



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA (S.U.A.)

**INFORME DE ACTIVIDADES DE SERVICIO SOCIAL
REALIZADAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DEL D.F. Y
PROPUESTA DE MEJORA EN EL SERVICIO DE
PROGRAMAS DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y
APOYO PSICOLÓGICO VÍA TELEFÓNICA EN LA
DIRECCIÓN DE MEDICINA A DISTANCIA**

PRESENTADO POR:

IGNACIO GARDUÑO NIETO
No. DE CUENTA 75118196

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

DIRECTOR DEL TRABAJO:

LIC. MARIO PÉREZ ZUVIRI

1er REVISOR: **MTRA. KARINA B. TORRES MALDONADO**

2o REVISOR: **DRA. ZURAYA MONROY NASR**

3er REVISOR: **MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ**

4ª REVISOR: **MTRA. MA. LUISA HERRÁN IGLESIAS**



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

**MÉXICO, DISTRITO FEDERAL
CIUDAD UNIVERSITARIA
2012**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM.021
2013

M.^a

T.P.S.



ÍNDICE

	Página
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
I JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO.....	15
1.1 Justificación del Programa Medicina a Distancia	
1.2 Contexto de la institución donde se realizó el servicio social.....	
1.3 Contexto del Programa del Servicio Social (Medicina a Distancia)....	
1.4 Programas y áreas de apoyo en Medicina a Distancia.....	
II DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL S.S.....	25
2.1 Entorno operacional.....	
2.1.1 Organigrama de Dirección de Medicina a Distancia.	
2.1.2 Descripción del área de trabajo.....	
2.2 Áreas de Apoyo Asignadas.....	
2.3 Programa de Actividades.....	
2.3.1 Curso de capacitación e inducción.....	
2.3.2 Proceso de inducción práctica.....	
2.3.3 Sesiones bibliográficas.....	
2.3.4 Asignación de tareas.....	
2.3.5 Registro de datos.....	

3.2.1	Conceptos generales.....	
3.2.2	Objetivos de la psicología de la salud.....	
3.2.3	Modelos teóricos en la Psicología de Salud.....	
3.2.4	Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud.....	
3.2.5	Técnicas e instrumentos de evaluación en la Psicología de la Salud.....	
3.3	Adherencia terapéutica.....	
3.3.1	Concepto.....	
3.3.2	Falta de adherencia terapéutica.....	
3.3.3	Fundamentos teóricos	
3.3.3.1	Factores relacionados con la falta de adherencia Terapéutica.....	
3.3.3.2	Técnicas psicológicas para el manejo de pacientes en adherencia terapéutica y pacientes en apoyo psicológico.....	
3.3.3.3	Estrategias de intervención.....	
3.3.3.4	Aspectos a considerar en toda intervención.....	
3.3.4	Fomento a la adherencia terapéutica promoviendo cambios en el estilo de vida.....	
3.3.5	Descripción del proyecto de adherencia terapéutica.....	
3.4	Interrupción Legal del Embarazo (ILE).....	
3.4.1	Conceptos generales.....	
3.4.2	Aborto.....	
3.4.2.1	La mortalidad por aborto en México.....	
3.4.2.2	El aborto y la salud de las mujeres.....	
3.4.2.3	Las restricciones legales y el aborto.....	
3.4.2.4	Las razones del aborto.....	
3.4.2.5	La prevención del aborto.....	
3.4.2.6	Marco jurídico del aborto.....	
3.4.2.6.1	Proceso de gestación.....	
3.4.2.6.2	La fecundación.....	

	3.4.2.6.3 La migración.....	
	3.4.2.6.4 Vía libre en el útero.....	
	3.4.2.6.5 La anidación.....	
	3.4.2.6.6 Desarrollo del feto.....	
	3.4.3 Despenalización del aborto en México.....	
	3.4.4 Procedimientos para la intervención del embarazo bajo control sanitario.....	
	3.4.4.1 Método quirúrgico para la interrupción del embarazo	
	3.4.4.2 Método con medicamentos para la interrupción del embarazo.....	
	3.4.4.3 Riesgos físicos durante la interrupción del embarazo	
	3.4.5 Descripción del proyecto "Interrupción Legal del Embarazo (ILE)".....	
IV	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y/O DE INTERVENCIÓN.....	131
	4.1 Psico-educación.....	
	4.1.1 Conceptos generales.....	
	4.1.2 Objetivos de la psico-educación.....	
	4.2 Intervención en crisis.....	
	4.2.1 Conceptos generales.....	
	4.2.2 Fases en una intervención.....	
	4.2.3 Principios técnicos en una intervención en crisis.....	
	4.2.4 Principios para las personas que ofrecen soporte psicológico.	
	4.2.5 Sugerencias para el consejero telefónico.....	
	4.3 Psicoterapia Breve.....	
	4.3.1 Antecedentes.....	
	4.3.2 Fundamentos teóricos.....	
	4.3.3 Conceptos generales.....	
	4.3.4 Objetivos de la terapia breve.....	
	4.4 Entrevista motivacional.....	
	4.4.1 Fundamentos Teóricos.....	

4.4.2	Etapas en el proceso del cambio.....	
4.5	Técnicas de relajación y respiración.....	
4.5.1	Fundamentos teóricos.....	
4.5.2	Relajación y aprendizaje.....	
4.5.2.1	Relajación progresiva (Jacobson).....	
4.5.2.2	Entrenamiento autógeno (Schultz).....	
4.5.2.3	Otras técnicas de relajación.....	
4.5.3	Técnicas de Respiración.....	
4.6	Enfoque Conductual.....	
4.6.1	Técnicas conductuales.....	
4.7	Enfoque cognitivo conductual.....	
4.7.1	Técnicas de re-estructuración cognitiva.....	
4.7.1.1	Terapia cognitiva de Beck.....	
4.7.1.2	Terapia racional emotiva de Ellis.....	
4.7.1.3	Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento.....	
4.7.1.4	Técnicas de resolución de problemas.....	
V	ANÁLISIS DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS.....	201
5.1	Resultados estadísticos oficiales en el Programa ILE período Mayo 2007-Octubre 2011.....	
5.2	Análisis de actividades propias durante las 480 hrs de servicio social.....	
VI	DISCUSIÓN.....	214
VII	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES A FUTUROS TRABAJOS...	222
7.1	Propuestas de mejora.....	
7.2	Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad.....	
7.2.1	Proyecto 2012.....	
7.3	Enfoque con énfasis psico-educativo.....	

VIII	FUENTES DE CONSULTA: BIBLIOGRÁFICAS, MATERIAL DIDÁCTICO. Y DEMÁS DOCUMENTOS CONSULTADOS.....	229
IX	ANEXOS.....	233

AGRADECIMIENTOS

A mis hijos por ser siempre una fuente de amor, inspiración y fuerza en todo lo que he realizado. Los amo.

A mi esposa por su sabiduría y amor incondicional de toda la vida. La adoro.

A mis hermanos por su preocupación y cariño hacia mí en toda mi carrera.

A mi Director de Proyecto, el Lic. Mario Pérez Zuviri, por haberse aparecido en el momento justo.

A mis revisoras, las Maestras María Luisa Herrán, Karina Torres, Patricia de Buen y a la Dra. Zuraya Monroy por sus oportunas recomendaciones y por enseñarme a ver la Psicología desde otra perspectiva.

A mis amigos por su presencia y apoyo.

A Merlín, mi compañía y colaborador de carrera.

A la UNAM, mi alma mater.

RESUMEN

Probablemente factores como el económico, la escasez del recurso tiempo u otros elementos subjetivos como el miedo, la comodidad, la desconfianza, etc., estén determinando que las personas cada vez con mayor frecuencia recurran a centros de apoyo a distancia para recibir orientación y ayuda médica, psicológica o emocional. Es posible que esta demanda esté orillando a las autoridades gubernamentales a la creación de más organizaciones de intervención psicológica por teléfono.

La creación de organismos públicos como el de SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono) por parte de la Cruz Roja Mexicana y Medicina a Distancia, por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal obedecen a esta creciente demanda.

La modalidad de orientación y apoyo psicológico vía telefónica requiere de ciertas habilidades en el profesional de la salud, habilidades que usualmente no son consideradas durante la preparación académica. Técnicas como la escucha activa, la contención emocional, etc., usualmente son aplicadas directamente en la consulta diaria, sin embargo, bajo el esquema a distancia, donde no hay un contacto visual directo, el orientador en línea deberá afinar al máximo su sensibilidad para captar el contexto y las condiciones que llevan a las personas a utilizar este medio para solicitar información, orientación y apoyo emocional y psicológico y poder transmitir los recursos y herramientas que en ese momento el usuario requiere.

Durante los seis meses de actividad de servicio social, pude dilucidar que, de todas las áreas de apoyo que brinda la Dirección de Medicina a Distancia de la SSDF, el **Programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y el Programa de Adherencia Terapéutica** son los que tienen una demanda muy importante.

Si bien es cierto que mis actividades comprendieron la intervención en otros programas, como "Tu Embarazo tiene Ángel" donde, además del apoyo médico y

nutricional que se les daba a las mujeres embarazadas, se les brindaba acompañamiento emocional y apoyo psicológico cuando ellas lo consideraban pertinente, o como en el programa "Protección a la Salud de los No Fumadores" el cual ofrece información, orientación y asesoría vía telefónica para denuncia y queja a establecimientos mercantiles que violen la Ley correspondiente, he considerado pertinente hacer énfasis en los campos del ILE y Adherencia terapéutica por el impacto tan importante que tienen en lo social, en lo económico y en la salud para el desarrollo de este y de cualquier país.

Es mi único propósito el aportar elementos que puedan enriquecer esta loable labor que en el sector de salud mental se está llevando a cabo y que pueda, en algún momento motivar a las generaciones siguientes en su continuación y mejora.

INTRODUCCIÓN

El Servicio Social es una actividad temporal y obligatoria con carácter formativo, previa a la titulación, que tenemos que realizar todos los profesionistas; tiene por objetivo general que, como estudiantes apliquemos los conocimientos adquiridos en nuestra formación académica participando en la solución de problemas para el beneficio y el interés de la sociedad y la vinculación con el entorno social y productivo.

En forma particular, este Programa de Servicio Social en el cual participé para cubrir esta etapa de mi carrera, tiene como objetivo que los prestadores de servicio social participen en un programa de intervención multidisciplinario (psicológico-médico-nutricional) en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Medicina a Distancia, proporcionando apoyo psicológico vía telefónica a usuarios en diferentes contextos y con diferentes situaciones de vida (embarazo, enfermedades crónico-degenerativas, crisis emocionales, duelo, trastornos afectivos, problemas nutricionales, Interrupción legal del embarazo), a través de:

- Capacitación en estrategias de apoyo psicológico e intervención en crisis vía telefónica.
- Elaboración y manejo del expediente psicológico.
- Elaboración y desarrollo de programas de tratamiento psicológico.
- Detección y canalización de pacientes con conductas de riesgo (adicciones) y trastornos psiquiátricos.
- Evaluación e intervención breve con familiares de pacientes con enfermedad crónica-degenerativa.

Cabe mencionar que la atención telefónica de apoyo psicológico o de información de los programas y servicios ofrecidos es llevada a cabo básicamente por los prestadores de servicio social; los supervisores y coordinadores actúan en esas actividades

únicamente en caso de no contar con suficientes prestadores de servicio en determinados momentos.

Independientemente de la orientación teórica que nos pueda guiar en nuestra vida profesional, la Dirección de Medicina a Distancia de la SSDF pide aplicar básicamente, técnicas de la terapia cognitiva de Aaron T. Beck, la terapia racional-emotiva de Albert Ellis, basadas en la teoría cognitiva conductual principalmente, por lo que nuestro marco teórico se fundamentará en dichas técnicas. Se considera que son técnicas que permiten una acción más inmediata y donde el usuario puede percibir resultados de forma más pronta.

En cuanto a mis objetivos personales que perseguí durante mi Servicio Social fueron:

- ✓ Perfeccionar el manejo de las técnicas cognitivo-conductuales a través del contacto con los pacientes.
- ✓ Desarrollar mi escucha activa como una herramienta básica en la interrelación con el paciente.
- ✓ Conocer y sensibilizarme en relación al tema relacionado con la Interrupción Legal del Embarazo y las implicaciones psico-sociales que pudiera tener este fenómeno.
- ✓ Tener una perspectiva real y actual del tema de la Interrupción del Embarazo y conocer mejor su contexto.
- ✓ Alimentar mi sentido de servicio que debemos a la sociedad en general.

El Programa de Servicio Social que elegí está incluido en el Sistema de Información Automatizada de Servicio Social (SIASS) de la Dirección General de Orientación y Servicios Educativos de la Universidad Nacional Autónoma de México al cual tuve acceso a través de la página web www.serviciosocial.unam.mx y cuyos datos del mismo incluyo a continuación:

Clave del Programa:	2011-34/62-2759
Institución u Organismo Social:	Gobierno del Distrito Federal
Dependencia ejecutora.	Secretaría de Salud
Área:	Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias
Nombre del Programa:	Adherencia Terapéutica
Objetivo:	Participar en un programa de intervención multidisciplinario (psicológico-médico-nutricional) proporcionando apoyo psicológico vía telefónica a usuarios en diferentes contextos y con diferentes situaciones de vida.
Metas:	Pacientes evaluados y con plan de tratamiento elaborado en un expediente multidisciplinario.
Tipo de Ubicación:	Centro de Atención Telefónica
Entidad:	Distrito Federal
Delegación / Municipio:	Delegación Cuauhtémoc
Localidad:	Av. Xocongo No. 225 Colonia Tránsito
Actividades del Psicólogo:	<ul style="list-style-type: none">• Asistencia a cursos y foros de actualización sobre temas de Psicología• Capacitación en técnicas de intervención psicológica (atención en crisis, reestructuración cognitiva, solución de problemas, contención emocional, manejo del duelo y depresión).• Elaborar expedientes clínicos psicológicos y material didáctico.• Estudio para el tratamiento de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos y pacientes con problemas nutricionales.

- Impartir talleres y dirigir sesiones en grupos de ayuda mutua en centros de salud.
- Integrar notas psicológicas en el expediente multidisciplinario.
- Orientación y apoyo psicológico vía telefónica a usuarios de los Programas de Medicina a Distancia (mujeres en situación de interrupción del embarazo, pacientes crónicos, mujeres embarazadas, problemas nutricionales, problemas afectivos).
- Proporcionar información general de los programas prioritarios de la Secretaría de Salud del D. F. a la población en general.
- Realizar llamadas de seguimiento a pacientes de Programas de Medicina a Distancia.
- Revisión de los lineamientos normativos en Salud Pública del D. F. (Ley para la Interrupción Legal del Embarazo, Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores, Ley de Gratuidad en el D. F., Ley de Salud Mental).
- Supervisión de Caso y revisiones bibliográficas.

Tipo de Programa:	Multidisciplinario
Supervisora:	Psicóloga Ivette Karina Melchor
Período:	01 Agosto, 2011 al 01 de Febrero, 2012
Total de horas cubiertas:	480 Hrs.

Finalmente, además de reportar y describir las actividades realizadas durante esas 480 horas de servicio social, el presente trabajo tiene también el objetivo de proponer a las autoridades de la Dirección de Medicina a Distancia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, sentar las bases y colaborar para la elaboración de un manual de procedimientos como parte de un **programa de mejora continua en la metodología** utilizada hasta el momento en los servicios relacionados los programas "Interrupción Legal del Embarazo" y de "Adherencia Terapéutica" que tenga, además de un enfoque preventivo, una visión **psico-educativa**.

Capítulo I

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO

1.1 Justificación del Programa de Medicina a Distancia

Medicina a Distancia es un Programa del Gobierno del Distrito Federal que se constituye como un servicio de orientación multi e interdisciplinario que a través de diversas áreas (medicina, psicología, nutrición y veterinaria) apoya a la población de la Ciudad de México, sobretodo a la que vive en condiciones de alta marginación y/o que no cuentan con beneficios de salud y de seguridad social.

1.2 Contexto de la institución donde se realizó el servicio social

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

MISIÓN

Hacer realidad el derecho a la protección de la salud, mantener vigente el espíritu de la gratuidad, la universalidad y la integralidad de la atención médica que se ofrece.

VISIÓN

La construcción de un sistema de salud universal, equitativo, preventivo, eficiente, eficaz y oportuno, en el que la Secretaría de Salud del DF se consolide como la instancia rectora y articuladora de los programas y acciones que en materia de salud se implementen a favor de los capitalinos.

PRINCIPIOS

- Garantizar la Justicia Social a través del acceso total, y para todos, a los servicios de salud pública en el Distrito Federal.
- Consolidar la Equidad en la atención médica y la protección de la salud.
- Brindar servicios de Calidad y Calidez a los capitalinos.
- Cumplir con la Universalidad en el otorgamiento de atención para quienes carecen de seguridad social y en aquellos que, aún siendo asegurados, solicitan el servicio.
- Mantener la Integridad en la vocación de servicio de la institución.
- Llevar con Oportunidad la atención médica a quienes más lo necesitan y hasta donde lo requieran.
- Fortalecer la Gratuidad como premisa del servicio y atención que se otorga.
- Tener a la Portabilidad como uno de los ejes de trabajo.

VALORES

- Reconocimiento pleno a la igualdad entre hombres y mujeres.
- Respeto a la vida de cada ser humano.
- Responsabilidad para garantizar el derecho del cuidado a la salud.

OBJETIVOS

- Garantizar la protección de la salud de los capitalinos.
- Mantener un sistema de salud eficiente, eficaz, oportuno, de calidad y calidez en el Distrito Federal.
- Llegar con la atención médica hasta las zonas más apartadas de la Ciudad de México.
- Brindar servicio a todos los que lo soliciten.

PROGRAMAS EN SALUD

- Atención Médica y Entrega de Medicamentos Gratuitos a Domicilio
- Atención integral a los Adultos Mayores

- ***Adherencia Terapéutica***
- Campaña de Donación de Órganos, Tejidos y Células
- Campaña de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano
- Ley de Voluntad Anticipada
- Muévete y Métete en Cintura
- Red de Mastógrafos del Distrito Federal
- Protección a la Salud de los no fumadores
- Atención Integral para Enfermedades no Transmisibles
- Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos
- Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores
- Programa del Seguro Popular
- Programa contra el Tabaquismo
- Programa contra el Alcoholismo
- Programa contra la Farmacodependencia
- Programa de Salud Mental
- Programa de Violencia de Género

1.3 Contexto del Programa del Servicio Social (Medicina a Distancia)

Medicina a Distancia fue creada en el año 2007 teniendo sus raíces en el Programa General de Desarrollo 2007-2012 del Gobierno del Distrito Federal y cuyo objetivo es vincular, mediante el servicio telefónico, a los habitantes del Distrito Federal con los programas y servicios médicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ofreciendo servicios de: orientación médica, consulta psicológica, canalización a servicios médicos de urgencias, atención de quejas y denuncias relacionadas con infracciones a la ley de protección a los no fumadores, orientación y canalización oportuna a pacientes en proceso de Interrupción Legal del Embarazo.

El Programa de Salud 2007 determinó que el proyecto "Medicina a Distancia", sería prioritario y por ser un proyecto sin antecedentes, la SSDF firmó un convenio de colaboración con LOCATEL para que, la "Línea Medicina a Distancia", formara parte de los programas especiales que ahí se operan, y así asegurar atención a la ciudadanía las 24 horas al día los 365 días del año. Por ello es que diez médicos y diez psicólogos operan en las instalaciones de LOCATEL, siendo personal adscrito a Medicina a Distancia.

Así se puede explicar que existen dos ubicaciones de profesionales de la salud, unos en LOCATEL y los demás en las instalaciones del Centro de Atención Telefónica de Xocongo 225, en donde operan un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud.

El Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012 está organizado en siete ejes estratégicos de donde se señalan las acciones que habrán de ordenarse en los programas sectoriales y especiales que prevé el proceso de planeación establecido en la Ley de Planeación del Desarrollo del Distrito Federal.

Los siete ejes del programa son:

1. Reforma política: derechos plenos a la ciudad y sus habitantes.
2. Equidad.
3. Seguridad y justicia expedita.
4. Economía competitiva e incluyente.
5. Intenso movimiento cultural.
6. Desarrollo sustentable y de largo plazo.
7. Nuevo orden urbano: servicios eficientes y calidad de vida, para todos.

El Programa General de Desarrollo plantea como objetivo del Eje 2, referente a la equidad: *Mejorar la atención y prevención a los problemas de salud más importantes y los niveles de satisfacción de los ciudadanos hacia los servicios de salud del Distrito Federal.*

Plantea como líneas de política en el rubro de *equidad social* que se extenderán y mejorarán los servicios de atención telefónica de carácter social en el Distrito Federal y en relación a la Salud, el gobierno impulsará la cooperación, la coordinación entre los diversos sectores del sistema de salud para una gestión más efectiva.

Me pareció pertinente incluir un extracto del segmento del Programa General de Desarrollo, en particular lo que se refiere a la Introducción y al Eje 2 (Equidad) que nos mueve en esta ocasión y que nos permite corroborar en forma directa el sustento histórico y jurídico de este programa y teniendo, además, una mejor perspectiva del contexto geográfico, social y cultural.

ANEXO 1

Medicina a Distancia apoya, difunde, promueve y complementa los servicios médicos que ofrece la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Es una alternativa para hacer promoción de la salud; coadyuvar a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad, la saturación de Hospitales y Centros de Salud, evitar traslados innecesarios y ayudar a canalizar adecuadamente las emergencias. Es el instrumento que la Ley de Salud del

DF específica para ser el enlace telefónico de la SSDF con la Ciudadanía (Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, en su artículo 29 frac. IX, y la Ley de Salud para el Distrito Federal, en su artículo 8 fracs. VIII y IX; le confieren a la Secretaría de Salud del DF.)

Se han desarrollado dos Modelos de Interacción Telefónica para operar en el Centro de Atención Telefónica de Xocoongo 225.

Modelos de Atención en Medicina a Distancia

1.-Modelo General de Llamadas Entrantes.

En este modelo, los usuarios llaman planteando una demanda particular que bien puede ser de atención médica, psicológica, nutricional, incluso veterinaria; información y/o solicitud de resolución de algún problema de salud.

2.- Modelo General de Llamadas de Salida

Este modelo, creado para el proyecto de Adherencia Terapéutica está dirigido a pacientes con diabetes e hipertensión a los que se les hacen llamadas a su domicilio, una o dos veces por semana en días y horarios previamente pactados. Este modelo se puede aplicar para la atención de otras situaciones de vida: enfermedades crónico-degenerativas (Obesidad, Cáncer, VIH, etc.), embarazo, trastornos de la alimentación, adicciones, programas de psico-educación.

La línea telefónica permite a los capitalinos estar en contacto con médicos y psicólogos las 24 horas los 365 días del año; por este medio se atienden problemáticas que ponen en riesgo la salud física o mental de la población, además se apoya y complementan los servicios que ofrece la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Lo anterior se instrumenta a partir de que un orientador telefónico explora la condición e identifica cuál o cuáles de los programas vigentes podría solucionar la situación

expuesta. Se le indican al usuario las características, requisitos, horarios, ubicación y vigencia del programa que dará respuesta a ^s sus necesidades.

El teléfono para la atención a la ciudadanía es: 51 32 09 09 las 24 horas los 365 días del año.

El equipo de atención telefónica a pacientes dentro del Proyecto Medicina a Distancia es un médico general y un grupo de psicólogos (servidores sociales) y las principales actividades encomendadas son:

- ✓ Diagnóstico temprano y oportuno de padecimientos, sobre todo agudos, y evaluación médica del estado del paciente. Prescripción médica en los casos en que sea factible.
- ✓ Referencia temprana y oportuna a centros de salud y hospitales, en presencia de recaídas y complicaciones médicas.
- ✓ Monitoreo médico, con la finalidad de asegurar terapia de mantenimiento, sobre todo en padecimientos crónico-degenerativos.
- ✓ Trabajo emocional y resolución de conflicto ocasionado por el daño y perjuicio que causa la enfermedad en el individuo.
- ✓ Consejo, apoyo psicológico e intervención en crisis

A través de Medicina a Distancia -51 32 09 09- se pone en servicio una línea de apoyo telefónico que permite a los usuarios de la ciudad de México contar con asesoría médica y psicológica las 24 horas todos los días de la semana.

Servicios:

- Orientación médica oportuna sobre diversos padecimientos
- Orientación y apoyo psicológico
- Acompañamiento clínico y emocional
- Trabajo emocional para la resolución de conflictos
- Referencia a centros de salud y hospitales

El uso de la línea telefónica facilita el acceso a la atención en casos de crisis emocionales o físicas mediante un esquema de doble vía. Se puede contactar a pacientes atendidos por los Centros de Salud del Gobierno del Distrito Federal, que tengan mayores riesgos de salud.

1.4 Programas y áreas de apoyo en Medicina a Distancia

Los principales programas en Medicina a Distancia son **Adherencia Terapéutica**, **Interrupción Legal del Embarazo** y **Tu Embarazo Tiene Ángel**. En este reporte nos ocuparemos de los dos primeros ya que, son programas de alto impacto económico, social y de salud y además, de los que mayor demanda se tiene en la Dirección.

Además de brindar asesoría y apoyo para esos programas, Medicina a Distancia brinda servicio en las siguientes áreas:

- 1.-Atención en casos de contingencias.
- 2.-Ley de protección a la Salud de los No Fumadores
- 3.-Campaña de Vacunación Contra el Virus del Papiloma Humano
- 4.-Unidades Médicas de Adicciones
- 5.-Atención Integral de los Adultos Mayores
- 6.-Red de Mastógrafos del Distrito Federal
- 7.-Esquema de Atención Integral Para Enfermedades No Transmisibles
- 8.-Campaña de Donación de Órganos, Tejidos y Células
- 9.-Ley de Voluntad Anticipada
- 10.-Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis
- 11.-Cardiología Intervencionista
- 12.-Red de Cataratas
- 13.-Trasplante de Córnea y Renal
- 14.-Atención a Quemados

- 15.-Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua"
- 16.-Salud Bucal
- 17.-Unidades Médicas Móviles
- 18.-Prevención y Atención de la Violencia de Género
- 19.-Fortalecimiento de Bancos de Sangre
- 20.-Vacunación Universal
- 21.-Protección Sanitaria
- 22.-Prevención y Control de la Rabia
- 23.-Medicina Legal
- 24.-Servicios Médicos en Reclusorios
- 25.-Oncología Ginecológica
- 26.-Cáncer de Próstata
- 27.-Salud Escolar
- 28.-Salud Sexual y Reproductiva
- 29.-Seguro Popular
- 30.-Visitas Domiciliarias
- 31.-Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos

Para el estudiante que desea iniciar su servicio social, conocer el contexto físico y de operación de la posible plaza es de suma importancia ya que esto le permitirá realizar una evaluación previa y tener claro el programa elegido cumplirá sus expectativas y que se adecúe a sus posibilidades.

La información de los programas para servicio social disponible que ofrece la UNAM es una herramienta muy útil para el estudiante, sin embargo, esta búsqueda debe complementarse con una visita y entrevista a fondo con la institución antes de confirmar el compromiso. El desconocimiento del programa e incluso de sitio físico probablemente cause deserciones o un pobre desempeño y aprovechamiento.

Hemos así conocido la razón de ser, el origen y el contexto del programa Medicina a Distancia así como los modelos de operación en que los servidores de servicios social se ven. En el siguiente capítulo se detallará el marco donde se desarrollaron las actividades del servicio social correspondientes al período Agosto 2011- Febrero 2012 y una explicación de las actividades por parte de los prestadores de servicio y de los orientadores y coordinadores para cubrir el programa de Medicina a Distancia por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF).

Capítulo II

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

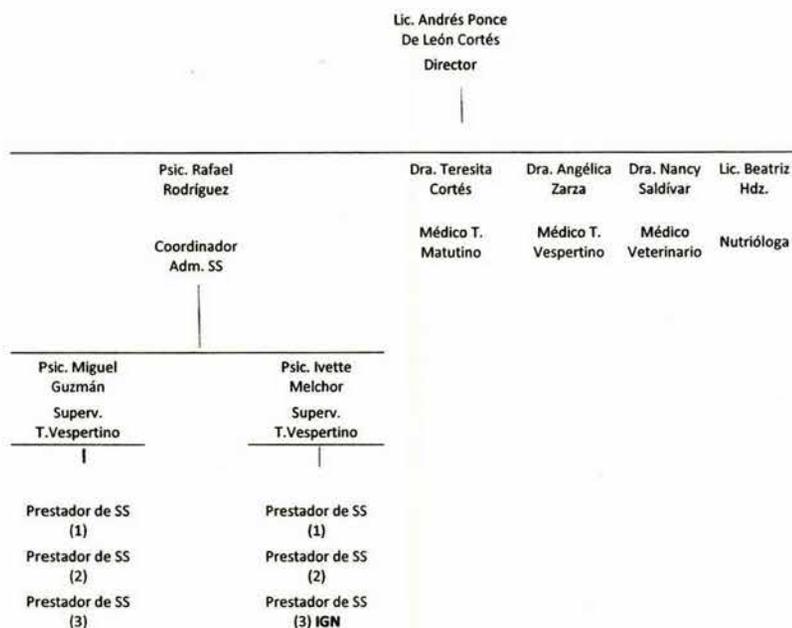
En el capítulo anterior, se trató el contexto físico y operacional del programa de Medicina a Distancia permitiendo conocer sus raíces y su razón de ser, conocimiento que nos hará visualizar y entender mejor las actividades reportadas.

2.1 Entorno operacional

Mis actividades se desarrollaron en el horario vespertino de lunes a viernes en las instalaciones ubicadas en el edificio de la Secretaria de Salud del D. F. ubicado en la calle de Xocongo No. 225 4º Piso Colonia Tránsito C.P. 06820, México, Delegación Cuauhtémoc D. F., en la Dirección de Medicina a Distancia.

2.1.1 Organigrama de la Dirección de Medicina a Distancia SSDF

El equipo de Medicina a Distancia se conformaba de acuerdo a este organigrama:



2.1.2 Descripción del área de trabajo

El área operativa estaba conformada por 16 cubículos abiertos con 15 teléfonos línea de conmutador y una línea directa de ILETEL. Cada cubículo cuenta con una carpeta informativa con los datos generales de todos los programas y una línea telefónica (entrada y salida)

2.2 Áreas de apoyo asignadas

Como se mencionaba anteriormente, el modelo de atención se dividía en dos grandes grupos de atención telefónica:

2.2.1 Llamadas de entrada

En este modelo, los usuarios llaman planteando una demanda particular que bien puede ser de atención médica, psicológica, nutricional, incluso veterinaria; información y/o solicitud de resolución de algún problema de salud. Dependiendo del motivo de llamada, éstas direccionaban a los distintos programas como "Tu Embarazo Tiene Ángel", ILE, Ley de Protección a los No Fumadores o sólo se proporcionaba información en cualquier otra área ya arriba citadas. Todos los prestadores de servicios estábamos obligados a tomar todas las llamadas entrantes.

2.2.2 Modelo general de llamadas de salida

Este modelo, creado para el proyecto de Adherencia Terapéutica está dirigido a pacientes con diabetes e hipertensión a los que se les hacen llamadas a su domicilio, una o dos veces por semana en días y horarios previamente pactados. Este modelo se aplica para la atención de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus

A los prestadores de servicio se nos asignaban pacientes, ya sea con expediente abierto anteriormente (seguimiento al anterior prestador de servicio) o pacientes que se captaban y que por primera vez se le invitaba al programa de Adherencia Terapéutica.

2.3 Programa de actividades

2.3.1 Curso de capacitación e inducción

Una semana previa a las actividades propias del Servicio Social, la Secretaría de Salud, a través de la División Medicina a Distancia, lleva a cabo para los prestadores de servicio, un Curso-Taller propedéutico llamada "Intervención Psicológica Vía Telefónica en Medicina a Distancia".

Dicho taller tiene una duración de 60 horas y tiene validez oficial ante la Secretaría de Salud del DF.

En mi caso, este curso se efectuó del 8 al 12 de Agosto 2011 en las instalaciones del Hospital Juárez (Centro) con un horario de 9:00 a 16:00.

El curso fue llevado con el siguiente programa:

Temas

Inauguración y Bienvenida

Servicio Público

Gratuidad y Seguro Popular

Programas de Medicina a Distancia y la SS

Taller de Atención Telefónica

Intervención en Crisis y

Primeros Auxilios Psicológicos

Interrupción Legal del Embarazo

Uso del Misoprostol

Manejo de la Voz

Taller de Atención Telefónica

"Tu Embarazo Tiene Ángel"

Depresión

Reestructuración Cognitiva

Diabetes, Hipertensión y Síndrome Metabólico

Adherencia Terapéutica y

Estructura de Sesiones

Mascotatel

Línea de Nutrición

Motivación al Cambio

Taller de Atención Telefónica

Solución de Problemas y Toma de Decisiones

Violencia en la Pareja

Manejo del Duelo

Taller de Atención Telefónica

Cierre del Curso

Al finalizar el curso el prestador es capaz de realizar acompañamiento clínico y emocional vía telefónica.

Comentarios del Curso:

El curso abarcó temas muy importantes e interesantes que nos reafirmaron los conocimientos adquiridos. Aprendimos nuevas habilidades y tomamos nueva perspectiva de la atención y manejo de pacientes.

Los expositores proporcionaron de una manera eficaz e interesante los temas asignados preparando de una manera eficaz a los nuevos integrantes que brindarán apoyo mediante el Servicio Social.

Va un reconocimiento a la Institución y a su personal

2.3.2. Proceso de inducción práctica

En Medicina a Distancia, existen en el turno vespertino dos supervisores (psicólogos) que tienen a su cargo la inducción, capacitación y supervisión del prestador de servicio.

Cada supervisor asigna las actividades de la semana para su grupo; en esta ocasión, fuimos repartidos en dos grupos de tres personas.

Los primeros tres días en las instalaciones de Medicina a Distancia, recibimos inducción teórica para reafirmar los temas vistos en el curso, y práctica para tomar confianza y adecuarnos al contacto telefónico con fines de orientación y apoyo.

Escuchamos las técnicas y lineamientos para el contacto telefónico con los usuarios de otros prestadores de servicio.

Se nos explicó la apertura, llenado, seguimiento y cierre de expedientes para los pacientes en los diferentes programas de la Dirección así como el llenado de formatos para cada tema y registro de cada uno de ellos en carpetas asignadas para cada programa. Dicho registro y formatos eran revisados y capturados en base de datos por el supervisor.

Prácticamente al 3er o 4º día de haber iniciado el Servicio, los elementos que recién llegamos, empezamos la toma de llamadas y su registro.

2.3.3. Sesiones bibliográficas

En el programa semanal se asigna un día a la semana para que el supervisor tenga sesiones bibliográficas con su grupo donde se exponen temas relacionados al área y exposición de casos cuando alguien lo solicitara.

En mi estancia semestral mi supervisor expuso los siguientes temas:

Formulación de caso

Llenado de formatos internos

Motivación al cambio / Entrevista Motivacional

Reestructuración cognitiva

2.3.4 Asignación de tareas

Las actividades son asignadas y registradas en reporte semanal individual:

Las tareas o actividades incluyen:

1. Sesiones bibliográficas (una por semana),
2. Llamadas de salida de acuerdo a los expedientes de Adherencia Terapéutica que nos fueron asignados a cada prestador de servicio.
3. Llamadas de entrada que pueden ser de cualquier índole:

- ILE
- Solicitud de información o inscripción al programa Tu Embarazo Tiene Ángel
- Solicitud de apoyo psicológico
- Solicitud de información para otro tipo de servicio: ley de protección a los no fumadores, ubicación de los medi-buses, programas de vacunación, campañas de salud, etc.

2.3.5 Registro de datos

Ya en el día a día, me di a la tarea de registrar cada una de mis actividades; en el ANEXO 2 se incluye un reporte desglosado de todas las llamadas, tanto de salida, como de entrada.

A modo de resumen, enuncio a continuación el total de llamadas que realicé durante las 480 de Servicio Social en la Dirección de Medicina a Distancia:

CONTEO FINAL DE LLAMADAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

Tiempo Real (Hrs)	ENTRADA			SALIDA			GRAN
	ILE	SERVICIOS	APOYO PSICOLÓGICO	TU EMBARAZO	CRONICOS	ADHERENCIA	TOTAL
TOTAL ACUMULADAS	247	193	80	48	7	51	626

En los Capítulos VII y VIII de Análisis y Discusión, respectivamente, me permitiré exponer mis comentarios y análisis de las actividades aquí descritas

En el siguiente capítulo expondré las bases teóricas y científicas que fundamentan las actividades que se realizan en la Dirección de Medicina a Distancia.

Capítulo III

MARCO TEORICO

En esta sección presentaremos el marco teórico que fundamenta el desempeño del programa y del prestador de servicio. La intención es realizarla en forma lo suficientemente ligera y comprensible y lo suficientemente profunda para enriquecer la aportación de este reporte.

3.1 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA POR TELÉFONO (IPT)

3.1.1 Antecedentes

En 1906, La New York City's National Save-A-Life League, estableció el primer servicio de consejería telefónica de 24 horas al día.

La moderna intervención en crisis por teléfono empezó a finales del año 1950 en Estados Unidos de Norteamérica; desde allí se convirtió en la columna vertebral del movimiento de prevención suicida, y creció rápidamente dentro de la actividad social por los años 1960.

Se inició debido al muy alto índice de suicidios que se presentaban en determinados lugares, tales como los grandes puentes y edificios altos; nació la idea de instalar unidades telefónicas de emergencia en los que podían llamar, como última instancia, los potenciales suicidas.

En 1974, Los Angeles Suicide Prevention Center desarrollaron las primeras técnicas de cómo usar el teléfono en las intervenciones para salvar vidas. Así mismo usó personal voluntario con horarios completos cada día, e institutos de entrenamiento para consejeros, sobre como atender a los usuarios angustiados.

¿Cómo surge la técnica de los Primeros Auxilios Psicológicos en México?

Se construye a partir de un proceso teórico-técnico de trabajo multidisciplinario, el cual incorpora las siguientes experiencias metodológicas:

- ❖ El Modelo utilizado en el Centro de Intervención en Crisis (CIC), ubicado en el Estado de Jalisco, México, y coordinado por el Mtro. José Francisco Gutiérrez Rodríguez. Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), fundado el 13 de Agosto del 2003.
- ❖ La apertura del Centro de Intervención en Crisis Emocional (CICE) en la Ciudad de Santiago de Querétaro, Querétaro, México, coordinado el Psicólogo Juan Carlos García Ramos.
- ❖ Las aportaciones de la psicología de emergencia, difundida en la Unión Americana y en países de Latinoamérica.
- ❖ La teorías de Lindemann y Caplan, (Teoría de la Crisis)
- ❖ Conceptos ampliados, desarrollados y modificados por Rapaport, Parad, Kaplan, Jacobson, Strickler y Sifineos.
- ❖ El modelo de intervención en crisis planteado por Slaikeu.
- ❖ Modificaciones a la teoría de la crisis por autores de la terapia cognitiva conductual de urgencia: Ruiz Sánchez, Imbernón González y Cano Sánchez (1999).

3.1.2 Epidemiología de la salud mental en México

En el último estudio de la O.M.S. (2008) en centros de salud de 15 países del mundo, los trastornos de mayor prevalencia encontrados fueron: depresión (10.4%), trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y dependencia a alcohol (2.7%).

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores de índole social, ambiental, biológica y psicológica.

Los síndromes depresivos y ansiosos, la epilepsia, la demencia, la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos del desarrollo infantil, se han incrementado en México durante los últimos años, y como el proceso de salud-enfermedad-salud mental se vincula con la salud física y la pobreza, la incidencia de los trastornos mentales, merma aún más los ingresos de sus portadores, por lo que se precisa de un mayor esfuerzo asistencial que reduzca la posibilidad de que estos trastornos incapacitantes, limiten el potencial de desarrollo de los afectados y la sociedad.

En el país se dispone de un Programa Nacional de Salud, cuyos datos del último trimestre de 2005 indicaron que en México carece de seguridad social 43.4% de la población total (46.1 de 106 millones de personas); 65.8% de la población económicamente activa (28.7 de 43.9 millones) y 43.6% de los asalariados (11.5 de 26.4 millones).

Se ha documentado que el país tiene restricciones materiales en muchas de las unidades de salud, clínicas y hospitales públicos, derivadas del rezago en su infraestructura, la modernización de sus equipos clínicos y de laboratorio y la saturación de servicios que prohíjan una deficiente calidad de la atención.

Respecto al uso de los servicios privados, 1 de cada 2 derechohabientes del IMSS prefiere acudir a ellos, en lugar de usar los servicios que otorga el Instituto. En el ISSSTE, 3 de cada 5 derechohabientes acuden a médicos privados.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, mostró una tendencia preferencial a utilizar los servicios privados, luego los de Secretaría de Salud (SSA) y por último, los de las instituciones nacionales de seguridad social, que por cierto estas 2 últimas dependencias son las que reciben más denuncias ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a causa de las quejas sobre deficiencias en la atención que brindan.

En México el Sistema Nacional de salud asume el reto de disminuir los impactos mortales de las enfermedades, prevenir los hábitos nocivos, investigar las características de las enfermedades y llevar a la mayoría de la población atención suficiente y adecuada, a efecto de impactar lo más amplia y favorablemente posible la calidad de vida y la autodeterminación.

Debe considerarse el concepto moderno de "calidad de vida", que desde la perspectiva sociocultural cambia de acuerdo con las culturas, el momento histórico y la sociedad.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) implica una serie de componentes de carácter objetivo: salud integral, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, uso apropiado del ocio y el respeto de los derechos humanos.

La satisfacción personal, se vincula al bienestar psicológico, al funcionamiento social y emocional, al estado de salud, al desempeño funcional global de cada persona, a su satisfacción con la vida, al apoyo social real disponible y a un patrón de vida productiva en términos de satisfacción y trascendencia.

Respecto a la patología psiquiátrica de los adultos y la población infantojuvenil, durante 1994 se calculó una prevalencia de trastornos mentales de 5-18% de la población general.

La depresión fue el trastorno más frecuente en uno y otro sexo (4.9% hombres y 9.7%, mujeres), por lo que se espera que 1 de cada 6 personas desarrolle eventualmente un trastorno mental que podría requerir atención especializada. Es decir, que en México,

que tiene una población un poco mayor a 100 millones de personas, padecen trastorno mental casi 15 millones, esto es, una sexta parte de sus habitantes.

Además, 18% de la población urbana de entre 18 y 64 años de edad sufre trastorno del estado de ánimo.

Los trastornos depresivos y por ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes atendidos en la consulta de los 3 niveles de atención.

Se ha documentado que 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios creció 125% entre 1990 y 2001 (de 1.13% a 2.55%).

La epilepsia es prevalente en 3.7% de la población de 18 a 64 años de edad y representa 1.6% en niños de poblaciones urbanas y 2.1-4.1% en niños de poblaciones rurales, que aún son estigmatizados por ello, a falta de una apropiada educación en salud mental comunitaria.

Lamentablemente, al no recibir la atención requerida, muchos de los trastornos mentales infantiles no se identifican ni corrigen como sería deseable. Por ejemplo, 7% de la población de entre 3 y 12 años de edad se encuentra afectada y en las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública (SEP) se atienden al año 140 mil niños con trastorno del aprendizaje; 35 mil por déficit mental; 12 mil por trastorno de lenguaje; 8 mil por trastorno de la audición; 3 mil por trastornos motrices y 2 mil por trastornos de conducta.

Además, en el país ocurren anualmente diversos tipos de desastres naturales como sismos, ciclones y tormentas, que complican aún más la situación, así como algunos problemas provocados por el hombre como desplazamientos poblacionales, problemas ecológicos, etc., que afectan la salud mental de las comunidades que los enfrentan. Ello sin contar que las enfermedades crónico-degenerativas y el VIH/sida provocan circunstancias que propician psicopatologías diversas y producen ansiedad y depresión.

Todo esto se adicionará a los incrementos globales calculados para el año 2010 de casi 16.5 millones de personas hipertensas, 4.5 millones de diabéticos, cerca de 700 mil casos de infartos del miocardio y más de 13 millones de obesos.

Respecto a la patología adictiva, más de 3 millones de personas son adictos al alcohol, existen 13 millones de fumadores y 400 mil pacientes adictos a psicotrópicos.

Además, 500 mil personas sufren esquizofrenia, 1 millón epilepsia y 5 de cada mil niños sufren retardo mental.

Por su parte, los trastornos afectivos en la Ciudad de México incluyen 9% de la población adulta de entre 18 y 65 años con 7.8% de episodios depresivos mayores a razón de 2.5 mujeres por cada varón.

La prevalencia de los trastornos por ansiedad afecta a 8.3% de la población, donde la agorafobia sin pánico (3.8%) y la fobia social (2.2%) son los diagnósticos más comunes.

No obstante, el panorama general brindado hasta aquí resalta algunos datos que se magnifican al considerar las transformaciones demográfico-epidemiológicas del país, dado que se espera que para los próximos 12 años ocurra un aumento global de 29% de individuos afectados por alguno de los trastornos referidos (patología adictiva y su comorbilidad y los trastornos afectivos y ansiosos).

Vista la gravedad de este problema desde una óptica social acorde a cifras oficiales, se indica que 8% de los trastornos mentales son de tipo neuro-psiquiátrico, 10% de los adultos mayores de 65 años de edad sufren cuadros demenciales y 15% de la población de entre 3 y 12 años presentan algún tipo de trastorno mental o de conducta, lo cual insta al desarrollo nacional de acciones firmes, permanentes y coordinadas.

****Fuente de Información para este apartado:**

(13) Salud mental y atención psiquiátrica en México. Mario Souza y Machorroa, Domingo Lenin Cruz Moreno. Vol. 53, N.o 6. Noviembre-Diciembre 2010. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM

3.1.3 Crisis.

3.1.3.1 Conceptos generales

Además de los trastornos mentales más o menos severos (depresión, trastornos de ansiedad y dependencias a alcohol y otras drogas) muchos consultantes de Atención Primaria presentan crisis emocionales con síntomas de ansiedad y/o depresión acompañados con frecuencia de alteraciones de la conducta.

Estas crisis son originadas por problemas de salud pero también por situaciones de vida incluyendo el hecho mismo de estar enfermo y de ser internado en un hospital.

A esto se le considera una **crisis situacional**, y su característica esencial es que son generadas por acontecimientos estresantes repentinos o inesperados: enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica, accidente, pérdida de un ser querido, cambios, conflictos familiares, laborales o económicos, etc.

Concepto de crisis situacional (Caplan1964):

Estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas.

A lo largo de nuestra vida se presentan situaciones o sucesos que llevan a enfrentar un estado emocional tal que de no ser resuelto adecuadamente nos arrojaría a un estado de *crisis*. Slaikeu (1988).

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida.

Existen muchas definiciones de crisis, entre otros:

Slaikeu (1988) menciona que una crisis es un momento en la vida de un individuo, en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversa etiología, la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que el sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y está bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto

Para L. R. Brito (1979) "La crisis se siente como un abismo entre el pasado que ya no es vigente y un futuro que todavía no está constituido".

Para Jerry Long Jr. (1984) La persona está en crisis cuando sufre una pérdida severa que no está manejando exitosamente y siente ira sublimada, está estancada en la etapa de depresión y sufriendo un vacío existencial.

El individuo enfrenta un problema ante el cual, tanto sus recursos de adaptación como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

Las personas en crisis suelen presentar como síntomas: ansiedad, sentimientos de desamparo, confusión, cansancio, síntomas físicos y desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales y sociales.

Toda crisis conlleva peligro y oportunidad y es casi siempre necesaria una *intervención* y esta puede hacer la diferencia en las decisiones que tome la persona en crisis.

3.1.3.2 Raíces semánticas de la crisis

El término chino de crisis (*weiji*) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad.

La palabra inglesa se basa en el griego *krinein* que significa decidir, la cual indica un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar.

Estas ideas de decisión, peligro y oportunidad reflejan muy bien lo que supone una crisis, pues lleva a una bifurcación y, según qué camino se tome, puede conducir hacia la enfermedad y el deterioro, o hacia un cambio positivo en la vida del sujeto.

3.1.3.3 Teoría de La Crisis de Lindemann y Caplan (1944)

Históricamente la *teoría de crisis* data del comienzo de la teoría psicoanalítica, cuando Freud señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. En sus estudios de casos clínicos Freud mostró cómo el origen de síntomas físicos podía ligarse a una situación conflictiva familiar o de otra índole en la vida del individuo. De este modo se abrió la posibilidad de comprender el sentido biográfico de la enfermedad.

Después de Freud, Eric Erickson describió las crisis evolutivas por las que pasa todo individuo a lo largo del ciclo vital. Thomas Holmes al cuantificar los cambios vitales en una escala de reajuste social demostró que aquellos individuos que experimentan más cambios vitales en un periodo dado corren más riesgo de enfermar.

Sin embargo, la formulación de la *teoría de las crisis* en forma más específica pertenece a Eric Lindemann (1944) (citado en Caplan, 1964).

Lindemann, estudió la reacción normal del duelo y sus etapas, distinguiéndolas de las respuestas mal adaptativas que se ven en los duelos patológicos. Observó que al cabo de seis semanas la pena inicial estaba siendo elaborada normalmente, o bien que aparecían síntomas psicológicos o psicosomáticos.

Caplan definió crisis como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo. Sobreviene entonces un periodo de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones.

La teoría de la crisis es un conjunto de principios o hipótesis que han recibido la atención de profesionales e investigadores.

El objetivo es organizar los conocimientos actuales y, al mismo tiempo, preparar el terreno a futuras investigaciones para perfeccionar, o redirigir, diversos aspectos de la teoría.

3.1.3.4 Hipótesis principales de la teoría de la crisis:

✓ Sucesos precipitantes

Viney (1978), resumió diversos estudios con sucesos de la vida que tenían el potencial para precipitar una crisis vital: embarazo y nacimiento de un niño, maternidad sin matrimonio, la transición de la casa a la escuela y de la casa a la universidad, compromiso y matrimonio, cirugía y enfermedad, duelo, migración/reubicación, jubilación, desastres naturales y cambios sociales y tecnológicos rápidos.

✓ Tipos circunstanciales y de desarrollo

Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental. Las experiencias individuales de la pérdida de seres queridos en un desastre natural, y quienes son víctimas de crímenes violentos son ejemplos.

✓ La clave cognoscitiva

Una perspectiva cognoscitiva de la crisis, sugiere el cómo un individuo percibe el suceso que da lugar a la crisis, en especial cómo un suceso incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida, lo que hace que la situación sea crítica.

✓ Desorganización y equilibrio

Uno de los aspectos más obvios de la crisis es el trastorno emocional grave o desequilibrio, experimentado por el individuo.

Con frecuencia los clínicos presencian no sólo reacciones emocionales como llanto, cólera, aflicción, sino también enfermedades somáticas como úlcera y cólicos y trastornos de la conducta por ejemplo conflictos interpersonales, insomnio, incapacidad para el desempeño sexual, etc.

✓ Vulnerabilidad y reducción de defensas

Una parte en la desorganización del estado de crisis es la vulnerabilidad del individuo. Conocido también como reducción de defensas, es cuando el individuo ya no es capaz de salir adelante y le parece que todo está desintegrado, es como si no quedara nada por defender.

✓ Trastorno en el enfrentamiento

Richard Lazarus define al enfrentamiento en términos de dos actividades principales. La primera incluye el cambio de situación-solución de problemas esto comprende: pedir ayuda a otros, descomponer el problema en fragmentos manejables, confiar en sí mismos y otros, tener una actitud de confianza en la capacidad para resolver problemas.

El segundo aspecto implica el manejo de los componentes subjetivos del problema. Esto incluye manejar sentimientos positivos como los negativos y tolerar la frustración, manejar la fatiga y las tendencias hacia la desorganización en tanto se mantiene el control, los esfuerzos por salir adelante y el dominio básico de los sentimientos.

3.1.3.5 Límites de tiempo

Un aspecto importante en la crisis es que el equilibrio se restaura en 4-6 semanas, lo cual no implica la resolución de la misma. Esas semanas son el período normal para lograr un equilibrio, porque el ser humano no aguanta un desequilibrio muy intenso y duradero.

En esas 4-6 semanas se evalúa el impacto, el desequilibrio en el sistema y el tiempo que requiere volver al equilibrio, pero éste puede ser adecuado o no y aún en el primer

caso, más tarde puede ser necesario un trabajo mucho más largo para resolver todo lo que ha provocado la crisis (Caplan 1964).

Para esclarecer el significado del periodo de seis semanas, es importante hacer una distinción entre el restablecimiento del equilibrio y la resolución de la crisis. Es de mayor utilidad pensar en el periodo de seis semanas como aquel durante el cual el equilibrio se restaura, esto es, la conducta errática, las emociones y las enfermedades somáticas se reducen desde el estado intenso característico de la parte inicial de la crisis.

3.1.3.6 Fases y estados de la crisis: del impacto a la resolución

Caplan describe el inicio de una crisis como sigue:

1. Hay una elevación inicial de tensión por el impacto de un suceso externo y nuevo que aparece, generalmente una situación vital estresante que aporta:
 - ✓ Información nueva: la cual no puede ser procesada adecuadamente con los recursos usados habitualmente, obligando a improvisar para intentar afrontar la nueva situación.
 - ✓ Exceso de información: que nos in^hundan dificultando su procesamiento.
2. Esos sucesos impactantes aumentan la tensión y se empiezan a utilizar las respuestas comunes de solución de problemas que se usan normalmente. La falta de éxito en estas respuestas para la resolución de problemas, fomenta el incremento de la tensión y surgen sentimientos de ineficacia e impotencia.
3. Se movilizan otros recursos para la resolución de problemas. En este punto la crisis puede desviarse por:
 - a. Reducción en la amenaza externa
 - b. Éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento
 - c. Redefinición del problema
4. Si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta el punto límite que da lugar a una desorganización emocional grave.

Horowitz detalla las etapas de la crisis:

El impacto de la crisis produce en el sujeto una serie de reacciones que encadenan un proceso (Horowitz, 1976).

Fases en el desarrollo de la crisis

- ✓ La primera reacción ante un hecho amenazante es *el desorden*, una reacción emocional de descarga para aliviar la tensión como llanto, angustia, grito, desmayo.
- ✓ *La negación* con la que se intenta poner un dique a emociones y pensamientos para bloquear o amortiguar el impacto. Puede acompañarse de un empobrecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó, o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado.
- ✓ *La intrusión* incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia. Las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado son características en esta etapa.
- ✓ *Translaboración* (penetración) en la cual se comienza a asumir la experiencia, a poder pensar en lo que le está sucediendo, a identificar los sentimientos que provoca la experiencia traumática. Proceso en que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de la crisis.
- ✓ *La terminación* (integración o resolución) es la etapa final de la experiencia de la crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo para formar parte de la historia del sujeto. El suceso ha sido enfrentado, los pensamientos y sentimientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada.

Resolución de la crisis. Concepto

Comprende la reorganización y reintegración del funcionamiento, esto implica que la resolución positiva de la crisis puede definirse como "translaborar el suceso de crisis, de manera que quede integrado dentro de la trama de la vida, al dejar que la persona esté abierta en lugar de cerrada al futuro.

Definición de translaborar:

1. Definir problemas, tratar con los sentimientos, tomar decisiones o aprender nuevas formas de solucionar problemas
2. Identificar y resolver parcialmente conflictos reactivados por la crisis
3. Definir y movilizar recursos individuales externos e internos hacia la solución de la crisis y
4. Reducir afecciones desagradables o incómodas ante la crisis.

Factores que inciden sobre el éxito o fracaso de la resolución de una crisis (Caplan 1964)

- Comprensión cognitivo^o emocional de la situación (percepción del problema)
- Fortaleza del Yo.
- Mecanismos de enfrentamiento conscientes e inconscientes.
- Red de apoyo familiar y social.

Según Caplan (1964) el estado de fortaleza del Yo se mide a través de:

1. La capacidad de la persona de resistir el estrés.
2. El grado de realidad al enfrentar y resolver problemas.
3. El repertorio de mecanismos efectivos de superación de problemas que la persona puede utilizar para mantener el equilibrio en su campo psicobiosocial.

¿Qué hace que una crisis desemboque en crecimiento y que otra lo haga en un daño inmediato o problemas psicológicos subsecuentes?

- La gravedad del suceso que lo precipita, como la muerte de un ser querido o un ataque físico.
- Los recursos personales integran un segundo grupo de variables clave. Sea que hayan nacido así o que se hayan habituado a ello mediante la experiencia vital, algunas personas están mejor dotadas para manejar las tensiones de la vida.
- Los contactos sociales concurrentes al momento de la crisis.

En las semanas y meses siguientes al suceso que motiva la crisis, algunas personas necesitan intervención en crisis en segunda instancia o terapia para crisis. Esto implica un periodo de psicoterapia breve (de semanas a meses) dirigida a ayudar a los individuos a translaborar con sucesos traumáticos de manera que puedan salir preparados para enfrentar el futuro.

El propósito de la terapia en crisis incluye la integración la cual significa que la crisis se resuelva, el suceso y sus consecuencias deben finalmente tomar sus lugares a la par de otros sucesos vitales en la vida de la persona, para formar parte de una experiencia evolutiva.

Se debe estar abierto para encarar el futuro y estar preparado para la tarea de vivir puede ser concebido como estar provisto para enfrentarlos.

Como responde un individuo a un suceso precipitante, depende de los recursos materiales, personales y sociales del mismo.

Los recursos materiales significativos durante una crisis incluyen el dinero, comida, vivienda y transporte (Unger y Powell, 1978). Los recursos personales del individuo componen la fuerza del yo, la historia previa de enfrentamiento a situaciones tensionantes, la existencia de cualquier problema de la personalidad no resuelto y el bienestar físico.

Los recursos sociales se refieren a la gente en su ambiente individual inmediato en el momento de la crisis, la familia, los amigos, los compañeros de trabajo.

3.1.3.7 Factores médicos que inciden en la aparición de una crisis.

3.1.3.7.1 Trastornos mentales y enfermedades físicas.

La comorbilidad o coexistencia de una enfermedad física y una psicológica es un fenómeno de alta frecuencia. Una revisión de 10 estudios en el tema indica que los trastornos mentales son entre 1.5 y 3 veces más probables cuando una enfermedad física está presente, independientemente del sexo de las personas.

Otros estudios muestran una estrecha asociación entre enfermedades crónicas y trastornos psicológicos.

Goldberg y Huxley (1992) postulan diversos mecanismos para explicar la relación entre una enfermedad física y un trastorno psicológico:

1. Un paciente puede sufrir un trastorno mental debido a la naturaleza o gravedad de la enfermedad física. Ejemplo: depresión a consecuencia de un tumor maligno.
2. Los síntomas psicológicos pueden estar directamente relacionados con una enfermedad. Ejemplo: fatiga y somnolencia en un caso de hipotiroidismo.
3. Un trastorno psicológico puede ser causado por el tratamiento de una enfermedad física. Ejemplo: quimioterapia en pacientes con cáncer.
4. La presencia de una enfermedad física, especialmente una enfermedad crónica, puede estar asociada con otras complicaciones en la esfera familiar, laboral y social del paciente Ej.: discapacidad, empobrecimiento, aislamiento social.
5. Esta asociación puede darse también en dirección contraria, es decir, que un trastorno mental sea seguido de una enfermedad física. Ej: mayor riesgo de sufrir cáncer en sujetos con depresión.

3.1.3.7.2 Enfermedad y hospitalización en el paciente y familia.

Cuando una persona se hospitaliza deja de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales y debe asumir el rol de paciente. El rol de enfermo se caracteriza por la pasividad de acuerdo al consenso social y a las expectativas de quienes lo atienden. Se supone que "el paciente" deberá aceptar sin quejarse cualquier intervención: la invasión de su cuerpo y vida privada, exámenes tensionantes y técnicas dolorosas. Debe además renunciar a sus preferencias y cambiar sus hábitos de aseo, comida y sueño.

El estar hospitalizado significa:

- Alteración brusca del ritmo de vida.
- Separación de la familia y el trabajo.
- Enfrentamiento a un lugar extraño, a personas extrañas.
- Vivir experiencias percibidas como amenazantes.
- Dolor físico y psicológico.
- Incapacidad y dependencia. Pérdida de energía.
- Soledad
- Pérdida de la privacidad.

Estas vivencias generan en la mayoría de las personas emociones, sentimientos y conductas que son respuestas normales a la enfermedad y al tratamiento intrahospitalario. Es frecuente por lo tanto que los pacientes experimenten:

- Aflicción, concepto de sí mismo alterado. Baja de la autoestima.
- Miedo: temores y fantasías que pueden llegar a grados de irracionalidad.
- Tristeza, angustia y/o depresión.
- Ira: proyectada o desplazada hacia el sistema hospitalario, el personal de salud, la familia o dirigida hacia sí mismo. Impulsos agresivos: a veces se expresan en conductas tales como irritabilidad y mutismo pero la mayoría de las veces se reprimen por temor.
- Evasión: a través del sueño y las fantasías.

Cuando estas emociones y sentimientos se prolongan en el tiempo y/o se intensifican dando origen a conductas mal adaptativas nos encontramos frente a una crisis situacional, a un trastorno de ansiedad o del ánimo o a un trastorno de personalidad. El diagnóstico diferencial nos indicará las pautas a seguir.

La familia: En la mayoría de los familiares podemos observar manifestaciones de angustia, temor, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección.

Sin embargo algunos familiares presentan también conductas de rechazo y evitación las que pueden llegar hasta el abandono con los consiguientes sentimientos de culpa.

La respuesta adecuada de los integrantes del equipo de salud es crear una relación empática y de ayuda tanto con el paciente como con la familia.

3.1.3.8 Más que estrés y no necesariamente enfermedad mental

La crisis se observa como incidente durante un periodo relativamente corto (alrededor de 6 semanas), mientras que el estrés no está considerado para tener esta cualidad auto-limitante en tiempo, más bien se considera como un trastorno crónico que provoca sobre trabajo, en tanto la crisis se relaciona con un trastorno repentino.

Un dogma de la teoría de la crisis es que cualquiera puede tener una crisis. La desorganización grave no es necesariamente interpretada como un signo de psicopatología, se interpreta como una reacción individual al encuentro de un obstáculo insuperable que obstruye un propósito de la vida.

3.1.4 Intervención psicológica por teléfono

3.1.4.1 Conceptos generales

Intervención en crisis según Slaikeu, 1988, (citado por Raffo, 2005) es un método de ayuda dirigido a auxiliar a una persona y/o familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminore y se incremente la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, opciones y perspectiva de vida).

Intervenir en una crisis significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando y ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional.

La *intervención* llevada a cabo por los profesionales de la Salud Mental, puede ofrecer una ayuda inmediata, en este caso por teléfono, para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional.

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

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

Los objetivos inmediatos de la intervención en crisis por teléfono son crear una relación terapéutica, conseguir el alivio emocional del cliente, estabilizar el sentimiento de autoestima y reducir los síntomas psicológicos y físicos.

El teléfono es una herramienta importantísima en su práctica diaria; en este caso todo conocimiento teórico y práctico posible para intervenir crisis psicológicas, que nadie esta exento de sufrir, nos ayudara a dar atención más pronta a quienes estén atravesando por una situación de esta naturaleza.

Según Staff, Machleidt y Bauer (2004) mencionan que las urgencias y las crisis se suelen producir sobre todo durante los fines de semana, por la tarde y en la primera mitad de la noche.

No podemos predecir crisis psicológicas de manera confiable basándonos en los eventos que las preceden, ya que un evento que precipita una crisis en una persona no necesariamente lo hará en otra. No obstante, algunos eventos precipitan normalmente reacciones de crisis psicológicas.

Estos eventos incluyen ataques físicos, tortura, violaciones, accidentes, intensas pérdidas personales y las catástrofes naturales como terremotos, incendios y ciclones o tormentas. Tales eventos inducirán a menudo a un desorden psiquiátrico que nosotros llamamos desorden de estrés agudo.

A muchas personas, los problemas insuperables y las tensiones de la vida las conducen a un punto tal, que tienen que encontrar una válvula de escape. El daño físico puede ser un resultado trágico.

Sin embargo, el concepto de crisis ha sido entendido también con un sentido positivo. El ideograma crisis en chino indica lo mismo peligro que oportunidad. Webster lo define como "punto de cambio", el cambio puede ser para sanar o enfermar, mejorar o empeorar.

3.1.4.2 Antecedentes históricos

El origen de la moderna intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores tras un incendio en Boston en 1942.

A partir de los principios de Lindemann, Gerarld Caplan, fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos.

La teoría de la crisis de Caplan, se incluyó en la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson, en la que los seres humanos fueron concebidos como susceptibles de crecer o desarrollarse a lo largo de una serie de ocho transiciones clave.

A principios de la década de los 1960, el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en E.U.A., en apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan.

Paralelamente al crecimiento de los centros de prevención para el suicidio se presentó la urgencia formal de los movimientos comunitarios de salud mental en E.U.A. La intervención en crisis y servicios de urgencia se consideraron como parte integral de cualquier sistema de salud mental en una comunidad extensa.

En las décadas de 1960 y 1970, comenzó a surgir bibliografía sobre intervención. Aparecieron numerosos informes de casos sobre cómo ayudar a individuos y familias en crisis. Se publicaron órganos informativos para tratar temas sobre la crisis, así como libros con instrucciones sobre "cómo hacer" la intervención en crisis.

3.1.4.3 Intervención en crisis y prevención

La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis. Así según Tyhurst (1980), ésta presenta un momento en que el trastorno ha ocurrido y la reorganización se presentará, para bien o para mal. Las estrategias de la intervención en crisis tienen dos aspectos: la primera ayuda psicológica inmediata y la terapia breve para la crisis.

La prevención primaria tiene lugar mucho antes de que ocurran los sucesos de crisis en realidad. La verdadera prevención significa evitar que sucedan algunos acontecimientos.

Cuando los estímulos externos no se pueden alterar, las estrategias se dirigen a la capacitación de los individuos para la resolución de sus problemas y el manejo de sus habilidades, de modo que estén mejor preparados para sobrevivir a los sucesos críticos de la vida.

El tratamiento o prevención terciaria incluye las estrategias encaminadas a reducir el deterioro y los trastornos emocionales que resultan de una resolución deficiente de las crisis vitales.

Para realizar una intervención en crisis es útil tener presentes los diferentes niveles de prevención propuestos por Caplan (1964):

- Primaria: mejorar la calidad de vida, la salud, entendida como el bienestar físico, psíquico y social.
- Secundaria: detectar el problema lo antes posible (intervención en crisis de primer y segundo orden).
- Terciaria: evitar que haya secuelas del trastorno o rehabilitar a la persona que las tenga (después de lograr el equilibrio habrá un tiempo de terapia para evitar que el hecho traumático marque a la persona).

3.1.4.4 El contexto ecológico

Las crisis deben ser "leídas" en su contexto personal y social, para ello el *estudio del ecosistema* en el cual surge y se desarrolla es de capital importancia para hacer una evaluación que permita diseñar una intervención "cortada a la medida".

➤ Indicación terapéutica

- 1.- Localización del sistema-clave disfuncional y de los sistemas disfuncionales secundarios.
2. Abordaje de todos los sistemas implicados.
3. ¿Está el sistema-clave bajo la influencia de otros sistemas contradictorios?
4. Red social de apoyo y Stress (Terapia de Redes).
5. Prevención primaria (población y contexto de alto riesgo prevención de la salud).
6. Prevención secundaria (diagnóstico precoz-tratamiento rápido y eficaz).
7. Prevención terciaria (rehabilitación social).

Para cada sistema existen técnicas de evaluación pertenecientes a diferentes modelos teóricos y disciplinas. En la evaluación se debe localizar el sistema-clave disfuncional y los sistemas disfuncionales secundarios, observar si existen sistemas que inciden negativamente en el sistema-clave, el momento evolutivo, los factores estresantes y la red social de apoyo, todo lo cual permite el abordaje de los sistemas implicados estableciendo un orden de prioridades y una estrategia de intervención.

3.1.5 Modelos de Intervención en crisis

Dependiendo del modelo teórico que utilice el terapeuta la intervención variará notablemente.

3.1.5.1 Modelo Médico

En el modelo médico la crisis se equipara a enfermedad y la restauración del equilibrio previo y el freno a la activación es el objetivo de la intervención. En este modelo el terapeuta desempeñará un rol de experto preocupado en síntomas descontextualizados y ahistóricos que hay que eliminar y utilizará fundamentalmente el control social, apoyado en el internamiento y la medicación psicotrópica, con lo cual se consigue frenar la crisis, más que elaborarla, desaprovechando la oportunidad de crecimiento que entraña y favoreciendo la cronificación y recaídas.

3.1.5.2 Modelo sistémico

El terapeuta sistémico piensa que la crisis se inscribe en un contexto y una historia e intentará identificar las variables que han provocado la crisis y las pautas que la mantienen, aplicando la causalidad circular según la cual cada uno influye a la vez que es influido por los demás y ayudará a dar un sentido a la crisis dentro de la historia del sujeto y su contexto.

3.1.5.3 Modelo para crisis familiares

Pitman III (1990) desarrolló un modelo para crisis familiares en el que se siguen 7 pasos:

1. Respuesta de emergencia: para reducir la tensión y centrarse en los cambios necesarios.
2. Involucrar a la familia: especialmente a todos los que deberían cambiar.

3. Definir la crisis: por qué se da en este momento, que cambio puede estarse evitando y que tipo de crisis es: de desarrollo, debida a un estresor circunstancial agudo (por ej. un perdida intempestiva), estructural (en un sistema que evita un cambio y que cíclicamente entra en crisis), o del cuidador (cuando el cuidador que evita el cambio no está disponible).
4. Prescripción general: en la que se intenta mitigar la sensación de urgencia para posibilitar el proceso de cambio.
5. Prescripción específica: esbozando los cambios que se suelen producir en la mayoría de los casos semejantes y prescribiendo tareas.
6. Vencer resistencias al cambio: estudiar qué se evita y a quién y en qué sentido perjudicaría el cambio.
7. Terminación: Evitar convertirse en un cuidador que cronifique la situación.

3.1.5.4 Modelo de intervención en crisis planteado por Slaikeu

Slaikeu (1984) ha desarrollado un modelo muy elaborado y sumamente práctico para planificar e intervenir en situaciones de crisis teniendo en cuenta el contexto ecológico.

En el individuo, Slaikeu (1984), propone diferentes áreas a evaluar:

Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva, todo lo cual constituye el perfil CASIC de la personalidad.

El estudio de estas áreas permite realizar una evaluación global de la persona que sirva de referencia para diseñar una intervención específica en la que no dejemos de lado ningún elemento sobre el cual intervenir y en el que apoyamos.

El individuo está inmerso en un contexto amplio en el que los diferentes sistemas que lo componen influyen y son influidos por él, de manera que en la evaluación exploraremos en detalle el ecosistema y las relaciones entre los diferentes sistemas.

Se contactará de inmediato con la familia nuclear (padres, hermanos) y se estudiará su estructura (subsistemas conyugal, parental y fraterno, límites entre subsistemas etc.) y dinámica, para contextualizar la crisis y explorar los recursos y fuentes de estrés. Luego haremos lo mismo con la familia extensa y el contexto comunitario (Falicov, 1991; Pitman III, 1990; Camdesus, 1995).

Dentro del contexto comunitario el sistema socio-profesional y escolar pueden ser el sistema—clave disfuncional y directa o indirectamente debemos intervenir en ellos, otras veces pueden ser fuentes de apoyo o estrés. Por ejemplo un cambio de trabajo, escalafón, colegio, conflictos institucionales etc.

El sistema jurídico está implicado en casos de divorcio, adopción, criminalidad... y la definición de la posición del terapeuta con sus objetivos debe ser prioritaria para evitar disparidad de criterios que atasquen la resolución de la crisis.

Sleikeu clasifica la intervención en crisis en dos tipos: de primer y segundo orden:

- ❖ La intervención de primer orden es la Primera Ayuda Psicológica.

Se debe realizar en el inicio de la crisis y no va a durar demasiado tiempo, de minutos a horas. La intervención la realizarán un conjunto de personas que no tienen formación como psicoterapeuta (padres, policía, clero, abogados, enfermeras, trabajadores sociales, etc.). Se efectúa en el medio comunitario y el objetivo es un restablecimiento inmediato del equilibrio para poder afrontar el problema, dando apoyo, reduciendo la mortalidad, conectando con recursos del ecosistema que puedan brindar ayuda, etc.

La primera ayuda psicológica consta de varios pasos

1º. Hacer contacto psicológico:

Establecer una alianza terapéutica (primer contacto psicológico).

Aquí se van a sentar las bases para hacer una buena intervención de primera ayuda psicológica.

Que la persona se sienta invitada a hablar, a mostrar afectos, el terapeuta debe hacer declaraciones de empatía: "Me hago cargo", "sé lo que está usted pasando" y reflejar hechos y sentimientos. Es decir, que el paciente sepa que quien tiene delante no es un observador de conductas, una persona fría que analiza, sino un ser humano que recoge y acompaña emocionalmente.

Ofrecer contención emocional. La persona se encuentra tan perdida, tan desbordada, que el hecho de que alguien le coja la mano, le hace sentirse contenida, cobijada. Se debe andar con cuidado para no invadir el espacio, la intimidad del otro, pero tampoco estar en una posición distante.

La posición adecuada es sillón a sillón, estando muy atentos al lenguaje analógico para ver si necesita un contacto físico que le de seguridad (en caso de asistencia telefónica, la atención debe maximizarse para percibir el lenguaje corporal y el entorno).

El terapeuta debe estar entrenado en la lectura del lenguaje analógico y en el manejo de su propio cuerpo para lograr una distancia óptima en la que el sujeto esté a gusto (Espina, 1986).

Proporcionar "control de calma" a una situación intensa: que el terapeuta transmita una sensación de "Sé por dónde van las cosas, calma, esto se puede resolver". Que sepa transmitir a la persona que está en crisis que él sabe controlar la situación.

Con esa actitud se quita la sensación de urgencia, de que tiene que resolver todo el caos en el que vive él solo y en poco tiempo.

Esta actitud directiva suele ser necesaria en muchos casos, pero debe ser muy breve y evitada en lo posible, pues el sujeto en crisis además de la contención emocional y normativa también necesita hacerse cargo de sí mismo y sentir que puede coger el timón de su vida.

Los objetivos de este primer contacto psicológico son que el paciente se sienta escuchado, comprendido, aceptado y apoyado, reducir la ansiedad y reactivar capacidades de solución de problemas.

2º. Examinar el problema.

a). Pasado inmediato: Explorar el acontecimiento vital estresante que desencadenó la crisis y el funcionamiento CASIC (la conducta, lo somático, lo afectivo, las relaciones interpersonales y lo cognitivo), viendo de qué manera ha afectado a la persona y al sistema.

b) Presente: CASIC, recursos internos, externos y riesgo de mortalidad.

c) Futuro inmediato, especialmente las decisiones inminentes a tomar.

3º. Examinar las soluciones posibles

En esta fase se favorece que la persona dé ideas de cómo afrontar el problema, lo cual tiene la ventaja de darle la posibilidad de poner las cartas sobre la mesa, para ir evaluando con el terapeuta los diferentes elementos y explorar las soluciones intentadas, alternativas, redefinir el problema etc.

El sujeto, familia, pareja... está ahora en una posición muy diferente de cuando vino, aunque solo hayamos hecho una o dos sesiones. La ofuscación ya ha pasado y se puede ir analizando y preguntando alternativas y de esta manera darles el control de la situación. Muchas veces tienen inspiraciones súbitas y si la idea es buena, van a empezar a tener en seguida experiencias de éxito, "he tenido una buena idea, luego mi cabeza funciona, puedo ordenar la información, puedo planificar".

Abordaremos los obstáculos y estudiaremos el contexto ecológico, analizando los sistemas disfuncionales, la relación entre los sistemas y, si vamos a buscar un objetivo, ver qué dificultades y posibilidades hay para alcanzarlo. Luego estableceremos un orden de objetivos primarios y secundarios.

4° Acción concreta

En este punto se deben evaluar dos variables importantes: la mortalidad y la capacidad de la persona de actuar en su propio beneficio o no.

- Si la primera está baja y la segunda alta hay que actuar de forma facilitadora: nosotros vamos a escuchar, dar algún consejo, pero delegar la acción en la persona en crisis.
- Si la primera es alta y la segunda baja, el terapeuta debe ser directivo y la responsabilidad la asume inicialmente el terapeuta. Empezamos contactando con la familia, con servicios comunitarios, etc., y a partir de ahí organizaremos la intervención para bloquear el riesgo de mortalidad y ofrecer lo que el sujeto no es capaz de hacer por sí mismo; en este caso suelen ser necesarias intervenciones de control social para evitar la auto o heteroagresión.

5° Seguimiento:

Se exploran los objetivos de la primera ayuda psicológica: Apoyo recibido, mortalidad reducida y enlace con recursos del ecosistema. Sirve para controlar si la intervención ha sido suficiente o no, y recomendar una psicoterapia del corte que sea para trabajar aspectos conflictivos que hayan quedado sin resolver después de la intervención en crisis.

- ❖ La intervención de segundo orden es una Terapia Multimodal de la crisis realizada por psicoterapeutas.

Dura semanas o meses. Hacen falta seis semanas para la primera fase en la que se logra una situación de equilibrio y luego puede ser necesaria una terapia más prolongada para ayudar al sujeto a integrar la crisis en su vida y a partir de ahí abordar el futuro.

La terapia para crisis está encaminada a facilitar la resolución psicológica de la crisis.

Se realiza una terapia multimodal (Lazarus, 1983) en la que se integran intervenciones de diferentes modelos de psicoterapia (sistémica, psicoanalítica, conductual, cognitiva, gestalt, bioenergética, psicodrama, etc.), dentro de un contexto de intervención breve, de 6 semanas aproximadamente, usando los recursos que nos hagan falta para solucionar problemas específicos en las diferentes áreas de la personalidad CASIC.

Si bien el modelo de intervención de Slaikeu es muy práctico y sirve de guía para no dejarse cosas sin valorar, muchas veces no hace falta seguir un procedimiento tan estructurado y pragmático.

Simplemente con dar contención emocional y ayudar a resignificar la crisis construyendo una historia en la que ésta adquiriera sentido dentro de la vida del sujeto, se resuelve.

El terapeuta hará las veces de compañero de viaje hasta que los sujetos implicados en ella puedan viajar solos, aprovechando la oportunidad de crecimiento que entraña toda crisis.

En resumen, los objetivos a alcanzar para la resolución de la crisis son:

- 1.- Supervivencia física en las consecuencias de las crisis
- 2.- Expresión de sentimientos relacionados con la crisis
- 3.- Dominio cognoscitivo de la experiencia completa
- 4.- Adaptaciones conductuales/interpersonales requeridas para la vida futura, integrando la experiencia de la crisis en su historia vital

3.2 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.2.1 Conceptos generales

Son muchas las personas que se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermos crónicos. Esto es debido a que muchas veces se dejan de lado los aspectos emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Esta definición enfatiza la naturaleza biopsicosocial de la salud.

El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio, el tabaquismo y el consumo de alcohol

Es lo que podríamos llamar integración mente y cuerpo: pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo para mantener la salud física.

Según Matarazzo (1980), "Psicología de la salud", es el conjunto de las *contribuciones educativas y de formación*, científicas y profesionales de la disciplina *de la psicología* para:

- Promoción y mantenimiento de la salud.
- Prevención y tratamiento de la enfermedad.
- Identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria."

Esta definición terminó por convertirse en la definición "oficial", de la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

Aunque el interés de los psicólogos en los aspectos relacionados con la salud física data de comienzos del siglo XX, el desarrollo de la psicología de la salud estuvo asociado a la aparición de un libro publicado por W. N. Schoenfeld en 1969 donde manifiesta la escasez de temas de aplicación de la psicología al campo de la salud.

Desde ahí y hasta finales de los años 70 la psicología de la salud creció dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad.

La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.

Las áreas de intervención de la psicología de la salud:

- Promoción de un estilo de vida saludable.
- Prevención de las enfermedades: modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco).
- Tratamiento de enfermedades específicas, como las mencionadas más arriba. En ese caso los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
- Evaluación y mejora del sistema sanitario.

3.2.2 Objetivos de la Psicología de la Salud

Los objetivos de la psicología de la salud quedaron definidos en Yale en 1977 y en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978, quedan resumidos en:

- Aumento de salud y bienestar de las personas.
- Prevención o modificación de las enfermedades
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos

Para lograrlos se debe realizar lo siguiente:

- El control del estrés.
- El aprendizaje o eliminación de comportamientos que favorezcan o que perjudiquen a la salud.
- Modificación de respuestas concretas de conductas ambientales para cada trastorno.

Estableciéndose hoy en día tres principales causas de enfermedad, en los cuales el estrés interviene:

- Enfermedades del corazón.
- El cáncer
- Los accidentes cerebro vascular.

Los investigadores en el área de la psicología de la salud han propuesto varios modelos que expliquen comportamientos tan variados para mantener nuestra salud o ir en perjuicio de ella y poder así intervenir de una mejor forma en la promoción y mantenimiento de la salud.

3.2.3 Modelos en la Psicología de la Salud

Los modelos nos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, qué pasos seguir, y que técnicas necesitamos para influir un cambio en las conductas de las personas.

I. El Modelo de Creencias en Salud

El Modelo Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model (HBM) es el modelo más antiguo y el más utilizado en la explicación y promoción de las conductas de salud; fue originalmente desarrollado en los años 50's por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum (1958, citado en Rosenstock, Strecher & Becker, 1994) quienes intentaban dar respuesta a la escasa participación pública en programas de detección y prevención de enfermedades.

Se originó en intentos de los psicólogos del servicio de salud Pública de los EEUU por entender por qué tan pocas personas usaban programas y servicios que estaban a su alcance; concretamente por qué no participaban en exámenes para ver si tenían tuberculosis (TBC).

Se les preguntó a las personas en qué medida creían que eran susceptibles a la TBC y, en segundo lugar, si creían que podían obtener algún beneficio por participar en los chequeos.

Años mas tarde, Rosenstock (1966; citado en Latorre y Benert, 1992) se encargó de desarrollar y ampliar el modelo, el cual fue modificado posteriormente por Becker y Maiman (1975, citado en Roa, s.f.) para dejarlo como actualmente lo conocemos.

El modelo de Creencias de Salud, es un modelo que se construye a partir de una *valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa (value expectancy)*.

Lo cual quiere decir, en el ámbito de la salud, que el **valor** será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la **expectativa** se refiere a la creencia de que una acción determinada prevendrá o mejorará el proceso (Rosenstock et al., 1994).

En otras palabras, el modelo se basa en la noción que el cambio hacia conducta saludable está guiado por las creencias del individuo, específicamente por lo que se denomina la "expectativa de valor", esto es, las personas van a cambiar su conducta si

ésta resulta en algo valorado para ellas y tienen la expectativa de que pueda alcanzarse ese resultado.

Variables adicionales del modelo se refieren a si las personas creen que ellos son susceptibles a enfermarse, si ven la enfermedad cómo sería de grave, o estiman que el comportarse de manera saludable o preventiva va a resultar más beneficioso que el costo involucrado en adoptar la conducta.

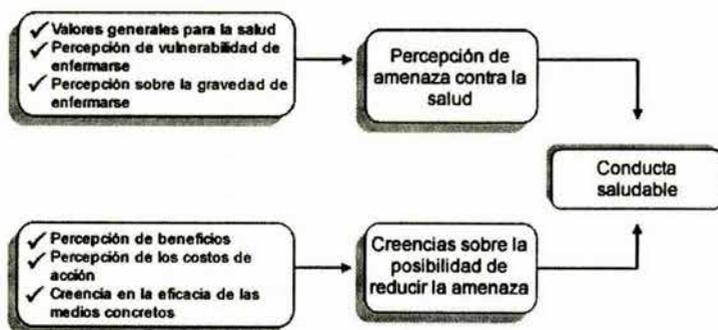
Este modelo concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las **creencias** (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las **actitudes** (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables.

El modelo refiere que las conductas saludables se dan en función de dos tipos de factores:

1. La *percepción de amenaza contra la salud*, la cual esta conformada por:
 - I. Valores generales para la salud. Se requiere, en primera instancia, que las personas consideren que poseer una buena "salud" es una característica prioritaria de las personas.
 - II. Percepción de vulnerabilidad. Se refiere a la percepción subjetiva del riesgo de enfermar. En el caso de ya estar enfermo, correspondería a la aceptación del diagnóstico y su percepción de mayor vulnerabilidad hacia nuevas enfermedades o condiciones limitantes derivadas de la enfermedad.
 - III. Percepción de la gravedad. Sentimientos acerca de qué tan serio puede ser el enfermar incluyendo consecuencias médicas, sociales y económicas, entre otras. Cabe hacer mención que la percepción de vulnerabilidad y la percepción de gravedad, en su conjunto, pueden etiquetarse como "percepción de amenaza".

2. Por otro lado, las características que le dan origen a las creencias sobre *la posibilidad de reducir la amenaza*, tiene que ver con:
 - a. Percepción de beneficios. Son las expectativas positivas que tienen las personas para llevar a cabo conductas de protección.
 - b. Percepción de los costos de acción o barreras. Se refiere a la percepción que tienen las personas sobre lo que implica (costos) el llevar a cabo una conducta preventiva y los beneficios que obtendrán por la emisión de ésta, si los beneficios superan los costos, entonces el comportamiento saludable estará en condiciones de presentarse.
 - c. Creencia en la eficacia de los medios concretos. Se considera eficacia de los medios concretos a aquellas habilidades que el sujeto cree poseer para poder llevar a cabo determina conducta y lograr su objetivo, considerándose estas habilidades como un disparador de acción.

En resumen, y como se puede ver en la figura, la concurrencia simultánea de la percepción de amenaza contra la salud y la creencia sobre la posibilidad de reducir la amenaza de enfermarse, favorecen la adopción de determinados patrones de conducta, que serían conducentes a la conservación y mejoramiento de la salud, a la evitación de situaciones de riesgo y a la prevención de enfermedades (Espada y Quiles, 2002; Fan et al., 2000; Kaplan, Sallis & Patterson, 1993; Latorre y Benert 1992; Roa, s.f. Rosenstock et al., 1994).



II. La Teoría de Acción Razonado (planeada)

Asociada a los planteamientos de los psicólogos Ajzen & Fishbein (1967), si bien no nació de un interés específico en salud, nos ayuda a entender cómo una persona llega a tomar una decisión para realizar cierta acción.

La Teoría de Acción Razonada (TRA, por sus siglas en inglés) (Ajzen y Fishbein 1973; Ajzen 1991; Fishbein y Ajzen 1975), describe la **intención** como el mejor vaticinador de si debe llevarse a cabo un comportamiento de salud o no.

Este modelo nos dice que la mejor forma de predecir la conducta es conocer las **intenciones** de una persona.

El interés de esta teoría fue el de establecer un modelo que tuviera un mejor poder predictivo de la conducta en función del estudio de las actitudes que otros modelos de valor esperado no habían podido establecer.

Una intención representa un compromiso de la persona para actuar de cierta manera y es un fuerte predictor de la conducta manifiesta, provisto que se de en ciertas condiciones; entre estas, que el tiempo transcurrido entre la declaración de intención y la ejecución de la conducta no sea muy prolongada y la especificidad de la acción requerida para materializar la intención de cambio.

La intención de conducta de una persona está determinada por dos variables:

➤ *La Actitud.*

Variable personal (evaluación favorable o desfavorable por parte del sujeto de esa conducta)

- Las consecuencias que se pueden derivar de su conducta, así como la probabilidad de las mismas. (La "probabilidad subjetiva")
- La importancia que esas consecuencias tengan para la persona. (La "accesibilidad subjetiva")

➤ *La Norma social subjetiva o Influencia Social Normativa*

Variable social (presión social que le induce a realizar o no realizar cierta conducta),

- El comportamiento que esperan de él las personas significativas de su entorno (según su percepción).
- La importancia que la persona da a la opinión que tienen las otras personas.
- Evaluación de las oportunidades, facilidades, etc. externas para la ejecución de la conducta.
- Percepción de autoeficacia para la ejecución de dicha conducta.

Se suman los productos resultantes:

Intención de la persona = actitud + norma social subjetiva

Esta INTENCIÓN se puede calificar como intención razonada: Procede de un análisis ponderado de los pros y los contras, no sólo de la propia persona, sino de quienes la rodean y son importantes para ella.

Posteriormente, Ajzen (1985, 1991) agregó al modelo una nueva variable, el grado de *control percibido* sobre la conducta (Teoría de la Acción Planificada), con la pretensión de que el modelo pudiera predecir conductas sobre las que los individuos tienen un control volitivo incompleto (no depende únicamente de la voluntad del sujeto para realizarlas).

El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos: los que se refieren a la falta de habilidades o competencias del sujeto para llevar a cabo la conducta y los obstáculos situacionales, tales como las oportunidades y los recursos disponibles para ejecutar la conducta (la facilidad o dificultad que percibe la persona para realizar la conducta).

La conducta motivada se ejecutará eficazmente si existe la intención y la posibilidad de realizarla.

Intención de la persona = actitud + norma social subjetiva + control percibido

La adición de las intenciones de implementación a la Teoría de Acción Planificada, aumentará su capacidad predictiva, sobre todo cuando la acción a realizar, implica una continuidad a lo largo del tiempo. A éstas intenciones, cuando se las postpone se les llama *intenciones crónicas*.

Lo realmente relevante de Fishbein y Ajzen, es defender la idea de que nuestras creencias determinan nuestras actitudes y nuestras normas subjetivas y, por ello, aunque de forma indirecta, determinan nuestras intenciones y conductas.

Al aplicar el modelo al estudio de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad, sus autores argumentan que las personas recogen del medio la información que consideran suficiente sobre los riesgos para la salud y los beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas.

Teoría de la acción razonada (1975) (Jiménez, 2003, pp. 841).



III. Modelo Cognitivo – Social

Asociados a los trabajos de Bandura, da importancia a los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia reciproca entre ellos.

Este modelo ha tenido éxito en la Psicología de la salud, especialmente con los conceptos de *expectativa de autoeficacia*.

La expectativa de autoeficacia puede influir tanto en sentimientos como pensamientos y acciones. Las personas con pocas expectativas tienden a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad. En cuanto a los pensamientos, la percepción de autoeficacia facilita las cogniciones referidas a las habilidades propias, actuando estos pensamientos como motivadores de la acción.

Por último, y por lo que respecta a la acción, las personas que se sienten eficaces eligen tareas más desafiantes, se ponen metas más altas y persisten más en sus propósitos.

Teoría de la autoeficacia de Bandura (Bandura 1977, 1980, 1991, 1997)

En los modelos hasta ahora propuestos los elementos cognitivo-emocionales estudiados han sido fundamentalmente las creencias en el Modelo de Creencias de Salud y las intenciones en el Modelo de la Acción Razonada; pero además, entre los elementos cognitivos facilitadores de un curso de acción relacionado con la salud, deben considerarse otras variables, como el control percibido sobre la conducta a seguir, o las creencias de las personas en sus propias capacidades para llevar a cabo una conducta con éxito.

La investigación dentro del ámbito teórico del aprendizaje social cognitivo ha identificado otros componentes cognitivos que facilitan el proceso de cambio por su influencia en la formación de intenciones y en la autorregulación motivacional.

El marco teórico que acoge la investigación de la influencia de las expectativas en el proceso de adopción o de modificación de hábitos de conducta es la *Teoría Social Cognitiva* (Bandura 1986), según la cual la motivación y acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas.

- a) Expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal,
- b) Las expectativas de acción-resultado, en las que el resultado sigue (o es consecuencia de la acción personal) y
- c) La autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado.

De estos tipos de expectativas, las que desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y en el mantenimiento de dichos cambios son las **expectativas de acción-resultado** y las **creencias de autoeficacia**. Las expectativas de auto-eficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación.

La expectativa de autoeficacia o eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud por la influencia de dos niveles (Bandura 1999):

1. Como mediador cognitivo de la respuesta de estrés (la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrenta en la vida y activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad).
2. En cuanto variables cognitivo-motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos o la habilidad que uno tiene para ejecutar una conducta determinada (ejerce un control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud).

Los hábitos derivados del estilo de vida pueden favorecer o mermar la salud, lo que capacita a las personas para ejercer cierto control conductual sobre la calidad de su salud. Las creencias de eficacia influyen sobre todas las fases del cambio personal, tanto si contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, si emplean la motivación y perseverancia necesaria para tener éxito en el caso de que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado.

En esta teoría se defiende, como constructo principal para realizar una conducta, la autoeficacia, tal que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias que tiene la persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta serán decisivas.

De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen capacidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura concede una gran importancia a este concepto, tal que, considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional.

Así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados.

La teoría de autoeficacia de Bandura ha sido considerada en distintas áreas y ocupa un lugar importante para la adopción de conductas de salud y prevención de riesgos. Así lo explica Bandura, que afirma que las creencias de eficacia afectan a la salud física al menos de dos maneras:

1. Una fuerte creencia sobre la habilidad para enfrentarse a determinados estresores reduce las creencias biológicas que pueden dañar la función del sistema inmune y por el contrario favorece una adecuada respuesta del mismo.

2. La autoeficacia determinará en gran medida si las personas consideran cambiar sus hábitos de salud y la adopción de conductas saludables nuevas, así como el nacimiento del cambio.

La necesidad de una explicación más exhaustiva de cómo la conducta humana está determinada por la interacción entre un conjunto de variables no observables y las relaciones entre la autoeficacia, las destrezas y la motivación son algunas de las críticas que se han hecho a la teoría de Bandura (Bretón, 2007).

Sin embargo, algunos autores consideran la autoeficacia en un sentido amplio, entendiendo esta autoeficacia general como un constructo global que hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. Dentro de esta última línea, la Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996) evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes.

IV. Modelo de Reducción de Riesgo

Las intervenciones conocidas como de reducción de factores de riesgo conductual, intentan lograr un cambio de actitudes y motivar a la persona a desarrollar habilidades conductuales que reduzcan el riesgo, aumentando de paso la percepción de autoeficacia para iniciar y mantener los cambios comportamentales deseados.

Este modelo fue creado exclusivamente para la prevención del VIH (Green y Farmer, 2003)

Los expertos del SIDA partieron de la idea de que el comportamiento sexual de riesgo es difícil o imposible de cambiar, por lo tanto el desarrollo del Modelo de Reducción de Riesgo va encaminado a atenuar las consecuencias del comportamiento de riesgo (de ahí el título de "reducción" de riesgo).

El Modelo de Reducción de Riesgo de la investigación de procesos interpersonales y cambio de actitudes (Fisher y Fisher, 2000).

El objetivo que persigue este modelo es predecir y disminuir la ocurrencia de comportamientos sexuales de riesgo que posibiliten la infección del VIH/SIDA a través de un proceso de tres etapas:

- a) Percibir el comportamiento de riesgo y reconocer las habilidades personales para reducir el comportamiento.

Una persona se percibe o no como susceptible de contraer VIH, sin embargo, para considerarse en riesgo necesitaría información acerca del VIH/SIDA, como por ejemplo, de transmisión y prevención, asimismo la persona debe de creer que el SIDA es una enfermedad que trae consecuencias desagradables, deterioro en la salud física o la muerte lo que puede llevarlo a tener miedo o ansiedad de que puede contraer VIH. Entonces en esta primera fase la persona evalúa su conducta como riesgosa o no riesgosa. De catalogarla como de riesgo entonces puede pasar a la segunda fase donde toma una decisión firme que lo pueda llevar al cambio conductual preventivo, como usar condón, reducir el

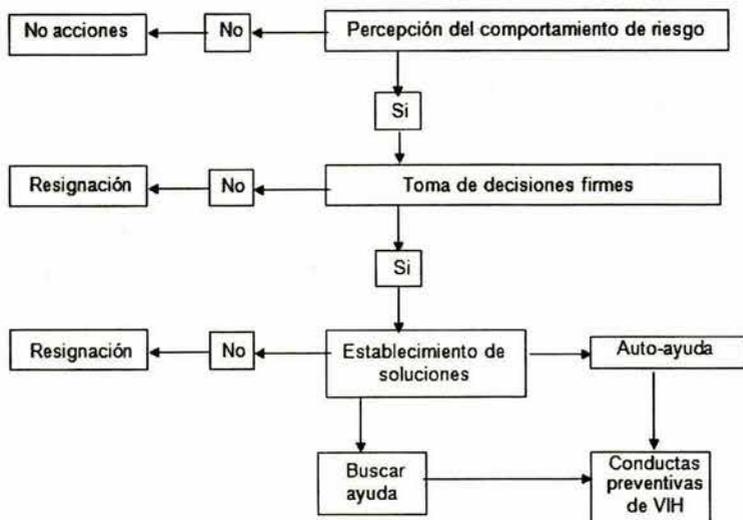
número de parejas sexuales, cambiar el tipo de prácticas, practicar la monogamia, que lo lleve a incrementar comportamientos de menor riesgo

b) Tomar una decisión firme para efectuar cambios conductuales.

La persona percibe antes de tener la práctica sexual con un(a) amigo(a) que es efectivo usar condón con este tipo de parejas ocasionales y finalmente la persona se siente capaz de usar el condón con este tipo de parejas ocasionales, y por lo tanto, adopta el condón para este tipo de relaciones, ya que la persona considera que le es más placentero y adopta esta conducta en su repertorio, además es probable que su grupo de amigos hablen bien de los sujetos que usan condón en sus relaciones sexuales, o que hagan comentarios de los beneficios del uso del condón. Si la persona toma la decisión de cambio pasa a la tercera etapa que consiste en llevar a cabo la conducta.

c) Llevar a cabo el cambio de conducta (Coates, 1992; Longshore, Stein y Conner, 2004).

La persona busca información sobre el VIH, por ejemplo, puede pedir ayuda a un médico para que le enseñe como usar correctamente el condón, después de que se informó se dio cuenta de que tiene que negociar el condón con la pareja, habla de la situación de protección con la pareja ocasional, busca ayuda profesional para el entrenamiento en habilidades de comunicación si no tiene las habilidades para negociar, entre otras. Todo lo anterior en conjunto puede llevar a conductas menos riesgosas o preventivas para el VIH/SIDA. Finalmente este modelo considera algunos elementos ya revisados en los modelos de Autoeficacia y el de Creencias de Salud, donde se pone de manifiesto las autopercepciones, los conocimientos y el reconocimiento de habilidades personales para poder generar alternativas y tomar una decisión que lleve al cambio conductual.



Asimismo, se intenta crear una red de apoyo social que refuerce las conductas preventivas o de bajo riesgo. Para lograr el cambio se usan técnicas tanto de la psicología social, como cognitivas-conductuales.

V. El Modelo Transteórico del Cambio Conductual

Llamado también simplemente el modelo de Prochaska.

En 1984, Prochaska y DiClemente formularon la hipótesis de que los cambios de conducta siguen una serie de etapas más o menos estandarizadas, tanto en los individuos que están tratando de cambiar por si solos, sin ayuda profesional como en aquellos que siguen a recomendaciones terapéuticas.

Esto ocurre través de un proceso dinámico de 5 etapas a medida que tratan de reducir o eliminar conductas riesgosas.

El modelo nos sugiere que hay que diseñar estrategias de cambio que estén de acuerdo a las características de los sujetos a los cuales están dirigidas.

El modelo evalúa la etapa o el estadio en el cual se encuentra la persona en términos de su "intención hacia el cambio", examina las ventajas y las desventajas del cambio, y la habilidad de la persona para ejecutar el comportamiento necesario que lo lleve a mantener un cambio duradero de la conducta deseada. La prevención de la recaída se ve como parte de la última etapa de mantenimiento.

Este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Sin embargo, en los últimos años, el modelo ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta: disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH, ejercicio físico, dieta saludable, etc.

Como mencionamos, el Modelo Transteórico concibe el cambio de conducta como un proceso relacionado con el progreso a través de una serie de cinco estados:

Precontemplación

Contemplación

Preparación

Acción

Mantenimiento

Estos estados, denominados del cambio, son dinámicos (las personas que se encuentran en cada uno de ellos difieren del resto en muchos aspectos).

Las características de las etapas del cambio son las siguientes:

- Precontemplación es el estado en el cual la gente no tiene intención de cambiar. La gente puede estar en este estado porque está desinformada o poco informada sobre las consecuencias de su conducta, o porque ha intentado cambiarla varias veces y está desmoralizada porque no ha sido capaz. Tanto los desinformados como los que están poco informados tienden a evitar leer, hablar o pensar en su conducta de riesgo. Tampoco quieren pensar acerca de la posibilidad de cambio y pueden ser muy defensivos, especialmente frente a las presiones sociales para cambiar. El rasgo central de esta etapa es la resistencia a reconocer o modificar un problema.
- Contemplación es el estado en el cual la gente tiene intención de cambiar en los próximos seis meses. Es la etapa en la cual las personas son conscientes de que existe un problema y están pensando seriamente en resolverlo, pero no hay un compromiso aún para pasar a la acción. Están suficientemente advertidos de los pros del cambio pero también tienen muy en cuenta los contras. Este balance entre costos y beneficios puede producir una profunda ambivalencia que puede hacer que la gente se mantenga en este estado durante largos periodos de tiempo. A menudo, este fenómeno se caracteriza como contemplación crónica o procrastinación. Quienes sustituyen la acción por el pensamiento serían considerados como contempladores crónicos.
- Preparación es el estado en el cual la gente tiene la intención de cambiar en el futuro próximo, generalmente medido como el próximo mes. Ellos ya han realizado alguna acción significativa durante el pasado año como consultar a un consejero, hablar con el médico, comprar un libro de autoayuda, reducir el consumo de tabaco, cambiar a una marca light, etc.



Habitualmente los preparadores tienen un plan de acción o han hecho algunos cambios de conducta, pero no han alcanzado aún un criterio conductual pre-establecido para alcanzar la etapa de acción. La preparación combina criterios de intención y conducta, los individuos tienen la intención de tomar acciones en un futuro muy cercano o ya lo han hecho aunque no exitosamente.

- Acción es el estado en el cual la gente ya ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida en el curso de los seis meses pasados. Los individuos se involucran activamente, en la nueva conducta, modifican su conducta, experiencias o ambiente con el propósito de superar sus problemas. Debido a que la acción es observable, el cambio de conducta ha sido, a menudo, equiparado con la acción. Sin embargo, no todas las modificaciones de conducta se pueden equiparar con la acción. La gente debe atenerse a los criterios que los médicos y los profesionales deciden que son suficientes para reducir el riesgo de enfermedad.

Esta es la etapa menos estable y se corresponde con el mayor riesgo de recaída. Los elementos centrales de esta etapa son la modificación de la conducta objetivo hasta un criterio pre-establecido y significativos esfuerzos manifiestos de cambio.

En el tabaquismo, por ejemplo, sólo cuenta la abstinencia absoluta.

- Es la etapa en la cual los individuos están sosteniendo el cambio en el tiempo. Es un período de cambio continuado en el cual el individuo trabaja y se esfuerza para prevenir recaídas y consolidar las ganancias obtenidas durante la etapa de acción. Están menos tentados y tienen mucha más autoeficacia que la gente en el estado de acción. Se estima que este estado dura desde seis meses a cinco años.

Los elementos centrales de esta etapa son la estabilización del cambio conductual y la evitación de recaídas.

- Terminación es un sexto estado que se aplica en algunas conductas, especialmente las adicciones. Este es un estado en el cual los individuos no tienen tentación y sí un cien por cien de autoeficacia. No importa si están deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, enfadados o estresados, ellos están seguros de que no volverán a su antiguo hábito. Es lo mismo que si nunca hubieran adquirido el hábito. En un estudio sobre antiguos fumadores y alcohólicos, encontramos que menos del 20% de cada grupo había alcanzado el criterio de ausencia de tentación y total autoeficacia. La terminación puede no ser apropiada para algunas conductas como el despistaje del cáncer o la reducción de grasas de la dieta.

Consecuentemente, el modelo supone 2 factores que influyen en el cambio conductual. Se trata del balance decisional y la auto-eficacia:

- ✓ *El balance de decisión:* la evaluación entre los pros y los contras del cambio (estimación de beneficios y costos de una u otra conducta).
- ✓ *La autoeficacia:* La confianza y la capacidad para conseguir el cambio. Involucra un juicio acerca de las propias habilidades para ejecutar una conducta requerida con el propósito de lograr ciertos resultados.

En general, las recaídas son la regla más que la excepción aunque no existe un patrón único y lineal a considerar. Es normal que se retomen a etapas previas, de manera cíclica, antes de alcanzar el estado de mantención, por lo que el modelo de cambio es más circular que lineal.

Lo importante de esta concepción circular del cambio de conducta es que se puede considerar que las recaídas constituyen una instancia de aprendizaje que prepara a la persona a enfrentar mejor el siguiente intento.

Medición de las etapas:

Para medir las etapas del cambio se utiliza un algoritmo que valora las intenciones y las conductas específicas para cada etapa. Los seis ítems son los siguientes:

Pregunta: ¿Ha dejado usted de fumar?

1. Nunca he fumado, o lo dejé hace más de cinco años.
2. Sí, lo dejé hace más de 6 meses (define mantenimiento).
3. Sí, llevo sin fumar menos de 6 meses (define acción).
4. No, pero lo voy a intentar en el próximo mes y he hecho un intento de al menos un día en el último año (define preparación).
5. No, pero voy a intentarlo en los próximos 6 meses (define contemplación).
6. No, y no tengo intención de hacerlo en los próximos 6 meses (define precontemplación).

VI. El Modelo Integrativo

Esta basado en las ideas de Bandura y del conductismo skinneriano e intenta integrar la psicología de la salud con la salud pública. Es un modelo que pretende enfocarse hacia la comunidad y no hacia problemas individuales. Define el problema usando indicadores epidemiológicos y psicológicos. Su forma de aproximarse a los problemas es multidisciplinario y multinivel, lo crítico, según este enfoque, es comprender el estilo de vida y los factores conductuales dentro del entorno en el cual se dan.

Las primeras fases del análisis incluyen tanto el nivel personal como el nivel interpersonal. Hay un tercer nivel donde se considera el ambiente social más inmediato. Un cuarto nivel considera los aspectos institucionales, sociales, culturales, políticos y económicos, como clases de factores que afectan la conducta.

Finalmente hay un nivel que implica la evaluación del impacto de las intervenciones, esta fase de evaluación del programa es importante pero generalmente se hace de manera poco sistemática, si es que se hace a pesar que se centra en metas específicas, este modelo es complejo y se considera como un modelo de planeación.

3.2.4 Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud

Las siguientes son las principales áreas de aplicación de la psicología de la Salud:

- ✓ Información y educación sanitaria (creencias y actitudes, comportamiento y responsabilidad individual en la salud).
- ✓ Control de variables actitud – motivacionales y afectivo emocionales (ansiedad, estrés, depresión, hostilidad).
- ✓ Potenciación de recursos de protectores y de resistencia (amor, afecto, amistad, alegría, optimismo).
- ✓ Generación de hábitos y estilos de vida sanos (descanso adecuado y disfrutar del ocio, alimentación, higiene, sexo, familia, no consumo de sustancias dañinas, actividad física, sanitarios).

- ✓ Aprendizaje de competencias y habilidades básicas (relajación, autocontrol, solución de problemas, comunicación, búsqueda de apoyo social).
- ✓ Participación en la salubridad ambiental (cuidado del ambiente).
- ✓ Participación política y ciudadana (uso adecuado de los servicios de salud, elección de la mejor política de salud).
- ✓ Control de variables actitud – motivacionales y afectivo emocionales de riesgo (ansiedad, estrés, depresión, hostilidad).
- ✓ Modificación de las conductas y hábitos de riesgo.
- ✓ Modificación de las condiciones patógenas e insalubres del medio (polución, contaminación, hacinamiento, ruido, tóxicos, virus, miserias).
- ✓ Detección e intervención precoz ante los problemas (o prevención secundaria).
- ✓ Disminución del impacto de la enfermedad y prevención de recaídas (o prevención terciaria).
- ✓ Problemas cardiovasculares, trastornos de la presión arterial, ritmo cardiaco, problemas coronarios, periféricos, sistema nervioso central, neuro - musculares, gastrointestinales, control de esfínteres, renales, oftalmológicos y visuales, endocrinos, inmunitarios, ginecológicos, sexuales, alimentarios, lenguaje/ habla y voz, sueño, adicciones, dolor crónico, cáncer, terminal
- ✓ Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos.
- Análisis de la atención de la salud
 - Mejora del sistema
 - Educación a usuarios para el uso adecuado del sistema sanitario:
- ✓ Análisis y mejora del sistema de atención sanitaria.
- ✓ Formación de profesionales, paraprofesionales y tareas de gestión.

3.2.5 Técnicas e instrumentos de evaluación en psicología de la salud

1. La entrevista:

Es una herramienta útil para la evaluación en salud y en enfermedad, es el modo más versátil para obtener datos sobre estilos de vida, actitudes, creencias y prácticas concretas de salud. En el ámbito de evaluación de la enfermedad, por ejemplo; la

entrevista no sólo permite la obtención de información relevante sobre los problemas del paciente y las posibles variables con ellos relacionadas, sino también crear el clima de confianza y relación empática.

Keefe (1979) señalaba seis importantes funciones que cumple la entrevista en el marco de su aplicación en psicología de la salud, a saber:

- Como una forma de reunir información sobre la historia conductual del paciente,
- Como un método de especificación y definición de los problemas objeto de atención.
- Como un método para identificar los factores de control del ambiente actual del paciente.
- Como una muestra de conducta del repertorio del paciente; esto es como la oportunidad de observar el comportamiento del paciente en tanto su conducta verbal, sus maneras, sus gestos, su apariencia física, su forma de interaccionar con otros, etc.
- Como una oportunidad para compartir información con el paciente acerca del abordaje de los problemas desde el punto de vista conductual en psicología de la salud.
- Como una oportunidad para iniciar el reforzamiento social y el establecimiento de lazos interactivos positivos con el paciente.

La entrevista puede tener múltiples objetivos; aquí nos interesa la entrevista clínica, la cual puede ser de dos tipos, dependiente del objetivo que se persiga (Bleger.1978):

- ❖ *Entrevista diagnóstica.* Pretende identificar el problema y determinar la naturaleza y el grado de conducta desadaptada mediante la recopilación de datos. Trata de encontrar la forma en que el entrevistado describe, entiende e interpreta su problema. Las decisiones para el tratamiento se basan a menudo en una entrevista diagnóstica.
- ❖ *Entrevista terapéutica.* Es aquella que procede después de haber hecho cierta evaluación y cuyo propósito es la modificación de la conducta y las actitudes inadecuadas o desadaptadas.

Por su estructura, la entrevista puede ser:

- *Abierta*. El entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para las intervenciones. Posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado, desde la historia lejana del paciente hasta su historia reciente o inmediata.

- *Cerrada (dirigida)*. Las preguntas ya están previstas (en orden y forma); el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones. Es un cuestionario. Permite una mejor comparación de datos

La regla básica ya no consiste en obtener datos de la vida de una persona, sino obtener datos completos de su comportamiento total en el curso de una entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos aplicando la escucha y la observación, de tal manera que queden incluidas las tres áreas del comportamiento del entrevistado.

Cada ser humano posee sistematizada su personalidad en pautas o posibilidades que esperamos se exterioricen en el curso de la entrevista, observando una parte de la vida del paciente.

Los estudios y la investigación de la entrevista como campo se enfoca en tres aspectos:

- a. El entrevistador, donde se incluye su actitud, su disociación instrumental, la contratransferencia, la notificación, etc.
- b. El entrevistado, incluyéndose la transferencia de conducta, estructuras de conducta, rasgos de carácter, ansiedades, defensas, etc.
- c. La relación interpersonal.

Transferencia y Contratransferencia

En la relación interpersonal que se establece en la entrevista se consideran estos dos aspectos muy significativos (Noyes y Kolbs 1977).

- ✓ **Transferencia:** Se refiere al desarrollo de una actitud afectiva por parte del paciente hacia el entrevistador en forma de reacción cariñosa (positiva) u hostil (negativa). Involucra la parte irracional e inconsciente de la conducta y aspectos no controlados del paciente. Estos fenómenos nos ponen en contacto con aspectos de la personalidad del entrevistado que no entran entre los elementos que él puede aportar voluntaria o conscientemente pero que agregan una dimensión importante al conocimiento de su personalidad y al carácter de sus conflictos. Con la transferencia, el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico.

- ✓ **Contratransferencia:** Incluye fenómenos que aparecen en el entrevistador como emergentes del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tienen sobre él. Dependen de la historia personal del entrevistador. Constituye un indicio significativo y de alto valor para orientar al entrevistador en el estudio que realiza. No es de fácil manejo y requiere una buena preparación, experiencia y un alto grado de equilibrio mental para que pueda ser utilizada con cierto grado de validez y eficiencia.

Transferencia y contratransferencia son fenómenos que aparecen en toda relación interpersonal y entrevista. En la entrevista, estos fenómenos deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión (Racker. H, 1960).

Ansiedad en la entrevista

La ansiedad constituye un índice del curso de la entrevista y debe ser atentamente seguida por el entrevistador, tanto la que se produce con él mismo, como la que aparece con el entrevistado (Maud Mannoni, 1975). Debe ser vigilada no sólo por su aparición, sino también por su intensidad porque, si bien es un agente motor de la relación interpersonal, esta última puede quedar totalmente perturbada e incontrolada si

sobrepasa cierto nivel, por lo que el umbral de tolerancia a la misma debe ser permanentemente detectado.

El entrevistado y el entrevistador se enfrenta a una situación desconocida y la situación no organizada implica una cierta desorganización de la personalidad de cada quien; esa desorganización es la ansiedad.

2. Cuestionarios y pruebas psicológicas:

En psicología de la salud se emplean muy diferentes pruebas y cuestionarios con los más variados propósitos. El empleo de pruebas de personalidad tanto con fines investigadores como clínicos es frecuente, y lo es también el empleo de pruebas de inteligencia.

Aguirre (1992), señalaba cómo ciertas pruebas de personalidad MMPI, 16PF y EPQ, principalmente se vienen empleando en intentos de relacionar la personalidad y enfermedad y salud, tanto para precisar si ciertos tipos de enfermedad implican una mayor o menor predisposición a enfermar, como para delimitar si existen o no personalidades específicamente propensas para desarrollar determinado tipo de trastorno.

Otras pruebas como Cuestionario de ansiedad estado - rasgo de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y el del Inventario de manifestación de la ira rasgo-estado (STAXI) del mismo grupo en relación del constructo ira-hostilidad con los trastornos coronarios.

Ahora bien la inadecuación de las pruebas clásicas de personalidad a los objetivos de la psicología de la salud, ha provocado la elaboración de pruebas alternativas generales y específicas que resulten adecuadas a dichos objetivos.

Un ejemplo es el Cuestionario de salud comportamental elaborado por Millon. Green y Meagher (1992), que permite evaluar en el sujeto hasta ocho diferentes estilos de personalidad vistos también como «estilos de afrontamiento», evalúa seis diferentes actitudes psicógenas consideradas como sentimientos y percepciones personales frente al estrés, e identificados por cada una de las seis escalas siguientes: 1) escala de

tensión crónica; 2) escala de estrés reciente; 3) escala de pesimismo premórbido; 4) escala de falta de esperanza en el futuro; 5) escala de alienación social, y 6) escala de ansiedad somática, a la vez cuenta con tres escalas psicósomáticas y otras tres de índices pronósticos (previsión de problemas futuros en cuanto curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento), derivado todo ello de la teoría de la personalidad de Millon (1969).

Otro de los instrumentos desarrollados fue por el grupo de Grossarth Maticek y Eysenck (1990) para evaluar, principalmente, los tipos de personalidad relacionados, según sus datos, con mayor probabilidad de desarrollar afecciones cardíacas (el denominado Tipo II) y cáncer (el denominado Tipo I), aunque los instrumentos exploran también los otros cuatro tipos de personalidad de la tipología de seis elaborada por este grupo. De dichos instrumentos, existe versión española (Sandín y Chorot, 1991c; Sandín, Chorot, Navas y Santed. 1992) del Short Interpersonal Reactions Inventory (SIR/) con el nombre de Inventario de reacciones interpersonales.

Igualmente, Pelechano y su grupo han elaborado numerosas pruebas aplicadas al estudio de las relaciones salud/enfermedad y personalidad.

Por lo demás, en la última década se ha desarrollado una miríada de cuestionarios específicos destinados a identificar las condiciones relativas a problemas de salud concretos tales como tabaquismo, patrones de alimentación inadecuados, actividad física, consumo de alcohol y/o drogas, etc.

Actualmente se utilizan instrumentos como; la escala de Evaluación Conductual de la Personalidad (API), según José Anicama Gomes; JAS – Inventario de Actividad de Jenkinns (forma C); Calidad de Vida de David H. Olson Y Howard L. Barnes.

3. Observación

Al menos desde la perspectiva de la evaluación conductual, la observación directa ha sido reconocida como la técnica de evaluación preferida sobre cualquier otra. Tan es así que con frecuencia los datos obtenidos mediante evaluación por observación directa se emplean como punto de referencia para la validación de la información obtenida mediante otras técnicas (cuestionarios o entrevistas).

Además, al proporcionar datos sobre ocurrencias reales y naturales del comportamiento objeto de evaluación, permite tanto el logro de una detallada descripción de tales comportamientos como de las condiciones de ocurrencia antecedentes y consecuentes, a la vez que la obtención de datos sobre todos los parámetros necesitados (frecuencia, duración, control estimular, latencia...).

Es más, como señala Keefe (1979), con frecuencia los datos obtenidos por observación directa hacen aflorar información de relevancia que no es aportada por otros procedimientos, o bien ha sido considerada secundaria o poco relevante atendiendo al informe del paciente o de otros. La razón, entre otras, puede consistir en que el propio paciente no sea consciente del papel desempeñado por ciertas circunstancias, contextos o personas respecto a su propio comportamiento, o de su verdadera frecuencia, duración o latencia.

En un contexto de internado, como sería el caso de la actuación sobre pacientes hospitalizados, el personal de enfermería representa la mejor opción para el logro de información mediante la observación sistemática del paciente.

4. Auto-observación y Auto-informe:

El auto-informe mediante la auto-observación es el método de obtención de datos más empleados y más versátil en psicología de la salud, estas técnicas de auto-informe son de la máxima utilidad y conveniencia en todos los momentos del proceso de intervención (Calcedo 2000).

Ya que hace consciente al paciente de aspectos de su propio comportamiento que pudieran estar pasándole desapercibidos o sobre los que podía mantener creencias equivocadas.

Permite igualmente al paciente controlar su progreso, por lo que adquiere una función de feedback que fortalece el comportamiento de cambio y permite rectificar. Adoptando así una responsabilidad acerca de su propia conducta y su cambio o mantenimiento, y no desplazando sobre profesionales o instituciones.

3.3 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

3.3.1 Concepto

La adherencia se refiere a cuánto un paciente cumple con el régimen terapéutico prescrito. También se conoce como *observancia* o *cumplimiento terapéutico*.

Incluye la buena disposición del paciente para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se los recetaron.

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas (Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Geneva. World Health Organization, 2001), pero quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como *la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico* (Haynes RB 1979); siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones.

Su importancia, desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, viene dada por dos aspectos fundamentales: su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos.

Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%, existiendo datos de procesos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, asma bronquial, etc. (Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika SM, Doswell WM., 2000; Puigventós F, Llodrá V, Vilanova M, Delgado O, Lazaro M, Forteza-Rey J, Serra J., 1997).

Conocidas su frecuencia y sus repercusiones, es innegable la necesidad de su detección en la práctica clínica diaria, existiendo para ello diferentes métodos de detección. Estos métodos son clásicamente divididos en directos (determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro fluido) e indirectos (interrogatorio, cuestionarios, control del proceso, recuento de comprimidos, etc.), existiendo amplia bibliografía sobre la validez, ventajas y limitaciones de los mismos (Rigueira Al., 2001).

3.3.2 Falta de adherencia terapéutica

La falta de adherencia se refiere a la terminación (abandono-separación, distanciamiento) prematura por parte del paciente de la terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas.

El papel de la adherencia desde el punto de vista psicoterapéutico directivo es muy destacado, ya que muchos procedimientos psicológico-conductuales incluyen pedirle al paciente que cumpla y ejecute tareas e instrucciones específicas.

La falta de Adherencia Terapéutica genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social:

- En lo personal, la enfermedad produce complicaciones que traen consigo sufrimiento, limitaciones físicas progresivas e incontrolables.
- En la familia, provoca crisis y problemas entre sus integrantes.
- En lo social, implica enormes costos para las Instituciones de Salud.

Son abundantes los referentes a la importante repercusión que esta falta de adherencia tiene sobre la práctica clínica, habiéndose detectado repercusiones en términos tan diversos como falta de control del proceso, aumento de los costes sanitarios y no sanitarios, etc. (Cerviri I, Locatelli F, Zoia MC, Corsico A, Accordini S, de Marco R., 1999).

El éxito definitivo de cualquier tratamiento depende de la cooperación y cumplimiento del paciente con todos los aspectos del programa; el no cumplir representa un problema particularmente difícil cuando las intervenciones terapéuticas son conducidas en una modalidad ambulatoria.

En tales condiciones es imposible supervisarlo de cerca por lo que el paciente o sus familiares (los padres, cuando se trata de pacientes jóvenes) deben asumir la responsabilidad para manejar la enfermedad o incapacidad.

El no seguir el programa de tratamiento, como olvidar tomar el medicamento para la hipertensión, puede reducir considerablemente los beneficios terapéuticos.

La falta de adherencia en el paciente, puede impedir su recuperación de una enfermedad o lesión y puede alterar seriamente su salud, dependiendo del padecimiento por el cual se encuentre bajo tratamiento Gillum, Barsky (1974) Ludwig (1968).

La falta de adherencia a las instrucciones del médico puede manifestarse como fallas para:

- a) Iniciar o continuar en un programa terapéutico.
- b) Acudir a las citas de seguimiento o supervisión.
- c) Tomar los medicamentos prescritos.
- d) Modificar, restringir o cambiar actividades en la persona como son el ejercicio físico, el consumo de tabaco y la dieta Kasl (1975).

El grado en el que el paciente cumpla o se adhiera a las prescripciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológico-conductual, es un punto muy importante en la investigación contemporánea, particularmente en el área denominada "medicina conductual".

Hasta hace poco tiempo el hecho de que el paciente cumpliera o no las instrucciones terapéuticas, se conceptualizaba como otro "factor no específico", o como una variable

fuera del control de la relación terapéutica; la única estrategia conductual específica utilizada en estos casos ha sido el "contrato de contingencias o conductual" en el que al cliente se le castiga o se le premia de acuerdo a la manera como cumpla o ejecute las conductas acordadas dentro de la relación terapéutica.

Aunque es útil en muchos casos, este contrato de contingencias es sólo una de las muchas técnicas que configuran el amplio arsenal de las técnicas de "influencia social recíproca".

Debido a las dificultades que se tienen para lograr que los pacientes cumplan con los medicamentos, dietas y regímenes, se ha decidido explorar cómo se conceptualiza la enfermedad y cómo se relacionan los síntomas o la ausencia de éstos con la conducta del paciente. Cuando una persona está enferma los síntomas determinan que reaccione y busque ayuda médica Kasl 1966.

Sin embargo no todas las enfermedades se presentan con síntomas. Que el paciente se adhiera a un programa de tratamiento depende en gran parte de que el alivio de los síntomas acompañe las conductas complejas asociadas con el cumplimiento.

Por ello parece de utilidad conceptualizar la enfermedad por lo menos en 3 categorías (Haynes RB, 1976):

1. Enfermedades en las cuales una exacerbación de los síntomas físicos va acompañada de un deterioro de la perturbación, la cual se reduce efectivamente por el cumplimiento o la adherencia a un régimen terapéutico (como tomar un antibiótico para aliviar la temperatura y el malestar de una infección).
2. Las enfermedades crónicas, cuyos síntomas son regularmente estables a pesar del régimen (esclerosis múltiple).
3. Enfermedades que aparecen sin síntomas a pesar de su cronicidad, con consecuencias futuras muy serias (la hipertensión).

Si se ubica la conducta de un individuo en el marco de las propiedades de "control de estímulos" de los síntomas es evidente que en la concepción anterior del proceso de

enfermedad no hay un reforzamiento semejante para mantener las conductas relacionadas con el cuidado o promoción de la salud.

El retraso en el alivio de los síntomas puede animar al paciente a buscar una gratificación más inmediata, tal como evitar los efectos colaterales desagradables de la medicación o aumentar la ingestión de carbohidratos en un paciente diabético a pesar de los riesgos a largo plazo que conlleva la alteración del balance metabólico, que precipita la cetoacidosis.

La señal de los síntomas se afecta al igual que otras conductas desadaptativas, por las consecuencias que le siguen. Se ha observado que muchas madres, cuyos hijos tienen infecciones agudas, dejan de darles penicilina cuando los síntomas desaparecen o disminuyen a pesar de las instrucciones del médico en el sentido de que se les administren durante 10 días (Becker MH, Drachman RH, Kirscht, 1972).

En consecuencia, al indicar el cumplimiento de un régimen terapéutico es importante manipular la conducta que típicamente se presenta en la adherencia a un régimen.

La interpretación que el paciente haga de sus síntomas es importante también para comprender cómo influye ésta al reaccionar deliberadamente hacia los problemas relacionados con su salud.

Las creencias acerca de la naturaleza de una enfermedad pueden influir en las acciones específicas que inicie el individuo. Kirscht y Rosenstock (18) revisaron la literatura que sugiere que "ante la presencia de una amenaza, la acción preventiva es vista como eficaz y posible en relación al costo tolerable". Esto quiere decir que los pacientes buscarán vacunas preventivas o tolerarán los efectos debilitantes de las radiaciones y la quimioterapia del cáncer si consideran la enfermedad como una amenaza personal real y sienten que obtendrán un beneficio del tratamiento.

3.3.3 Fundamentos teóricos

3.3.3.1 Factores relacionados con la falta de adhesión terapéutica

Un gran número de investigadores ha intentado identificar una variedad de factores sociales, psicológicos y físicos que pueden contribuir a/o predecir el incumplimiento de las indicaciones del médico (Bass F, Grantham RP 1972).

En una revisión amplia de la investigación en esta área, Haynes y Sackett hicieron una lista de aproximadamente 200 factores relacionados con el incumplimiento de los regímenes médicos mencionados en la literatura. De estos factores, solamente un número limitado de ellos, tales como la complejidad de los tratamientos, la larga duración de los programas de tratamiento y las creencias del paciente acerca de la eficacia de la terapia, tienen una correlación positiva con la adherencia a las estrategias de tratamiento prescritas.

Las características específicas del paciente, como variables de la personalidad y un número considerable de factores demográficos (el estatus socioeconómico) no han mostrado una consistencia predicativa en la adherencia a los regímenes médicos (Schmitt DP 1977).

Seguir una prescripción, (adherencia terapéutica), es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el equipo profesional de salud, con la enfermedad y con los propios fármacos (Bonada C, Guarner MA, 1985; Kaplan RM, Simon HJ, 1990).

✓ Factores relacionados con el paciente

- Poco o ningún conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento.
Las expectativas de eficacia que abrigue el paciente. El paciente ingresa a un tratamiento terapéutico no sólo con expectativas sobre los posibles resultados sino también con la idea de lo que englobará el proceso terapéutico; las incongruencias entre lo que ellos esperan y reciben pueden impedir el progreso o disminuir la adherencia (Baekelund F, Lundwill L, 1975). Dunbard y Stunkard (1979) observaron que la adherencia era menor en los pacientes que tenían expectativas incongruentes entre su experiencia personal y el programa médico ofreciendo una serie de recomendaciones prácticas y específicas para fomentar la adherencia en estos casos.
- Ideas equivocadas relacionadas con la enfermedad o su tratamiento.
La interpretación que el paciente haga de sus síntomas es importante también para comprender cómo influye ésta al reaccionar deliberadamente hacia los problemas relacionados con su salud. Las creencias acerca de la naturaleza de una enfermedad pueden influir en las acciones específicas que inicie el individuo. Kirscht y Rosenstock (1977).
- Actitudes negativas o molestia del paciente, o sus familiares, hacia el tratamiento.
- Falta de habilidades, destrezas o práctica para involucrarse en su tratamiento.
- Falta de apoyo familiar.
- Problemas emocionales o de personalidad como: tristeza, angustia, enojo, apatía, evasión, etc.

✓ Factores relacionados con la enfermedad

- Estados emocionales (enojo, depresión o angustia, etc.) inducidos por la diabetes o la hipertensión.
- Malestares físicos por los efectos secundarios de los medicamentos.

- El paciente siente el tratamiento como muy demandante y complicado.

✓ Factores relacionados con el equipo de salud

- Excesiva carga de trabajo para médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.
- Falta de recursos como: medicamentos, análisis de laboratorio, etc.
- Ideas equivocadas o desconocimiento acerca de lo que es adherencia terapéutica.
- Actitudes negativas del personal que atiende al paciente.

La relación paciente-terapeuta. La actitud y la conducta del terapeuta en este aspecto puede contribuir a generar una mayor o menor adherencia. Dunbar y Stunkard (1979) concluyeron que: "se crea una mejor adherencia cuando los clínicos se muestran cálidos, empáticos y se involucran en una conversación social y en intercambios específicos... proporcionando instrucciones individualizadas y específicas".

- La selección y la definición de la conducta-meta en el tratamiento.

La complejidad o los posibles aspectos aversivos de un tratamiento pueden contribuir a la falta de adherencia a un régimen terapéutico. Para evitar el incumplimiento del paciente en estas condiciones, Zifferblatt (1979) propone que el incumplimiento a los regímenes médicos se aborde como un problema conductual y esté "sujeto a los principios y procedimientos basados en las ciencias conductuales".

✓ Factores relacionados con los fármacos

- Desconocimiento y desconfianza hacia el medicamento

✓ Los factores de regulación no-consciente y la adherencia

Ninguna explicación acerca de la adherencia estará completa si no se mencionan los conceptos de "resistencia" y "contra control". Los enfoques conductistas-radicales han pasado por alto estos aspectos destacando únicamente las contingencias externas.

En estas circunstancias, para muchos pacientes el "contrato conductual o de contingencias" es un procedimiento aceptable, mientras que para otros es coercitivo e intolerable. A la fecha varios investigadores han presentado ya análisis congruentes con el enfoque del aprendizaje social sobre estos aspectos (Davison, Mahoney y Wilson y Evans) que por su naturaleza e influencia ameritan necesariamente mayor investigación.

La modificación y determinación de la naturaleza de la "resistencia" del paciente sigue siendo uno de los problemas y tareas a resolver, sobre todo de los psicólogos de orientación psicoanalítica. En este orden de ideas, Kiesler describió una teoría de la comunicación acerca de la relación terapéutica, que proporciona muchas guías prácticas. Esta teoría rebasa la teoría contemporánea del aprendizaje social enfatizando el papel de los aspectos no verbales y connotativos que influyen en una relación interpersonal.

La naturaleza de los múltiples niveles del mensaje que fluyen en la relación terapéutica juega el papel más destacado.

3.3.3.2 Técnicas psicológicas para el manejo de pacientes en **Adherencia Terapéutica** y pacientes en **Apoyo Psicológico**

La intervención psicológica en adherencia terapéutica tiene como objetivo que el paciente adquiera un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan la salud. La OMS (1998) llama a este proceso *empoderamiento para la salud*, que puede dividirse en:

- a. empoderamiento para la salud del individuo: se refiere a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal.
- b. empoderamiento para la salud de la comunidad: supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

El entrenamiento y promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud.

El empoderamiento tiene un impacto directo en la calidad de vida del paciente, que significa la modificación de la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

La calidad de vida es un concepto que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con el entorno.

3.3.3.3 Estrategias de Intervención

Son múltiples las investigaciones publicadas en las últimas décadas sobre la eficacia de distintas intervenciones para abordar el incumplimiento terapéutico, que a modo expositivo pueden ser agrupadas en seis grandes grupos:

1. Intervenciones simplificadoras del tratamiento:

Son múltiples las pruebas que establecen la relación directa entre la complejidad del tratamiento prescrito (en términos de dosificación, vía de administración, número de fármacos, etc.) y el incumplimiento (Serrano M, Clerencia M., 1994), pudiéndose englobar en esta complejidad las interferencias con las actividades de la vida diaria del paciente (Salvador-Carulla L., 2002). Parece obvio, por tanto, que toda estrategia encaminada a simplificar el tratamiento debería tener como resultado la mejora en la adherencia terapéutica.

Son distintas las investigaciones en este sentido, destacando por su número los estudios que comparan pautas de tratamiento con distinto número de tomas diarias (Dowdy A, Maher VM., 1997; Kawabata H, Tran M., 2002) o incluso la toma diaria con la semanal (Robinson JM, Schmidt ME., 2000) o la reducción del tiempo de duración del tratamiento (Espinosa A, Sáez L., 1998).

En conjunto puede afirmarse que la simplificación del tratamiento es una estrategia eficaz ya que la mayoría de los estudios mencionados encuentran mejoras significativas en la tasa de adherencia y en el control del proceso en el grupo de pacientes donde se realizó intervención de simplificar / facilitar la pauta terapéutica.

2. Intervenciones informativas / educativas:

La transmisión de información tendría su papel sobre el cumplimiento a través del proceso de aprendizaje orientado para que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados (Orueta R,

Gomez-Calcerrada RM, Núñez S, Sánchez J., 1996), apoyándose en que los pacientes desean recibir información y principalmente desean recibirla de los profesionales que les atienden habitualmente. En este sentido, las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo la mejora del cumplimiento a través del aumento de conocimientos sobre su enfermedad, las posibles complicaciones, el tratamiento prescrito, etc.

Son múltiples las investigaciones que evalúan este tipo de intervenciones y diversas. Desde la entrega de información escrita (Thompson C., 1999) hasta las sesiones educativas grupales (Antó JM., 1987) pasando por la información individualizada (Robb M, Allen J., 2000).

Realizada por médicos, enfermeras, farmacéuticos (Dufresne RL., 2000), etc., están dirigidas a procesos tan diversos como hipertensión arterial, asma, artritis reumatoide o patología mental (Chaplin R, Kent A., 1998).

En conjunto puede decirse, salvo excepciones, que fueron estrategias no eficaces para la mejora de la adherencia terapéutica y del control del proceso, aunque si se aprecian mejoras en el conocimiento de la enfermedad. No obstante, si pueden extraerse conclusiones positivas de las mismas; la transmisión de información parece necesaria, aunque no suficiente, para modificar el comportamiento en la adherencia y por lo tanto se debe continuar informando al paciente y esta se debería de realizar, preferiblemente, en términos de los beneficios del seguimiento del tratamiento más que en términos de riesgo del proceso.

3. Intervenciones de apoyo familiar/social:

Diversos estudios han verificado que las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento (DiMatteo HR., 1992), lo que puede interpretarse, de forma inversa, como que las personas que cuentan con el apoyo familiar tendrían mayores facilidades para seguir correctamente el tratamiento pautado. En base a estos datos, las intervenciones incluidas en este

grupo tendrían como objetivo la mejora en la adherencia a través de la implicación en el proceso de la familia o el entorno social.

Son varios los estudios publicados que utilizan este tipo de estrategias y podrían agruparse en dos grandes grupos.

Unos dirigidos a pacientes que padecen patología mental crónica y que en general utilizan técnicas de terapia familiar (Xu X, Wang M, Dai Q, Kleinman J., 1994) que en general obtienen resultados positivos tanto en términos de mejora del cumplimiento como de control del proceso.

El otro grupo esta formado por estudios de intervenciones que buscan el apoyo familiar con intervenciones más propias del ámbito de Atención Primaria (consejo familiar, búsqueda de apoyo familiar, etc.) y dirigidas básicamente a pacientes con hipertensión arterial (Saavedra MD, Merino J., 2000), cuyos resultados son dispares aunque parecen de mayor consistencia los que presentan datos positivos, persistiendo este beneficio a largo plazo en uno de los mismos.

En conjunto puede afirmarse que la utilización de técnicas de terapia familiar parece adecuada para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con patología mental, pero que los resultados no son tan claros, aunque si parecen positivos, cuando se realizan intervenciones más acordes con la practica del médico de familia.

4. Intervenciones con dinámica de grupos:

Distintos textos especializados en el tema sugieren que las técnicas grupales suponen una estrategia eficaz para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de recomendaciones (Espulga A, Plana M., 2003); en este sentido las intervenciones incluidas en este grupo buscarían la mejora de la adherencia a través de un aumento de los conocimientos y de la confianza del paciente.

5. Intervenciones de refuerzo conductual:

Cuando el paciente cree que el tratamiento indicado incidirá positivamente en la evolución de su proceso y cuando se considera responsable del mismo, tiende a seguir dicho tratamiento con mayor adherencia que en los casos contrarios (Britten N., 1994); por este motivo, parece lógico pensar que las intervenciones que van encaminadas a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual pueden conducir a la mejora de la adherencia terapéutica.

Son abundantes las investigaciones publicadas en este sentido y diversas las estrategias empleadas; llamadas telefónicas recordatorias y de seguimiento (Brees M, Molina M., 1999), autocontrol del proceso por parte del paciente (Camahan JE, Nugent CHA., 1980), recompensa tangible por la consecución de objetivos (Roberts RS, 1976), seguimiento exhaustivo (Shimao T., 1993), etc.

En general los estudios incluidos en este epígrafe obtuvieron beneficios significativos tanto en términos de mejora del cumplimiento terapéutico como de control del proceso, por lo que parecen estrategias adecuadas para poner en práctica.

6. Combinación de intervenciones:

Como ya se ha comentado con anterioridad, el origen del incumplimiento es un proceso complejo de origen multifactorial (Kaplan RM, Simon HJ., 1990), por lo que parece lógico pensar que la combinación de varias intervenciones puede obtener resultados más positivos que las intervenciones aisladas (Sackett D., 1989), si bien las intervenciones complejas pueden hacer disminuir la participación de los pacientes (Knott KA., 1986).

Resulta difícil agrupar los trabajos publicados que realizan varias intervenciones de forma paralela ya que combinan distintas intervenciones simplificadoras del tratamiento, informativas, conductuales, etc. Una combinación repetida es la de

combinar una intervención de educación sanitaria con otra de recordatorio (Crapo LM., 2000).

Otras intervenciones repetidas en varias investigaciones son combinar una técnica conductual como la recompensa con otras intervenciones (White NH., 2001) o la implicación de la familia con otras estrategias (Merino J., 2000). Por último, son varios los trabajos que evalúan la eficacia de la combinación de tres o más intervenciones paralelas (Belda J, Merino J., 1993).

Aunque se trata de combinaciones de intervenciones muy diversas, se puede afirmar que en conjunto, e individualmente prácticamente en todas, la combinación de intervenciones obtiene resultados favorables en la mejora del cumplimiento terapéutico y del control de la enfermedad. Merece realizar una mención especial a la experiencia de Tákala (Takala J, Niemela N, Rosti J, Sievers K., 1979), ya que obtiene resultados muy positivos con intervenciones sencillas y factibles de realizar desde el ámbito de la Atención Primaria (información escrita, información al paciente sobre el grado de control de las cifras tensionales y aviso telefónico en caso de no acudir a las citas de control).

3.3.3.4 Aspectos a considerar en toda intervención:

- No culpabilizar.

Aunque no existen "evidencias" a este respecto, y no queda incluido en la clasificación antes mencionada, una premisa inicial y fundamental a tener en presente ante cualquier circunstancia relacionada con el incumplimiento es la no culpabilización del paciente; el paciente es uno más de los factores implicados en la etiopatogenia del mismo y no puede descargarse sobre el mismo la responsabilidad del problema (Sackett D., 1989; Orueta R, Gomez-Calcerrada RM, Núñez S, Sánchez J., 1996).

En este punto también resulta de interés recordar la frase ampliamente utilizada de que antes de enojarnos y reprender a un paciente que no sigue todas nuestras indicaciones, deberíamos de recordar las numerosas ocasiones en que nosotros no nos adherimos a normas o protocolos diagnósticos o terapéuticos realizados por comités de expertos o instituciones (Galperin J., 1994).

- Individualización de la intervención.

Dado, como ya se ha comentado, el origen multifactorial del incumplimiento y que en general las actuaciones van dirigidas a personas concretas, es necesario establecer estrategias de intervención individualizadas en función de los factores implicados en la falta de adherencia en ese caso concreto y a las características individuales del incumplidor (Iruela T, Juncosa S., 1996; Agrest A., 1996).

No existe una receta única para abordar el problema; existen distintos ingredientes que permiten cocinar según las necesidades existentes en cada caso individual.

- Fortalecimiento de la relación.

El establecimiento de una adecuada relación entre el profesional y el paciente hace posible la creación de un vínculo que les permite entenderse en el establecimiento de una estrategia terapéutica, que al ser compartida por el paciente hace que sea aceptada como propia y, por lo tanto, existan menos tasas de abandono (Ramírez A, Mausbach H, De Miguel C, Ros R., 1995; Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S., 1984).

Además, los pacientes que reconocen abiertamente al profesional tener problemas para seguir el tratamiento prescrito, lo cual sugiere tener establecida una relación de confianza, responden mejor a las intervenciones que se pongan en marcha para solucionar dicha situación (Gil V, Pineda M, Martínez J, Belda J, Santos ML, Merino J., 1994; Sackett D., 1989).

- Integración en la práctica diaria.

Toda intervención que sea integrada en la práctica clínica diaria tendrá a su favor el poder hacerla extensible a un grupo mayor de población y esto es valorado muy

positivamente por distintos autores que consideran que de este modo podría realizarse una actuación preventiva sobre el incumplimiento (Salvador-Carulla L, Melgarejo C., 2002).

En este sentido, la Atención Primaria, por las características que definen la atención prestada por sus profesionales (continuidad, integralidad, etc.), es el marco más adecuado para implementar dichas actuaciones.

- Participación de distintos profesionales.

La prevención, la detección y el abordaje del incumplimiento terapéutico no son competencia exclusiva de los médicos y distintos profesionales, entre los que habría que destacar el personal de enfermería de Atención Primaria (pero sin olvidar otros como farmacéuticos, psicólogos, etc.), pueden realizar intervenciones con éxito (Kyngas H, Duffy ME, Kroll T., 2000).

3.3.4 Fomento a la adherencia terapéutica. Promoviendo cambios en el estilo de vida

Es bien sabido que muchos hábitos desadaptativos para la salud y muchos patrones de comportamiento relacionados con el estilo de vida aumentan el riesgo de enfermedad, de contraer padecimientos y de muerte (Bass F, Grantham RP, 1978).

Los responsables de los servicios de salud han iniciado acciones para modificar y prevenir los hábitos y estilos de vida que representen un riesgo potencial a la salud del paciente, como el estilo de vida sedentario en los casos de hipertensión esencial; el tipo de personalidad tipo A de los pacientes coronarios; la obesidad, y las fobias médicas, como a las inyecciones y otras formas agresivas de tratamiento. Muchos estudios han mostrado que darles información acerca de la enfermedad y el tratamiento no garantiza que el paciente cumpla con los regímenes médicos.

Además de seguir las indicaciones médicas, se requieren una serie de cambios en los hábitos, en el estilo de vida, en los pensamientos y en las habilidades de la persona para llevar de mejor manera el tratamiento y obtener como resultado una mejor calidad de vida.

3.3.5 Descripción del proyecto "Adherencia Terapéutica"

El Proyecto "Adherencia Terapéutica" de la Secretaría de Salud del D.F., contempla los factores de no adherencia y se propone apoyar a los habitantes del Distrito Federal que viven con diabetes y/o hipertensión.

Es importante considerar que cada paciente enfrenta la enfermedad de manera diferente y el proceso de adherencia debe llevarse a cabo considerando sus necesidades particulares, los recursos con los que cuenta, el grado de motivación para hacer cambios en su vida y sus redes de apoyo; todo esto en concordancia con los objetivos del programa.

Mediante sesiones telefónicas se les proporciona educación para la salud, apoyo emocional y entrenamiento para mejorar sus habilidades sociales, de comunicación y autocuidado.

El diagnóstico preliminar elaborado por el orientador desde la primera sesión deberá afinarse en el transcurso del proceso. Cada sesión deberá registrar las observaciones y los avances del paciente en su proceso de adherencia, así como los problemas u obstáculos que se encuentren en el camino.

El apoyo telefónico del Programa de Adherencia Terapéutica se inserta en un equipo multidisciplinario coadyuvando con el trabajo de los médicos, psicólogos y trabajadores sociales del Centro de Salud.

El apoyo telefónico ayuda a disminuir la angustia que se presenta cuando se debe llevar un tratamiento complicado que no se comprende cabalmente. También se establece comunicación con los familiares para promover con ellos: el apoyo al paciente, una vida saludable para todos los miembros de la familia (alimentación, ejercicio etc.), y hábitos de prevención y autocuidado de la salud.

El proyecto Adherencia Terapéutica está basado en un esquema de terapia breve abordando cada caso partiendo del estado emocional del paciente, su percepción de la enfermedad, sus hábitos y su condición familiar. A partir del diagnóstico preliminar, el orientador diseñará un plan de tratamiento diseñado para lograr las metas de tratamiento en corto tiempo, considerando siempre el propio ritmo del paciente.

El orientador realiza una o dos llamadas por semana durante tres meses. Al terminar el proceso se da seguimiento de 4 llamadas cada quince días durante dos meses y cada mes durante un trimestre (ocho meses en total).

3.4 INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

3.4.1 Conceptos generales

Por "interrupción legal del embarazo" (ILE), nos referimos específicamente al procedimiento que se realiza bajo las causales contempladas en la ley.

La Interrupción del Embarazo hasta las 12 semanas de gestación es legal en el Distrito Federal (Código Penal para el Distrito Federal adicionando la Ley De Salud en sus artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal).

Con la aprobación, el 24 de abril de 2007, de la ley que despenaliza el aborto en el Distrito Federal hasta la semana 12 de gestación, se puso en servicio en el nivel central de la Secretaría de Salud del D. F. una línea telefónica para otorgar orientación a aquellas personas que requirieran algún tipo de apoyo psicológico o consejería relacionada con la Interrupción Legal del Embarazo.

El desconocimiento o la falta de difusión de este programa hacen persistir temores o falsas creencias respecto al tema del aborto en cuanto a su legislación, aplicación, peligros que implique o sus consecuencias físicas, sociales y psicológicas.

En este capítulo daremos una semblanza general de la situación que guarda este tema desde el punto de vista legal, médico y social difundiendo asimismo el programa que la Secretaría de Salud del D. F. ha emitido posterior a la nueva legislación correspondiente.

Anualmente miles de mujeres fallecen por causa de un aborto mal practicado, o por condiciones insalubres o porque los abortos son realizados por personas que no son profesionales.

Nos referimos al "aborto inseguro", de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como a aquel procedimiento realizado por personal no

capacitado y/o en condiciones que no cumplen los estándares médicos mínimos (Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud, Ginebra 2003.).

Esta definición incluye los abortos inducidos que se llevan a cabo en países con leyes restrictivas, así como los abortos realizados en países con leyes que apoyan el derecho a decidir, pero que no cumplen con los requisitos legales y médicos correspondientes.

3.4.2 Aborto

3.4.2.1 La mortalidad por aborto en México

En México, entre 1990 a 2005, un total de 21,464 mujeres murieron por causas maternas; 1,537 decesos se debieron al aborto, lo que representa el 7.2 por ciento de todas las muertes durante este periodo; para 2005, el aborto era la quinta causa de muerte materna en el país (Schiavon R, Polo G, Troncoso E, 2003). Para ese mismo año, la "letalidad" del aborto inseguro en nuestro país fue de 52 muertes por 100 mil hospitalizaciones por esta causa, 100 veces mayor que en Estados Unidos.

A lo largo de estos años (1990-2005), las mujeres que murieron por aborto en nuestro país tenían el siguiente perfil:

- Una de cada cuatro murió en dos entidades federativas: la Ciudad de México y el Estado de México.
- Una de cada dos eran mujeres en plena edad reproductiva (20 a 29 años).
- Una de cada ocho eran adolescentes (de 19 años o menos).
- Seis de cada diez eran mujeres que no tenían derecho-habiciencia en salud.

Estos datos revelan el estrecho vínculo entre la muerte materna y el aborto inseguro, y demuestran que el aborto sigue siendo un problema de salud pública en el mundo y en México, atravesado por profundas inequidades sociales, culturales y económicas.

En algunos países esta legislado el aborto, los cuales permiten el aborto terapéutico, ético, eugenésico y tratan de que sea lo más seguro posible, dándole a la mujer toda la información necesaria para que pueda tomar la decisión más adecuada.

3.4.2.2 El aborto y la salud de las mujeres

En todo el mundo, el aborto inducido es un evento muy frecuente en la vida de las mujeres: uno de cada cinco embarazos termina en un aborto. Se estima que en 2003, se realizaron 42 millones de abortos inducidos en todo el mundo, con un ligero descenso en comparación con los 46 millones estimados para 1995 (Åhman E, Shah IH, 2007). El descenso estimado se debió al aumento en el uso de métodos anticonceptivos, pero interesantemente, coincidió con la liberalización del marco legal respectivo en 17 países del mundo.

En México, en el sector público de salud, una de cada diez mujeres (de entre 10 y 54 años) que se hospitalizan por un evento obstétrico, lo hace por complicaciones de aborto; una de cada veinte mujeres de la misma edad que se hospitalizan por cualquier causa, lo hace por aborto. Entre 2001 y 2005, los sistemas de información oficiales en salud registraron un promedio anual de 167 mil mujeres (de 10 a 54 años) hospitalizadas en instituciones públicas por esta razón (Schiavon R et al, 2000-2005, 2007).

Se calcula adicionalmente que, por cada mujer que llega a hospitalizarse, entre tres y siete más se realizan un aborto inducido, sin buscar atención hospitalaria (Singh S and Wulf D (1994).

En la actualidad, se estimaría así que entre 455,000 y 1'000,060 abortos inducidos podrían suceder anualmente en nuestro país (Schiavon R et al, 2000-2005, 2007).

El riesgo combinado de muerte y de complicaciones no es naturalmente inherente al procedimiento de la interrupción de un embarazo: se debe a

- ✓ un marco legalmente restringido,
- ✓ la falta de capacitación técnica de los profesionales de la salud,
- ✓ el deficiente acceso a los servicios por parte de las mujeres, quienes por el estigma social y legal que lo rodea, recurren finalmente a procedimientos inseguros en manos de personal no capacitado.

En el mundo, la Organización Mundial de la Salud estima cada año la siguiente carga de enfermedad debida a las maniobras invasivas, a las complicaciones sépticas, hemorrágicas y traumáticas de un aborto inducido en condiciones de clandestinidad (Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003 - Fifth edition. WHO, Geneva 2007):

- Cinco millones de mujeres sufren consecuencias temporales o permanentes.
- Más de tres millones sufren Infecciones del Tracto Reproductivo.
- 1.7 millones quedan infértiles cada año, por un total acumulado a la fecha de 24 millones de mujeres afectadas por abortos inducidos en la clandestinidad.
- El 20 por ciento del total de años de vida saludable perdidos por las mujeres en el mundo debido a la carga reproductiva, es secundario al aborto inseguro.

Sin embargo, un aborto realizado en situaciones de seguridad técnica y sanitaria, dentro de un marco de legalidad y por personal de salud calificado, es el evento obstétrico más seguro en la vida reproductiva de las mujeres, en términos de mortalidad y de morbilidad a corto, mediano y largo plazos sobre la salud física y mental de las mujeres. La literatura médica es sólida en apoyar esta afirmación:

- En Estados Unidos, el aborto legalmente inducido conlleva un riesgo de muerte menor a uno por cada 100 mil procedimientos, lo que lo hace tan seguro en términos sanitarios como una inyección de penicilina.
- La mortalidad por aborto en EEUU es 14 veces menor a la de un parto a término (Grimes DA. Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999. Am J Obstet Gynecol. 2006;194:92-4.).

- Adicionalmente, cuanto más tempranamente se realiza el procedimiento, tanto mayor es su seguridad médica (Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States, *Obstet Gynecol* 2004;103:729).
- El aborto en condiciones legales y seguras NO afecta la fertilidad futura (L., Espinoza, H. and Langer, A. 2004)
- El aborto NO se asocia con riesgo aumentado de cáncer de mama (National Cancer Institute, United States National Institutes of Health. 2003. Summary report: early reproductive events and breast cancer workshop ; Rosenblatt, K. A., Gao, D. L., Ray, R. M., Rowland, M. R., Nelson, Z. C., Wernli, K. J., Li, W. and Thomas, D. B. Induced abortions and the risk of all cancers combined and site-specific cancers in Shanghai *Cancer Causes Control*, 17, 2006: 1275-80.)

3.4.2.3 Las restricciones legales y el aborto

La evidencia epidemiológica es contundente: la decisión de las mujeres de recurrir a un aborto inducido NO depende de las restricciones legales existentes.

Organismos internacionales estiman que, para el año 2003, se realizan 42 millones de abortos inducidos en el mundo (Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007 Oct, pg. 1338-45, vol 370):

- 26 mujeres por cada mil en promedio recurrieron a un aborto inducido en países desarrollados (con leyes muy liberales en su mayoría), comparadas con 29 por mil en países en desarrollo (muchos de ellos con leyes muy restrictivas).
- Las tasas mas bajas (menos de 10 por mil) se registraron en países de Europa Occidental, donde las leyes permiten el aborto a simple demanda de la mujer.
- La disminución observada entre 1995 y 2003 en las tasas de aborto inducidos fue mucho mayor en los países desarrollados, donde los abortos son seguros y legales,

que en los países en desarrollo (donde más de la mitad de los abortos son inseguros e ilegales).

Mientras el contexto legal NO afecta el número de abortos inducidos, SI impacta significativamente en la seguridad del procedimiento: el riesgo de enfrentar complicaciones y muertes está fuertemente relacionado con el marco legal de cada país. Como ya mencionamos, la letalidad de un aborto inseguro en países pobres llega a ser varios cientos de veces más elevada que la de un aborto legal en países ricos (Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003 - Fifth edition. WHO, Geneva 2007).

Si bien la pobreza, el acceso a servicios de salud y a una buena atención obstétrica de emergencia también influyen, la criminalización del aborto y el estigma social que ésta implica, son los factores determinantes. Aún en los mismos países desarrollados, la letalidad de un procedimiento inducido legalmente es decenas de veces menor a la de un aborto inseguro e ilegal (Grimes DA, Benson J, Singh S et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet 2006, 368: 1908-19.).

A lo largo de los años recientes, se ha documentado cómo la legalización del aborto ha traído consigo una significativa reducción de la mortalidad materna y de las complicaciones asociadas al aborto, de manera independiente de la mejoría de la atención obstétrica en su conjunto. En la literatura mencionada, se pueden revisar los casos de Rumania, Sudáfrica, Guayana y de Carolina del Norte, entre otros.

3.4.2.4 Las razones del aborto

La pregunta lógica en el debate social sobre el aborto es por qué las mujeres recurren al aborto inducido. La respuesta es simple: porque hay embarazos no deseados. Pero todas las medidas preventivas no eliminarán por completo los embarazos no deseados, y por ende el recurso al aborto, debido a:

- 1) la violencia sexual;
- 2) la falta de protección anticonceptiva en las relaciones sexuales;
- 3) las fallas en los métodos anticonceptivos y
- 4) varias y complejas circunstancias personales y socio-culturales.

1) En México, en una encuesta realizada en el año 2003, entre cuatro y seis de cada 100 mujeres declararon haber sido víctimas de violación alguna vez en la vida; 65 por ciento entre los 10 y 20 años, en pleno comienzo de su etapa reproductiva (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2003). Se ha estimado que suceden al año 120 mil violaciones en el país (Estimaciones del Centro Nacional de Equidad de Género, Secretaría de Salud. Comunicación personal.). Por otro lado, se presume que sólo 10 por ciento de las mujeres violadas llegan a presentar una denuncia, y de ellas sólo una minoría lo hace dentro de las primeras horas, lo que permitiría la administración de anticoncepción de emergencia para evitar un posible embarazo.

2) La protección anticonceptiva en las relaciones sexuales no es una responsabilidad exclusivamente individual, se constituye en una responsabilidad colectiva, del estado y de las instituciones, que deben de garantizar políticas adecuadas de Planificación Familiar, provisión de métodos anticonceptivos a toda la población, pero en especial a la más marginada (adolescentes y jóvenes, población indígena y rural, y con bajo nivel socioeconómico y educativo). En México, en la actualidad, se estima que sólo cuatro de cada 10 adolescentes en unión usa anticonceptivos; sólo seis de cada 10 mujeres sin escolaridad y sólo cinco de cada 10 mujeres indígenas (Secretaría de Salud. Tabulados Básicos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003.).

3) Aun las mujeres que usan un anticonceptivo pueden quedar embarazadas por alguna falla en el método. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula

que cada año alrededor del mundo suceden 26.5 millones de embarazos como consecuencia de fallas anticonceptivas (Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud, Ginebra 2003).

- 4) Finalmente, las mujeres en todo el mundo interrumpen sus embarazos por una variedad de motivos personales, difíciles de clasificar. Muy pocos de estos motivos están ligados a las causales incluidas en la legislación de la Ciudad de México vigente antes del Decreto en cuestión (como son violación, riesgo para la vida o la salud, o malformaciones graves del producto). En la gran mayoría de los casos, las mujeres recurren al aborto por problemas que afectan la calidad y el proyecto de sus vidas.

3.4.2.5 La prevención del aborto

Sin lugar a dudas, la forma más efectiva de prevenir los abortos es evitar los embarazos no deseados a través de un mayor uso de métodos anticonceptivos.

Existe una relación directa entre los ideales reproductivos (el número de hijos que desean las mujeres y las parejas), su cobertura anticonceptiva —es decir, el porcentaje que usa regularmente un método de planificación familiar— y el aborto inducido. De hecho, la reducción más importante observada en los últimos años en algunos países del mundo, dependió de un aumento significativo en el uso de métodos anticonceptivos modernos (Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Áhman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007 Oct, pg. 1338-45, vol 370).

Se ha calculado matemáticamente que para prevenir 1.6 abortos inducidos por mujer, se requiere aumentar 10 puntos porcentuales la cobertura anticonceptiva en una determinada población (Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in

reducing abortion, *Stud Fam Plann* 2000; 31: 193-202). Sin embargo, la cobertura anticonceptiva en nuestro país, a nivel nacional, sólo ha subido poco más de dos puntos porcentuales a lo largo de la última década (Secretaría de Salud. Tabulados Básicos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003).

En este sentido, el nuevo marco legal que modifica el Código Penal y despenaliza el aborto en el primer trimestre del embarazo, también adiciona la Ley de Salud del Distrito Federal, estableciendo la obligación gubernamental de establecer políticas integrales de prevención que tengan como propósito principal reducir el índice de abortos.

Esto sólo se logrará, como bien afirma el texto del Decreto, reforzando de manera integral la atención a la salud sexual y reproductiva, como un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos; fortaleciendo las medidas de prevención de los embarazos no planeados y no deseados, y por ende de los abortos inducidos, a través de programas y servicios de educación sexual, de planificación familiar y anticoncepción, fomentando la maternidad y la paternidad responsables, en el pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas.

El análisis de la legislación del aborto es central en el tema, pues es precisamente su situación de ilegalidad lo que a lo largo de la historia ha dado origen a múltiples e intensos debates y controversias nacionales e internacionales y entre diversos actores sociales, como son la Iglesia, Pro-vida, médicos, juristas, políticos y diversos representantes de la sociedad civil; discusiones por ejemplo: ¿si desde la concepción podemos hablar de un ser humano?, ¿a que tiempo podemos hablar de la viabilidad del producto convirtiéndose en ser humano?. El aborto abarca áreas como la medicina, la ética, la religión y por supuesto la salud.

3.4.2.6 Marco Jurídico del Aborto

A continuación se enlistan conceptos que tienen un estrecho vínculo con la figura jurídica del aborto. La fuente para la siguiente información es Código Penal para el Distrito Federal.

3.4.2.6.1 Proceso de Gestación

En términos científicos la gestación se usa cuando una mujer lleva y sustenta a un embrión o feto dentro de su vientre hasta el momento del parto. La duración denominada período gestacional, es el tiempo que dura el feto en el desarrollo intrauterino.

3.4.2.6.2 La Fecundación

Un óvulo o gameto femenino es expulsado por uno de los dos ovarios en cada ciclo, unos 14 días antes de la aparición de la regla. Este óvulo contiene 23 cromosomas, es decir, la mitad del número de cromosomas de las demás células del cuerpo; uno de estos cromosomas es el cromosoma X o cromosoma sexual, del que son portadores todos los óvulos. Los espermatozoides o gametos masculinos son innumerables; habitualmente más de 100 millones por eyaculación; cada uno posee 23 cromosomas, cuyo cromosoma sexual puede ser X o Y. Después de su expulsión el óvulo es captado por la trompa uterina.

No puede ser validamente fecundado más que durante un lapso de tiempo bastante corto, de 12 horas como máximo. Los espermatozoides depositados en el fondo de la vagina van a través del útero hasta el extremo de la trompa uterina, donde únicamente uno de ellos fecundará el óvulo. Esta fertilización del óvulo se produce habitualmente en la unión de un tercio extremo y el tercio medio de la trompa.

3.4.2.6.3 La Migración

Después de la fecundación, el huevo efectúa una migración en la trompa uterina, que le lleva, al cabo de 3 días, al útero. Durante este trayecto el huevo se segmenta; a su llegada a la cavidad uterina, está formado por un conglomerado de varias decenas de células que le dan el aspecto de una mora; es el estadio mórula.

3.4.2.6.4 Vía libre en el útero

Durante tres días, el huevo va a flotar libremente en las secreciones líquidas de la matriz, en este tiempo se transforma en una vesícula: la blástula; esta constituida por un envoltorio periférico, cuyas células participan después en la implantación del huevo en la matriz y en la formación de la placenta, por una cavidad central llena de líquido en cuya cima se encuentra la yema embrionaria constituida solamente por algunas células.

3.4.2.6.5 La anidación

Por lo tanto, hasta 6 ó 7 días después de la fecundación el huevo no se pega a la mucosa uterina. Es el fenómeno de la anidación, esto es posible si esta mucosa uterina, no ha sido preparada. Después de salir el óvulo, se forma en el ovario una glándula transitoria o cuerpo amarillo, que segrega una hormona, la progesterona, responsable de la preparación.

En el momento en que el huevo se pega a la mucosa del útero, señala su presencia segregando a su vez una hormona, la gonadotropina coriónica, que estimula la actividad del cuerpo amarillo. Se puede dosificar esta hormona en la sangre y dar así un diagnóstico formal de la concepción, 5 ó 6 días antes de la fecha presumida de las reglas.

Debe existir una correspondencia cronológica extremadamente estrecha entre el desarrollo del huevo y las transformaciones de la mucosa uterina, so pena de

anomalías en el proceso de anidación, susceptibles de conducir al fracaso rápido del embarazo.

3.4.2.6.6 Desarrollo del feto

Mes	Desarrollo de Feto (5)
1	Mide 4 mm y pesa 1 g. Desarrollo incipiente de la cabeza. El corazón ya late.
2	Mide 3 cm y pesa 3 g. Desarrollo de brazos y piernas, así como del cerebro y órganos internos.
3	Mide 10 cm y pesa 45 g. Desarrollo de los párpados y movimiento de las extremidades.
4	Mide 15 cm y pesa 180 g. Se cubre de lanugo. El intestino comienza a llenarse de meconio. La piel es todavía muy fina, casi transparente.
5	Mide 18 cm y pesa 500 g. Crece el pelo de la cabeza, pestañas y cejas. Desarrollo del sistema inmunitario.
6	Mide 25 cm y pesa 1000 g. La cara ya está completamente formada. La piel se cubre de un material graso llamado vérmix caseoso. Abre los ojos y se mueve mucho.
7	Mide 30 cm y pesa 1500 g. Comienzan a moverse los pulmones. Aumenta la grasa subcutánea y ya no cabe bien en el útero.
8	Mide 35 cm y pesa 2500 g. Generalmente se pone boca abajo (posición cefálica) Se engrosa la piel, adquiriendo el tono rosáceo que tendrá definitivamente.
9	Mide 50 cm y pesa 3000 g. Los pulmones ya están completamente formados para la vida exterior. Se cae el lanugo y la piel se estira

3.4.3 Despenalización del aborto en México

En forma general, podemos mencionar que la palabra aborto proviene del latín *abortus*, que a su vez deriva del término *aborior*. Este concepto se utilizaba para referir a lo opuesto a *orior*, o sea, lo contrario a nacer.

El aborto era concebido por los legisladores del Distrito Federal, como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Sin embargo, el concepto aplicado ahora en el Distrito Federal ha cambiado: El 24 de abril de 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó las reformas a la ley que despenaliza el aborto hasta la semana 12 de gestación y publica el Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal adicionando la Ley De Salud en sus artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal, quedando asentados los conceptos como sigue:

Artículo 144. Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación.

Para los efectos de este código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

Artículo 145. Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

Al que hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión.

Artículo 146. Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada.

Pare efectos de este artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión.

Artículo 147. Si el aborto o aborto forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta

ARTÍCULO 148. Se consideran como excluyentes de responsabilidad penal en el delito de aborto:

- I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 150 de este código;
- II. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora;
- III. Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada; o
- IV. Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

En los casos contemplados en las fracciones I, II y III, los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.

3.4.4 Procedimientos para la interrupción del embarazo bajo control sanitario (*)

La técnica utilizada para realizar la interrupción legal del embarazo podrá ser médica o quirúrgica, de acuerdo con el criterio del médico gineco-obstetra o del personal encargado de realizar el procedimiento; la elección depende del tiempo de gestación o desarrollo del embrión o feto, de la salud de la madre, del contexto socioeconómico en el que se tome la decisión y se realice el acto, especialmente el acceso a los servicios médicos, entre otros factores.

(*) Legislación Internacional y Derecho Comparado sobre el Aborto. Lic. Alma Arámbula Reyes Investigadora Parlamentaria. Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Política Exterior. Cámara de Diputados LV Legislatura. Centro de Documentación, Información y Análisis

3.4.4.1 Método quirúrgico para la interrupción del embarazo

La interrupción del embarazo en mujeres que tienen un embarazo de 9 a 12 semanas de gestación es con un método quirúrgico.

- a) Por aspiración y se succiona el contenido de la matriz. Este método es sencillo y seguro para la mujer. Para la aspiración se usa anestesia local y no es necesario internarse en el hospital. Consiste en la remoción del feto o del embrión a través de succión, usando una jeringa manual.

La aspiración manual se denomina también minisucción o extracción menstrual. Se recomienda solo durante las primeras semanas y no requiere dilatación cervical.

- b) El legrado es otro método quirúrgico menos usado. Es un procedimiento seguro, sencillo y se utilizan instrumentos para quitar el contenido de la matriz. Método de dilatación y raspado que requiere de anestesia o bloqueo y normalmente es necesario internarse en el hospital por unas horas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que este método no se use salvo cuando la aspiración manual no es factible, y de hecho su uso es poco frecuente.

3.4.4.2 Método con medicamentos para la interrupción del embarazo

Consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto, todo ello inducido por un fármaco o una combinación de ellos. Es deseable en las primeras semanas del embarazo

En la Secretaría de Salud del Distrito Federal generalmente se usa el procedimiento con medicamentos para interrumpir embarazos hasta las 9 semanas de gestación. El procedimiento ve reducida su efectividad después de la séptima semana de desarrollo.

Este tipo de procedimiento suele ser el preferido cuando es posible, porque no requiere anestesia ni tampoco una intervención quirúrgica (el uso de instrumentos), siendo los mayores inconvenientes el sangrado y que la mujer puede observar el proceso y el embrión expulsado, lo que es psicológicamente doloroso para aquellas mujeres que dudan de la moralidad o de la conveniencia del acto.

A pesar de su relativa sencillez, el proceso requiere una vigilancia médica continuada para asegurar el éxito, para prevenir posibles complicaciones, y también a menudo porque la evacuación es incompleta y requiere la intervención final de un médico.

Los medicamentos que se usan son la **mifepristona** junto con el **misoprostol** o solamente el **misoprostol**. Estos medicamentos son eficaces y seguros.

En la interrupción de un embarazo con medicamentos no es necesario que la mujer se interne en el hospital.

Contraindicaciones del misoprostol o la mifepristona:

En embarazos de más de 9 semanas

En un embarazo fuera de la matriz (ectópico). Esto se confirma cuando te hagan el ultrasonido (aún en sospecha).

Si se es alérgica al misoprostol

Cuando existen trastornos de coagulación sanguínea

3.4.4.3 Riesgos físicos durante la interrupción del embarazo

A pesar de ser métodos poco agresivos y que causan generalmente sólo molestias físicas llevaderas con analgésicos y reposo, existen en forma remota posibles riesgos en estos métodos.

- El aborto mediante la administración de misoprostol puede conllevar una grave infección bacteriológica, sepsis sanguínea y sangrado prolongado y abundante
- El aborto mediante extracción menstrual, que se practica solo en las primeras siete semanas del embarazo, es un método que no discrimina entre que la paciente esté embarazada o no, actuando en ambos casos. Además, puede realizarse solo una aspiración incompleta, que conllevará una posterior infección.
- El aborto por succión, legrado, o aspiración, puede causar infección, trauma de cérvix, peritonitis, endometritis, laceración o perforación del útero, hemorragia, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, etcétera.

3.4.5 Descripción del proyecto “Interrupción Legal del Embarazo (ILE)”

Dentro de las modificaciones aprobadas en abril de 2007, se estableció la obligación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para otorgar consejería a aquellas personas que requirieran algún tipo de apoyo psicológico o información relacionada con la Interrupción Legal del Embarazo y para facilitar el acceso a los servicios en esta materia. Para otorgar orientación oportuna, en mayo de 2007, se puso en servicio una línea telefónica denominada ILETEL, que sirve de enlace entre las usuarias y el hospital donde acuden para ser atendidos.

Desde su inicio este proyecto se ha caracterizado por proporcionar información actualizada, vía telefónica, sobre los diferentes procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo, brindando al mismo tiempo apoyo para la solución de problemas, acompañamiento, escucha, intervención en crisis y orientación por los efectos secundarios de los medicamentos; convirtiéndose así en un espacio resolutivo para quienes soliciten el servicio.

Los orientadores telefónicos proporcionan información sobre cuáles son los requisitos para la Interrupción del Embarazo en la Ciudad de México, cuántos procedimientos existen y en qué consisten y se les canaliza al hospital que convenga más a su situación: edad, lugar de residencia, semanas de gestación, estado general de salud, etc.

El formato usual de información utilizado por el orientador (o en forma similar), el siguiente:

Si has decidido interrumpir tu embarazo, tienes 12 semanas para hacerlo. Con las reformas legislativas recién aprobadas, la interrupción del embarazo es un servicio médico gratuito al que tienes derecho.

Deberás seguir los siguientes pasos:

1. Acude a solicitar el servicio al Módulo de Atención Ciudadana o al área de Admisión de alguno de los hospitales designados, con la siguiente documentación:

- a. Copia de tu identificación oficial (credencial de lector o pasaporte).
 - b. Comprobante de domicilio
 - c. Si los tienes, estudios o análisis que te hayas realizado y que demuestren el tiempo de embarazo que tienes. En caso de que no los tengas, el hospital al que acudas deberá realizártelos.
2. Si eres menor de edad, deberás ir acompañada de tu padre, madre, tutor o representante legal, quienes también deberán llevar una identificación.
 3. Si eres mayor de edad, también se aconseja ir acompañada de una persona mayor de edad con identificación oficial.
 4. El personal del hospital deberá informarte sobre las opciones que tienes y sobre los procedimientos que serán utilizados. Esta información no deberá tener por objeto inducir o retrasar tu decisión. Es muy importante que preguntes todas tus dudas. El personal de salud deberá brindarte información sobre las opciones anticonceptivas y ayudarte a decidir cuál es el mejor método para ti. Esta información es muy importante pues es parte integral de la atención a tu salud reproductiva.
 5. Después de recibir toda la información, deberás firmar un formato de "Consentimiento informado para la Interrupción Legal del Embarazo".
 6. La realización del procedimiento dependerá del número de interrupciones programadas previamente en cada hospital y de las semanas de gestación de la usuaria según el ultrasonido. (Todos los casos que no rebasan las 12 semanas de gestación al momento de la primera consulta serán atendidos).
 7. Por tu bienestar, es importante que el día que te realicen el procedimiento, acudas acompañada por alguna persona a la que deberás señalar como la única a la que podrán proporcionarle información sobre tu recuperación.

Es importante que sepas que todas las personas que intervienen en la atención de la interrupción legal del embarazo deben tratarte con respeto y dignidad y en todo momento están obligados a proteger tu confidencialidad.

Recuerda que la ley también reconoce tu derecho a interrumpir un embarazo después de las 12 semanas si:

- El embarazo es resultado de una violación

- El embarazo pone en riesgo tu salud o tu vida
- El producto presenta malformaciones genéticas o congénitas graves”

Además, de ser necesario brindamos apoyo psicológico en todas las etapas del procedimiento, es decir, antes de la intervención, durante el proceso si éste es con medicamentos (con frecuencia llaman en crisis por el dolor, el sangrado o los efectos secundarios de los fármacos) o después, si existe alguna secuela emocional (duelo, culpa, depresión) o complicación médica.

También otorgamos apoyo en caso de que después de la Interrupción del embarazo tengas dudas, necesites de un espacio de escucha o necesite orientación o apoyo psicológico. La finalidad es que te sientas bien de manera integral. La información es confidencial.

Al igual que en otros campos de aplicación, la preparación académica que debe tener el orientador en la intervención de emergencia es fundamental para lograr los objetivos que se trazaron. No podemos confiar en nuestra buena voluntad o nuestra intención de altruista para dar la respuesta u orientación adecuada a quien en el otro lado de la línea lo está buscando, en ocasiones, desesperadamente. Las bases teóricas como las técnicas adecuadas son nuestra herramienta básica; en el siguiente capítulo revisaremos las técnicas y estrategias que en el día a día de las intervenciones se utilizan, ya sea de manera única o en una combinación de ellas. La experiencia y la supervisión ayudarán en definir el criterio de aplicación para cada situación específica.

IV ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

La variedad de técnicas y estrategias psicológicas de intervención es, afortunadamente, muy amplia y que nos permite en esta profesión echar mano de muchos recursos para proporcionar un mejor bienestar psicológico al usuario.

Veamos a continuación las técnicas recomendadas para los fines propuestos en Medicina a Distancia; por supuesto, existen otras más y que, siempre cumpliendo con el propósito final, se podrían aplicar.

4.1 Psico-educación

4.1.1 Conceptos generales

Los programas de cumplimiento terapéutico estuvieron sujetos al procedimiento de la *educación para la salud*, definida como:

"La oportunidad de aprendizaje destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad."(Builes-Correa, 2006).

Esta definición contempla el conocimiento que requieren las personas para *la comprensión de la enfermedad y la modificación de conductas*.

Psico-educar es algo más que impartir o recibir un cúmulo de conocimientos en torno a la salud mental. Es una tarea, responsabilidad y compromiso en la prevención y promoción de la salud.

La psico-educación surgió primero en la psicología y posteriormente lo retomó la psiquiatría para el trabajo con pacientes esquizofrénicos y sus familiares donde se contemplaban los siguientes aspectos (Caplan, G., 1964):

- Favorecer el desarrollo de habilidades potenciales
- Hacer hincapié en la necesidad de informar sobre la etiología, curso, síntomas y tratamiento de la enfermedad.
- Explicar y estandarizar la intervención y entrenar en la solución de problemas asociados a la patología.

La psico-educación no se limita únicamente a pacientes psiquiátricos y sus familiares, sino a todo tipo de trastorno mental y orgánico crónico. Considera como elementos básicos las habilidades sociales y emocionales del re-aprendizaje del paciente, donde el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares, donde se evita abrumar al paciente con demasiada información, por lo que la información que se le esté proporcionando tanto al paciente como a sus familiares debe ser clara, sencilla y concreta (Puente-Silva, F, 1984).

El conocimiento detallado de la enfermedad puede estresar al paciente y/o a los miembros de la familia; por ello, se debe considerar:

- Grado de entendimiento del paciente.
- La cantidad de conocimiento que puede asumir y procesar en su condición actual.
- Valorar la habilidad que tiene para concentrarse.
- El nivel máximo de estrés emocional que el paciente pueda sobrellevar.

4.1.2 Objetivos de la psico-educación

Los objetivos de la psico-educación a nivel individual, familiar o grupal son:

- a. Promover su compromiso con el cuidado de la salud.
- b. Promover la búsqueda de comportamientos saludables.
- c. Promover su protagonismo en el proceso de la salud.

La psico-educación es un coadyuvante en el tratamiento de los diferentes padecimientos. Su eficacia en el tratamiento, tanto de los trastornos mentales, como de

enfermedades crónicas-degenerativas es debido a que permiten mejorar la comprensión de los individuos respecto a la necesidad de eliminar riesgos, seguir tratamientos en caso de enfermedad y procurar salud (Pomeroy, E., Kiam, R., 2000).

A partir de las aportaciones de la psico-educación, la OMS (1998) retoma algunos puntos para complementar la definición de Educación para la Salud, en donde no solamente aborda la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La educación para la salud, incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que refiere a los factores de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información, desarrollo de motivación y habilidades personales.

4.2 Intervención en crisis

4.2.1 Conceptos generales

La crisis va a aparecer en la vida de una persona cuando un suceso amenaza con alterar su equilibrio personal, en sentido tanto favorable como adverso. Una persona que atraviesa por este estado se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de la vida. Slaikeu (1984)

Todo profesional de la salud necesita del conocimiento teórico y práctico para intervenir en una crisis psicológica con el objetivo de auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un evento traumático, minimizando la probabilidad de efectos negativos y maximizando la posibilidad de recuperar el funcionamiento que tenía previo al incidente que desató la crisis.

Antes de la intervención es necesario elaborar una breve historia acerca del desarrollo a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que sigue a un incidente precipitante particular.

El modelo de intervención a seguir es el planteado por Slaikeu, el cual fue revisado en el capítulo 3 por lo que nos enfocaremos en el sentido práctico.

La valoración de funcionamiento CASIC de la persona se refiere a las características sobresalientes de la vida conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva del paciente (Slaikeu, M. A., 1999; Egozcue, M., 2006). El objetivo es determinar el impacto del suceso precipitante en las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo inmediatamente después de la crisis que incluye:

- Conductual
- Afectiva
- Somática
- Interpersonal
- Cognoscitiva

4.2.2 Fases de una intervención en crisis

Cada crisis es diferente, sin embargo, requiere una intervención para ofrecer ayuda inmediata para aquellas personas que necesitan restablecer su equilibrio emocional.

Las intervenciones deben reconocer **dos fases** que son importantes para determinar una eventual solución a la crisis (García, J., 2006):

- ❖ La intervención de primera instancia: (primeros auxilios psicológicos): implica la asistencia inmediata y pretende proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda que pueden llegar. Su duración consta de unos cuantos minutos y puede prolongarse hasta varias horas teniendo lugar en todo tipo de ambiente comunitario: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, el trabajo, líneas telefónicas de emergencia, etc.

La primera ayuda psicológica consta de varios pasos

1. Hacer el contacto psicológico

Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja.

El principal vehículo para lograr el contacto con un paciente es la voz del consejero, que no solo incluye lo que dice, sino cómo lo dice.

a. El tono de voz del consejero necesita ser calmado y alentador, para que el paciente en crisis se sienta comprendido, aceptado, o para que un aire de calma remplace al de trastorno y confusión que provoca el estado de crisis. Los consejeros entrenados para este servicio deben escuchar sus voces grabadas y recibir retroalimentación de otros compañeros sobre el impacto del tono de voz, velocidad, etc.

b. Los consejeros entrenados deben aprender a responder con habla atenta, calmada y controlada para no involucrarse en el pánico.

c. Prestar atención al diferente papel que juega el silencio ya que no vemos los indicios no verbales, como gestos faciales y movimiento corporal. El silencio en el teléfono es mucho más ambiguo para el consejero y para el usuario. El silencio puede significar que el usuario piensa productivamente sobre lo que se le ha dicho, o que no sabe qué decir o cómo decirlo.

Se puede ayudar a los usuarios a reacios a hablar con expresiones breves, reflexivas, empáticas del trabajador, que demuestren el cuidado y deseo de entender la situación.

Por ejemplo:

"Debe ser difícil expresar en palabras algunos sentimientos".

"Puedo imaginar qué tan impactante debe ser para usted".

"Tómese su tiempo, y hable cuando este listo"

Así mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que pasó y la reacción de la persona ante el acontecimiento, establecer lineamientos reflexivos.

Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico. El primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad. (Dass-Brailsford, P., 2007).

2. Examinar las dimensiones del problema

La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato.

- El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis.
- La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc.
- El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia.

El consejero debe confiar en la descripción narrativa del problema que hace el usuario registrando cada parte según las categorías (pasado inmediato, estado presente del funcionamiento CASIC, mortalidad, capacidades y debilidades, recursos, decisiones inminentes, etc.) (Haaga, D. A. F., Davison, G. C., 1991).

Una táctica útil es formular preguntas abiertas finales como: ¿Qué sucedió recientemente que le hace las cosas difíciles ahora? o "Cuénteme más sobre lo que le está afectando recientemente", estas y otras preguntas como quién, qué, dónde, por qué, cuándo, y cómo, pueden formularse sin que parezcan amenaza y tener el potencial de tener información sobre las dimensiones del problema del usuario.

Una de las ventajas de la consejería telefónica es que, puesto que el usuario no puede observar a los consejeros, ellos pueden tomar nota del proceso de la conversación y pueden usarse como guía para cubrir áreas importantes de la consejería.

3. Explorar las posibles soluciones

Se refiere a la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa.

Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades.

Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

El hecho que una persona llame a la línea telefónica de urgencia o al servicio de consejería telefónica, proporciona algún indicio sobre las dificultades para llegar a las soluciones de la crisis. Los usuarios por lo general agotaron sus recursos personales y sociales.

Muchos momentos de la táctica telefónica del consejero consisten en conseguir que el usuario reconsidere una solución que haya sido probada solo a la ligera o rechazada inmediatamente.

El objetivo es generar tantas direcciones potenciales como sea posible a fin de actuar sobre las necesidades inmediatas identificadas al principio (Dass-Brailsford, P., 2007).

4. Ayudar a tomar una acción concreta (asistir en la ejecución de pasos concretos)

El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El orientador tomará una actitud facilitadora en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

Para ello se debe considerar si el usuario es capaz de actuar para su propio beneficio y si la mortalidad es baja, entonces el consejero consagra la energía hacia la ayuda para que el usuario tome la acción. Cuando la mortalidad es alta y el usuario es incapaz de actuar para su propio beneficio entonces el acceso del consejero telefónico a otros recursos comunitarios es crítico.

La acción directiva puede clasificarse desde la llamada del consejero a un miembro de la familia hasta tener un equipo móvil que visite al usuario en el hogar o enviar a una unidad de rescate cuando las consecuencias sean un intento suicida.

5. Seguimiento

Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación al determinar si se lograron o no las metas propuestas (Egozcue, M., 2006).

Los consejeros telefónicos deben lograr al menos conocer el nombre y su teléfono para permitir una subsiguiente llamada. Consideraciones importantes para los consejeros:

- a. Explicar a los usuarios las razones del seguimiento.
- b. Proteger la confidencialidad de los contactos telefónicos. Se pueden hacer las siguientes declaraciones.

Ejem: nosotros cuidaremos de usted, y queremos saber como se resuelven las cosas. ¿Podría yo llamarle nuevamente mañana por la tarde (o en algún otro momento después de acordar una medida de acción a realizar) o llamarme usted aquí al centro para que sepa como se resuelven las cosas?

Por ultimo, el seguimiento sirve para beneficio del usuario y también puede ser una ayuda moral y motivante para los trabajadores telefónicos, en forma de retroalimentación sobre como se ha recibido su ayuda.

- ❖ La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis: proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y se encamina a la resolución de la crisis, asistir a la persona, de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. Esta es una ayuda que puede durar semanas o meses y son los psicoterapeutas y orientadores como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros pastorales, enfermeras psiquiátricas, los que la brindan. Su incidencia se establece en clínicas, centros de salud mental. Su meta principal es resolver la crisis e integrarlo a la vida cotidiana con el propósito de establecer una apertura para encarar el futuro.

4.2.3 Principios técnicos en una intervención psicológica en crisis:

- a. Realizar una evaluación en los aspectos críticos de la respuesta ante la crisis. Una decisión inadecuada en respuesta a una crisis puede ser potencialmente letal.
- b. La habilidad de pensar rápidamente y con creatividad es crucial. Las personas frente a una crisis desarrollan *visión de túnel* o incapacidad de observar otras posibilidades. En estos casos, el psicólogo debe mantener una mente abierta para ayudar a la persona a explorar otras opciones y resolver los problemas con empoderamiento.

- c. El psicólogo debe tener la habilidad de mantener el control y la calma; requiere la habilidad de ser empáticos mientras se evita el involucramiento subjetivo de la crisis.
- d. La intervención en crisis se encuentra en la modalidad de programas breves e implica el establecimiento de objetivos específicos y la modificación de conductas específicas.
- e. La intervención en crisis no está orientada al proceso, está **enfocada a la acción y a la situación**. La intervención en crisis prepara al paciente al manejo de un evento específico. Los terapeutas ayudan al cliente a reconocer el impacto de un evento y anticipar las consecuencias emocionales y conductuales. Los clientes aprenden a identificar sus estrategias de enfrentamiento, recursos y apoyo social.
- f. Una crisis se caracteriza por la pérdida de control y seguridad. Esta pérdida requiere que se establezca el poder y el control en el ambiente interno y externo del paciente.
- g. La meta no es realizar preguntas de exploración sobre el pasado, sino el aquí y el ahora. La intervención en crisis requiere únicamente el apoyo conductual y emocional, donde simultáneamente se realiza una autodirección en la medida de lo posible.
- h. La intervención no intenta cambiar al paciente, pero funciona como catarsis para él y descubrir sus propios recursos, los cuales se pueden trabajar en otro proceso terapéutico.
- i. La meta de la intervención es restablecer inmediatamente las habilidades de enfrentamiento, proporcionar apoyo y restaurar el funcionamiento antes de la crisis.
- j. La intervención en crisis requiere conocer y trabajar en las **redes de apoyo** para encontrar un lugar seguro y apoyo tanto instrumental como emocional.
- k. El entrenamiento en intervención en crisis se basa en un modelo de consejería.

4.2.4 Principios para las personas que ofrecen soporte psicológico (García, J., 2006)

1) Necesitan cuidar de sí mismos – física y emocionalmente

Es fácil para los consejeros sentirse agobiados y agotados emocionalmente por este tipo de trabajo. Ellos son considerados víctimas secundarias del desastre, por lo cual necesitan tomarse en cuenta así mismos seriamente, alimentarse apropiadamente, y descansar cuando es necesario. Obviamente un terapeuta traumatizado y agobiado no puede ser útil a las personas que lo necesitan.

2) Necesitan pensar claramente

Es fácil perder la perspectiva y confundirse en una crisis. Los consejeros deben intentar calmarse, hacer una lista de prioridades para manejarse en cada caso, y deben discutir decisiones clínicas con sus colegas.

3) Necesitan establecer prioridades

En situaciones de crisis, a menudo las personas pierden su habilidad para evaluar lo que es importante y lo que no lo es.

Con cada caso será útil para los consejeros tener una lista como guía para facilitar su trabajo. Esta lista podría incluir información como: Nombre del paciente, edad, dirección (del lugar donde vivía antes de la catástrofe y del posible lugar adonde irá), teléfono (donde sea posible contactarlo), miembros de la familia, enfermedad física o lesión, horario de última comida, etc.

Es recomendable anexar a esta lista un espacio para anotar las metas concretas a establecerse con el paciente.

La seguridad del paciente, sus problemas médicos, alimento, sueño y un lugar para dormir deben ser considerados antes de comenzar cualquier tratamiento psicológico. Las personas no pueden superar su miedo hasta que el peligro real haya cesado. Muchas personas pueden presentar ansiedad o depresión debido a sus problemas médicos. Otros pueden presentar agitación debido a la falta de sueño. Si una persona no ha comido durante algún tiempo, puede presentar depresión, agitación o dificultad

para pensar. Es peligroso tratar estos tipos de problemas como problemas estrictamente psicológicos.

4) Necesitan trabajar en colaboración y buscar supervisión entre sí

El trabajo de crisis se realiza mejor en un sitio donde sea posible una intensa interacción interdisciplinaria entre colegas.

Semejante ambiente da la oportunidad para la supervisión mutua y consulta con médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y otros. Es fácil para los consejeros sentirse agobiados con la intensidad de la crisis y no poder pensar claramente.

5) Trabajar con pacientes en crisis no es igual que ver a los pacientes en una práctica privada o en una clínica

En intervención en crisis "el consultorio" puede ser un cuarto grande con muchas otras personas en él haciendo toda clase de cosas diferentes o podría no estar en absoluto en un edificio o casa. La confidencialidad no funciona de igual manera debido a la situación de emergencia y por la necesidad de apoyo que se requiere de otros. Las horas de consultorio durante una crisis no tienen nada que ver con el reloj. El consejero trabaja con las personas cuando éstas están en necesidad de ser atendidos. Las sesiones duran de acuerdo a las necesidades y a los recursos.

6) Deben ser flexibles en una intervención en crisis

Los consejeros necesitan dejar atrás el modelo de la práctica privada e incluso el modelo clínico. Necesitan ver la situación con claridad y tratar de ser tan creativos e innovadores como les sea posible. Necesitarán improvisar con su espacio, tiempo, materiales y recursos así como colaborar estrechamente con otros. Deberán evaluar su tarea y escoger metas en función de la situación. Necesitarán ser perdonados por otros y por ellos mismos si perdieran su calma. Y, si fuera posible, sería altamente deseable que pudieran mantener su sentido de humor.

4.2.5 Sugerencias para el consejero telefónico:

- a. Cuando atiendas una llamada, relájate y escucha
 - No hagas promesas que no puedas cumplir.
 - No te identifiques al principio como miembro de ninguna clase, raza, religión o partido político; después se verá la conveniencia de que lo hagas.
- b. Al principio tal vez te toque cargar el mayor peso de la conversación. La persona que llama puede estar nerviosa y puede no saber como empezar.
- c. Considera con seriedad todas las llamadas.
- d. Con frecuencia las personas que llaman tienen una desconfianza profunda en los demás, especialmente si sienten que serán criticados, necesitamos hacerles sentir que pueden confiar en nosotros, y que lo consideramos una persona digna de respeto.
- e. No siempre será evidente que la persona se encuentra en problemas. No indagues demasiado ni te precipites en obtener información de áreas que a la persona esta escondiendo.
- f. Recalca el hecho de que la persona es quien llamo y que por lo tanto puede terminar la llamada cuando quiera.
- g. No preguntes su nombre sino hasta que hallas establecido el contacto afectivo o hasta que la persona te lo diga espontáneamente. Algunos no utilizan su verdadero nombre. Asegúrale a la persona que si te quiere dar su nombre verdadero, este y todos los datos que quiera proporcionar serán tratados con absoluta confidencialidad.

4.3 Psicoterapia Breve

4.3.1 Antecedentes

La Terapia Breve surge para cubrir la necesidad de técnicas más útiles debido a la gran demanda producida después de la 2ª Guerra Mundial. En EEUU el regreso de personal militar produjo un fuerte aumento de la demanda de servicios de salud mental que no podrían ser atendidos por un sistema dominado por la tendencia de tratamientos de larga duración (Bellak. L., 1987).

La ley del mercado hace que los profesionales de la psicología se adapten a esa necesidad de tratamientos breves, ya que la competitividad va hacer que permanezca el más eficaz.

4.3.2 Fundamentos teóricos

Actualmente nos encontramos en un mundo de cambios vertiginosos e incluso dolorosos que han traído como consecuencia entre otras cosas, la pérdida de empleo, la falta de unión familiar, presiones económicas y la pérdida de valores, estos problemas aunados a los conflictos conductuales, depresivos y problemas en las relaciones de pareja, conflictos en el trabajo, adicciones, hábitos, problemas alimenticios, fobias, trastornos psicosomáticos, stress, insomnio y un sin fin de trastornos de índole psicológico demandan soluciones rápidas y adecuadas basadas en terapias breves y efectivas que eviten en la medida de lo posible los tratamientos tradicionales de larga duración (Slaikeu, K. ,1993).

4.3.3 Conceptos generales

La terapia breve es un modelo de terapia que busca solucionar los problemas de la manera más rápida y eficiente. Se limita a unas pocas sesiones de tratamiento en las cuales se utilizan técnicas específicas para la consecución de una meta terapéutica específica (Bellal L., Small L., (1980).

Si se utiliza en una situación de emergencia, hablamos de ella como una psicoterapia de emergencia. Puede ser aplicada a cualquier clase de problema emocional. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto "aquí y ahora".

En contraposición al psicoanálisis tradicional que su enfoque se basa en el pasado, la terapia breve acude al pasado únicamente en dos casos: cuando el paciente lo considera importante para solucionar su problemática ACTUAL, o cuando el terapeuta estime obtener recursos adicionales y útiles para ampliar la gama de posibles soluciones al problema planteado.

Si bien la terapia breve como lo indica su nombre, implica tratamientos mucho más cortos respecto a otras técnicas tradicionales, esto no significa que la terapia breve sea fácil. Su principal enfoque involucra cambiar de una forma e pensar lineal (causa-efecto) a uno sistémico (sistemas, subsistemas y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones.

Esta filosofía es la que permite a la terapia breve aplicarse adecuadamente tanto al tratamiento de familias, como de parejas, individuos, u otros sistemas de interacción humana.

La terapia breve es dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones, de igual forma se analizan los intentos de solución pasados, para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas a cada caso. Esto convierte al proceso de terapia en un esquema totalmente interactivo en donde se complementan las dos partes expertas: el experto en técnicas de terapia breve (el terapeuta) y el experto en su problemática (el paciente).

4.3.4 Objetivos de la Terapia Breve

La Psicoterapia breve es una terapia de tiempo limitado, y centrada en un **foco**. Estas son las dos características esenciales que la diferencian de otras terapias.

TIEMPO: Tradicionalmente se considera que la duración normal de una terapia dinámica breve es de 1 a 24 sesiones, aunque en casos excepcionales puede prolongarse. Más que el número de sesiones, lo que define la terapia breve es la actitud de tiempo limitado por parte del terapeuta y del paciente y la importancia de la relación coste-efectividad.

EL FOCO es un objetivo delimitado que mantiene centrados en la meta tanto al terapeuta como al cliente-paciente. Se define por mutuo acuerdo y sirve como brújula para que la terapia no se centre en la superficie, o se eternice buceando en las profundidades del yo. Además, resulta muy útil para valorar los avances conseguidos y para fijar adecuadamente el momento de finalización de la terapia, una vez conseguidos los objetivos previstos (Bellak. L., 1987).

EL OBJETIVO de esta terapia es ayudar al paciente a superar sus propios patrones problemáticos mediante nuevas experiencias y formas de entender la vida: Se trata de modificar la forma en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. No se centra en la reducción de síntomas (aunque por supuesto se produce) sino en el cambio de patrones y esquemas.

La Psicoterapia Breve promueve un mayor crecimiento y desarrollo de la mente al liberar las energías y aptitudes que hasta el momento permanecían ligadas a los conflictos. Una vez liberada, esta energía puede ser reutilizada para el adecuado y satisfactorio desenvolvimiento de la personalidad, para disfrutar de la vida de forma positiva y sostenible.

El terapeuta utiliza técnicas cognitivas, conductuales, emocionales y analíticas, entre otras, tratando de cambiar el modo en que el paciente piensa sobre sus problemas y los métodos que utiliza para resolverlos.

Existe un criterio diagnóstico y de pacientes que permite elegir y recomendar esta técnica como método preferencial a otras alternativas.

Para que la terapia resulte exitosa, es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuando ocurre, en donde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc. (Bellak, L., 1980).

Por ejemplo, el término "depresión" puede significar para una persona el conjunto de ciertas manifestaciones, tales como: la pérdida de apetito, insomnio y apatía; mientras que para otra persona el mismo término podría percibirse mediante otro grupo de manifestaciones distintas con el llorar continuamente, la distracción o la falta de decisión. Las metas de terapia se definen en relación a cambios concretos que se desean lograr, comenzando con cambios pequeños en los subsistemas los cuales acarrearán grandes y notorios cambios que repercuten en todo el sistema.

Tipos de psicoterapia breve

➤ Psicoterapia de Insight

1. Metas terapéuticas

- Primordial: lograr que el paciente obtenga una mayor comprensión de los motivos subyacentes a su problemática, favoreciendo de este modo el alivio sintomático.

- Secundarias: mejorar la autoestima del paciente, aumentar la conciencia de enfermedad.

2. Tipo de relación terapeuta - paciente:

Se establecerá una relación de indagación clarificadora. El terapeuta asumirá un rol de docente experto, activo, cálido y espontáneo para el diálogo fluido.

Encuadre frente a frente. Se evitarán los silencios prolongados en una relación positiva sublimada, con grado mínimo de disociación.

Rol de docente experto: implica énfasis en el aprendizaje del paciente, fomentar su independencia y rol activo. Hay un rol más realista, en la que existe gratificación moderada.

3. Recursos terapéuticos:

- ✓ Intervenciones no verbales: postura y gestos que reflejen calidez, acogida e interés en el paciente.
- ✓ Intervenciones verbales: preguntas, sugerencias, clarificaciones, señalamientos, recapitulaciones, confirmaciones y rectificaciones, metaintervenciones, confrontaciones, interpretaciones, etc.
- ✓ Otros recursos: imaginaria (disminuir defensas, mayor experiencia emocional, combatir defensas maníacas, relaciones inconclusas, duelos), tareas (ensayo de nuevas pautas de conducta, capacidad de autoobservación, cambio de visión), grabación de la sesión (relación con el terapeuta), lecturas, esquemas, etc.

4. Encuadre

- Duración del tratamiento: la frecuencia será de una a dos sesiones semanales, lo que posibilitará el trabajo de insight y la tarea de profundización, restringiendo la regresión y la dependencia. Se extenderá por un período entre 10 y 12 meses. Cada sesión tendrá una duración de 40 minutos.
- Contrato terapéutico: éste se efectuará en conjunto con el paciente determinándose frecuencia y periodicidad del tratamiento, metas terapéuticas,

reglas del funcionamiento paciente - terapeuta, posible recontrato, condiciones de evaluación de la terapia y seguimiento.

Las reglas de funcionamiento para el terapeuta serán proporcionar un punto de vista distinto a su problemática, favoreciendo activamente la indagación y clarificación de diferentes aspectos de la problemática y enfatizando el hecho que el éxito del tratamiento dependerá en gran medida del paciente. El terapeuta será un facilitador de este proceso. Las reglas de funcionamiento para el paciente serán el asistir a las sesiones, ser puntual y participar activamente en las sesiones, mostrando una disposición positiva en la profundización de su conflictiva.

La labor terapéutica se centrará en aspectos relacionados con la problemática real, con atención selectiva para el terapeuta y asociaciones intencionalmente guiadas para el paciente.

5. Estrategias terapéuticas

Durante las primeras sesiones se afianzará la relación terapéutica y la motivación del paciente a través de la explicitación de los beneficios de la terapia y conducta no verbal del terapeuta. Se fomentará la motivación del paciente señalando el rol activo que debe asumir en la terapia.

Se fomentará la capacidad de auto-observación del paciente, para lo cual se utilizarán preguntas y señalamientos de los distintos aspectos de su conflictiva, de modo que él vaya estableciendo asociaciones entre dichos aspectos. Se solicitará al inicio de la sesión que lleve a cabo recapitulaciones para apreciar el nivel de análisis entre sesiones.

Luego se centrará la labor terapéutica en aumentar la conciencia de enfermedad, para lo cual se utilizarán preguntas y confrontaciones. Posteriormente, se realizarán interpretaciones de ensayo para observar la aceptación de dichas intervenciones. A su vez, el terapeuta proporcionará explicaciones pedagógicas acerca del método del

tratamiento y características del funcionamiento mental, para lo que utilizará meta-intervenciones, cuyo propósito será promover un papel activo del paciente en el que pueda aportar datos en la dirección que asume en cada momento de la búsqueda, así como ensayar la formulación de sus propias intervenciones.

La estrategia fundamental consistirá en establecer una relación de indagación centrada en esclarecer las conexiones significativas entre la biografía, la transferencia de vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas. Esto es a través de señalamientos, clarificaciones e interpretaciones.

El último tercio del tratamiento se destinará a la elaboración de la separación paciente - terapeuta, a través de señalamientos de la situación de pérdida, junto a esto se realizarán intervenciones destinadas a lograr que el paciente se haga responsable por los logros alcanzados.

6. Posibles dificultades

- ✓ Entre las posibles se puede mencionar la dependencia, hostilidad, ambivalencia y pasividad de parte del paciente, identificación del terapeuta con los objetos primarios, idealización del terapeuta, familia que no acepte los cambios, resistencia al cambio y mecanismos de defensa, rigidez cognitiva, que el paciente entregue gran cantidad de información ajena al foco, dificultades económicas, disponibilidad de tiempo y lugar de residencia distante del paciente. Estas dificultades serán tomadas en cuenta durante el tratamiento, para evitar posibles efectos negativos.

7. Evaluación de resultados terapéuticos.

Los criterios que se utilizarán para evaluar los logros obtenidos con el tratamiento son los siguientes: insight de la problemática focal, resolución de la problemática focal, mejoría sintomática, conciencia de enfermedad, autoestima, proyectos a futuro y otras modificaciones (sexualidad, relaciones interpersonales, laborales, recreación, etc.).

4.4 Entrevista motivacional

4.4.1 Fundamentos teóricos

La entrevista motivacional (EM) surge como una herramienta para ayudar a las personas a trabajar la ambivalencia ante el cambio de conductas, especialmente en la adherencia terapéutica.

La EM se desarrolla a partir de la evolución de la terapia centrada en el cliente, propuesta por Rogers (1959), con una combinación entre estilos de consejería, empatía y métodos directivos para resolver la ambivalencia dirigida al cambio. Estrategia que retoma los conceptos de la teoría de Bem (1972), que menciona que las personas tienden a comprometerse más cuando escuchan sus propios argumentos para el cambio.

La entrevista busca las “frases auto-motivadoras”, debido a esto se caracteriza como una terapia sistemática y con metodología colaborativa para ayudar a las personas a explorar sus propios motivos y valores sobre sus status quo y la necesidad del cambio (Miller, W. R., Rollnick, S., 1999).

La EM es útil principalmente en pacientes menos motivados al cambio, enojados o ambivalentes al cambio. Para esta población, las estrategias orientadas a la acción, como la terapia conductual, únicamente provocaría resistencia, debido a que no considera la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente.

Para explicar esto el modelo transteórico señala que la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra.

Uno de los objetivos planteados en la adherencia terapéutica es el de motivar al paciente al autocuidado.

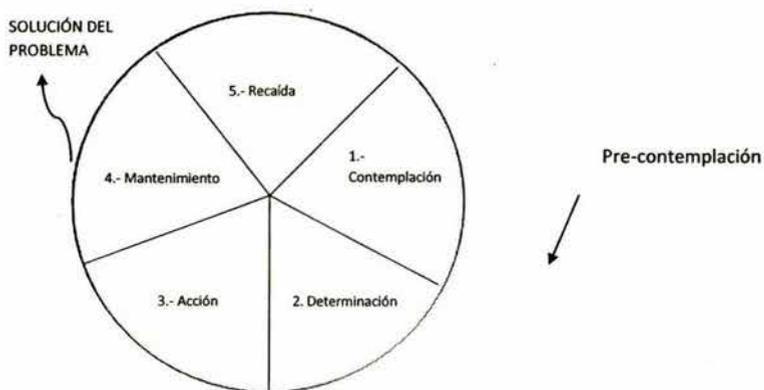
El marco teórico expuesto con la finalidad de que el paciente cambie y de que tengamos las herramientas suficientes para motivarlo a ello es la teoría expuesta por Prochaska llamada "rueda del cambio" (Prochaska, J. O., DiClemente, C C. 1992).

Este modelo es un proceso circular donde el paciente puede recorrerlo varias veces antes de lograr el cambio definitivo. En la experiencia del autor un paciente promedio recorre este círculos de 3 a 4 veces.

4.4.2 Etapas en el proceso de cambio

El proceso consta de 5 etapas y una más externa al proceso que funge como preparación de la persona.

RUEDA DEL CAMBIO DE PROCHASKA



En la etapa externa o de PRECONTEMPLACIÓN, la persona aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida.

Una vez que existe conciencia del problema, la persona entra en un período de ambivalencia llamado fase de CONTEMPLACIÓN donde la persona considera y rechaza el cambio a la vez; el paciente sabe del problema pero no le da importancia. Aquí, la tarea del terapeuta es ayudar a que la balanza se vaya a favor del cambio. Dejar que el paciente hable.

Una vez decidido el cambio, el paciente entra en la fase de DETERMINACIÓN donde el paciente lo ve como una buena oportunidad para cambiar. Aquí, la tarea del terapeuta es aconsejarle al paciente el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo; dar alternativas.

La etapa de ACCIÓN es considerada como la etapa de inicio que implica las acciones que se llevarán a cabo. Se recomienda consejería.

Una manera de garantizar el cambio, es mantener las acciones, de ahí el nombre de fase de MANTENIMIENTO donde se mantiene el cambio conseguido y prevenir recaídas.

La RECAÍDA, fase normal del proceso pero donde es importante que el individuo empiece a girar de nuevo la rueda y no permanecer inmóvil. Aquí, la tarea del terapeuta es ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y mantenimiento.

4.5 Técnicas de Relajación y Respiración

4.5.1 Fundamentos teóricos

Una *respuesta de alarma*, es una respuesta automática ante cualquier cambio ambiental mediante el cual el organismo se prepara para hacer frente a las posibles demandas que le plantee la nueva situación. Esta respuesta es un incremento de la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo y se experimenta un aumento en las contracciones cardíacas elevando la presión sanguínea y el pulso; se incrementa el ritmo respiratorio y se aumenta el riego sanguíneo a los músculos estriados elevando su tono.

Su finalidad es poner a disposición del organismo recursos (un aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva) para facilitar la respuesta ante los nuevos estímulos y sus posibles consecuencias. De esta manera, el organismo puede percibir, interpretar, decidir y realizar cualquier conducta.

Cuando las amenazas se han solucionado, cesa la respuesta de estrés y el organismo vuelve a su estado de equilibrio

Estos cambios psicofisiológicos son naturales pero el reiterado desencadenamiento de la respuesta de estrés sin dar salida a la energía suplementaria puede resultar muy perjudicial para la salud.

La respuesta de estrés no es perjudicial en sí misma, sino que facilita más recursos para hacer frente a las situaciones excepcionales.

Para saber si el organismo dará o no una respuesta de estrés, la persona tiene que percibir el ambiente como amenazante y evaluar negativamente sus habilidades para hacerle frente.

Esta activación provoca respuestas de ansiedad o miedo.

Si se trata de una reacción situacional de duración limitada, podemos hablar de ansiedad.

Si esta activación o arousal se mantiene durante un largo período sin recuperar los niveles anteriores, hablamos de estrés.

Una reacción adaptativa prolongada puede producir cambios neuroendocrinos intensos y entonces aparecerán los problemas por una activación excesiva.

La relajación y la respiración son estrategias eficaces para disminuir la activación excesiva.

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos. Es una de las terapias más utilizadas en modificación de conducta bien como parte integrante de otras técnicas o bien como un procedimiento específico.

Las bases teóricas de relajación y de respiración proceden de la psico-fisiología (García de Rivera, 1992). Las investigaciones comprueban los cambios psicofisiológicos operados por la relajación y respiración habiendo o no problemas psicológicos.

La relajación se considera un estado de hipoactivación que puede ser facilitada por diversos procedimientos o técnicas. Las técnicas de relajación producen sus efectos como resultado de una disminución del tono hipotalámico, lo que conllevaría a una disminución de la actividad simpática.

4.5.2 Relajación y aprendizaje

Las técnicas de respiración utilizan procedimientos para facilitar el aprendizaje de este patrón de activación que se produce en la respuesta de relajación.

Los mecanismos de aprendizaje que subyacen a estas técnicas son (Vera y Vila, 1991):

- ❖ Entrenamiento autógeno: Relacionado con la representación mental de las consecuencias motoras de la respuesta de sensación de peso y calor, que activarían las eferentes somáticas y viscerales correspondientes.
- ❖ Relajación progresiva: El mecanismo de aprendizaje sería la discriminación perceptiva de tensión y relajación de cada grupo muscular a través de ejercicios de tensión / distensión.
- ❖ Respiración: Las técnicas de respiración operan mediante las interacciones cardiorrespiratorias del control vagal.
- ❖ Biofeedback. La respuesta de relajación puede ser explicada mediante procesos de condicionamiento instrumental u operante como el reforzamiento positivo, las instrucciones y el feedback. La respuesta puede ser condicionada a estímulos neutros del ambiente como ciertas palabras, música, etc., que adquiriría el poder de evocar las respuestas de relajación ya aprendidas.

En este apartado nos enfocaremos en forma más amplia sólo en las técnicas de relajación progresiva y el entrenamiento autógeno, que son las más utilizadas para fines de intervención de urgencia.

4.5.2.1 Relajación progresiva (Jacobson 1979)

Una de las técnicas más utilizadas y desarrollada por Jacobson, está dirigida a conseguir niveles profundos de relajación muscular.

Se enseña al sujeto a identificar el nivel de tensión muscular en las distintas partes de su cuerpo mediante *ejercicios de tensión y relajación*. Posteriormente la persona podrá poner en marcha estas habilidades una vez que haya identificado la tensión en alguna zona de su cuerpo.

Esta técnica se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y por lo tanto, es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad.

Este tipo de relajación está especialmente indicado cuando el sujeto responde a las demandas ambientales de respuestas que implican altos niveles de tensión.

Para su práctica, se pueden adoptar diferentes posiciones:

- a) Postura idónea: sentado cómodamente en un sillón que permita apoyar la cabeza con toda la espalda descansando sobre el respaldo.
- b) Acostado
- c) Postura "de cochero", sentado en una silla y con el cuerpo un poco inclinado hacia adelante con la cabeza sobre el pecho y los brazos apoyados sobre las piernas.

La primera sesión de entrenamiento es muy importante ya que en ella el terapeuta debe proporcionar una explicación apropiada y la justificación de los procedimientos que se van a seguir.

El proceso que se tiene que seguir durante el entrenamiento en relajación progresiva es el siguiente:

- La atención del paciente debe centrarse en un grupo de músculos
- A la señal del terapeuta, el sujeto tensará los músculos, manteniendo esta tensión alrededor de cinco segundos.
- Cuando el terapeuta lo indique, el sujeto relajará rápidamente sus músculos.
- El sujeto tiene que concentrarse ahora en las sensaciones que experimenta en la zona relajada.

Procedimiento:

1. Enseñanza
2. Práctica del sujeto durante las sesiones. Instrucciones
 - a) Primera instrucción: Tensar el grupo muscular correspondiente
 - b) Segunda instrucción: Focalizar la atención en el grupo muscular en tensión.
 - c) Tercera instrucción: Relajar el grupo muscular correspondiente.
 - d) Cuarta instrucción: Focalizar la atención en el grupo muscular en relajación.
3. Práctica del sujeto durante el período entre sesiones.

Instrucciones de los ejercicios de tensión-distensión:

Primera Instrucción: Tensar el grupo muscular correspondiente. Vg. "Cuando yo le de la señal, va a tensar los músculos de su mano y de su antebrazo derecho, apretando su puño derecho con fuerza... ¡Ya!".

Segunda instrucción: Focalizar la atención en el grupo muscular en tensión. Vg. "Sienta los músculos de su mano y de su antebrazo derecho en tensión. Note la tensión en esos músculos que ahora están tirantes y duros". Estas indicaciones deben ser breves, puesto que cada grupo muscular no debe mantenerse en tensión más de 5-10 segundos.

Tercera instrucción: Relajar el grupo muscular correspondiente. Vg. "Bien, relaje esos músculos ¡Ya!".

Cuarta instrucción: Focalizar la atención en el grupo muscular en relajación. Vg. "Siga soltando los músculos de su mano y de su antebrazo derecho. Compare y note la diferencia: antes tensión, ahora relajación". Experimente las sensaciones agradables de la relajación que fluyen por la yema de sus dedos, por su mano y por su antebrazo derecho. Concentre toda su atención en las sensaciones de relajación profunda, completa, en esos músculos. Tranquilo, sosegado, relajado..."

Estos comentarios se prolongan durante 30-45 segundos, después de lo cual, se repite la misma secuencia, pero esta segunda vez se alarga el tiempo de relajación a 45-60 segundos.

El volumen y la velocidad de la voz del terapeuta deben reducirse progresivamente durante la sesión. El sujeto debe percibir un cambio de inflexión en la voz, es decir, el terapeuta debe formular las órdenes para tensar en un tono más fuerte que las órdenes

para relajar. Ayuda que el terapeuta tense al mismo tiempo su mano y antebrazo derecho.

Ejercicios de tensión para cada uno de los músculos musculares en el entrenamiento de relajación progresiva.

	<i>Orden</i>	<i>Grupos musculares</i>	<i>Ejercicios de tensión</i>
<i>ESTREMIDADES SUPERIORES</i>	1°	Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante
	2°	Brazo dominante	Apretar codo dominante contra brazo sillón
	3°	Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante
	4°	Brazo no dominante	Apretar codo no dominante contra brazo sillón
<i>CABEZA Y CUELLO</i>	5°	Frente	Levantar las cejas
	6°	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
	7°	Boca	Apretar los dientes, los labios y lengua vs paladar
	8°	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho evitando que lo toque
<i>TRONCO</i>	9°	Hombros, pecho y espalda	Echar los hombros hacia a tras intentando que se toquen los omóplatos.
	10°	Estómago	Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él
<i>ESTREMIDADES INFERIORES</i>	11°	Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón
	12°	Pierna dominante	Doblar dedos del pie dominante hacia arriba
	13°	Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia adentro y curvar el pie
	14°	Muslo no dominante	Apretar el muslo no dominante contra el sillón
	15°	Pierna no dominante	Doblar dedos del pie no dominante hacia arriba
	16°	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia adentro y curvar el pie

4.5.2.2 Entrenamiento autógeno (Schultz, 1987).

Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de sugerencias sobre sensaciones de calor, peso, frescor, etc., y la concentración en la respiración.

Schultz recomienda por orden de preferencia estas tres posturas de relajación:

- Tumbado: Acostado boca arriba con la cabeza apoyada y brazos a lo largo del cuerpo ligeramente flexionados, palmas hacia abajo y punta de los pies ligeramente hacia afuera.
- Sentado: En un sillón con respaldo alto y con descansa-brazos apoyándose completamente.
- Postura de cochero. En una silla, banco o taburete. El cuerpo queda inclinado hacia adelante, con la cabeza cayendo sobre el pecho; antebrazos apoyados sobre los muslos, manos colgando entre las rodillas, piernas separadas.

Ejercicios de entrenamiento autógeno:

El entrenamiento se divide en:

- * Ciclo o Grado Inferior, o ejercicios propiamente de relajación
- * Ciclo o Grado Superior, o ejercicios de imaginación

El curso habitual en la práctica clínica utiliza los ejercicios del grado inferior.

➤ Ejercicios del grado Inferior

Ejercicios destinados a la relajación fisiológica. Este es el ciclo que se utiliza en la práctica clínica. El uso del grado superior es poco habitual.

Ejercicio I: Sensación de pesadez

El sujeto se repite la frase El brazo derecho (o el izquierdo) me pesa mucho alternándola con Estoy completamente tranquilo.

La persona no tiene que mover el brazo, sino sólo pensar en esta sensación. Después se pasa a generar esta sensación en las piernas, procediendo del mismo modo. Este ejercicio provoca la relajación muscular.

Ejercicio II: Sensación de calor

El sujeto se concentra en la frase: El brazo derecho (o el izquierdo) está caliente alternándola con las dos sugerencias del ejercicio anterior. Después se pasa a generar la sensación de calor en el otro brazo y en las piernas con frase como:

Mi pierna derecha está muy caliente, Mis brazos y mis piernas están muy calientes. Este ejercicio facilita la relajación vascular.

Ejercicio III: Regulación cardíaca

El sujeto pone la mano sobre su corazón y se repite varias veces las frases de los ejercicios anteriores, añadiendo frases como Mi corazón late fuerte y tranquilo, Mi corazón late tranquilo y con regularidad. No se debe tratar de intensificar el ritmo cardíaco sino sólo concentrarse en estas sugerencias dejando que las sensaciones aparezcan poco a poco.

Ejercicio IV: Control de la respiración

El sujeto se repite varias veces las frases de los ejercicios anteriores, alternándolas con frase como: Respiro tranquilamente, algo respira en mí hasta alcanzar un ritmo completamente sosegado a partir de la vivencia de la respiración.

Ejercicio V: Regulación de los órganos abdominales

El sujeto se concentra en el plexo solar, zona situada entre el ombligo y el extremo inferior del esternón, donde se encuentra el mayor de los ganglios nerviosos de la cavidad abdominal. El sujeto se repite varias veces las frases: El plexo solar está caliente, Mi abdomen está caliente, del abdomen fluye calor, alternándolas con algunas de las frases anteriores: Tranquilidad, peso, calor, etc.

Ejercicio VI: Regulación de la región cefálica

El sujeto se repite varias veces las frases de los ejercicios anteriores añadiendo frase como "la frente está agradablemente fresca". El objetivo es que no se produzca una relajación vascular excesiva en la cabeza.

➤ Ejercicios del grado superior

Este ciclo está compuesto por ejercicios de meditación, ya que está concebido para actuar sobre las funciones mentales.

Para poder empezar un entrenamiento del grado superior, es necesario tener un dominio rápido del grado inferior.

El sujeto deberá situarse en la postura de relajación con los ojos cerrados. Como primer paso, el sujeto deberá girar voluntariamente los globos oculares hacia arriba y hacia adentro, como si intentase mirarse el centro de la frente, para provocar un estado de relajación concentrativa que facilita el entrenamiento. En estos ejercicios ya no se busca lograr unas determinadas sensaciones fisiológicas, sino que se pretende lograr unos determinados estados psíquicos.

I. Ejercicios de imaginación de colores

El sujeto hace surgir en la imaginación un color (el que menos le cueste imaginarse). Imagina en el color zonas claras y zonas oscuras como nubes o sombras. Luego sobre ese fondo de color se imagina una figura geométrica de un color distinto, por ejemplo un cuadrado amarillo sobre fondo verde. A continuación se imagina nuevas formas y colores. Finalmente intenta cambiar el color del fondo.

II. Ejercicios de imaginación de movimiento

Partiendo de las imágenes del ejercicio anterior, el sujeto se imagina las figuras moviéndose hacia arriba, hacia abajo, hacia la derecha, hacia la izquierda, hacia delante, hacia atrás. Se las imagina más grandes, más pequeñas. Imagina transformaciones de las figuras, por ejemplo los triángulos se convierten en conos o pirámides, los cuadrados en cubos, los círculos en esferas, etc. Imagina otros movimientos de estas figuras, como rotaciones, aproximaciones, alejamientos, etc.

III. Ejercicios de imaginación de objetos específicos

De forma semejante a los ejercicios anteriores, el sujeto imagina un objeto específico e inmóvil que le resulte fácil hacer surgir en su imaginación como una cara, una máscara, una estatua. Se imagina detalles de ese objeto.

IV. Ejercicios de imaginación de conceptos abstractos

Como en los ejercicios anteriores, el sujeto se imagina un concepto abstracto, como justicia o felicidad. Se imagina que oye una voz que pronuncia con claridad la palabra que designa el concepto elegido. Se imagina un color y una forma para ese concepto. Se imagina una película con ese concepto, por ejemplo la vida de una persona justa.

V. Ejercicios de imaginación de sentimientos

El sujeto se imagina un sentimiento propio como paz y equilibrio. Se imagina un color y una representación tridimensional de ese sentimiento. Se lo imagina de forma estática y en movimiento.

VI. Ejercicios de imaginación de personas

El sujeto se imagina personas poco conocidas como el dependiente de una tienda o el repartidor de gas, personas conocidas que le desagradan como un determinado vecino, personas que le agradan como un amigo. Se imagina a la persona diciendo o haciendo algo.

VII. Ejercicios de imaginación de vivencias íntimas

El sujeto se imagina vivencias mediante respuestas a preguntas autoformuladas, por ejemplo intenta imaginarse la muerte respondiendo a cuestiones como "¿Cuál es el sentido de la vida?", "¿Cómo me imagino la inmortalidad?", etc.

El entrenamiento autógeno es una técnica de relajación muy apropiada para la tercera edad. Krampert (1996) encuentra que este método es un procedimiento muy útil tanto para reducir la ansiedad excesiva como para mejorar la autoestima y crear un estado general de tranquilidad en este grupo de edad.

4.5.2.3 Otras técnicas de relajación

1.- Meditación

La meditación trascendental proviene de las filosofías orientales y también puede practicarse como medio de autosugestión aunque siempre ha estado asociado a doctrinas y religiones. Pretende lograr la relajación mediante la repetición monótona de un mantra que es una palabra o frase tranquilizadora que supuestamente libera a la mente de otros pensamientos. El objetivo es modificar el estado mental del sujeto para que disminuya la tensión y aparezca un agradable estado de tranquilidad por lo que resulta efectivo para crear un estado de profunda relajación en relativamente poco tiempo. Este estado es el resultado de concentrar la atención en una sola cosa, ya que la cantidad de estímulos internos y externos a los que el organismo debe responder se reduce de forma importante.

Antes de empezar los ejercicios de meditación, es importante tener en cuenta algunos aspectos semejantes al entrenamiento en relajación tales como: situarnos en un lugar

silencioso, adoptar una posición cómoda, elegir un objeto en el que concentrarse (mantra) y adoptar una actitud pasiva durante la relajación, es decir, procurar mantener la mente libre de pensamientos y distracciones, centrándonos únicamente en nuestro mantra.

2.- Yoga

La palabra yoga es un término que engloba un conjunto de enseñanzas que pretenden desarrollar las facultades de la persona a través de un equilibrio total entre cuerpo y mente y orientar la existencia. Permite un gran control de las funciones fisiológicas pero su práctica exige mucho tiempo de aprendizaje antes de dominar la técnica. Este es el motivo por el que su uso en la práctica clínica no es muy habitual. Sin embargo, si el paciente domina alguna de estas técnicas, el terapeuta puede aprovechar estos conocimientos para practicar este método como técnica de relajación.

3.- Hipnosis

La relajación por inducción hipnótica se emplea poco en la modificación de conducta, aunque el interés por estas técnicas está aumentando considerablemente en estos últimos años.

Para González y Migue-Tobal (1993) existen ciertas similitudes entre la hipnosis y otras técnicas ampliamente utilizadas en el ámbito cognitivo-conductual como la relajación progresiva, el entrenamiento autógeno, la meditación, el biofeedback y la imaginación dirigida. Este hecho hace posible incluir la hipnosis en paquetes terapéuticos combinados, donde parece actuar como un mecanismo potenciador de esas técnicas. En base a ello González y Miguel-Tobal (1003) proponen los siguientes niveles de aplicación clínica de la hipnosis.

a) Como técnicas dirigidas a la modificación o extinción de conductas. En este sentido la hipnosis parece mostrarse como una técnica rápida y efectiva para modificar aspectos psicofisiológicos que están en el origen de los trastornos psicósomáticos como cefaleas, trastornos dermatológicos, etc.

b) En tanto que técnica para favorecer el autocontrol y modificar expectativas y actitudes ante situaciones-problema:

- Para el entrenamiento de estrategias explicitadas mediante sugestión, como por ejemplo aprender a imaginar más vívidamente.
- Como instrucciones para favorecer la autoestima y autoeficacia

c) Como facilitadora de los efectos de otras técnicas cognitivo-conductuales, como en la desensibilización sistemática o la terapia racional emotiva.

Aún no se conoce experimentalmente el peso específico de la hipnosis en relación con otras técnicas de terapia de conducta. Las aplicaciones indicadas anteriormente son consideraciones empíricas de la práctica clínica, pero aún no se dispone de evidencia experimental que permita refrendar el efecto de su aplicación como tratamiento psicológico.

4.- Biofeedback

Las técnicas de biofeedback se emplean también para entrenar a los sujetos a relajarse, aunque en la mayoría de los casos, los resultados no son superiores a los logrados con el entrenamiento en relajación.

4.5.3 Técnicas de respiración

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica producidos por éstas.

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento. Si la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente, la sangre no se va purificando adecuadamente y las células de deshecho que no se eliminan van intoxicando lentamente nuestro organismo. Una sangre insuficientemente oxigenada contribuye a aumentar los estados de ansiedad, depresión y fatiga. El ritmo de vida actual favorece una respiración incompleta, superficial, que no utiliza toda la capacidad funcional de los pulmones.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Estas técnicas representan la ventaja de su fácil aprendizaje y de que se pueden utilizar en cualquier situación para controlar la activación fisiológica.

Labrador (1995) ha diseñado un programa de entrenamiento en técnicas de control de respiración que consta de seis ejercicios en orden de dificultad creciente. Antes de comenzar el aprendizaje es conveniente generar las mismas condiciones que en el entrenamiento en relajación, es decir, un ambiente silencioso y en penumbra, evitar estímulos distractores, etc. La persona se situará en una postura cómoda y con los ojos cerrados. Es importante dedicar unos momentos a concentrarse en las sensaciones corporales, antes de empezar con los ejercicios. La duración de cada ejercicio será de 2 a 4 minutos, seguidos del mismo período de descanso. Cada ciclo se repetirá al menos 3 a 4 veces o hasta que el sujeto aprenda a realizarlo correctamente.

Extracto del Programa:

1er Ejercicio: Inspiración abdominal

El objetivo es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones. Para ello, se le indica que coloque una mano encima del vientre (arriba del ombligo) y otra encima de su estómago. Si realiza el ejercicio correctamente debe percibir movimiento en la mano situada en el abdomen, pero no en la del estómago.

Al principio de este ejercicio puede resultar difícil al sujeto ya que no se suelen tener unos hábitos correctos de respiración pero en 10 o 20 minutos puede llegar a dominarse.

2o Ejercicio: Inspiración abdominal y ventral

El objetivo es que la persona sea capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones. El sujeto se situará en la posición del ejercicio anterior y, una vez que haya llenado la parte inferior de sus pulmones, se debe llenar también la zona media. Ahora se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la mano situada en el vientre.

3er Ejercicio: Inspiración abdominal, ventral y costal

El objetivo de este ejercicio es desarrollar una inspiración completa. La persona, colocada en la posición del ejercicio anterior, debe respirar marcando tres tiempos en su inspiración: llenando de aire primero la zona del abdomen, después la del estómago y por último la del pecho.

4o Ejercicio: Espiración

Se pretende que el sujeto sea capaz de hacer más completa y regular la respiración. La persona, colocada en la postura de entrenamiento, realizará una inspiración completa tal y como se indica en el 3er ejercicio. Después para espirar, se cierran bastante los labios de forma que se produzca un breve resoplido al salir el aire, provocando así una espiración pausada y controlada. El ruido es un indicador para el sujeto sobre si está realizando correctamente el ejercicio. También se le indica que levante un poco los hombros para ayudar a exhalar el aire de la zona superior de los pulmones.

5o Ejercicio: Ritmo inspiración-espriación

El objetivo es conseguir una adecuada alternancia respiratoria entrenando la inspiración y espiración completa. Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se realiza de forma continua y no marcando los tres tiempos. La espiración también es semejante a la del ejercicio anterior aunque progresivamente se va haciendo de forma más silenciosa.

6o Ejercicio: Sobregeneralización

Con este ejercicio se trata de aprender a utilizar las técnicas de control de respiración en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir la tensión. Para ello, se van repitiendo los ejercicios modificando las condiciones de la práctica. Primero se van cambiando las posiciones sentado, de pie, andando, etc. También se alternan otras condiciones como por ejemplo, tener los ojos abiertos, realizar otra tarea de forma simultánea, etc. Finalmente modificamos las condiciones ambientales: ruidos, presencia de otras personas, etc. Es importante ir graduando la práctica en orden de dificultad creciente.

Resulta conveniente la práctica de estos ejercicios en el medio habitual del sujeto, tratando de integrarlos en su vida cotidiana especialmente durante el periodo de aprendizaje. Una vez que la persona ya controla su respiración, estas habilidades se pueden aplicar en cualquier situación de la vida cotidiana, especialmente en aquellos que generan altos niveles de activación.

Davis, McKay y Eshelman describen las técnicas de respiración profunda, del suspiro, respiración natural completa y purificante; útiles en la reducción de la ansiedad y la tensión muscular.

	POSICION	PROCEDIMIENTO
Respiración Profunda	Tendido en el suelo con las rodillas dobladas y los pies ligeramente separados. La columna vertebral ha de permanecer recta. Una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.	Se toma aire por la nariz y se hace llegar hasta el abdomen. A continuación inhale por la nariz y expúlselo por la boca haciendo un ruido suave y relajante. Es conveniente respirar de este modo cuando experimente tensión.
Respiración natural completa	Reposando en una posición cómoda	Respire aire por la nariz. Al inspirar, llene primero las partes más bajas de sus pulmones, presionando su abdomen hacia fuera. A continuación, llene la parte media de los pulmones, mientras la parte inferior del tórax y las últimas costillas se expanden ligeramente. Por último, llene la parte superior de los pulmones mientras eleva ligeramente el pecho y mete el abdomen. Estos tres pasos pueden desarrollarse en una única inhalación suave y continuada. Mantenga la respiración unos segundos y espire lentamente relajando su abdomen y su tórax.
Respiración mediante el suspiro	De pie o sentado	Suspire profundamente, emitiendo un sonido profundo alivio a medida que sale de sus pulmones. Repita este proceso siempre que se encuentre tenso
Respiración purificante	Colocado cómodamente	Efectúe una respiración completa, mantenga la inspiración durante unos segundos y vaya expulsando poco a poco el aire con soplos pequeños y fuertes.

Chóliz (1993) desarrolla un procedimiento de respiración para el tratamiento del insomnio que puede ser utilizado por los pacientes insomnes en el momento de acostarse y que permite modificar la presión parcial de los gases a nivel alveolar, de modo que en un breve lapso de tiempo se produzca la somnolencia característica del aumento de la presión de CO₂. Los ejercicios de respiración que este autor propone como inductores del sueño son los siguientes:

Al dormir se produce el aumento de dióxido de carbono en sangre. A su vez, éste produce un efecto sedante. Este procedimiento de respiración pretende producir un aumento de la concentración de CO₂ en sangre. Para ello, el procedimiento es el siguiente:

- 1.- Tenderse boca arriba en posición de relajación. Cabeza a la altura del cuerpo o un poco más baja.
- 2.- Cerrar los ojos
- 3.- Inspire suavemente. No hinche excesivamente los pulmones. Espire todo el aire. Repita el ejercicio tres veces.

- 4.- En la tercera respiración suelte todo el aire y retenga el aliento cuanto pueda sin respirar. Entonces repita las tres respiraciones suaves y vuelva a retener el aliento hasta el final de la tercera respiración.
- 5.- Para ayudarse a contener la respiración y aguantar sin inspirar durante unos momentos, Distráigase con alguna imagen mental.
- 6.- Una vez que haya repetido de 5 a 8 veces el ciclo de tres inspiraciones y espiraciones seguido de un período de contención de la respiración después de una espiración máxima sentirá deseo de respirar con normalidad, relajado y somnoliento. Respire entonces suavemente y con normalidad. El sueño aparecerá fácilmente.

Las técnicas de control de la respiración son muy utilizadas en modificación de conducta, bien como ejercicios para el control voluntario de la activación fisiológica o bien integradas en un programa de relajación.

Botella y Ballester (1996) utilizan el entrenamiento de respiración lenta (combinada con terapia cognitiva) para el tratamiento de la angustia. Esta técnica resulta muy eficaz como habilidad de afrontamiento que permite a la persona controlar la activación excesiva durante la situación temida.

Hemos visto como unos hábitos de respiración completa y profunda (abdominal, ventral y costal) son terapéuticos por sí mismos como consecuencia de los efectos beneficiosos que produce el actuar directamente sobre el SN Autónomo. Pero como señalan Labrador y cols (1995), las habilidades de respiración correcta también pueden ser terapéuticas desde una perspectiva cognitiva, ya que la concentración en la propia respiración puede facilitar a la persona desviar su atención de problemas, pensamientos obsesivos, etc., que pueden estar provocando las respuestas de ansiedad en ese momento.

8.- APLICACIONES

> Consideraciones básicas

El objetivo de las técnicas de relajación y respiración es dotar al individuo de una serie de habilidades para controlar su propia activación fisiológica y hacer frente a toda una serie de situaciones que le provocan estrés o ansiedad. Estas técnicas son muy

utilizadas en modificación de conducta, bien como parte integrante de una intervención terapéutica más amplia o como un procedimiento específico. Sus aplicaciones a los diferentes trastornos son muy variadas, como pasaremos a detallar.

Pero hay una serie de consideraciones previas comunes a todas ellas. Es necesario que la técnica aplicada tenga sentido para el paciente, ese decir, que éste entienda su utilidad, como le va a ayudar a solucionar su trastorno y cómo la a aplicar en su vida cotidiana. Teniendo en cuenta que todo tratamiento debe individualizarse para cada paciente, se podría hacer la siguiente distinción:

* El problema que presenta el paciente es que realiza sus actividades cotidianas con más tensión que la necesaria, lo que le provoca un estado de activación generalizado. En este caso sería conveniente el aprendizaje de la relajación diferencial, para que la persona aprenda a desarrollar estas actividades eliminando la tensión que no sea necesaria.

* Si la dificultad radica en determinadas situaciones específicas ante las cuales se experimenta mucha ansiedad, puede ser útil el aprendizaje de cualquier técnica de control de la activación que se condicione a una palabra o señal determinada.

En cualquier caso, siempre tendremos que intentar adecuar la técnica al paciente, a sus características personales, a sus posibilidades de poner en la práctica estos procedimientos, etc.

Las aplicaciones de la relajación son muy numerosas: ansiedad, problemas de estrés y sus repercusiones negativas sobre la salud, insomnio, trastornos cardiovasculares (hipertensión, arritmias, enfermedad de Raynaud), asma, trastornos gastrointestinales, dolor (cefaleas, cáncer), diabetes, conductas adictivas (alcoholismo, abuso del tabaco, drogadicción), trastornos de la alimentación (obesidad, anorexia nervios), depresión, agresividad, tics, tartamudez, etc. Vamos a detenernos en algunas de ellas:

Trastornos de ansiedad

Una de las áreas donde la relajación se utiliza con mayor frecuencia es en los trastornos de ansiedad, bien en fobias específicas o en trastornos de ansiedad generalizada. En estos casos la técnica de relajación aparece integrada en un programa de intervención más amplio como instrumento para controlar la activación fisiológica. Vg. Bados y Genís (1991) emplearon el entrenamiento en relajación progresiva en el tratamiento de una fobia a volar. Aquí era utilizada como una habilidad

de afrontamiento que el paciente ponía en práctica al enfrentarse a la situación temida, que era aplicada en imaginación. Ferro y Fernández (1991) trataron un caso de agorafobia con ataques de pánico con una intervención que incluye entrenamiento en control de respiración y en relajación, exposición y detención de pensamiento.

La relajación es una técnica de amplia aplicación en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, tanto en intervenciones grupales como individuales. Estos procedimientos aparecen integrados en un paquete terapéutico más amplio que pretende abarcar las respuestas del paciente en su totalidad sin limitarnos al componente de activación psicofisiológica.

Psicología de la salud

Dentro del ámbito de la psicología de la salud, las técnicas de relajación y respiración se incluyen en las intervenciones aplicadas:

HIPERTENSIÓN

Los factores psicológicos como el estrés desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de hipertensión, ya sea directamente por los efectos relacionados sobre el sistema cardiovascular o indirectamente por hábitos de vida poco saludables.

El Tx psicológico de la hipertensión incluye técnicas de relajación y biofeedback, así como la promoción de hábitos de vida saludables. Amigo, Bucet y Bueno (1990) aplican un programa de manejo del estrés en el que incluyen una práctica de relajación de bajo coste inicial, que resulta eficaz al propiciar una alta adherencia a la práctica diaria, favorece las percepciones subjetivas de los pacientes respecto al grado de dominio de la técnica y sobre todo contribuye a la adquisición de una habilidad de coping, que facilita el afrontamiento de situaciones cotidianas estresantes.

DOLOR CRONICO

El dolor es actualmente uno de los fenómenos más estudiados en ámbito clínico. Es la causa principal de sufrimiento en los países desarrollados y se considera un problema muy importante tanto por el número de personas que lo sufren, como por los importantes costos que supone para el sistema de salud. El dolor es considerado como un trastorno multi-determinado por factores sensoriales, cognitivos y afectivos. El

entrenamiento en relajación está incluido en casi todos los programas de tratamiento del dolor crónico excepto en los que adoptan una técnica de condicionamiento operante de forma estricta. La justificación de la utilización de la relajación progresiva reside en varios tipos de razones:

- * La relajación parece tener un efecto directo sobre la reducción del dolor al relajar la tensión de los grupos musculares. Ante una lesión dolorosa se produce una respuesta de tensión muscular en la zona dañada que sirve para inmovilizarla e impedir que se produzca más daño. Si la lesión se cronifica puede aumentar el dolor y con ello la tensión en la zona afectada, de forma que se desarrolla un círculo vicioso tensión-dolor-tensión. Con el entrenamiento en relajación se puede romper este círculo y reemplazarlo por una respuesta de distensión incompatible con la tensión.
- * Se ha señalado muchas veces que las personas con dolor crónico experimentan con frecuencia altos niveles de ansiedad ya que potencia la percepción de dolor. Por tanto, si disminuyen los niveles de ansiedad del sujeto, también disminuiría la sensación dolorosa.
- * La relajación proporciona cierto sentido de control sobre el funcionamiento psicofisiológico y con ello se incrementa la percepción de dominio y competencia del paciente.
- * Durante la práctica de la relajación, el sujeto aprende a concentrarse en las sensaciones placenteras de la distensión, lo que impide que focalice su atención en la experiencia del dolor.

Las técnicas de relajación más utilizadas son el entrenamiento autógeno y la relajación progresiva, aunque la elección del procedimiento va a estar siempre en función de las características de cada paciente.

Estas técnicas se han aplicado en casi todos los síndromes dolorosos: dolor de espalda, artritis, dismenorrea, dolor del miembro fantasma, colitis ulcerosa, cefaleas, etc.

A partir de la evidencia experimental existente, parece que las técnicas de relajación son efectivas para el tratamiento del dolor crónico, independientemente del tipo de dolor, tanto si se utiliza como una estrategia específica de control de la activación o como un comportamiento general.

Rodríguez-Marín y Hurtado (1991) presentan un caso de aplicación de técnicas cognitivo-conductual a un problema de dolor crónico que se basa en el modelo de inoculación de estrés destinado a los tres componentes de la respuesta:

- la ruptura de la asociación entre la percepción del dolor y las cogniciones de amenaza,
- la modificación de la dimensión motivacional del dolor y

- el control de los síntomas dolorosos a través de la inducción de respuesta se relajación muscular en competencia con las sensaciones dolorosas. La introducción de este componente redujo al mínimo la intensidad de los síntomas.

DISMENORREA FUNCIONAL

Este es un trastorno de salud que afecta a un elevado porcentaje de la población femenina (50% aproximadamente). La consideración de la dismenorrea como un trastorno psicofisiológico ha permitido su abordaje desde el campo de la medicina conductual y la aparición de tratamientos de corte cognitivo-conductual. En esta línea, la relajación se muestra como la técnica psicológica más recomendable para su tratamiento en la reducción de síntomas como los espasmos del abdomen, los efectos psíquicos negativos, el malestar general, etc. Larroy (1993) comprueba la eficacia de un problema de inoculación de estrés que permite abordar las tres dimensiones interdependientes de la experiencia del dolor:

- la sensorial-discriminativa
- la motivacional-afectiva y
- la cognitivo-evaluativa frente al entrenamiento en relajación progresiva

Los resultados demuestran que la relajación es eficaz para reducir el dolor menstrual, tanto como única técnica, como integrada en un tratamiento multicomponente. Los resultados demuestran que, a medida que aumenta la historia de dolor menstrual en las jóvenes, se hace necesaria una intervención que permita controlar las conductas cognitivas inadecuadas y los sentimientos de indefensión que acompañan una historia del trastorno más larga.

LUMBAGIAS

A partir de evidencia la evidencia experimental, se concluye que las técnicas de relajación, solas, o combinadas con otras técnicas psicológicas, son eficaces para el alivio de la intensidad y la frecuencia de estos dolores. Vg. La asociación de una técnica médica, la neuro-estimulación medular y el entrenamiento en relajación progresiva.

CEFALEAS

La aplicación de las técnicas de relajación al tratamiento de las cefaleas funcionales, parte del supuesto que las respuestas fisiológicas tradicionalmente asociadas con ellas son el reflejo de una excesiva respuesta de activación general. La técnica que se ha aplicado con más frecuencia ha sido la relajación progresiva, ya que el origen de las cefaleas funcionales se relaciona con un exceso de tensión muscular. Por el contrario, al asociarse migrañas y las cefaleas mixtas con componentes vasculares, el tratamiento de elección era el entrenamiento autógeno. La evidencia empírica no permite confirmar esta hipótesis. Lo que sí está demostrado es la eficacia del entrenamiento en relajación para el tratamiento de las cefaleas.

DIABETES

El estrés puede afectar el control de la diabetes a través de dos mecanismos: directamente mediante la secreción de las hormonas del estrés e indirectamente, interfiriendo con las conductas de autocuidado. Se han desarrollado diferentes estrategias conductuales entre las que se incluye la relajación para ayudar a afrontar el estrés.

ONCOLOGIA

Las técnicas operantes son las más utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos que presentan los enfermos de cáncer. La relajación resulta eficaz para el tratamiento de las náuseas y vómitos condicionados, el dolor, el temor a los procedimientos médicos y la anorexia. Concretamente, en el tratamiento de las náuseas y vómitos, la relajación progresiva, acompañada o no de imaginación guiada, es la técnica más utilizada por su sencillez de aplicación y su óptima relación costo/beneficio.

ASMA

Se considera que las variables psicológicas, sociales y conductuales pueden mantener, precipitar y agravar las crisis asmáticas y afectar al curso de la enfermedad. Partiendo de esta premisa, se ha empleado la relajación como método para reducir el nivel de activación del paciente y de esta forma mejorar el curso del trastorno puesto que disminuyen los niveles de estrés.

PREPARACION A LA HOSPITALIZACIÓN Y A LA CIRUGIA

4.6 Enfoque conductual

El enfoque conductual se relaciona con un énfasis científico y con una falta de interés en el papel de las variables inferidas. La atención se centra en los estímulos y respuestas más que en las variables que se suponen los median. La terapia conductual ha ampliado su campo de acción para incluir técnicas hacia los procesos cognitivos

Estas técnicas derivan del esquema de una ciencia experimental sistemática. Los terapeutas conductuales emplean técnicas específicas en diferentes puntos del proceso. Toman en cuenta la relación entre paciente-terapeuta, el cual adopta una actitud de aceptar a los pacientes, a explicarles sus dificultades y a aclararles la fundamentación conductual para el tratamiento. Una atmósfera terapéutica cálida aumenta el valor terapéutico de los procedimientos (Caballo, V., 1998).

La terapia conductual se explica como el reflejo de una orientación general hacia el trabajo clínico, que se alinea con un enfoque experimental para estudio de la conducta humana. La suposición básica es que las conductas problemáticas dentro de un ámbito clínico se pueden comprender mejor a la luz de aquellos extraídos de una amplia variedad de experimentación psicológica y que éstos principios tienen implicaciones para el cambio conductual dentro de un entorno clínico (Lega, L.I., Caballo, V. E., Ellis, S. 2002)

4.6.1 Técnicas Conductuales

Las técnicas de modificación de conducta bajo este enfoque se pueden clasificar en tres grupos (Labrador, F. J., 1995):

- I. Técnicas para implantar conductas: La respuesta que se desea no se encuentra en el repertorio del paciente. Las técnicas más aplicadas son:
 - a. Moldeamiento: Es el reforzamiento sistemático de aproximaciones a la conducta blanco (la que se desea instaurar) hasta que esta aparezca. Se debe especificar con precisión al paciente la conducta seleccionada para el moldeamiento, seleccionar reforzadores potentes y utilizarlos cada vez que la conducta del paciente se aproxime a la deseada.
 - b. Instigación: Ayuda especial que se le da al paciente durante la intervención para incrementar el éxito de la actividad. las instigaciones pueden clasificarse en físicas, visuales y verbales.

- II. Técnicas para mantener o incrementar conductas: Para ello, pueden usarse las siguientes técnicas:
- a. Reforzamiento: Es cualquier estímulo que aumente una conducta. Puede ser:
 - Reforzamiento positivo: Consiste en suministrar una consecuencia inmediatamente que se emita una conducta determinada y se refiere al efecto conseguido una vez aplicado un procedimiento.
 - Reforzamiento negativo: Es el aumento en la frecuencia de una conducta esperada a través de la suspensión de un evento aversivo inmediatamente después que se presenta la respuesta deseada.
 - b. Contratos de contingencia: Contrato o acuerdo entre dos o más partes, que establecen las responsabilidades de cada una, en relación con un determinado objeto o actividad y las consecuencias del cumplimiento o no de la conducta.
 - c. Economía de fichas: Es un programa de refuerzo sistemático donde se premia con fichas a los sujetos que presentan conductas deseadas; las fichas ganadas pueden cambiarse por alimentos, actividades o privilegios. Posee las siguientes ventajas: disminuye el número de reforzadores que se administran y las fichas entregadas inmediatamente después de la conducta esperada permiten llenar el espacio de tiempo entre la respuesta y la entrega del reforzador.
- III. Técnicas para reducir conductas disfuncionales: Debido a que la respuesta se presenta como un exceso conductual. Las estrategias a utilizar son:
- a. Extinción: es la eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba. La manera más efectiva de erradicar una conducta reforzada anteriormente es ignorándola y para ello hay que ser constante y persistente.
 - b. Saciedad: Es la disminución o eliminación de una conducta inadecuada consecuente al reforzamiento continuo y aumentado de la misma conducta.
 - c. Castigo: Consiste en suministrar un estímulo punitivo inmediatamente después de presentarse la conducta blanco, provocando que la frecuencia de ésta disminuya.

4.7 Enfoque cognitivo conductual

El enfoque cognitivo-conductual destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta (Beck, J. S., 2000).

La atención se dirige al papel del pensamiento en la etiología y conservación de los problemas.

Las intervenciones de tipo cognitivo-conductual buscan modificar o cambiar patrones de pensamientos que contribuyen a los problemas del paciente.

Las aproximaciones cognitivas se basan en que las emociones y el comportamiento son una función de cómo los eventos son construidos e interpretados.

Las técnicas cognitivo-conductuales se encaminan a *identificar y modificar* las cogniciones desadaptativas e intentan poner en relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones para sustituirlas por otras cogniciones más adecuadas.

La clasificación de las técnicas cognitivo conductuales más difundida es la elaborada por Mahoney y Arnkoff (1978) quienes distinguen tres tipos de técnicas: las de reestructuración cognitiva, las de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y las de resolución de problemas:

4.7.1 Técnicas de reestructuración cognitiva

Se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del paciente poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones para sustituirlas por otras cogniciones más adecuadas. Estos objetivos se logran mediante los procedimientos como:

4.7.1.1 La terapia cognitiva de Beck:

Reconoce la importancia de factores biológicos, emocionales y conductuales pero da principal énfasis a los factores cognitivos asociados con la depresión. Esto puede ser descrito en varios niveles:

- **Pensamientos automáticos:** Son eventos cognitivos caracterizados por "pensamientos e imágenes que ocurren en el flujo de la conciencia" Son automáticos porque aparecen involuntarios y no son fácilmente

desechados. Se centran en temas de pérdida con respecto a sí mismos, al ambiente y al futuro; a esto se le llama "tríada cognitiva".

- **Procesos cognitivos:** Donde se transforma y procesan los estímulos del ambiente e incluyen la atención, abstracción y codificación de la información. Los procesos cognitivos en la depresión son desviados hacia el extremo negativo. Estas bases cognitivas tienden a menudo a ser etiquetadas como distorsiones, sesgos o prejuicios que suelen ser los mejores términos para referirse a estos pensamientos negativos, debido a que tienen la característica de discrepar o ser inconsistente con la realidad objetiva.
- **Pensamientos centrales:** Son características cognitivas estables, los principios que gobiernan las interpretaciones de los hechos. La TC postula la existencia de creencias negativas estables (eso da vulnerabilidad a las personas para deprimirse) Los esquemas son las creencias o actitudes tácitas.

❖ Bases teóricas y experimentales

Concede a la cognición el papel de precursora del estado emocional. Su postulado central de este enfoque:

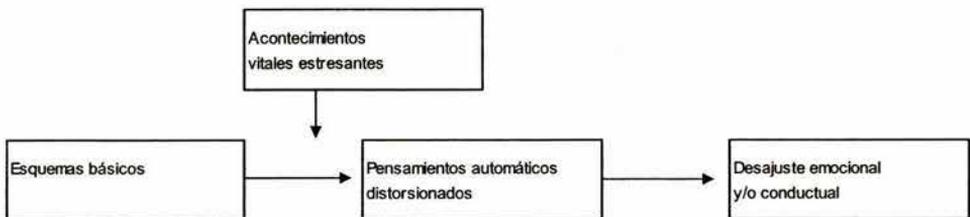
Los trastornos emocionales y/o conductuales son resultado de una alteración en el procesamiento de la información fruto de la activación de esquemas latentes.

Los elementos centrales de este modelo para la alteración emocional y conductual son los siguientes:

- a) Las personas desarrollan en la infancia una serie de esquemas básicos que le sirven para organizar su sistema cognitivo
- b) Las personas pueden tener pensamientos o representaciones mentales de modo automático, sin la intervención de un proceso de razonamiento previo.
- c) Las personas pueden cometer distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información, y
- d) Los acontecimientos vitales estresantes pueden activar esquemas básicos disfuncionales.

Estos elementos se relacionan entre sí de un modo jerárquico para el caso de los esquemas, los pensamientos automáticos y el desajuste emocional y/o conductual. Los acontecimientos vitales estresantes tienen un papel moderador de la relación entre los esquemas básicos y los pensamientos automáticos.

Modelo cognitivo de Beck sobre el desajuste emocional y/o conductual



Elementos que componen dicho modelo cognitivo sobre el desajuste emocional y/o conductual:

1.- Esquemas

Esquema: estructuras cognitivas que nos permiten integrar y dar sentido a los hechos. Se desarrollan a lo largo de la primera infancia y determinan qué situaciones serán consideradas como importantes y qué aspectos de la experiencia serán los relevantes para la toma de decisiones; se desarrollan a través de la interacción con el medio físico y social. Su contenido es de lo más variopinto, abarcando desde lo físico e impersonal (como el mundo natural accesible a los sentidos) a lo social y personal (como el sí mismo). El rango de estos esquemas puede ser mayor o menor, yendo de lo abstracto a lo concreto (por ejemplo "democracia" versus "silla"). Características que definen a los esquemas son su:

- amplitud: cuán amplio o reducido es su marco de aplicación
- flexibilidad: qué resistencia muestran al intento de modificarlos
- densidad: cuál es su capacidad para relegar a segundo plano otros esquemas competitivos. Esta característica es su valencia, o el grado en el cual un esquema está activado, canalizado, por tanto, el procesamiento de la información (esquema latente versus esquema hipervalente)

Beck y Freeman señalan que existen diferencias entre personas "normales" y las personas que sufren trastornos mentales codificables en el Eje I (Vg trastorno de ansiedad generalizada o fobia social) frente al Eje II (trastornos de la personalidad) del DSM-IV (APA 1995).

En las personas "normales" los esquemas serían más flexibles que en las personas con trastornos mentales, mostrando menor resistencia a la integración de nuevos datos de "la realidad". En los trastornos del Eje I, como los trastornos de ansiedad o los trastornos del estado de ánimo, los esquemas serían tan flexibles como en los trastornos de la personalidad, existiendo, sin embargo, diferencias en cuanto a su valencia. En el Eje I los esquemas serían activados en situaciones estresantes y congruentes con el contenido de dichos esquemas.

Creencias que conforman los esquemas nucleares correspondientes a cada trastorno de la personalidad

Trastorno de la Personalidad	Creencias
Por evitación	Es terrible ser rechazado, humillado Si la gente conociera mi verdadero yo, me rechazaría No tolero los sentimientos desagradables
Por dependencia	Necesito de la gente para sobrevivir, para ser feliz Necesito un flujo constante de apoyo, de aliento
Pasivo-agresivo	Los otros interfieren en mi libertad de acción Ser controlado por otros es intolerable Las cosas deben hacerse a mi manera
Obsesivo-compulsivo	Yo sé qué es lo mejor. Los detalles son cruciales La gente debería trabajar mejor, esforzarse más
Paranoide	Los móviles son sospechosos Hay que mantenerse en guardia. No hay que confiar
Antisocial	Tengo derecho a violar las reglas Los otros son tontos Los otros son explotadores
Narcisista	Puesto que soy especial, merezco reglas especiales Estoy por encima de las reglas Soy mejor que los otros
Histriónico	La gente está para servirme o admirarme No tienen derecho a negarme lo que merezco Puedo guiarme por mis sentimientos
Esquizoide	Los otros no me compensan Las relaciones son desastrosas, indeseables

2.- Pensamientos automáticos

Beck define los pensamientos automáticos como cogniciones negativas que tienen características distintivas:

- aparecen como reflejas, sin razonamiento previo
- son irracionales e inadecuados
- al paciente le aparecen plausibles y las acepta como válidas
- son involuntarias (al paciente le cuesta bastante "detenerlas")

Estos pensamientos automáticos aparecen como mensajes específicos, como si estuviesen taquigrafiados. En ocasiones, se presentan imágenes de modo automático que resumen en sí mismas toda una cadena de pensamientos automáticos

Estas imágenes son típicas de algunos trastornos de ansiedad, adquiriendo un marcado carácter catastrofista. Así, por ejemplo, un paciente, cada vez que sufría una crisis de pánico, solía verse a sí mismo no sólo con un ataque al corazón, sino ¡muerto, enterrado y con toda su familia velando el cadáver!

Los pensamientos automáticos contienen, a menudo, distorsiones cognitivas que es preciso aislar y corregir.

3.- Distorsiones cognitivas

Son errores sistemáticos en el procesamiento de la información. Entre las más citadas se encuentran

la inferencia arbitraria

la personalización

la abstracción selectiva

la sobregeneralización

la magnificación/minimización

el pensamiento dicotómico

el razonamiento emocional

la descalificación de los positivo

la afirmaciones "debería"

la externalización de la propia valía

- ❖ Estos errores suponen la aplicación rígida e inapropiada de esquemas pre-existentes, dando lugar a respuestas desadaptativas.

Distorsión cognitiva	Definición	Ejemplos
Inferencia arbitraria	Extraer conclusiones que no están en consecuencia con la evidencia objetiva. Tender a un tipo de interpretaciones cuando son más apropiadas las interpretaciones neutras o de sentido contrario.	Un paciente con crisis de pánico en numerosas ocasiones pensaba: "me va a dar un ataque al corazón". Esto lo pensaba cada vez que notaba cualquier sensación "anómala". En realidad esas sensaciones eran taquicardias, sensaciones de ahogo, dolores en el pecho y en el brazo, etc. lo que es lo mismo, sintomatología típicamente producida por la ansiedad, como así se lo habían asegurado en varias ocasiones en el servicio de urgencias de su hospital.
Lector de mente	Es un tipo particular de inferencia arbitraria. Consiste en concluir, sin tener la suficiente evidencia objetiva, que nuestro interlocutor está reaccionando negativamente ante nosotros	Cuando estaba exponiendo un trabajo ante sus compañeros un ejecutivo observó que algunos hablaban entre ellos y pensó: "No les gusta cómo he enfocado el tema". En realidad esos compañeros estaban planeando salir a cenar con sus esposas.
Error del adivino	Es un tipo particular de inferencia arbitraria. Consiste en anticipar, sin evidencia objetiva, que las cosas van a ir mal, dándose ya como inalterable esa predicción del futuro.	Un estudiante que padecía fobia social, momentos antes de exponer un trabajo ante sus compañeros, pensó: "No les va a gustar cómo he enfocado el tema". Sin embargo, era imposible que supiese si les iba a gustar o no esa exposición a sus compañeros, pues era su primera intervención desde que había comenzado el curso.
Personalización	Atribuirse a uno mismo fenómenos externos cuando no existen datos suficientes para realizar dicha atribución.	Un paciente con depresión que participaba en la primera sesión de un grupo terapéutico se sintió abatido. Mientras hablaba observó signos de que dejaban de prestarle atención y pensó: "Se están aburriendo porque soy un pesado". No tuvo en cuenta que las personas pueden encontrarse cansadas por motivos diversos y que, cuando eso ocurre, pueden prestar menos atención a los demás independientemente de lo interesantes que pueden ser los contenidos.
Abstracción selectiva	Sesgar la información de modo consistente con un esquema disfuncional, desatendiendo la información que contradice a dicho esquema.	Una estudiante deprimida oyó cómo ridiculizaban a unos compañeros de clase y se sintió abatida mientras pensaba: "La raza humana es perversa". En realidad era la primera vez que veía ridiculizar a alguien en clase a lo largo de varios años.
Sobregeneralización	Aplicar conclusiones apropiadas para un caso específico a toda clase de experiencias, basándose en las similitudes percibidas.	Una esposa le dijo a su marido: "Nunca puedo contar contigo para cenar". En realidad, ese marido hacía meses que no llegaba tarde a cenar.
Magnificación	Atender en exceso a, y exagerar la importancia de, aspectos negativos de una experiencia.	Un alumno tras haber sacado una mala nota en el examen se dijo a sí mismo: "Ya no podré aprobar este curso". En realidad era sólo un examen parcial de la asignatura.
Minimización	Descartar o infestimar la relevancia de una experiencia positiva	Un marido en terapia de pareja le llevó una rosa a su esposa tras el trabajo, en un intento de cumplir con las tareas para casa asignadas por el terapeuta. Ella pensó: "Lo hace sólo por quedar bien. El ya no me quiere". El marido le regaló la rosa porque le recordaba lo bien que se habían llevado durante el noviazgo.
Pensamiento dicotómico	Evaluar las propias cualidades personales recurriendo a categorías extremas (Bueno/Malo, Listo/Tonto, etc)	Juan era un estudiante de último año de psicología, había sacado una mala nota en un examen, y se sorprendió diciéndose a sí mismo: "Soy un tonto". Había descartado que estaba en el último año de una carrera universitaria que exige un nivel intelectual.
Razonamiento emocional	Suponer que las emociones negativas que sentimos reflejan, necesariamente, la realidad: "Yo siento... por tanto yo soy..."	El hecho de sentir que uno es mala persona sería suficiente para concluir que uno es una mala persona. En realidad podemos sentir que somos malas personas en muchas circunstancias y por muchos motivos, pero hacen falta evidencias objetivas para calificarlos de esa manera; no basta el sentimiento.
Descalificación de lo positivo	Rechazar las experiencias positivas, insistiendo en razones de poco peso para descartar dichas experiencias.	Un estudiante hace un buen examen, habiendo sacado una buena nota, se dice a sí mismo: "El profesor se ha tenido que equivocar al corregir".
Afirmaciones "Debería..."	Aplicar de modo rígido reglas sobre nuestras obligaciones o las de los demás	Un paciente deprimido de 55 años tiene dificultades económicas que le suponen el embargo de la vivienda propia. Se siente culpable. En su registro de pensamientos automáticos anota con cierta frecuencia: "Debería haber sido capaz de sacar adelante la hipoteca". En realidad, su "porción" de culpa no podía ser muy grande, pues la fábrica en la que trabajaba había declarado suspensión de pagos.
Externalización de la propia valía	Minimizar nuestro papel en aquellas cosas que nos confieren valor.	Un estudiante obtuvo una buena nota en un examen que había preparado tras muchas semanas de estudio. Sus padres le felicitaron y él exclamó: "Cualquiera podría haber obtenido una nota como la mía. El examen fue demasiado fácil." En realidad, el examen sólo lo aprobaron el 25% de sus compañeros.

❖ Procedimiento

La Terapia Cognitiva pretende ser algo más que una técnica de reestructuración del estilo de procesamiento de la información del paciente. En opinión de Beck, la Terapia Cognitiva, es una estrategia global sobre la forma de manejar los problemas presentados por el paciente. Su aportación más evidente se encuentra en las técnicas de reestructuración cognitiva. Sin embargo, esto no significa que un terapeuta "cognitivo" no acuda a otro tipo de técnicas como la conductista.

La línea directriz de la terapia cognitiva se encuentra en el principio de que el modo en que construimos el mundo percibido (externo e interno a nosotros mismos) es lo que determina nuestras emociones y conductas.

La tarea del terapeuta irá dirigida a ayudar al paciente a darse cuenta de cómo éste construye el mundo que percibe y cómo es modo de construir el mundo se encuentra en la base de sus emociones y conductas. Para tal fin, el terapeuta se valdrá de distintas estrategias, unas "más cognitivas" y otras "más conductuales"; la meta siempre es la misma: que el paciente se dé cuenta de su papel activo en el control de sus emociones y conductas e introduzca la correspondiente modificación cognitiva (en esquemas y pensamientos automáticos).

a) Fases

Durante las primeras sesiones, el papel del terapeuta es bastante activo a la hora de sugerir hipótesis y actividades a realizar. Conforme la terapia progresa, se va cediendo protagonismo al paciente en el diseño de las tareas que realizará entre sesiones. La estructuración de la terapia, por tanto, se va diluyendo conforme la fase final se acerca.

Las etapas en las que puede ser dividido el proceso de Terapia Cognitiva de Beck, son cuatro:

1. Educativa: Instruir al paciente en el modelo que la Terapia Cognitiva ofrece para el trastorno que él padece.

En un primer acercamiento es muy provechoso intentar conocer qué creencias tiene el paciente sobre lo que está pasando y por qué. Es típico que el paciente haya recibido ya otras explicaciones por parte de otros profesionales y por parte de amigos, familiares y conocidos.

Las creencias que el paciente mantiene sobre las variables causales pueden interferir con la aplicación de las técnicas cognitivas. Es un momento excepcional para ir introduciéndonos en el mundo cognitivo y lingüístico del paciente.

La idea principal que debe comunicarse es que sus emociones y sus conductas están causadas por los pensamientos automáticos que se disparan a partir de una serie de condiciones previas, tales como los esquemas y los eventos estresantes que potencialmente pueden activarlos. Para ello puede ser suficiente con un par de ejemplos bien adaptados a su nivel intelectual y lingüístico.

Debe subrayarse el papel activo que el terapeuta conceda a sus pacientes. La misión es descubrir conjuntamente con el paciente qué pensamientos automáticos se disparan y en qué situaciones lo hacen. El objetivo será buscar evidencias a favor y en contra de dichos pensamientos para determinar su validez.

En una fase posterior se pasará a ver qué contenidos se han venido repitiendo y qué esquemas básicos se pueden inferir de ellos. El objetivo es el mismo: buscar evidencias a favor y en contra de dichas creencias básicas, para determinar la validez de las mismas.

2. Entrenamiento: Entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos.

Esta es una etapa crucial. Lograr que el paciente observe y registre cuidadosamente sus pensamientos automáticos es esencial para el buen curso de la Terapia Cognitiva. El razonamiento: si se supone que la base de la perturbación emocional y/o conductual se haya determinada por los pensamientos automáticos, entonces, que se conozcan bien qué pensamientos automáticos se disparan es fundamental.

Conviene hacer una buena descripción de qué son los pensamientos automáticos, así como de las imágenes que pueden resumirlos. Es esencial aportar ejemplos abundantes y cercanos a la experiencia del paciente. Se intentará demostrar, a su vez, el papel que dichos pensamientos tienen en las emociones y en la conducta del paciente. En este momento se le encarga que lleve un registro diario de estos productos cognitivos para su posterior análisis.

Ejemplo de autorregistro

Fecha y hora	Situación	Pensamientos automáticos (%de creencia)	Emociones (Intensidad)	Cuestionamiento (% de creencia)	Emociones (Intensidad)
6 / 1 / 2010 11:45	Viendo una película de terror. El corazón me late muy deprisa	Me va a dar un ataque al corazón y voy a morir (80%)	Medo (8 sobre 10)	El corazón late deprisa porque la película me tiene en tensión. La taquicardia es normal cuando nos emocionamos mucho (60%)	Medo (3 sobre 10)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

El formulario de arriba se divide en dos partes en función del estadio de la terapia en el que se encuentren terapeuta y cliente.

En una fase inicial de evaluación se utilizarán las cuatro primeras columnas sólo. Se pedirá al paciente que lo rellene, por ejemplo, cada vez que se sienta mal. En ese momento deberá consignar los siguientes elementos:

- a) fecha y hora aproximada en la que tiene lugar el registro
- b) la situación o el recuerdo que le hace sentir mal
- c) los pensamientos automáticos y las imágenes que tienen lugar, así como el grado de credibilidad que le otorga a dichos productos (Vg. valorado en un porcentaje)
- d) las emociones que experimenta, así como la intensidad de las mismas (valoradas en una escala de 1 a 10, por ejemplo)

En una etapa posterior, cuando se comience la reestructuración cognitiva propiamente dicha, se pedirá que rellene todas las columnas de dicho formulario, consignando en las dos últimas los pensamientos racionales que puede generar para corregir las distorsiones contenidas en los pensamientos automáticos, así como el grado de credibilidad que les otorga y la nueva intensidad alcanzada por las emociones.

3. Aplicaciones (primera fase): Examinar y someter a Prueba de Realidad las imágenes y los pensamientos automáticos

El objetivo es que el paciente obtenga una visión más realista del mundo y de sí mismo, una interpretación de la realidad más apoyada en evidencias y datos empíricos. No se trata de que el paciente vea la vida "de color de rosa", el cometido consiste en analizar las distorsiones cognitivas que tienen lugar y someter a prueba las creencias básicas contenidas en sus esquemas.

El procedimiento se basa en el cuestionamiento socrático del apoyo empírico que sostiene a los pensamientos automáticos e imágenes generadas

4. Aplicación (segunda fase): Detección y modificación de esquemas básicos

Tras la práctica prolongada de detección de pensamientos e imágenes automáticos suelen hacerse evidentes ciertos patrones de pensamientos que apuntan a determinadas creencias básicas. Cuando esto no es así se puede indagar sobre los supuestos básicos del paciente a través de diferentes estrategias, como por ejemplo las que se siguen:

- a) Determinar los acontecimientos o situaciones ante los cuales se experimenta especial alegría o bienestar, lo que permitirá averiguar los criterios de éxito que baraja el paciente (reconocimiento social, bienes materiales, etc) y qué consecuencias emocionales tiene el no alcanzar dichos criterios.
- b) Pedir al paciente que intente explicar por qué pueden sentirse bien (o mal) otras personas, ello permitirá arrojar luz sobre los supuestos básicos sostenidos.

Una vez detectadas las creencias básicas es necesario proceder de modo tentativo, actuando como si fuesen hipótesis de trabajo que se deben validar conjuntamente entre terapeuta y paciente. Para ello se pueden plantear experimentos que lleven a la recogida de nuevos datos empíricos y lograr evidencias a favor o en contra del contenido de los esquemas establecidos.

La tarea de modificar los esquemas puede generar temores y resistencias debido a que dichos esquemas suponen formas básicas de canalizar el procesamiento de la información que son establecidas en las etapas más tempranas de la vida y, por tanto,

constituyen el modo en el que el paciente ha aprendido a entenderse a sí mismo y al mundo. Los esquemas son, de algún modo, la "personalidad" del paciente. Pedirle que deje de pensar así, puede ser asimilado a la petición de dejar de ser uno mismo.

Una persona que ha organizado su vida en torno a la importancia de ser amado y aceptado por los demás y especialmente por su pareja, por ejemplo, puede deprimirse gravemente tras un divorcio. Planificarle actividades placenteras, reestructurar pensamientos automáticos como Ya no valgo nada, Nunca volveré a casarme o Nadie podrá quererme como él me quiso, puede ayudar a esa persona a superar su depresión. Lo que se está haciendo es mitigar la preponderancia del esquema básico, pero no su eliminación. Esta persona podrá volver a casarse y podrá volver a deprimirse tras un segundo divorcio, si cabe con más intensidad que en la primera ocasión, pues ahora tiene "doble confirmación".

El beneficio de trabajar los esquemas básicos es la prevención de recaídas en pacientes con trastornos del Eje I del DSM-IV (Vg trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, etc). Cuando se trata a pacientes que sufren trastornos de la personalidad, el objetivo básico de la terapia es la modificación profunda de sus esquemas básicos.

❖ Estrategias y Técnicas cognitivas

i- Reatribución

Los pacientes depresivos tienden a atribuirse, en exceso, la culpa de acontecimientos negativos y/o de sus consecuencias en situaciones que escapan a su control directo. La técnica de la retribución consiste en determinar, entre terapeuta y paciente, qué porción de responsabilidades es atribuible a otros factores, dadas las circunstancias de cada caso.

ii- Búsqueda de interpretaciones alternativas

Consiste en la investigación activa de nuevas interpretaciones o soluciones a los problemas que se le plantea al paciente.

Cuando el problema está en la interpretación que el paciente adopta de la situación problemática, una técnica útil es la técnica de las dos columnas, la cual consiste en dividir una hoja por la mitad colocando en el lado izquierdo la interpretación problemática que se quiere modificar; en el lado derecho se colocan las

interpretaciones alternativas que vaya generando el paciente. Al principio es frecuente que le resulte difícil generar alternativas creíbles por sí mismo, por lo que se le prestará ayuda.

Ejemplo de aplicación de la técnica de las dos columnas

Interpretación original	Interpretaciones alternativas
Me mira serio porque no le gusta cómo estoy desarrollando mi trabajo.	<p>Me mira serio porque esa noche no ha dormido bien</p> <p>Me mira serio porque es un hombre poco alegre</p> <p>Me mira serio porque es un jefe muy exigente con todos los trabajadores y quiere que le tenga miedo desde el principio.</p> <p>Me mira serio porque prefiere trabajadores mayores que yo</p> <p>Me mira serio porque prefiere trabajadores menores que yo</p>

iii- Búsqueda de soluciones alternativas

No es raro que en el origen del sufrimiento emocional de los pacientes se pueden encontrar problemas "reales" que están sin resolver y que necesitan solución. Sin embargo, muchos pacientes tienden a pensar que ya han probado todas las opciones posibles que se podían aplicar a dicho problema. Otros pacientes piensan que lo han probado casi todo y que tan sólo les queda como solución a su problema el suicidio.

Un paso preliminar importante es la definición cuidadosa y exhaustiva del problema, lo que puede llevar a que el paciente genere espontáneamente nuevas alternativas de solución.

iv- Cuestionar la evidencia

Preguntar "¿Qué evidencia tenemos de...?" puede ser una herramienta muy poderosa para la reestructuración cognitiva.

v- Técnica de la triple columna

En ocasiones los pacientes cometen errores lógicos a la hora de analizar la realidad. Esta técnica nos permite ayudarles a tomar conciencia de los errores o distorsiones que cometen.

Consiste en dividir una hoja en tres columnas para anotar en la primera aquellas situaciones que le generan malestar emocional; en la segunda, sus pensamientos

automáticos; en la tercera, las distorsiones cognitivas que se encuentran en dichos pensamientos automáticos.

Ejemplo de aplicación de la técnica de la triple columna

Situación	Interpretación	Error
Viendo una película de terror. El corazón me late muy deprisa	Me va a dar un ataque al corazón y voy a morir (80%)	Inferencia arbitraria
Mientras paseaba, un desconocido me miraba desde su coche	Me quiere hacer daño. No hay ningún sitio seguro	Inferencia arbitraria Sobregeneralización

vi- Descentramiento

Muchos pacientes con ansiedad social suelen pensar que son el centro de atención de todos aquellos con los que interactúa. En ocasiones piensan que pueden ser observados por los otros con tal capacidad de penetración que les pueden notar cómo están sintiendo y qué están pensando exactamente. Es como si atribuyesen poderes de lectura de pensamiento a todos menos a sí mismos. Esta técnica persigue que el paciente logre ver que él no es el centro del universo y que esa capacidad de lectura del pensamiento que atribuye a los demás no es tan potente como cree.

vii- Contratar predicciones catastróficas

Es típico que el paciente ansioso anticipe consecuencias negativas, creando una visión un tanto "catastrófica" de las cosas.

Esto se puede observar en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. En el primer caso, se predicen unas consecuencias catastróficas (infarto cardíaco, tumor cerebral, enloquecer, etc) para respuestas psicofisiológicas y cognitivas inocuas (taquicardia, vértigo, desrealización, despersonalización, etc.); en el segundo caso, se anticipan consecuencias catastróficas (accidentes de tráfico, pérdida de trabajo, etc.) ante indicios que no justifican dichas predicciones (retraso de 1 hora en la vuelta a casa de un familiar, haber recibido algunas críticas "normales" por un trabajo realizado con un ligero retraso, etc.).

El paciente ansioso no suele utilizar en los casos citados toda la información disponible y raramente tiene en cuenta que en el pasado ya hizo predicciones similares que no se cumplieron.

Una forma de trabajar la tendencia a anticipar consecuencias catastróficas podría ser el (auto) registro sistemático de las predicciones que hace el paciente durante varias semanas para, posteriormente, verificar si se han cumplido o no. Estas estrategias pueden aportar nuevos datos para reducir el impacto de las predicciones catastróficas, aumentando la crítica del paciente frente a ellas.

Aplicaciones

La Terapia Cognitiva de Beck surgió en el ámbito del tratamiento de la depresión unipolar, para progresivamente ir aplicándose en otras áreas como:

- * Depresión unipolar no psicótica
- * Trastornos por ansiedad
- * Trastornos de personalidad
- * Problemas de pareja
- * Conducta suicida

4.7.1.2 Terapia racional emotiva (Albert Ellis)

Albert Ellis, en 1955 comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo con el modelo A-B-C para la terapia, donde los eventos activadores (A) no causan directamente las consecuencias emocionales (C); son las creencias (B) la causa de acciones y sentimientos. Menciona que los trastornos emocionales derivan de un "auto adoctrinamiento" en exigencias irracionales, tales creencias disfuncionales conducen a respuestas conductuales y emocionales disfuncionales. La terapia tienen como fin, no sólo tomar conciencia de este "auto-adoctrinamiento" en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta (Manson, J. E., Colditz, G. A., 1991).

❖ Base teóricas y experimentales

La Terapia racional-emotiva fue desarrollada por Albert Ellis en 1962 y se basa en el supuesto general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos (irracionales).

Las personas controlan en gran medida sus propios destinos sintiendo y actuando según los valores y creencias que tienen.

1.- El Modelo A-B-C

En el modelo de la terapia racional-emotiva,

A es Acontecimiento activador, un suceso real y externo que se le presenta al sujeto B (Belief = creencia) es la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que la persona utiliza como respuesta a A; es la valoración que hace el sujeto del evento acontecido.

C representa la Consecuencia emocional o conductual del sujeto

Para Ellis C no es consecuencia directa de A, sino de B, ya que dependiendo de la interpretación B que haga el sujeto del evento acaecido A experimentará unas consecuencias emocionales u otras C. Ver tabla siguiente:

Consecuencias emocionales y conductuales de diferentes creencias activadas a partir del mismo acontecimiento

<i>He perdido mi trabajo</i>	"¡¡¡Debo tener ese puesto de trabajo!!! No puedo vivir sin él. Considero que es horrendo perderlo. Les he fallado a mi mujer y a mis hijos. No merezco vivir. ¿Quién me va a dar trabajo a mí con mi edad?, etc"	Consecuencia emocional: depresión Consecuencia conductual: quedarse acostado en vez de buscar empleo.
	"Me da igual conservar o perder este puesto de trabajo"	Consecuencia emocional: indiferencia Consecuencia conductual: búsqueda de un nuevo empleo.
	"Me alegro de que me despidan. Este puesto de trabajo era un mal rollo y el jefe un ogro. Ahora podré cobrar el paro. Etc."	Consecuencia emocional: alivio y alegría Consecuencia conductual: búsqueda de un nuevo empleo

Como puede verse claramente, la clave de las consecuencias emocionales y conductuales se encuentran en el tipo de creencias que se activan ante un acontecimiento dado.

Ellis mantiene que la gente tiende a atribuir C a A, esto es, la depresión y la pasividad al despido, en vez de atribuirlo a B, la valoración catastrofista de la pérdida del puesto al trabajo.

El modelo A-B-C debe ser considerado como una alternativa más a la hora de explicar la génesis y mantenimiento de los problemas psicológicos. Su secuencia A-B-C se completa con el tratamiento o reestructuración cognitiva (D) y sus resultados o forma adaptativa de interpretar y valorar los eventos E, dando lugar a las nuevas emociones y conductas. Ver tabla

Fases y objetivos que integran el proceso de la Terapia Racional – Emotiva

Fases	Objetivos
A	Establecer los acontecimientos activadores, los pensamientos o los sentimientos que tienen lugar justo antes de que el paciente se sienta perturbado emocionalmente o de que actúe de modo contraproducente.
B	Desvelar las creencias irracionales que median entre los elementos activadores y la perturbación emocional o la conducta desadaptativa
C	Codificar los sentimientos perturbadores y conductas desadaptadas que tienen lugar como consecuencia de las creencias irracionales.
D	Discutir las creencias irracionales sostenidas en B, bien de modo socrático o por otros medios
E	Poner de relieve las nuevas creencias racionales adaptativas que surgen de la discusión de las creencias irracionales (desadaptativas)
F	Codificar los nuevos sentimientos y conductas que surgen como consecuencia de la reestructuración de las creencias irracionales.

2.- Las creencias irracionales

Ellis sostiene que en nuestra sociedad, la familia y otras instituciones, directa o indirectamente, nos adoctrinan de tal modo que llegamos a creer una serie de ideas supersticiosas o sin sentido, las cuales se producen al ser humano trastornos emocionales. Según Ellis, estas creencias irracionales básicas y las consecuencias que de ellas se derivan son el origen fundamental de la mayoría de las perturbaciones emocionales. Ver tabla

Algunas de las principales creencias irracionales y sus correspondientes alternativas racionales se presentan en el siguiente cuadro:

Creencias irracionales (desadaptativas)	Alternativas racionales (adaptativas)
"Es una necesidad calamitosa para un adulto ser amado o tener la aprobación de todos por cada cosa que hace"	Concentrarse en la propia dignidad, en ganar la aprobación para objetivos necesarios (como el progreso en el trabajo), y en amar más que en ser amado.
"Ciertos actos son erróneos o malvados o infames, y las personas que realizan estos actos deberían ser castigados severamente"	Ciertos actos son inapropiados o antisociales, y las personas que los realizan son siempre estúpidas, ignorantes o perturbadas emocionalmente
"Es terrible, horrible y catastrófico cuando las cosas no van como nosotros quisieramos"	Es muy grave cuando las cosas no van como nos gustaría que fueran y deberíamos intentar cambiarlas o controlar las situaciones incómodas. Cuando ello no sea factible, lo mejor sería aceptar su existencia y dejar de decirse a uno mismo lo terrible que son.
"gran parte de la desdicha humana tiene una causa externa y se impone a uno por personas y acontecimientos externos"	La desdicha humana está causada o sostenida por la visión que se tiene de las cosas, más que por las cosas mismas.
"Si algo puede ser peligroso o temible, se debería estar muy inquieto por ello"	Si algo es o puede ser peligroso o temible, habría que darle la cara francamente e intentar convertirlo en no-peligroso; cuando eso sea imposible, piense en otras cosas y deje de decirse en qué situación tan terrible está o puede estar.
"Es más fácil evitar dar la cara a las dificultades y a las propias responsabilidades"	La vía "fácil" es siempre la manera más costosa a largo plazo. La única manera de resolver los problemas difíciles es enfrentarse a ellos honradamente.
"Necesito apoyarme en algo más fuerte o más importante que yo mismo"	Normalmente es mucho mejor mantenerse sobre los propios pies y ganar confianza en uno mismo y en la propia habilidad para enfrentarse con las dificultades de la vida
"Debería ser concienzudamente competente, suficiente, inteligente y lograr cualquier cosa que me proponga"	Debería hacer, más que intentar hacerlo <i>siempre</i> bien y debería aceptarse a mí mismo como una criatura imperfecta, con limitaciones humanas y fiabilidades específicas.
"Por haber sido afectado intensamente una vez por algo, mi vida quedará afectada indefinidamente"	Debería aprender de las propias experiencias pasadas pero no estar pendiente de ellas o con prejuicios.
"Tiene una importancia vital para nuestra existencia lo que otras personas hacen; deberíamos hacer grandes esfuerzos para cambiarlas a la dirección que quisiéramos que fueran"	Los defectos de los demás son en gran medida <i>sus</i> problemas y hacer presión sobre ellos para que cambien es normalmente menos probable que les ayude en ese sentido.
"La felicidad humana puede lograrse por inercia e inacción"	Los humanos tienden a ser más felices cuando están ocupados activa y vitalmente en tareas creativas, o cuando se dedican a personas o proyectos fuera de sí mismos
"Uno no tiene prácticamente ningún control sobre sus emociones y no puede evitar sentir ciertas cosas"	Se tiene control enorme sobre las propias emociones si se elige trabajar en su control y practicar diciéndose el tipo correcto de frases.

❖ Procedimiento

La aplicación de la terapia racional-emotiva incluye las siguientes fases:

a) Presentación al cliente de la filosofía de la terapia racional - emotiva

El terapeuta informa al cliente de los supuestos que explican el génesis y el mantenimiento de su problema, enfatizando el papel de los pensamientos irracionales en el malestar subjetivo y en el comportamiento desadaptativo (modelo A-B-C).

El objetivo de esta fase inicial es persuadir al cliente que los acontecimientos externos contribuyen parcialmente a originar los sentimientos negativos, pero que no los causan directamente.

Una vez que el cliente acepta que son sus creencias irracionales el factor que más contribuye a su trastorno se pasa a la siguiente fase.

b) Identificación de los pensamientos irracionales

Esta tarea se realiza mediante el entrenamiento en discriminación, la observación sistemática y la evaluación lógica-empírica de las auto-declaraciones del paciente. El terapeuta también contribuye a esta identificación proporcionando retroalimentación.

Para el descubrimiento de las creencias irracionales existen dos procedimientos:

i- El paciente busca sus debería o sus tiene que ser; esto es, las necesidades o imperativos internos que experimenta ante un acontecimiento externo activador y que causan su perturbación al convertir sus deseos en necesidades categóricas, sus preferencias en exigencias. En este sentido, Ellis afirma que cuando se experimenta un problema emocional, se puede suponer que la persona exige algo de forma absoluta, se siente horrible por no conseguir lo que reclama, anda lloriqueando constantemente por no lograrlo y concluye que él o cualquier otra persona es despreciable por actuar de una forma peculiar.

ii- El paciente reconoce la existencia de cualquiera de las creencias irracionales más extendidas, bien en un listado que le entrega el terapeuta, bien en un autoinforme estandarizado, como el Registro de Opiniones de Davis, McKay y Eshelman (1985), que consta de 100 ítems, en cada uno de los cuales el sujeto indica si está o no de acuerdo.

El autoinforme evalúa diez creencias irracionales, cada una de las ellas mediante diez enunciados. Así, por ejemplo, la creencia irracional número uno sostiene que "para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos" y se evalúa por medio de los siguientes enunciados:

- * Para mí es importante recibir la aprobación de los demás (item 1)
- * Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie (item 11)
- * Quiero gustar a todo el mundo (item 21)
- * Puedo gustarme a mí mismo, aún cuando no guste a los demás (item 31)
- * Si no gusto a los demás es su problema, no el mío (item 41)
- * Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás (item 51)
- * Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello (item 61)
- * A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte (item 71)
- * Ser criticado es algo fastidioso pero no es perturbador (item 91)

Como se puede apreciar algunos items, como el 21, están redactados de modo tal que el acuerdo significa mayor conformidad con la creencia irracional, mientras que otros, como el 41, están formulados en sentido contrario.

c) Discusión

El terapeuta intenta persuadir didácticamente al cliente sobre la irracionalidad de sus creencias, modelando sistemas de creencias adecuadas y reforzando los cambios observados. La reestructuración cognitiva consiste en debatir las irracionalidades detectadas, enseñando a distinguir entre pensamiento lógico e ilógico (adaptativo versus desadaptativos), llevando a cabo una reconceptualización, que ayude a modificar las sobregeneralizaciones y a volar los acontecimientos de forma más realista y menos catastrófica.

En esta fase se utilizan las tareas para casa, a fin de facilitar la autoobservación en situaciones reales y generar material para las discusiones terapéuticas.

❖ Variantes

1.- Enfoque didáctico versus Socrático

La TRE se puede aplicar siguiendo un enfoque didáctico o un enfoque socrático. En el primer caso, el enfoque didáctico, el terapeuta se dedicaría a la enseñanza directa de las alternativas racionales de las creencias irracionales sostenidas por el paciente, explicando de qué modo los pensamientos irracionales son incorrectos y contraproducentes.

El enfoque socrático supone la guía del paciente hacia el autodescubrimiento de las alternativas racionales. El terapeuta desafía las creencias irracionales del paciente con la intención de animarle a su reevaluación.

El terapeuta puede optar por ser más didáctico al principio para más tarde cambia a un enfoque tipo socrático, conforme el paciente vaya dominando mejor la técnica. Otro modo de conducirse puede ser el adoptar desde el principio la técnica de las preguntas socráticas (la mayéutica) para cambiar a un enfoque didáctico cuando el paciente tiene dificultad para reflexionar sobre la irracionalidad de sus creencias.

2.- Terapia racional - emotiva versus hipnoterapia racional - emotiva

La sustitución de creencias irracionales por alternativas racionales puede llevarse a cabo a través del método socrático o del enfoque didáctico y, al mismo tiempo, independientemente del enfoque elegido, dicha sustitución puede promoverse desde dentro de un contexto hipnótico, con o sin inducción formal del trance.

❖ Aplicaciones

Las principales áreas de aplicación son:

* Área de salud. Se puede distinguir dos sub-áreas: la clínica tradicional y la más actual de salud. Las aplicaciones de la terapia racional - emotiva más numerosas son los problemas clínicos:

- trastornos de ansiedad

- disfunciones sexuales
- variaciones sexuales
- problemas de pareja
- problemas en el medio familiar
- impulsividad
- agresividad

Algunas aplicaciones en la sub-área de la salud son:

- estilos de vida sana
 - toxicomanías
- * Área educativa y escolar
 * Área del deporte

4.7.1.3 Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento.

Pretende que el paciente adquiera habilidades para hacer frente de forma activa a una variedad de situaciones estresantes. Las técnicas son:

- a) Inoculación de estrés de Meichenbaum
- b) El entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson
- c) La desensibilización de auto control de Goldfried
- d) El modelado encubierto de Cautela.

4.7.1.4 Técnicas de resolución de problemas.

En la terapia de resolución de problemas, los problemas son definidos como situaciones en las cuales "ninguna alternativa de respuesta efectiva está disponible para el individuo confrontado con la situación".

La solución de problemas es un cambio: un proceso conductual, ya sea abierto o cognitivo en su naturaleza, el cual:

- a. hace disponibles una variedad de respuestas alternativas potencialmente efectivas para lidiar con la situación problemática, y
- b. aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más efectiva entre las diferentes alternativas.

El proceso se completa cuando la situación problemática ya no es una problemática asumiendo que los efectos colaterales son razonablemente favorables.

La terapia de solución de problemas prescribe la solución de problemas al trabajar en una secuencia lógica de etapas:

- Orientación al problema
- Definición y formulación del problema
- Generación de alternativas
- Toma de decisiones
- Implementación y verificación de la solución

Enfocadas a entrenar al cliente en una metodología sistemática para abordar diferentes problemas, El proceso comprende diversas habilidades: Análisis de los problemas, Formulación de objetivos, Generación de alternativas, Valoración de alternativas y selección de las más adecuadas, Ejecución de las alternativas elegidas. Las principales técnicas son:

- a) Terapia de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried
- b) Técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack y Shure
- c) Procedimiento de ciencia personal de Mahoney.

Como vimos, es extensa la variedad de recursos y técnicas de las que podemos echar mano en cada situación que se nos presente, ya se de manera urgente o programada; por supuesto, nuestra preparación debe ampliarse muchas otras técnicas y otras tantas corrientes teóricas; recordemos que el programa requiere de técnicas de acción inmediata y donde el paciente perciba un cambio desde los primeros instantes.

En los siguientes capítulos entraremos a otra etapa del presente trabajo donde se analizará la actuación y los registros obtenidos en ese período semestral. Análisis que busca evaluar tanto al programa como al prestador de servicio y cumplir así un importante objetivo.

V ANÁLISIS DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Al finalizar mis actividades del servicio social en la SSDF, el Coordinador del Servicio Social en Medicina a Distancia, proporcionó estadísticas en cuanto al Programa ILE obtenidas en el período Mayo 2007-Octubre 2011 que cubre prácticamente desde los inicios del programa hasta la actualidad; información muy valiosa que nos permite darnos una idea del impacto social que ha tenido en los ciudadanos que han utilizado este recurso.

Así pues, quiero exponer primero, desde una perspectiva general y oficial hasta un análisis ya particular de mis actividades permitiendo, de algún modo hacer un comparativo en algunos de los resultados obtenidos por quien escribe este reporte y lo registrado en forma oficial por la Institución.

5.1 Resultados estadísticos en el Programa ILE. Período Mayo 2007- Octubre 2011

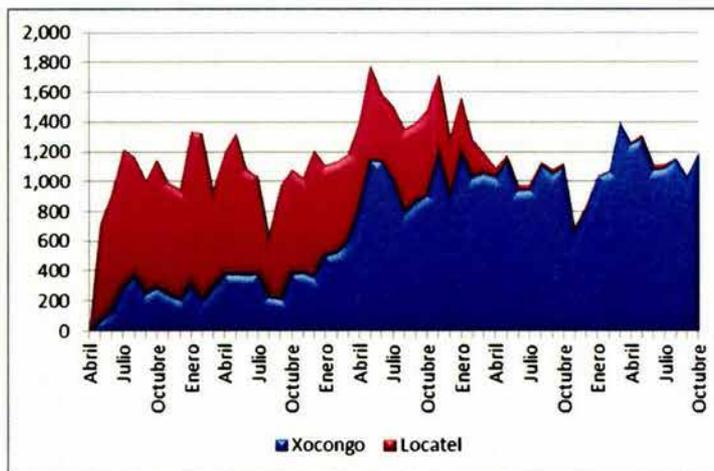
El trabajo de personal de Medicina a Distancia, prestadores de servicio social y el apoyo de otras instituciones ha permitido que la línea ILETEL atendiera 63,405 llamadas de abril de 2007 a la fecha; de las cuales 1,291 fueron de apoyo psicológico, 3,318 de seguimiento y 2,646 relacionadas con la atención de casos por molestias físicas debidas al proceso (urgencias misoprostol); el resto fueron informativas o de coordinación con hospitales o instituciones.

Destaca el hecho de que en el Centro de Atención en Xocongo se ha atendido el 64% de las llamadas y que la tendencia va en aumento.

Existen principalmente dos factores para el aumento de las llamadas en Xocongo:

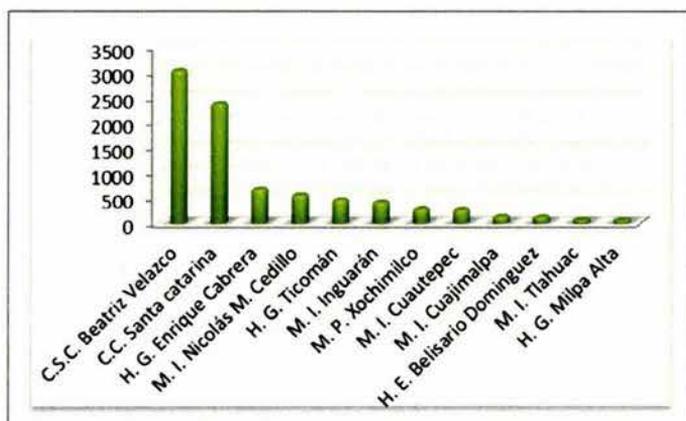
- 1) La inclusión del número 51320909 (con 20 líneas de atención) como número de referencia y
- 2) el carácter resolutivo de los orientadores que han sido capacitados en técnicas de empatía, intervención en crisis, urgencias por misoprostol, primeros auxilios psicológicos y entrevista motivacional.

Consultas y consejerías telefónicas relacionadas con la ILE
Productividad en conjunto de: personal médico y psicólogo de LOCATEL y SSDF
Información de mayo 2007 a octubre 2011



Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal – Medicina a Distancia.
 Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal – Locatel.

Consultas y consejerías telefónicas relacionadas con la ILE
Hospitales a los que se canalizó a las usuarias de ILETEL
Productividad en conjunto de: personal médico y psicólogo de la SSDF
Información de enero 2011 a octubre 2011



Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal – Medicina a Distancia.

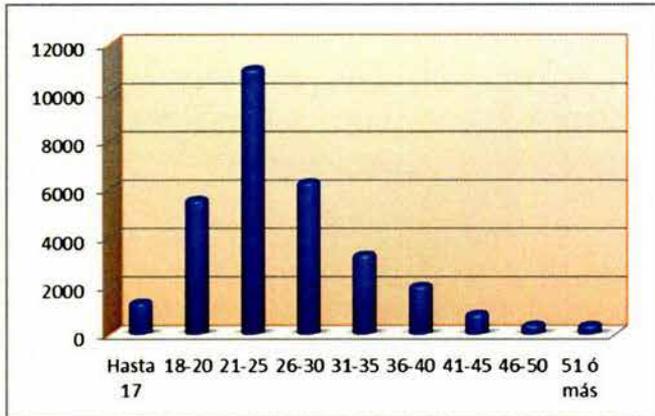
La comunicación constante con los Hospitales y Centros de Salud donde se práctica la Interrupción del Embarazo ha permitido la correcta canalización de las usuarias.

Consultas y consejerías telefónicas relacionadas con la ILE

Edad de usuarias que llamaron a ILE-TEL

Productividad en conjunto de: personal médico y psicólogo de la SSDF

Información de mayo 2007 a octubre 2011



Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal – Medicina a Distancia.

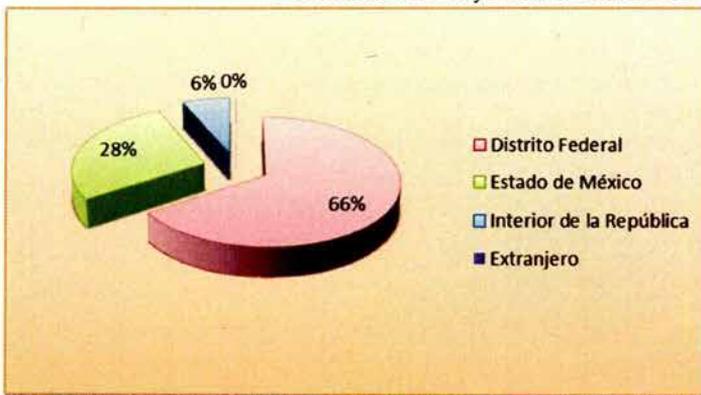
Sin duda, el hecho de que los números de ILETEL se promocionen principalmente en portales de internet, hace que la población joven de entre 18 y 30 años sea quien más solicite información a través del teléfono.

Consultas y consejerías telefónicas relacionadas con la ILE

Entidad federativa de donde llamaron a ILE-TEL

Productividad en conjunto de: personal médico y psicólogo de la SSDF

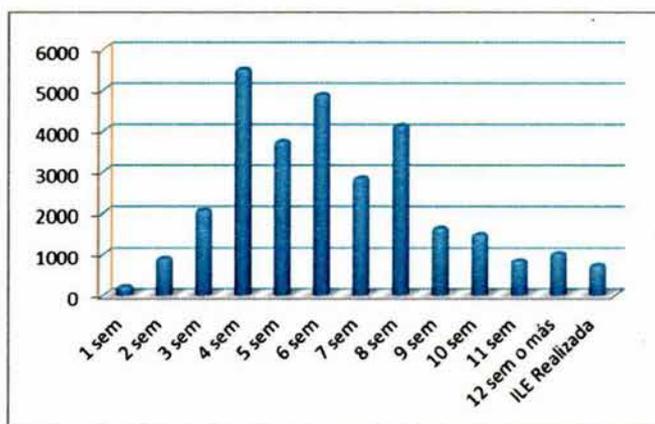
Información de mayo 2007 a octubre 2011



Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal – Medicina a Distancia.

De mayo de 2007 a la fecha se han recibido 20,062 llamadas de personas que llaman del DF, 8,483 del Estado de México, 1,989, del resto de la república y 13 del extranjero.

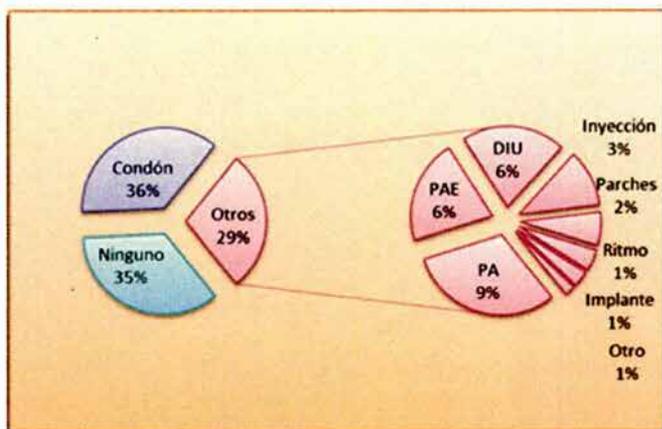
Consultas y consejerías telefónicas relacionadas con la ILE
 Semanas de Gestación que mencionaron las usuarias cuando llamaron a ILE-TEL
 Productividad en conjunto de: personal médico y psicólogo de la SSDF
 Información de mayo 2007 a octubre 2011



Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal – Medicina a Distancia.

Un gran porcentaje de usuarias que se comunican a la línea lo hacen cuando están entre la semana 4 y la 8, esto facilita que la atención sea oportuna, a las usuarias que llaman después de la semana 12 se les otorga asesoría sobre las opciones que tienen para continuar con el embarazo, con acompañamiento psicológico hasta el momento de la decisión y en lo que va del proyecto 740 usuarias han llamado para recibir asesoría después del procedimiento.

Consultas y consejerías telefónicas relacionadas con la ILE
 Relación de Anticonceptivos utilizados por las usuarias de ILE-TEL
 Productividad en conjunto de: personal médico y psicólogo de la SSDF
 Información de mayo 2007 a octubre 2011



Es significativo que 35% de las usuarias que llaman al ILETEL refieren que no usaron ningún método anticonceptivo, pero no deja de ser relevante que el 65% restante comento que sí usaron algún método, esta información puede revelar que tal vez no los han sabido utilizar adecuadamente. Es por ello que al finalizar cada llamada se hace énfasis en el uso correcto de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Se les orienta para que cada pareja elija el mejor método para ellos según su contexto de vida y se les canaliza a su centro de salud o clínica para que reciban más información.

A continuación, presentaré los datos y gráficas de las actividades propias durante seis meses y donde podemos corroborar que existió un patrón similar a los datos proporcionados por la Coordinación de Medicina a Distancia.

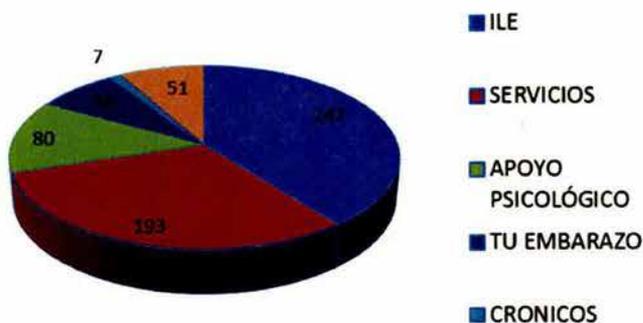
5.2 Análisis de actividades propias durante las 480 hrs de servicio social

Presento en la siguiente gráfica cómo fueron distribuidas las llamadas tanto de entrada como de salida que atendió y realizó un servidor.

CONTEO FINAL DE LLAMADAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

	Tiempo Real (HrS)	ENTRADA			SALIDA			GRAN
		ILE	SERVICIOS	APOYO PSICOLÓGICO	TU EMBARAZO	CRONICOS	ADHERENCIA	TOTAL
TOTAL ACUMULADAS	489.5	247	193	80	48	7	51	626
		39.5%	30.8%	12.8%	7.7%	1.1%	8.1%	

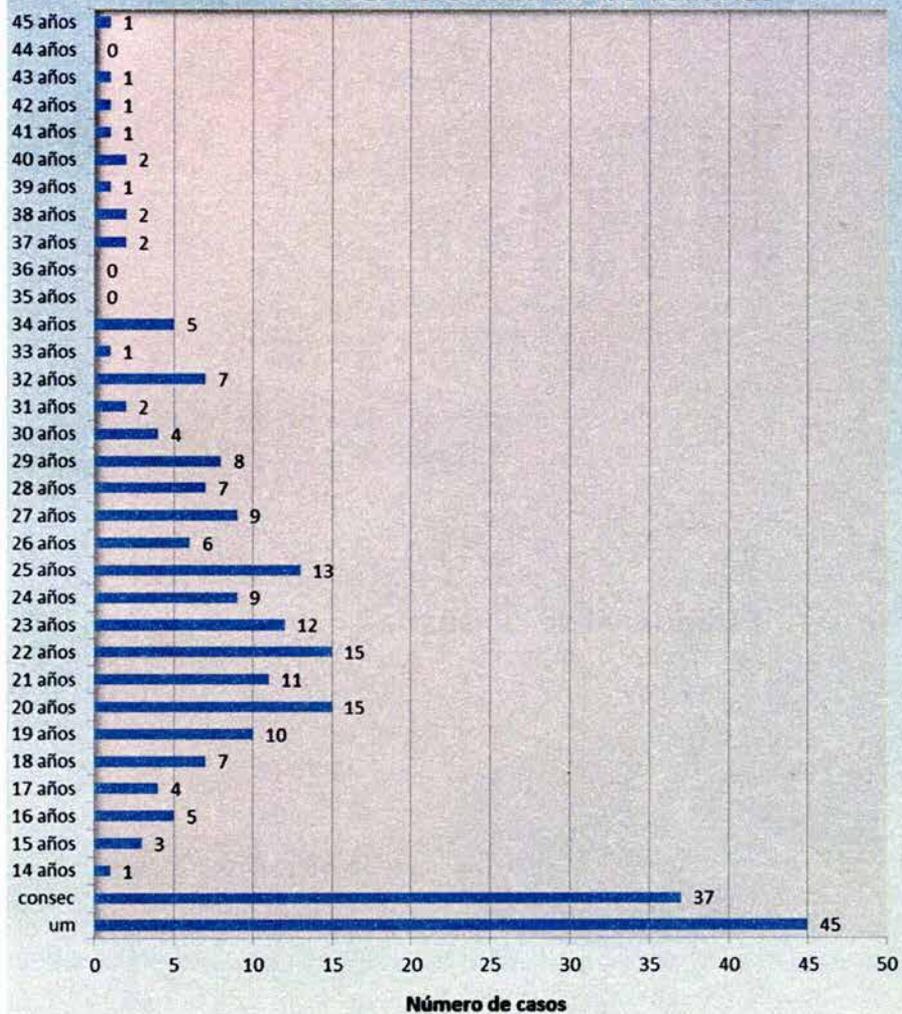
Distribución del Tipo de Llamadas de Entrada



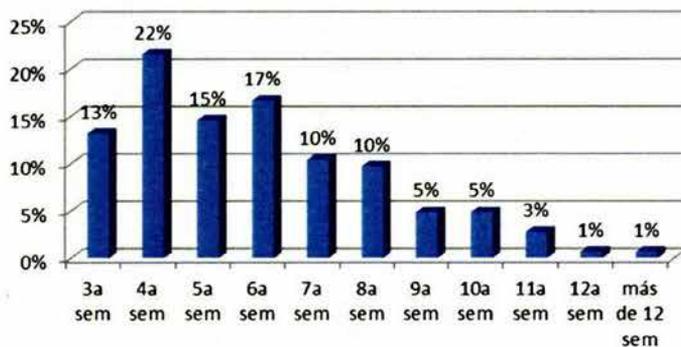
Como se puede ver, el mayor volumen de llamadas de entrada corresponde al tema del ILE.

Me permito exponer a continuación en forma gráfica algunas características de las llamadas en mi actuación durante esas seis semanas donde se solicitaba información y apoyo en torno al tema de la interrupción legal del embarazo, tema que impacta sobremanera social, económica y emocionalmente a la población actualmente. Esa imagen estadística nos permite conocer mejor el perfil y contexto.

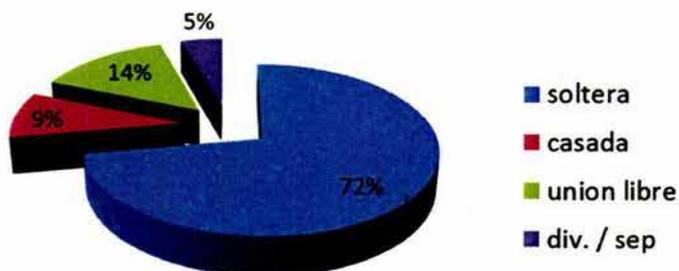
Edades referidas de las usuarias



Semanas de embarazo al llamar



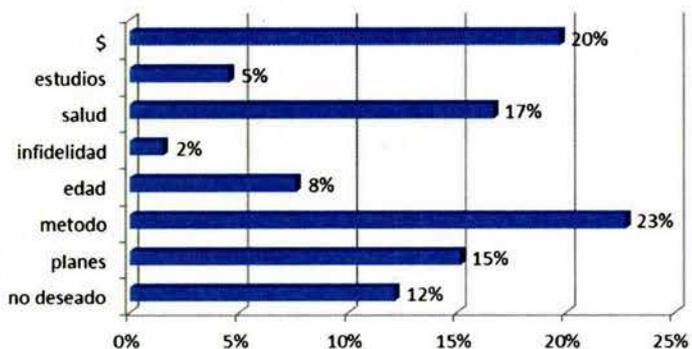
Estado civil de la usuaria



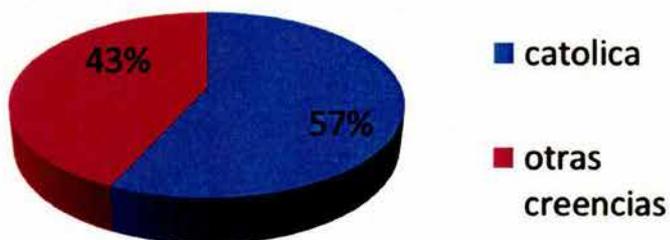


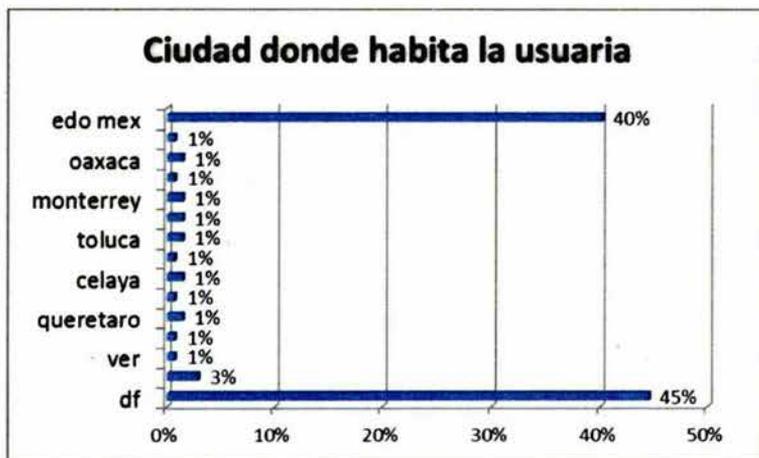
En relación a este tema, quisiera resaltar mi punto de vista donde me parece que estas cifras nos indican que a mayor nivel académico, mayor disponibilidad en buscar este tipo de alternativas la solución a este tipo de problemas y no precisamente que existen más interrupciones conforme aumenta el nivel escolar.

Motivo de la interrupción referido



Religión referida de la usuaria





VI DISCUSIÓN

Como ya vimos, en el presente reporte profesional del servicio social, he descrito el contexto de la institución y del programa en que participé, la descripción de mis actividades, el marco teórico que las avala, las técnicas como herramientas para cumplir dichas actividades y también un análisis cualitativo y cuantitativo de ellas.

Deseo tomar este espacio como foro de reflexión y discusión después de mi experiencia vivida en esos seis meses donde mis conocimientos adquiridos y vocación de servicio fueron puestos a prueba y donde, sobre todo, el contacto con el paciente fue limitado a un solo canal de comunicación y que significó un reto para mi capacidad de interacción y comunicación.

Este período de aprendizaje debe despertar a los que estudiamos una carrera, nuestro sentido crítico y de autoanálisis para dar una propuesta de mejora continua en nuestro accionar profesional y del accionar de la institución, y por qué no, de una concientización del lector de ese trabajo ajeno a esta ciencia y que en un momento puede ser un usuario potencial de esos programas de salud.

Es un período de madurez personal y laboral.

En una opinión personal y con el deseo de ponerlo a consideración de los lectores, como prestadores de servicio social, nuestra buena voluntad, entusiasmo y preparación para participar en este programa, no fueron suficientes para cubrir cabalmente los objetivos del programa; esto es, sin ser demasiado puntilloso y basado únicamente en lo observado en ese período semestral, el suministro de orientación e información de los programas los usuarios fue cubierto en forma aceptable, sin embargo, en las múltiples ocasiones que solicitaban apoyo o consejo psicológico, nuestro entrenamiento, nuestro conocimiento no siempre fueron suficientes para satisfacer al paciente totalmente.

En las siguientes líneas hablaré de la preparación, destrezas, habilidades y responsabilidades, tanto del orientador, como de la institución que en esta ocasión, nos dio la oportunidad de colaborar con ellos.

Una vez como profesionales podemos, encontrar una diversidad de comportamientos de quien solicita el servicio profesional: buena disposición, un alto grado de inteligencia, facilidad y congruencia al expresarse, expectativas de su tratamiento que manifiesta y a los métodos que el profesionista pueda manejar. Pero también está lo opuesto, donde el paciente no coopera en lo más mínimo y con caracteres muy limitados.

Son muy variados los factores que influyen o determinan para manifestar una u otra conducta.

En una actitud displicente, el orientador puede adjudicarle toda la responsabilidad al paciente: "no tiene motivación para mejorar", "tiene mucha resistencia al cambio", "carece de habilidades cognitivas", etc., justificando así el potencial o real fracaso terapéutico.

Quizá en algunas ocasiones estos justificantes puedan ser reales, sin embargo, estamos obligados, como profesionales, a un análisis y una concientización de todos los factores que influyen en la dinámica de una relación terapéutica y que muchas veces son ignorados.

Con lo anterior, deseo hablar en relación a cuatro temas que considero importantes: el primero se refiere a los aspectos propios del paciente; en segundo lugar, los aspectos de la relación entre el paciente y el orientador, el tercero, los aspectos propios del orientador y, finalmente, los aspectos propios de la Institución que me brindó la oportunidad de desarrollar mis habilidades adquiridas hasta ahora.

Aspectos propios del paciente

La mayoría de nosotros hemos recibido aprendizaje social a través del contacto con los "adultos significativos", esto es, padres, maestros o tutores, los cuales, si carecieron de destrezas para la expresión honesta y directa de sentimientos, respeto, cuidados, comprensión, etc., lo más probable es que "recibamos esta herencia" y también tengamos dificultades al momento de desarrollar y manifestar al mundo nuestros sentimientos y pensamientos (Rogers Carl, 1972).

En esa situación, el resultado es que ese niño se convierte en un adulto ordinario, con limitaciones personales, entrando al promedio de nuestra sociedad o, en el peor de los casos, pudiendo desarrollar algún tipo de psicopatología.

Esas importantes habilidades para entablar una relación interpersonal sana y constructiva, pocas veces las aprendemos dentro de la familia o la escuela. Lo que de niños aprendemos sobre la comunicación y las relaciones humanas se manifiesta en cada momento de nuestra vida cotidiana y nos brinda un panorama que puede parecer poco atractivo y sin oportunidades (Jourard S. & Landsman, 1992).

La cada vez más notoria descomposición social puede ser indicativa que cada vez es más reducido el número de personas que tienen la fortuna de vivir en familias cuyos padres poseen y modelan relaciones humanas de gran calidad.

El resultado de quien ha convivido con modelos sin las habilidades necesarias (o mínimas), es fácilmente identificable ya que lo manifiesta incluso en su forma de tratar un problema y hasta en la calidad de vida que lleva. Así, entre sus opciones para resolver situaciones de dificultad, persistirá en tomar soluciones ineficaces (ocultar o engañar), autodestructivas (adicciones, agrediendo, gritando) o simplemente se resigna, se rinde o incluso llega a tomar soluciones más extravagantes y dañina como auto-flagelarse, asesinar o autodestruirse (Maslow Abraham, 1988).

Un drama común en nuestra sociedad suele ocurrir cuando dos inexpertos en convivencia humana se juntan como en el matrimonio, en un contexto familiar o laboral; entonces hay una mínima posibilidad de crecimiento físico, emocional, económico, social y espiritual. En consecuencia, su estilo de vida es muy pobre y sus interacciones suelen tomarse destructivas y terminar, incluso odiándose mutuamente.

Como orientadores, sería iluso pensar que una persona con semejante historial muestre un estilo de comunicación distinto y en unas cuantas sesiones actúe como un experto en comunicación.

Un elemento esencial para que el paciente mejore, será conocer y comprender su *historia personal en habilidades sociales*, aunque, obviamente, no es lo único en considerar.

También habría que considerar la *motivación* que el paciente tiene hacia un cambio y una mejora de su salud, como otro factor importante. La falta de satisfacción en su vida puede impulsarlo a buscar orientación y ayuda fuera de él, situación que el orientador puede utilizar para mejorar su intervención.

En Medicina a Distancia, es un reto diario el saber identificar inmediatamente las habilidades con que cuenta el usuario y establecer el rapport lo antes posible; contamos con poco tiempo y poca oportunidad para que el paciente no decline su apertura comunicativa que, probablemente fue lograda con un extremo esfuerzo.

Aspectos de la relación entre el orientador y el paciente

Hablemos de lo que sucede entre el paciente y el orientador, específicamente del tipo de comunicación y sus componentes que se manifiesta entre ellos (Rogers, Carl 1978).

¿Cuáles son los mensajes verbales y no verbales que se presentan en ambos lados?

¿Cuál es el clima o la atmósfera bajo la cual se desarrolla la entrevista?

¿Cómo reacciona cada quién a los diferentes elementos involucrados en su interacción?

Como clima o atmósfera, decimos que la disposición que presenta el paciente es directamente proporcional a la calidad de rapport que el orientador establece.

El rapport es la buena sintonía que facilita una libertad de expresión y autoexploración.

Si el paciente no muestra interés en cooperar, el primer cuestionamiento es saber qué pasó durante la entrevista.

Es esencial que el paciente se sienta libre de cualquier evaluación moral por parte del entrevistador puesto que ese tipo de juicios son amenazadores e inhiben la libre expresión.

Una relación apropiada sería aquella de auténtica aceptación de la otra persona como individuo diferente y valioso por sí mismo y establecimiento de una empatía que nos permita observar el mundo tal como el otro lo ve.

Un factor que considero también bien importante es el *control* de la relación. Se esperaría que dicho control corra a cargo del orientador estando siempre consciente del desarrollo rumbo de la entrevista (Egan Gerard, 1993).

Al tomar una llamada, todos estos factores entran en juego y la manera en que nos desarrollemos durante esos segundos^s o minutos de interacción determinará que el paciente en la línea establezca una de varias llamadas o que sea la primera y la última debido a que el paciente encontró una atmósfera y un interlocutor lejano y ajeno a una posibilidad de apoyo.

Aspectos propios del orientador

En mi experiencia y conocimiento, la gran mayoría, si no todas las profesiones que brindan ayuda al otro (psiquiatría, medicina, psicología, trabajo social, etc), cuentan con

un adiestramiento técnico-académico, adoleciendo de una instrucción formal en cuanto a las *habilidades prácticas* para una interacción humana.

Las escuelas se centran en proporcionar modelos teóricos y filosóficos en forma abrumadora y proveyendo sólo de información para formación.

¿Es todo lo necesario para la formación de un profesionalista?

El psicólogo es considerado en el supuesto de que se ha formado como un experto en comunicación y relaciones humanas cuando probablemente éste sufra el miedo al rechazo por abrirse a una tipo nuevo de interacción y comunicación y denote al mundo sus deficiencias para las relaciones humanas. Cuando llega a existir adiestramiento en habilidades de relaciones humanas, sólo es considerado una especie de complemento con el que únicamente se tiene que cumplir como requisito (Edgar, Gerard, 1993).

Los resultados son evidentes cuando el estudiante salta de la educación teórica a la práctica donde se deben manifestar capacidades para brindar ayuda como la empatía, capacidad de escucha, respeto, etc., trayendo como consecuencia muchas veces que "los profesionales de ayuda" recién egresados, no ayudan, encontrando en ellos las mismas deficientes formas de comunicación que encontramos en cualquier individuo promedio.

Tenemos, como egresados, que buscar la manera de prepararnos en un terreno más orientado a la autoexploración y al desarrollo de habilidades de interacción humana más abierta y madura.

En el curso de la carrera de psicología se debe tomar en cuenta la historia personal del estudiante en el desarrollo de habilidades sociales ya que nada garantiza que el ambiente donde se educó desde pequeño el actual profesionalista de la salud haya sido un ambiente sano y con la posibilidad de que aprendiera las destrezas suficientes para ser capaz de entablar una relación humana de alta calidad.

Se debe encontrar un programa de adiestramiento que sea a la vez, un tratamiento efectivo, de manera que el futuro profesionista desarrolle habilidades para las relaciones interpersonales y que resuelva sus limitantes personales ya que de lo contrario, es probable que el orientador no cuente con el *interés auténtico* de ayudar al otro. Si esta condición no está presente en el orientador, resultará muy cómodo responsabilizar al paciente por su poca colaboración.

Por último, la práctica durante el servicio social es un excelente foro para buscar asesoría y apoyo en el profesional experto, tanto en los aspectos técnicos, como en el manejo interpersonal con el paciente.

Aspectos propios de la Institución prestadora del Servicio

Como lo hemos ya mencionado, prácticamente casi todo el peso del servicio ofertado en el día a día por Medicina a Distancia de la Secretaría de Salud del D.F. recae en el estudiante prestador del servicio social. Si bien es una oportunidad de mucho valor para la adquisición de experiencia y el desarrollo de las habilidades adquiridas, no deja de ser un riesgo para el usuario de recibir un servicio deficiente y que el objetivo final de la institución se vaya diluyendo en las pobres o irregulares actuaciones de quienes ofrecen ayuda, apoyo y orientación.

Medicina a Distancia toma cartas en el tema al ofrecer un curso propedéutico y de entrenamiento con la finalidad de que el estudiante conozca el proceso y cuente con las herramientas para brindar apoyo y orientación, sin embargo, en mi opinión, al menos en el período cursado, la administración del área no se ha definido en cuanto a procedimientos y políticas. Sin lugar a dudas, los objetivos son loables y de gran visión social que contribuyen a la cultura de prevención y de autoayuda.

Se tiene muchísimo por hacer al respecto, es un área de oportunidad para que la sociedad cuente con una herramienta vital para el cuidado y prevención de su salud, tanto física, como mental.

Es precisamente el punto y tema en que me enfoco para una propuesta de mejora en la institución que me brindó la oportunidad de enriquecer mi desarrollo profesional.

VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Propuestas de mejora

Sirva el presente capítulo para ofrecer una propuesta de mejora basada en mi experiencia profesional fuera del área psicológica y fundamentado en lo experimentado en los seis meses de servicio social.

Estoy convencido que el éxito en el logro de las metas y objetivos, tanto a nivel personal, como en el ámbito profesional, es fruto del orden y disciplina. La sistematización actividades nos puede hacer pensar que esto involucra mayor esfuerzo en lo que hacemos y que no contribuye a mejorar nuestras actividades del día.

Controlar nuestro procesos, nos permite medir nuestra actuación y detectar las áreas donde podemos mejorar para facilitar nuestro trabajo y lograr los objetivos.

La operación y frutos de Medicina a Distancia, en mi opinión, se verían mejorados y realzados con el establecimiento de una Política de Calidad y procedimientos establecidos bajo un sistema estándar de calidad. Esto le daría un valor agregado y permitiría ser evaluada en una mejor forma por instancias nacionales e internacionales pudiendo convertir ese proyecto local en un proyecto nacional.

Si bien la Secretaría de Salud del DF posee una Política de Calidad y control en sus procesos, Medicina a Distancia adolece de ella, cuando, debido al gran servicio que ofrece, debe ser imprescindible que cuente con ello para realzar su valor y poder cuantitativamente hablando medir su alto potencial.

Lo que observé y viví en ese período fue la desorganización y falta de rumbo en cuanto a procedimientos para realizar en el día a día. Continuamente se cambiaban las instrucciones o los formatos de llenado. Asimismo, el control y administración de expedientes no tenía un orden.

Finalmente, lo que a mi parecer, resultaba necesario como principio es establecer una Política de Calidad conteniendo la Visión y Misión del área.

Durante mi estancia, hice la propuesta al coordinador de la Dirección, el Psicólogo Rafael Rodríguez, sin embargo, debido a tiempo y a otros factores, no se logró concretar el proyecto. Es mi deseo retomar el rumbo y proponer nuevamente el establecimiento de un Sistema de Calidad (o Control de Procesos) en el área de Medicina a Distancia con la finalidad de que los objetivos de la misma sean cuantitativa y cualitativamente evaluados y llevar a cabo las actividades con un mejor orden y sentido con la finalidad última de ofrecer un servicio de excelencia.

7.2 Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad

A continuación, presento en forma general la manera de cómo sería estructurado el sistema de calidad ya que una explicación detallada sería muy complicada y saldría del propósito de este escrito. Fue la presentación ofertada en su momento al área y es perfectible en cualquiera de sus puntos

Proyecto 2012

Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la División Medicina a Distancia (TELESALUD)

Razón de ser del proyecto

Innovación.

- ✓ Grupo pionero: Daría el privilegio al grupo de ser pionero
- ✓ Subsistencia: Fundamentaría su razón de ser en tiempo futuro
- ✓ Justificación: Promoción a nivel nacional
- ✓ Fortalecimiento: Lo convertiría en un proceso y sistema fortalecido
- ✓ Generación del cambio: Mejora continua a partir de esta generación
- ✓ Modelo: Como ejemplo para otros proyectos
- ✓ Sistematización y Estructura: Lo haría medible y perfectible
- ✓ Trascender: Cambio social a mediano y largo plazo

¿Por qué un Sistema de Gestión?

- Un Sistema de Gestión de la Calidad mide la eficacia del desempeño apoyándose en los requisitos expuestos en la NC ISO 9001:2008.
- Toda Entidad desea conocer y medir su desempeño organizacional, con el objetivo de mantener o mejorar su sistema de gestión incrementando así su competitividad así como la satisfacción del cliente y sus trabajadores.

Objetivo Común:

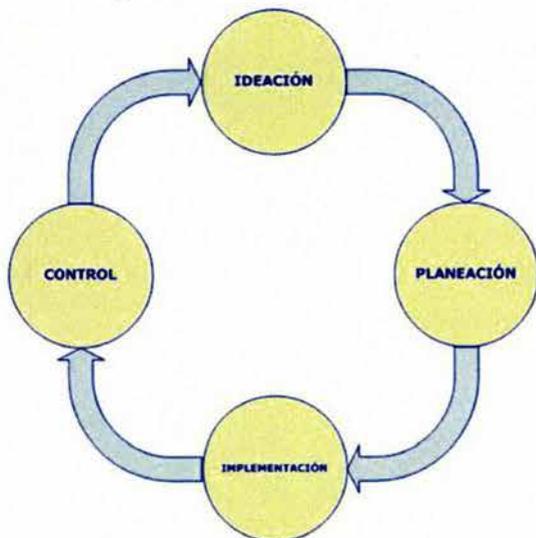
Satisfacción del Usuario

¿Qué es un SISTEMA de GESTION?

Etapas unidas en un proceso continuo, que permite trabajar ordenadamente una idea hasta lograr mejoras y su continuidad.

Las cuatro etapas del sistema de gestión son:

1. Etapa de Ideación
2. Etapa de Planeación
3. Etapa de Implementación
4. Etapa de Control



1.- Etapa de Ideación:

Trabajar en la idea que guiará los primeros pasos en la creación del sistema de gestión propuesto

La metodología recomendada:

Lluvia de ideas o Brainstorming:

- ✓ Generar el máximo de ideas para obtener un amplio espectro de posibilidades en dónde atacar.
- ✓ Durante un tiempo de 10-30 minutos, se enfoca en generar o “lanzar” ideas sin restricciones, pero que tengan cercanía con el tema que se está tratando.

- ✓ Una vez que se tenga un listado adecuado, se procede a analizar las ideas y a pulir su cercanía con lo que realmente se quiere.

La idea de este proceso es definir el objetivo perseguido:

- ✓ ¿“Qué queremos lograr?”.
- ✓ ¿“Cómo lograrlo?”

2.- Etapa de Planeación

Establecimiento de sub-objetivos y los cursos de acción para alcanzarlos.

Se definen

- las estrategias que se utilizarán,
- la estructura organizacional que se requiere,
- el personal que se asigna,
- el tipo de tecnología que se necesita,
- el tipo de recursos que se utilizan y
- la clase de controles que se aplican en todo el proceso.

3.- Etapa de Implementación (Gestión)

Se refiere a la dirección que toman las decisiones y las acciones para alcanzar los objetivos trazados.

Las decisiones y acciones que se toman se sustentan en los instrumentos administrativos: estrategias, tácticas, procedimientos, presupuestos, etc., que se obtienen del proceso de planificación.

4.- Etapa de Control

Es una función administrativa, reguladora, que permite:

Verificar, constatar, palpar, medir o evaluar, si la actividad, proceso, unidad, sistema, etc), está cumpliendo sus objetivos o alcanzando los resultados que se esperan.

La finalidad de esta etapa es la detección de errores, fallas o diferencias vs al planteamiento inicial, para su corrección y/o prevención.

- ✓ Debe estar relacionado con los objetivos inicialmente definidos,

- ✓ Debe permitir la medición y cuantificación de los resultados, la detección de desviaciones y el establecimiento de medidas correctivas y preventivas.

Las etapas básicas del control

- a. Establecimiento de los estándares para la medición:
- b. Medición del desempeño:
- c. Detección de las desviaciones en relación al estándar establecido:
- d. Determinación de acciones correctivas y preventivas

5.- Definirnos como Grupo

Estableciendo:

- MISION
- VISIÓN
- POLITICA DE CALIDAD
- DEFINICIÓN DE LOS VALORES

7.3. Enfoque con énfasis psico-educativo

Finalmente, me gustaría enfatizar que los servidores sociales junto con las autoridades de la institución deben enfocarse a una perspectiva psico-educativo de la sociedad; durante mis asesorías en la carrera de Psicología, la Profesora Karina Torres nos subrayaba el papel educativo que tiene el psicólogo.

Efectivamente he comprobado a lo largo del tiempo que la psicología como pocas, es de las profesiones que deben ver por la educación social del individuo, educación de la cual adolecemos y que día a día nos llevan a cometer errores costos en nuestra vida familiar, profesional, social causando conflictos emocionales y de personalidad mermando nuestra calidad de vida.

Al tomar una llamada, debemos estar conscientes de lo poderosas en forma positiva o negativa que pueden ser nuestras palabras y que probablemente sea la única oportunidad que tenga el usuario de solucionar en definitiva su conflicto.

VIII FUENTES DE CONSULTA: BIBLIOGRÁFICAS, MATERIAL DIDÁCTICO Y DEMÁS DOCUMENTOS CONSULTADOS

CAPITULO EN UN LIBRO

Autores, año, nombre del capítulo

Escribir "En" Nombres editores, abreviación (Eds.), título del libro,

Páginas entre paréntesis (pp- 17-43) Ciudad, Estado: Editorial

LIBRO ENTERO

IMPRESO: Autores, (año). *Título del Libro*. Ciudad, País: Editorial

ELECTRONICO: Autores, (año). *Título del Libro*. (Adobe Digital Editions version), doi o url

CORPORACION: Nombre de la corporación. (Año). Nombre del documento. (número de edición). Lugar de la corporación: publicador se pone Autor

UN NÚMERO ENTERO DE UNA REVISTA

- Para citar todo un número de una revista poner *editores* del artículo y título de artículo
- Italicar el título revista y volumen (entre paréntesis el número del tema), agregar páginas
- Escribir doi o url

1. L. Bellak.1987 *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*. México, D. F. Manual Moderno
2. L. Bellak, 1987. *Guía de Preguntas del Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. México, D. F., Ed. Manual Moderno
3. Bibliografía proporcionada por supervisión sin datos:
 - a. "Redacción de datos clínicos"
 - b. "Identificación de emociones"
 - c. "Valoración de pacientes psiquiátricos"
 - d. "Qué es lo que hace cambiar a las personas"

4. "Expediente Integral de Medicina Distancia" Expedido por la Secretaría de Salud del DF

5. GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL
Órgano del Gobierno del Distrito Federal
DÉCIMA SÉPTIMA ÉPOCA
4 DE MAYO DE 2007
No. 75

6. GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL
Órgano del Gobierno del Distrito Federal
DÉCIMA SÉPTIMA ÉPOCA
26 DE ABRIL DE 2007
No. 70

7. LINEAMIENTOS GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, SECTOR SALUD
ORGÁNICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD, CORRESPONDIENTE AL
DICTAMEN No. 3/2007.
Fuente: Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial
Validación: Abril de 2011

8. CRONOLOGÍA DE LAS REFORMAS AL CÓDIGO PENAL DEL DF Y
ADICIONES A LA LEY DE SALUD DEL DF EN MATERIA DE ABORTO.

9. Ellis, Albert; Abrahms, Eliot. 1980-2005. *Terapia Racional Emotiva*. México, D.F.
Editorial Pax.

10. Zevallos R., Madrid J. 2009 *Intervención en Crisis por Teléfono*. Lima, Perú

11. Slaikeu, Karl A.1996. *Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación*. México, D. F. 1ª Ed. Manual Moderno.

- 12.Orueta Sánchez R. 2005. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Médico de Familia*. Centro de Salud "Sillería" (Toledo). Vol. 29–(N.º 2).

- 13.Mario Souza y Machorroa, Domingo Lenin Cruz Moreno. 2010. Salud mental y atención psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Vol. 53, (No 6).

- 14.Código Penal para al Distrito Federal adicionando la Ley De Salud en sus artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal.

15. Legislación Internacional y Derecho Comparado sobre el Aborto. Lic. Alma Arámbula Reyes Investigadora Parlamentaria. Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Política Exterior. Cámara de Diputados LV Legislatura. Centro de Documentación, Información y Análisis.

16. Noyes y Kolb.1977. *Psiquiatría Clínica Moderna*. México, D. F. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana 3ª Edición.

- 17.LISTA DE HOSPITALES QUE PRESTAN EL SERVICIO DE ILE EN EL DF
Delegación Álvaro Obregón
* Hospital General Enrique Cabrera

Delegación Azcapotzalco

* Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo

Delegación Cuajimalpa de Morelos

* Hospital Materno Infantil Cuajimalpa

Delegación Gustavo A. Madero

* Hospital General Ticomán

* Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc

Delegación Iztapalapa

* Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

* Clínica Comunitaria Santa Catarina

Delegación Milpa Alta

* Hospital General, Milpa Alta

Delegación Venustiano Carranza

* Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán

* Hospital Materno Infantil Inguarán

Delegación Xochimilco

* Hospital Materno Infantil Xochimilco

ILETEL (Línea telefónica de apoyo psicológico para la Interrupción Legal del Embarazo de la Secretaría de Salud del DF)

* teléfonos 57 40 80 17, 51 32 09 09, 51 32 09 00 ext. 1575, en el cual se da servicio las 24 horas, los 365 días del año. En estos teléfonos te proporcionan información precisa y actualizada sobre los diferentes procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo; apoyo psicológico, orientación sobre los cuidados posteriores y los efectos de los medicamentos. En caso de que tengas dificultades para recibir la atención te ofrecen apoyo institucional y alternativas acordes a tu situación. La atención es confidencial y orientada a una solución integral.

ANEXO 1

PROGRAMA GENERAL DE DESARROLLO DEL DISTRITO FEDERAL 2007-2012

...Introducción

"En cada uno de los ejes se ha delimitado el alcance y se ha expresado la responsabilidad pública que asume el Programa y también se establece una visión que se denomina "*perspectiva*".

El "*diagnóstico*" correspondiente a cada eje determina las variables principales a observar. A partir del diagnóstico se señalan los *objetivos, estrategia y líneas de política* que habrán de desarrollar las distintas dependencias.

El "*tratamiento*" de cada uno de los ejes tiene tres ***perspectivas transversales***, las cuales son:

1. Equidad de género.
2. Ciencia y Tecnología
3. Desarrollo de la vida pública en la ciudad

**** Transversalidad:**

➤ **Concepto:** Es el conocimiento conjunto que se obtiene en muchas asignaturas como una sola unidad; es organizar algunos de esos contenidos alrededor de un determinado eje.

La equidad de género es una de las prioridades de la administración.

A lo largo el gobierno habrá de lograr que las mujeres alcancen un efectivo ejercicio de sus derechos y se destierren los mecanismos de subordinación y discriminación que constituyen un lastre para nuestra sociedad.

La ciencia y la tecnología conforman un ámbito estratégico para la promoción del crecimiento económico y la modernización de la administración. Las decisiones y

acciones de la administración han de estar alimentadas por una sólida perspectiva científica y tecnológica. La transversalidad de la ciencia y la tecnología en las estrategias de las dependencias del gobierno habrán de servir para impulsar la transición a una economía basada en el conocimiento y la información.

El desarrollo de la vida pública en el espacio urbano es una perspectiva dirigida a restituir a la sociedad los espacios públicos, mejorar la calidad de los servicios, en particular del transporte público para ampliar su capacidad y calidad. Esta perspectiva se propone promover una mejor convivencia, la reconstitución de los lazos de solidaridad y la generación de nuevas formas de vida colectiva, ello en un marco de mayor responsabilidad y participación.

Cada una de las perspectivas transversales establece formas en que se definen las estrategias y habrán de traducirse, en los programas sectoriales y especiales.

Diagnóstico general

El Distrito Federal cuenta con potencial para transformarse en el líder de la reactivación económica del país; ocupar un lugar atractivo para la inversión en el contexto de la globalización; mostrar capacidad institucional para pactar acuerdos en un ambiente de pluralidad política; colocarse a la vanguardia del rescate ambiental de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM); consolidarse como destino turístico, ciudad del conocimiento y centro neurálgico de las comunicaciones.

En el largo plazo, la viabilidad de la Zona Metropolitana del Valle de México depende de lograr la preservación, y en algunos casos de la restauración, de los equilibrios ambientales, de la reactivación económica basada en actividades de bajo impacto ambiental y en la regeneración del tejido social.

En principio, se debe tomar en cuenta que el Distrito Federal se encuentra inmerso en un largo proceso de transición demográfico, económico, social y político-institucional, cuya dinámica trasciende nuestro ámbito territorial e involucra para su atención,

esfuerzos de coordinación con los gobiernos Federal, de los Estados de México, Morelos e Hidalgo y de los municipios conurbados. Se trata de fenómenos que implican dinámicas históricas que es necesario abordar de manera integral, para potenciar el desarrollo armónico de la Entidad, de su área de influencia en la Zona Metropolitana y el resto de ciudades de la Zona Centro.

Para el 2010 se conmemoró el bicentenario de la Independencia y el centenario de la Revolución Mexicana. En estos 200 años, la evolución demográfica, económica y social ha sido acelerada.

En 1810 la población mundial se ubicaba en sus primeros 1,000 millones, América contaba con alrededor de 32 millones, México con 6.2 millones y la Ciudad de México se ubicaba en alrededor de 150,000 habitantes.

En 1910, la población del planeta ya superaba los 1,650 millones, América había crecido a 156 millones, México tenía 15.2 millones y la Ciudad de México registraba 750,753 habitantes.

En el 2005 la población mundial alcanzó la cifra de 6,465 millones, México registró la cantidad de 103.2 millones de habitantes
En 2005 el Distrito Federal contó una población de 8.7 millones de habitantes.

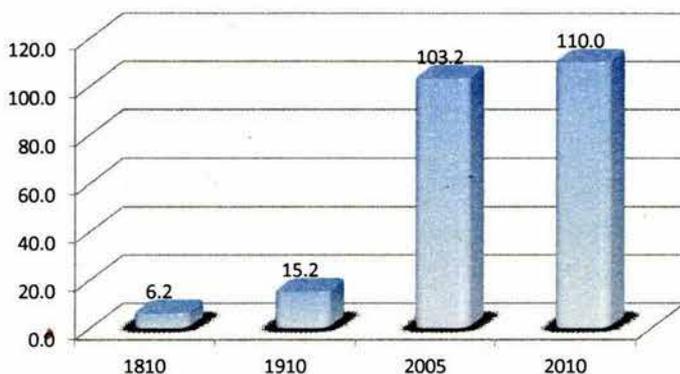
Para el 2010 la población del planeta se ubicará por encima de los 7,200 millones. México contaba con una población cercana a los 110 millones, de los cuales más de la mitad seguirán siendo mujeres.

En el Distrito Federal, el cambio demográfico de disminución de la tasa de natalidad y la migración, mantendrán esa cifra de 8.7 millones de habitantes por los próximos 16 años, siendo hacia el 2030 cuando se prevé se estabilice en alrededor de 8.6 millones.

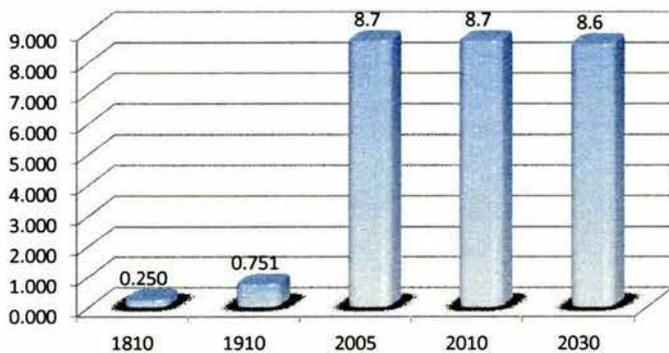
Habrá una magnitud de poblaci3n estable, pero con un diferencial en cuanto a la estructura de edad, disminuir  la poblaci3n joven y crecerá la franja de personas adultas mayores.



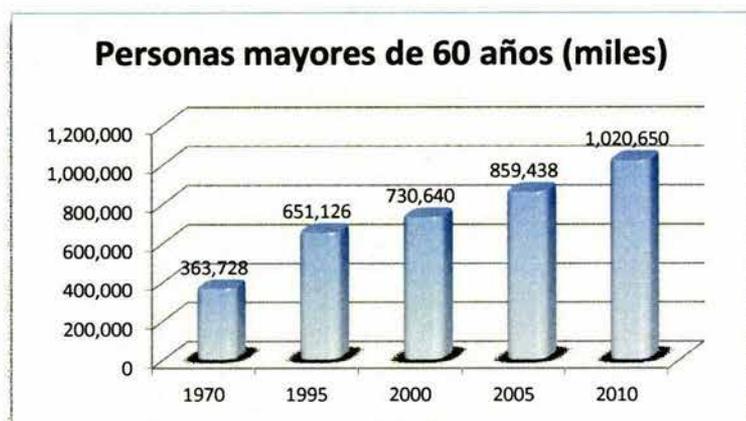
Población Rep. Mexicana (millones)



Población D.F. (millones)



En 1970 las personas adultas mayores de 60 años sumaban 363,728, en el 2000 alcanzó la cifra de 730,640, en el 2005 fue de 859,438 y para el 2010 alcanzamos la cifra de 1'020,650.



En 30 años prácticamente se duplicó la cantidad de personas adultas mayores y de representar un 5% del total de nuestra población, ya están cerca del 10%.

El ritmo de crecimiento de este grupo de edad es superior al ritmo de incremento de la población total.

El Distrito Federal es la entidad con la menor proporción de población en el rango de edad menor de catorce años (23%), es decir, la mayoría se ubica en una edad igual o superior a los quince años.

El cambio socio-demográfico del Distrito Federal obliga a diseñar y poner en práctica en el corto plazo políticas públicas y programas amplios y crecientes para jóvenes y adultos mayores durante los próximos 20 años, tiempo que se estima, durará el cambio en la estructura poblacional.

Otro fenómeno de gran impacto para el Distrito Federal y su Zona Metropolitana tiene que ver con los flujos de población, con *la migración*.

Después de un largo periodo de fuerte crecimiento poblacional, cuando la ciudad representaba una atractiva opción residencial y de oportunidades de vida; en 1985 se revierte este proceso y el Distrito Federal se convierte en expulsor neto de población, resultado de múltiples factores que van desde el rechazo a las complicaciones de vivir en una metrópoli tan grande, o la dificultad para acceder a oportunidades de empleo bien remunerado, hasta la imposibilidad para acceder a una vivienda, debido a la estrechez de ingresos que enfrenta buena parte de la población capitalina.

Hoy, el saldo neto migratorio para el Distrito Federal es negativo, es decir, salen más de los que ingresan para establecer su residencia. Sin embargo, el número de personas que viven en el Estado de México e Hidalgo y trabajan en el DF sigue creciendo y significa una presión considerable sobre los servicios del DF.

Los estados que más han contribuido al crecimiento demográfico del Distrito Federal han sido:

El Estado de México, con el 15.6%, seguido de Puebla con el 11.8% y Veracruz con el 9.9%, siguiendo en importancia Oaxaca, Michoacán, Hidalgo y Guanajuato.

Estos siete estados participan con más de dos tercios de la población que no nació en el Distrito Federal. En tanto que tres cuartas partes de los que abandonan el Distrito Federal tienen como destino el Estado de México, Jalisco, Guanajuato y Puebla.

Tenemos el reto de identificar cuál es el comportamiento de mujeres y hombres en este flujo migratorio y el impacto socioeconómico diferenciado para anticipar soluciones con perspectiva de género.

Realidad metropolitana

Hace 50 años sólo había 50 ciudades en el mundo que sobrepasaban el millón de habitantes y la Ciudad de México ocupaba el 16º lugar de población; desde los 70's se mantiene entre las 10 principales concentraciones humanas del mundo, con más de 8 millones de habitantes.

El Distrito Federal cuenta una población levemente superior a la de países completos como Austria (8.2 millones), Suiza (7.3 millones); o la suma de Noruega e Irlanda (8.7 millones).

Las concentraciones de población que rebasan los límites territoriales de estados y municipios dan lugar al *fenómeno metropolitano*; es decir, la continuidad de asentamientos humanos e infraestructura urbana que enlaza el territorio de diferentes estados o municipios. En México se identifican 55 zonas metropolitanas, 9 de ellas con una población superior al millón de habitantes. En las zonas metropolitanas habita el 53% de la población total de México y concentran la mayor parte de la actividad económica, al generar más del 71% del producto interno bruto del país.

La población de la Zona Metropolitana del Valle de México, en el año 2005 suma 10.5 millones de residentes en 59 municipios del estado de México y los 8.7 millones de habitantes de las 16 delegaciones del Distrito Federal.

Un conglomerado urbano de más de 19 millones, una de las 3 mayores concentraciones humanas del mundo, generadora de una elevada demanda de bienes y servicios, con una huella ecológica que trasciende, con mucho, sus fronteras administrativas.

La zona metropolitana representa la suma de la población de Austria y Bélgica (18.5 millones) o las de Noruega, Suiza e Irlanda; es superior en más de 2 millones de personas a la población total de Chile, o representa la suma de la población de las 5 principales ciudades de los Estados Unidos de Norteamérica (Nueva York, Los Ángeles, Chicago, Houston y Filadelfia (18.3 millones). Ello, marcado por un diferencial de

inequidad, pobreza, inseguridad, ausencia de alternativas para el bienestar y deterioro de la calidad de vida en general.

La Zona Metropolitana del Valle de México es un subsistema que forma parte de otro más amplio, el sistema de metrópolis de la región centro-país, compuesto por las áreas metropolitanas del Estado de México, Distrito Federal, Puebla, Tlaxcala, Morelos e Hidalgo. En esta región habita más del 32% de la población del país, y más del 33% de la Población Económicamente Activa (PEA), se genera más del 40% del Producto Interno Bruto (PIB). En esta se ubica el 37% de las empresas del país y es punto de atracción del 56% de la inversión extranjera.

El análisis de la información demográfica de la ZMVM a partir de sus dos mayores componentes, el Distrito Federal y los municipios conurbados, muestra que mientras la capital del país no ha crecido desde la década de los 80, la zona conurbada crece a tasas promedio anual de 4.2% para la década de los 80, 3.0% en los 90, y 1.3% en el primer lustro del nuevo milenio (2000-2005).

En los últimos cinco años, la población del Distrito Federal ha registrado aumentos menores si son comparados con los de la población de la Zona Metropolitana, lo que denota el aumento constante de la redistribución del centro hacia la periferia y de las necesidades de traslado, propiciando una mayor afluencia de población flotante desde los municipios conurbados al Distrito Federal. Todo ello contribuye a la saturación de la infraestructura, de los servicios de transporte, salud y educación, entre otros, distorsionando los mecanismos de subsidio público y dotación de servicios originalmente previstos para satisfacer las necesidades de menos de 9 millones de habitantes, lo que provoca una presión permanente a las finanzas de la Ciudad.

Las ciudades están absorbiendo la mayor parte del incremento total de la población. Se han transformado en importantes centros de actividad productiva y crecimiento económico a todos los niveles, desempeñando un papel primordial en el desarrollo

social, sin embargo, la velocidad de su expansión tiene efectos nocivos en la calidad de vida, la sustentabilidad del entorno y el acceso a los beneficios del desarrollo.

El Distrito Federal y el Estado de México comparten desafíos similares, principalmente en lo concerniente a la oferta de empleo, de vivienda, de infraestructura y servicios básicos, el deterioro ambiental y, por supuesto, al financiamiento de la gestión metropolitana.

Eje 2. Equidad

Delimitación

El Estado es responsable de promover la equidad. La marginación y desigualdad limitan severamente las posibilidades de desarrollo de un amplio número de personas.

La pobreza, la discriminación y la inequidad reducen las opciones de vida y amenazan la capacidad de elección y la libertad. Además, son un lastre para la prosperidad de las ciudades y naciones, porque reducen las oportunidades de contribuir al crecimiento y bienestar social.

La gente es la razón esencial y motivo fundamental de existencia de un gobierno socialmente responsable. Para el Gobierno del Distrito Federal, respaldar a la población, invertir en la gente y expandir sus posibilidades de desarrollo, es una obligación. Es prioridad de este gobierno combatir las causas que originan la pobreza y la exclusión, dotar a los grupos excluidos de las herramientas necesarias, para que tengan la capacidad de hacer frente a las condiciones adversas del entorno.

Entendemos el buen gobierno como aquel que defiende los derechos, busca el progreso social y asume el compromiso inquebrantable con el combate de la desigualdad, la discriminación y la pobreza. Sólo podremos ser una economía creciente

y competitiva en el sistema global de ciudades, si logramos construir un estado de bienestar que nos permita contar con una ciudad igualitaria, equitativa y con fuerte cohesión social.

Perspectiva

El Gobierno de la Ciudad de México promueve una ciudad democrática, que reconoce y garantiza el goce de los derechos para todos y todas. Una ciudad donde prevalezca una cultura de equidad como eje rector para alcanzar el bienestar individual, familiar y social.

Que habrá erradicado la discriminación, la explotación infantil y la violencia hacia las mujeres en todos los ámbitos de la vida privada y pública.

La Ciudad de México se ha de distinguir por ser justa y equitativa, por tener un gobierno que busca constantemente mejorar las condiciones de vida de sus habitantes. El sello del Distrito Federal ha de ser una dinámica de prosperidad, que difunde sus beneficios por el conjunto la sociedad.

Se tiene como visión una ciudad que sea reconocida por su carácter humanista, donde el progreso adquiere su sentido auténtico: incrementar las oportunidades de desarrollo para todos. De forma que la ciudad ofrezca a sus habitantes las condiciones para su crecimiento personal, donde los servicios, bienes e infraestructura públicos sean realmente públicos, accesibles a todos.

De esta manera la equidad habrá de constituirse como el valor fundamental y el medio privilegiado para que las personas ganen autonomía y capacidad de realizar sus aspiraciones.

En la perspectiva de este gobierno, Ciudad de México ha de ser un lugar deseable para vivir, por su ambiente igualitario, por su respeto de las diferencias y las oportunidades de desarrollo que ofrezca. Se busca que el Distrito Federal sea la demostración

fehaciente de que la equidad y la tolerancia son las mejores palancas del desarrollo social, el crecimiento económico y el progreso.

Diagnóstico

...

2.- Desigualdad y salud

La Ciudad de México se distingue del resto del país por la concentración de los servicios de salud de todas las instituciones públicas y privadas. Sin embargo, las condiciones de salud no reflejan los beneficios de contar con una red muy amplia de servicios ya se encuentran fragmentados en su organización, desarticulados en sus funciones y divididos por sus mecanismos de pertenencia o afiliación a los organismos públicos.

Esta concentración de servicios debiera hacer menos vulnerable a la población residente en la Ciudad de México por la cercanía y diversidad de opciones, lo cierto es que existe una enorme inequidad en el acceso ya sea por la condición laboral, ocupación, nivel de ingreso, género, edad de la población, origen geográfico y la pertenencia a redes de apoyo social.

Si bien, niñez es un grupo privilegiado por las diversas acciones en salud pública, la adolescencia emerge como un grupo marginado de los programas de salud.

Esto tiene serias consecuencias ya que los problemas vinculados a su salud reproductiva, su salud sexual, su vulnerabilidad hacia las adicciones, los convierte en un grupo especialmente vulnerable.

Las mujeres emergen como un grupo prioritario en el terreno de la salud puesto que los problemas asociados a su vida reproductiva demandan atención inmediata por parte de las instituciones de salud. En este sentido el cáncer cervical y mamario se mantiene como un problema. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud Federal, en el 2005 la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer de mama en la ciudad fue de 25.7 por

100 mil mujeres de 25 años o más, la más alta del país superando al valor nacional (17.9) por 7.8 puntos.

La salud en los hombres adultos va vinculada a los estilos de vida nocivos que le provocan la muerte prematura por problemas cardiovasculares, diabetes mellitus y accidentes. Por otra parte, el grupo de los adultos mayores emerge como un elemento central pues se debe garantizar una protección global a sus necesidades de salud que rebasan la oferta de servicios médicos.

En el Distrito Federal se requiere reorganizar la oferta de los servicios en respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población. A pesar que la cobertura de la Seguridad Social en el Distrito Federal y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal crean las bases para avanzar en la universalidad de los servicios; el principal reto constituye que cada ciudadano pueda tener acceso a los mismos servicios de salud disponibles de acuerdo a sus necesidades.

En términos del acceso a los servicios de salud se estima que alrededor del 46% de la población residente en el Distrito Federal no cuentan con seguridad social, es decir no es derechohabiente de alguna institución de salud como el IMSS o el ISSSTE.

Esta proporción de la población es ajena a las políticas de prevención en salud, además de que tiene dificultades para la atención apropiada de las enfermedades y el acceso a los medicamentos.

Por otra parte, la ubicación y el tipo de servicios que proporcionan las unidades médicas de atención ambulatoria y hospitalaria responden sólo parcialmente a las necesidades de atención de la población asignada al área de influencia.

Aproximadamente el 50% de la infraestructura de salud del Gobierno del Distrito Federal se encuentra ubicada en cinco delegaciones: Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Tlalpan, Cuauhtémoc, Venustiano Carranza. Factores como el crecimiento urbano hacia

la periferia del Distrito federal, ha alejado a la población susceptible de recibir servicios públicos de salud de las unidades de atención médica.

La calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, tienen en las herramientas tecnológicas, la investigación y la capacitación un apoyo indispensable para hacer de la atención médica un servicio de vanguardia. El desarrollo de las tecnologías es acelerado, prácticas y procedimientos que se consideraban inmejorables, se transforman en obsoletos. Un reto que como gobierno se debe asumir está precisamente en modernizar la infraestructura y equipamiento e incrementar los esfuerzos en la formación de recursos humanos especializados en la investigación médica.

Estrategias

□ La acción de gobierno en materia de desarrollo social tiene como eje principal la equidad con la finalidad de abatir la desigualdad y de lograr un desarrollo social pleno. Para ello es fundamental rebasar la tradicional planeación y ejecución sectorial, para pasar a una transversal, intersectorial e integral de largo plazo, de forma que todas las acciones y programas de gobierno se rijan por el principio de la equidad. Además, esta estrategia permitirá responder a los retos de la metropolización.

□ Para garantizar el derecho a la igualdad de los ciudadanos, la política y los programas sociales han de ser vistos como respuesta pública a derechos exigibles, cuyo cumplimiento progresivo e integral es responsabilidad fundamental del Estado. Esta perspectiva se llevará a la realidad mediante una lógica donde los programas sociales serán instrumentos para hacer realizables los derechos de los ciudadanos y éstos tendrán los medios necesarios para exigirlos.

□ Para producir una dinámica de mejora continua de los programas sociales y del uso de los recursos destinados a la política social, se construirá un sistema de evaluación del desarrollo social, que permita producir información sistemática.

□ Para abatir la desigualdad entre los grupos más desfavorecidos, el gasto social se focalizará en las unidades territoriales más marginadas y atenderá en particular a los grupos vulnerables, como los adultos mayores, la población indígena, infantes, jóvenes, mujeres, migrantes y personas con capacidades diferentes.

Objetivos

□ Eliminar las brechas de desigualdad -en escolaridad, ingreso, condiciones de salud, vivienda y tiempo libre- y garantizar el respeto a la diversidad y pluralidad, para hacer efectivos los derechos sociales.

□ Mejorar la distribución del ingreso, disminuir la incidencia y la intensidad de la pobreza, con especial énfasis en los grupos más vulnerables y las zonas territoriales de alta marginación.

□ Erradicar la violencia y discriminación de que son objeto las mujeres y consolidar el pleno uso de sus derechos.

□ Instituir la perspectiva de género como criterio fundamental, permanente, en la formulación y ejecución de las políticas públicas.

□ Transformar la ciudad en un lugar favorable para el crecimiento y desarrollo de todos los niños, niñas y jóvenes, que brinde confort a los adultos mayores y que sea amable con la población con capacidades diferentes.

□ Introducir el reconocimiento de los derechos indígenas y de la diversidad pluricultural y pluriétnica en toda la política social.

□ Revertir las condiciones de desigualdad, marginación, exclusión social y rezago que padece la población de pueblos originarios e indígenas residentes.

- Lograr que el Distrito Federal sea reconocido a nivel nacional por su Sistema de Salud, destacado por su enfoque universal, equitativo, resolutivo, eficiente, participativo y solidario.
- Mejorar la atención y prevención a los problemas de salud más importantes y los niveles de satisfacción de los ciudadanos hacia los servicios de salud del Distrito Federal.
- Alcanzar un sistema de salud moderno, con tecnologías de vanguardia y cultura de la calidad.
- Utilizar eficientemente los recursos públicos destinados al desarrollo rural, en la generación de empleo e ingresos para los productores rurales.
- Fomentar el comercio justo entre los productores agropecuarios y la economía solidaria entre productores.
- Transformar el actual modelo educativo para lograr la mejor formación de los educandos.
- Alcanzar la descentralización de la educación básica, así como mejorar su calidad.
- Garantizar el acceso universal a la educación y la conclusión de la formación educativa hasta la educación media superior.
- Incrementar la capacidad de la ciudad de investigación e innovación científica y tecnológica y orientarla a la solución de los problemas de la ciudad.
- Acercar el conocimiento científico y tecnológico a los habitantes del Distrito Federal.

Salud

• **A partir del respeto a los derechos de las mujeres, se garantizará su libertad a decidir sobre su cuerpo y salud reproductiva mediante programas de prevención y atención a la salud integral.**

• El gobierno brindará atención integral en salud a Adultos Mayores, se ampliará la atención médica domiciliaria, con especial consideración a la perspectiva de género.

• Se asegurará el acceso a servicios médicos y la disponibilidad de medicamentos gratuitos a la población sin seguridad social.

• Fortaleceremos los programas para la promoción, prevención y manejo de riesgos y daños a la salud; en especial, la prevención en materia de adicciones para reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

• Mediante el fomento al deporte se impulsará la prevención de enfermedades y reducción de los riesgos de salud en la población.

• Se avanzará hacia la construcción de un sistema de atención en materia de salud mental.

• Se fortalecerá el Modelo Ampliado de Atención a la Salud vinculando de manera integral las acciones individuales y comunitarias, con orientación según grupos de edad y sexo.

• El gobierno impulsará la cooperación, la coordinación interna y externa entre los diversos actores del sistema de salud, para lograr una gestión más efectiva en salud.

• Se buscarán mecanismos que promuevan una cultura de la calidad en todo el sistema de salud mediante la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura."

ANEXO

AGOSTO 2011

FECHA	Hora Llegada	Hora Salida	Tiempo Real	ILE	SERVICIOS	APOYO PSICOLÓGICO	SALIDA					
							TU EMBARAZO	CRONICOS	ADHERENCIA			
Lunes	15-ago-11	17.50	21.00	3.50							0	Inducción
Martes	16-ago-11	17.50	21.00	3.50							0	Inducción
Miércoles	17-ago-11	17.50	21.00	3.50	1	4					5	
Jueves	18-ago-11	17.50	21.00	3.50							0	sesión
Viernes	19-ago-11	15.00	21.00	6.00	3		1				4	
Subtotal Hrs			20.00		4	4	1	0	0	0	9	
Lunes	22-ago-11	17.50	21.00	3.50	5	1					6	sesión
Martes	23-ago-11	17.50	21.00	3.50	2	2	1				5	
Miércoles	19-oct-11	17.50	21.00	3.50	6	1					7	
Jueves	25-ago-11	17.50	21.00	3.50	3	2					5	
Viernes	26-ago-11	15.00	21.00	6.00	1	1					2	sesión
Subtotal Hrs			20.00		17	7	1	0	0	0	25	
Lunes	29-ago-11	17.50	21.00	3.50	1							1 sesión
Martes	30-ago-11	17.50	21.00	3.50	1						8	9
Miércoles	31-ago-11	17.50	21.00	3.50	1							1
Jueves	01-sep-11	18.00	21.00	3.00	1		2				2	5
Viernes	02-sep-11	14.00	20.00	6.00	5	5	2					12
Subtotal Hrs			19.50		9	5	4	0	0	10	28	
Lunes	05-sep-11	17.50	21.00	3.50	2	2						4 sesión
Martes	06-sep-11	17.50	21.00	3.50	1	8		1				10
Miércoles	07-sep-11	17.50	21.00	3.50							4	4
Jueves	08-sep-11	17.50	21.00	3.50	1		1				5	7 REPORTE
Viernes												0
Subtotal Hrs			14.00		4	10	1	1	0	9	25	
			73.50		34	26	7	1	0	19	87	

SEPTIEMBRE 2011

FECHA		Hora Llegada	Hora Salida	Tiempo Real	ILE	SERVICIOS	APOYO PSICOLÓGICO	SALIDA				
							TU EMBARAZO	CRONICOS	ADHERENCIA			
Viernes	09-sep-11	14:05	14:00	20:00	6:00	5	6			1	12	
Lunes	12-sep-11	17:25	17:50	21:00	3:50	2	3				5	
Martes	13-sep-11	17:25	18:00	21:00	3:00	1		3			4	
Miércoles	14-sep-11	18:00	18:00	21:00	3:00	1		1			2	
Jueves	15-sep-11		17:50	21:00	3:50	4					4	FESTIVO
Viernes	16-sep-11		14:00	21:00	7:00	4					4	FESTIVO
Subtotal Hrs					26.00	17	9	0	4	0	1	31
Lunes	19-sep-11	17:20	17:50	21:00	3:50			1	6		7	
Martes	20-sep-11	17:15	17:50	21:00	3:50	2		3			5	
Miércoles	21-sep-11	17:25	17:50	21:00	3:50	1		1	4		6	sesión
Jueves	22-sep-11	17:10	17:50	21:00	3:50	2		1	2		5	
Viernes	23-sep-11	13:55	14:00	21:00	7:00	1	5				6	sesión
Subtotal Hrs					21.00	6	5	3	15	0	0	29
Lunes	26-sep-11	17:22	17:50	21:00	3:50	1		2	1		4	sesión
Martes	27-sep-11	17:41	17:50	21:00	3:50	1	2		1		4	
Miércoles	28-sep-11	17:57	18:00	21:00	3:00	4	1		1		6	
Jueves	29-sep-11	17:45	17:50	21:00	3:50		3				3	
Viernes	30-sep-11	14:00	14:00	21:00	7:00	4	6	2			12	
Subtotal Hrs					20.50	10	12	4	3	0	0	29
Lunes	03-oct-11	17:26	17:50	21:00	3:50			1			1	sesión
Martes	04-oct-11	17:20	17:50	21:00	3:50	2	1		7		5	15
Miércoles	05-oct-11	17:23	17:50	21:00	3:50		1		6		7	
Jueves	06-oct-11		17:50	21:00	3:50						0	REPORTE
Subtotal Hrs					14.00	2	2	1	13	0	5	23
TOTAL					81.50	35	28	8	35	0	6	112

OCTUBRE 2011

	FECHA	Hora			Tiempo Real	ILE	SERVICIOS	APOYO PSICOLÓGICO	SALIDA			
		Llegada	Salida	Real					TU EMBARAZO	CRONICOS	ADHERENCIA	
Viernes	07-oct-11	13:50	14:00	21:00	7:00	4	2	1				7
Lunes	10-oct-11	17:23	17:50	21:00	3:50	4		1	1			6
Martes	11-oct-11	18:15	18:00	21:00	3:00	4	1			1		6
Miércoles	12-oct-11	17:25	17:50	21:00	3:50			1	1	1	2	5
Jueves	13-oct-11	17:25	17:50	21:00	3:50	4	1	1				6
Viernes	14-oct-11	14:05	14:00	21:00	7:00	4	4	3				11
Subtotal Hrs					27.50	20	8	7	2	2	2	41
Lunes	17-oct-11	17:15	17:50	21:00	3:50	3		2		1		6 sesión
Martes	18-oct-11	17:20	17:50	21:00	3:50	2	3	1				6
Miércoles	19-oct-11	17:40	17:50	21:00	3:50	2	1	1		1		5
Jueves	20-oct-11		0:00	0:00	0:00							0 FALTA
Viernes	21-oct-11	13:50	14:00	21:00	7:00	8	5	2				15
Subtotal Hrs					17.50	15	9	6	0	2	0	32
Lunes	24-oct-11	17:20	17:50	21:00	3:50	2					3	5
Martes	25-oct-11	17:20	17:50	21:00	3:50	3	2				3	8
Miércoles	26-oct-11	17:30	17:50	21:00	3:50	1	1	2			1	5
Jueves	27-oct-11	18:00	18:00	21:00	3:00			1			4	5
Viernes	28-oct-11	14:00	14:00	21:00	7:00	5	5	2				12
Subtotal Hrs					20.50	11	8	5	0	0	11	35
Lunes	31-oct-11	17:27	17:50	21:00	3:50			1				1 sesión famgrama
Martes	01-nov-11		17:50	21:00	3:50							0
Miércoles	02-nov-11		17:50	21:00	3:50							0
Jueves	03-nov-11	17:30	17:50	21:00	3:50	1		1			5	7
Viernes	04-nov-11	13:30	14:00	20:00	6:00	4	5	1	1			11
Subtotal Hrs					20.00	5	5	3	1	0	5	19
TOTAL					85.50	51	30	21	3	4	18	127

NOVIEMBRE 2011

FECHA		Hora Llegada	Hora Salida	Tiempo Real	ILE	SERVICIOS	APOYO PSICOLÓGICO	SALIDA				
							TU EMBARAZO	CRONICOS	ADHERENCIA			
										0		
Lunes	07-nov-11		17:50	21:00	3:50					0	REPORTE C.U.	
Martes	08-nov-11	18:15	18:00	21:00	3:00	3	1			4		
Miércoles	09-nov-11	18:50	19:00	21:00	2:00		2	1		3	6	
Jueves	10-nov-11	17:44	17:50	21:00	3:50	2	4		1	5	12	
Viernes	11-nov-11	13:15	13:00	21:00	8:00	2	9	2			13	
Subtotal Hrs				20.00	7	15	4	1	0	8	35	
Lunes	14-nov-11	17:30	17:50	21:00	3:50	1		2			3	
Martes	15-nov-11	17:40	17:50	21:00	3:50	3	2	1	1		7	
Miércoles	16-nov-11	17:15	17:50	21:00	3:50		1	3			4	
Jueves	17-nov-11	17:25	17:50	21:00	3:50	2	2		3		7	
Viernes	18-nov-11	13:03	13:00	21:00	8:00	1	5	3			9	
Subtotal Hrs				22.00	7	10	9	4	0	0	30	
Lunes	21-nov-11		17:50	21:00	3:50						0	FESTIVO
Martes	22-nov-11	17:33	17:50	21:00	3:50	1	8	2	1		12	
Miércoles	23-nov-11	17:35	17:50	21:00	3:50	6	1	1			8	
Jueves	24-nov-11	17:35	17:50	21:00	3:50	2		2			4	
Viernes	25-nov-11	13:25	14:00	21:00	7:00	5	7	2			14	
Subtotal Hrs				21.00	14	16	7	1	0	0	38	
Lunes	28-nov-11	17:30	17:50	21:00	3:50	2		1		3	6	sesión famgrama
Martes	29-nov-11	17:45	17:50	21:00	3:50			3			3	
Miércoles	30-nov-11	18:00	18:00	21:00	3:00	3	3	1			7	
Jueves	01-dic-11	17:55	17:50	21:00	3:50	1	1	2			4	
Viernes	02-dic-11	13:30	14:00	21:00	7:00	10	6	2			18	
Subtotal Hrs				20.50	16	10	9	0	3	0	38	
TOTAL				83.50	44	51	29	6	3	8	141	

DICIEMBRE 2011

FECHA	Hora			Tiempo	ILE	SERVICIOS	APOYO	SALIDA					
	Llegada	Salida	Real					PSICOLÓGICO	TU EMBARAZO	CRONICOS		ADHERENCIA	
												0	
Lunes	05-dic-11	17:35	17:50	21:00	3:50	1		1				2	
Martes	06-dic-11	17:25	17:50	21:00	3:50			3				3	
Miércoles	07-dic-11		17:50	21:00	3:50							0	REPORTE C.U.
Jueves	08-dic-11		0:00	0:00	0:00							0	FALTA /AUTO
Viernes	09-dic-11	13:45	13:00	21:00	8:00	9	4	2				15	
Subtotal Hrs					18.50	10	4	6	0	0	0	20	
Lunes	12-dic-11		0:00	0:00	0:00							0	FALTA
Martes	13-dic-11	17:25	17:50	21:00	3:50	2		2				4	18 HRS
Miércoles	14-dic-11	17:30	17:50	21:00	3:50	2						2	
Jueves	15-dic-11	18:25	18:50	21:00	2:50							0	REV. EXP.
Viernes	16-dic-11	14:00	14:00	21:00	7:00							0	NO HUBO LINEAS
Subtotal Hrs					16.50	4	0	2	0	0	0	6	
Lunes	19-dic-11		17:50	21:00	3:50							0	VACACIONES
Martes	20-dic-11		17:50	21:00	3:50							0	VACACIONES
Miércoles	21-dic-11		17:50	21:00	3:50							0	VACACIONES
Jueves	22-dic-11		17:50	21:00	3:50							0	VACACIONES
Viernes	23-dic-11		14:00	21:00	7:00							0	VACACIONES
Subtotal Hrs					21.00	0	0	0	0	0	0	0	
Lunes	26-dic-11		17:50	21:00	3:50							0	VACACIONES
Martes	27-dic-11		17:50	21:00	3:50							0	VACACIONES
Miércoles	28-dic-11		17:50	21:00	3:50							0	VACACIONES
Jueves	29-dic-11		17:50	21:00	3:50							0	VACACIONES
Viernes	30-dic-11		14:00	21:00	7:00							0	VACACIONES
Subtotal Hrs					21.00	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL					77.00	14	4	8	0	0	0	26	

ENERO 2012

FECHA		Hora Llegada	Hora Salida	Tiempo Real	ILE	SERVICIOS	APOYO PSICOLÓGICO	SALIDA		
							TU EMBARAZO	CRONICOS	ADHERENCIA	
										0
Lunes	02-ene-12	17:50	17:50	21:00	3.50	2	3			5
Martes	03-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Miércoles	04-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Jueves	05-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Viernes	06-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Subtotal Hrs				3.50	2	3	0	0	0	0
Lunes	09-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Martes	10-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Miércoles	11-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Jueves	12-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Viernes	13-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Subtotal Hrs				0.00	0	0	0	0	0	0
Lunes	16-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Martes	17-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Miércoles	18-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Jueves	19-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Viernes	20-ene-12		0.00	0.00	0.00					0 PERMISO
Subtotal Hrs				0.00	0	0	0	0	0	0
Lunes	23-ene-12		17:50	21:00	3.50					0 REPORTE C.U.
Martes	24-ene-12	17:15	17:50	21:00	3.50	1	2	1	1	5
Miércoles	25-ene-12	17:25	17:50	21:00	3.50	5	4			9
Jueves	26-ene-12	17:25	17:50	21:00	3.50	3	6			9
Viernes	27-ene-12	14:00	14:00	21:00	7.00	3	1			4
Subtotal Hrs				21.00	12	13	1	1	0	0
TOTAL				24.50	14	16	1	1	0	0

FEBRERO 2012

FECHA		Hora Llegada	Hora Salida	Tiempo Real (HrS)	ILE	SERVICIOS	APOYO PSICOLÓGICO	TU EMBARAZO	SALIDA		
									CRONICOS	ADHERENCIA	
Lunes	30-ene-12	17:20	17:50	21.00	3.50	2	2	1	1		6
Martes	31-ene-12	17:15	17:50	21.00	3.50	3	3				6
Miércoles	01-feb-12	17:15	17:50	21.00	3.50	5	2	1			8
Jueves	02-feb-12	17:22	17:50	21.00	3.50	5	1				6
Viernes	03-feb-12	13:50	14.00	21.00	7.00	10	7	1			18
Subtotal Hrs				21.00	25	15	3	1	0	0	44
Lunes	06-feb-12		17:50	21.00	3.50						0 FESTIVO
Martes	07-feb-12	17:17	17:50	21.00	3.50	4	2				6
Miércoles	08-feb-12		17:50	21.00	3.50	2	6				8
Jueves	09-feb-12		17:50	21.00	3.50						0 FALTA
Viernes	10-feb-12		13.00	21.00	8.00	7	5	1			13
Subtotal Hrs				22.00	13	13	1	0	0	0	27
Lunes	13-feb-12		17.50	21.00	3.50	5	2		1		8
Martes	14-feb-12		17.50	21.00	3.50	4	1				5
Miércoles	15-feb-12		17.50	21.00	3.50	1	2				3
Jueves	16-feb-12		17.50	21.00	3.50	2	2	1			5
Viernes	17-feb-12		14.00	21.00	7.00	5	3	1			9
Subtotal Hrs				21.00	17	10	2	1	0	0	30
Lunes	20-feb-12		0.00	0.00	0.00						0
Martes	21-feb-12		0.00	0.00	0.00						0
Miércoles	22-feb-12		0.00	0.00	0.00						0
Jueves	23-feb-12		0.00	0.00	0.00						0
Viernes	24-feb-12		0.00	0.00	0.00						0
Subtotal Hrs				0.00	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL				64.00	55	38	6	2	0	0	101
TOTAL ACUMULADAS				489.5	247	193	80	48	7	51	626
SALDO				-9.5							