puntos teóricos que logran reconocer, por un lado la historia y funcionabilidad de SAPTEL y la manera en que se infiltra en la población proporcionando mejores expectativas hacia la salud mental individual, por el apoyo y la prevención psicológica y su utilidad al brindarse por teléfono, lo que se reconoce en el capítulo I y II. Se realizó un análisis referente a la importancia de contar con apoyo psicológico por teléfono en la ciudad de México, D.F. visualizandose alcances y limitaciones a que está expuesto el servicio, debido a que su intervención se realiza en términos de terapia breve y de emergencia, proporcionandose técnicas útiles apuntandose bajo que circunstancias se deben poner en práctica. En particular el capítulo V ve apoyado su contenido en un marco teórico, en donde la información en ocasiones precisó ser más extensa, y no por ello menos práctica, y en otras, menos extensa, técnica e igualmente práctica. Por lo que podemos decir que en el manual se pueden contemplar dos secciones; la primera en donde maneja información teórica y la segunda donde se localiza información de tipo técnico para la intervención por teléfono. Las técnicas expuestas consideramos que serán validadas por su ejercicio dentro de SAPTEL, proponiendo que no sean vistas como únicas formas de sacar adelante al paciente, pero que sí hay generalidades en el manual que son aplicables al servicio que se presta.

Con la contextualización de la trayectoria de SAPTEL, se pudieron constatar, cuales fueron algunas de las situaciones por las que se atravesó para poder crear un servicio con dichas características, intentando se valorice y se cuide la calidad de atención que se debe de proporcionar a cualquier solicitante, para con ello mantener y cuidar la imagen de este servicio. Varios terapeutas, médicos y profesionistas de la salud nos enfrentamos con situaciones que ameritan una resolución rápida y efectiva, el manual que funge también como una guía, cubre necesidades por resolver tanto para el especialista como para el paciente por lo que es efectivo como herramienta por los factores que involucra. De alguna forma se logra introducir por primera vez en México la manipulación de una llamada telefónica consolidandose aspectos psicológicos y sociales favorables que aumentan la panorámica de una eficaz intervención del Psicoterapeuta y participación del paciente. Aclaremos que se han realizado por parte de algunas instituciones como Telsida y Conasida guías que son útiles para terapeutas y profesionistas no especificos de el área de la psicología, pero que prestan sus servicios dentro de la salud, y que han tomado acciones sobre que hacer a nivel psicológico con un paciente que padece VIH/Sida, lo que los lleva a mantener un esquema que por su complejidad en el abordamiento de este tipo de problemas caen en la terapia tradicional cara a cara.

El manual es un intento por comprender la dinámica de una área relativamente intacta, ya que es la aplicación de la terapia breve y de emergencia y su utilidad por teléfono la que nos incumbe, en situaciones especificas que presentan los individuos cuando lo requieren; es una guía que advierte al terapeuta sobre el rol tan vital que desempeña; creemos que con la concienzuda y minuciosa participación de todos, resultará en un servicio indiscutiblemente promisorio.

Cabe mencionar que aún queda mucho por elaborar encunto al material de apoyo con que debe contar Saptel, hace falta adaptar cuestionarios entrevistas o test aplicables al teléfono, pero que deriven en su origen, de pruebas que se apliquen con pacientes cara a cara.

BIBLIOGRAFIA

Abadi M., Garma A., Garma E., Gazzano A., Rolla E.H. y Yarnpey N., La fascinación de la Muerte. Panorama, Dinamismo y Prevención del Suicidio. Buenos Aires: Paidós.

Antoniadis N., Trends in Telephone Emergency Service: a New Zeland survey. Dept. of Health, Management Service Research Unit. Wellington New Zeland. Community Mental Health. Vol. 1 90-95.

American Psychiatric Association, Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, DSMIII. 2a. Reimpresión. Méx: Masson, 1986.

Azcarraga G. Sexología Básica. Guía para la Educación Sexual. Segunda edición; Ediciones Científicas, la Prensa Médica Mexicana, S. A.

Bastid Rogers. Sociología de las Enfermedades Mentales.

Bellak L. y Siegel H., Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia. Méx.: Mauul Moderno, 1986.

Bellak L. y Small L., Psicoterapia Breve y de Emergencia. 2a. Edición corregida y aumentada. Méx.: Pax Mex, 1988.

Burns D., Sentirse Bien. Una nueva Fórmula contra las Depresiones. Edit. Paidós, 1980.

Bustos M.L. y Acosta R. V., Sistema de Apoyo Psicológico Por Teléfono: Motivo de Consulta, Tesis, Facultad de Psicología (UNAM), Mex., 1989.

Calderón G., Salud Mental Comunitaria. 1984.

Calderón N.G., Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento. Méx: Trillas, 1985.

Davis M., Mackay M., y Col. Técnicas de Autocontrol Emocional. Edit. Mtz. Roca. 1984

De la Fuente R., La Salud Mental en México. Salud Mental 1, 1977.

Durkheim E., El Suicidio. Segunda edición. La Red de Jonas. Premia Editora, 1987.

Edwin S., Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia. Edit. Fondo de Cultura Económica.

Farberow N.L. y Gordon S., Manual For Child Health Workers in Mayor Disasters . The Institute the Studies of Destructive Behavior and the Los Angeles Suicide Prevention Center.

García V. y Mulhern S., Intervención Psicológica por Teléfono en Situaciones de Emergencia: Reporte de una Experiencia en la Ciudad de México, Tesis Facultad de Psicología (UNAM), Méx., 1985.

Kaplan S. Helen, *Disfunciones Sexuales. Diagnóstico y Tratamiento de las Aversiones, Fobias y Angustia Sexual. Relaciones Humanas y Sexología.* Edit. Grijalbo. Mex. D.F. Barcelona España.

Kendall Philip C., *Psicología Clínica. Perspectivas Científicas y Profesionales.* Edit. Limusa.

Kernberg Otto F., *Trastornos Graves de la Personalidad. Diagnóstico y tratamiento de pacientes con potencial suicida.* El Manual Moderno, S. A. de C. V..

La Entrevista Perfecta. Información Necesaria para Cualquier Tipo de Entrevista.

Mac. Kinnon R. A. y Michaels R., *El Papel del Teléfono en la Entrevista Psiquiátrica. Psiquiatría Clínica Aplicada.* Méx.: Nueva Editorial Interamericana, 1973.

Malan H. D., *Psicoterapia Individual y la Ciencia de la Psicodinámica.* Primera edición Edit. Paidós- Buenos Aires, Barcelona, 1983.

Masters y Johnson., *Las Técnicas Sexuales*

Organización Panamericana de la Salud. *La optimización en la Utilización del Psicólogo como personal de la Salud. (Reporte Interno).* Washington, D.C., 1988.

Puente S. F. G., *Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México.* Edit. Lepetit. 1985.

Rosenstein E., Diccionario de Especialidades Farmaceuticas. 3a. edición 1991.
Ediciones P. L.M.

Small L., Psicoterapia Breve. Edit. Granica, Barcelona España 1988.

Slaikou. K. A., Intervención en Crisis. Manual para Práctica e Investigación. Mex.:
Manual Moderno, 1988.

Sullivan E. D., Everstine L., Personas en Crisis. Intervenciones Terapéuticas
Estratégicas. Edit. Pax México, 1983.

Sullivan H. S., Concepciones de la Psiquiatria Moderna, Ensallos discursos y
Conferencias. Edit.

Sullivan H. S., La Entrevista Psiquiátrica. Edit. Psique. Buenos Aires.

Timio M., Enfermedad y Clase Social. Méx.: Nueva Imagen, 1981.

Trainin Manual for Human Service Workers in Mayor Disasters.

Uriarte V., Neuropsicofarmacología. Edit. Trillas, S. A. de C. V. Tercera Edición
Septiembre de 1988.