



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FES IZTACALA

*LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL SISTEMA
DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO (SAPTEL): SU
INTERVENCIÓN ANTE LLAMADAS DE PERSONAS
SUICIDAS EN POTENCIA.*

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL QUE PARA
OBTENER EL TÍTULO DE:**

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MARÍA DEL ROSARIO GARRIDO TORRES

ASESORES:

**DRA. OLIVIA TENA GUERRERO
DRA. MARÍA ALEJANDRA SALGUERO V.
MTRA. NORMA YOLANDA RODRÍGUEZ S.**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO, 2003.



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. FUNCIONES Y CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL PSICÓLOGO CLINICO.....	5
1.1. PREVENCIÓN.....	6
1.2. EVALUACIÓN.....	8
1.2.1. La entrevista.....	9
1.2.1.1. Rapport.....	12
1.2.1.2. Catarsis.....	14
1.2.2. Aplicación de pruebas psicométricas o test.....	15
1.2.3. La observación.....	16
1.3. DIAGNÓSTICO.....	17
1.4. TRATAMIENTO.....	19
1.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	20
CAPÍTULO II. INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	22
2.1. CONCEPTO DE CRISIS.....	23
2.2. CONCEPTO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	25
2.3. INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN.....	27
2.4. INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN O TERAPIA MULTIMODAL.....	30
2.4.1. Área conductual.....	34
2.4.2. Área emocional.....	34
2.4.3. Somatización.....	35
2.4.4. Área interpersonal.....	35
2.4.5. Área cognoscitiva.....	35
2.5. SEGUIMIENTO.....	36
CAPÍTULO III. EL SUICIDIO COMO CULMINACIÓN POTENCIAL ANTE UNA CRISIS.....	38
3.1. CONCEPTO DE SUICIDIO.....	39
3.2. TIPOS DE SUICIDIO.....	41
3.3 EXPLICACIONES DEL ACTO SUICIDA.....	44

3.4. DETECCIÓN DE ACTOS SUICIDAS POTENCIALES.....	49
3.5 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA ANTE ACTOS SUICIDAS EN POTENCIA....	51
CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN EN CRISIS POR TELÉFONO (SAPTEL).....	57
4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	57
4.2. ORGANIZACIÓN.....	59
4.3. CAPACITACIÓN.....	61
4.4. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.....	64
4.5. PROCEDIMIENTO TÉCNICO DE INTERVENCIÓN EN SAPTEL.....	65
4.6. DISTRIBUCIÓN DE LAS LLAMADAS RECIBIDAS.....	66
4. 7. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO Y SUS PRODUCTOS.....	67
4.7.1 Estadística de casos atendidos en el sistema de apoyo económico por teléfono (SAPTEL) durante 1997-1998.....	67
4.7.2. Resultados obtenidos en la práctica individual durante el periodo junio 1997- agosto 1998.....	73
4.7.2.1 Llamadas de información y canalización.....	74
4.7.2.2. Llamadas de primera vez.....	76
4.7.2.3 Llamadas de seguimiento.....	84
CAPÍTULO V. ANALISIS Y CONCLUSIONES.....	87
5.1. ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS.....	87
5.2. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN LA CARRERA Y LAS ACTIVIDADES REALIZADAS COMO PSICÓLOGO EN SAPTEL..	91
5.3 PROPUESTA PARA MEJORAR EL SISTEMA DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO (SAPTEL).....	93
5.4. CONCLUSIONES GENERALES.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	101
ANEXOS	

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo principal mostrar la función que desempeña el psicólogo clínico en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, enfatizando en las llamadas de personas suicidas en potencia.

Para ello se retoma como marco teórico la intervención en crisis y la terapia cognitiva conductual, así como la metodología que estas plantean. Se exponen de manera clara y precisa el resultado de las actividades realizadas de forma general por la institución, así como los resultados obtenidos de manera individual como consejero por teléfono, los cuales fueron 41 llamadas de información y canalización, 17 llamadas de seguimiento y 17 llamadas de primera vez, de las cuales 7 fueron de suicidas en potencia.

Por último, a manera de conclusión se manifiesta la importancia del trabajo en SAPTEL para la formación del psicólogo clínico, derivándose de la experiencia herramientas no solamente para intervenir en una crisis, sino también en la práctica profesional terapéutica.

Del mismo modo se expone una crítica acerca de las ventajas que tiene el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono así como también las deficiencias del mismo, dando una propuesta de cómo puede mejorar este servicio.

INTRODUCCIÓN

La experiencia que cada psicólogo tiene en el ámbito clínico con la gente que atiende, la ayuda que les da y los resultados que obtiene, es parte indispensable para la buena formación de un profesional.

Del mismo modo, la población a la que el psicólogo clínico dedica su práctica es demasiado extensa, comprende a niños, adolescentes, adultos y ancianos, así como su aplicación en todos los niveles socioeconómicos existentes, no importando raza, religión o situación geográfica.

Asimismo, las intervenciones que el psicólogo clínico puede realizar son innumerables, depende de la problemática a la que se enfrenta, pudiendo ser dentro de una empresa, un hospital, una oficina, el hogar, etcétera.

De lo anterior se deriva también la intervención cuando se presenta una crisis, tanto individual como colectiva, puesto que una persona puede presentar diferentes reacciones hacia una situación que no pueda resolver o sobrellevar con el repertorio de habilidades tanto cognitivas y/o conductuales con el que cuenta cada individuo.

Estas situaciones pueden llegar a ser productivas cuando las personas crean nuevos repertorios conductuales para la solución de la problemática, en caso contrario, puede suceder que al no resolver la problemática que creó la crisis, surjan pensamientos desvalorativos hacia la persona misma o hacia los demás, inseguridad, imposibilidad de solucionar otras problemática parecidas, o el mismo estancamiento en el problema.

Debido a lo anterior y a la gran necesidad de tener una institución que pudiera servir como informativa y de intervención, se crea el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) en México, en septiembre de 1985, 48 horas después de ocurridos los sismos que destruyeron una gran parte de la Ciudad de México.

Este sistema es un modelo de atención para situaciones de urgencia psicológica que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, ofreciendo orientación, canalización, apoyo psicológico y emocional, siendo el objetivo principal es promover un mayor bienestar emocional en la sociedad, incrementando la gama de servicios psicológicos y al mismo tiempo proporcionar atención a la gran parte de la población con recursos económicos insuficientes como para acceder a tales beneficios.

En consecuencia, un consejero telefónico o terapeuta por teléfono está calificado para ofrecer sus servicios a la población demandante al nivel de prevención, de canalización del sujeto a algún servicio especializado en tratamiento psicológico, o de apoyo psicológico en crisis para casos de emergencia, pudiendo ofrecer a la vez otras formas de intervención terapéutica breves y gratuitas.

Por otra parte, el desarrollo y clasificación de las llamadas de SAPTEL son de acuerdo con el objetivo de las mismas, ya sea de solicitar información y/o canalización del demandante a algún servicio en donde específicamente desee ir; solicitar apoyo psicológico ante una crisis psicológica, la cual se clasifica como llamada de primera vez; o solicitar no solamente la intervención del terapeuta sino también el seguimiento del caso, nombrando este tipo de llamadas de seguimiento.

Cabe destacar que el servicio psicológico por teléfono desde sus inicios fue creado con la finalidad de atender llamadas de suicidas en potencia; en el caso de SAPTEL, hay también llamadas relacionadas con otras problemáticas, como son

problemas de pareja, violencia intrafamiliar, abuso sexual, ansiedad, depresión, entre otros.

Es importante mencionar que este trabajo fue realizado para dar a conocer el desempeño que tiene el psicólogo clínico en las actividades de la institución, puesto que el principio del programa es puramente psicológico, sin contar que es una labor voluntaria por parte de todos los que trabajan ahí, y que el reconocimiento de la eficacia del servicio es por tanto importante.

Además, para contribuir a analizar las deficiencias que se detectaron en el Sistema y las dificultades que un terapeuta al teléfono puede tener en las llamadas suicidas en potencia, empezando por las instalaciones, los aparatos telefónicos, el mobiliario, la diversidad de técnicas para el tratamiento de las problemáticas más comunes, además de una orientación legal respecto a los mismos problemas.

Así pues, el objetivo de este trabajo es mostrar la función que desempeña el psicólogo clínico en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, enfatizando el trabajo terapéutico que realiza en las llamadas de suicidas en potencia.

Por consiguiente, su estructura enmarca el papel que tiene el psicólogo clínico, desde un marco general hasta el que desarrolla en el Sistema de Apoyo Psicológico, comenzando en el primer apartado con la exposición de las funciones que un psicólogo clínico debe desarrollar en su práctica profesional.

En el segundo explico el proceso que la intervención en crisis presenta tanto en primer grado como en segundo grado, contando con la aproximación teórica cognitiva conductual y la teoría desarrollada por autores como Slaikeu y Bellak.

En el tercer apartado, se explica el fenómeno suicida desde diferentes disciplinas como la sociología o la psiquiatría, y el desarrollo de la debida intervención

terapéutica tomando como referencia a Aarón Beck, quien desarrolló una metodología en el estudio e intervención de los clientes suicidas.

En el cuarto capítulo, se desglosa al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono desde sus antecedentes históricos, la organización en el programa, sus procedimientos generales y la capacitación de cada terapeuta, además de exponer el trabajo que se realizó en los años de 1997 y 1998 por el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono enfatizando el desarrollo de mis actividades y los casos que individualmente llevé en la institución.

Por último, a modo de conclusión se hace mención de un análisis acerca de la institución y del papel del psicólogo clínico que desempeña en la misma, así como las deficiencias y propuestas que en mi opinión he detectado, y las dificultades que enfrenté en la práctica con los diferentes casos, enfatizando los de intento suicida.

CAPÍTULO I

FUNCIONES Y CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL PSICÓLOGO CLINICO

Formarse como psicólogo clínico implica ser una persona en proceso de adquirir toda una serie de conocimientos teóricos y prácticos sobre la conducta humana y experiencias estrictamente académicas, que se integran paso a paso. Es un proceso de crecimiento unido con las características individuales de su propia personalidad, teniendo como fin trascendental ponerlo al servicio de la comunidad en la que vive.

En términos generales, la actividad del psicólogo clínico está relacionada con la prevención, el diagnóstico y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación, su área de interés se centra en la problemática individual de un sujeto, así como su interacción con el ambiente. En consecuencia el psicólogo clínico tiene la tarea de identificar, analizar y evaluar problemáticas en el área de la salud mental, además de elaborar programas de prevención y solución de dichas problemáticas.

El campo de la psicología clínica es muy extenso pues se aplica directamente al individuo mismo, a la familia, a los grupos laborales y educativos, a la rehabilitación de delincuentes y sujetos con problemas emocionales (Harsch, 1983). La labor principal del psicólogo hasta ahora ha sido en la mayoría de las áreas: tratar y solucionar la problemática ya existente y no en el ámbito preventivo, manifestándose la falta de disponibilidad de la gente hacia una educación preventiva, el apoyo de autoridades competentes, y la iniciativa de profesionales.

Por lo anterior, es necesario explicar las funciones que un psicólogo clínico debe de tener para el buen desempeño en el campo laboral, las cuales a continuación se exponen.

1.1 PREVENCIÓN

Uno de los papeles más importantes en la actividad de un psicólogo clínico es el prevenir problemas psicológicos en una población determinada.

La prevención implica tratar de anticiparse a los problemas antes que se produzcan (Kendall, 1988). Las intervenciones preventivas se llevan a cabo en personas que no son “casos clínicos” o que lleven un tratamiento psicológico, con el propósito de que no desarrollen alguna problemática en un futuro (Macropedia, 1995), es decir, que la prevención trata de reducir la incidencia de una problemática; naturalmente, si la prevención da resultado, la reducción de la incidencia (el número de casos nuevos) redundará en la reducción de la prevalencia (el número total de casos).

En el campo de la salud pública, se han utilizado los siguientes términos para dividir ciertos niveles de intervención preventiva: prevención primaria, referida a la prevención de casos nuevos; prevención secundaria, referida a la identificación temprana de casos, cuando se presentan problemáticas no tan complejas, con el fin de ofrecer tratamiento al individuo lo más pronto posible y prevenir la continuación del proceso; prevención terciaria, referida a intervenciones dirigidas a aquellas personas que ya sufren de trastornos serios, diseñadas para prevenir o reducir la incapacidad producida por tales trastornos (Macropedia, 1995).

Los programas de prevención pueden llevarse a cabo desde muchos puntos de vista (Macropedia, 1995; Chartier, 1988):

- ♣ El individuo. En la prevención de los problemas psicológicos se debe tomar en cuenta las características de la persona, incluidos su salud en general, su carga genética, sus habilidades y sus recursos emocionales, sociales y económicos. Los programas preventivos se orientarían a ofrecer al individuo destrezas o recursos que reduzcan el riesgo de producir un problema psicológico.

- ♣ El medio ambiente. Otra estrategia sería la de identificar y reducir las fuentes de tensión o estrés en el ambiente social o físico en que vive la población en la que se quiere reducir la incidencia de problemas emocionales.

- ♣ Programas enfocados a comunidades. Algunos programas de prevención van dirigidos a toda una comunidad. Tales programas utilizan esta estrategia porque consideran que todos los miembros de la comunidad están en riesgo, o porque al hacer consciente del problema a la población entera, podrán ayudar a crear un ambiente en el que las actividades saludables serán más respetadas y apoyadas.

- ♣ Prevención enfocada en las diferentes etapas del desarrollo humano. Este enfoque se origina en el conocimiento del desarrollo humano. Se considera que, a lo largo de la vida, existen etapas relativamente bien definidas con desafíos psicológicos singulares que tienen que ser manejados con éxito para que el desarrollo del individuo continúe en forma saludable.

- ♣ Identificación de grupos de alto riesgo. Otra estrategia de prevención utiliza información clínica o epidemiológica para identificar a aquellas personas que tienen un riesgo mayor de incidir en depresiones, ansiedad, estrés, etc. Los factores que se estudian en estos casos son: La historia personal del individuo, tanto los acontecimientos que haya experimentado y que pudieran ser traumáticos para la persona como los antecedentes familiares

identificados como factores de alto riesgo para los descendientes de los afectados.

1.2. EVALUACIÓN

Los diccionarios por lo general definen el término “evaluación” como una estimación del valor o mérito. La evaluación no es un suceso que ocurra de manera aislada, sino que forma parte de un proceso que conduce a una meta (Bernstein y Nietzel, 1982).

La evaluación puede decirse que es una función primaria que el psicólogo debe desarrollar, puesto que con el entrenamiento en los métodos de investigación científica, se considera como la persona más capacitada para diseñar y administrar sistemas de evaluación.

Gracias a la evaluación se pueden obtener datos para determinar los puntos fuertes y débiles del usuario, así como la severidad de los problemas psicológicos, antes, durante y después de la intervención (Kendall, 1988).

La evaluación se centra en la conducta problemática, teniendo como objetivo comprender las condiciones relacionadas con la ejecución de la conducta, puesto que de la definición y evaluación que se realice depende la aplicación de la intervención para las ocurrencias de la conducta, y la evaluación del impacto del programa (Kazdin, 1996).

Generalmente, la evaluación se refiere a la reunión e interpretación de información obtenida sobre la problemática de la persona. Los datos se pueden enfocar al comportamiento, inteligencia, personalidad (imagen, capacidades intelectuales, percepciones, preferencias u otras características). El psicólogo clínico puede usar datos de evaluación para una variedad amplia de propósitos, pueden ser empleados para dar un diagnóstico formal, para ayudar a determinar

apropiadamente un tratamiento, para elaborar un pronóstico, realizar descripciones de características de personalidad, orientar elecciones vocacionales o educativas, etc.

La evaluación conductual puede centrarse también en acontecimientos no observables de manera directa tales como los pensamientos, sentimientos o alucinaciones.

Cabe mencionar que los dispositivos de evaluación que se utilizan son: la observación directa o indirecta, en estos se encuentran la entrevista y las pruebas psicométricas o los cuestionarios.

1.2.1. La entrevista

La entrevista es el procedimiento de evaluación más usado, y consiste en que las personas respondan a preguntas hechas por el terapeuta y hagan comentarios acerca de su problema (Chartier, 1988). La entrevista consiste en una conversación que tiene un propósito o meta, es en gran medida el instrumento más empleado en la Psicología Clínica, tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico, es un componente principal de la evaluación clínica que precede, acompaña y sigue al tratamiento.

Una ventaja que tiene la entrevista es que es flexible, no es muy costosa, es fácil de manejar y lo que es más importante, puede dar al clínico muestras simultáneas de la conducta verbal y no verbal del cliente. Lo anterior hace que la entrevista sea útil en diferentes situaciones, incluyendo las siguientes (Chartier, 1988).

- a) *Entrevistas iniciales.* Es el tipo más común de entrevistas. El cliente se acerca al clínico por algún problema cotidiano, su acercamiento puede ser voluntario o involuntario como en el caso de criminales, jóvenes y otros. El psicólogo puede tener poca o ninguna información acerca del cliente, así que la o las

primeras entrevistas se dirigen a determinar la naturaleza y el contexto de problema. El entrevistador puede usar la información obtenida en esta situación para decidir si puede o no ayudar adecuadamente, prestar servicios posteriores a la evaluación o tomar alguna otra decisión.

- b) *Entrevistas para la identificación de problemas.* La decisión de aceptar o referir a un cliente con base en la información inicial depende de la naturaleza del problema del cliente. Por esta razón, muchas de las entrevistas iniciales están dirigidas a la identificación de los problemas.

Sin embargo, hay otras situaciones clínicas en las que la decisión para trabajar o referir al cliente ya se hizo o no está a discusión. En tales casos, las entrevistas se dirigen completamente a la identificación o elaboración de los problemas del cliente.

- c) *Entrevista de orientación.* A menudo, las personas que participan en una evaluación o tratamiento psicológico, en escenarios clínicos o de laboratorio, no saben exactamente qué esperar, y mucho menos lo que se espera de ellas. Esto es especialmente cierto si no han tenido contactos previos con psicólogos clínicos y otros profesionales que brindan u ofrecen servicios de apoyo.

Para hacer estas nuevas experiencias menos misteriosas y más confortables, muchos clínicos llevan a cabo entrevistas especiales (o asignan una parte de sus entrevistas) para instruir al paciente acerca de los procedimientos de evaluación, tratamiento o investigación que se llevará a cabo.

- d) *Entrevistas de terminación.* Muy relacionado con el problema de orientar a los pacientes acerca de las experiencias clínicas está el terminar satisfactoriamente esas experiencias; las entrevistas de terminación pueden ser muy “emotivas”, pero tienen el propósito de hacer que la transición de la

situación de tratamiento a la de “postratamiento” sea lo más productiva posible.

- e) *Entrevistas en situación de crisis.* A menudo las personas que están pasando por una crisis buscan ayuda clínica o llaman por la línea de emergencia a un centro para la prevención del suicidio u otro servicio de 24 horas para situaciones de crisis. En tales casos, el entrevistador no se puede dar el lujo de programar una serie de sesiones de evaluación para seguir alguna forma de tratamiento. La crisis debe enfrentarse en el momento, a menudo en pocos minutos, y los objetivos de la entrevista que de otra manera se hubieran distribuido en varias sesiones se deben combinar. El entrevistador intenta dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda.

Esto generalmente significa tratar al cliente con calma, interés y de una forma aceptable; haciendo preguntas para obtener información relevante y trabajando directamente sobre el problema inmediato o refiriéndolo a algún servicio médico, social o psicológico adecuado. Una o dos entrevistas bien manejadas durante una crisis pueden ser el principio y el fin del contacto con clientes cuya necesidad de ayuda fuese temporal y específica para una situación. Para otros, la entrevista durante la crisis lleva al establecimiento de un contrato para posteriores sesiones de evaluación y tratamiento (probablemente de una manera más tranquila).

- f) *Entrevistas de observación.* Las entrevistas proporcionan una oportunidad para observar varios aspectos de la conducta del cliente. Los clínicos llevan a cabo, en raras ocasiones, entrevistas preparadas para ver como una persona enfrenta ciertas situaciones. En estos casos, la entrevista exclusivamente proporciona una oportunidad para observar las reacciones del entrevistado ante condiciones ambiguas, provocadoras de tensiones o de conflictos, etc. Son más aplicables en actividades de investigación.

Este método de evaluación es una manera de conducir un análisis funcional diseñado para describir la conducta, los eventos de escenario en los que ésta aparece y las posibles funciones a las que sirve. La descripción de la conducta se refiere a definirla en términos concretos y operacionales, discutiendo con precisión lo que es la conducta problema (Kazdin, 1996). Esta entrevista conductual recoge información que permite definir y entender completamente la naturaleza y contexto de una conducta problemática del individuo (Caballo, 1991).

La entrevista es útil porque busca información sobre la conducta, los eventos de estímulos y las consecuencias. Desarrollar un programa de cambio conductual comienza, por lo menos, con esta información obtenida de los informes de los clientes o de aquellos con los que él interactúa (Kazdin, 1996).

Cabe destacar que en la entrevista, la información se obtiene a partir de informes verbales de acontecimientos más que de observaciones de los eventos en sí mismos. Tales descripciones se obtienen de los clientes, personas en la vida cotidiana de éstos o profesionales, se limitan por prejuicios del juicio humano que afecta la propia capacidad para describir detalles de manera precisa, e identificar relaciones entre eventos. Sin embargo, la entrevista es digna de tomarse en cuenta como base para identificar guías para el tratamiento y porque es posible que no sea factible una evaluación más directa.

Por otra parte, dado lo extenso y lo importante que es la entrevista como función de un profesional en psicología clínica, es necesario tomar en cuenta el rapport y la catarsis; dos aspectos que se deben establecer desde la entrevista y mantener a lo largo de todas las fases de la intervención.

1.2.1.1 Rapport

El rapport es la presencia de empatía y comprensión del terapeuta al paciente (Gaitán, 1997); es la corriente comunicativa que se establece entre dos personas (terapeuta y cliente); la idea de rapport implica la puesta en juego de componentes afectivos que facilitan la interacción con el terapeuta.

Además, el que haya un buen rapport incluye que tanto el cliente como el psicólogo clínico tengan intenciones de colaborar para la modificación de las conductas problema, siendo de esta manera más fácil que teniendo dudas y desconfianza por parte de alguno de las dos partes.

Uno de los principales factores del rapport es la claridad de comunicación entre el psicólogo clínico y el cliente para plantear buenas preguntas, fomentando la confianza y expresión de la persona, pues de lo contrario la información sería poca y deficiente e impediría que se pudiera tratar la problemática.

Por esto el psicólogo debe estar consciente de que diferencias educacionales, sociales, raciales, culturales, económicas o de otro tipo que existen entre ellos pueden reducir de una manera seria o hasta borrar por completo la posibilidad de una comunicación efectiva.

Además de lo anterior y como sucede en todos los seres humanos, también cuenta un flujo constante de conducta no verbal que acompaña casi toda la conducta verbal del cliente (y del clínico). De hecho generalmente el canal de comunicación no verbal permanece abierto aún cuando se cierre el canal verbal, como son la apariencia física, los movimientos, la postura, el contacto ocular, la expresión facial, la excitación emocional y las variables del habla.

Algunos aspectos que el psicólogo clínico debe considerar son el manejo de los silencios, cómo dirigirse al cliente, las ventajas y desventajas de tomar apuntes, el manejo de las preguntas personales, y hasta qué punto es aconsejable confrontar a un cliente con sus contradicciones y cuándo se debe hacer.

Es esencial que haya empatía entre el entrevistador y el entrevistado para que éste participe, es el primer objetivo de la entrevista inicial y de las subsecuentes (Chartier, 1988), puesto que una relación positiva permite que el entrevistador intensifique su influencia, lo que aumenta las posibilidades de aceptación de sus consejos y la efectividad de sus técnicas.

1.2.1.2 Catarsis

La catarsis es la descarga emocional intensa que tiene una persona al narrar y describir un suceso que causa una crisis (Gaitán, 1997).

Es bien sabido que la gente se siente mejor cuando puede desahogar sus preocupaciones y que las perspectivas para solucionar un problema son más claras cuando se habla de él. Al fomentar que las personas hablen de sí mismos, la terapia les ofrece la oportunidad para que alivien su aflicción y encuentren mejores soluciones (Kendall, 1988).

Numerosos terapeutas han señalado la importancia de la catarsis en la psicoterapia eficaz como Freud, Frank, Rosenzweig, Shoben, (citado en: Kendall, 1988); asimismo, en algunos tratamientos conductuales posteriores, se considera que las técnicas catárticas influyen mucho para generar el cambio de conducta deseado.

Es indispensable que a las personas en crisis que experimentan sentimientos muy intensos (o que son incapaces de expresar sus emociones directamente), se les dé oportunidad de desahogarlos en la relativa seguridad de la situación

terapéutica. Por lo tanto, el psicólogo clínico debe tener presente el alto grado de nerviosismo en que se encuentra la mayoría de las personas cuando se presentan a la sesión inicial de terapia en crisis, y estar atento a sus necesidades catárticas (Kendall,1988).

De modo que el terapeuta debe fomentar que el cliente exprese sus emociones con libertad. Tiene que esforzarse por provocar sentimientos fuertes en éste, y permitirle que manifieste emociones intensas. Hay que lograr que el cliente experimente sus emociones, las examine, se compenetre con ellas y las sienta en su totalidad como lo que son.

1.2.2. Aplicación de pruebas psicométricas o test

Según Bernstein y Nietzel (1982), una prueba no es otra cosa más que una manera particular de observar indirectamente y describir la conducta de una persona en una situación tipificada. Las pruebas consisten en la presentación de ciertos estímulos planeados y la petición al cliente de que responda en alguna forma. Las reacciones de la persona se registran como los resultados de la prueba y posteriormente se usan como muestras, signos o correlatos de acuerdo con la estrategia general de evaluación del psicólogo.

La prueba es una forma de evaluación estructurada de un conjunto de estímulos estándares a los que una persona tiene que responder. Las respuestas comúnmente se comparan con las respuestas de otros con características conocidas, la información reunida es frecuentemente útil, y puede corroborarse mediante la entrevista o la observación (Chartier, 1988).

Estas pruebas son comúnmente utilizadas para la detección de problemas de ansiedad, depresión, problemas familiares, etc., ayudando a la ampliación del diagnóstico y elaboración del tratamiento. Sin embargo, pueden ser invalidadas o

excluidas, puesto que en la aplicación también se consideran las acciones no verbales o la actitud que las personas toman hacia la prueba.

1.2.3. La observación

Según Bernstein y Nietzel (1982), la observación del comportamiento de las demás personas es el aspecto fundamental de la evaluación interpersonal para el psicólogo clínico, puesto que se recopilan y analizan los datos obtenidos por observación en el contexto de sus actividades de evaluación; es decir, la selección, provocación, registro y codificación del conjunto de conductas y ambientes que implican a los organismos en el lugar donde se llevan a cabo las acciones y que concuerda con los objetivos empíricos.

Como un suplemento a los otros métodos de recopilación de datos, la observación puede ampliar y elaborar el panorama total de la evaluación y, a su vez, conducir a una comprensión más completa del cliente. El reconocimiento acerca de que esta persona es capaz de manifestar una conducta apropiada en ciertas circunstancias puede ayudar enormemente a que el psicólogo tenga una mejor concepción de sus problemas (Bernstein y Nietzel, 1982).

El instrumento fundamental de la evaluación es la observación directa, no obstante, los métodos de observación varían según el problema a tratar y según el procedimiento terapéutico utilizado, en muchos casos, la conducta se observa en la propia situación problemática. Este método es el más idóneo en intervenciones basadas en el condicionamiento operante, en las que el tratamiento se realiza en el “ambiente natural”, esto es la casa, la escuela o distintas situaciones sociales. (Chartier, 1988).

Las observaciones directas pueden completarse utilizando un registro establecido, o a través de alguna variante por personas en la vida cotidiana del cliente (por ejemplo, padres, maestros o personal), así este método proporciona una

evaluación precisa de la conducta en progreso y de los eventos específicos con los cuales se halla asociada, porque proporciona información más precisa sobre la conducta, escenario y funciones. Las relaciones identificadas mediante observación directa pueden conducir a hipótesis fundamentadas en datos sobre lo que podría estar manteniendo la conducta (Kazdin, 1996).

1.3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se centra en las conductas específicas y en las condiciones bajo las que se realizan. A diferencia del diagnóstico tradicional, el diagnóstico conductual no se dirige a asignar al individuo a una categoría diagnóstica concreta. Lo que pretende, por el contrario es hacer recomendaciones explícitas con vistas al tratamiento. Y son las conductas objetivo que necesitan modificarse y los eventos ambientales que podrían ser útiles en la producción del cambio terapéutico; es decir, los aspectos que reciben una mayor atención (Chartier, 1988).

El diagnóstico conductual consta de siete pasos (Kazdin, 1996):

1. Análisis inicial de la situación problemática, en el que se especifican detenidamente las conductas del cliente.
2. Clasificación de la situación problemática, paso en el que se especifican los factores ambientales (condiciones estímulares bajo las que la conducta se realiza y consecuencias que la mantienen).
3. Análisis motivacional, mediante el cual se identifican los estímulos aversivos y los refuerzos positivos para el cliente.
4. Análisis evolutivo, en el que se identifican los cambios biológicos, sociológicos y conductuales que se han producido durante la historia del individuo y tienen una posible relevancia para el tratamiento.
5. Análisis del autocontrol, en el que se identifican las situaciones y conductas que el individuo puede controlar.

6. Análisis de las situaciones sociales, mediante el que se especifican las relaciones del individuo con otras personas de su ambiente, y sus cualidades aversivas o reforzantes.
7. Análisis del ambiente físico-social-cultural, en el que se evalúan los criterios normativos de conducta del cliente y las facilidades y limitaciones con que se encuentra para llevarlos a cabo.

Siguiendo con este método pueden delimitarse las conductas sobre las que se va a centrar el tratamiento y los medios ambientales que pueden utilizarse con fines terapéuticos. El método está pensado únicamente para facilitar la elección del tratamiento (Kazdin, 1996).

El diagnóstico ideal debe reunir tres características fundamentales: Precisión, claridad y amplitud; es el conocimiento intuitivo y racional de las características distintivas de la persona y comunicables en una descripción verbal adecuada y sistemática (Macropedia, 1995).

El diagnóstico conductual se centra en primer lugar sobre lo que la persona hace o deja de hacer y que constituye el motivo por el que ha acudido a tratamiento. Una vez identificada esta conducta objetivo, el siguiente paso consiste en determinar las condiciones en las que ocurre y en las que no ocurre la conducta (Macropedia, 1995).

Según la conducta objetivo de la que se trate, también puede ser de interés un análisis de los acontecimientos que la preceden o que la siguen. Cuando ya se conoce la conducta objetivo y las condiciones bajo las que se da, ha llegado el momento de seleccionar la estrategia de tratamiento. Así pues, el proceso diagnóstico consiste en especificar la conducta problemática, aislar los acontecimientos ambientales que controlan esa conducta y seleccionar las técnicas que se van a utilizar para modificarla (Macropedia, 1995).

Uno de los fines fundamentales del diagnóstico conductual es el reformular el problema del cliente en términos conductuales. Esta reformulación no es simplemente una traducción, de lo que se trata, más bien, es de intentar aplicar los conceptos y procedimientos procedentes del laboratorio a la modificación, instauración y mantenimiento de conductas.

Los conceptos extraídos del laboratorio ayudan a sugerir variables que pueden ser importantes en la situación clínica. Una vez identificadas estas variables, pueden manipularse y aplicarse al cambio de la conducta. El replantear los problemas en términos conductuales también ayuda a identificar unidades conductuales de modo que tanto la conducta como su modificación puedan considerarse de forma más analítica que lo que suelen permitir las descripciones globales de los problemas clínicos.

Por otra parte, el delimitar claramente la respuesta objetivo es de una gran utilidad en la observación y evaluación de las técnicas terapéuticas una vez que éstas se han aplicado. Básicamente, la descripción de los problemas clínicos en términos conductuales sugiere datos muy importantes para el proceso terapéutico, y proporciona al mismo tiempo una metodología para analizar y evaluar el propio cambio conductual.

1.4. TRATAMIENTO

El tratamiento psicológico (para usarlo como término genérico en la intervención) se refiere a los intentos de aliviar la angustia de las personas (Macropedia, 1995). Los métodos particulares de tratamiento elegidos por los psicólogos clínicos frecuentemente reflejan las suposiciones y corrientes teóricas con las que han sido formados, los cuales contienen componentes que respaldan los procedimientos metodológicos.

El tratamiento está unido al diagnóstico y a la evaluación de la conducta, una vez que se identifican y se miden las conductas problema específicas, el tratamiento se centra sobre ellas. Por lo general, es el interés sobre la conducta manifiesta lo que distingue a la terapia de la conducta.

Además, según el enfoque conductual, la terapia puede dirigirse a aliviar la ansiedad o modificar procesos cognitivos que se supone son los responsables de una conducta manifiesta específica. No obstante, el tratamiento se concentra en el problema identificado y la conducta observable se considera como la confirmación de la bondad de esa forma de abordarlo (Kazdin, 1996)

La estrategia terapéutica utilizada para modificar la conducta varía según el análisis funcional que se haya hecho sobre ésta y las conclusiones diagnósticas. La gran diversidad de técnicas de las que se dispone y su procedencia de distintos modelos de la conducta, hace difícil la tarea de extraer denominadores comunes a todos los tratamientos conductuales.

1.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

No cabe duda de que el psicólogo clínico tiene una identidad profesional como ser social debido a que surge históricamente convocado por necesidades de esa misma sociedad a la que responde con una progresiva y calificada inserción laboral, desarrollo y afianzamiento de su autonomía científica y diferenciación de su objeto y métodos específicos.

Sin embargo, Catalina Harrsch (1983), menciona que la función del psicólogo clínico no se termina en el tecnicismo de su práctica; por el contrario, debe ser consciente de su responsabilidad ética como intelectual frente a la sociedad, quedando por consiguiente a su disposición para asistirle en sus demandas de

ayuda psicológica y para lograr, al mismo tiempo, una mayor comprensión del contexto en el que lleva a cabo su tarea.

De esta manera, el psicólogo clínico puede superar cualquier obstáculo en su práctica profesional, certificando su procedimiento científico y favoreciendo el rescate integrador de las posibilidades reflexivas del ser humano.

El psicólogo clínico no debe dejar a un lado la concepción que se tiene del hombre al que se destina nuestra práctica terapéutica desde una perspectiva integral del ser humano, como una persona concreta que estructura singularmente su experiencia; como un sujeto a la vez producido y productor de su medio social determinado por una serie de vínculos significativos internos y externos, expresados y representados a través de reglas y procedimientos grupales; con un contexto histórico que lo enmarca y delimita; portador de una ideología, inscrito en una cultura; con circunstancias socioeconómicas y políticas; con la tendencia a organizarse como una totalidad y unidad en el nivel de integración.

Por todo lo anterior, es deber del psicólogo clínico asegurar el correcto y regular ejercicio de la profesión, por los principios de responsabilidad, competencia y humanismo, a favor de la salud mental de la población, tomando en cuenta la asistencia a accidentes o situaciones de emergencia social, colaborando con los medios teóricos metodológicos que tenga a su alcance.

Cabe aclarar que el psicólogo clínico debe abstenerse de su participación terapéutica si sus principios éticos y morales hacen que la relación ante la persona atendida sea incómoda y prejuiciosa, puesto que de otro modo, se perdería la objetividad y el respeto hacia el cliente.

CAPITULO II

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Debido a que la participación del psicólogo clínico siempre está presente en situaciones donde el ser humano se enfrenta a condiciones que provoquen una alteración ya sea física, emocional, psicológica o económica, se considera importante exponer en este trabajo el procedimiento que se lleva a cabo para la intervención en crisis, desglosando este capítulo en dos partes importantes: la intervención en crisis de primer orden o inmediata, y la intervención en crisis de segundo orden o “terapia multimodal” (Slaikeu,1996).

El conocimiento de los dos temas a exponerse es importante para la formación de un profesional de la psicología, puesto que una situación de crisis puede presentarse en cualquier momento, en cualquier lugar, y ante cualquier persona, teniendo los psicólogos que estar preparados y dispuestos tanto profesionalmente como humanamente para asistir a las personas.

Asimismo, cabe destacar que este capítulo es base fundamental de este trabajo; la terapia de emergencia, terapia breve o comúnmente llamada terapia en crisis (Bellak y Siegel, 1992), manifiesta una serie de características diferentes a la terapia convencional, que se irán desglosando poco a poco a lo largo de este apartado.

El introducir un capítulo entero para intervención en crisis, se basa fundamentalmente en la importancia que tiene el contar con este conocimiento, puesto que un psicólogo clínico siempre estará expuesto a intervenir en alguna crisis, tanto individual como colectiva. Pongamos el ejemplo de nuestra propia realidad mexicana, no fue otra cosa lo que la sociedad civil instrumentó espontáneamente, luego del sismo de 1985, presentándose un gran deseo de

comprometerse con el dolor colectivo, lo cual no llevaba una metodología que pudiera abarcar cada problemática que se presentará en ese momento. Por ello, fue indiscutible crear una metodología especializada dirigida a la prevención, lo cual facilite un adecuado enfrentamiento para situaciones de crisis, para efecto de que los esfuerzos desplegados se conviertan en una ayuda precisa, encaminándose de modo pertinente y eficaz (Perrés, 1997).

2.1. CONCEPTO DE CRISIS

Es necesario primeramente tener en claro qué significa una crisis, cómo se origina y cuáles son sus representaciones y sus posibles consecuencias; al respecto Sullivan y Everstine (1995) explican que cuando alguien se encuentra en situaciones de angustia, ansiedad, miedos, confusión, llanto, desesperación, impotencia, soledad y todo tipo de sentimientos que se desarrollan en la persona y que llega al grado que el individuo necesita expresarlo, sentirse escuchado, comprendido y apoyado, es entonces cuando la persona busca un apoyo psicológico, porque se dice que está en crisis.

Slaikeu (1996), describe a una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Gómez del Campo (1992) menciona que una crisis es una combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona que coincide con su desorganización psicológica y necesidad de ayuda. La crisis representa tanto el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental como la oportunidad para el desarrollo de la persona.

Según Kaplan (1987) los problemas cotidianos de una persona son provocadores de una gran tensión y si las habilidades para la solución de problemas no han sido eficaces, se dice que la persona está en una crisis.

Un análisis semántico de la palabra crisis, revela conceptos que son ricos en significados psicológicos. El término chino de crisis (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, ocurriendo al mismo tiempo. La palabra inglesa se basa en el griego Krinein que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un punto decisivo durante el cuál habrá un cambio para mejorar o empeorar (Slaikeu, 1996).

Retomando lo anterior y mi experiencia en el tema, opino que una crisis se puede presentar en cualquier persona, siempre y cuando se encuentre en situaciones que lo hagan sentirse impedido para solucionar algún problema, esto depende del lugar donde se encuentre, con quien se encuentre y las estrategias o habilidades que antes eran útiles para resolver el problema y que ya no son eficaces.

Lo anterior lo podemos constatar en los momentos que hemos tenido algún problema (familiar, del trabajo, de la escuela, con la pareja, etc.) que no podamos solucionar inmediatamente; las formas de expresar el desequilibrio emocional y psicológico son diferentes de una persona a otra, alguien puede gritar y lanzar insultos, otro puede llorar, otro simplemente quedarse callado.

Así pues se puede hablar de tres posibles resultados de la crisis: el cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento (Slaikeu, 1996). A esto, se agrega que las crisis se contemplan como puentes decisivos y críticos donde el peligro y la oportunidad coexisten, y en donde los riesgos son altos, es decir, que puede tener como consecuencia resultados físicos o adversos (suicidio, homicidio, personas golpeadas, abuso a los niños, violencia sexual, etc.).

2.2. CONCEPTO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

La expresión “intervención en crisis” se ha vuelto muy común, siendo utilizada por múltiples y muy variadas corrientes psicológicas, a veces incluso claramente antagónicas entre sí en el ámbito teórico metodológico. De este modo, es interesante conocer los distintos enfoques con los que se aborda la intervención en crisis, los cuales valoran la problemática de manera distinta.

La intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o grupo a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida) se incremente (Slaikeu, 1996).

Sullivan y Everstine (1995) opinan que las características fundamentales de una intervención en crisis son:

- 1) Acudir de inmediato, mientras la urgencia siga siéndolo.
- 2) Respuesta activa y creativa, en vez de pasiva; esto es, responder a las necesidades críticas del cliente y la situación, en vez de guardar a que el paciente solicite la terapia.
- 3) Ofrecer la mejor atención posible a cargo de terapeutas especialmente capacitados, con el propósito de llevar la urgencia a su terminación, incluyendo el tratamiento continuado cuando sea necesario.

Hay una gran variedad de estrategias de intervención, tomando en cuenta la línea teórica que trabaje el terapeuta, sin embargo pueden identificarse varios principios clínicos comunes (Bellak y Siegel 1992; Slaikeu, 1996), los cuales permiten hacer una intervención terapéutica exitosa:

- a) Duración. La terapia limitada en tiempo es el tratamiento de elección en las situaciones de crisis, el proceso de ayuda tomará el tiempo que toma la mayoría de las personas para recobrar el equilibrio después de un suceso de crisis. Al tener pocas sesiones se obtienen claras ventajas económicas y brindar terapia directa durante la crisis, también tiene ventajas terapéuticas adicionales como aumentar las oportunidades del paciente para crecer a través de una crisis, al asistirlo y ayudarlo para que domine la situación y se traslade hacia la reorganización de una vida desorganizada; además el énfasis en el tiempo es para calcular tanto la reducción del peligro, como para aprovechar la motivación del paciente para herramientas nuevas para enfrentarse con las circunstancias de la vida.
- b) Objetivos. El objetivo principal de una intervención en crisis es ayudar a la persona que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis, es decir, reestructurar el equilibrio; sin quitarle importancia a lo anterior, un objetivo también importante es lograr que la persona aprenda estrategias para poder resolver el problema que lo condujo a tener la crisis. Finalmente, la intención de los dos objetivos anteriores es que el sujeto pueda tener una visión objetiva y positiva, siendo en consecuencia capaz de planear por completo sus propias decisiones para el futuro.
- c) Evaluación. La evaluación es importante por las capacidades y deficiencias incluidas en cada uno de los sistemas involucrados en la crisis. Los datos sobre lo que está resultando infructuoso en la vida de la persona, se complementan con lo que aún funciona y los recursos sociales se pueden usar para ayudar a la persona a enfrentar la angustia de la crisis. La labor del clínico es determinar qué variables ambientales la precipitaron, apoyado en el hecho de que cada una de éstas ocurre en el contexto familiar, laboral, en el vecindario o sistemas comunitarios. Estas pueden ser de tipo interpersonal, físicas o cognitivas, las cuales mantienen en la persona la desorganización

cognitivo y emocional mismas que se pueden movilizar para facilitar el cambio constructivo en la situación.

- d) La actitud del terapeuta. Uno de los aspectos más sobresalientes del trabajo en situaciones de crisis es que los terapeutas son más activos, directivos y orientados hacia la meta, que en situaciones de no crisis. Dado que el tiempo es corto, los terapeutas se convierten en participantes activos para tener acceso al problema, a las necesidades inmediatas precisas y a la movilización de los recursos de ayuda. Por todo lo anterior, el terapeuta debe establecer o facilitar la comunicación entre las personas en crisis, ayudar al individuo o familia a que perciban correctamente la situación y ayudar en el manejo de sentimientos y emociones de manera franca.

2.3. INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN

Uno de los desarrollos más interesantes sobre el tema es el que realiza Slaikeu, proponiendo un modelo amplio de la intervención en crisis. Parte claramente del concepto de crisis, tomado ya como modelo para pensar las formas de intervención, sus modalidades, sus agentes, los servicios de rescate y de ayuda en crisis, los modelos técnicos empleados, los diferentes niveles de entrenamiento requeridos para cada uno de ellos, etc. Diferencia lo que denomina intervenciones de primer orden, es decir, primera ayuda psicológica que se puede brindar a la persona en crisis, de las intervenciones de segundo orden, vale decir, las terapias en crisis (Slaikeu, 1996).

La intervención en crisis de primer orden consta de tres objetivos principales según Slaikeu (1996):

- 1) Proporcionar apoyo a la persona que lo requiere, es decir, permitir que la gente nos hable, brindando cordialidad e interés, proporcionando una atmósfera en que puedan expresarse la angustia y la cólera.

- 2) Reducir la mortalidad y prevenir lesiones físicas durante la crisis, ya que desgraciadamente, en el momento de una crisis pueden crearse lesiones físicas a otras personas como es el caso del maltrato infantil o aún a sí mismos como en los intentos de suicidio; esto se puede realizar platicando con la persona para reducir el nivel de tensión y estrés, confiscando algún objeto que pueda ser usado como arma, o en casos extremos trasladar a la persona al hospital más cercano para darle una debida atención médica.
- 3) Proporcionar enlace a recursos de ayuda, en vez de tratar de resolver el problema total; el terapeuta identifica con precisión las necesidades críticas y luego realiza una referencia apropiada a algún otro profesional o institución ya sea psicológica, médica o legal.

Slaikeu (1996) menciona un procedimiento de intervención en crisis de primer orden basado en 5 componentes los cuales son:

- a) Hacer contacto psicológico. El cual consiste en hacer sentir al paciente escuchado, comprendido, aceptado y apoyado, disminuyendo la intensidad de la angustia emocional para el desarrollo de alternativas en la solución del problema. Significa escuchar hechos y sentimientos (qué paso, así como el cómo se siente la persona al respecto), y usar exposiciones reflexivas para que de esa manera la persona sepa que escuchamos lo que se dijo. Por otra parte, el contacto psicológico no siempre se realiza exclusivamente a través de la comunicación verbal, algunas veces el contacto físico no verbal es también efectivo, por ejemplo, tocar o abrazar a una persona que está muy trastornada.
- b) Examinar los parámetros del problema. La función de este componente consiste en determinar las necesidades inmediatas y necesidades posteriores, investigando sobre tres áreas: **1.** Pasado, refiriéndose a los sucesos que culminan en el estado de crisis, en especial el suceso específico que desató o

precipitó la crisis; **2.** Presente, en donde debe estipularse la descripción de quién está involucrado, qué y cuándo pasó, y así sucesivamente. Esto se realiza a menudo a través de una plática sencilla en la que el usuario menciona al terapeuta la historia, determinando los recursos personales y los recursos sociales con los que cuenta la persona; y **3.** Futuro inmediato, en donde dependiendo de las circunstancias, se establecen las decisiones inminentes para la resolución del problema.

- c) Examinar las soluciones posibles. Este componente indica que se debe identificar una o más soluciones a necesidades inmediatas y a través de las siguientes acciones: preguntando al cliente lo que ha intentado hasta ahora; explorando lo que puede hacer ahora; proponiendo otras alternativas como nueva conducta de la persona, redefinición del problema, ayuda especializada o cambio ambiental.
- d) Ayudar a tomar una acción correcta. Esto es implementar soluciones inmediatas no intentadas al encontrar necesidades inmediatas. Este componente está ligado directamente con la acción y orientación del propósito de la intervención en crisis, puede ser tan simple como hacer una acción que resuelva la crisis, o tan complicado como iniciar una hospitalización de urgencia.
- e) Seguimiento. Este componente tiene como finalidad asegurar la retroalimentación de los tres objetivos de la primera ayuda psicológica: apoyo recibido, mortalidad reducida, enlace con recursos no utilizados con el establecimiento de soluciones posteriores por medio de la identificación de información segura, la exploración de procedimientos de seguimiento y el establecimiento de un contacto posterior.

De esta manera se beneficia la persona proporcionándole una atención inmediata terapéutica, ya que toda la estructura adaptativa del usuario puede cambiar

favorablemente, en una especie de reacción en cadena, como resultado de las intervenciones limitadas.

2.4 INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN O TERAPIA MULTIMODAL

Así como el objetivo principal de la primera ayuda psicológica es restablecer el enfrentamiento inmediato, (Slaikeu, 1996); la intervención en crisis de segundo orden (o multimodal, como la nombra Slaikeu), se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y dirige mejor la resolución de la crisis.

Esto significa ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimientos, obteniendo dominio cognoscitivo de la situación, etc.) de modo que el resultado deseado para el individuo sea el estar preparado para enfrentar el futuro. Explicado de otra forma, la terapia en crisis busca reducir la oportunidad de que la persona se convierta en un sujeto potencial en el suceso de crisis, ya sea por la crisis del desarrollo (transición de madurez), o circunstancial (muerte inesperada de un ser querido) (Slaikeu, 1996).

Como proceso terapéutico, la terapia en crisis es mejor comprendida como empresa a corto plazo (algunas semanas o meses). Idealmente, se acompañará de un periodo de seis semanas más durante el que se restaura el equilibrio después de la crisis (Bellak y Siegel, 1992).

Asimismo, es necesario dedicar el tiempo suficiente a la planificación del tratamiento terapéutico en la intervención de segundo orden, puesto que de lo contrario disminuirían notablemente las posibilidades de éxito (Dzhazer, 1996).

Por lo anterior, planificar es una tarea ardua, puesto que el terapeuta no debe esperar la reacción del paciente y solo entonces responder ante ella; existen

procedimientos característicos para cada uno de los aspectos y fases del tratamiento (fijación del marco del tratamiento, obtención de datos estratégicos, etc.), pero no se puede utilizar ninguno de dichos procedimientos de modo intencionado si el terapeuta se limita a disparar por sorpresa, preparando temas de sesión en sesión, sin planificar una secuencia de sesiones (Dzhazer, 1996).

Por lo anterior, la planificación requiere una precisión mucho mayor, en especial en lo que se refiere a los objetivos, la estrategia del tratamiento y las intervenciones necesarias para poner en práctica dicha estrategia. (Dzhazer, 1996.)

Primeramente, es importante tener en claro que una de las finalidades de la terapia en crisis, es ayudar a las personas a la supervivencia física a la experiencia de crisis, además de identificar y expresar los sentimientos que la acompañan, obtener dominio cognoscitivo sobre ella y hacer un rango de adaptaciones conductuales e interpersonales necesarias para la misma.

El establecer el problema del cliente es el inicio para el establecimiento general de la planificación del tratamiento, teniendo presente que cualquier plan que se adopte necesitará ser reconsiderado a medida que el tratamiento va avanzando y surgen dificultades imprevistas (o bien en el mejor de los casos, cambios positivos) que obligan al terapeuta a cambiar de planes (Dzhazer, 1996).

Es importante comenzar por una comprensión clara de la problemática que ha traído al cliente a nuestra consulta, quizás esto parezca una afirmación obvia, pero una gran cantidad de casos no son solucionados. Un estudio retrospectivo ha revelado que no se ha establecido con claridad cuál era la dolencia y que la planificación del caso resultaba inadecuada por basarse en informaciones insuficientes o en formulaciones erróneas. Como norma general, cuanto más sofisticado desde el punto de vista psicológico es el cliente menos clara dejará la naturaleza del problema (Dzhazer, 1996). Puesto que el objetivo general de la

terapia consiste en eliminar o reducir de modo satisfactorio la problemática que manifiesta el paciente, la claridad en este aspecto resulta decisiva.

Posteriormente y probablemente el paso concreto más importante para el tratamiento consiste en dejar claro de qué hay que apartarse, lo que se denomina como “campo minado” ¿Qué es lo que más me interesa evitar? (Dzhazer, 1996).

Básicamente, el impulso principal de los esfuerzos realizados por el cliente, y por otras personas, para hacer frente al problema es lo que sirve para contestar aquellas preguntas. Si el terapeuta sabe lo que hay que evitar, por lo menos no colaborará en el mantenimiento del problema del cliente. Sin embargo es aún más importante el hecho de que conocer aquello a evitar sirve para suministrar, por contraste, una orientación básica para la formulación del impulso estratégico más apropiado en cada caso.

Podemos decir que la terapia multimodal es un proceso de enfrentamiento cuyo esfuerzo es mucho más amplio que en la primera ayuda psicológica, tiene que coincidir con el período de desorganización (seis o más semanas) desde que ocurrió la crisis hasta que alguna forma de organización invariablemente tome lugar durante este momento, el trabajo del psicólogo clínico es ofrecer ayuda en ese instante, para aumentar la posibilidad de la reorganización (Slaikeu, 1996).

Por lo anterior, la terapia breve, refiere tener una apreciación de la persona en diversas áreas: emocional, conductual, cognoscitiva y física. De esta manera se obtiene un marco general de la personalidad del individuo.

De una manera clara, el siguiente cuadro (Tabla no. 1) enmarca las áreas mencionadas, y permite tener un análisis funcional, a medida que se va indagando, estableciendo la relación entre las variables de la conducta de interés, los antecedentes y los consecuentes, sin pasar por alto la información referente a la historia de reforzamiento y a las variables cognitivo-culturales (Caballo, 1991).

HISTORIA	ORGANISMO	CONDUCTA DE INTERÉS	CONSECUENCIAS
1)Externas. Todas aquellas condiciones que hacen altamente probable el que se presente la conducta de interés	a) Biológico b) Historia de reforzamiento c) Cognitivo-culturales	I. Motor	1. Consecuencias inmediatas 2. Consecuencias mediatas
2)Internas (cognitivas). Todos los pensamientos que hacen altamente probable el que se presente la conducta de interés	d) Habilidades y recursos con los que cuenta el cliente y que tiene relación con la conducta de interés	II. Cognitivo	3. Consecuencias - Individuales Internas Externas
3)Psicofisiológico. Aquellos cambios en el ámbito físico y orgánico que se presentan antes de la conducta de interés	e) Ideas, creencias o valores que la gente tiene como producto de los diferentes grupos sociales con los que se relaciona	III. Fisiológico	4. Consecuencias externas relacionados con otros

Tabla no. 1. Desglose de las áreas analizadas en la intervención en crisis.

Cabe aclarar que aun cuando este cuadro no es propuesto por Slaikeu, desglosa detalladamente cada una de las áreas mencionadas por este autor para considerar un tratamiento con metas a corto plazo que tengan validez.

2.4.1 Área conductual

En el área conductual se establecen las actividades manifiestas, en particular el trabajo, juego, y otros patrones más importantes de la vida, incluyendo ejercicio, dieta, patrones de sueño y uso de drogas, alcohol y tabaco. Valorando el funcionamiento conductual del usuario, se da atención a los antecedentes y consecuencias de las conductas claves y áreas de capacidad o incapacidad particular.

2.4.2. Área emocional

Para el área emocional-afectiva se incluyen un rango total de sentimientos que un individuo puede tener sobre cualquiera de estas conductas sobre un suceso traumático o la vida en general, también se da atención a la valoración de la congruencia social o la rivalidad entre el afecto y diversas circunstancias de la vida.

De esta manera, se describen tres determinantes primarios de la emoción:

-)} Algunas emociones se entienden mejor como respuestas psicológicas condicionadas a estímulos ambientales.
-)} Las emociones pueden contemplar también respuestas a estímulos internos como cogniciones, fantasías u otras imágenes mentales. A este respecto, las terapias cognoscitivas toman en consideración las emociones como respuestas a los sucesos ambientales mediados por procesos de pensamiento.
-)} La emoción también se puede observar como objetivo operante dirigido, un ejemplo es cuando los pacientes realizan autoaseveraciones negativas, selectivamente enfocadas sobre sucesos desagradables en sus vidas hasta que se desarrolla la depresión.

2.4.3. Somatización

El funcionamiento somático del cliente se refiere a todas las sensaciones corporales incluyendo tacto, oído, olfato, gusto y visión. Es necesario detectar las correlaciones somáticas de la angustia psicológica y/o problemas físicos existentes o que se dirijan a conductas que si se continúan por periodos largos, tienen un efecto deletéreo para la salud.

2.4.4. Área interpersonal

La modalidad interpersonal incluye información sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre el paciente y familia, amigos, vecinos y trabajadores. Se proporciona atención al número de contactos en cada una de estas categorías y a la naturaleza de las relaciones, en particular al papel que toma el cliente con algunos íntimos.

2.4.5. Área cognoscitiva

La modalidad cognoscitiva incluye las imágenes o descripciones mentales en cuanto a metas en la vida, recuerdos del pasado y aspiraciones para el futuro, así como rumiaciones no controladas relativamente, como sueños de día y noche. La cognición es un nivel que se utiliza para referir al rango total de pensamientos, y en particular las aseveraciones de sí mismas que hace la gente con respecto a su conducta, sentimientos, funcionamiento físico y otros. Dirigida a tendencias recientes en las terapias cognoscitivas, esta modalidad incluye la atención a lo catastrófico y la sobregeneralización (Harrison, Beck, y Buceta, 1984), así como diferentes formas de pensamiento irracional.

La premisa central del área cognoscitiva, es que las reacciones emocionales ante los sucesos de la vida dependerán de nuestras interpretaciones cognoscitivas, evaluaciones y creencias.

2.5. SEGUIMIENTO

Posteriormente resulta necesario llevar una valoración continua en la terapia en crisis, basándose en el diagnóstico que se obtuvo en las áreas mencionadas anteriormente, interrelacionándose una con otra, en los aspectos específicos en cada modalidad que pueden tratarse directamente, conduciendo a cambios positivos en las otras áreas. Sin embargo, es importante tomar en cuenta la organización de los procedimientos de valoración para permitir la evaluación al final de la terapia, y algunos puntos del seguimiento.

Debe tomarse en cuenta que la información que el terapeuta recabe para la evaluación, puede ser referida por la persona misma, la familia, o por otra fuente de referencia, sin embargo, es importante que la información se obtenga de cada una de las áreas siguientes:

- Suceso precipitante. Es primordial conocer lo que pasó para desencadenar la crisis, dando mayor atención a cuando ocurrió el suceso y quien estuvo involucrado, como fondo para saber como interactúa el suceso con la autoimagen del paciente, estructura de la vida y propósitos en ella.
- Problema presente. En esencia esto es un resumen en el momento de la referencia.
- Contexto de la crisis. Se determina el efecto de la crisis sobre la familia y/o grupo social inmediatamente y cómo esta percepción podría precipitar posiblemente otra crisis.
- Funcionamiento de los aspectos de la personalidad (conductual, afectiva, somática, interpersonal, cognoscitiva) de la pre-crisis. Es necesaria una

breve historia del desarrollo, a fin de apreciar totalmente la desorganización y desequilibrio que sigue a un suceso precipitante particular.

- Funcionamiento de los aspectos de la personalidad (conductual, afectiva, somática, interpersonal, cognoscitiva) de la crisis. Se determina el impacto del suceso precipitante en las cinco áreas del individuo.

La tarea inicial del tratamiento es que por medio de la información incluida bajo cada modalidad la persona tenga una mejoría a través de una integración del suceso de crisis dentro de la estructura de su vida, preservando la vida, manteniendo la salud física; identificando objetivamente y expresando de la misma manera sentimientos relacionados con la crisis de una manera socialmente adecuada; desarrollando la comprensión basada en la realidad del suceso de crisis y la relación entre el suceso de crisis y las creencias de la persona, así como la adaptación/cambio de creencias, autoimagen y planes futuros bajo la luz del suceso de crisis; y por último realizar cambios en los patrones diarios de trabajo, juego, y relaciones con la gente bajo la luz del suceso de crisis.

En el seguimiento, sea después de algunas semanas después de la terapia en crisis, algunas variables necesitan estimarse:

- ⊗ ¿Habrá un regreso al equilibrio, y reorganización de las áreas desglosadas anteriormente de la personalidad?, ¿De qué manera? y ¿con qué ganancias y pérdidas?
- ⊗ Desde el momento en que el estado de crisis es causado por un trastorno en el enfrentamiento, ¿Cuáles son alcances de las capacidades de enfrentamiento que se han adquirido?
- ⊗ La valoración no solamente de la resolución de la crisis, sino también en relación con si el individuo obtuvo y desarrollo habilidades para enfrentarse a los problemas que posteriormente surjan.
- ⊗ El nivel de autoestima que la persona tiene y la actitud que tenga para enfrentar el futuro.

CAPITULO III

EL SUICIDIO COMO CULMINACIÓN POTENCIAL ANTE UNA CRISIS

El suicidio, tema central de este trabajo ha sido estudiado y tratado por diversas disciplinas, sin embargo, por su complejidad conviene tener una visión clara y congruente del mismo.

Dentro de la investigación que se realizó, una de las limitantes fue que el fenómeno suicida ha sido poco estudiado en el área de la psicología; cabe destacar que, al recabar información para la elaboración de este capítulo, se encontraron pocas investigaciones en el área de la psicología, en comparación con psiquiatría o sociología.

Sin embargo, cabe aclarar que los documentos que forman parte de este capítulo, tienen una perspectiva cognitiva conductual, con fundamento en los principios teóricos que Beck (1985) utilizó para el tratamiento de personas depresivas y suicidas en potencia; puesto que este autor presenta ampliamente los aspectos biopsicosociales que se manifiestan en los suicidas en potencia.

Por otro lado, el tema del suicidio esta relacionado con aspectos biológicos sociales y psicológicos. Sarro y De la Cruz (1991) mencionan que los estudios para identificarlos, prevenirlos y tratarlos son numerosos, y los resultados limitados y/o contradictorios. En general, se tiende a ignorar estos actos como un problema sanitario y/o social, pues parece anómalo que en nuestra sociedad las muertes por suicidio puedan ser prevenidas (Sarro y De la Cruz, 1991).

Parte de esta evasión puede deberse a que el fenómeno suicida aunque constituye un grave problema de salud pública, la valoración o enfoque que se le da comúnmente, dificulta una visión científica o al menos objetiva, viéndose como

un acto vergonzoso, algo contrario a las leyes de la naturaleza, un pecado contra la sociedad y una falta grave contra la moral (Sánchez, Sanz y Apellaniz, 1997).

El suicidio es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan; la forma en que el individuo se relaciona con su medio ambiente y cómo afecta este último su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente suicidarse o no, impactando y cuestionando el sistema familiar y social en que vivimos (Sánchez, Sanz y Apellaniz, 1997).

Si bien el suicidio es un problema sanitario y social de primer orden, los investigadores se encuentran con el inconveniente de la falta de datos para su estudio, debido al ocultismo que el hecho suicida genera. Asimismo, sucede que las fuentes son diversas, generalmente referidas al suicidio consumado, punta del iceberg del hecho suicida, no habiendo información o llegando de una forma parcial o sesgada, en referencia a las tentativas y las actitudes suicidas, encubiertas por accidentes o enfermedades crónicas (como es el caso del cáncer) (Sánchez, Sanz y Apellaniz, 1997).

Por lo anterior, parte importante para la realización de este trabajo, es el establecimiento de una conceptualización que aborde la problemática existente del suicidio de forma objetiva y clara, puesto que para realizar una intervención por teléfono con un suicida en potencia, se requiere de los conocimientos necesarios sobre el tema.

3.1. CONCEPTO DE SUICIDIO

Como se ha mencionado anteriormente, el suicidio ha sido estudiado por varias disciplinas como la sociología, la psiquiatría, la filosofía, la economía, la geografía, la ética, la teología, o bien desde un enfoque jurídico, político y legal; en el caso de la psicología, el tema ha sido muy poco tratado, como es el caso de Freud y Beck,

los cuales estudiaron el problema del suicidio desde enfoques diferentes (Kaplan, 1987).

Etimológicamente, la palabra suicidio es un vocablo compuesto, procedente del latín, de las voces “sui” que significa “a sí mismo” y el verbo “caidere” que significa “matar”, por lo que se traduce como la muerte de sí mismo; el ultimarse deliberadamente (Cano, 1993).

En sociología, Emilio Durkheim (1858-1917), en su libro *El Suicidio*, lo define como toda muerte que resulta mediata o inmediata de un acto positivo o negativo, o ejecutado por la propia víctima (Durkheim, 1974).

Haciendo un paréntesis en este autor y su concepción del suicidio, es importante destacar que a pesar de la antigüedad del estudio de Durkheim, y de la población específica que utilizó (el pueblo francés) con las diferencias sociales, económicas, morales y culturales que existen en esa población, siguen retomándose sus hallazgos, puesto que al estudiar un tipo de población, se pueden utilizar las mismas categorías que él utilizó en el análisis de su estudio, como son: la raza, la herencia, el clima, la temperatura, la imitación, las condiciones geográficas, la religión, edad, estado civil, sexo, las crisis políticas, el estado socioeconómico, las ideologías, las crisis económicas, entre otros.

Todos estos elementos que Emilio Durkheim encuentra influyendo en el fenómeno del suicidio lo llevan a ponderar el suicidio anómico donde sociológicamente se reconoce poner de manifiesto las situaciones de una sociedad anómica, es decir, una sociedad en donde hay una falta de normas y por lo tanto sin identidad, en la cual los individuos tienden a desarrollar estados de ánimo depresivos que pueden orillar al individuo al suicidio.

En el área Legal, Francisco González de la Vega, en su libro Derecho Legal Mexicano, explica que el suicidio es el acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida (Cano, 1993).

El suicidio en psiquiatría, es considerado como una urgencia psiquiátrica, motivada por un estado psicopatológico de causas diversas que a su vez coloca en situación grave al enfermo mismo en cuanto a su vida o en cuanto a la vida de los demás (impulso agresivo homicida) (Sánchez, Sanz y Apellaniz, 1997).

En psicología, el suicidio es considerado como la exhibición de un alto nivel de desesperanza (pesimismo e ideación suicida) y un déficit cognoscitivo tal que dificulta a los individuos generar soluciones a problemas interpersonales, de trabajo o escuela, y tienden a caer en un pensamiento rígido, dicotómico (Castellón, Verdugo, y Lolas, 1988).

3.2 TIPOS DE SUICIDIO

Del mismo modo como se ha explicado lo que es el fenómeno suicida para las diferentes disciplinas, también se han planteado diversos tipos de suicidas. Así Sánchez, Sanz y Apellaniz, (1997) hablan por parte de la psiquiatría sobre “suicidio crónico o pasivo”, cuando el individuo sigue conductas de vida que le perjudican; de “suicidio parcial” o “suicidio encubierto”, que se refiere a conductas autodestructivas, que aparecen bajo la forma de accidentes.

Sin embargo, la primera contribución importante al estudio del problema del suicidio fue realizada a finales del siglo XIX por el sociólogo francés Emilio Durkheim (1974), quien en su intento de explicar las pautas estadísticas, dividió los suicidios en tres categorías sociales:

- a) El suicidio egoísta incluía a aquellos individuos que se suponía no estaban bien integrados en ningún grupo social. La integración familiar o la falta de

integración familiar podían utilizarse para explicar por qué las personas solteras eran más vulnerables al suicidio que las personas casadas, y por qué las parejas con hijos eran el grupo mejor protegido de todos. Las comunidades rurales tenían mejor integración social que las áreas urbanas, y por consiguiente, menores índices de suicidio. El protestantismo era una religión menos cohesiva que el catolicismo, y los protestantes tenían, por ello, mayores índices de suicidio que los católicos.

- b) El suicidio altruista describía a aquel grupo cuyo acto suicida derivaba de su excesiva integración en un grupo. Durkheim tenía en mente el tipo de suicidio que podía esperarse en determinadas clases de la sociedad japonesa.
- c) El suicidio anómico tiene lugar cuando una alteración del equilibrio de la integración de la persona con la sociedad deja a ésta sin sus normas habituales de conducta. La anomía podía explicar la mayor incidencia de suicidios entre los divorciados en comparación con los casados, y la mayor vulnerabilidad de aquellas personas que han experimentado cambios drásticos en su situación económica.

Por otra parte, en el área de la psiquiatría, se encuentra la clasificación de suicidios según el método empleado (Pichot, 1995):

1. Suicidio mediante sustancias sólidas o líquidas (barbitúricos y otros fármacos)
2. Suicidio mediante gases de uso doméstico
3. Suicidio mediante otros gases y vapores (monóxido de carbono)
4. Suicidio por estrangulación, ahorcamiento y sofocación
5. Suicidio por sumersión (ahogamiento)
6. Suicidio por arma de fuego y explosivos
7. Suicidio por instrumentos cortantes y punzantes
8. Suicidio por precipitación

9. Suicidio por otros medios y los no identificados (quemaduras, estrellamiento de vehículo, colocación o salto delante de un objeto móvil y electrocución).

10. Efectos tardíos de lesiones auto infligidas.

Freemann y Reinecke (1995) dividen las conductas suicidas en cuatro tipos generales: suicidas desesperados, histriónicos o suicidas impulsivos, suicidas psicóticos y suicidas racionales.

En el tipo desesperado, la persona mantiene la idea de que no existe esperanza de que mejoren las cosas y por lo tanto no anhelan ninguna razón para seguir vivo. Por ejemplo, un paciente depresivo piensa en suicidarse pero siente que antes de ejecutar la opción suicida dispone de otras 27 alternativas, puede estar triste o preocupado y pensar periódicamente en el suicidio pero puede percibir cierta medida de seguridad en las 27 opciones. El segundo individuo también depresivo, considera que dispone de otras 91 opciones anteriores al suicidio, éste seguramente nunca pensará en suicidarse. Un tercer cliente que dispone de ocho opciones antes del suicidio, piensa comúnmente en él.

El segundo tipo de suicida equivale a lo que se califica como suicida histriónico. En cualquier grupo, individuos diferentes manifestarían diferentes necesidades estimulares. Conceptualmente, este tipo de individuo tiene una gran necesidad de excitación. Para entender la necesidad, podemos ver que algunas personas son totalmente felices pasando dos semanas de sus vacaciones en la playa sin hacer absolutamente nada. Y en el otro extremo de la escala estarían los individuos para quienes este tipo de vacaciones sería un anatema. Dada la necesidad de actividad de muchos individuos, el terapeuta puede observar pacientes para quienes la actividad y la excitación son parte necesarias en sus vidas.

Cuando estas personas se sienten ansiosas, nerviosas, tensas o aburridas; a menudo actúan de formas distintas para autoestimularse, como consumir drogas o alcohol en cantidades excesivas o correr en coches y motos. Esto se añadirá a la

excitación de su vida. El resultado neto puede llegar a ser el daño físico o incluso la pérdida de la vida. El individuo puede usar el intento de suicidio como fuente de estimulación.

El tercer grupo de individuos trata de suicidarse por efecto de alucinaciones impositivas o voces que reciben de ellas. Es importante evaluar si el intento es o no psicótico, porque en los individuos psicóticos no debe de tratarse la desesperación *per se* sino las voces que promueven su consideración o ejecución del suicidio.

El cuarto tipo es el suicida racional, estos son individuos que han decidido morir en base a alguna consideración racional. Este tipo de modelo de suicida es el de un paciente enfermo de cáncer en fase terminal y con dolor intratable. Cada vez que el paciente exige que se retiren los sistemas de apoyo físico y que finalice la aplicación de los medios de apoyo extraordinario, el resultado que espera lograr es la muerte que se producirá en breve.

3.3 EXPLICACIONES DEL ACTO SUICIDA

Hay una diversidad de teorías que intentan explicar el fenómeno suicida, como es el caso de la teoría psicoanalítica formulada por Freud en 1917 en su trabajo titulado *Mourning and Melancholia*, donde afirma que el odio a uno mismo observado en la depresión originaba una cólera hacia un objeto de amor, cólera que la persona hacía volver sobre sí misma (Kaplan, 1987).

Para la teoría psicoanalítica el intento de suicidio representa a menudo un tipo de drama psicológico, la comunicación a otros de los planes suicidas es a menudo una parte integrante del método utilizado. Esta comunicación puede ser coercitiva, puede ser una petición de ayuda, y puede suponer un juego con la muerte en el que se faculta a otra persona a decidir si el suicida potencial ha de vivir o morir (Kaplan, op. cit.).

Sin embargo, cabe mencionar que no solamente la corriente psicoanalítica toma en cuenta a la depresión como factor principal del suicidio, modelos teóricos como la cognitiva conductual mantiene también que los intentos suicidas tienen un fondo de depresión.

En la orientación cognoscitiva, se menciona que los suicidas exhiben un alto nivel de desesperanza, es decir, es una actitud pesimista y negativa para enfrentar los problemas de la vida. El grado de desesperanza se correlaciona con la posibilidad de suicidarse, las personas suicidas también exhiben un déficit cognoscitivo tal que tienen dificultad de generar soluciones a problemas interpersonales, de trabajo o escuela, y tienden a caer en un pensamiento rígido, dicotómico (Bellak y Siegel, 1993; Castellón, Verdugo, y Lolas, 1988).

Los individuos depresivos tienden a verse a sí mismos, sus experiencias cotidianas, el mundo y su futuro de una forma indebidamente negativa. Beck (Caballo, 1991; Harrison, Beck y Buceta, 1984) propone la existencia de tres factores de la depresión:

- a) La primera es la tríada cognitiva, es la opinión negativa de si mismo, los individuos depresivos tienen a considerarse a si mismos como incapaces, inmerecedores de amor e inadecuados. Normalmente atribuyen estos aspectos a defectos irreparables de sus capacidades personales, consecuentemente, se perciben a si mismos como carentes de habilidades requeridas para lograr la sensación de felicidad o satisfacción de la vida.

La segunda parte de la tríada es normalmente una perspectiva negativista de su mundo y de sus relaciones con los otros. Consideran sus vidas como una lucha continua contra incesantes obstáculos y tienden a ver a los otros como críticos, con actitud de rechazo o sin intención de ofrecer apoyo.

El componente final de la tríada cognitiva se centra en la perspectiva pesimista de los pacientes con respecto a su futuro. Anticipan dificultades continuas y, como se consideran a sí mismos carentes de las capacidades necesarias para sobrellevar estas dificultades, anticipan pocos cambios para resolverlos

- b) Distorsiones cognitivas. Estas distorsiones pueden ser positivas o negativas. Es decir, al existir una cantidad infinita de información sobre los “estímulos” que nos rodean durante un día determinado, debemos atender selectivamente a la información específica más valiosa para nuestra supervivencia y adaptación favorable. Por lo tanto, nuestra capacidad de atender, percibir y recordar acontecimientos selectivamente desempeña una función altamente adaptativa. Sin embargo estos procesos cognitivos son selectivos y existe un potencial inherente para distorsionar la realidad de diferentes formas.

Si la distorsión es suficientemente grave, el individuo puede perder el contacto con la realidad y ser clasificado como psicótico. El individuo depresivo también distorsiona la realidad de múltiples formas depresivas, aunque menos graves, altamente disfuncionales.

Estas distorsiones cognitivas (Harrison, Beck, y Buceta;1984) comúnmente se aprecian entre los suicidas depresivos e incluyen:

1. Pensamiento del todo o nada. Hace referencia a la tendencia de muchos individuos a evaluar su conducta, experiencia o cualidades personales de una manera dicotómica, blanco o negro.
2. Catastrofizar. Los individuos depresivos y suicidas tienden a exagerar sistemáticamente sus dificultades, aún cuando las situaciones son una función adaptativa, con mayor frecuencia ocasiona un estado de constante miedo.

3. Sobregeneralización. Los individuos suicidas tienen a menudo la tendencia a sacar conclusiones a situaciones relacionadas y no relacionadas. Arbitrariamente concluirán que un único acontecimiento negativo ocurrirá repetidamente. Por lo tanto, el suicidio llega a ser una opción razonable.
4. Abstracción Selectiva. Esto hace referencia a la tendencia a prestar atención a la información o experiencias selectivamente de tal manera que validen o apoyen las ideas de desesperanza y pasen por alto otros datos que podrían ser más útiles.
5. Inferencia arbitraria. Esta es una distorsión relacionada y hace referencia a la tendencia a obtener conclusiones arbitrarias y negativas en ausencia de pruebas o en contradicción directa con las pruebas existentes.
6. Magnificación y minimización. Esto refleja una tendencia sistemática a sobrestimar la importancia de los acontecimientos negativos y a subestimar la magnitud o importancia de los acontecimientos deseables. Cuando los individuos magnifican sus imperfecciones o por otro lado minimizan sus atributos, el resultado es que se reciben sentimientos de inadecuación e inferioridad.
7. Razonamiento emocional. Esta distorsión implica adoptar las emociones propias como prueba del estado de las cosas.
8. Afirmaciones de deberías, debo, tengo que. Estas afirmaciones se encuentran en las creencias más comúnmente omnipresentes y disfuncionales entre los depresivos. Su valor adaptativo se centra normalmente en motivar al individuo para que actúe de forma apropiada. Como consecuencia de su naturaleza impositiva, estas afirmaciones engendran sentimientos de culpabilidad, ansiedad, resentimiento y agresividad. El resultado de este tipo de distorsiones pueden no ser motivar sino desmotivar a los individuos y hacerse sentir indefensos y apáticos, esto resulta en el sentimiento de no lograr las metas que se han establecido para sí mismos.

9. Calificación y descalificación. La calificación implica crear una identidad negativa basada en los errores e imperfecciones de uno mismo, como si éstas revelaran la verdad de uno mismo. La calificación puede verse así como una forma extrema de sobregeneralización
10. Personalización. Esto implica tomar acontecimientos que no tienen nada que ver con lo mismo y hacerlos personalmente significativos. En una forma más extrema se puede observar en los pacientes paranoicos.
11. Falacias sobre el control. Esta distorsión referida al pensamiento dicotómico, implica la idea de que si se pierde el control durante el más mínimo intervalo se perderá totalmente el control. Esto hace que el individuo se encuentre siempre en guardia ante el más pequeño traspiés en el control de sí mismo o de su experiencia vital.
12. Pensamiento comparativo. Las personas que emplean este tipo de pensamiento solo existen en su perspectiva cuando se comparan a sí mismos con otros.
13. Descalificar lo positivo. Este tipo de distorsión es transcultural y se presenta en los individuos que a pesar de los acontecimientos positivos, no lo acreditan adecuadamente, sino que lo califican como azaroso o simplemente lo reprueban.
14. Falacia de la justicia. La idea de que la vida debería ser justa o de que las buenas cosas llegan a quien esperan (o sufre) llega a ser para muchos individuos, la base de sus dificultades. Dado que ha experimentado una situación injusta o espera que el “mundo” sea justo, a menudo concluye que el suicidio es la alternativa más razonable. Es doble juego es que si recibe o logra lo que desea concluye que su idea era correcta y que siempre debería ser así. Cuando oye o experimenta cualquier injusticia, se siente abatido por que solicitan que el mundo sea justo.

Estas distorsiones pueden encontrarse solas o conjuntamente, aunque son negativas y pueden conducir a la conducta disfuncional deberá señalarse, que bajo determinadas circunstancias, y en ciertos grados, pueden tener una función adaptativa.

- c) Esquemas y presunciones. Estas básicamente son estructuras cognitivas inconscientes y se postulan para subrayar y mantener el sistema de valores y los pensamientos automáticos del individuo. Las estructuras cognitivas se organizan jerárquicamente e incluyen una muestra coordinada de principios abstractos sobre uno mismo, el mundo y las relaciones, pensamientos específicos y mecanismos de manejo derivados de estas presunciones, y una muestra de mecanismos de procesamiento cognitivo que sirve para dirigir la atención y mediar la percepción, codificar y recobrar acontecimientos específicos.

Los esquemas cognitivos y las presunciones de un individuo influyen sobre el “proceso” mediante los cuales esta información se recobra y emplea. Por lo tanto los esquemas sirven como una presentación organizada del conocimiento anterior que guía la percepción, la memoria, y el procesamiento de la información cotidiana. Los esquemas determinan de hecho, como se define el individuo a sí mismo tanto individualmente como parte de un grupo.

3.4. DETECCIÓN DE ACTOS SUICIDAS POTENCIALES

Cabe destacar que el suicidio es una de las causas de muerte que se puede prevenir, en general el suicidio ha estado asociado con la depresión y se piensa que aproximadamente un 50% de las personas que sufren problemas depresivos eventualmente morirían por sus propias manos (Castellón, Verdugo, y Lolas, 1988).

Es importante considerar que un suicida en potencia tiene un nivel de depresión que provoca en la personalidad del individuo un bloqueo psicológico profundo a experimentar sensaciones placenteras y que en otras condiciones pueden producir pensamientos y sentimientos de felicidad.

Asimismo, el problema de poder prevenir un suicidio está estrechamente ligado a poder determinar el grado de riesgo que cada individuo presenta. Al respecto, Beck (1985), menciona que la tendencia al suicidio es un problema prevaleciente y potencialmente letal en los clientes depresivos, es importante que el terapeuta comprenda por qué la persona está considerando una solución tan drástica. De esta manera, el terapeuta estará en mejor posición para seleccionar las técnicas más adecuadas y eficaces para tratar este problema concreto. Sin embargo, ninguna estrategia antisuicidio resulta útil a no ser que el terapeuta haya detectado y evaluado previamente el grado de intencionalidad suicida.

De este modo, para poder evaluar el riesgo de suicidio del cliente y enfocándose ya en el aspecto práctico, el terapeuta debe tener en cuenta factores como la forma posible de suicidio, la familiaridad del individuo con dosis letales de medicamentos y la accesibilidad a la vía de suicidio: acceso a armas de fuego, píldoras para dormir, etc. Otro factor que el terapeuta debe tener en consideración es la posibilidad de utilizar los recursos ambientales con fines terapéuticos, puesto que, evidentemente la existencia de un sistema de apoyo social viable es un recurso terapéutico de gran importancia (Beck, 1985).

Agregado a lo anterior, debe tomarse en cuenta que los individuos deprimidos tienen una tríada cognitiva negativa; es decir, tienen una perspectiva negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. Estos patrones cognoscitivos dan lugar a muchos de los síntomas de la depresión, que se derivan de su desesperanza y pesimismo, dado que esperan un resultado negativo y dudan cuando se les pide que se comprometan a llegar a una meta. De igual manera, la dependencia de las personas depresivas se puede considerar como el resultado de su punto de vista

acerca de ellos mismos como incompetentes y su tendencia a sobrestimar la dificultad de sus tareas de la vida diaria y subestimar sus propias habilidades; dado que sólo esperan fracasos, vuelven la vista a otros en busca de ayuda y seguridad (Bellak y Siegel, 1992).

3.5 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA ANTE ACTOS SUICIDAS EN POTENCIA

La intencionalidad suicida de un individuo puede considerarse como un punto continuo. En uno de sus extremos estaría la intención irrevocable de suicidarse; en el otro, la decisión de seguir viviendo. A lo largo del continuo, se pueden encontrar diversos grados de intencionalidad. Aunque las expresiones como “no puedo soportarlo más” no representan necesariamente un deseo de suicidarse, sí constituyen una manifestación del deseo de bloquear toda experiencia de tristeza, al menos durante un cierto período de tiempo. El deseo de una persona depresiva de huir de la vida puede ser tan grande que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a su situación actual (Beck, 1985).

El terapeuta debe comenzar a tratar las tendencias suicidas ya desde la primera sesión. Las razones de un paciente para intentar suicidarse proporcionan un punto de entrada para la pronta intervención terapéutica.

Para lo anterior, la terapia cognoscitiva es recomendable por su aproximación activa, enfocada, directiva y de corta duración, que se utiliza para tratar una diversidad de problemas depresivos. Se basa en el modelo cognoscitivo que afirma que cogniciones imperfectas subyacen a las conductas y afectos desadaptativos, así, la meta de la terapia cognoscitiva es corregir el procesamiento defectuoso de la información y ayudar a los pacientes a modificar las suposiciones que mantienen las conductas y emociones desadaptadas (Bellak y Siegel, 1992).

Se han observado ciertas explicaciones que las personas con tendencias suicidas han dado. Algunos individuos manifiestan que su objetivo es darse por vencidos, escapar de la vida. Otros afirman que han jugado con la muerte con objeto de producir algún cambio interpersonal. Esperaban que el intento de suicidio llamase la atención de alguna persona importante para ellos, hiciese que los demás se diesen cuenta de que “necesitaban ayuda”, resolviere algún problema ambiental, o diese lugar a un período de hospitalización como escape temporal de su ambiente (Beck, 1985).

Con frecuencia, se observa una combinación de varios de estos motivos, por ejemplo, huida del ambiente y manipulación de otras personas. Cuando el motivo es principalmente manipulativo, el intento de suicidio suele ser menos grave que cuando el objetivo que se persigue es huir de la vida (Beck, 1985).

Como primer paso para ayudar al paciente suicida, el terapeuta debe entrar en su mundo y ver la realidad desde la óptica del paciente. El motivo para el suicidio que exponga el paciente puede ayudar al terapeuta a determinar el ámbito de tratamiento y las técnicas más adecuadas. Si resulta que la visión negativa del paciente está basada en la realidad, habría que recurrir a la intervención social adecuada. Sin embargo, cuando las expectativas negativas del paciente se basan en modos distorsionados o patológicos de verse a sí mismo y el mundo exterior, el terapeuta debe centrarse en las interpretaciones incorrectas y en el sistema de creencias irracionales (Bellak y Siegel, 1992, Beck, 1985).

Si la persona ha intentado suicidarse para llamar la atención de los demás, el terapeuta debe ayudarle a clasificar sus distintos motivos manipulativos. Si el objetivo de llamar la atención de otras personas a través del intento de suicidio se debe, por ejemplo a una incapacidad para comunicar los propios problemas, el terapeuta debe centrarse en identificar las estrategias interpersonales

desadaptativas o deficientes y enseñar al cliente técnicas más adaptativas para relacionarse con los demás.¹

No es necesario, ni siquiera posible en la mayoría de los casos, conseguir que el paciente se comprometa a no suicidarse nunca. Una promesa o un “contrato” para posponer el suicidio durante una semana o dos pueden ser de gran importancia, si se piensa en el fuerte deseo de morir que experimenta el paciente. Considerando sus deseos más objetivamente y reconociendo la posibilidad de que puedan estar basados en razonamientos poco válidos, la persona puede sentirse motivado para dejar de actuar según sus deseos suicidas, al menos hasta haberlos explorado con detenimiento junto con el terapeuta (Beck, 1985).

Al formular el plan de tratamiento, es conveniente que el terapeuta trate la decisión de suicidarse como el resultado del conflicto entre los deseos del paciente de vivir y los deseos de morir.

Una vez que la persona accede a sopesar los pros y los contras del suicidio, el terapeuta puede proceder a establecer las razones para vivir y las razones para morir (Bellak y Siegel, 1992).

Es interesante observar que el paciente suicida minusvalora o anula los factores positivos de su vida: a) olvidándolos, b) ignorándolos o c) disminuyendo su valor. Haciendo que el paciente se dé cuenta de las razones para vivir, el terapeuta puede contrarrestar las razones para suicidarse (Beck, 1985).

Lo anterior está relacionado con la desesperanza. Típicamente la persona considera el suicidio como la solución más atractiva para hacer frente a sus problemas. Se ve a sí mismo atrapado en una situación negativa que no tiene salida y considera insostenible continuar en tal situación. El suicidio le parece la única manera de terminar con sus problemas (Bellak y Siegel, 1992; Beck, 1985).

¹ Comentario hecho por el Maestro Carlos Macías en el seminario de capacitación de SAPTEL.

Asimismo, Aaron Beck (1985) mantiene que si la desesperanza está en la base de los deseos de suicidio, se pueden emplear varios métodos para comunicar al paciente que existen interpretaciones alternativas de su situación y del futuro, menos negativas que las que él sostiene, y que tiene otras opciones aparte de su conducta actual, que de hecho, puede llevarle a un callejón sin salida.

Cabe aclarar que muchos suicidas en potencia tienen problemas reales que contribuyen a su desesperanza y su deseo de morir. Al proponer soluciones para estos problemas, el terapeuta debe tener en cuenta que es probable que la carga de pesimismo del cliente anule cualquier alternativa que le sugiere. Dado que el paciente considera sus opciones de un modo distorsionado, el terapeuta debe ser cauto y no aceptar de entrada el rechazo de un plan por parte del paciente. La elección del suicidio como curso de acción razonable suele estar basada en la estimación negativa y poco realista que el paciente hace de la evolución de sus problemas. El tipo de “solución” también refleja el pensamiento dicotómico del paciente (Beck, 1985).

Por otra parte, los individuos con tendencia al suicidio presentan una disposición a sobrestimar la magnitud y el carácter irresoluble de los problemas. En este sentido, perciben los problemas pequeños como graves y los de cierta magnitud como abrumadores. Además, estos individuos muestran una increíble falta de confianza en sus propios recursos para resolver problemas (Beck, 1985).

Aunado a lo anterior, es necesario tomar en cuenta una característica típica del suicida que diferencia a la persona que no es suicida. De alguna manera, el suicida incorpora la idea de resolver los problemas a través de la muerte: “Todos mis problemas se solucionarían si yo estuviese muerto”. El individuo no suicida, por su parte, a pesar de no encontrar una solución a sus problemas, presenta una cierta tolerancia a la incertidumbre: “Quizás consiga resolverlo, quizás no”. Además, este individuo es capaz de probar distintas soluciones a lo largo del

tiempo. El suicida presenta una tolerancia a la incertidumbre realmente escasa. Si no se le ocurre una solución inmediata, se desencadena la idea de que tampoco se le ocurrirá en el futuro y, por consiguiente, la idea de que la muerte es la única solución (Beck, 1985).

Puede decirse entonces que el deseo de morir puede alcanzar proporciones verdaderamente increíbles, puesto que en cierto sentido, el suicidio actúa como una “droga” para el individuo suicida y, lo mismo que le sucede al drogadicto, el suicida considera deseable y adecuada su propia forma de “alivio”.

Del mismo modo, el terapeuta debe saber que el deseo de morir puede fluctuar considerablemente a lo largo del tratamiento. Debe comunicar este hecho al paciente y advertirle que una intensificación repentina de los impulsos suicidas no debe interpretarse como signo de retroceso en el tratamiento (Bellak, 1992; Beck, 1985). Por esto mismo, es de primordial importancia que al principio de la terapia, el terapeuta revise junto con el paciente suicida distintas estrategias que éste puede aplicar para hacer frente a una súbita intensificación de los impulsos suicidas.

Además de lo anterior, es obligación del terapeuta siempre estar alerta de los efectos que puedan traer consigo acontecimientos que para el cliente representen una activación o intensificación de los deseos suicidas.

Varias veces se ha presentado el caso de personas que no presentaban tendencia al suicidio al comienzo de la terapia, pero se convirtieron en suicidas como consecuencia de varios acontecimientos negativos (Beck, 1985). Esto puede evitarse según Freemann y Reinecke (1995) realizando una evaluación global de los pensamientos y emociones que experimenta el individuo y así poder identificar los elementos suicidas. Así la evaluación es un aspecto crítico para el tratamiento de las personas independientemente del diagnóstico. Esta evaluación de la presencia conjunta del trastorno depresivo y los sentimientos disfuncionales. Esta

evaluación no solamente debe ser inicial, sino ser continúa durante todo el tratamiento con el cliente. El terapeuta deberá ser sensible ante cualquier indicación de suicidio y evaluarla con mucho cuidado, para así adoptar las medidas necesarias. Como ejemplo representativo, la afirmación “Me gustaría morir” puede significar para un paciente que la vida no tiene significado. Esto es muy distinto del paciente que encuentra inaguantable su situación vital y dice “Me gustaría morir”.

Por último y como nota de advertencia, es necesario reiterar que las personas que han llevado a cabo intentos de suicidio antes de la terapia tienen una especial tendencia a experimentar una intensificación de los deseos suicidas en el transcurso de la misma; es decir, es probable que las presiones habituales de la vida activen los deseos suicidas o los intentos de suicidio, incluso aunque parezca que en la terapia vaya progresando (Beck, 1985).

Algunos clientes se disgustan cuando experimentan deseos suicidas y llegan a la conclusión de que no progresan o de que la terapia no es eficaz. A estos pacientes debe informárseles de que los impulsos suicidas pueden considerarse como un recurso valioso para la terapia. El terapeuta debe adoptar la postura de que este hecho representa una oportunidad en vez de un retroceso: la aparición o intensificación de los deseos suicidas da lugar a “trabajar sobre ellos” en la situación terapéutica.

CAPÍTULO IV

INTERVENCIÓN EN CRISIS POR TELÉFONO (SAPTEL)

El trabajo realizado en una intervención terapéutica en crisis por medio del teléfono es una forma acertada y funcional para calmarla. Es cierto que una crisis se presenta en un momento determinado, dependiendo de los factores ambientales de su contexto y lo sensible que esté para que le afecte. El hablar por teléfono es una manera que todos utilizamos para desahogarnos, es además, muy cómodo, puesto que la línea telefónica está dispuesta para todos cualquier día y a cualquier hora, siendo también económico. Además, las personas buscan y consideran este servicio como bueno y seguro, puesto que no es necesario cuidar la postura o la apariencia física, los gestos, o los ademanes y no hay un tiempo establecido para hablar con el terapeuta.

El Sistema de Apoyo por Teléfono (SAPTEL) se crea con el fin de ayudar a la población cuando se presenta una crisis, dadas sus ventajas (algunas mencionadas anteriormente), es sin duda un método funcional que interviene y previene al mismo tiempo problemáticas psicológicas que posteriormente puedan ser difíciles de controlar.

Es necesario para ingresar y tener una práctica terapéutica en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono hacer una revisión teórica y tener una capacitación práctica en donde se tomen en cuenta los aspectos que a continuación se exponen.

4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La moderna intervención en crisis por teléfono que empezó en los últimos años de los 50's en Estados Unidos, se convirtió en la columna vertebral del movimiento de

prevención suicida, creciendo rápidamente en el contexto de la actividad social en 1960; en los años 70's se vio un desarrollo e incremento en el mismo país de centros telefónicos, así como la propagación de bibliografía sobre consejería telefónica (Slaikeu, 1996).

En México, el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), vivió su primer etapa en 1985, 48 horas después de ocurridos los sismos que destruyeron una gran zona de la Ciudad de México. En ese entonces fue posible atender satisfactoriamente alrededor de 700 casos de personas dañadas psicológicamente por esta catástrofe, teniendo como apoyo a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y a la Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM). La suspensión de este servicio ocurrió el mismo año, con el fin de evaluar los resultados obtenidos, pudiéndose observar que los principales motivos de consulta fueron depresión, soledad, nerviosismo y alteraciones en las relaciones interpersonales, (Gaitán, 1997).

En 1987, se reabre el servicio bajo auspicio de las instituciones antes mencionadas, permaneciendo abierto al público durante 2 años; en esta segunda etapa se atendieron cerca de 4,000 casos, de los cuales 1,000 fueron referidos a diversos hospitales, instituciones y organismos no gubernamentales, reabriéndose de nuevo el 15 de agosto de 1992, con el inicio del primer curso de capacitación previa del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono con un trabajo conjunto de la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional de la Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM) (Gaitán, 1997).

Posteriormente, el 12 de octubre de 1992, empieza la atención al público y el 7 de noviembre del mismo año se celebra la inauguración oficial del sistema con la representación del Gobierno de México, de diversas agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el país, de las universidades participantes y organizaciones civiles profesionales y para profesionales (Op. Cit.).

De este modo SAPTEL se constituye como un modelo de atención para situaciones de urgencia psicológica o emergencia emocional¹ que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, ofreciendo orientación, referencia, apoyo psicológico y emocional, donde el objetivo principal es promover un mayor bienestar emocional en la sociedad, incrementando la gama de servicios en salud mental y al mismo tiempo proporcionar atención a la gran parte de la población con recursos económicos insuficientes como para acceder a tales beneficios.

Desde sus inicios, este servicio siempre ha sido proporcionado por pasantes de la Carrera de Psicología y psicólogos titulados provenientes de diversas universidades del área metropolitana, quienes son supervisados por profesores, con un grado mínimo de maestría, que brindan gratuita y voluntariamente horas de capacitación, tanto en el período previo al acceso al teléfono como en el período que el terapeuta esté en el servicio, ya que la adecuada orientación de estos a los consejeros por teléfono ofrece una mejor calidad en el servicio.

Un terapeuta o consejero telefónico está calificado para ofrecer sus servicios a la población demandante llegando a ser éste al nivel de prevención, de canalización del sujeto a algún servicio especializado que requiera, o de intervención en crisis en casos de emergencia.

4.2. ORGANIZACIÓN

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono consta de un equipo operativo que se encarga de organizar y supervisar el trabajo que se desarrolla tanto en la intervención terapéutica de los consejeros como también el área administrativa.

¹ La urgencia psicológica es aquella situación de crisis en las que el desequilibrio es provocado principalmente por sucesos ocurridos en el medio externo del individuo, estos eventos pueden ser de tal magnitud que provoquen incapacidad temporal para enfrentarlos y por tanto se requiera el apoyo de personal capacitado en dar terapia de intervención en crisis. La emergencia emocional es aquella crisis provocada por un conflicto existencial. Sin embargo, es común que una urgencia psicológica desencadene un estado de emergencia emocional. (Gaitán, 1997)

En cuanto al área de la práctica terapéutica están asignados los terapeutas o consejeros por teléfono, los cuales son en su mayoría, pasantes de la carrera de psicología de diferentes Universidades como son la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad del Valle de México, entre otras, los cuales deben tener como requisito indispensable el 70% de los créditos de la carrera de psicología, salvo profesionales ya egresados de la carrera que toman la practica como labor altruista.

Cada consejero tiene asignados días y horarios, los cuales varían de acuerdo a las formas que se organicen ellos mismos. Es necesario que cada semana el terapeuta cubra mínimo 8 horas durante 6 meses, en las siguientes guardias establecidas:

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
H O R A R I O	7:00-11:00	7:00-11:00	7:00-11:00	7:00-1:00	7:00-11:00	7:00-1:00	7:00-11:00
	11:00-15:00	11:00-15:00	11:00-15:00	11:00-5:00	11:00-5:00	11:00-15:00	11:00-15:00
	15:00-19:00	15:00-19:00	15:00-19:00	15:00-19:00	15:00-9:00	15:00-19:00	15:00-19:00
	19:00-23:00	19:00-23:00	19:00-23:00	19:00-23:00	19:00-23:00	19:00-23:00	19:00-23:00
	23:00-7:00	23:00-7:00	23:00-7:00	23:00-7:00	23:00-7:00	23:00-7:00	23:00-7:00

Tabla No. 2. Guardias establecidas de acuerdo con horarios y días de la semana

Cada guardia consta de cuatro horas cada una, con excepción de la guardia nocturna que cubre ocho horas.

La asignación de cada guardia es de acuerdo a la conveniencia de cada consejero, puesto que ellos mismos escogen el horario que más se adecue a sus posibilidades.

Ya establecidas las guardias y el equipo de trabajo de las mismas, se designa un consejero que será el responsable en cada horario y tendrá que poner atención a que los demás integrantes cumplan con un buen trabajo psicológico y las funciones administrativas como el registrar todas las llamadas en una bitácora, verificar si alguno de ellos debe alguna guardia o tiene alguna observación de parte del equipo o coordinación operativa, revisar que material de trabajo este completo y en buenas condiciones, etcétera.

El área administrativa tiene varias funciones que son: los trámites académicos; la capacitación a los consejeros; la adaptación de nuevas alternativas para los pasantes como bolsa de trabajo, cursos de capacitación, conferencias, etc.; la actualización del directorio de las instituciones que apoyan al Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, etcétera.

4.3. CAPACITACIÓN

Para llegar a ser un consejero-terapeuta en SAPTEL, es necesario tener un entrenamiento basado en las técnicas de intervención en crisis por teléfono, y en los temas y problemáticas más comunes que se abordan por el teléfono. Posteriormente se requiere de una capacitación y supervisión permanente que implica la revisión de casos y el esclarecimiento de dudas que vayan creándose conforme el desarrollo de la práctica. Estos dos programas se llaman de capacitación previa y de capacitación permanente.

Iniciando la capacitación se ofrece un seminario previo, en el cual se permite la entrada prácticamente a cualquier persona que esté interesada en el mismo, este seminario tiene como objetivo principal preparar teóricamente a todos los aspirantes a consejeros telefónicos para poder ingresar a la intervención por teléfono.

Posteriormente los solicitantes habrán de pasar por una entrevista de evaluación realizada por miembros autorizados por el Consejo Regional, que sirve como el primer filtro en el proceso de selección de consejeros telefónicos en SAPTEL. Además, durante el desarrollo del curso, la participación de los postulantes es elemento de juicio para que los profesores evalúen sus aptitudes individuales, además de considerarse elementos formales como las asistencias y la puntualidad.

El curso tiene una duración de 56 horas (14 sesiones de 4 horas cada una), una vez por semana (viernes por la tarde), durante 3 meses. La mitad de estas sesiones se dedica a capacitación teórica, mientras que la otra parte consta de sesiones de supervisión conjunta de casos, en donde los profesores ilustran las diversas técnicas de intervención adecuadas para cada situación dada.

En la revisión teórica, se encuentran distribuidos los siguientes temas para cada sesión:

SESION	TEMAS REVISADOS.
1	Bienvenida y presentación del servicio.
2	El desafío de adaptarse positivamente a LA MODERNIDAD.
3	Modelo de SAPTEL de intervención en crisis por teléfono. Primera parte.
4	Psicopatología. Teoría general y especial de las neurosis.
5	Psicopatología. Examen mental y diagnóstico psiquiátrico.
6	Técnicas de intervención en situaciones de emergencia y crisis. Conceptos fundamentales.
7	Técnicas de intervención en situaciones de emergencia y crisis. Generalidades técnicas.
8	Técnicas especiales de intervención en crisis: Atención a víctimas de violación.

- 9 Técnicas especiales de intervención en crisis: Atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
- 10 Técnicas especiales de intervención en crisis: Depresión y suicidio.
- 11 Técnicas especiales de intervención en crisis: Otras disfunciones del control de la sexualidad y la agresión.
- 12 Modelo SAPTEL de intervención en crisis por teléfono. Segunda parte.
- 13 Capacitación operativa: Normatividad en Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Inicio de la participación en guardias y de la supervisión en grupo pequeño como observadores.
- 14 Dinámica de integración.

Cabe destacar que los consejeros que ya están atendiendo las llamadas, tienen que asistir a una siguiente fase de capacitación, la cual también los participantes en el curso comparten las experiencias de los consejeros en servicio, quienes supervisan con un Titular, ante el pleno, casos atendidos durante su servicio.

Este periodo se inicia a continuación del curso de capacitación previa, siendo obligatorio durante todo el tiempo que el consejero permanezca en el servicio.

Todo consejero deberá seguir participando en las sesiones de supervisión clínica conjunta, y habrá de inscribirse y participar en alguno de los grupos de supervisión en grupo pequeño, que le comprometerán dos horas más a la semana.

Esta supervisión consiste en exponer todos los casos que el consejero ha atendido, esto con la finalidad de orientar al terapeuta de las diferentes alternativas de trabajo dentro de su formación teórica para intervenir en cada uno de sus diferentes casos.

Es importante mencionar que además de la asesoría constante en la supervisión de grupo grande y grupo pequeño, los consejeros estarán autorizados para acceder a supervisiones de emergencia vía telefónica ya sea de su mismo asesor o de algún integrante del equipo operativo, para la atención de casos que en el momento de ser atendidos sean particularmente difíciles.

4.4. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

A diferencia de un tratamiento terapéutico tradicional, el tratamiento por teléfono debe ser intensivo; en éste, el psicólogo debe tener la habilidad de crear un clima óptimo de comunicación que facilite la libertad de expresión, la aceptación de la persona y de su situación; asimismo, el psicólogo de SAPTEL debe tener la capacidad de escuchar de manera empática, buscar soluciones realistas y proporcionar una situación de seguridad psicológica que permita la exploración de los eventos críticos en un contexto de realidad.

Debe tomarse en cuenta que la atención telefónica se limita a una sola modalidad sensorial, es decir, no se cuenta con todo el universo de información no verbal que en las terapias cara a cara complementa la expresión de las ideas aportando contenidos importantes; esta información no verbal la mayor parte del tiempo pasa inadvertida para el terapeuta de SAPTEL, como son los gestos, la postura, la forma de mirar, la posición y el movimiento de brazos y piernas, actitudes como tender o no la mano para saludar y una enorme cantidad más de posibilidades que serían sin duda una gran ayuda para la comprensión del nivel de ansiedad del usuario.

Otra característica importante de este servicio, es que el usuario tiene completa libertad de decidir cuándo debe finalizar una sesión, puesto que tiene absoluto control del aparato telefónico, pudiendo colgar en cualquier momento, lo cual puede ser más cómodo que en una terapia cara a cara; adicionalmente, el servicio

en SAPTEL puede ser cualquier día del año, a cualquier hora del día, pudiéndose prolongar el tiempo de una sesión.

Otro punto importante que debe tomarse en cuenta es el manejo de los silencios, puesto que estos pueden despertar ansiedad tanto al usuario como al consejero; la intervención en crisis por teléfono persigue la reducción de cantidades excesivas de angustia, ayudando así a la pronta resolución de la crisis actual.

La intervención por teléfono debe llevarse a cabo tomando en cuenta lo anterior, puesto que las condiciones son muy diferentes que cuando hay un contacto cara a cara, además de no poder realizar técnicas que se puedan ejecutar en una sesión en el consultorio.

4.5. PROCEDIMIENTO TÉCNICO DE INTERVENCIÓN EN SAPTEL

En este apartado destaca un elemento medular para el buen funcionamiento de un servicio de atención al público en el área de atención psicológica por Teléfono, es lograr que el consejero telefónico cuente con una metodología eficiente y suficiente de acceso a la información relevante.

La unidad de información que SAPTEL establece como requisito para tener de cada usuario se llama expediente o cédula de registro. El expediente es de hecho la historia clínica resumida de los usuarios de servicio: consta de una carpeta con un número consecutivo, previamente asignado, que contiene tanto la(s) hoja(s) de cédula(s) de registro como el resto de la información pertinente (Anexo 1).

A pesar de que el procedimiento técnico de atención al público ha de seguir un modelo básico al cual han de intentar apearse todos los asesores telefónicos, debe a la vez ser lo suficientemente flexible como para adaptarse prioritariamente a cada caso en particular del usuario, así como también a la metodología terapéutica utilizada.

Cabe destacar que esta cédula de registro permite llevar un control estadístico de las llamadas que se reciben durante todo el año, así como la supervisión de un buen desarrollo de cada intervención, puesto que puede tomarse como una guía para la evaluación de cada problemática y su posterior tratamiento.

4.6. DISTRIBUCIÓN DE LAS LLAMADAS RECIBIDAS

El desarrollo y clasificación de las llamadas son de acuerdo con el objetivo de las mismas ya sea de solicitar información y/o canalización del demandante; solicitar apoyo psicológico ante una crisis, la cual se clasifica como llamada de primera vez; o solicitar no solamente la intervención del terapeuta sino también el seguimiento del caso, nombrando este tipo de llamadas de seguimiento.

Las llamadas de canalización o seguimiento pueden ser detectadas si el usuario formula una pregunta específica o manifiesta un deseo general o inespecífico, indagando y determinando si necesita información y/o canalización. Comúnmente este tipo de llamadas dura solo unos cuantos minutos.

Una vez confirmado que la llamada es de información y/o canalización, deberá calificarse según los parámetros indicados a continuación:

- A Información sobre SAPTEL.

- B Información sobre otros servicios de salud mental.

Para las llamadas de apoyo psicológico o de primera vez es necesario promover que el usuario verbalice tan extensamente como quiera lo que lo movió a marcar nuestro número, exponiendo con ello su forma de ver y afrontar su crisis. En conjunto, esta exposición de los hechos por parte del usuario sirve como vía de

descarga de tensión emocional, lo que ya es en sí terapéutico en mayor o menor grado. Tal exposición verbal o motivo de consulta manifiesto muestra los distintos esfuerzos a los que el sujeto ha recurrido para resolver su crisis, mismos que han fallado y por eso requiere ahora de un apoyo.

Por lo que respecta a las llamadas de seguimiento son asignadas cuando el usuario ha hablado anteriormente al servicio y mantiene un contacto regular con el consejero que lo atendió desde la primera vez.

Es necesario registrar en el expediente asignado a la persona, el motivo por el cual está llamando, las verbalizaciones manifestadas, los avances que han tenido, etc.

4. 7. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO Y SUS PRODUCTOS

En este apartado se expone lo obtenido con las actividades que se realizaron en SAPTEL, de manera general e individual durante el período de tiempo 1997-1998. Cabe destacar que los resultados generales son los referidos por los responsables en la estadística del Sistema, mismo que son derivados del análisis que se efectúa de las cédulas de registro establecidas por SAPTEL (ver anexo 1).

4.7.1 Estadística de casos atendidos en el sistema de apoyo económico por teléfono (SAPTEL) durante 1997-1998.

A continuación se describe desde una perspectiva deductiva, los resultados obtenidos por el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

Primeramente, cabe destacar que los datos referidos por el departamento de investigación y estadística de SAPTEL, carecen de un número exacto de las llamadas recibidas y de la respectiva distribución por cada una de las variables. Puesto que el servicio tiene como limitación el que el usuario pueda interrumpir la

comunicación telefónica en el momento que él decida, impidiendo el cuestionamiento completo de la cédula de registro, la cual contiene cada uno de los ítems que se consideran para el reporte estadístico anual.

Además, la interpretación de los ítems por parte del consejero telefónico puede variar, dado los diferentes puntos de vista que cada uno tenga. Por lo tanto debe tomarse en consideración que los datos generales solo son aproximados y que las limitaciones mencionadas anteriormente se están tratando de corregir por medio de un nuevo plan de trabajo tanto en la atención telefónica como en el área administrativa para tener un mayor control.

Asimismo, por medio de la información recabada se pueden presentar los siguientes resultados, destacando que hay muchas llamadas que no se registran, ya sea porque se interrumpe la conversación sin previo aviso y sin obtener al menos los datos generales e inclusive el poder reconocer el motivo de consulta.

De acuerdo con lo anterior, durante el año de 1997 se registraron 1,808 llamadas en total de las cuales el 51.0% correspondían a información y canalización, 30.6% fueron llamadas de seguimiento y el 18.4% llamadas de primera vez (ver figura 1).

En cuanto a la distribución de las llamadas por motivo de consulta fue la siguiente: el 55% llamo por algún problema con sus relaciones interpersonales, el 21.3% por problemas asociados a la depresión, el 7.4% por el manejo de su sexualidad, el 6.2% por el manejo de ansiedad, el 3% por problemas laborales, el 3% por adicciones, el 2.4% por el manejo de agresión y el 1.8% por problemas escolares (ver figura 2).

Por otro lado, según el rango de edad, se encontró que el 41.35% de las personas que llamaron tenían entre 31 y 50 años, mientras 38.48% tenían entre 21 a 30 años, un 13.38% pertenecía a las personas que tenían un rango de edad menor a 20 años y el 6.74% eran mayores de 51 años (ver figura 3).

Por lo que respecta a la distribución por escolaridad, se encontró que un .41% era analfabeta, el 5.83% había terminado la primaria o estaba trunca, el 15.18% tenía secundaria terminada o inconclusa, el 35.00% tenían preparatoria terminada o trunca, un 26.85% estaban en la categoría de licenciatura terminada o inconclusa, el 2.30% pertenecían al nivel de posgrado o posgrado no terminado, el .16% estaba ubicado en la modalidad de doctorado o doctorado no terminado y el 10.27% no dio una respuesta (ver figura 4).

En el aspecto emocional afectivo, su distribución fue la siguiente: el 27.6% se consideró normal; el 6.23% aplanado, es decir que no mostraban resonancia afectiva ante los contenidos ideacionales; el 6.98% aislamiento, o que el usuario sea capaz de reconocer intelectualmente que habitan en él determinados pensamientos o cogniciones, pero no lo acepta; el 34.07% tristeza, cuando el tono afectivo estaba disminuido, que puede ir desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación extrema; el 13.96% ansiedad o angustia, es decir, sensación de peligro cuya fuente es totalmente indeterminada; el 4.48% enojo, o rabia hacia cualquier objeto o situación; el .25% ambivalencia, o estado emocional contradictorio hacia uno mismo; el 2.38% euforia, o afecto placentero, acompañado de un cuadro mental optimista; el .08% exaltación, o júbilo intenso acompañado de una actitud de grandeza a pesar de que las condiciones reales no lo justifiquen; el 1.14% labilidad emocional, o facilidad para que el sujeto se vea afectado e invadido por cambios emocionales fuera de su control; .98% afecto insuficiente o falta de concordancia entre el afecto y el estímulo; y el 1.85% otros (Gaitán, 1997), (ver figura 5).

Sobre la distribución por ocupación, se encontró que el 31.63% tenían otra ocupación, el 24.79% eran empleados, el 7.69% eran desempleados, el 22.29% eran amas de casa, y el 13.60% eran estudiantes (ver figura 6).

Respecto a la distribución de domicilio, se consideró el porcentaje según la delegación política y solamente el Distrito Federal, incluyéndose el Estado de México y otras regiones en los resultados de 1998. Así pues la delegación que más apertura a SAPTEL tiene es la Del. Gustavo A. Madero con 15.29%, seguido de Iztapalapa con 12.81%, Coyoacán con 10.74%, Benito Juárez con 9.25%, Miguel Hidalgo y Tlalpan con 10.11%, Alvaro Obregón con 5.78%, Azcapotzalco y Venustiano Carranza con 5.11%, Iztacalco con 5.04%, Xochimilco con 2.97%, Magdalena Contreras con 2.64%, Tlahuac con 2.15%, Cuauhtémoc 1.9% y Milpa Alta con .99% (ver figura 7).

Por último, en la modalidad de la práctica religiosa, destacan los que practican la religión católica con un porcentaje de 83.05, mientras que 9.56% respondió que se considera creyente solamente, sin practicar ninguna religión, un 2.90% eran testigos de Jehová, 2.29% eran ateos, 1.17% protestantes y .92% judía y un .11% no respondió (ver figura 8).

En cuanto al año 1998 se registraron un total de 24,574 llamadas, de las cuales el 33.4% fueron de información y canalización, el 27.4% de seguimiento, el 19.2% en llamadas de primera vez y el 20.0% se especificaron en otras (ver figura 9).

Asimismo, en los resultados de 1998 se agregan en el análisis más variantes tales como tipo de vivienda, la distribución por cohabitación, dependencia económica y la impresión del usuario sobre el servicio.

En cuanto a la distribución por motivos de consulta, se encontró que el principal fue por alguna problemática en las relaciones interpersonales con 51%, seguido de problemas depresivos con 21%, manejo de la sexualidad 10%, manejo de ansiedad 6%, problemas escolares 4%, manejo de agresión y problemas laborales con 3% cada uno, y adicciones con 2% (ver figura 10).

En la distribución según domicilio, en el Estado de México se concentró mayor población con 17%, seguido de la delegación Gustavo A. Madero con 15%, Iztapalapa con 15%, Coyoacán con 11%, Benito Juárez con 8%, Iztacalco con 5%; Alvaro Obregón, Azcapotzalco, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza con 4%, Tlalpan con 3%; y Cuauhtémoc, Tlahuac, Magdalena Contreras y Xochimilco 2%, y otros estados y Milpa Alta tuvieron 1% (ver figura 11).

De acuerdo con la distribución por edad, de 1 a 20 años tuvo un 7%, de 21 a 30 años un 53%, de 31 a 50 años un 39% y personas mayores de 50 tuvo 1% (ver figura 12).

Por lo que respecta a la ocupación de los usuarios, el 35% fueron amas de casa, el 23% empleados, el 18% estudiantes, el 9% desempleados y el 15% se clasificó en otra actividad (ver figura 13).

Por lo que respecta al nivel de estudio, se encontró que hay un 39% de la población que tiene preparatoria terminada o parte de ella, un 27% que tiene licenciatura terminada o parte de ella, 18% con secundaria terminada o parte de ella, 11% con primaria terminada o trunca, 3% en posgrado y 2% analfabeta (ver figura 14).

En la distribución de la practica religiosa, se observó un 63% que identificaron al catolicismo como su religión, 12% no contestó, 10.5% era protestante, 9% era creyente, 2.5% practicaba la religión judía, 2% declaró ser ateo y el 1% eran testigos de Jehová (ver figura 15).

En cuanto al tipo de vivienda de los usuarios, se encontró que el 36% rentan, el 19% están en una vivienda prestada, el 15% en casa o departamento propio y los que se encuentran en otra modalidad un 30% (ver figura 16).

También se obtuvo la distribución por cohabitación, es decir con quien viven los usuarios, los cuales un 44% viven con hasta 4 personas, un 21% viven solos, un 20% viven con 5 o más personas y un 15% junto con una persona (ver figura 17).

Por lo que respecta a la distribución por dependencia económica, se encontró que el 83% dependían económicamente de alguien, mientras que el 17% son proveedoras (ver figura 18).

En la distribución según el lugar de nacimiento, el 62% eran originarios del Distrito Federal, el 22% de provincia, el 13% del Estado de México y el 3% eran extranjeros (ver figura 19).

En cuanto a la distribución por fuente de referencia, se encontró que el 25% se enteró por algún medio radiofónico, el 18% se enteró por la televisión, el 21% por medios impresos, el 12% fue por alguna comunicación personal y el 24% se enteró por otros medios como son conferencias, canalización por parte de algún otro servicio, etcétera (ver figura 20).

Como punto importante, se pudo encontrar que después de la intervención terapéutica, al preguntarles a los usuarios como se sentían después de llamar y ser atendidos, el 83% manifestó que se sentía mejor, el 14% permaneció con una actitud indiferente, y el 3% respondió que se sentía peor (ver figura 21).

Por último, al preguntarles a los usuarios si volverían a llamar nuevamente, el 66% manifestó que si lo volverían a hacer, el 14.9% respondió que no llamarían más y el 19.1% no estaba seguro de que volverían a llamar (ver figura 22).

4.7.2. Resultados obtenidos en la práctica individual durante el periodo junio 1997- agosto 1998

Por otra parte, para obtener los resultados aquí expuestos, tuve que cumplir una serie de requisitos obligatorios que tenían como finalidad desarrollar las habilidades terapéuticas en la intervención en crisis por teléfono.

Primeramente, asistí al seminario de capacitación realizado en el auditorio de la Cruz Roja Mexicana en Polanco, desde el 21 de marzo de 1997 al 23 de mayo del mismo año, en donde adquirí conocimientos terapéuticos que se desarrollan teóricamente a lo largo de este trabajo.

Posteriormente, comencé mis servicios como terapeuta o consejero por teléfono desde el día 29 de mayo de 1997, acumulando una antigüedad de 1 año, 1 mes, realizando funciones como intervención en crisis por teléfono, canalización de personas a instituciones especializadas, así como brindar información acerca del servicio.

El producto de mi actividad en SAPTEL como terapeuta se puede vislumbrar por un lado cuantitativo con los siguientes resultados: tuve 41 llamadas de información y canalización, las cuales consideré que no podían ser aptas para la intervención por teléfono, ya que las personas que hablaban en ese momento solo pedían información sobre el servicio o después de resumir su problema pedían la referencia de otro servicio al cual acudir; 17 llamadas de primera vez, de las cuales abrí un expediente o cédula de registro por cada una, dividiendo siete de suicidas en potencia; y 17 llamadas de seguimiento.

A continuación se muestra de una manera más clara y precisa las llamadas realizadas a lo largo de mi estancia en SAPTEL.

4.7.2.1 Llamadas de información y canalización

En cuanto a las llamadas de canalización e información tuve aproximadamente 47 llamadas las cuales atendí de acuerdo con el protocolo establecido en SAPTEL, dando información a la gente que la solicitaba o canalizando a instituciones especializadas si consideraba que era necesario.

De esta manera, en la tabla que a continuación se expone se resumen todas las llamadas de esta categoría.

Usuario	Edad	Para quién es el servicio	Estado Civil	Tipo de llamada	Como se entero del servicio	Fecha
Ricardo	18	Para mismo si	Soltero	Información	Amigo	08/08/97
Francisco	37	Para mismo si	Soltero	Información	Amigo	08/08/97
Ramón	36	Para mismo si	Soltero	Canalización	Amigo	28/08/97
Selene	21	Para mismo si	Soltera	Canalización	Radio	28/08/97
José Luis	30	Para mismo si	Unión Libre	Canalización	Televisión	04/09/97
Carla	57	Para mismo si	Soltera	Información	Metro	26/09/97
Laura	28	Para mismo si	Soltera	Información	Metro	26/09/97
Daniel	30	Para mismo si	Soltero	Canalización	Amigo	02/10/97
Martha	30	Para mismo si	Casada	Canalización	Prensa	09/10/97
Ramón	23	Para mismo si	Soltero	Canalización	Amigo	09/10/97
Laura	44	Para mismo si	Casada	Canalización	Radio	10/10/97
José Antonio	30	Para mismo si	Soltero	Canalización	Amigo	10/10/97
Patricia	13	Para mismo si	Soltera	Información	Familiar	23/10/97
Héctor	35	Para otro	Casado	Canalización	Televisión	24/10/97
Alejandra	27	Para mismo si	Soltera	Información	Televisión	30/10/97

Tabla No. 3. Llamadas de información y canalización.

Diana	19	Para mismo	si	Soltera	Canalización	Radio	31/10/97
Joaquín	16	Para mismo	si	Soltero	Canalización	Radio	14/11/97
Gloria	49	Para mismo	si	Casada	Canalización	Radio	14/11/97
Lilia	29	Para mismo	si	Separada	Canalización	Amigo	20/11/97
Antonio	38	Para mismo	si	Divorciado	Canalización	Televisión	27/11/97
Teresa	28	Para mismo	si	Soltera	Canalización	Televisión	28/11/97
Armando	30	Para mismo	si	Casado	Canalización	Metro	12/12/97
Eduardo y Sandra	28 y 50	Para mismo	si	Soltera y Divorciado	Canalización	Amigo	18/12/97
Jorge	39	Para otro		Separado	Canalización	Amigo	05/03/98
Graciela	33	Para mismo	si	Soltera	Canalización	Televisión	13/03/98
Alfredo	34	Para mismo	si	Soltero	Información	Amigo	13/03/98
Ricardo	27	Para mismo	si	Soltero	Canalización	Amigo	20/03/98
Graciela	28	Para mismo	si	Separada	Canalización	Radio	20/03/98
Beatriz	70	Otro		Viuda	Canalización	Metro	27/03/98
Gabriela	30	Para mismo	si	Soltera	Canalización	Familiar	27/03/98
Carlos	27	Otro		Soltero	Canalización	Radio	02/04/98
Juan Carlos	40	Para mismo	si	Divorciado	Canalización	Televisión	03/04/98
Isaac	17	Para mismo	si	Soltero	Canalización	Amigo	09/04/98
Raúl	38	Para mismo	si	Soltero	Canalización	Amigo	17/04/98
Jorge	40	Para mismo	si	Soltero	Canalización	Amigo	17/04/98
Alfonso	21	Otro		Soltero	Canalización	Metro	23/04/98
Armando	23	Para mismo	si	Soltero	Canalización	Amigo	15/05/98
Fernando	21	Para mismo	si	Soltero	Canalización	Amigo	19/06/98
Fabiola	29	Para mismo	si	Casada	Canalización	Televisión	28/07/98
Gabriel	26	Para mismo	si	Soltero	Información	Amigo	30/07/98
Hilda	33	Para mismo	si	Casada	Información	Amigo	06/08/98

Tabla No. 3. Llamadas de información y canalización (continuación).

4.7.2.2. Llamadas de primera vez

A continuación se exponen los casos de las llamadas recibidas en la categoría de primera vez, se muestra los casos de manera resumida, con la finalidad de que el lector tenga una idea clara de la problemática de cada uno de ellos.

Norma

Edad: 28 años

Estado civil: Casada

Fecha: 26/06/97

Norma llamó a la guardia afirmando que se deprimía continuamente, demostrando cansancio y un llanto imprevisto sin aparente motivo. Su constante depresión ha traído como consecuencia el que tome antidepresivos, pues piensa que los demás pueden darse cuenta. Comenta también que su creciente cansancio le ha impedido realizar actividades y poder relacionarse adecuadamente con los demás. Por lo anterior también se agregan diferentes pensamientos como “me quisiera morir”, “ya no aguanto más”, “puedes creer que alguien me quiera en este mundo”. Como antecedente menciona la relación que tiene con su esposo, puesto que el casi no esta y no siente un apoyo moral para ella y para sus hijos, esto debido a los cambios de horario que tiene en su trabajo. En consecuencia, por la prescripción médica que tiene, además de su problema depresivo, se le sugirió que tomará terapia cara a cara, sin embargo ella no estuvo de acuerdo, y se estableció que seguiría llamando hasta que estuviera dispuesta a hacerlo.

Diana

Edad: 38 años

Estado civil: Casada

Fecha: 26/06/97

Diana llama llorando pidiendo ayuda, tiene un arma en la mano y amenaza con suicidarse si no encuentra una solución para sus problemas. Expresa estar desesperada, piensa que es una persona que desde su accidente, sus hijos y esposo la llenan de atenciones pero al mismo tiempo le demandan cariño, comprensión, que los escuche, etcétera. Sin embargo para ella es demasiado, ya que al quedarse parapléjica piensa que no puede hacerlo, por lo que preferiría matarse que seguir soportando toda esa “carga”. Sin embargo, comenta que antes de su accidente también pensaba que todos querían que los protegiera, los cuidara, les hiciera sus actividades como la tarea, el quehacer de la casa, entre otras cosas. Al estar hablando con ella, acepta guardar el arma y tranquilizarse, sin embargo, manifiesta estar cansada de todas las responsabilidades que tiene encima, y que desea que alguien la tome en cuenta como persona, por tal razón, le sugerí que asistiera a una terapia cara a cara, puesto que al sentirse devaluada tendría que trabajar en su autoestima y en el establecimiento de límites para con

su familia. La respuesta a acudir a la terapia fue negativa, argumentando que ya estaba cansada de ir con doctores; sin embargo, afirmo que era algo que tarde o temprano lo iba a llevar a cabo. En cuanto a poner límites con sus familiares, declaró que tenía gran temor de empezar a negarse, puesto que la gente ya no tendría una buena impresión de ella y no obtendría la atención que necesitaba. Le argumenté que la atención que ella necesitaba no era la retribución por algo que ella hiciera, pero que el no poner límites a estas situaciones con su familia, traería como consecuencia nuevos conflictos en ella misma, le reiteré que podía llamar al servicio cuantas veces quisiera, a lo que ella confesó que volvería a llamar.

Alejandro

Edad: 38 años

Estado civil: Soltero

Fecha: 03/07/97

Antes de hablar a SAPTEL, había tenido un intento suicida. Estaba en su casa y se estaba apuntando con una pistola, pero llegó un amigo suyo y lo convenció de no hacerlo. El amigo llamó a SAPTEL, pidiendo una asesoría para Alejandro puesto que lo veía muy angustiado y convencido a dispararse. Sin embargo, Alejandro ya había llamado varias veces con otras consejeras, y cada vez que hablaba decía que era la primera vez que marcaba y que quería seguir teniendo el apoyo de la terapeuta que le contestara. Por lo que respecta al porqué quería morir, indicó que él era un hombre muy asediado por las mujeres, pero que a pesar de toda la experiencia que él tenía con ellas, se había involucrado con una mujer de 35 años, la cual le estaba exigiendo que vivieran juntos, sin que él pudiera evitarlo, puesto que carecía de habilidades asertivas y temía que ella reaccionara de manera negativa hacia él. Respecto a sus relaciones anteriores, habían sido solamente temporales y puramente sexuales, puesto que no tenía intención de tener una pareja estable que le impidiera seguir gozando de su independencia. Durante la sesión él convino en hablar con ella y terminar con la relación, sin embargo, aclaró que tenía mucho miedo a que ella tomara venganza hacia él. Confesó después que la idea de quedarse solo lo orilló a comprometerse más con esa mujer y que eso solamente le permitió reiterar la idea de no casarse nunca. Después de esa sesión, nos dimos cuenta de que era el mismo usuario que había llamado y se le asignó a la primera consejera que le atendió, puesto que si alguien cuenta con el apoyo de otros psicólogos, el trabajo terapéutico no llega a tener buenos resultados, debido a la dependencia creada hacia SAPTEL.

Martín

Edad: 34 años

Estado civil: Soltero

Fecha: 10/07/97

Martín llamó al servicio expresando que quería hablar con alguien para que le diera una razón de vivir, se encontraba en un estado depresivo, consideraba que

ya no iba a tener fuerzas para vivir. Desempleado desde hace 5 meses, considera que la vida le ha cerrado toda puerta hacia el desarrollo profesional, vive con sus hermanos, los cuales lo mantienen económicamente hasta el momento que pueda encontrar trabajo. Esto ha traído como consecuencia que piense en ser un perdedor, en no ser lo suficientemente valioso para encontrar trabajo. Además de esto, piensa que ante su familia es frágil y débil, brindándole ayuda por lastima. Cuenta con una carrera administrativa a nivel licenciatura, no tiene ningún tipo de enfermedades, según comentó el siempre ha sido muy sano, a cambio de esto le ha costado mucho tener una posición económica desahogada, puesto que en cada trabajo que ha estado lo han despedido, ocasionando que le impida encontrar otro trabajo con más facilidad. Respecto al suicidio, en varias ocasiones había tenido la idea de terminar con su vida, sin embargo, “solo lo había intentado un par de veces”, puesto que las condiciones no habían sido las adecuadas para que nadie se diera cuenta de lo que quería hacer. Él manifestó que su idea era tomarse muchas pastillas cuando nadie estuviera, puesto que de lo contrario no lo dejarían culminar su objetivo. Al estar hablando con él, respondía negativamente a todas las opciones que él creaba o que se le sugería, no aceptaba que el poder encontrar trabajo y tener una independencia le iba a costar un poco más de tiempo y esfuerzo que el que había invertido. Por último indicó que solamente había llamado para avisar a alguien y saber si había acaso algo que le pudiera convencer de no morir, pero que no lo había encontrado, sin embargo; se le aclaro que el servicio estaba abierto para él cuando sintiese la necesidad de hablar o de analizar alguna posibilidad para que él cambiara de opinión.

Marco Antonio

Edad: 32 años

Estado civil: Soltero

Fecha: 11/07/97

Marco Antonio llamó a SAPTEL expresando que tenía un problema, puesto que es homosexual, lo cual no lo saben en su casa (vive con su mamá y su tía); además tenía relaciones sexuales con su tía y eso le ocasionaba pensar qué iba hacer y como les diría que es homosexual. Intentando abordar el tema de su preferencia sexual, él mencionó que desde hacia mucho tiempo el se ponía ropa de su madre y de su tía sin que estas se dieran cuenta, sin embargo, se involucró con su tía mientras ella se bañaba y salía desnuda hasta donde él estaba. No descartó la posibilidad de ser bisexual, pero él estaba casi convencido de que era homosexual además que su tía no le atraía tanto como le atraen los hombres. Al tratar de indagar sobre el porqué se había relacionado con su tía, no mencionó nada, puesto que colgó sin previo aviso. Posteriormente en las asesorías, se comentó este caso y coincidió que ya había llamado varias veces a diferentes terapeutas, pero que realizaba el mismo proceso de la llamada.

Jorge

Edad: 26 años

Estado civil: soltero

Fecha: 17/07/97

Jorge habló al servicio para pedir una asesoría puesto que no podía relacionarse con las personas, en especial con mujeres. Comentó que en su familia no había comunicación y que a pesar de que todos se llevaban bien, no permitían que nadie se metiera con nadie. Expuso que sus padres les habían enseñado a respetar la intimidad de los demás y por lo tanto cualquier pregunta hacia su familia ocasionaba que se enojarán y que le contestarán que no se metiera con ellos. Otro aspecto importante era que había tenido una novia durante toda su carrera (Ing. Civil), pensaba que se iban a casar pero ella terminó cuando habían acabado la carrera. El había intentado regresar con ella, pero ella no lo permitía, argumentando que el no era el hombre que ella quería para toda su vida. Después del rompimiento había pasado más de año y medio. El intuía que por la falta de dinero y la falta de tiempo no había podido conocer a otras personas, pero explicaba que después de que terminó con su novia, se agregaba el que no quería ver a nadie más. Al preguntarle que pensaba hacer, el explicó que iba a tratar de acercarse a otras chicas, pero que ahora no sabía como "llegarles". Como alternativa se convino que el iba a comenzar desde lo más sencillo, es decir, comenzar saludar y despedirse a todas las mujeres de su trabajo, y que posteriormente tendría que hablar un poco más, acerca del trabajo, de política o de temas que no fueran personales, y que posteriormente tendría que introducir a sus pláticas temas que se relacionarán directamente con ellas. Declaró que trataría de hacerlo y que de no hacerlo me lo comunicaría.

Arlette

Edad: 28 años

Estado Civil: Soltera

Fecha: 24/07/97

Tiene problemas con su pareja actual, le ha costado mucho integrarse a la rutina que su novio tiene, puesto que ella antes estudiaba, trabajaba y podía estar en cualquier parte a cualquier hora sin que esto le ocasionara problemas, al principio de su relación a su novio no le disgustaba nada de lo anterior, pero conforme pasaron los meses, ella decidió dejar todo con tal de que esto no le causará más problemas, puesto que le gritaba en la calle, la sacaba a empujones de la escuela o del trabajo, le decía que solamente hacía todas sus actividades con el fin de estar coqueteando con otros, y que si ella no dejaba de hacerlo, lo iba a perder. Al dejar todas sus actividades, su rutina terminó por levantarse, lavar, cocinar, ir al mercado, atender a sus papás, y esperar a que él llegara a verla, puesto que tenía miedo de salir a la calle y encontrarse con él. Después de haber contado todo lo anterior, explicó que pensaba suicidarse tomando pastillas, ya que no sabía como dejar a su novio, puesto que a pesar de todo ella lo seguía queriendo. Cabe destacar que al término de la llamada, ella prefería buscar otra forma para arreglar

su problema con su novio, al darse cuenta que no había pensado bien las cosas y que se había desesperado y angustiado. Por todo lo anterior, le expliqué que debía salir del círculo de violencia, puesto que ella misma refería sentirse incomoda y con miedo, que el servicio por teléfono estaba abierto para ella cuantas veces quisiera utilizarlo, pero le advertí que de antemano solamente serviría para tranquilizarse temporalmente y que no arreglaría nada de esta manera, así que le recomendé asistir a una terapia cara a cara, puesto que necesitaba crear habilidades asertivas que por teléfono no lo haría.

Angélica

Edad: 27 años

Estado civil: Soltera

Fecha: 24/09/97

Angélica se dirigió a SAPTEL, puesto que se sentía muy deprimida por no encontrar trabajo. Psicóloga, había pasado más de 2 años después de su egreso de la facultad en hacer su tesis; durante todo este tiempo, no había trabajado en ningún lado, después de haberse titulado, comenzó su búsqueda sin obtener resultados. Comentó haber salido de la carrera con mención honorífica, pero que eso no había sido suficiente en los trabajos que había solicitado, puesto que pedían un mínimo de dos años de experiencia y muchas veces una especialización. Por tal motivo, estaba deprimida, y resultaba muy incomodo no poder tener a alguien que la pudiera escuchar, así que decidió llamar a SAPTEL. Como alternativa para la solución del problema se llegó al acuerdo de que comenzaría a pedir trabajo con el sueldo que le propusieran, aunque fuera poco, puesto que ella debería comenzar por tener experiencia y un desarrollo profesional, y no un puesto bien remunerado, debido a las limitantes que los perfiles establecían. Terminando la sesión ella indicó que se sentía más tranquila y relajada, y que a pesar de no contar con todos los requisitos que pedían en cada trabajo, sabía que tarde o temprano la admitirían en alguno.

Javier

Edad: 23 años

Estado civil: Soltero

Fecha: 25/07/97

Javier llamó al servicio explicando que tenía un problema con su novia, ella tenía aparte de el otro novio, con el cual tenía planes de casarse, Javier, a pesar de saberlo, decidió tener una relación, con la esperanza de que fuera a terminar con su novio. Después de algunos días de noviazgo, ella declara que tiene 1 mes de embarazo, pero que no es de él, sino del otro novio, asegurándole que ella no lo quiere tener y que piensa abortar, se decepcionó mucho, pues su intención era poder quedarse con el bebé y casarse con ella. Pude darme cuenta que no se valoriza lo suficiente para encontrar a una persona con la que pueda tener una relación estable, entablando relaciones con personas que tienen muchos problemas y que Javier los resuelve al mismo tiempo que sobreprotege a todos. Dado que pensaba en no volver a verla, su idea de la vida cambiaba y pensaba en

la manera de olvidarse del mundo y sobre todo de ella, resultando ser una puerta abierta terminar con su vida. Por todo lo anterior le sugerí a Javier que tratara de comprender que lo que había pasado con su novia no necesariamente tenía que comprometerlo, además de pensar en valorar primero no solamente la situación que esta viviendo con una pareja, sino también valorar el no estar con la misma.

Eva

Edad: 52 años

Estado civil: Divorciada

Fecha: 31/07/97

Eva es una médica cirujana, que llamó a la guardia con la finalidad de avisarle a alguien de que iba a morir, se encontraba en estado de ebriedad, con heridas provocadas por un bisturí en las venas de uno de los brazos. Al preguntarle por que quería morir, contestó que había realizado una operación a un muchacho de 17 años, el cual tenía SIDA, por lo que su esperanza de vida era muy pobre, al realizar la operación ella tuvo un error y el chico murió. Expresó que no se creía ser capaz de volver a operar y que no tenía otra razón de vivir, puesto que su familia incluyendo a su hijo le había dado la espalda por razones familiares. Al preguntar sus datos personales y su dirección, contestó con datos falsos, por lo que al colgar no hubo la oportunidad de auxiliarla en su domicilio.

Manuel

Edad: 26 años

Estado civil: no específico

Fecha: 31/08/97

Llamó al servicio después de haber violado a una mujer, estaba muy asustado por el hecho de que alguien lo hubiera visto. Narró lo siguiente: Estaba en uno de los puentes del periférico y comenzó a ver a toda la gente que pasaba, de pronto vio a una chica que le pareció atractiva y la siguió, esta se percató de que la seguía y comenzó a correr, pero él fue mucho más rápido y al alcanzarla la metió debajo de un trailer y la penetró analmente. Mencionó también que no se sentía mal, puesto que desde hacia algunos meses quería hacerlo, sin embargo no se había atrevido. Al preguntarle el porqué estaba asustado, contestó que al penetrar a la mujer, se dio cuenta de que su pene tenía sangre, y le causó la duda si el estuviera infectado de SIDA o de alguna otra enfermedad venérea. Al tratar de indagar sobre sus ocupaciones, su familia, sus amigos u otro dato que resultará personal, solamente contestaba que no quería decirlo o simplemente se quedaba callado. Finalmente, al sugerirle que se hiciera exámenes clínicos para saber si en verdad estaba infectado o no, convino en que lo haría y que tal vez llamaría, siempre y cuando el estuviera infectado.

José

Edad: 26 años

Estado civil: Soltero

Fecha: 31/08/97

José llamo para saber que debe hacer con un problema que tiene, pues dice que no sabe que hacer y que no quiere equivocarse en la decisión que pueda tomar. Explica que su novia es una mujer que se prostituye, siempre ha vivido en la calle y no le interesa tener una relación seria a menos que se case inmediatamente con ella y siga prostituyéndose. José ha aceptado esta situación puesto que ella le da dinero para que pueda solventar todos sus gastos, a pesar de que trabaja y gana dinero, no le alcanza y no podría mantenerse de no ser por la ayuda que le da ella. Por lo que respecta a casarse con ella, él esta dispuesto, no cree pertinente el que siga prostituyéndose, pero no encuentra otra solución debido a la situación económica antes expuesta. Al preguntarle si ella estaría dispuesta a trabajar en otra parte, el contestó que si lo estaba, siempre y cuando ganara lo mismo o más que lo que gana por prostituirse, por lo que desistió de esa solución. Al preguntarle si estaría dispuesto a aceptar los términos de su pareja, José contestó que no le parecía una solución descabellada, pero que la sola idea de que alguien se enterara provocaría una problemática tanto con su familia, como con su pareja. Sin embargo, y después de hablar sobre la aceptación de esta y otras alternativas que el creará, se recalcó que debía de conocer los límites que el tenía y la disponibilidad de enfrentar las consecuencias que esto traería consigo.

Susana

Edad: 60 años

Estado Civil: Viuda

Fecha: 30/10/97

Susana llamó para quejarse sobre el comportamiento que su hija tenía hacia ella. Ella es una mujer que se dedica a su negocio de equipo de cómputo, del cual se mantiene aparte de la pensión que recibe. Al llegar a su casa se molesta por tener que limpiar, cuidar y alimentar a los perros de su hija, la cual es una mujer de 38 años que solamente llega a su casa cuando no tiene una cita o cuando necesita económicamente de la madre. Esta situación se ha tornado más difícil puesto que Susana necesita de más espacio en su casa y necesita sacar a los perros de ahí, pero no lo hace puesto que tendría problemas con su hija. Al comentarle que su hija tendría que aceptar las disposiciones que ella da hacia su espacio, manifestó un gran miedo, al grado de pensar en dejarle la casa. Sin embargo, después de haber platicado con ella sobre las posibles soluciones, ella llegó a la conclusión de que haría un acuerdo con su hija, en que se llevará los perros y a cambio ella tendría otra habitación más. De tal manera que si ella se negaba a aceptar el trato esta tendría que utilizar una ayuda legal para que estuviera protegida.

Héctor**Edad: 38 años****Estado civil: Casado****Fecha: 02/06/98**

Explicó su problemática tratando de aparentar tranquilidad y madurez para enfrentarla, expuso que su esposa había conocido a un compañero de trabajo que la invitaba a tener relaciones sexuales. Ella estaba muy tentada a aceptar siempre y cuando Héctor estuviera de acuerdo. Héctor comentó que la relación que llevaba con su esposa era muy abierta y que le parecía adecuado que su esposa experimentara otro tipo de emociones, de las que experimentaba con él. Sin embargo, al exponerle que él llamada al servicio para preguntar si era conveniente aceptar la proposición de su esposa, implicaba que él hubiera estado dudando en hacerlo y que traería como consecuencia la inseguridad en la relación. Finalmente resolvió volver a hablar con su esposa para poder llegar a un acuerdo, teniendo que exponer todo lo que no le parecería, y que si ella después de todo quisiera hacerlo, el aceptaría.

Laura**Edad: 40 años****Estado civil: Soltera****Fecha: 20/03/98**

Laura habló a SAPTEL en estado de ebriedad, exigiendo que alguna de la guardia la ayudara, puesto que estaba desesperada y no quería utilizar su última alternativa, es decir, matarse. Por estar alcoholizada, resultaba muy difícil tener una conversación con ella, puesto que no permitía hacerle alguna pregunta o comentario o simplemente lo evadía y se limitaba a seguir lamentándose de estar desesperada. Conforme transcurrió el tiempo ella comenzó a decir que no podía concretar nunca una relación amorosa con alguien, por lo que ellos eran los que no se daban cuenta de lo mucho que valía. Sin embargo y a pesar de preguntar insistentemente sobre sus datos generales, ella después de contestar, argumentó que nadie la iba a ayudar y que no tenía caso seguir hablando, por lo que colgó, terminando así la sesión.

Verónica**Edad: 27 años****Estado civil: soltera****Fecha: 20/05/98**

Verónica llamó a la guardia argumentando que estaba pasando por una situación difícil con su novio, puesto que sospechaba que tuviera otra relación con otra persona. Ella manifestaba que él seguía teniendo los mismos detalles de siempre pero que el tener contacto con una mujer que trabajaba con él la hacía sospechar, además de que desde el momento que ella comenzó a trabajar con él, éste se había vuelto muy violento con ella, al grado de aventarla y tratar de golpearla.

Verónica le había pedido que se dieran tiempo para que los dos pudieran decidir que iban a hacer con su relación, sin embargo, su novio no aceptó y la comenzaba a buscar y seguir por todas partes, tratando de convencerla de volver. Al insinuarle si ella estaba dispuesta a aceptar esas conductas por parte de su novio, ella contestó que no y que de seguir así ella terminaría con su relación definitivamente, pero tenía miedo por las reacciones agresivas que llegará a tener.

Antes de terminar la sesión ella manifestó que el haber hablado con alguien la había tranquilizado y se sentía más segura, aunque no hubiera decidido qué hacer en ese momento.

Ángel

Edad: 14 años

Estado civil: soltero

Fecha: 22/05/98

Ángel habló al servicio planteando que tenía muchos problemas por su hermana mayor (17 años), puesto que hace unos días ellos dos habían tenido relaciones sexuales, pero que ella no sentía ningún remordimiento de culpa y que le seguía invitando a seguir relacionándose sexualmente. Explicó que cuando pasó el suceso él estaba espiando a su hermana pues estaba viendo una película pornográfica, cuando ella se dio cuenta de que estaba el ahí, lo invitó para que se acercase y ver la película, posteriormente comenzó a insinuarse hasta estar encima de él y comenzar a excitarlo. Después de haber hecho el acto sexual, ella no dijo nada y se fue a su cuarto, cuando éste intentaba hablar con ella, ésta se portaba muy seca y con tono burlón lo invitaba a volver a hacerlo. Debido a la complejidad del problema se le sugirió la posibilidad de tomar una terapia cara a cara, a lo que contestó que no estaba seguro, y que prefería llamar que ir a algún lugar.

4.7.2.3 Llamadas de seguimiento

Las llamadas de seguimiento que a continuación se muestran dan a conocer a los usuarios que han sido registrados con llamadas de primera vez y que han vuelto a llamar, dando a conocer que no todos los usuarios de SAPTEL, vuelven a llamar, a pesar de convenir con el mismo terapeuta que sí lo hará

Nombre	Fecha	Observaciones
Norma	01/08/97	Esta convencida de que tiene problemas para tomar los antidepresivos, le cuesta trabajo aceptar que tiene problemas y que debe resolverlos, se inclina por una terapia tradicional (frente a frente), y accede a ser remitida a algún centro especializado.
Javier	01/08/97	Manifiesta que ha tenido varios intentos de suicidio desde la adolescencia, intenta regresar con su novia pero ésta lo rechaza, piensa en matarse para que ella "tome conciencia de la situación"
Marco Antonio	08/08/97	Nuevamente comienza a narrar su problema, pero esta vez solamente narra su experiencia con su tía y cuelga sin que pueda preguntar alguna otra cosa.
Javier	08/08/97	Manifiesta que quiere tomar una terapia tradicional, sin embargo plantea que su situación económica no le impide ir con un psicólogo, así que decide seguir en la intervención telefónica.
Javier	15/08/97	Reconoce que esta obsesionándose con la idea de que regrese su novia, toma la decisión de no llamarle y que ella decida lo que quiere hacer con su relación, lo cuestiono sobre que quiere hacer él acerca de su relación y de su persona.
Marco Antonio	22/08/97	Habla constantemente y cuelga a lo largo de la noche, solamente narra alguna experiencia sexual con su tía, pero él niega ser heterosexual, cuelga sin previo aviso.
Javier	22/08/97	Tiene una oferta de trabajo pero teme aceptarla, quiere estar ocupado para no pensar en su persona y en sus problemas.
Javier	28/08/97	Habla de un posible acercamiento con una chica que le gusta, plantea que se siente bien.
Marco Antonio	28/08/97	Vuelve a mencionar a su tía, pero no termina de narrar lo que ha pasado con ella cuando el cuelga sin previo aviso

Tabla No. 4. Llamadas de seguimiento

Socorro	11/09/97	Otra terapeuta
Alma Delía	11/09/97	Otra terapeuta
Carla	16/10/97	Otra terapeuta
Javier	24/10/97	Está con gripe y teme que pueda morir, quiere que alguien esté a su lado, pero no quiere llamar a nadie de su familia o amigos, cree que no quieren estar con él, y plantea que estando muerto ellos estarían mejor, se dirige al servicio como algo que le funciona y que le cuesta trabajo dejarlo. Yo le notifico que son mis últimos días en el servicio y que debe ser canalizado a otra parte, a menos que quiera seguir hablando con otra terapeuta.
Javier	12/12/97	Decide que debe tomar una terapia más adecuada para su problema, cree que pueda llegar a realizar algún acto, pero esta convencido de que solo se lastimará y no logrará matarse.
Laura	10/04/98	Habla nuevamente alcoholizada, sin embargo, no quiere hablar conmigo, piensa que no es comprendida por nadie.
Verónica	01/05/98	Se siente más segura de poder decirle que no a su novio, este tiene una actitud pasiva y tolerante, pero ella no cree que sea sincera su reacción, de modo que se mantendrá firme con su decisión.
Jorge	29/05/98	Otro Terapeuta

Tabla No. 4. Llamadas de seguimiento (continuación).

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

5.1. ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS

De acuerdo a lo antes expuesto, es necesario hacer un análisis crítico sobre toda la información recabada para reflexionar sobre el trabajo realizado en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, tanto a nivel colectivo como individual.

Primeramente, cabe destacar que los resultados expuestos anteriormente, indican la demanda que hay dentro del área metropolitana por tener servicios de apoyo psicológico, aunado también a que SAPTEL es una sencilla forma de comunicarse con sólo marcar un número telefónico, teniendo la seguridad de encontrar a un profesional dispuesto a escuchar a cualquier hora del día, los 365 días del año.

Otro aspecto importante es que el servicio es gratuito, ya que la llamada tiene el valor de una llamada local, ofreciendo a los usuarios acceso a un consejero al teléfono, sin necesidad de una cita previa o dar alguna cuota para que se le atienda.

Debido a lo anterior, a pesar de que el servicio se creó con la finalidad de atender a personas en crisis, no siempre es así, hay también personas que hablan por el solo hecho de saciar su curiosidad sobre lo que es el servicio, pedir información para alguien más que no sean ellos mismos o en el peor de los casos utilizan el servicio con la finalidad de burlarse de los consejeros de SAPTEL, o de querer utilizarlo como hot-line. Con estos últimos sucede ser difícil establecer un contacto; sin embargo, en determinado momento pueden dar acceso al consejero para

ayudarlos, dejando de utilizar el teléfono como una forma de burla hacia los demás.

Aunado a lo anterior, el apoyo psicológico telefónico fue creado en los Estados Unidos con el objetivo de atender a personas suicidas en potencia, puesto que al intercambiar diálogos entre el terapeuta y el usuario, se propiciaba el equilibrio emocional y se apoyaba para la creación de alternativas inmediatas para la solución de problemas. Sin embargo, en México, SAPTEL es creada también para dar apoyo a personas que presentaban crisis psicológicas, pero con diferentes causas, como era la pérdida de un ser querido, de sus pertenencias o de sus viviendas, el miedo hacia un nuevo terremoto, el shock que fue provocado por la vivencia misma del evento, entre otras; debido al desastre natural ocurrido en la Ciudad de México en 1985.

Posteriormente al reabrirse el servicio, la atención no solamente va dirigida a personas suicidas en potencia, sino que conforme iba aumentando la demanda del servicio, también se fueron agregando problemas de pareja, educación sexual, ansiedad, baja autoestima, manejo de agresión, adicciones, problemas escolares, etc.

En cuanto al período de 1997-1998, es importante resaltar la clasificación establecida como los motivos de consulta, siendo más definidos que en un principio, permitiendo a los consejeros realizar un trabajo más específico e intenso; ya que se establecen la falta de habilidades asertivas, depresión, manejo de su sexualidad, ansiedad, problemas laborales, adicciones, manejo de agresión y problemas escolares; sin embargo, la interpretación de los consejeros ante una problemática puede ser variable de acuerdo a su criterio y formación y por lo tanto, es necesario tomarse en consideración que son ítems muy generales y que al mismo tiempo pudieron presentarse solos o en conjunto, lo que en la investigación estadística no se toma en consideración.

Cabe destacar que todos los demás resultados fueron registrados en base al entrenamiento obtenido en los seminarios de capacitación previa y permanente y al criterio propio de los consejeros, puesto que, como ya se ha mencionado antes, la formación previa en la escuela permitía una diversidad amplia de teorías y técnicas psicoterapéuticas.

En lo que respecta al fenómeno suicida, de acuerdo con los problemas asociados con la depresión, los cuales se encontraron en el segundo lugar como motivo de consulta, en un 21% de las llamadas recibidas, debajo de un 55% dirigido a la falta de habilidades asertivas; esto se explica porque la cultura que predomina en nuestra sociedad, la temática de la muerte es considerada tabú, no siendo aceptado del todo por los mexicanos, disfrazándola de acuerdo a tradiciones o simplemente negándola.

Lo anterior hace un poco más difícil darse cuenta de que un usuario es un suicida en potencia, puesto que los diálogos suicidas comúnmente van dirigidos al pesimismo o a la incapacidad de solucionar problemas, a la desesperanza y desvalorización de ellos mismos; sin embargo las personas suelen disfrazar estos pensamientos y cogniciones con otras problemáticas.

Aunado a esto, también se toma en cuenta el diagnóstico que haga un terapeuta, puesto que también la carga cultural esta presente y puede ser factible que se evite tomar en cuenta todas las problemáticas que presente el cliente.

En cuanto a la organización que SAPTEL tenía en el período de tiempo antes mencionado del cual se deriva este trabajo, destaca la carencia de recursos para dar abasto a la gran demanda de llamadas, impidiendo atenderlas a todas, debido a que solo se contaba con cinco extensiones telefónicas, además de algunas guardias solamente tenían a dos o tres consejeros.

Sin embargo, cabe aclarar que SAPTEL, a pesar de no contar con recursos materiales, además de tener otras deficiencias que más adelante se mencionarán, las cuales son de tipo administrativo, representa un trabajo de calidad dirigido a la intervención en crisis y a la atención psicológica por teléfono.

Basándose en la actividad práctica realizada en esta institución, se debe tomar en cuenta que la guardia en donde se realizó la práctica fue todos los jueves de 11:00 de la noche a 7:00 de la mañana. Este horario hubo la oportunidad de conocer problemáticas que son poco comunes en otros horarios, ya que atendí llamadas de suicidio, violencia intrafamiliar y sexual, y depresión.

Asimismo la estancia en SAPTEL fue muy satisfactoria, al darme cuenta que no importando en donde se encuentre una persona, a pesar de todos los problemas que en ese momento esté pasando, puede llegar a cambiar su actitud hacia la vida y hacia sus propios problemas. El contar con una voz que le esté brindando un apoyo y una oportunidad de crear alternativas implica una motivación para el desarrollo de la persona.

Aunado a lo anterior, los resultados obtenidos en la práctica como consejera al teléfono, no solamente son de tipo cuantitativos, sino también cualitativos, como es el concluir que a pesar de que SAPTEL es un servicio muy completo para la atención en crisis, no está creado para dar un tratamiento psicológico, debido a que no se cuenta con las condiciones necesarias para este fin. De este modo, el SAPTEL sirve también para concientización y preparación del usuario para participara en un tratamiento psicológico cara a cara.

Finalmente, los resultados anteriormente expuestos, permiten establecer que el servicio sirve para cualquier persona, sin importan el nivel socioeconómico, asimismo}, los casos fueron atendidos para la realización de este trabajo, son apenas un pequeño porcentaje de lo que realiza SAPTEL, sin contar con los casos que no han sido registrados en cada una de las guardias.

5.2. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN LA CARRERA Y LAS ACTIVIDADES REALIZADAS COMO PSICÓLOGO EN SAPTEL

En este apartado se mencionará brevemente el tipo de capacitación brindada por SAPTEL, con el fin de establecer su importancia a la vez de la formación académica y profesional del psicólogo clínico adquirida en la Universidad Autónoma de México, FES Iztacala.

En ésta capacitación influye la orientación teórica que cada aspirante a consejero mantiene, lo que a pesar de haber una exposición de las problemáticas más frecuentes en los usuarios, la cual abarca las características, etiología, metodología, etc., también se relaciona con la intervención en crisis.

Aunado a lo anterior, es necesario aclarar que el enfoque teórico metodológico del presente trabajo es cognitivo conductual, aunque la capacitación obtenida en el seminario de capacitación (mencionado en el capítulo IV), en su mayoría fue de tipo psicoanalista; sin embargo, el trabajo como consejera fue realizado con las diferentes técnicas aprendidas durante la carrera, dando énfasis a la similitud entre la teoría cognitivo conductual y la intervención en crisis por teléfono.

Tanto la asesoría en SAPTEL como los materiales de apoyo otorgados permitieron tener una perspectiva más amplia sobre las problemáticas puesto que a pesar de haber estudiado los temas de violación, violencia intrafamiliar, depresión, suicidio, disfunciones del control de la sexualidad y agresión, también facilitó la consolidación de todos los aspectos teóricos en la práctica.

Durante el proceso de capacitación, conforme se fueron cumpliendo las exposiciones de los temas establecidos en el programa, era necesario investigar

sobre las posturas teóricas, así como complementar las técnicas cognitivas conductuales.

De esta manera, hubo la oportunidad de comparar la forma de trabajo con las distintas posturas psicológicas, así como introducir asesores y expositores que tuvieran conocimientos cognitivos conductuales y que dieran una mayor apertura no solamente a esta orientación sino también a otras más como la sistémica y la humanista.

Por lo anterior, fue necesario documentarse, basándose en información con enfoque cognitivo conductual; esto permitió que ratificara la aceptación de la perspectiva cognitiva conductual, debido a que se puede trabajar por menos tiempo y cumplir objetivos importantes en el comportamiento de cada usuario, sin necesidad de tener que llevar un tratamiento que llevaría más tiempo.

Por otra parte, al participar como consejero en SAPTEL, se obtienen herramientas necesarias no solamente para práctica por teléfono, sino también en la práctica cara a cara, ya que se abordaron los temas de depresión ansiedad, suicidio, violencia intrafamiliar, violencia sexual, psicosis, falta de habilidades asertivas, entre otros. De este modo, las llamadas atendidas por los consejeros en SAPTEL, son realizadas conforme a la metodología establecida, dependiendo de la formación teórica que cada uno de los consejeros mantenía.

No cabe duda que la formación brindada por SAPTEL, es un proceso de desarrollo profesional en el aspecto ético, académico y humano, puesto que consolida desde el primer momento, la actitud de escuchar y apoyar a la persona que solicite el servicio, así como el trabajar bajo condiciones limitantes, como es el medio por el cual se comunican los usuarios.

Asimismo SAPTEL, mantiene una línea de trabajo terapéutica, basándose en la intervención en crisis y en la atención a usuarios por teléfono, por tal motivo, la

formación de un consejero es complementaria para un psicólogo clínico, y en muchos de los casos resulta una actualización tanto de la teoría como de la práctica, puesto que a pesar de tener la oportunidad en el plan de estudios de realizar la práctica clínica, la experiencia en el apoyo psicológico por teléfono desarrolla ampliamente la manera de escuchar, analizar y establecer un equilibrio en la persona que presente una crisis.

Aunado a lo anterior, cabe destacar que durante el proceso de actividades en SAPTEL, hubo una supervisión, tanto del equipo de trabajo de la institución, como de los asesores elegidos por cada uno de los consejeros, de esta manera, cualquier dificultad que se presentara con alguno de los casos al teléfono, el consejero estaría apoyado para la resolución de la misma.

De esta manera se concluye que la formación obtenida en la universidad es completa, sin embargo, las limitantes de tiempo en los semestres, así como lo riguroso del plan de estudios de la carrera, crea la necesidad de buscar opciones complementarias para la formación como psicólogo clínico; por lo tanto, SAPTEL es una buena opción, debido a la efectividad y el compromiso con la sociedad, así como el aporte teórico metodológico y la práctica.

5.3 PROPUESTA PARA MEJORAR EL SISTEMA DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO (SAPTEL)

No cabe duda que el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) cubre satisfactoriamente su objetivo principal: dar apoyo psicológico por teléfono en situaciones de crisis; sin embargo, destaca también que SAPTEL es un servicio gratuito al público y que la mayoría del personal está como voluntario, por lo que trae una serie de deficiencias tanto con el personal operativo como con el área de trabajo.

En primer lugar, en el área operativa, se presenta tanto la escasez de personal que apoya el trabajo de supervisión como la corrección de cédulas, aunado a que la institución no cuenta con la tecnología básica para la cuantificación y estadística de los datos arrojados por las cédulas.

Lo anterior ha tenido como resultado tener una carente información estadística, impidiendo realizarse una evaluación objetiva sobre SAPTEL, así como la creación de nuevas medidas para hacer más eficiente el servicio.

Por otra parte, SAPTEL no cuenta con la infraestructura necesaria para el desenvolvimiento óptimo de los consejeros, debido a que en el lugar donde se encuentran los consejeros al teléfono hay mobiliario muy viejo e incómodo, el consejero al sentarse, mantiene posturas incómodas, que con el paso del tiempo, pueden crear tensión, impidiendo que la atención se dirija en su totalidad a la llamada en curso.

Asimismo, el número de unidades telefónicas no son suficientes para la afluencia de llamadas que recibe SAPTEL, provocando que en ocasiones los usuarios deserten a la decisión de establecer contacto con un profesional.

Respecto a lo anterior a manera de propuesta, con el fin de que SAPTEL tenga una mejor organización, propongo introducir en el área operativa, pasantes con perfiles administrativos y contables, lo cual permita desarrollar y perfeccionar el área administrativa conjuntamente con el trabajo que se realiza en los teléfonos.

Por lo anterior creo pertinente proponer un reajuste que modernice tanto las líneas telefónicas, puesto que SAPTEL no se da abasto con todas las llamadas que hay; así como la renovación del lugar de trabajo, comenzando por los asientos, un espacio más amplio y cómodo.

En lo que respecta al área operativa es pertinente mencionar la necesidad de contar con personal de planta, que tengan la tarea de apoyar a los consejeros voluntarios o de servicio social en los casos que se les dificulten, así como establecer una línea de trabajo que permita un llenado e interpretación óptima de la cédula de registro.

Por otra parte, la institución debe renovar su directorio de instituciones para canalización, mediante un proceso de selección en el que se culmine con acuerdos de apoyo entre SAPTEL y los organismos elegidos, ya que debido a que día a día la demanda del servicio aumenta, tanto en número como en regiones de todo el país.

5.4. CONCLUSIONES GENERALES

Para comenzar este apartado, es necesario mencionar que una de las conclusiones de este trabajo es que el psicólogo clínico tiene un campo muy extenso de trabajo, como es en la industria, la rehabilitación, el área educativa, en la práctica clínica, etc. Y con todo tipo de población: niños, jóvenes, adultos y ancianos.

El trabajo del psicólogo se ve relacionado al trabajo asistencial y/o como un área que sirve de apoyo a las demás, por ejemplo con la psiquiatría, la administración, la pedagogía, por mencionar algunas. El psicólogo mantiene una formación profesional que enmarca la intervención multidisciplinaria. Por lo tanto, la psicología debe partir desde una posición que reafirme el valor del trabajo terapéutico, sin dejar de darle la debida importancia a otras áreas, puesto que de este modo se puede lograr un resultado más completo y de mejor calidad.

Sin embargo, cabe destacar que el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, solamente propone el perfil profesional del psicólogo, debido a que las necesidades de este programa requieren el perfil de un psicólogo clínico, puesto que se requiere de una formación para la intervención en crisis por teléfono; sin embargo, debe ser necesaria una asesoría de tipo administrativo y organizativo que pueda orientar tanto en las estadísticas, como en la organización operativa del programa.

Por otra parte, es fundamental tener en cuenta que a pesar de la educación y formación recibida, los psicólogos deben abstenerse de trabajar en problemáticas en las cuales no puedan dar una intervención terapéutica objetiva, debido a que la ideología y prejuicios de cada uno (de los terapeutas), puede impedir hacer un trabajo objetivo y de calidad.

Asimismo, SAPTEL es un servicio totalmente anónimo y seguro, por lo tanto, los usuarios se atreven a exponer la situación que están pasando y lo que les causa conflicto resolver, sin embargo, cualquier consejo al teléfono, no debe tratar de solucionar alguna problemática que ellos no puedan manejar o que les cause algún conflicto, ocasionando que el usuario no puede solucionar efectivamente su problema.

Cabe mencionarse que en el seminario de capacitación que SAPTEL ofrece, los expositores que participan recalcan que una valoración prejuiciosa y poco objetiva que se le de a alguna problemática de un caso por teléfono, será poco productiva puesto que se debe tomar en cuenta que como terapeutas se tienen limitantes y que por lo tanto se deben desarrollar alternativas con el aprendizaje constante.

De esta manera, en el proceso terapéutico de la intervención en crisis, tanto en el primer grado como en el segundo, no debe ponerse de manifiesto en ningún momento la opinión que tengamos hacia el problema o la persona, sino fomentar

que el cliente desarrolle sus propias alternativas para solucionar su problemática que le ocasiona la crisis.

Es importante señalar que la intervención en crisis es un procedimiento de ayuda dirigida a auxiliar a una persona que se encuentre en una situación angustiosa, derivada de la imposibilidad de resolver o enfrentar un problema; para el caso en particular de la intervención en crisis por teléfono, un consejero tiene que ser directivo y activo, sin dejar de transmitir confianza y cordialidad para que el usuario pueda expresar su angustia y/o su cólera.

Complementando lo anterior, es indispensable tener presente que no solamente los psicólogos clínicos pueden atender una urgencia psicológica sino también algún familiar, un amigo o inclusive una persona que haya pasado por el lugar cuando ocurrieron los hechos. Sin embargo la falta de entrenamiento para el enfrentamiento a este tipo de situaciones conduciría a no resolver la problemática que condujo a la crisis, e inclusive podría acentuarse al mismo tiempo el problema.

La finalidad de este comentario es que como profesionales tenemos la obligación de estar preparados para asistir una crisis, sin embargo el apoyo que se le dé a la persona y tal vez el procedimiento utilizado pueda ser diferente pero eficaz.

Por otra parte, enfocando la atención al Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono, puedo concluir que es un programa que cumple su objetivo principal: dar apoyo psicológico a los usuarios que se encuentran en alguna crisis psicológica a cualquier hora del día, los 365 días del año.

Además, las etapas que establece este programa tiene como resultado una preparación completa y constante para los que ingresan a SAPTEL. Primeramente la capacitación previa que se brinda a los pasantes de psicología, que consiste en la revisión de temas vinculados al apoyo psicológico en crisis por teléfono, dando

como resultado que el futuro consejero tenga bases sólidas para una intervención terapéutica,

Posteriormente, y como parte del seminario de capacitación se introduce a los capacitados a dinámicas que cuenten con una característica: intervenir terapéuticamente ante una crisis actuada, pero sin poder tener un control visual.

Esta etapa es muy importante para que los consejeros obtengan seguridad y confianza en si mismos, puesto que al estar en contacto con los teléfonos, resulta mucho más fácil establecer contacto auditivo con las personas, sin hacer notar la voz cortada, titubear o bajar el volumen de la misma.

Debido a que la capacitación es constante a lo largo de la práctica, tanto en la asesoría de grupo grande como en la que de grupo pequeño, la experiencia en SAPTEL resulta enriquecida no solamente en la capacitación como consejero al teléfono, sino también como terapeuta en otros campos de intervención. La práctica terapéutica también resulta enriquecedora tanto en el ámbito profesional como en el humano.

Profesionalmente se desarrollan habilidades tales como: saber escuchar a las personas que se atienden, hablar con seguridad sin tartamudear, sin fingir la voz, con firmeza y volumen adecuado; analizar y crear alternativas con rapidez; ser asertivo; poder controlar la ansiedad en la intervención de un caso; entre otras.

SAPTEL me enseñó a ser más atenta con las personas, a darles la importancia que se merecen, a tener una actitud neutral ante problemáticas que juzgaba como inaceptables, a ser más intuitiva, y algo muy importante, a pesar de todos los problemas que yo pueda tener no son suficientes para dejar de ofrecer apoyo y atención a otras personas.

Por otro lado, puedo mencionar que hay muchas problemáticas que se pueden atender a través del teléfono, pero una de las que causan más dificultad es algún caso de ideación suicida o suicidio en potencia.

El suicidio es un tema que en SAPTEL se aborda a conciencia en el entrenamiento previo, sin embargo muchos consejeros desvían su atención hacia otro rasgo de la misma problemática, clasificándolo entre alguna otra categoría, como por ejemplo en la falta de habilidades asertivas.

Pude darme cuenta a lo largo de la realización de este trabajo que el suicidio como tal, es un problema que existe en nuestra sociedad pero que no es aceptado debido a nuestro ambiente, cultura y principios morales; y que de no haber un tratamiento adecuado para el proceso depresivo que tiene cada individuo que se reporta en las estadísticas de SAPTEL, puede culminar en suceso irremediable.

Las personas suicidas en potencia tienen un cuadro depresivo muy severo, en donde se puede encontrar una perspectiva negativa hacia ellos mismos, hacia los demás y hacia el futuro, aunado a esto, se presentan distorsiones cognitivas tanto en el aspecto emocional como psicológico; y esquemas y presunciones que son básicamente estructuras cognitivas inconscientes y se postulan para subrayar y mantener el sistema de valores y pensamientos automáticos de los individuos.

Por todo lo anterior, el suicidio se considera como una causa de muerte que se puede prevenir, mediante el proceso de diagnóstico, el cual permitirá establecer una línea de trabajo que tenga por objetivo encontrar una razón para vivir y una disminución de las perspectivas pesimistas hacia si mismos, hacia el mundo y hacia su futuro.

En el caso de la intervención terapéutica por teléfono, debe ser directiva y de corta duración, en la cual la meta sea devolver el equilibrio emocional de la persona y eliminar o posponer el pensamiento suicida. Cabe aclarar que se deben tomar en

cuenta si la persona ha intentado suicidarse en otras ocasiones, puesto que se debe centrar la intervención en identificar las estrategias desadaptativas o deficientes y enseñar al usuario técnicas más adaptativas para el enfrentamiento a sus problemas y con su medio ambiente. Todo esto con la finalidad de que el usuario recupere confianza hacia si mismo y elimine la alternativa del suicidio para siempre.

BIBLIOGRAFÍA

Beck, A. (1985). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bellak, L. Y Siegel, H. (1992) *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: El Manual Moderno.

Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1982) *Introducción a la Psiquiatría clínica*. México: Mac Graw-Hill.

Caballo, V. (1991) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (comp.). España: Siglo XXI.

Cano de Ocampo, G. (1993) *Ensayo sobre el suicidio en Tabasco*. Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Castellón, C.; Verdugo, S. y Lolas, F. (1998) Desesperanza, Ideación suicida y depresión. *Revista de Terapia Psicológica*. Año VII, no. 10, pp. 33-36.

Chartier, G. (1988) *Introduction to applied psychology USA* Scott, Foresman and Company. (comp) Arizona: Arizona State University.

Dshazer, S. (1996) *Claves en psicoterapia*. Barcelona: Editorial Gedisa

Durkheim, E. (1974) *El suicidio*. México: UNAM.

Freemann, A. Y Reinecke, M. A. (1995) *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Gaitán, A. (1997) SAPTEL. *Guía de capacitación y manual de procedimientos Del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono*. México: Universidad Iberoamericana.

Gómez del Campo, J. (1992) *Intervención en las crisis: Manual para el entrena-*

miento. México: Universidad Iberoamericana.

Goldman, B. (1994) *Psiquiatría general*. México: Manual Moderno.

Harrsh, C. (1983) *El psicólogo ¿Qué hace?*. México: Alambra Mexicana.

Harrison, R.; Beck, A y Buceta, J. (1984) Terapia cognitiva de la depresión: una introducción al desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck. *Revista de Psicología General y aplicada*. Vol. 39, pp. 623-645.

Kaplan, H. (1987) *Compendio de Psiquiatría*. España: Salvat.

Kazdin, A. E. (1996) *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.

Kendall, P. (1988) *Psicología clínica*. Perspectivas científicas y profesionales. Versión española. Limusa México: Manual Moderno.

Kolb, C. Y Brodie, K. (1988) *Psiquiatría clínica*. México: Interamericana.

Macropedia (1995) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, Vol. I, II, III.

Macias, C. (1997) *Seminario de Capacitación de SAPTEL*. México: SAPTEL

Perrés, J. (1997) *Intervención en crisis* Ponencia Magistral realizada en el Congreso de Intervención en crisis. México: Federación Mundial para la Salud Mental.

Pichot, P. (1995) *DSM-IV Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- Rosowsky, E. (1993) Suicidal Behavior in the nursing home and a postsuicide intervention. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. 43, no. 1, pp. 127- 142
- Sarro, B. Y De la Cruz, C. (1991) *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- Small, L. (1978) *Psicoterapias Breves*. Barcelona: Granica.
- Sánchez, H.; Sanz, B. Y Apellániz, G. (1997) Revisión bibliográfica del fenómeno suicida. Tipologías. *Psiquis*. Vol. 10, no. 3, pp 405-416.
- Siegel, K. (1996) Psychosocial aspects of rational suicide. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. 40, no. 3, pp 405-416.
- Slaikeu, K. (1996) *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Sullivan, L. Y Everstine (1995). *Personas en crisis*. México: Pax.
- Zeig, J.K. y Guilligan, S.G. (1990) *Terapia Breve. Mitos, Métodos y metáforas*. (comp.) Buenos Aires: Amorroutu Editores.

ANEXOS

Anexo 1

Cédula No. _____

HISTORIA CLINICA DE USUARIOS – CEDULA DE REGISTRO

Cuadro – Resumen (incisos 2 al 9)

Número Consec.	Fecha	Consejero y turno	Hora en que inicia	Hora en que finaliza	Duración	Referencia	
						Motivo	Lugar

OTRO(S) TRATAMIENTO (S) ACTUAL (ES) (Incisos 10 al 15)

10.- Otro actual: _____ (SI) (NO)	11.- Tipo _____
12.- Desde Cuando: _____	13.- Motivo de la consulta: _____
14.- Razón para no buscarlo: _____	15.- Medicación: _____

OTRO(S) TRATAMIENTO (S) ACTUAL (ES) (Incisos 16 al 22)

16.- Otro anterior: _____ (SI) (NO)	17.- Tipo _____
18.- Hace Cuanto: _____	19.- Cuanto duro: _____
20.- Motivo de la consulta: _____	21.- Razón para no buscarlo: _____
22.- Medicación: _____	

FICHA DE IDENTIFICACION (Incisos 23 al 38)

23.- Sexo: _____ Masculino Femenino	24.- Edad: _____
25.- Estado Civil: _____	26.- Escolaridad: _____
27.- Ocupación: _____	28.- Religión: _____
29.- Lugar de origen: _____	30.- Domicilio Actual: _____
31.- No. De personas con quien vive: _____	32.- Parentesco: _____
33.- Tipo Vivienda: _____	34.- No. De habitaciones: _____
35.- Aportación \$/usuario: _____	36.- Aportación\$/otros: _____
37.- Aportación \$ total: _____	38.- Fuente de referencia: _____

MOTIVO DE CONSULTA (Incisos 39 al 43)

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

COMENTARIOS: _____

EXAMEN MENTAL (Incisos 44 al 55)

- 44.- Espontaneidad del discurso: _____ 45.- Ritmo del discurso: _____
46.- Alteraciones del discurso: _____
47.- Alteraciones en el contenido del pensamiento: _____
48.- Afecto: _____ 49.- Alteraciones en la sensopercepción: _____
50.- Memoria _____ 51.- Orientación: _____
52.- Despersonalización: _____ 53.- Atención y Concentración _____
54.- Inteligencia: _____ 55.- Grado de reconoc. del problema: _____

SINTOMATOLOGIA ESPECÍFICA (Incisos 56 al 66)

- 56.- Síntomas Somáticos: _____ 57.- Fatiga: _____
58.- Atención inadecuada hacia las funciones corporales: _____
59.- Hipnoticoso: _____ 60.- Alteraciones al dormir: _____
61.- Irritabilidad Memoria _____ 62.- Obsesiones y/o compulsiones: _____
63.- Animo depresivo: _____ 64.- Disminución concentración: _____
65.- Ansiedad: _____ 66.- Fobias: _____

ASPECTOS EMOCIONALES DE LA RELACION DE TRABAJO (Incisos 67 al 72)

- 67.- Rapport:: _____ (SI) (NO) 68.- Catarrsis: _____ (SI) (NO)
69.- Abreaccion: _____ (SI) (NO) 70.- Respuesta – reacción: _____
71.- Credibilidad información: _____ 72.- Calificación global de severidad : _____

DIAGNOSTICO DE PRESUCION, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO (Incisos 73 al 79)

- 73.- ICD-10: _____ 74.- ICD-10 agregado: _____
75.- DSM-IV: _____ 76.- DSM-IV agregado: _____
77.- Dx asignado en supervisión: _____
78.- Escuelas terapéuticas utilizadas y/o recomendadas: _____
79.- Pronostico: _____

CIERRE DE LA LLAMADA (Incisos 80 al 85)

- 80.- Opinión voluntaria: _____ 81.- Opinión al preguntar: _____
82.- Próxima llamada: _____ 83.- Reacción: _____
84.- Nombre y teléfono : _____
85.- Resultado de la llamada : _____

DATOS DEL CONSEJERO (Incisos 86 al 101)

- 86.- Opinión voluntaria: _____ 87.- No.: _____
88.- Procedencia:- _____ 89.- Forma o razón: _____
90.- Nombre del supervisor ; _____ 91.- Supervisa este caso: _____ (SI) (NO)

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO

1. ¿Cómo describiría el estado emocional en general del usuario?

2. ¿Ha reincidento alguno de los síntomas presentes durante la situación de crisis? _____ ¿qué síntoma? _____
3. ¿apareció algún síntoma nuevo? Si _____ No _____
4. ¿Ha vuelto a caer en una crisis desde el último contacto con SAPTEL? SI _____
No _____ ¿cuántas veces? _____
5. Considera que el servicio que le brindó SAPTEL fue: _____
&. En caso de requerirlo ¿volvería a llamar a SAPTEL? SI _____ NO _____
¿Por qué? _____

Comentarios: _____

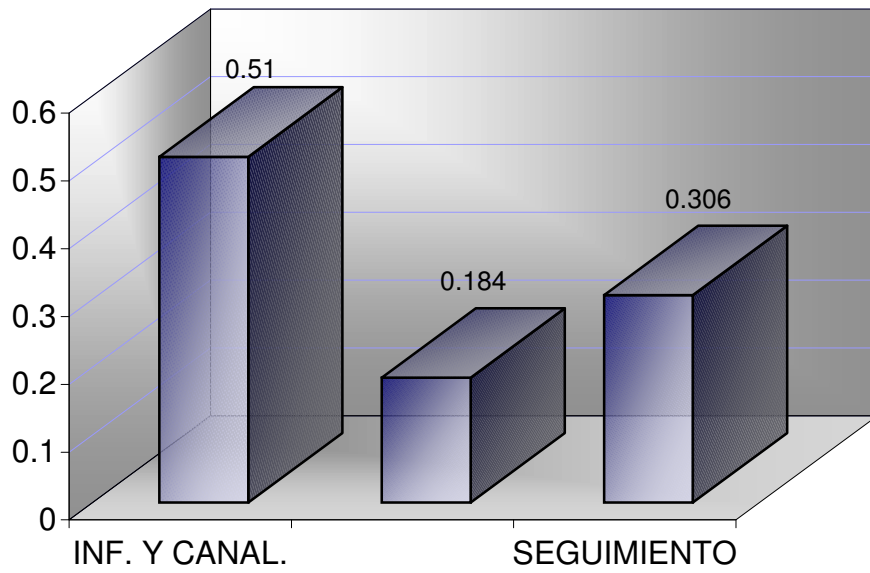


Figura No. 1 Distribución de los llamados en 1997

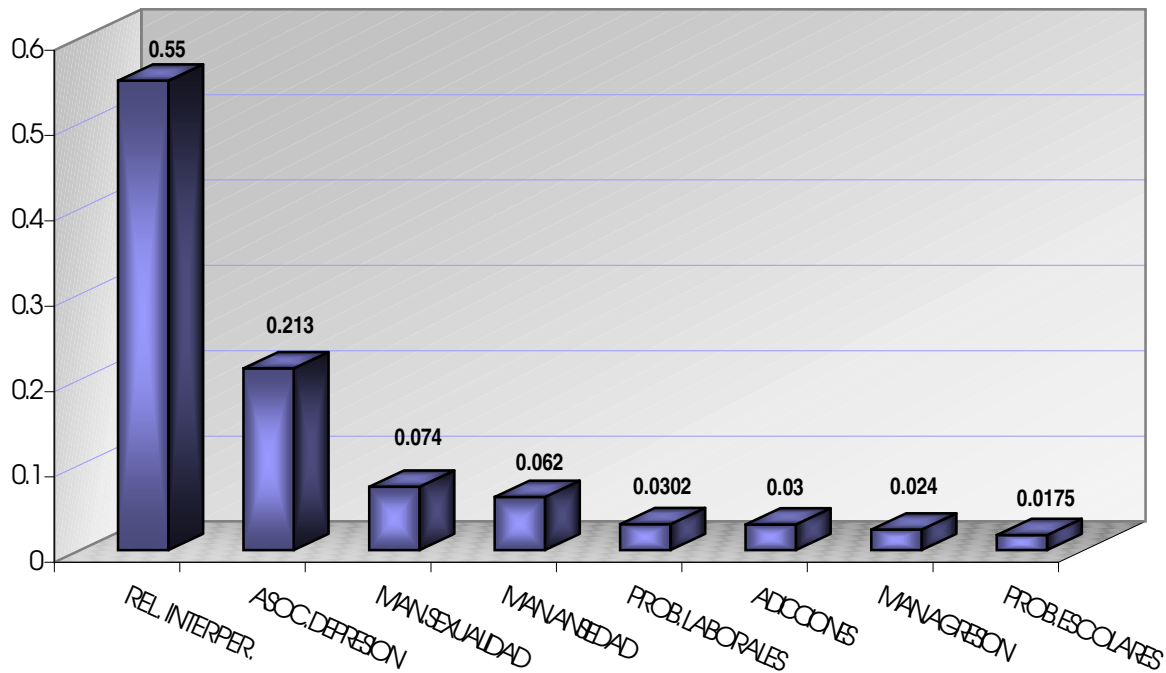


Figura No. 2 Llamadas por motivo de consulta 1997

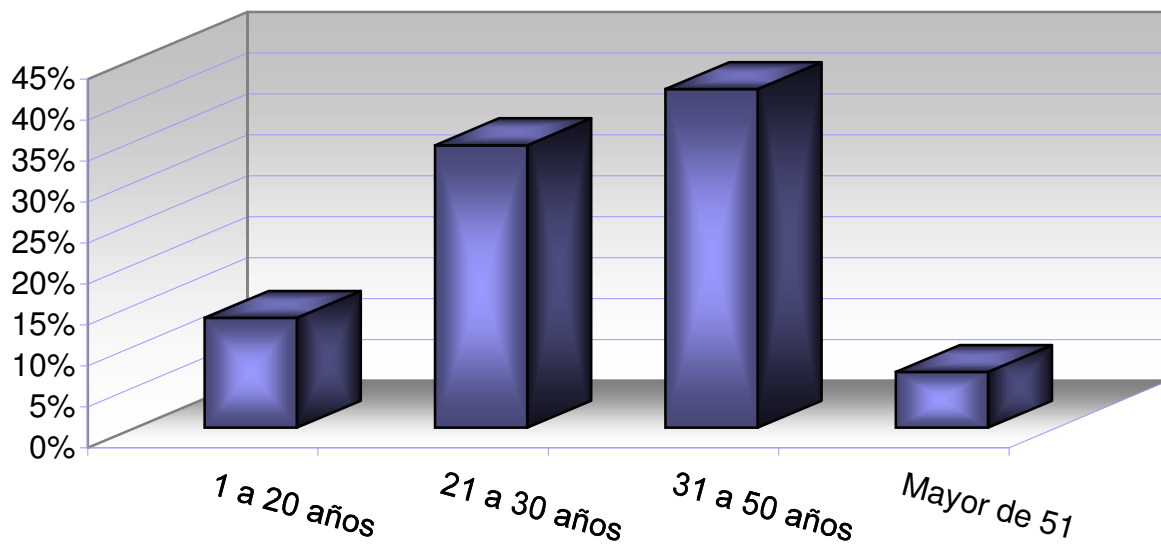


Figura No. 3 Distribución de los llamados por rango de edades 1997

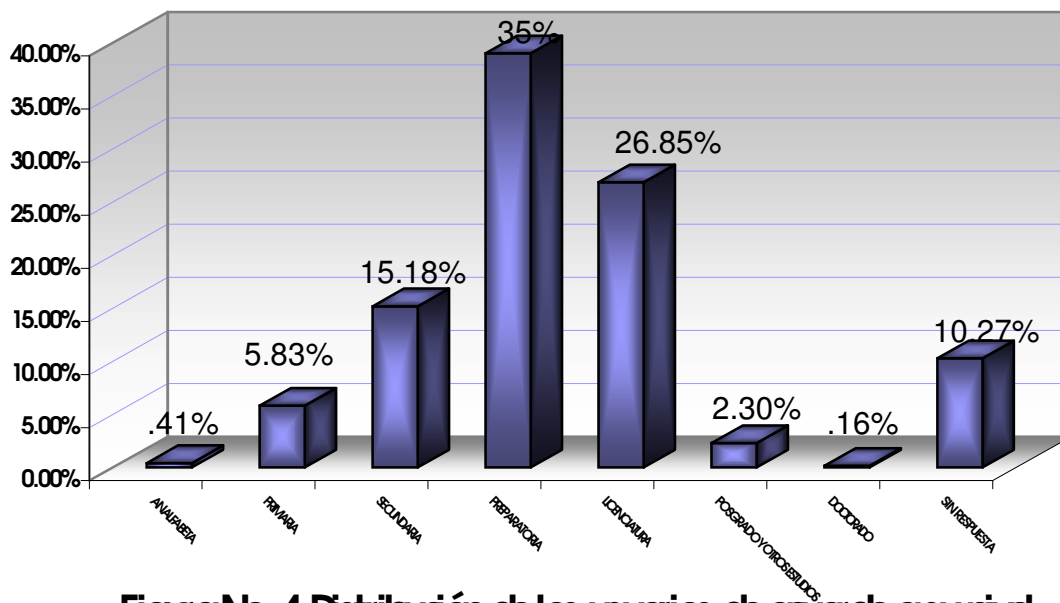


Figura No 4 Distribución de los usuarios de acuerdo a su nivel escolar 1997

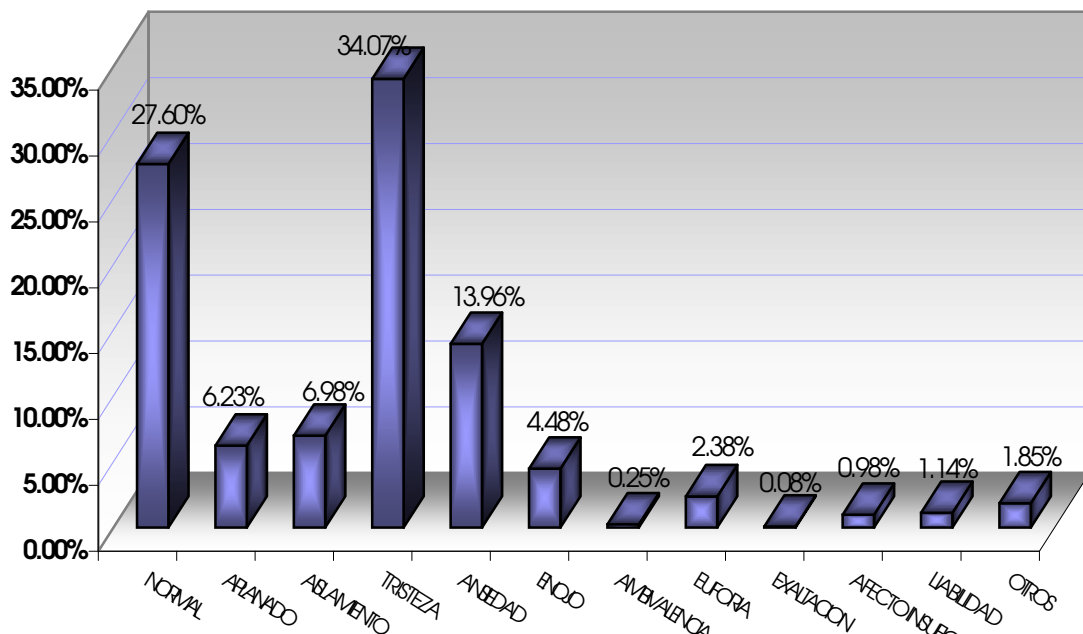


Figura No. 5 Distribución de los llamados de acuerdo a estados de ánimo de los usuarios en 1997

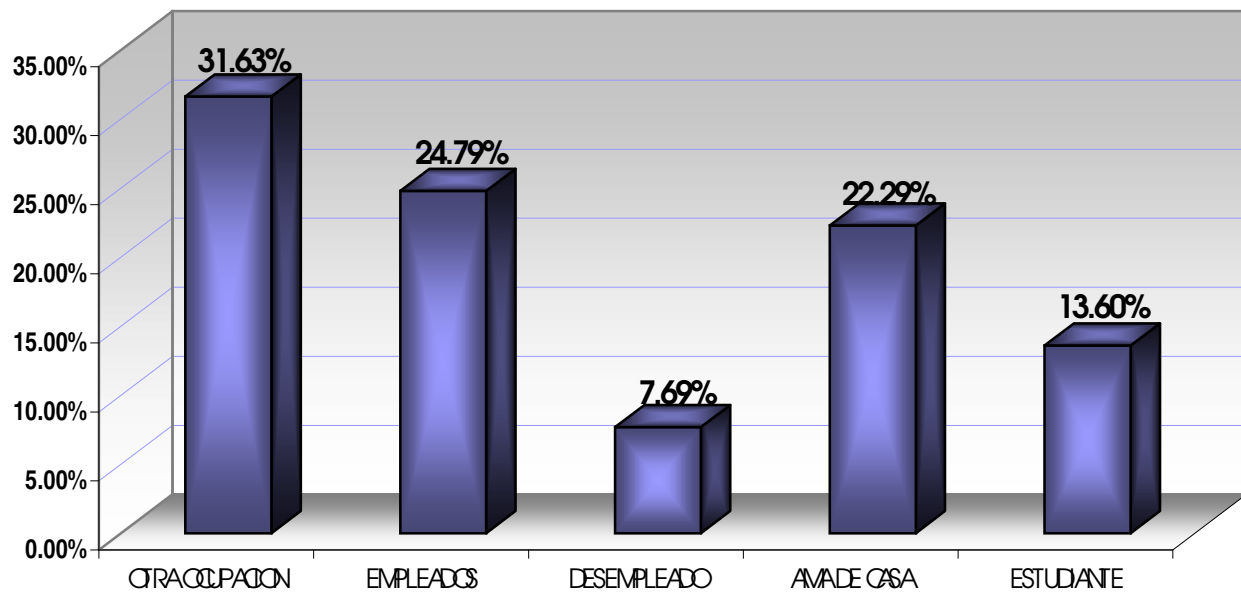


Figura No. 6 Distribución según su ocupación de los usuarios 1997

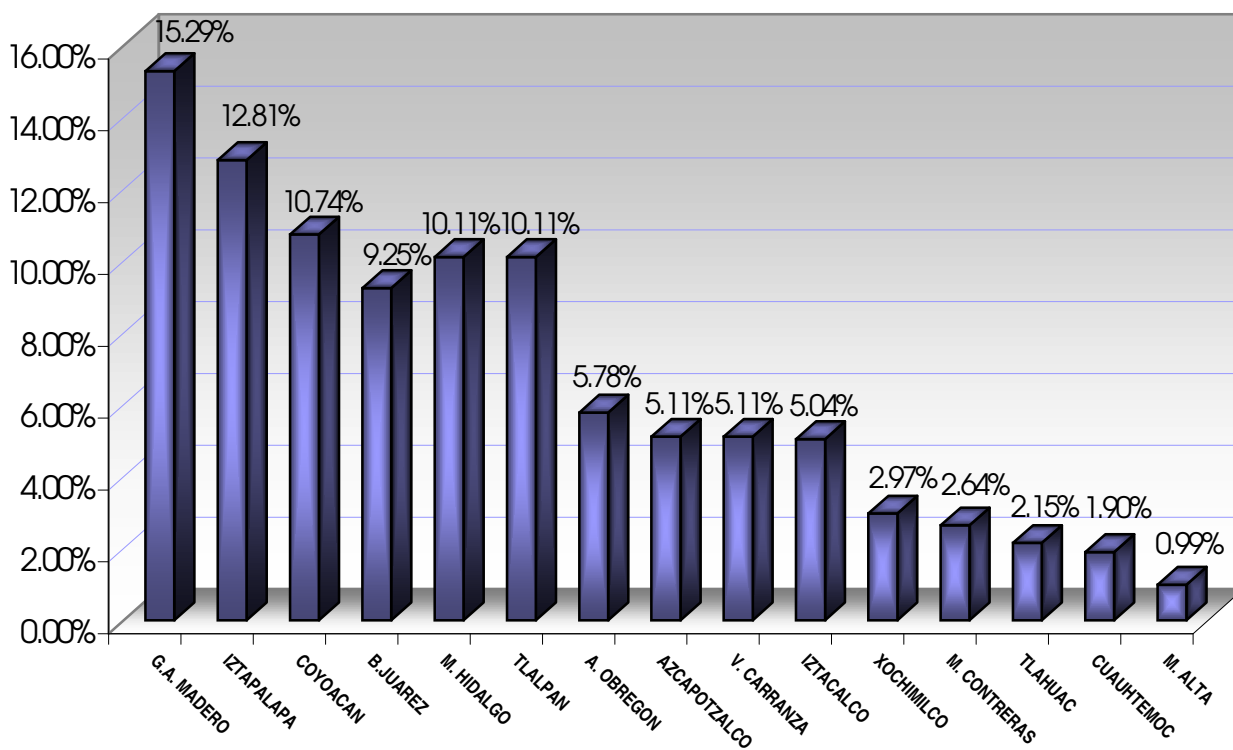


Figura No. 7 Distribución de domicilio de los usuarios 1997

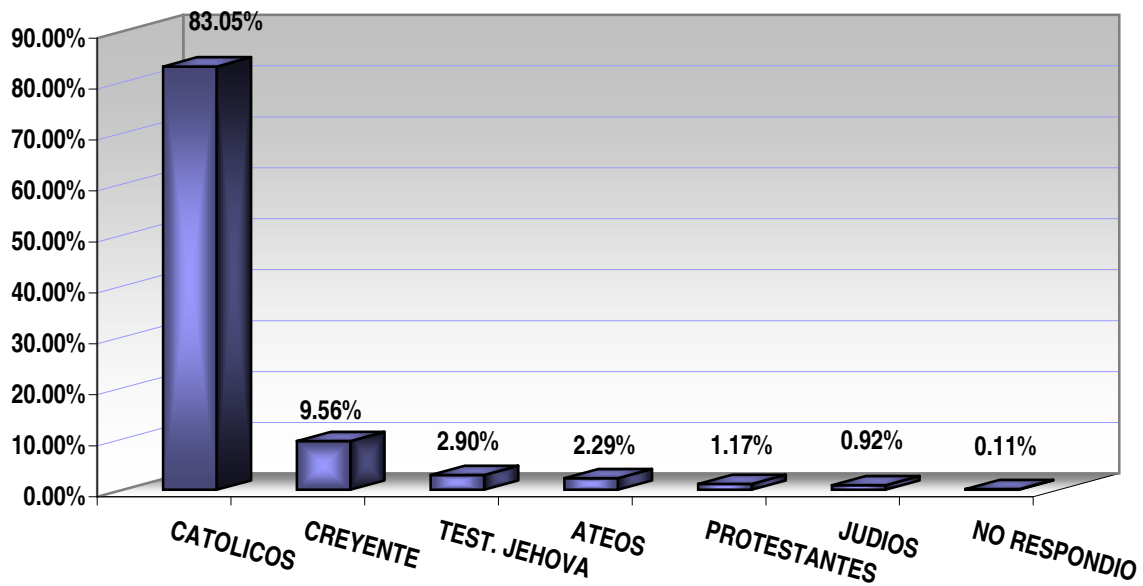


Figura No. 8 Distribución conforme la práctica religiosa de los usuarios 1997

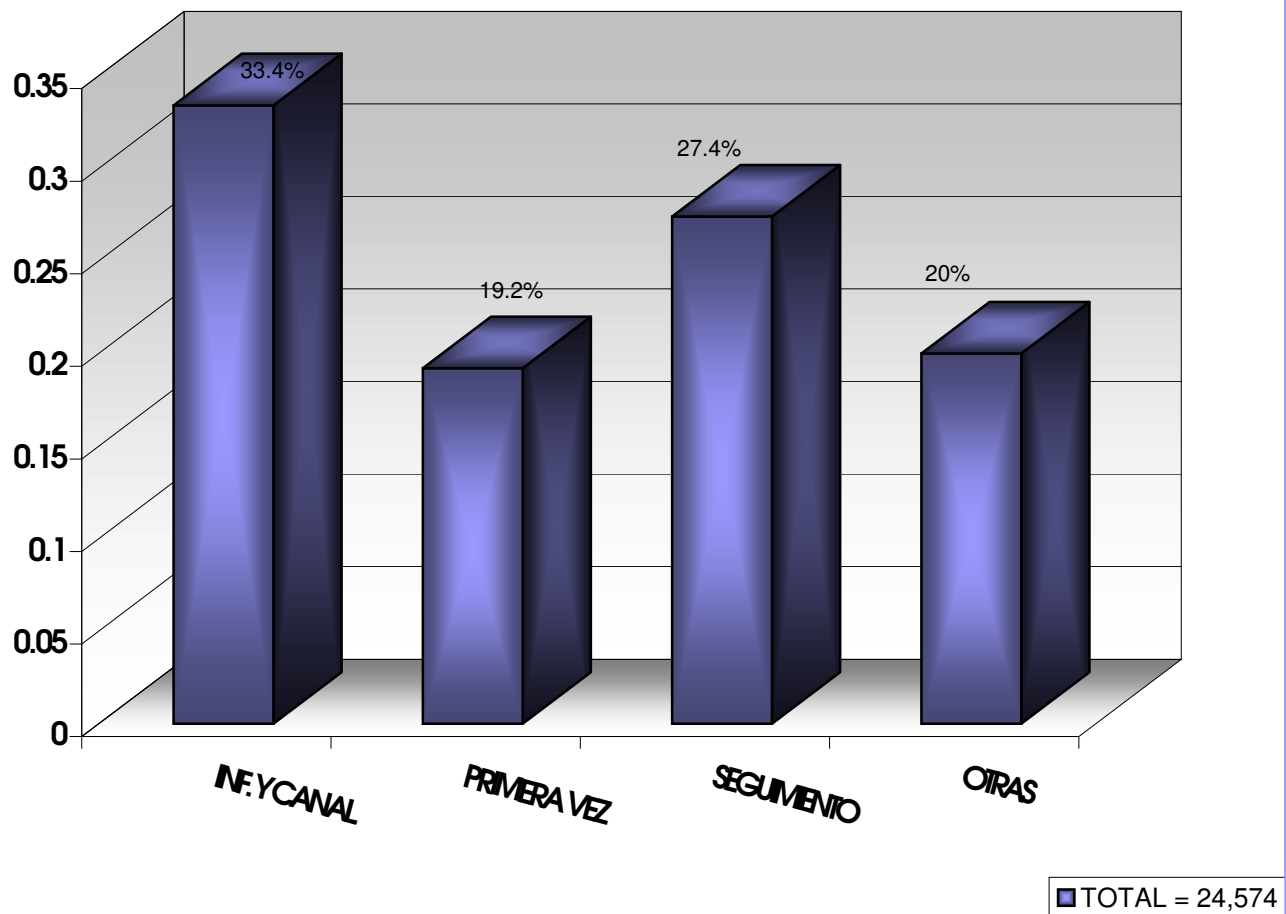


Figura No. 9 Distribución de los trabajos en 1998

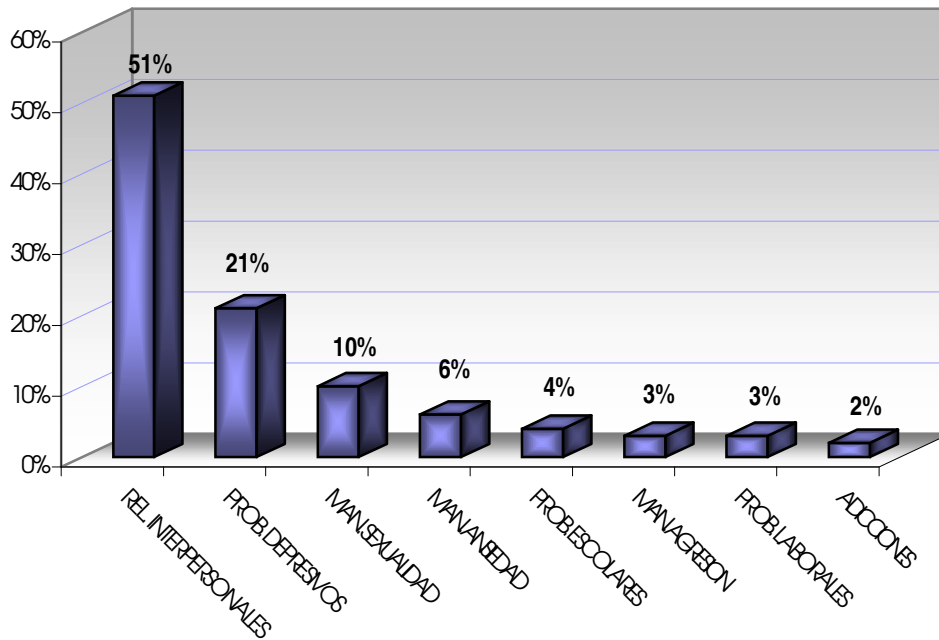


Figura No. 10 Distribución por motivos de consulta 1998

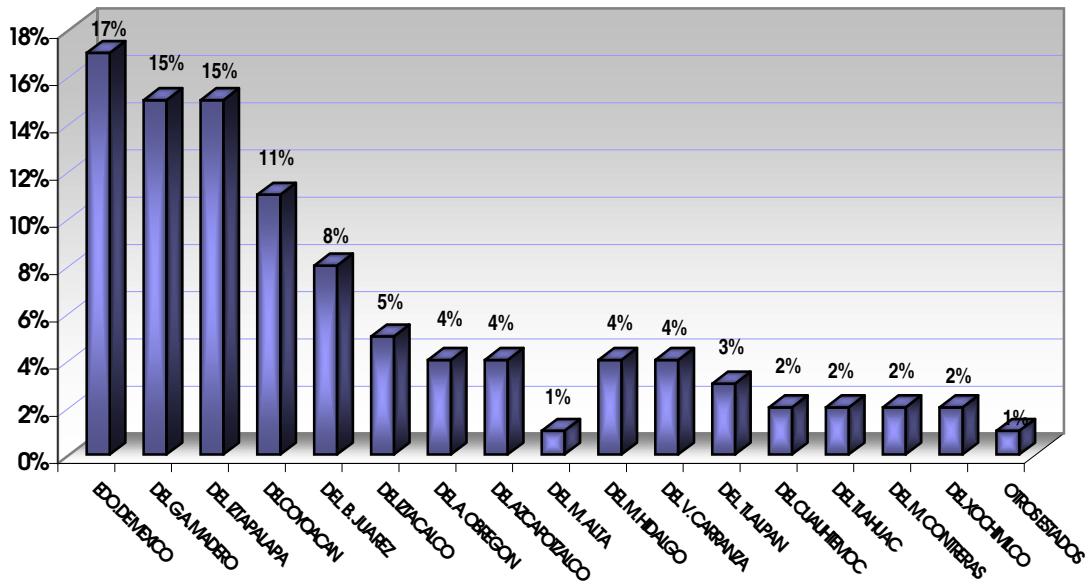


Figura No. 11 Distribución según condado de los usuarios 1998

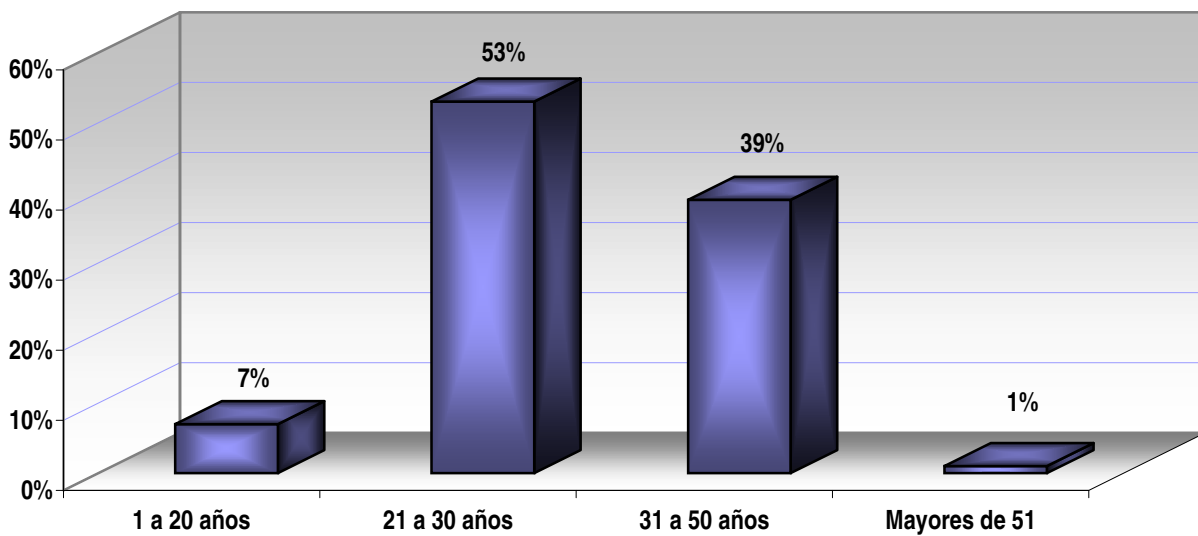


Figura No. 12 Distribución según edad de los usuarios 1998

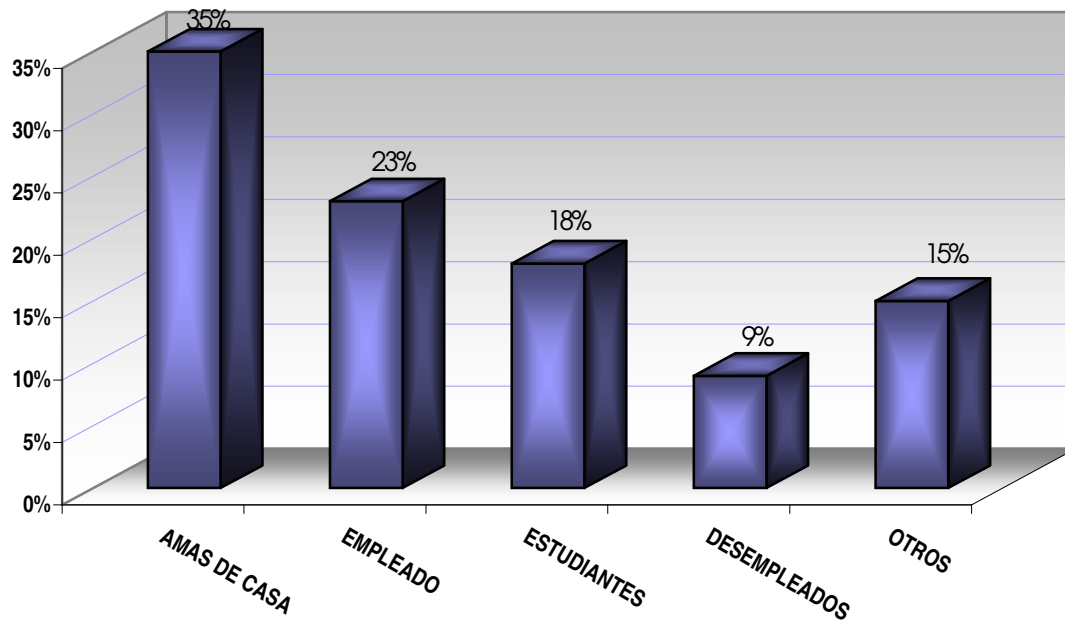


Figura No. 13 Distribución por ocupación de los usuarios 1998

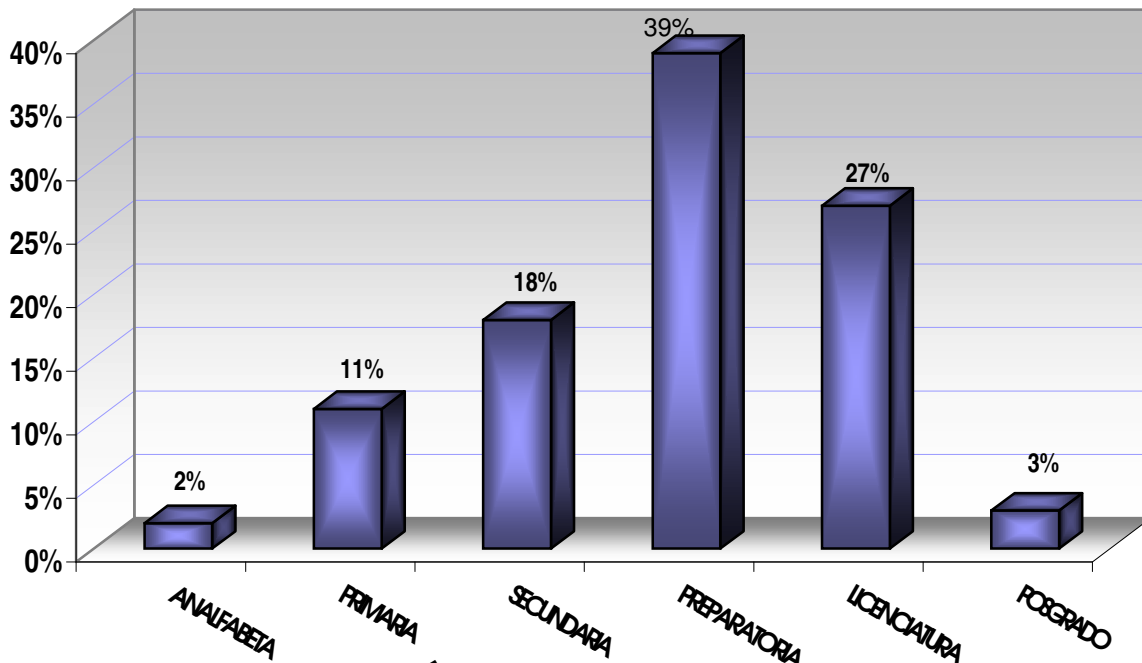


Figura No. 14 Distribución de acuerdo al nivel de estudio de los usuarios 1998

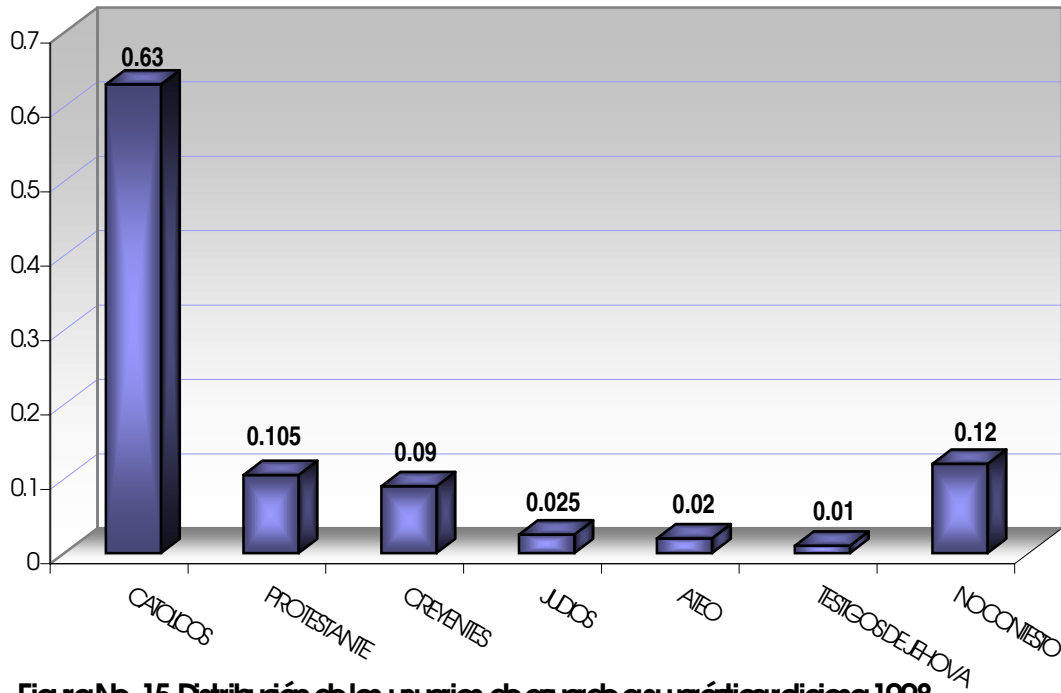


Figura No. 15 Distribución de los usuarios de acuerdo a su práctica religiosa 1998

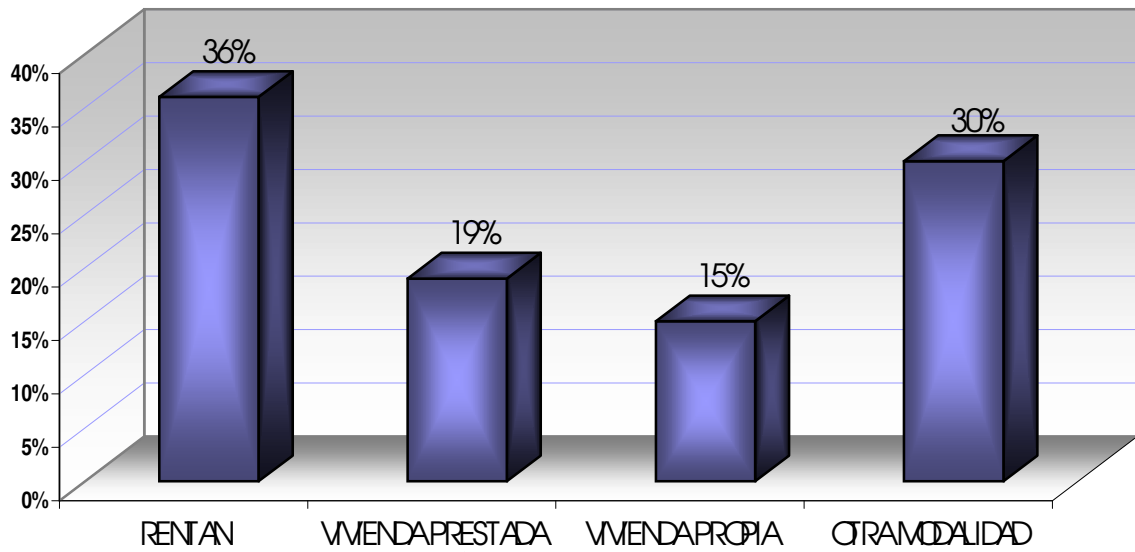


Figura No. 16 Distribución de los usuarios de cuerdas su vivienda 1998

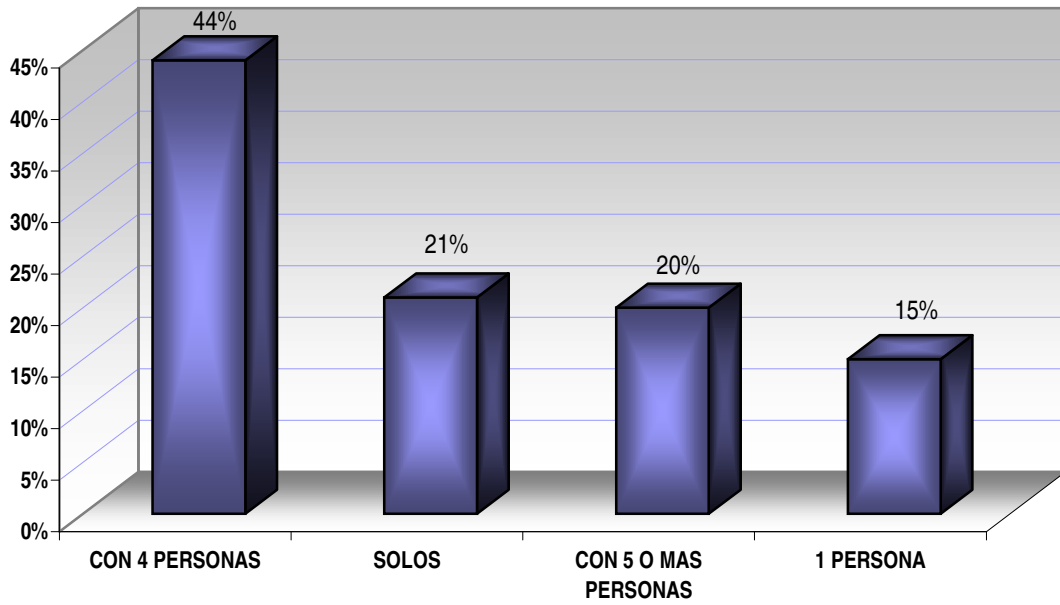


Figura No. 17 Distribución por habitación de los usuarios 1998

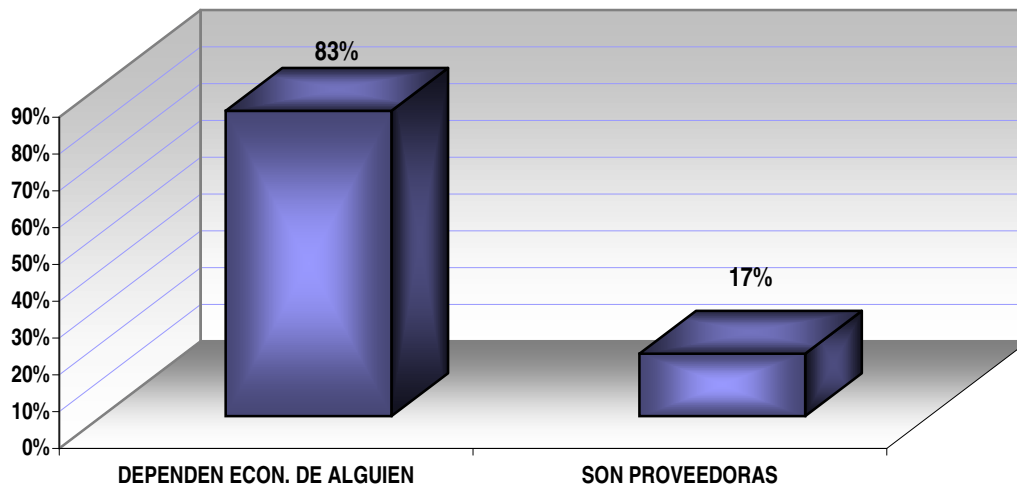


Figura No. 18 Distribución de los usuarios por dependencia económica 1998

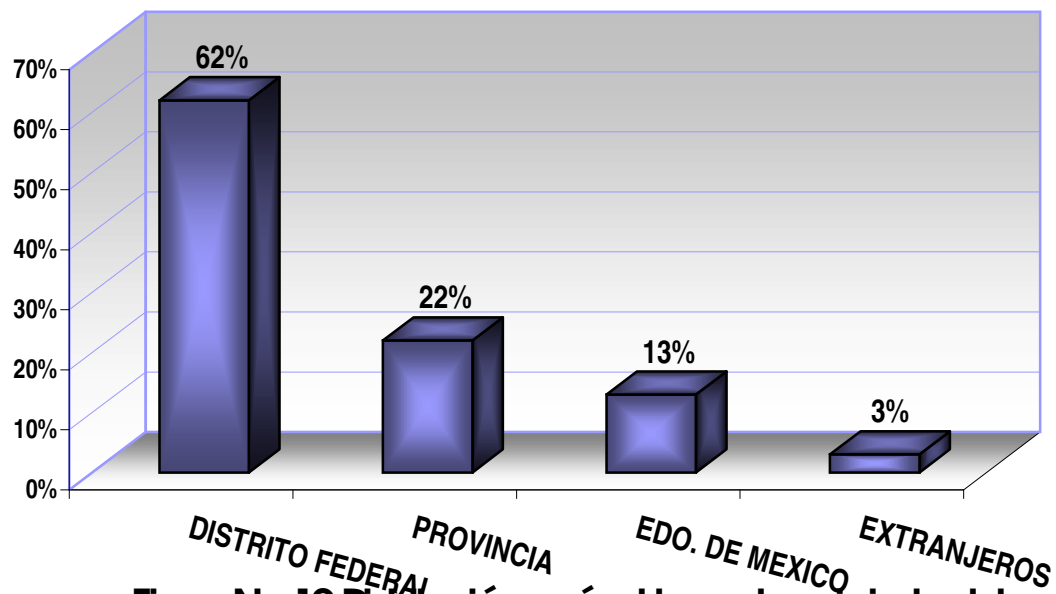


Figura No. 19 Distribución según el lugar de nacimiento de los usuarios 1998

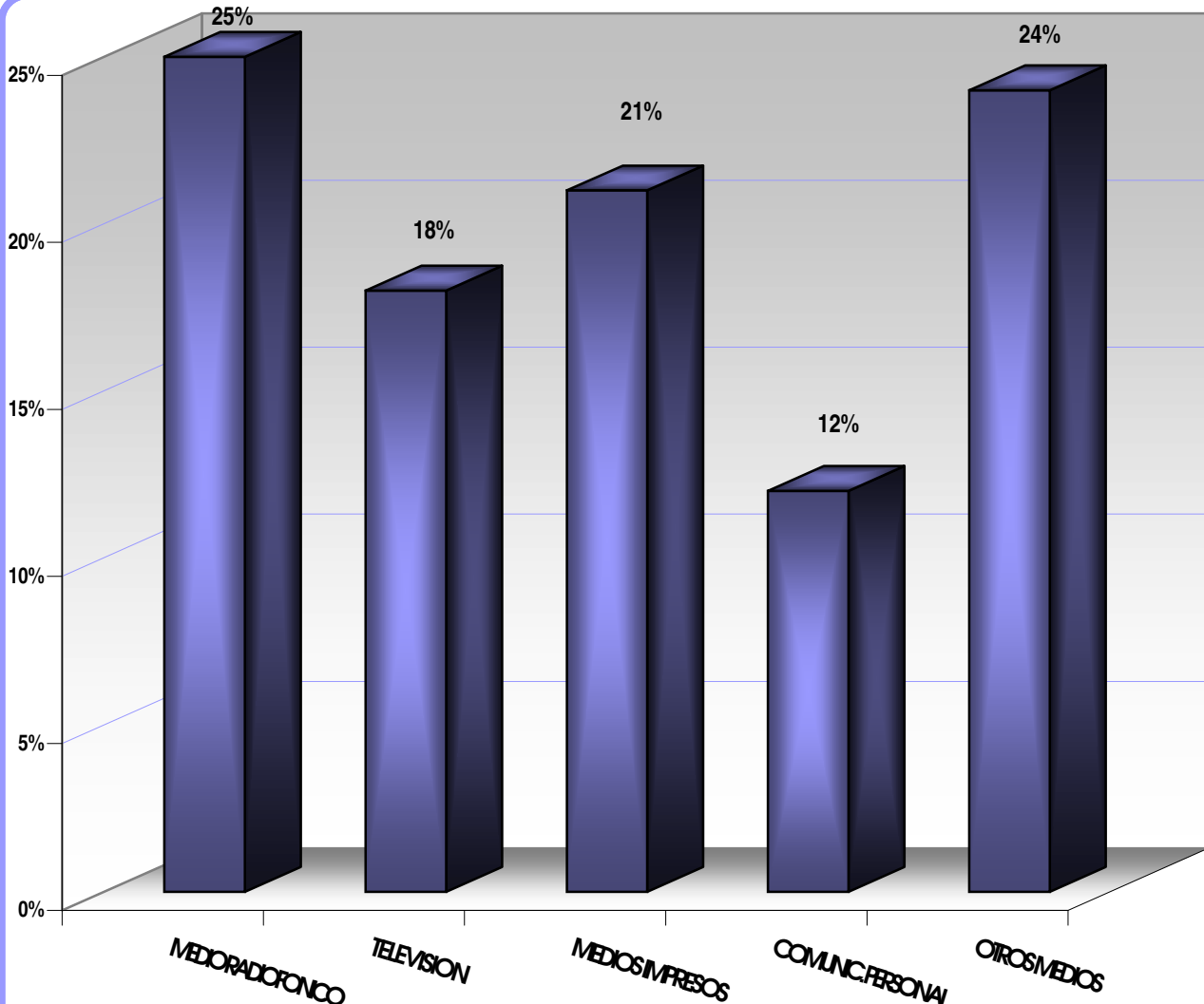


Figura No. 20 Distribución de llamadas de acuerdo a su fuente de referencia 1998

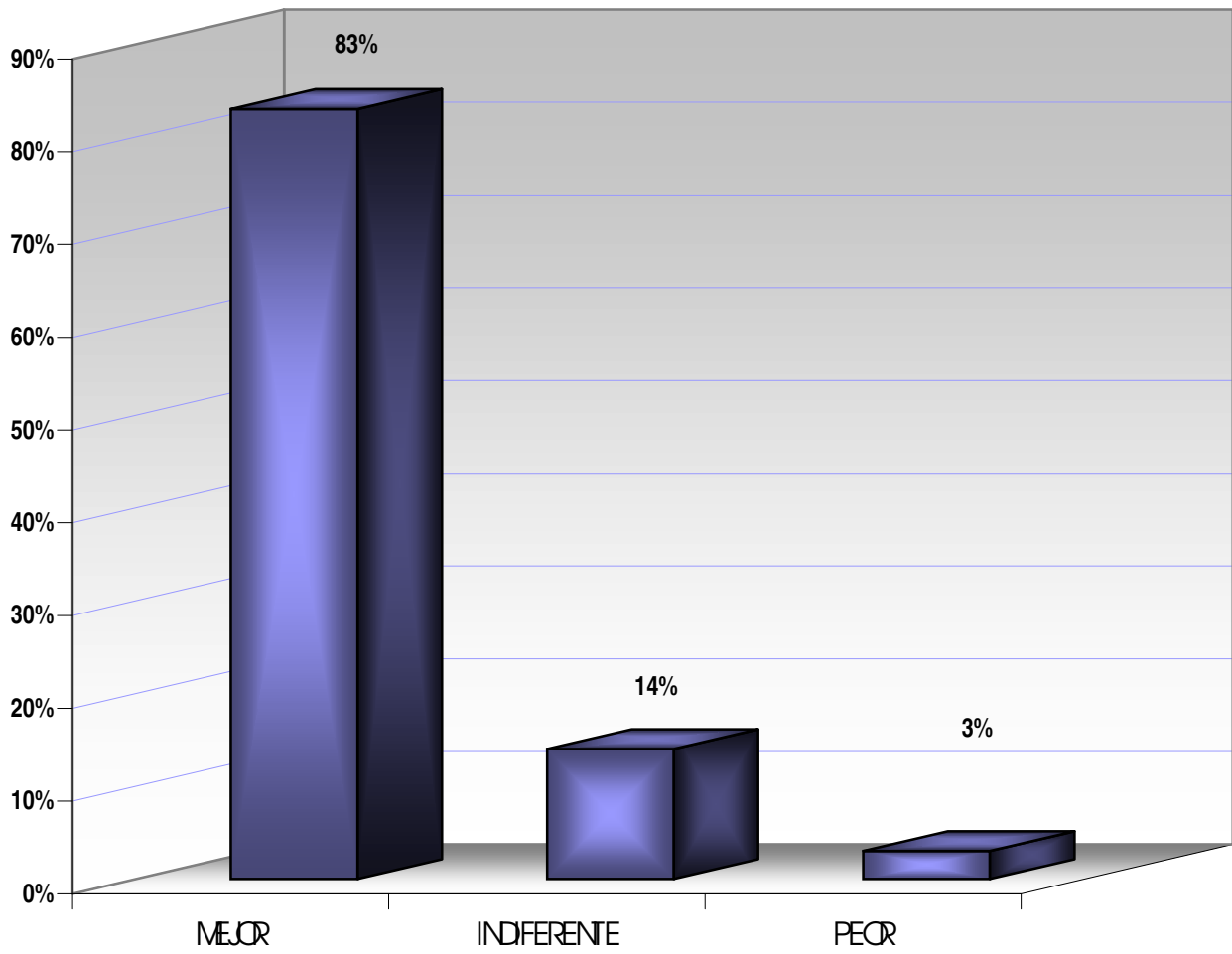


Figura No. 21 Efectividad de la intervención según usuarios de 1998

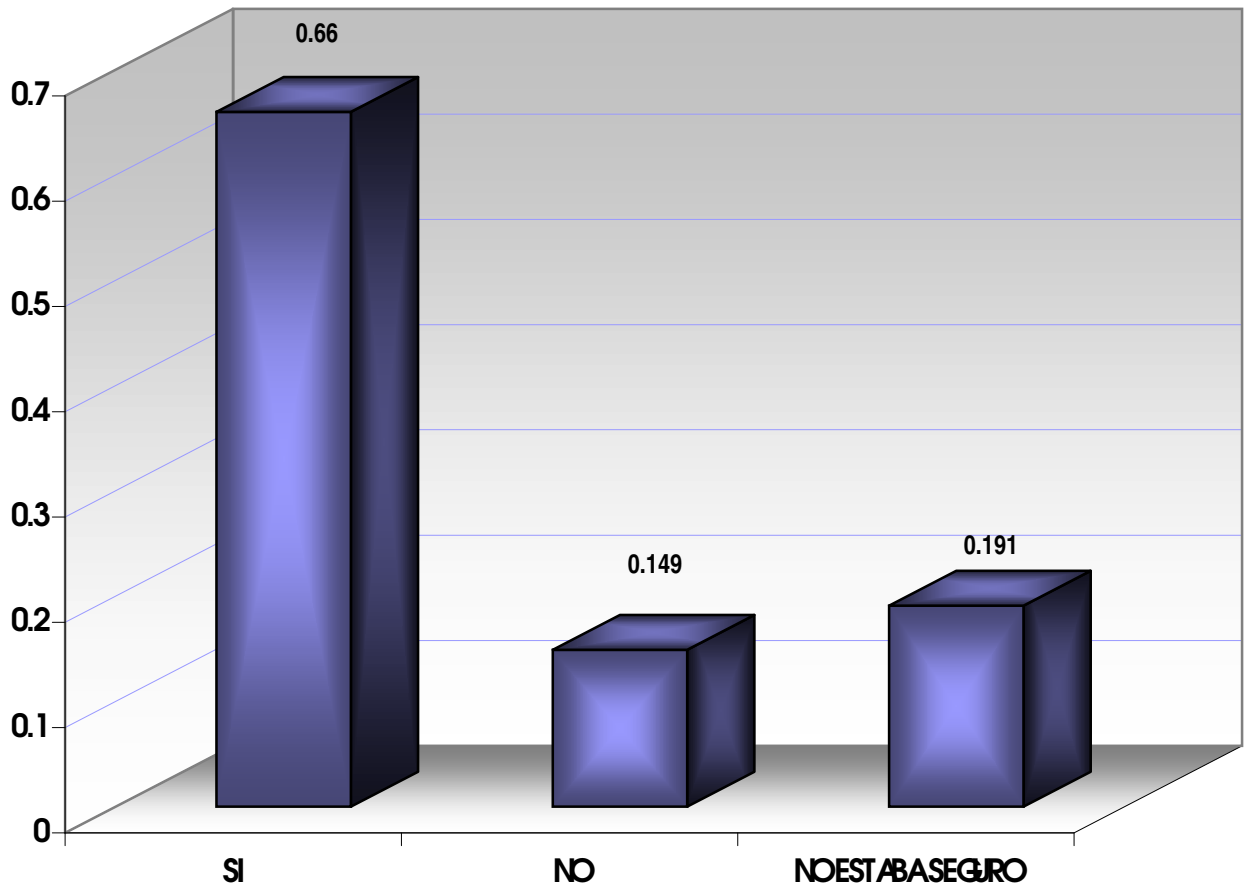


Figura No. 22 Disponibilidad de los usuarios para iniciar de nuevo el servicio de 19