

302925
11
24.



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Con Estudios Incorporados a la Universidad Nacional Autónoma
de México

EL NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS TERAPEUTAS DEL SISTEMA
NACIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

T E S I S

Que para obtener el título en Licenciada en Psicología presenta :

EVELYN MARIBEL LÓPEZ TORRES

Asesor : Lic. Lourdes García Castro..

México, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*Vivir es aprender, para ignorar menos,
es amar para vincularnos a una parte mayor de la humanidad,
es admirar para compartir las excelencias de la naturaleza y
de los hombres, es un esfuerzo por mejorarse
en un incesante afán
de elevación hacia ideales definidos.*

A Dios

Por permitirme disfrutar cada momento de la vida, por compartir gratos momentos de amor, salud y bienestar con mi familia y por cumplir hoy una de mis metas.

A mi padre :

Por apoyarme día a día, por enseñarme el anhelo de lucha y de triunfo con fe y esperanza así como por su nobleza y amor.

A mi madre :

Por darme la vida, brindarme el amor, el apoyo en todo momento y por la enseñanza de superación y preparación constante.

A mi hermana :

Con cariño por su apoyo, comprensión y confianza en todo momento y por contagiarme de su amor, superación y triunfo.

A mi amigas :

Por compartir gratos momentos, por su apoyo, cariño y fortaleza.

A la Doctora Lourdes Garcia Castro :

Por su apoyo al realizar el presente trabajo.

ÍNDICE

	Página
Introducción	
Justificación	
CAPITULO I LA ANGUSTIA Y LA ANSIEDAD	
1.1- Angustia	1
1.2- Ansiedad	3
1.3- Definiciones de Angustia	5
1.4- Definiciones de Ansiedad	9
1.5- La Angustia desde el Punto de Vista Psicoanalítico	12
1.6- Mecanismos de Defensa de la Angustia	20

**CAPITULO II SISTEMA NACIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO POR
TELÉFONO.**

2.1- Antecedentes	22
2.2- Función del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (Saptel Cruz Roja Mexicana)	26
2.3- Objetivo de Saptel	27
2.4- Estructura Interna de Saptel	28
2.5- Requisitos de Ingreso al Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono	32
2.6- Casos más usuales en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono	35

CAPITULO III INTERVENCIÓN EN CRISIS

3.1- Definición de Crisis	61
3.2- Tipos de Crisis	63
3.3- Antecedentes de la Intervención en Crisis	65

3.4- Definición de la Teoría de la Intervención en Crisis	67
3.5- Primera Ayuda Psicológica (Intervención de Primer Orden)	68
3.6- Terapia en Crisis (Intervención de Segundo Orden)	72
3.7- Tratamiento	75
3.8- Intervención en Crisis por Teléfono	78

CAPITULO IV PSICOTERAPIA BREVE

4.1- Antecedentes	86
4.2- Definición de la Psicoterapia Breve	90
4.3- Objetivo	90
4.4- Características Principales	91
4.5- Papel del Terapeuta	93
4.6- Fases de la Psicoterapia Breve	94
4.7- Métodos de la Psicoterapia Breve	97

4.8- Limitaciones de la Psicoterapia Breve	99
4.9- Diferencias entre el Apoyo Psicológico por Teléfono Psicoterapia Breve y de Emergencia	99,

CAPITULO V METODOLOGÍA

5.1- Planteamiento del Problema	102
5.2- Hipótesis	103
5.3- Variables	104
5.4- Definiciones Conceptuales	104
5.5- Definiciones Operacionales	105
5.6- Sujetos	106
5.7- Muestra	107
5.8- Tipo de Estudio	108
5.9- Diseño	108

5.10 -Escenario	109
5.11- Instrumento	110
5.12-. Procedimiento	114
5.13- Análisis Estadístico	116
RESULTADOS	124
CONCLUSIONES	125
LIMITACIONES	133
SUGERENCIAS	134
CITAS BIBLIOGRÁFICAS	135
BIBLIOGRAFÍA	140
ANEXOS	145

INTRODUCCIÓN

Dado que la situación social, económica y política del país en los últimos años se ha ido mermando y por ende causando en los habitantes de la Ciudad de México y Área Metropolitana estragos psíquicos cada vez mayores debido a la excesiva tensión urbana, a la inseguridad pública, a los cambios rápidos que a veces no se logran asimilar de manera óptima, a la sobrepoblación y consecuencias que acarrea, al ritmo de vida urbana entre otros factores existe la presencia de un Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono que brinda ayuda psicológica en especial durante situaciones de crisis o emergencia psicológica con el fin de evitar deterioros psíquicos y trastornos emocionales profundos promoviendo con ello la Salud Mental en las personas que solicitan el servicio.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) , es un sistema abierto las 24 horas del día, los 365 días del año, en donde la mayoría de las llamadas que se atienden son casos de auxilio desesperado cuando se refiere a un intento de suicidio o de apoyo en situaciones críticas para la personalidad del usuario. De ahí que la labor del terapeuta del sistema se lleve a cabo en un ambiente de gran tensión hecho que podría afectar el desempeño adecuado así como la elevación del nivel de ansiedad, entendiéndose este concepto como una experiencia humana universal que en ocasiones es necesaria para la sobrevivencia o integridad de la personalidad.

La ansiedad es indispensable para la salud mental de cualquier individuo, suele producirse por estímulos tanto internos como externos, mismos que se

asocian a situaciones peligrosas, displacenteras o desagradables. Conforme a Freud la ansiedad se presenta como una señal de alarma que activa los mecanismos de defensa para evitar el desequilibrio psíquico.

De ahí que la importancia del presente trabajo es conocer el nivel de ansiedad de los terapeutas de Saptel a través del inventario de ansiedad de Spielberger (Idare), con la finalidad de analizar los resultados.

Para tal fin la investigación se divide en cuatro capítulos teóricos y un capítulo de metodología.

El primer capítulo se enfoca a la definición de la ansiedad y angustia conforme a varios teóricos para entender de manera clara ambos conceptos. Se explica la angustia desde un punto de vista psicoanalítico así como los mecanismos de defensa más sobresalientes que ayudan a evitar un desequilibrio psíquico profundo cuando se presenta tal estado.

En el segundo capítulo se explica que es el sistema Nacional de Apoyo psicológico por Teléfono, cuales son sus orígenes, su funcionamiento y su estructura, para con ello profundizar en los casos que se atienden con mayor frecuencia en el sistema.

En este último punto se incluye como el terapeuta puede abordar o manejar de una manera sencilla en un espacio breve de tiempo los casos procurando siempre el bienestar psíquico y emocional del usuario.

El tercer capítulo abarca de manera amplia la Intervención en Crisis a partir de la explicación y definición de lo que es y cuando surge una crisis.

Cabe destacar que existen diferencias individuales y por lo tanto habrá individuos que requieran ayuda profesional para resolver un estado de crisis a diferencia de otros que con ayuda social y fortaleza yoica logran superar la situación sin mayor problema.

En este capítulo se explica los antecedentes de la Intervención en crisis, como se define y cual es el tratamiento que el terapeuta debe de seguir. Finalmente se explica la Intervención en Crisis por Teléfono en la cual se explica de manera sencilla como y cuales son los puntos a seguir al brindar apoyo psicológico.

El cuarto capítulo se refiere a la Psicoterapia Breve debido a que en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (Saptel Cruz Roja Mexicana) es el método psicoterapeutico que se sigue por las características del sistema.

A partir de la definición de Psicoterapia Breve se explica su objetivo, sus características principales, sus fases, métodos y limitaciones. También se explica en este capítulo el papel del terapeuta en esta corriente y por último conforme al Manual de Procedimientos de Saptel se puntualizara las diferencias entre el Apoyo Psicológico por Teléfono, la Psicoterapia Breve y de Emergencia.

En el quinto capítulo se detalla de manera clara la metodología que se siguió para la investigación y finalmente se explica las conclusiones y resultados.

JUSTIFICACIÓN

La función del psicólogo especialmente en el área clínica es esencial para promover y fomentar la Salud Mental del individuo en aras de un buen funcionamiento, desarrollo, armonía y estabilidad a nivel psicológico.

En base a lo mencionado, la idea de la realización del presente trabajo surge a partir de la observación directa al realizar mi servicio social en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana), en el cual pude detectar que algunos de los terapeutas presentaban un incremento en el nivel de ansiedad debido a que se enfrentaban a algo nuevo y no sabían como brindar el apoyo psicológico especialmente en los casos de crisis y/o emergencia.

Respecto a las aportaciones que puede brindar este trabajo se encuentra el hacer una reflexión y concientización del desempeño laboral del terapeuta en un sistema de apoyo en el cual los casos y situaciones que se atienden son de gran riesgo y por consiguiente en un momento dado podrían afectar e incrementar el nivel de ansiedad del terapeuta. Cabe mencionar que el terapeuta en este caso es pasante de psicología que apenas inicia su camino como profesional.

Aunque existe la presencia de algunas investigaciones sobre el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono enfocadas principalmente a los pacientes o a los tipos de casos que se atienden con mayor frecuencia, considero que es de importancia también conocer un poco más de cerca a los terapeutas que brindan el apoyo psicológico, ya que en ellos esta el

fomento de la salud mental y estabilidad emocional de la sociedad mexicana
como profesionales en un futuro cercano.

CAPITULO PRIMERO

LA ANGUSTIA ANSIEDAD

1.1 LA ANGUSTIA

La angustia es una de las experiencias humanas más común, consiste en un estado transitorio de malestar o como una señal de alarma ante un peligro o situación desconocida que activa los sistemas de alarma y/o defensa de la integridad y personalidad de un individuo como protección a su instinto de conservación. " La angustia proviene de la voz griega anxios o angor que etimológicamente significa estrangular o impedimento para respirar ". (1)

" La angustia es una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva a serias repercusiones tanto físicas como psíquicas, por lo tanto es importante al diagnosticar conocer la realidad que desencadena la angustia, es decir, si se trata de una situación verdadera y peligrosa, de una distorsión perceptiva o bien de una fantasía inconsciente ". (2)

Conforme al los filósofos San Agustín, Pascal, Kierkegaard, Heidegger entre otros, " la angustia es una experiencia propia del ser humano que sabe que su existencia se dirige necesariamente hacia la muerte por lo cual tiene que luchar contra la incertidumbre y el desamparo al enfrentar el peligro de supervivencia ya sea de una manera adaptativa o nociva según el tipo de respuesta y la magnitud del organismo". (3)

La angustia por naturaleza es un fenómeno subjetivo, vivido que se observa y conoce solo por sus manifestaciones somáticas externas (aumento de la tensión muscular, temblor, respiración acelerada, taquicardia etc.). La angustia como síntoma se presenta cuando la persona manifiesta reacciones psicológicas ante situaciones de peligro interno o externo en las cuales el yo no logra controlar el umbral promedio de reacción adecuada a la situación.

* La angustia es vivenciada como indeterminada, carente de objeto, se expresa por la incertidumbre y el desamparo ". (4)

Massermann define a la angustia como el " efecto displacentero que acompaña una tensión instintiva no satisfecha, es un sentimiento difuso de malestar y aprehensión que se refleja en trastornos viceromotores y modificaciones de la tensión muscular ". (5)

"Todo estado angustioso, pese a que en cierto momento es inmovilizante promueve también una reacción o tendencia a luchar con el medio, que puede llegar a ser una descarga agresivo-destruictiva, que primero tratará de evitar el elemento frustrador y posteriormente destruirlo liberándose así de la angustia para recuperar la capacidad de pulsar, relajarse con un ritmo normal de vida para que el individuo pueda movilizarse para buscar nuevas y más maduras formas de descarga". (6)

" La presencia de la angustia en forma moderada es normal, no implica reducción de la libertad, tiene una función adaptativa, es menos corporal, ocurre en el plano de los sentimientos psíquicos. En cambio la presencia de la angustia de tipo patológico es desproporcionada a la situación , ya que no

existe peligro real, la persona que la presenta se paraliza, es incapaz de tomar una decisión o acción adecuada para controlar la situación, no se utilizan los sentidos y la razón de manera adecuada, se presenta la negación del peligro. La angustia patológica es más corporal, se presenta deterioro en el funcionamiento psicosocial y fisiológico, ocurre en el plano de los sentimientos vitales ". (7)

1.2 LA ANSIEDAD

La ansiedad parece derivar de un mecanismo subyacente más básico, el miedo, por lo tanto se puede decir, que la ansiedad es una respuesta adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro permitiendo con ello ayudar al organismo a aumentar sus posibilidades de supervivencia a través de conductas de lucha o huida (Klein y Cool, 1984).

Clinicamente la ansiedad es un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o cualquier eventualidad que amenace la integridad y/o la identidad del yo del sujeto.

" La presencia de la ansiedad no excesiva es la base del aprendizaje y la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento, es un estímulo poderoso para el desarrollo de la maduración de la personalidad ". (8)

La ansiedad es desatada por un aumento de tensión o por el disgusto esperado o previsto, se puede desarrollar en cualquier situación (real o imaginaria) cuando la amenaza se ciñe a alguna parte del cuerpo o la psique

es demasiado grande para hacer caso omiso de ella, para dominarla o liberarla (Fadiman, Frager 1990).

Los prototipos que causan ansiedad son :

1) La pérdida de un objeto deseado. Por ejemplo, un niño que pierde a sus padres o a un amigo.

2) La pérdida de amor, como podría ser el rechazo o fracaso ante la aprobación de alguien.

3) La pérdida de identidad como los temores de castración o el ridículo en público.

4) La pérdida de amor hacia uno mismo por ejemplo cuando se da desaprobación de parte del Supera yó en ciertos actos que causan culpa u odio hacia uno mismo.

Existen dos medios para evitar la ansiedad:

El primero es al afrontar la situación directamente para minimizar el impacto como Hamlet menciona : " Alzemos los brazos contra un mar de dificultades y al hacerles frente los acabamos ". El segundo consiste en deformar que causa la ansiedad o negar la situación. El yo protege de esta manera la personalidad falseando la naturaleza de la amenaza a través de los mecanismos de defensa. (9)

A continuación se presentarán diferentes definiciones tanto de angustia como ansiedad para llegar a una diferencia en los términos ya que son difícilmente indiferenciables que incluso muchos autores los utilizan como sinónimos.

1.3 DEFINICIONES DE ANGUSTIA

Para Horney (1951), la angustia es un núcleo dinámico de la neurosis, la angustia no es clara ya que posee a un factor subjetivo. Aunque el miedo se ha utilizado por mucho tiempo como sinónimo de angustia por ser ambos una respuesta ante una situación de peligro que se acompaña de sensaciones físicas como temblor, taquicardia, sudoración, palpitaciones etc, sin embargo existe diferencia entre ambos, en el miedo el peligro suele ser evidente y objetivo, en cambio la angustia es difusa y subjetiva.

Fenichel (1945), describe la angustia como un " estado de aprehensión, en el cual la persona se siente molesta, tensa, nerviosa, que va minando poco a poco su energía "(10). Fenichel menciona que la angustia es parte de la neurosis ,la cual es una tensión interna de carácter general con una angustia flotante vinculada a una situación especial que representa el conflicto neurótico. El conflicto neurótico proviene de una elevada tensión por parte del ello produciéndose un bloqueo, lo que provoca en el yo un estado de alarma ante un peligro, como un fósforo arrojado a un barril de pólvora.

Fenichel propone tres niveles de angustia, los cuales son :

1) Frente a una situación traumática, la angustia se presenta de manera automática no especificada.

2) Frente a una situación de peligro, la angustia actúa como una señal de alarma al servicio del yo para lograr una adaptación adecuada a través de las defensas.

3) Frente a situaciones graves, en donde Fenichel menciona que la angustia se convierte en pánico porque el yo no logra controlar la situación presentándose con ello manifestaciones psicopatológicas.

Sheehan en 1982 propuso que la angustia se divide en :

a) Angustia Endógena en donde los síntomas ofrecen un carácter intenso, súbito, inexplicable, sin relación aparente por parte del sujeto con situaciones ambientales, suele asociarse a fobias múltiples así como a ser determinadas genéticamente, por lo que se requiere en su mayoría tratamiento farmacológico. Este tipo de angustia suele predominar en el sexo femenino.

b) Angustia Exógena, la cual está relacionada con el estrés, generalmente responde al tratamiento psicológico, en su evolución no se registran ataques de angustia anteriores, rara vez se requiere de ayuda médica y finalmente su frecuencia es similar en ambos sexos.

c) Angustia Aguda- Surge de manera brusca, generalmente como secuela de un suceso específico, aunque puede aparecer de forma diferida y mostrar un incremento paulatino de la intensidad a lo largo de un periodo breve de tiempo. Las manifestaciones somáticas son frecuentes.

d) Angustia Crónica, es un estado de hiperalerta, que implica un descenso del rendimiento social y laboral del sujeto.

Ficher, considera que la angustia es " una respuesta global, difusa e indiferenciada, tiene su origen en una experiencia subjetiva de condición catastrófica que implica conciencia y anticipación, hecho que es visto como consecuencia evolutiva ". (11)

En la psicología analítica Jung dice que la angustia posee una función de señal que impulsa al desarrollo de la personalidad, hacia la individuación. Para Adler, la angustia es una pérdida del sentimiento de comunidad, surge cuando el hombre se siente aislado.

Krapf, " considera que las vivencias de angustia del ser humano de acuerdo a S.Freud se deben a anoxias o hipoxias pasajeras sufridas en el útero durante el nacimiento, las cuales son experimentadas como amenazas contra la existencia. Al respecto Braun menciona la angustia como una *sensación del corazón* que en todo el mundo suele designarse o expresarse como algo que ahoga, sofoca y corta la respiración ". (12)

Conforme a Ayoso (13), la angustia comprende numerosas manifestaciones, las cuales se clasifican en :

a) Síntomas Subjetivos- La angustia es vivenciada como una emoción displacentera sin causa específica, como un sentimiento de aprehensión y una expectativa permanente de que ocurra algo grave : morir, volverse loco o realizar un acto sin control. A veces cuando la angustia es muy intensa se acompaña de despersonalización y desrealización,

frecuentemente se alteran las funciones psíquicas, la atención se dispersa. la memoria es pobre y el pensamiento se vuelve lento llegando incluso a bloquearse o desorganizarse.

b) Alteraciones de Conducta- La angustia se exterioriza como un estado de inhibición motriz que puede llegar a ser un verdadero estupor con incapacidad para hablar y moverse, se presenta inquietud, temblor, intranquilidad por lo que es común que se presente la dependencia hacia otras personas buscando con ello seguridad y comprensión.

c) Síntomas Somáticos- Se clasifican en :

1) Síntomas Cardiovasculares- Taquicardia, palpitaciones, dolor , sensación de paro cardíaco, palidez, accesos de calor o frío.

2) Síntomas Respiratorios- Opresión torácica, disnea, sensación de ahogo.

3) Síntomas Digestivos- Contracturas gastrointestinales, dispepsia, aerofagia, náuseas, vómitos, sensación de bolo esofágico.

4) Síntomas Genitourinarios- Poliaquiuria, enuresis, eyaculación precoz y frigidez.

5) Síntomas Neuromusculares- Temblor, hormigueos, cefalea.

6) Síntomas Neurovegetativos- Sequedad de boca, sudoración, lipotimia, midriasis.

d) Correlatos fisiológicos- La angustia es manifestada a través de un estado de alerta, en el cual se activa el sistema nervioso central a nivel de los mecanismos de control córtico subcortical y a nivel periférico así como un incremento en la actividad del sistema nervioso simpático y sistema endocrino constituido por el eje hipotálamo- hipofisiario- adrenal.

La angustia de acuerdo a Pichon Riviere tiene " formas de expresión y contenido psíquico diferente en cada una de las etapas de evolución libidínosa". En la etapa oral la angustia corresponde al temor, a la pérdida de cariño y al desamparo que se expresa por trastornos respiratorios y cardíacos. En la etapa anal la angustia se vincula con el temor de castigo corporal, cuyo signo característico son los síntomas musculares. En la etapa fálica la angustia corresponde al temor de castración expresado por síntomas de conversión que abarca trastornos respiratorios y temblores. (14)

1.4 DEFINICIONES DE ANSIEDAD

La definición de ansiedad no es muy clara, abarca diferentes enfoques como el físico, conductual, psíquico, fisiológico etc. Por lo que a continuación escribiré algunas definiciones para encontrar un rasgo común para llegar a un entendimiento más preciso.

La ansiedad es una vivencia displacentera, semejante al miedo, pero a diferencia de este no existe un elemento real que la provoque. " La evolución de la ansiedad varía, una intensidad máxima es alcanzada en unos segundos, o mas gradualmente a lo largo de minutos, horas o días. La

duración también varía de algunos segundos, a horas, o incluso días o meses ". (15)

Miller (1968), menciona que la ansiedad es una emoción aprensiva y desagradable suscitada por la presencia de peligro, se considera que es de carácter neurótico ya que resulta desproporcionada con el hecho real que se presenta.

Morgan (1969) respecto a la ansiedad menciona " que es un temor vago aprehendido a través de la generalización de un estímulo que causo frustración. La ansiedad es un estado de zozobra, vago sin la presencia de objeto, no se sabe a lo que se teme ". (16)

De la fuente (1964), explica que la ansiedad " produce cambios fisiológicos y bioquímicos en los que participa el sistema nervioso, el sistema endocrino y particularmente el sistema vegetativo ". (17)

Desde el punto de vista biológico, la ansiedad es una defensa de la cual esta dotado el individuo para protegerse de cualquier estímulo o amenaza que atenté contra su integridad.

Salomon (1976), menciona que la ansiedad puede ser de dos tipos: " La ansiedad normal y la ansiedad patológica. La Ansiedad Normal, es positiva para el individuo ya que le permite desarrollarse en determinado momento de dificultades de manera adecuada. La Ansiedad Patológica hace que el individuo sea infeliz y no lleve acabo un desarrollo positivo de su personalidad y funcionamiento ". (18)

Warren (1977), describe la ansiedad como " una actitud emotiva o sentimental que concierne al futuro, caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y desesperanza " (19).

Cameron en 1982 la clasifica la ansiedad en :

1) Ansiedad Crónica- Se presenta cuando la persona se encuentra tensa y aprensiva, como en espera de un acontecimiento terrible, es decir, ante una excesiva expectativa por lo cual constantemente busca liberarse de las tensiones que generalmente se deben a situaciones reprimidas.

2) Ataque de Ansiedad- Suele ser un episodio difuso de descarga excesiva, de tensión especialmente dirigida hacia los órganos internos principalmente al sistema cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal. Durante un ataque de ansiedad la persona suele presentar sequedad en la boca sudoración, taquicardia, deseos de orinar, náuseas, vómitos etc, cree estar en peligro eminente al grado de estar volviéndose loco o incluso llegar a la muerte.

3) Reacción de Pánico- Es un ataque de ansiedad pero severo, producto de una tensión inaguantable acumulativa. La reacción al pánico provoca en ocasiones erupciones de material inconsciente, la desintegración del yo o episodios psicóticos.

La ansiedad es subjetiva, se experimenta como una sensación desagradable que interfiere en los procesos del pensamiento y concentración. La ansiedad es un sentimiento difuso, vago, de incertidumbre y desvalimiento. Freud respecto a la ansiedad menciona que está asociada

al peligro interno de pensamientos deseos o impulsos reprimidos e inaceptables, que suscitan la pérdida de amor, aprobación y castigo.

Rollo May, menciona a la ansiedad como " la aprehensión provocada por una amenaza contra algún valor que el individuo considere esencial para su existencia en cuanto a personalidad ". (20)

Para Fromm, la ansiedad surge ante el sentimiento de soledad y separación en que vive el hombre respecto a los poderes abrumadores de la naturaleza, del hombre, de la cultura, de privaciones y frustraciones.

Como se ha observado la angustia y la ansiedad son conceptos difícilmente diferenciables ya que se tratan de matices de la misma expresión, sin embargo se puede decir que la angustia es más física, inmovilizante y sobrecogedora, en cambio la ansiedad es una vivencia displacentera, carente de objeto que provoque dicha reacción, es más psíquica vivenciada con inquietud y sobresalto.

1.5 LA ANGUSTIA DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO

Como se ha observado la angustia es una emoción que ha sido experimentada universalmente por la humanidad en determinado momento. En el hombre la angustia se presenta desde el nacimiento hasta el final de su existencia .La angustia es uno de los conceptos básicos e importantes de la personalidad en la teoría psicoanalítica porque permite el desarrollo, la dinámica y el funcionamiento.

En un principio el ser humano al nacer es una criatura desvalida que no puede vivir por sí mismo, por lo que se tiene que cuidar de él. Durante este tiempo se le presenta al bebé una infinidad de estímulos que no puede controlar, nada sabe del mundo y carece aun de capacidad de "ligar" la tensión. Se puede suponer que carece de una conciencia clara, tiene solo una sensibilidad indiferenciada al placer y al dolor, al aumento y disminución de la tensión. Precisamente las funciones que más tarde formaran al yo y a la conciencia son las funciones que todavía no ha desarrollado: La aprehensión del mundo externo que implica la percepción y el dominio del aparato motor, es decir, la motilidad y la capacidad de fijar la tensión mediante contracatexis.

El origen del yo comienza con el nacimiento, en el cual el organismo emerge de un entorno tranquilo para entrar a un mundo abrumador de estímulos, este estado de anegamiento de excitación al que entra el pequeño sin ningún aparato adecuado de defensa es lo que constituye según Freud el modelo de toda angustia ulterior. Este anegamiento de excitación ocasiona displacer y provoca la primera tendencia mental, es decir, la tendencia a liberarse del estado de tensión.

El bebé al no poder valerse por sí solo se le presenta una intensa y dolorosa tensión ocasionando estados traumáticos, debido a la incapacidad de control por parte del recién nacido tanto a los estímulos internos como externos.

A medida que pasa el tiempo el bebé va formando un yo aunque este todavía no se encuentre bien conformado le ayuda a evitar la angustia que surge cuando no aparecen los medios externos de satisfacción por parte de

su madre que le causan displacer lo cual vive como la pérdida de ayuda y protección. Dicha angustia es superada a medida que el bebé aprende a manejarla a través de la liberación de la tensión mediante repeticiones subsiguientes de tal situación por medio del juego y los sueños.

Cuando el bebé se da cuenta que puede superar sin miedo e inseguridad una situación que lo abruma de angustia experimenta placer lo que indica que ya ha obtenido cierto control del medio externo lo que le brinda seguridad y tranquilidad. Por lo tanto de acuerdo a Freud al tener el bebe un yo en este momento, quizás no integro y bien fortalecido logra al presentársele una situación de peligro activar el yo con vista a evitar ser desbordado por el flujo de excitaciones para protegerse poniendo en acción la señal de angustia vivida primitivamente durante el nacimiento, lo cual le ayuda y le permite al bebé poner en marcha operaciones defensivas que ayudan al yo a mantenerse libre de conflicto e integro.

El concepto de angustia surge a partir de la publicación del artículo de Freud (1926) denominado Inhibición, Síntoma y Angustia. En un principio Freud sustentaba un concepto biológico sobre la angustia, ya que consideraba que la angustia era provocada por la represión de la energía sexual que al no poderse expresarse por medio de la libido en el mundo externo se transformaba en angustia, sin embargo no aclaro cuál era el mecanismo que se llevaba acabo.

Una segunda teoría que Freud menciona sobre la angustia, es aquella en donde la angustia surge como una señal de alarma ante una situación de peligro (interno o externo), en donde el yo se activa para mantener cierto

equilibrio sobre la situación, lo que posteriormente ayuda al individuo a prevenir peligros o evitarlos.

Cabe destacar que a pesar de que Freud realizó teorías para conocer el porque surge la angustia finalmente la define " como un estado afectivo donde se unen las sensaciones de placer-díplacer cuyo origen se remonta durante el acto del nacimiento, este estado es muy significativo porque corresponde al momento en que el nuevo ser es separado del cuerpo de su madre" (21). Freud menciona que aunque la angustia es penosa es necesaria para alertar a la persona ante la presencia de peligro interno o externo.

Freud distingue tres clases de angustia : La angustia objetiva o real, la angustia neurótica y la angustia moral. Los tres tipos de angustia comparten el ser desagradables, difieren en si respecto a la fuente en la que se producen.

En la *Angustia Objetiva*, el origen del peligro se encuentra en el mundo externo ante la presencia de un peligro real esperado o previsto, es un estado de atención sensorial y tensión motora extrema del cual es posible dos desenlaces : O bien el desarrollo de la angustia se limita a una señal y entonces se reacciona de manera adecuada a la situación de peligro mediante el reflejo de fuga, como una manifestación del instinto de conservación, o bien predomina la antigua vivencia traumática originando que toda reacción se agote en el desarrollo de la angustia, haciendo que la persona se presente paralizada e inadecuada al estado afectivo.

La *Angustia neurótica*, surge de la amenaza de los impulsos del ello, el cual rompe las defensas del yo llegando en determinado momento a romper el equilibrio. El miedo a que se presente la angustia no es tanto por el desenfreno de los impulsos sino por sus consecuencias que la satisfacción puede producir. La angustia neurótica se observa en tres circunstancias: La primera como angustia general flotante dispuesta a enlazarse pasajeramente a cualquier posibilidad más o menos adecuada al ambiente. La segunda se encuentra fijamente vinculada a situaciones de miedo intenso e irracionales llamadas fobias, en las cuales se exagera el peligro real del objeto que se teme. La tercera forma de angustia, es la de la histeria y otras formas graves de neurosis. La angustia surge de manera repentina como una reacción de pánico o cuasi pánico sin fundamento visible de peligro exterior. La finalidad es liberar la angustia experimentada haciendo lo que el ello exige a pesar de las prohibiciones del yo y super yo.

La *Angustia Moral*, surge cuando el super yo expresado a través de la conciencia moral la cual es un agente internalizado de la autoridad de los padres a nivel psíquico busca o pretende llegar al ideal del yo que al no cumplirse manifiesta culpa, autodesprecio, deseo de castigo y algunas formas de depresión en el yo. Entre más rígido y primitivo sea el super yo habrá mayor nivel de angustia.

Freud a lo largo del desarrollo de su teoría también creó el concepto de angustia de castración, el cual se presenta en el ser humano como una de las fantasías para surtir efectos psicológicos en su personalidad sin llevarla a cabo realmente. " La angustia de castración es un estado interno de elevado displacer que aparece como respuesta a la amenaza real o fantaseada de un tercero, usualmente es alguna de las figuras paternas,

como resultado de deseos sexuales dirigidos a una figura paterna por parte del niño, por lo general al progenitor del sexo contrario ". (22)

La angustia de castración se presenta durante la etapa fálica del desarrollo conforme a la teoría psicoanalítica de Freud. Durante esta etapa se presenta el conflicto Edípico en el niño ya que es la época en la que los órganos genitales, especialmente el falo o pene adquieren un papel central surgiendo con ello la fantasía de incesto con su progenitor de sexo contrario y viendo al progenitor del mismo sexo como un rival se tiene que dar a nivel psíquico la angustia de castración para evitar el incesto.

Para Melanie Klein la angustia se haya intensificada por las agresiones primarias en el bebé mediante la expresión del instinto de muerte actuando en forma interna por lo que tiende a utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales primitivas en la fantasía o realidad.

Conforme a Melanie Klein el yo en un principio se encuentra desorganizado pero de acuerdo al crecimiento fisiológico y psicológico tiene la tendencia a integrarse. De ahí que el yo inmaduro del bebé esta expuesto a la angustia desde el nacimiento. La angustia es originada por la innata polaridad del instinto de vida como el instinto de muerte así como por el impacto de la realidad externa. Por lo tanto cuando el bebé se enfrenta a la angustia que produce el instinto de muerte, el yo lo deflexiona, es decir, se produce una proyección, se transforma el instinto de muerte en agresión proyectándose esta en el objeto externo original que para Melanie Klein es el pecho, el cual durante este tiempo el bebé suele experimentar como malo y amenazador dándose en su yo un sentimiento de persecución.

Al mismo tiempo que se origina el sentimiento de persecución el bebé establece una relación con el objeto ideal (madre), en donde el bebé proyecta el instinto de muerte hacia afuera para evitar la angustia y por otra parte proyecta la libido con el fin de crear un objeto que satisfaga su impulso instintivo del yo para conservar la vida. Esta posición que adquiere el bebé para evitar la angustia Melanie Klein le llama posición Esquizo-paranoide.

La posición Esquizo-paranoide tiene como objetivo que el bebé teniendo por una parte el objeto malo perseguidor y por otra el objeto bueno e ideal logre identificarse con este último ya que es el que le da vida y protección manteniendo con ello fuera el instinto de muerte. A medida que se va logrando la integración e identificación con el objeto ideal se adquiere un nivel mayor de maduración surgiendo con ello la Posición Depresiva, la cual surge cuando el bebé reconoce a su madre como un objeto total que satisface y cubre todas sus necesidades, lo que lleva al bebé a percatarse que tanto las experiencias buenas y malas que vivió anteriormente no provienen de un pecho bueno y de un pecho malo sino de uno mismo, el de su madre, es en este momento cuando el bebé descubre que necesita de ella, cosa que al bebé le causa tristeza ya que se da cuenta que es a su propia madre a la que ama y odia al mismo tiempo, no existen dos personas como creía sino una sola, esto le causa ambivalencia surgiendo la angustia donde el motivo principal de esta es que sus propios impulsos destructivos lleguen a lastimar o dañar al objeto amado del cual depende totalmente.

La solución de la Posición Depresiva surge cuando el bebé logra integrar la parte buena y mala en una sola, que no forma parte de él ya que es una persona independiente (madre). El reconocimiento del objeto-madre ayuda al bebé a reconocer sus propios impulsos así como su responsabilidad de los

mismos, lo que le ayuda a soportar la culpa de la ambivalencia (amor - odio) hacia el objeto amado.

Para Fenichel en la angustia " existe un estasis libidinoso que el yo toma y elabora, por lo que le ha llamado un proceso derivativo, el cual es explicado de la siguiente manera : En un principio existe una primera angustia del ello, provocada por un estasis y una modificación que tiene que estar vinculada a la adquisición de experiencias y al sentido de realidad que una vez elaborada constituye la angustia secundaria, la cual es al señal de alarma para evitar el peligro o una situación displacentera mayor ". (23)

Para Rene Spitz la angustia surge cuando el bebé cumple el octavo mes de vida, durante este tiempo se da un cambio decisivo en la conducta del niño en relación a las demás personas que lo rodean, su capacidad diacrítica de diferenciación perceptiva por parte del bebé se encuentra bien desarrollada, lo que le ayuda a distinguir claramente entre una amigo, un conocido, su madre y un extraño.

La angustia del octavo mes, es la primera manifestación de angustia de acuerdo a Rene Spitz propiamente dicha. La define como " el rechazo hacia la persona desconocida ya que las huellas mnémicas no coinciden con las del rostro de su madre ". (24)

La manifestación de angustia refleja que en la relación entre madre e hijo ha surgido afecto llegando a establecerse una relación de objeto, en donde la madre se ha convertido en el objeto libidinal amoroso del bebé, por lo que no puede ser intercambiable. La relación amorosa implica que el yo del niño ha alcanzado un desarrollo o intelectual, psíquico, cognitivo y afectivo.

mismos, lo que le ayuda a soportar la culpa de la ambivalencia (amor - odio) hacia el objeto amado.

Para Fenichel en la angustia " existe un estasis libidinoso que el yo toma y elabora, por lo que le ha llamado un proceso derivativo, el cual es explicado de la siguiente manera : En un principio existe una primera angustia del ello, provocada por un estasis y una modificación que tiene que estar vinculada a la adquisición de experiencias y al sentido de realidad que una vez elaborada constituye la angustia secundaria, la cual es al señal de alarma para evitar el peligro o una situación displacentera mayor ". (23)

Para Rene Spitz la angustia surge cuando el bebé cumple el octavo mes de vida, durante este tiempo se da un cambio decisivo en la conducta del niño en relación a las demás personas que lo rodean, su capacidad diacrítica de diferenciación perceptiva por parte del bebé se encuentra bien desarrollada, lo que le ayuda a distinguir claramente entre una amigo, un conocido, su madre y un extraño.

La angustia del octavo mes, es la primera manifestación de angustia de acuerdo a Rene Spitz propiamente dicha. La define como " el rechazo hacia la persona desconocida ya que las huellas mnémicas no coinciden con las del rostro de su madre ". (24)

La manifestación de angustia refleja que en la relación entre madre e hijo ha surgido afecto llegando a establecerse una relación de objeto, en donde la madre se ha convertido en el objeto libidinal amoroso del bebé, por lo que no puede ser intercambiable. La relación amorosa implica que el yo del niño ha alcanzado un desarrollo o intelectual, psíquico, cognitivo y afectivo.

1.6. MECANISMOS DE DEFENSA EN LA ANGUSTIA

Los mecanismos de defensa surgen para disminuir la angustia, cuando el individuo se enfrenta a una situación difícil evitando con ello un desequilibrio psíquico. Los mecanismos de defensa son utilizados por el yo para hacer frente a la situación de manera adaptativa.

Los mecanismos de defensa presentados durante las reacciones de angustia son :

Represión - Surge cuando las fuentes internas de tensión y angustia reprimidas en el inconsciente se presentan en el consciente causando efectos dolorosos.

Regresión- Permite de cierta manera resolver la situación de angustia mediante una descarga infantil, atribuyéndose a una enfermedad física. La regresión es la forma más primitiva y simple de enfrentar la angustia alejándose del pensamiento real con actitudes que en años anteriores disminuyeron la angustia.

Proyección- Se presenta cuando la persona para evitar el estado de angustia que le afecta de manera interna e inconsciente lo atribuye a otras personas o al medio externo para no hacerle frente de manera directa.

Negación- Consiste en no aceptar como real el evento que perturba al Yo. La negación es el proceso por el cual las sensaciones, pensamientos o

recuerdos que provocan estados de angustia se eliminan o bloquean del consciente,

CAPITULO SEGUNDO

SISTEMA NACIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

El Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) es un sistema que brinda ayuda psicológica por teléfono a la comunidad a nivel nacional en especial a los habitantes del Distrito Federal y área metropolitana.

El Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono brinda apoyo las 24 horas del día, los 365 días del año. Es un programa conjunto con la Cruz Roja Mexicana y la Federación Mundial de la Salud Mental que cuenta con el apoyo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

El Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono es un medio de gran cobertura que se encarga de cubrir las necesidades emocionales y psicológicas de la población como un medio de prevención, tratamiento y rehabilitación relacionados con la Salud y Enfermedad Mental.

2.1 ANTECEDENTES

El Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono surge a raíz de los sismos de 1985 en la Ciudad de México en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México (UNAM), con el fin de brindar apoyo psicológico a las personas damnificadas. El servicio inició sus operaciones

el 23 de Septiembre de ese mismo año llamándose Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPT).

El trabajo del sistema consistía internamente en reclutar voluntarios para realizar dos tipos de funciones a) como recepcionistas quienes se encargaban de recibir llamadas y canalizarlas con profesionales de la salud mental con experiencia clínica, b) como terapeutas los cuales atendían directamente las llamadas. El sistema durante ese tiempo contaba con cinco líneas telefónicas, las cuales fueron difundidas a los habitantes de la ciudad por los medios masivos de comunicación. El servicio se brindaba las 24 horas del día.

"Dentro de los objetivos del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPT) se encontraba: Evaluar la demanda de la población, difusión del servicio, obtener de forma fiel y precisa el perfil del solicitante, detectar cuales eran las razones por las que se llamaba, la sintomatología más frecuente, cuales eran los límites y limitaciones con el fin de ofrecer un mejor servicio en el futuro". (25)

El Sistema de apoyo Psicológico por teléfono a pesar de proporcionar ayuda a la población durante una época difícil debido a las secuelas psicológicas que causaron los sismos se suspende en el mes de Diciembre del mismo año por falta de recursos económicos, sin embargo se mantiene la idea de implantar el servicio de manera masiva.

El 1o de Julio de 1987 se reinstala el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono con la participación de 23 terapeutas capacitados previamente para brindar apoyo psicológico, así mismo se elaboró una cédula de registro para

facilitar la obtención de datos necesarios en cada llamada, en esta segunda fase el horario en que se brindaba el servicio era de Lunes a Viernes de 16 a 24 horas, los Sábados y Domingos de 8 a 24 horas, con un curso de capacitación continua y supervisión de casos por profesionales de la salud mental. La Facultad de Psicología de la UNAM apoyo al servicio en lo referente a papelería, servicio social y elaboración de tesis, sin embargo a pesar de proporcionar un buen servicio se suspende en 1989.

La tercera fase del Sistema Psicológico por Teléfono se inició el 12 de Octubre de 1992 en las instalaciones de la Cruz Roja Mexicana. Durante esta fase se brinda el servicio a nivel nacional razón por la cual cambia su nombre llamándose Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana).

Conforme al Manual de Procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono el sistema surge debido a que " México es un país de grandes contrastes principalmente el Distrito Federal por el estilo de vida urbana, que se caracteriza por un constante estrés y frustración que origina en los habitantes estados emocionales disfuncionales " (26)

El Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana) se crea para brindar a la población mexicana una alternativa complementaria de los servicios de salud ya existentes. El servicio de apoyo psicológico se brinda las 24 horas del día los 365 días del año, es un servicio gratuito por lo cual es factible proporcionar atención psicológica temprana y oportuna para casos de crisis emocional y emergencia psicológica con el fin de evitar complicaciones familiares, personales y sociales ulteriores. Además " es un centro de diagnóstico y detección que permite referir y canalizar a las

diferentes instituciones de atención psicológica y psiquiátrica de la ciudad de México en función de los requerimientos específicos del usuario ". (27)

Actualmente SAPTEL cuenta con tres cubículos, tres líneas telefónicas abiertas al público y una línea interna para uso exclusivo de los miembros de Saptel.

La atención psicológica que brinda el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana) se basa en la Intervención en Crisis y Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia. La misión de SAPTEL se caracteriza por ser :

" Una organización no lucrativa que brinda servicio alternativo de apoyo, orientación y canalización psicológica, vía telefónica a toda persona que lo solicite, siendo atendida por psicólogos que laboran las 24 horas del día los 365 días del año, con el fin de restablecer el equilibrio emocional y favorecer la integración del individuo a su entorno. SAPTEL es un esfuerzo de la Cruz Roja Mexicana y la Federación Mundial de la Salud Mental a fin de mejorar la calidad de vida de nuestro país ". (28)

La atención que brinda SAPTEL es solamente por vía telefónica, excepto en un acto suicida donde se requiere la presencia del terapeuta en el lugar de los hechos o bien cuando exista un paciente en crisis o emergencia psicológica dentro de la sala de urgencias del mismo hospital de la Cruz Roja, en donde la intervención de SAPTEL es solicitada por un médico de dicha institución.

2.2 FUNCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO (SAPTEL CRUZ ROJA MEXICANA)

El Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono beneficia a la comunidad actuando en cuatro formas diferentes :

1- Proporciona información relacionada con el uso de servicios de salud mental del área metropolitana en tres niveles de intervención :

- a) Primario o preventivo
- b) Secundario o de tratamiento
- c) terciario o de rehabilitación

2- Canaliza o funge como enlace entre el usuario y el servicio especializado de salud mental que requiera.

3- Apoya psicológicamente en casos de emergencia con programas de intervención en crisis las 24 horas del día.

4- Proporciona Psicoterapia Breve ya que para muchas personas SAPTEL Cruz Roja Mexicana presenta la única opción viable de intervención psicoterapéutica que le permite reorientar su vida, así como desarrollar estrategias y habilidades para mejor funcionamiento individual y social.

2.3 OBJETIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

" Es proveer un mayor bienestar emocional en la población en general y de la mujer así como de la parte de la comunidad con menos recursos económicos en particular , mediante el aumento en la gama de servicios salud mental y al mismo tiempo, proveer la instancia que vincule a los usuarios con los servicios preexistentes ". (29)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) "Ofrecer un servicio satisfactorio por teléfono de psicoterapia de apoyo de corta duración para situaciones de emergencia y/o crisis a través de terapeutas adecuados en función de su perfil psicológico, conocimiento y habilidades ". (30)

b) Promover y propiciar que grupos específicos y de alto riesgo, como son mujeres y personas de escasos recursos económicos, se beneficien de este servicio .

c) Fungir como enlace entre el usuario y otros servicios de salud mental de diversa índole : Instituciones públicas y privadas, así como de voluntarios y de autoayuda .

d) Establecer un sistema continuo de evaluación científica y técnica que permita identificar la problemática específica en la salud mental de los

habitantes de la ciudad de México, así como para desarrollar modelos específicos de intervención para dicha problemática.

e) Una vez demostrada la eficacia y utilidad de SAPTEL Cruz Roja Mexicana, favorecer la instalación de servicios similares en otras ciudades del país y/o del continente.

2.4 ESTRUCTURA INTERNA DEL SISTEMA NACIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

El Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) se encuentra organizado internamente por comités formados por los terapeutas, los cuales ayudan a que el sistema se lleve a cabo de manera eficiente y ordenada. Los comités son :

a) Comité de Relaciones Externas - Se encarga de contactar instituciones públicas y privadas que apoyen el trabajo de SAPTEL, tanto para canalizar pacientes como para brindar apoyo al sistema en la impartición de seminarios en la preparación de los terapeutas durante la capacitación antes de ingresar a contestar teléfono .

b) Comité de Relaciones Internas - Se encarga de estar al pendiente y fomentar las relaciones con la Federación Mundial de Salud Mental y la Cruz Roja Mexicana.

c) Comité de Difusión- Se encarga de difundir y dar a conocer el sistema, los servicios que brinda a la comunidad a través de diversos medios de comunicación, instituciones públicas y privadas, reclusorios y en diversas universidades.

d) Comité Operativo - Se encarga de llevar la asistencia y control de la puntualidad de los miembros de SAPTEL, así mismo de supervisar que el día, el cual se divide en cinco turnos cada uno de cuatro horas este organizado y tenga terapeutas suficientes para brindar ayuda psicológica .

El comité operativo también se encarga de coordinar a los terapeutas que brindan servicio social y todo lo referente a los tramites correspondientes así mismo de otorgar constancias de terminación de voluntariado y de participación a profesionistas que brindan sus conocimientos en los seminarios a los miembros de SAPTEL.

Dentro del comité operativo se encuentran subcomites los cuales son:

El *subcomite de asistencia* se encarga de supervisar que los terapeutas cumplan con sus guardias el día y hora asignada.

El *subcomite de papelería* - Se encarga de que existan folders, hojas, cédulas de registro y lápices.

El *subcomite de estadística* - Lleva el control, tipo y registro de llamadas en la computadora

El *subcomité de directorio* -Contacta instituciones públicas y privadas de diferente índole para canalizar a los usuarios de SAPTEL así como establecer relaciones en beneficio de la salud mental de la ciudadanía.

e) El comité Científico - Se ocupa de supervisar todo lo relacionado con la investigación del sistema.

f) El comité de Calidad -Supervisa todas las labores desempeñadas de los comités y del desempeño particular de cada terapeuta .

g) El comité de Archivo-Se encarga de ordenar y clasificar los expedientes por número y año.

Dentro de cada guardia del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono se cuenta con la participación de un coordinador de guardia, el cual se encarga de hacer el reporte de la asistencia de los terapeutas, el registro y tipo de llamadas, atender en caso necesario llamadas especiales y brindar apoyo a los terapeutas de nuevo ingreso .

El Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono cuenta con cuatro libros de registro, los cuales se utilizan de acuerdo al tipo de llamada realizada por el usuario . Los libros son :

1- *Libro de Información* - Se utiliza "cuando el usuario que habla formula una pregunta concreta dejando claro el motivo de su necesidad". (31)

2- *Libro de Canalización* - Se utiliza "cuando el usuario requiere datos con respecto a alguna institución a la cual acudir por ayuda psicológica, pero sin

tener una noción concreta de lo que busca". (32) El terapeuta en esta situación debe hacer una evaluación rápida de acuerdo al motivo de la llamada y situación del usuario para que reciba la atención adecuada y precisa. Es importante especificar a que lugar fue referido así como las razones.

3- *Libro de Consulta* - Se utiliza cuando la persona que llama requiere ayuda psicológica, cabe mencionar que antes de brindar la ayuda debe investigar el terapeuta si no ha llamado anteriormente o si cuenta con ayuda de psicoterapia externa .

4- *Libro del Seguimiento* - Es aquel en donde se registran las llamadas de los usuarios que han llamado anteriormente los cuales tienen un número de registro, terapeuta y un expediente.

El Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana) es una alternativa fructífera y reconfortante para los habitantes de la Ciudad de México, debido al alto índice de tensión y a problemas actuales tanto culturales, políticos, económicos y sociales. Es un sistema de apoyo psicológico temprano que ayuda a reducir el desequilibrio emocional del hombre así como desajustes psíquicos y enfermedades mentales .

2.5 REQUISITOS DE INGRESO AL SISTEMA NACIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO 0

Los requisitos de ingreso al Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono están en función del criterio de la mesa directiva del sistema y de los reglamentos establecidos de cada universidad.

Solo se puede ser miembro del sistema si en el momento de ingreso se ha cubierto el 70% de créditos universitarios de la Licenciatura en Psicología, lo cual será avalado por la entrega de una copia de la última tira de materias cursadas.

La selección del personal sigue los siguientes pasos :

- Llenar una hoja de registro del sistema, en la cual se piden los datos generales del aspirante.

- Realizar un examen psicológico y psicométrico con los directivos del sistema .

- Realizar una entrevista individual durante el curso de capacitación previo.

- Entregar una carta compromiso que asegure su permanencia en el sistema por un mínimo de nueve meses, el tiempo es considerado a partir del inicio del curso de capacitación previa, el cual dura tres meses.

- Leer y enterarse del reglamento del sistema en donde el pasante de psicología se compromete a cumplirlo.

- Asistir al curso de capacitación previo con una duración de tres meses. El curso de capacitación se lleva a cabo el día viernes de las 18:00 horas a las 20:00 horas en el Auditorio de las instalaciones de la Cruz Roja Mexicana.

Una vez aceptado como miembro de SAPTEL si se va realizar Servicio Social se cubrirán tres guardias semanales cada una de cuatro horas .

En caso de realizar Practicas Profesionales, Tesis o Voluntariado se cubrirán dos guardias semanales cada una de cuatro horas.

Es importante destacar que durante el tiempo que se permanezca en SAPTEL Cruz Roja Mexicana se debe asistir al curso de capacitación continua, el cual se lleva a cabo todos los viernes de 18:00 a 20:00 horas.

Otro aspecto que debe cubrirse al formar parte de SAPTEL es recibir supervisión semanal en pequeño grupo por supervisores de la planta de psicólogos, psicoterapeutas y psicoanalistas de diferentes corrientes. Es importante destacar que todos los profesionales que brindan sus conocimientos y experiencias son especialistas no remunerados que participan de manera voluntaria.

El grupo de supervisión al que asiste el terapeuta de SAPTEL lo elige de acuerdo a su disposición de horario, zona de la ciudad y línea o corriente psicológica.

Como parte del sistema es importante la participación del terapeuta en alguno de los comités encargados de la operación interna y externa de SAPTEL. El comité se cubre dentro de los horarios de sus guardias o el día viernes de 18:00 a 20:00 horas

2.6 CASOS MÁS USUALES EN EL SISTEMA NACIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

Como se mencionó anteriormente el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), es un sistema que brinda apoyo psicológico a la comunidad mexicana, principalmente en estado de crisis o emergencia psicológica con el fin de evitar desequilibrios mentales y emocionales profundos permitiendo con ello ayudar al usuario a volver a su estado anterior a la crisis o en caso de no ser así buscar de acuerdo a su personalidad y necesidades soluciones más satisfactorias a la situación. Por lo anterior en este capítulo se explicará cuáles son los casos que se atienden con mayor frecuencia en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono, así mismo como el profesional de la salud mental puede abordar y manejar las diferentes situaciones que se le presenten.

Aunque muchos eventos productores de crisis, dinámicamente se encontrarán bajo los mismos términos o situaciones vitales más críticas conforme a Bellak se clasifican en tres grupos :

- 1) El grupo que abarca pérdida de autoestima.
- 2) Aquellos que involucran violencia y despiertan temores acerca de la propia vida, salud y sentido de sí mismo.
- 3) El grupo de pérdida del amor o de seres amados.

Entre los casos que se atienden con mayor frecuencia en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono se encuentran :

LA DEPRESIÓN

La depresión es el síntoma principal en más de la mitad de las personas que piden ayuda psicológica por teléfono. Conforme a Bellak " la depresión es casi sinónimo de desgracia, con frecuencia existe la posibilidad de un suicidio, en cuyo caso el resultado del tratamiento literalmente, son asuntos de vida o muerte, la intervención rápida (Psicoterapia de Urgencia), tiene entonces un papel crucial en el cuidado y tratamiento de los pacientes depresivos ". (33)

Antes de iniciar el tratamiento es de suma importancia valorar en el paciente el nivel o grado de depresión, es decir, el terapeuta debe detectar cuando la depresión es una reacción a tensiones de una enfermedad o situación que es normal que causen cierto nivel de depresión (muerte de un familiar, sida, cáncer etc.) a casos en que los síntomas depresivos se vuelven graves e interfieren en las actividades diarias del paciente, en su adaptación a su medio ambiente, en donde su funcionamiento se encuentra totalmente exacerbado.

Bellak propone que durante el tratamiento en psicoterapia breve y de urgencia en la depresión es importante localizar la presencia y el grado de diez factores en el paciente con el fin de buscar los denominadores

comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas. Los factores que menciona son:

1- PROBLEMAS DE AUTOESTIMA

En este punto se debe explorar la historia personal del paciente con respecto a su autoestima o falta de ella (introyecciones, traumas, defectos, nivel de aspiración) para relacionar posibles denominadores entre la historia pasada y los eventos precipitantes presentes con propósitos de interpretación, insight y translaboración con el fin de señalar las áreas en la vida del paciente que sean consonantes con una autoestima alta y las razones para ello.

En los problemas de autoestima se debe manejar la agresión del paciente que tiene contra sí mismo a través de la examinación de introyecciones y constituyentes del Super Yo e interpretarlos. Finalmente se debe examinar con detalle los ideales del Yo, el nivel de aspiración y la firmeza de las defensas del paciente en un intento por parte del terapeuta de reducir la diferencia entre las expectativas irrealizables del paciente y su realidad.

2 - SUPER YO SEVERO

Se debe explorar a través de la comprensión que componentes hacen que la agresión se desvíe contra el propio paciente. El tratamiento debe incluir la exploración del Super Yo, sus elementos, sus manifestaciones y su situación actual mediante la utilización de la catarsis alentando con ello al paciente a expresar sus sentimientos y señalarle la negación de éstos.

Se debe examinar también cualquier proyección dentro de la situación transferencial.

3- INTRAAGRESION

El tratamiento se debe alcanzar mediante el estudio de la historia personal y sucesos precipitantes actuales para comprender quién pudo haber sido el objeto primario de agresión en el pasado y quién lo es actualmente para saber a que objeto se dirigió y se dirige la agresión debido a desilusiones y engaños previos, lo cual ayuda a que el paciente tome conciencia de que los objetos actuales que le causaron su trauma al igual que los objetos primarios se han distorsionado en forma aperceptiva a través de sus experiencias con el objeto pasado.

Debido que durante la depresión existen diferencias entre el ideal del yo y el sentido de sí mismo, es importante tomarlo en cuenta ya que representa un papel importante en la intragresión.

4- SENTIMIENTO DE PÉRDIDA

El sentimiento de pérdida se debe examinar a través de la historia personal y de las pérdidas tempranas (de amor, de objeto amoroso, de parte de sí mismo, de posesiones y de autoestima) del paciente. Se debe examinar las pérdidas actuales, en particular las relaciones excesivas pasivo-dependientes porque facilitan un sentimiento de desilusión, con el fin de ayudar al paciente a obtener insight a través de la translaboración de traumas pasados con los actuales.

Cabe destacar que es importante prestar atención a la necesidad de amor específicamente en la situación transferencial.

5- SENTIMIENTO DE DESILUSIÓN

En el sentimiento de desilusión se debe investigar eventos previos que se relacionen con tal sentimiento, principalmente con los objetos amorosos para establecer los comunes denominadores con los sentimientos actuales de desilusión para que el paciente pueda llegar a la interpretación, insight y translaboración. El terapeuta debe manejar el enojo en contra de los objetos de amor del paciente que causaron desilusión.

6- SENTIMIENTO DE ENGAÑO

Durante este punto se debe investigar los engaños previos ya que con frecuencia las personas que son engañadas presentan rasgos paranoides, lo cual puede causar en el paciente deprimido dificultad para establecer relaciones objetales estables y duraderas. La relación transferencial en el paciente deprimido suele ser en su mayoría frágil.

7- ORALIDAD Y HAMBRE DE ESTIMULO

La Oralidad y hambre de estímulo son dos factores principales que causan gran daño en la depresión, es importante detectarlos y manejarlos adecuadamente creando en el paciente conciencia, ya que no solo busca gran necesidad de amor sino también estimulación excesiva y contacto humano debido al gran vacío que presenta.

8- NARCISISMO

Los pacientes deprimidos debido a su autoestima exacerbada y a su deterioro en sus sentimientos de ser amado suele buscar sobrestimulación o subestimación de nutrimentos narcisistas en la mayoría de los casos de forma patológica con el único objetivo de llenar su vacío emocional, el cual con frecuencia lo percibe como externo. En este punto el terapeuta debe prestar especial atención a la educación y planificación de vida del paciente, el cual debe aprender a reconocer las señales de desilusión y disminución para protegerse contra la decepción después de experiencias muy gratificantes.

9- LA NEGACIÓN

La negación es el mecanismo de defensa más importante en la depresión, con frecuencia los pacientes suelen negar el evento traumático, por lo cual es importante que el terapeuta ayude al paciente a expresar sus sentimientos y emociones hacia la persona, objeto o situación que precipitó la depresión actual así como en contra de los introyectos relacionados.

10- RELACIONES OBJETALES

Bellak menciona que durante la psicoterapia de urgencia son más importantes los nueve puntos anteriores que las relaciones objetales ya que por lo general este punto suele utilizarse con mayor frecuencia en psicoanálisis, no obstante es importante tomarlo en cuenta pero sin llegar a poner demasiado énfasis.

Las relaciones objetales se deben examinar a través de la historia personal del paciente. Los pacientes deprimidos suelen ser personas con naturaleza anaclítica, con un apego oral predominante así como con una gran necesidad de satisfacer y complacer al otro, con inherentes condiciones para fracasar. Debido a esto el terapeuta desde un principio tiene que prevenir al paciente que durante el tratamiento puede decepcionarse con facilidad y tratar de interrumpirlo. El terapeuta debe ayudar al paciente a anticipar y translaborar la separación, la desilusión e ira desde la primera sesión para evitar la amenaza del trabajo terapéutico.

Respecto a las relaciones objetales conforme a Bellak es poco probable que en realidad se afecten los problemas estructurales para producir un cambio, no obstante se puede y debe manejar los problemas dinámicos para lograr un efecto terapéutico satisfactorio.

Después de haber valorado los diez factores, Bellak menciona " que es necesario formular un plan general de tratamiento en términos de la dinámica y estructura de la condición así como un plan individual para los métodos y áreas de intervención adecuados para el paciente en particular ". (34)

SUCIDIO

El suicidio es el acto de privarse de la vida de manera voluntaria. El suicidio puede ser consecuencia de una situación a la que no se le ve

salida, de un estado de angustia y de desesperación, de enfermedad crónica etc.

O. Fenichel menciona que el suicidio " Es la única salida que una persona encuentra para liberarse de ese tirano que le hace sentir culpable, carente de valor y no merecedor de una vida feliz " (Campillo 1975)

El acto suicida implica diferentes niveles, los cuales son : La ideación, la planeación, el intento y finalmente la destrucción de sí mismo.

Bellak menciona que " un factor que debe tomar en cuenta cuando se evalúa el riesgo suicida es, *el concepto de muerte que tiene el individuo*. De manera sorprendente el concepto de muerte varia notablemente. Muchas personas principalmente con una gran cantidad de oralidad, parecen tener la idea de que la muerte es un sueño, concepto muy adecuado a la triada oral de Lewin, el deseo de dormir, devorar y ser devorado ". (35)

Conforme a Slaikou, " la primera ayuda psicológica durante un acto suicida incluye la estimación de que la persona esté o no trastornada, desesperada o desorganizada y por tanto el suicidio pueda ser el resultado final de la crisis ". (36)

Debido a que un acto suicida implica gran controversia en muchos ámbitos (salud, social, religioso, legal etc) varios autores han llegado a un consenso sobre la literatura del suicidio sobre lo siguiente :

1- Hay muchas razones para un acto suicida: Petición de ayuda, intento de manipular a otros, resultado de episodios psicóticos, informe político, desesperación e impotencia al hacer frente a los problemas insuperables de la vida o un final razonado al sufrimiento físico o emocional.

2- El deseo de morir o terminar con nuestra vida por lo general esta dentro de una red de sentimientos ambivalentes.

3- La mayoría de la gente es suicida en potencia por solo un periodo de tiempo breve por lo que la intervención o ayuda psicológica en crisis se dirige a conseguir que la gente posponga decisiones Irrevocables hasta que se pueda encontrar otra salida para la situación.

4- La mayoría de la gente que se suicida ofrece alguna advertencia o indicio a su intención antes de consumir el acto.

5- El peligro de la vida humana es más alto cuando alguien en crisis tiene un plan mortal y los medios para llevarlo acabo.

6- El propósito en muchas ocasiones por salvar la vida invalida la lealtad total de confidencia ya que en casos extremos se necesita de la ayuda de otros profesionales así como la de informar a los familiares o autoridades con el fin de prevenir el hecho.

7- " Cuando el riesgos son de vida o muerte, tiene especial importancia que los ayudantes: a) Sean Conscientes de sus propios sentimientos y actitudes sobre la muerte y acto suicida, b) estén dispuestos a consultar a

sus colaboradores o supervisores sobre lo oportuno de cualquier medida directiva tomada y c) estén preparados para enfrentarse al "fracaso", esto es, el suicidio consumado del paciente ". (37)

8- Es muy importante que el terapeuta desarrolle una red de apoyo de colegas para compartir decisiones que se tengan que hacer durante la intervención en crisis así como para enfrentar los sentimientos profundos generados por el trabajo en la intervención del suicidio.

9) El terapeuta al notar que los signos de amenaza por parte del paciente aumentan debe efectuar una investigación honesta y aclarar los significados. Una táctica útil al comenzar, es utilizar términos o palabras mencionadas por el propio paciente, por ejemplo:

"Dijo que sentía que ya no podía más", dígame que quiere decir con eso. En caso en que el paciente muestre resistencia al hablar sobre su ideación suicida se le debe preguntar de manera directa, por ejemplo : "¿ Esta pensando en suicidarse o herirse ? ". (38)

Conforme a Slaikeu " la estimación del riesgo suicida, sea por línea telefónica de urgencia, en la sala de un hospital u oficina debe incluir tres variables claves: El plan, la historia de intentos previos y la disposición para hacer uso por parte del paciente de ayudantes externos en casos en donde el suicidio parece inminente ". (39)

MEDIDAS DE ACCIÓN EN CASO DE SUICIDIO

De acuerdo a Slaikeu, *si la mortalidad se juzga baja* porque el paciente niega un plan, intentos previos y aislamiento, entonces el enfoque del ayudante consiste en platicar sobre el problema, ofrecer apoyo emocional y sugerir ayuda externa adicional como referirlo a asesoría, extraer los sentimientos ambivalentes de la persona en crisis y explorar alternativas para necesidades inmediatas y posteriores. Es importante establecer un convenio para especificar que la persona recontactará con el terapeuta ya que puede presentarse algún cambio en la situación, como el aumento de la depresión y desesperanza que conduzcan al paciente a pensamientos suicidas más específicos. El terapeuta debe estar disponible por teléfono o gestionar un acuerdo en el que el paciente hará uso de los amigos cercanos, familia u otros recursos en los próximos días, si lo necesita.

Cuando la mortalidad es alta, el terapeuta debe dejar la neutralidad y tomar una actitud directiva gradual dependiendo de la personalidad de cada paciente. Puede hacer el intento por convenir lo siguiente : Que el paciente no cometa el suicidio en los próximos días, librarse de los medios mortales por el momento, no permanecer solo y la promesa de llamar al ayudante si las cosas empeoran.

' El propósito es ganar tiempo, posponer decisiones irrevocables y finales y tomar cualquier paso que sea necesario para dispersar las crisis de los pacientes que atentan contra la vida humana". (40)

En caso de que el paciente se niegue o no pueda hacer estas promesas entonces es necesario informar a sus familiares, amigos o las autoridades pertinentes.

En casos extremos * cuando la mortalidad es muy elevada y la cooperación en el servicio de autoprotección no es próximo, es necesaria la hospitalización involuntaria, cuando esto ocurre, es importante que la hospitalización se lleve a cabo según la ley local y que a los miembros de la familia se les ayude a enfrentar las implicaciones negativas relacionadas con la misma *(41)

Gómez del Campo (1992), plantea cinco principios básicos para el tratamiento en la prevención del suicidio. Las etapas son:

1- *ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN*- Consiste en mantener el contacto con el paciente y obtener información, el hecho de realizar el paciente contacto indica que desea recibir ayuda. La meta es obtener información para poder evaluar el peligro potencial.

2- *IDENTIFICACIÓN Y CLARIFICACIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL* - La persona suicida por lo general presenta confusión, caos y desorientación, el terapeuta debe ubicarlo en el problema central y ayudarlo a buscar otra solución.

3- *EVALUACIÓN DEL POTENCIAL SUICIDA*- Se refiere al grado de probabilidad en que la persona se comporte en manera autodestructiva

en el futuro inmediato o relativamente cercano conforme a la evaluación de los siguientes criterios :

a) SEXO Y EDAD - Debido a que la tasa de suicidio aumenta con la edad ,es más frecuente en los hombres que las mujeres, esto proporciona un marco de referencia para evaluar el potencial suicida.

b) ESTRATEGIA O PLAN - Deben considerarse tres aspectos :

- Que tan letal es el método
- Disponibilidad de los medios
- Especificidad de los detalles

Conforme a estos aspectos el terapeuta evaluará que tan letal es el plan y actuar conforme a él para contrarrestar las consecuencias

c) GRAVEDAD DEL EVENTO PRECIPITANTE- Se explora cuando se le pregunta al paciente ¿Porque llama o viene en esta ocasión ? .El evento debe evaluarse según los criterios de cada persona.

d) SÍNTOMAS- La sintomatología suicida puede deberse a varias alteraciones psicológicas, las más frecuentes son : La depresión, psicosis, aislamiento y agitación.

e) RECURSOS - Determinan en gran medida si el paciente vivirá o no. El terapeuta debe detectar a quien puede recurrir durante la crisis suicidas. Puede ser un familiar, amigo etc.

f) **ESTILO DE VIDA**- Se refiere a la estabilidad de su existencia lo cual permite detectar si el acto suicida es agudo o crónico conforme a esto el terapeuta va actuar.

g) **ASPECTOS DE COMUNICACIÓN** - Consiste en averiguar si la persona mantiene contacto con otras personas ya que en caso que no sea así indica una situación alarmante en donde la persona ha agotado todos sus recursos lo cual disminuye la posibilidad de rescate.

h) **SITUACIÓN MÉDICA**- Investigarla por parte por el terapeuta implica información para evaluar el potencial suicida.

4- EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS DE AL PERSONA- Consiste en evaluar las fuerzas y los recursos de la propia persona, el primer indicio puede provenir de su actitud ante el terapeuta, si la relación se establece y la persona es capaz de responder a la intervención, indica que es muy probable que la situación se resuelva sin necesidad de recurrir a otros medios.

5- MOVILIZACIÓN DE RECURSOS Y TRATAMIENTO- Los casos de mayor potencial suicida requerirán de mayor ayuda por parte del terapeuta y en caso necesario de otros medios sin embargo esto dependerá de cada persona, no obstante la mayoría de los casos suelen resolverse por medio de los procedimientos ordinarios del servicio en casos de crisis o por canalización a otra institución sea pública o privada .

Cabe destacar que en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL CRUZ ROJA MEXICANA), la intervención llevada

acabo en caso de suicidio tiene algunos aspectos de limitación que hace que se pierda información en cuanto a la conducta, la presencia física de la persona y el lenguaje corporal con respecto al paciente, no obstante la intervención se da poniendo mayor énfasis al tono de voz, a los silencios y al volumen de lo que dice el paciente.

Conforme a los lineamientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono al brindar ayuda psicológica en caso de suicidio se debe poner mucha atención a la llamada, concentrarse en el momento y actuar de manera directiva al hacer uso de interpretaciones o sugerencias debido a que la persona que está llamando está sufriendo y quizás pidiendo una última oportunidad para vivir.

De acuerdo a Georgina Loza (1995), cuando se detecte que el paciente muestra conductas suicidas, es importante no perder la comunicación, mantenerlo en la línea, preguntándole, promoviendo la descarga de sus emociones y agresión, sirviendo en este caso el terapeuta como contenedor de toda su rabia, ya que estos sentimientos son los que están orillando al paciente al suicidio.

El terapeuta no debe perder la concentración, debe darle al paciente juicio de realidad para ubicarlo, ya que todo acto suicida carece de éste. El terapeuta junto con el paciente debe buscar otras soluciones y hablar sobre las ideas de que existe un mañana para que el paciente lo sepa y trate de pensarlo para disiparlo por el momento del acto. Es importante tener una postura positiva con el paciente al hablar de su parte de deseo de vivir, enfocado al hecho de que llamado para pedir ayuda, lo que indica que posee ciertas ganas de vivir y superar la crisis.

Aunque existe literatura sobre como manejar el suicidio por vía telefónica el terapeuta debe de ser flexible y utilizar las técnicas o los pasos de manera indistinta donde el objetivo final es ayudar al paciente a que predomine durante el acto su parte de vida más que el de muerte.

ANGUSTIA

De acuerdo a Bellak, la angustia suele presentarse de varias maneras distintas en los pacientes. Los tres tipos principales son :

A) Angustia Endógena- Se caracteriza por ser una sensación interna, subjetiva, de temor, implica en general manifestaciones somáticas externas como: dificultad para respirar, palpitations, ruborización etc. Existe el temor de que algo espantoso va suceder como la muerte inminente, un desastre o el "estarse volviendo loco" La causa de la angustia es desconocida para el paciente, se forma de acuerdo a sus experiencias pasadas e historia personal.

b) Angustia Exógena- Es la que se precipita a causa de un suceso externo

c) Angustia Mixta- " Se utiliza para referirse específicamente a la angustia producida por drogas. Es mixta porque se sabe, por un lado que droga la causó, por otro, que está proporcionó la posibilidad del surgimiento de fantasías únicas de la personalidad del paciente. Por ello

estas fantasías o sentimientos, son tanto endógenos como exógenos".
(42)

Bellak menciona que el manejo de la angustia y / o ansiedad debido a que utiliza el término de manera indistinta debe tratarse mediante diez factores, los cuales son :

1- ESTABLECER LA CAUSA INCONSCIENTE DE LA ANGUSTIA ENDÓGENA

En este punto, lo principal es detectar la causa que produce la angustia en base a la dinámica particular del paciente.

Las causas principales por las que se presenta este tipo de angustia pueden ser por :

- Temor a perder el control de los impulsos ya sean de naturaleza agresiva o sexual

- Reacciones de aniversario

- Ansiedad de separación, en especial en individuos con relaciones simbióticas

- Por el uso de drogas o fármacos

- Reacciones a un super yo severo, en respuesta a crecientes sentimientos y conductas de tipo agresivo o sexual

-Disminución repentina de autoestima

-Despersonalización o Desrealización debido a sucesos traumáticos graves

2- CONTINUIDAD ENTRE ANGUSTIA INMEDIATA, FACTORES PRECIPITANTES E HISTORIA PERSONAL

Este punto conforme a Bellak consiste en demostrarle al paciente de manera clara, una continuidad entre la angustia inmediata, los factores precipitantes y su historia personal del paciente para darle cierto sentimiento de control sobre lo que parece aterrador.

3- EXPLICACIÓN INTELECTUAL

Una explicación intelectual aunque no ayuda bastante sirve como un efecto tranquilizador para el paciente.

4- ANGUSTIA EXÓGENA

El principal aspecto que se debe considerar en esencia es comprender el significado inconsciente que tiene el suceso externo para ese paciente en particular.

5- CONVERTIR LA ANGUSTIA EXÓGENA EN ENDÓGENA

Con el fin de que el paciente logre entender porque la angustia exógena le causa conflicto y perturbación mental, el terapeuta debe

ayudar al paciente a que se de cuenta de que la angustia se debe a algo interno, para lograr que dicha angustia se vuelva egodistónica se debe evaluar dentro del contexto de historia personal y conjunto idiosincrático del paciente.

6- ANGUSTIA ENDÓGENA COMO PARTE DE UNA PSICOSIS INCIPIENTE

En este punto la primera maniobra terapéutica conforme a Bellak será mostrarle continuidad al paciente entre su temor y la circunstancias o experiencias precipitantes lo cual le ayudara a calmarse y a sentir que no está perdiendo el control.

7- ESTAR A LA COMPLETA DISPOSICIÓN DEL PACIENTE

Es una norma que el terapeuta debe seguir en un estado de angustia o cualquier otra situación brindar ayuda al paciente, debido a que durante un estado de crisis se siente en todos los sentidos indefenso e impotente como un niño. El terapeuta debe escuchar al paciente un rato hasta que logre descubrir la naturaleza de su estado para realizar una intervención adecuada conforme al ambiente del paciente y su disponibilidad con otras personas.

8- PROVEER UNA ESTRUCTURA

Debido a que un estado de angustia causa desequilibrio en el paciente, es útil brindar cualquier estructura por parte del terapeuta durante la intervención. La estructura se puede dar a través de la toma de

conciencia, de señales o indicios que suelen iniciar la angustia para poder anticiparla y evitarla, con el objetivo de que el paciente logre cierto control sobre su angustia manejándole que dicha angustia tiene conexiones causales y que no se debe a experiencias de una fuerza extraña.

9- INTERPRETAR LA NEGACIÓN

El terapeuta debe estar alerta por si se presenta la negación y represión para interferir de manera activa en caso de que se presenten de manera excesiva, señalando al paciente cuando se presentan para que con ello tome conciencia.

10- UTILIZAR CATARSIS

La catarsis se utiliza como un medio para que el paciente logre expresar sus afectos, sentimientos e ideación relacionada con la angustia. El procedimiento permite evaluar su contenido dinámico y forma de temor, para ayudarlo a descargar su tensión de angustia para que posteriormente sea receptivo a la intervención terapéutica.

De acuerdo a Bellak el impulso comprensible cuando se trata con alguien que sufre el impacto de una experiencia traumática es importante como terapeuta enfocarse al suceso inmediato, dentro del contexto de vida y significado que el suceso tiene para el paciente.

Es importante que el terapeuta conforme a la situación traumática que vive el paciente (muerte de algún familiar, enfermedad grave, violación,

asalto etc) tenga tacto, comprensión y apoyo emocional hacia el paciente por lo menos al principio.

Bellak propone que durante la intervención en crisis de sucesos catastróficos deben seguirse tres puntos principales:

1- CATARSIS- La utilización de la catarsis representa un papel significativo, ayuda al paciente a descargar sus emociones, ira, tristeza, sentimientos de culpa entre otras emociones, al revivir el suceso para evitar la negación o represión al expresar el suceso de una manera correcta sin llegar a perder el equilibrio.

2- SIGNIFICADO ESPECIFICO DEL SUCESO- Cualquiera que sea la crisis que lleve al paciente a pedir ayuda, es importante que el terapeuta explore como tal hecho o situación ha afectado la situación vital del paciente así como cual es el significado que le ha dado. Aunque un tipo específico de crisis produce un patrón único de respuesta cabe mencionar que para cada persona involucra diferentes aspectos en su vida psicosocial, el terapeuta debe utilizar un marco de referencia común y ser flexible para adaptarse e incorporar las respuestas individuales de cada paciente.

3- EXPLORACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD Y CULPA -En cada caso es importante descubrir cuales son los sentimientos inconscientes del paciente ya que pueden involucrar erróneamente responsabilidad y culpa en respuesta al evento catastrófico.

A continuación se mencionará de manera breve como se puede intervenir en situaciones de enfermedad física, duelo, violación, asalto robo y pérdida del empleo. Aunque no son casos frecuentes en el Sistema Nacional de Apoyo psicológico por Teléfono actualmente se han incrementado en la sociedad debido a la situación económica, política y social del país, por lo cual considero que es de suma importancia saber como intervenir en estos casos.

ENFERMEDAD FÍSICA

Aunque en SAPTEL el motivo de consulta por enfermedad es mínimo es importante destacarlo debido a que actualmente enfermedades como el sida, cáncer entre otras enfermedades se han ido incrementado considerablemente en nuestro país, por lo cual considero que como terapeuta en un servicio de apoyo psicológico abierto en situaciones de crisis y emergencia psicológica se debe tener por lo menos el conocimiento.

Desde el punto de vista de intervención en crisis, conforme a Slakeiu "la enfermedad física y lesiones son sucesos que desafían la habilidad del individuo y de la familia para enfrentarlos y adaptarse "(43). La enfermedad física con frecuencia implican pérdida, desafío e incluso amenaza contra la propia vida, por lo cual al intervenir como terapeuta en una situación de enfermedad es importante tomar en cuenta como el paciente interpreta su autoimagen, el significado que la enfermedad tiene para él, la nueva estructura y adaptación en su vida principalmente en el

uso efectivo de la negación, al desarrollo de estrategias de enfrentamiento, comprensión, consecuencias, aceptación y limitaciones del diagnóstico.

La enfermedad también implica confrontación en la amenaza de desfiguración y funcionamiento del cuerpo y finalmente muerte por lo cual el terapeuta debe tener el conocimiento de que estos aspectos implican intensos sentimientos de desamparo, dependencia y degradación.

DUELO

Un duelo * es una crisis, involucra experimentar e introyectar una pérdida, aunque no necesariamente con una desorganización e incapacidad graves para enfrentarla " (44)

Bellak menciona * que la muerte de un ser amado es una catástrofe grave en una gran variedad de formas. Es una pérdida que interrumpe la continuidad de la propia vida, es decir, la base esencial del funcionamiento diario" (45). La persona en duelo con frecuencia rompe la red social, económica y emocional. En la intervención terapéutica las áreas que se deben explorar son : La reacción del paciente a la pérdida del objeto, el significado particular en la relación objetal con quien se ha ido, las reacciones del super yo, los sentimientos de pérdida, desilusión, ira e impotencia.

Para Slaikou * el proceso de intervención pretende primero que todo, facilitar el proceso de duelo que es un paso para tener en cuenta las variaciones individuales y la adaptación a las costumbres psicosociales y expectativas. El objetivo es completar el proceso de duelo, con un sentido de ayuda, equilibrio restaurado y franqueza para enfrentar el futuro adaptando al paciente a la realidad de modo que la persona pueda asimilar la situación'. (46)

VIOLACIÓN

La intervención en crisis temprana en caso de violación es crítica para el bienestar futuro de la víctima, por lo cual debe tomarse muy en cuenta. Aunque en SAPTEL suele haber llamadas esporádicas de violación o intento de violación debido a que en nuestro país existen agencias especializadas que brindan ayuda médica, psicológica y legal, no está de menos saber como intervenir en un principio en caso necesario para después canalizar al paciente a la institución especializada correspondiente.

* En la actualidad la violación es un acto que se considera como un delito criminal, no sólo como un acto de naturaleza sexual". (47)

Bellak menciona que cualquier evento traumático (violación), tiene explorarse en relación a la personalidad, historia personal y significado que tiene para el paciente, lo cual le ayudará a translaborar la situación.

En términos de la teoría de la crisis Slakleu menciona que " un acto de violación es un suceso que implica diversas manifestaciones psicológicas que conducen a trastornos y desorganización así como a una crisis abierta que implica sentimiento de culpa, ira, ultraje, impotencia y angustia ". (48)

Varon y Kilpatrick (1983), mencionan que el miedo principal es sufrir una lesión, ser asesinada, perder el control y la sensación de humillación personal son los aspectos más sobresalientes sobre el acto de violación.

Bellak menciona que para la intervención en un caso de violación el terapeuta debe dar apoyo a las preocupaciones acerca de la difusión del acto, de un posible embarazo, enfermedades venéreas, la cuestión legal de denunciar el hecho, sentimientos y significado por parte de la víctima mediante una exploración lo cual ayudará a resolver la situación.

ASALTO Y ROBO

Son dos aspectos que actualmente en nuestro país se han incrementado debido a la crisis económica, desempleo e inseguridad pública del país. En caso de asalto y robo, el terapeuta de acuerdo con Bellak debe explorar principalmente el significado del acto bajo la luz de la historia y personalidad del paciente, ya que esto determinara en gran medida el impacto y la naturaleza de la respuesta al evento traumático, al juicio defectuoso y a otros factores que involucren motivación inconsciente durante el delito.

PERDIDA DEL EMPLEO

La pérdida del empleo implica en el individuo desorganización, desajuste emocional y en algunos casos crisis psicológicas.

La pérdida del empleo es un aspecto fundamental en nuestro país de acuerdo a mi experiencia durante la realización del servicio social en SAPTEL pude constatar que cada día después de que se dio a conocer la crisis económica actual se incremento el número de llamadas respecto este punto, causando a la mayoría de pacientes crisis y emergencias psicológicas con un nivel alto de ansiedad.

Para Bellak la pérdida del empleo involucra mucho más que una amenaza económica, significa cierto rol, una identidad y un lugar dentro de cierta jerarquía así como pérdida de relaciones sociales acostumbradas.

Por tal razón " la dinámica se debe discutir bajo la depresión relacionada con la pérdida, el significado que tiene para el paciente, la disminución de la autoestima, la ira y la decepción que se engendra junto con estos sentimientos"(49). " El terapeuta en general debe ayudar al paciente a estructurar y manejar la pérdida y su nuevo horario, dependiendo en gran medida de las necesidades del paciente, alentándolo a buscar otro empleo conforme a sus capacidades así como el establecimiento de un nuevo o diferente aspecto a su identidad a través de actividades diversas y placenteras". (50)

CAPITULO TERCERO

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Para explicar la Intervención en Crisis primero se debe comprender que es una crisis y cuales son sus tipos para con ello saber como la intervención adecuada durante una situación de crisis es esencial para el bienestar emocional y el equilibrio del individuo.

3.1 DEFINICIÓN DE CRISIS

De acuerdo a Slaikeu una crisis " es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo ". (51)

Caplán (1964) define a la crisis como una autolimitación que dura de cuatro a seis semanas. " Es un periodo transicional que representa tanto peligro de aumentar la vulnerabilidad psicológica como una oportunidad para enriquecer la personalidad ". (52)

De acuerdo a Caplan una crisis es una autolimitación que causa deterioro psíquico, tensión interna, ansiedad e impotencia. Se caracteriza por un colapso en la capacidad del individuo para resolver problemas y actuar, generalmente se presenta una desorganización extrema que si no se interviene oportunamente puede conducir a un deterioro psíquico,

desequilibrio o trastorno emocional, dependiendo de la severidad e intensidad del suceso que la este precipitando, de los recursos personales y de los recursos sociales con los que cuente en ese momento el individuo se presentará un desemboque o deterioro de problemas psicológicos subsecuentes. Sin embargo cabe destacar que el concepto de crisis también tiene un sentido positivo, ya que por un lado significa peligro y por otro representa una oportunidad para hacer una mejor reintegración logrando con ello cambios positivos .

La presencia de una crisis suele presentar un ambiente diferente para que la persona asimile sus conflictos de modo que su salud mental se encuentre en mejores condiciones. Cabe señalar que existen personas que con su fortaleza yoica y apoyos sociales logran elaborar este proceso de manera favorable sin ayuda profesional.

El sistema Nacional de Apoyo Psicológico define a la crisis como " Una ruptura del equilibrio, una manifestación profunda de un sentimiento, exacerbación de un problema, por lo cual se requiere de una intervención inmediata " (53)

Vianey (1976) define a la crisis como una parte del desarrollo normal del ser humano, por lo cual se debe enfatizar en lo positivo mas que en los mecanismos de defensa negativos proponiendo soluciones para crecer.

Conforme a lo anterior se puede decir que una crisis es una desorganización extrema que lleva a la reorganización, al cambio y a la decisión ya sea de manera negativa o positiva para la persona que la presenta como a sus familiares, amigos, ambiente laboral y social.

3.2 TIPOS DE CRISIS

Durante la vida de un individuo suele presentarse tres tipos de crisis, los cuales son:

a) CRISIS CIRCUNSTANCIALES

Las crisis circunstanciales son accidentales e inesperadas, el rasgo más sobresaliente es que se apoyan en algún factor ambiental. La característica principal es que son precipitantes e impredecibles, tienen poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de desarrollo en el curso de la vida. Entre las crisis circunstanciales encontramos los desastres naturales, los ataques físicos, accidentes, muerte de un familiar etc.

Las características principales de las crisis circunstanciales son:

- a) Es espontánea, afecta repentinamente.
- b) Es inesperada, no se puede prevenir o estar preparado para recibirla
- c) Tiene calidad de urgencia, amenaza el bienestar físico y el psicológico, requiere de atención inmediata.
- d) Suele presentar gran impacto en un periodo breve de tiempo ya sea a un individuo o a una comunidad completa.

e) Es un peligro pero al mismo tiempo suele ser una oportunidad que brinda una reorganización.

b) CRISIS DE DESARROLLO

La crisis de desarrollo son aquellas que se presentan en el cambio de una etapa de crecimiento a otra, surgen desde el inicio de la vida hasta la muerte. Cada etapa se relaciona el crecimiento y con los procesos de maduración, por tanto cuando se presenta una interferencia en su realización es probable que se presente una crisis.

La presencia de una crisis durante el desarrollo implica un proceso de maduración, desorganización y crecimiento personal.

c) CRISIS EMOCIONALES

Por crisis emocional conforme al Manual de Procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico se entiende : " Una respuesta sistémica del individuo a un desequilibrio psicodinámico íntimamente relacionado con procesos del mundo interno inconsciente ". (54)

Las características generales de las Crisis Emocionales son:

a) Presencia de una angustia extrema que puede invadir todas las áreas de funcionamiento de la persona, lo cual la lleva utilizar mecanismos regresivos de adaptación.

b) Incapacidad para visualizar alternativas

c) Disfunción conductual e intelectual

d) En ocasiones suelo presentarse síntomas somáticos o de conducta

Los factores predisponentes para que se presente una crisis emocional conforme al Manual del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono van a depender de las características psicológicas y particulares de cada individuo, sin embargo a grandes rasgos se puede mencionar que se presentan por :

a) Cambios o pérdidas ya sea de objetos internos o externos

b) Agresiones injustificadas provenientes del mundo exterior

c) La confrontación irrefutable con una realidad que no desea reconocer

d) El fracaso y la frustración

3.3 ANTECEDENTES DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

El origen de la Intervención en crisis se remonta a los trabajos realizados por Eric Lindemann y colaboradores, a partir del incendio registrado en el centro nocturno Coconut Grove en Boston, el 28 de Noviembre de 1942.

Para Lindemann en su experiencia al trabajar con el dolor que sufrían los sobrevivientes del incendio concluyó que sería beneficioso construir un

marco conceptual en torno al concepto de Crisis Emocional. Postulo que en cada una de las situaciones emocionales se genera y experimenta tensión, se presenta una serie de mecanismos adaptativos que llevan al manejo exitoso de la situación o bien al fracaso con un deterioro más o menos funcional.

El marco teórico de Lindemann fue la piedra angular que condujo al desarrollo de técnicas de Intervención en Crisis. En 1946 junto con Caplan estableció un programa de Salud Mental para la comunidad alrededor de Harvard, el cual se llamó proyecto Wellesley.

A finales de los años cuarenta la intervención en crisis tuvo un enfoque preventivo de psicopatologías .

En el área de salud pública la prevención en situaciones de crisis puede tomar tres formas (Blom 1977, Caplan 1964) :

La prevención primaria, dirigida a reducir la incidencia de trastornos, *la prevención secundaria*, reduce los efectos dañinos de los sucesos ocurridos, y *la prevención terciaria*, repara el daño hecho después de que el suceso original se ha presentado.

Es a partir de los años de 1960 y 1970 cuando los programas de intervención en crisis cobran un mayor auge en el área de salud mental al igual que en la literatura sobre este tema.

Cabe destacar que la investigación y el fomento de la Intervención en Crisis han ido surgiendo y multiplicándose no solo en los Estados Unidos

sino también en otros países incluyendo a México, debido a que los programas de salud mental reconocen el valor de estos servicios y la necesidad de proporcionar un servicio eficiente y amplio para la comunidad o personas que lo necesitan procurando el bienestar y equilibrio mental.

3.4 DEFINICIÓN DE LA TEORÍA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

La Intervención en Crisis se deriva de la psicoterapia breve. Es un tratamiento de carácter directo, con una duración de una a seis semanas. (Caplan, 1964).

La Teoría de la Intervención en Crisis de acuerdo a Slaikeu se define como :

* Un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia 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 ". (55)

" En la Intervención en Crisis la meta principal es restaurar al paciente al estado precrítico sin hacer ningún intento para obtener un mayor nivel de resolución y funcionamiento. Resulta claro que en el proceso de resolver una situación en particular, con frecuencia los pacientes, aun dentro de la terapia más breve, alcanzan, en general, un nivel superior de solución de problemas y también tienen la ventaja de haber adquirido cierta fortaleza por haber

sobrevivido a una situación particular, que lo proveerá de cierta inmunidad para el futuro ". (56)

La Intervención en Crisis de acuerdo a Slaikou se divide en :

1- Intervención de primer Orden, actualmente denominada Primera Ayuda Psicológica.

2- Intervención de Segundo Orden, la cual es el principio primordial de la Terapia en Crisis.

3.5 PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA (Intervención de primer orden)

La primera ayuda psicológica debe brindarse de inmediato durante los primeros minutos u horas después de la crisis, puede proporcionarse por un gran número de asistentes comunitarios o cualquier otra persona que se encuentre en el lugar de la crisis.

La Intervención de primer orden es breve, casi siempre es de una sesión. El objetivo principal de la primera intervención es restablecer el enfrentamiento inmediato, así como ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, esto incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación para iniciar el proceso de solución del problema (R.S Lazarus, 1980).

Existen tres puntos en la primera ayuda psicológica :

El primero es proporcionar apoyo, descansa sobre la premisa de que es mejor para la persona no estar a solas al soportar preocupaciones extraordinariamente agobiantes. Uno de los aspectos humanos de la intervención en crisis es dar apoyo y ayuda a la gente cuando la presión está al máximo. Concretamente, significa permitir que la gente hable brindándole cordialidad para crear una atmósfera de confianza para que exprese sus sentimientos.

El segundo, consiste en reducir la mortalidad, se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas, tomando medidas adecuadas para reducir situaciones destructivas, en especial en una sociedad donde la violencia es parte diaria de la vida humana.

El tercero consiste en proporcionar enlace a recursos de ayuda dependiendo en su mayoría de las necesidades críticas de la persona que sufre la crisis con el propósito de que empiece a tomar medidas adecuadas hacia el enfrentamiento de la crisis.

COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

Basándose en los modelos de entrenamiento de Intervención en Crisis Slaikeu propone cinco pasos o componentes que ayudan a brindar apoyo durante la primera ayuda psicológica. Los componentes son :

1- HACER CONTACTO PSICOLÓGICO- Se refiere a la empatía que debe tener el ayudante con el paciente, consiste en hacer sentir al paciente en una situación de crisis escuchado, comprendido, aceptado y apoyado por parte del ayudante, esto le permite al paciente reducir la intensidad de sus emociones, su dolor, sentimientos y energía, lo cual le ayuda a reorientarse y efectuar algo sobre la situación. El contacto psicológico no siempre se realiza a través de la comunicación verbal por lo que también debe ponerse atención al contacto no verbal.

2- EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA- Consiste en indagar e investigar la dimensión del problema en base al pasado, presente y futuro inmediatos. El objetivo principal de este componente es trabajar hacia un ordenamiento de grado de las necesidades de la persona dentro de dos categorías :

1) Problemas que deben tratarse de inmediato, y 2) problemas que se pueden posponer.

En la confusión y desorganización del estado de crisis, la gente a menudo intenta tratar todo al mismo tiempo, existe poca conciencia de lo que puede esperarse en unos pocos días, semanas o aun meses. Un papel importante es ayudar a la persona a buscar un ordenamiento.

3- EXPLORAR LAS SOLUCIONES POSIBLES- Implica identificar un rango de alternativas o de soluciones para necesidades inmediatas y posteriores identificadas previamente. Se exploran pros y contras (pérdidas o ganancias) de cada una de las soluciones. Durante este punto el ayudante debe ayudar al paciente a tomar una acción concreta para enfrentar la crisis.

4- AYUDAR A TOMAR UNA ACCIÓN CONCRETA- Este componente depende de dos factores principales, de la mortalidad y de la capacidad de la persona para actuar en su propio beneficio, conforme a esto el ayudante puede tomar una actitud facilitadora o directiva para ayudar al paciente a abordar la crisis. Es importante recordar que el paciente debe hacer por sí solo tanto como sea capaz.

5- SEGUIMIENTO- Implica deducir información y establecer un procedimiento que permita un registro para revisar el progreso del paciente . El registro puede ocurrir va través de un encuentro cara a cara o por teléfono. Es importante especificar quién llamará a quién, o quién visitará a quién, como también el momento y el lugar del contacto.

El objetivo del seguimiento es brindar una retroalimentación para determinar si de alguna manera se han o no realizado los propósitos de la primera ayuda psicológica : Proporcionar ayuda, reducir la mortalidad, enlazar los recursos consumados.

El seguimiento facilita las siguientes etapas para la resolución de la crisis. Si las necesidades inmediatas se encontraron y el enlace para necesidades posteriores se realizó, entonces el proceso es completo y la responsabilidad del asesor o ayudante termina.

Al proporcionar la primera ayuda psicológica de acuerdo a Slaikeu lo que se intenta asegurar es que al menos haya durante el proceso una protección adecuada para que la persona conduzca su estructura mental a la retroalimentación.

3.6 TERAPIA EN CRISIS (Intervención de segundo orden)

La terapia en crisis está dirigida a facilitar la resolución psicológica de la crisis por medio de un proceso de reconstrucción. La originalidad de la terapia en crisis no consiste tanto en sus técnicas sino en la ayuda que brinda el ayudante al paciente durante la situación en crisis al tratar el impacto del suceso en cada área de su vida . Por lo anterior el tratamiento requiere más tiempo y un mejor entrenamiento como conocimiento específico de técnicas de evaluación y tratamiento por parte del ayudante.

La terapia en crisis intenta ayudar al paciente a resolver la crisis básicamente cuando coincide con un periodo de desorganización, su intento es ofrecer ayuda inmediata para aumentar la posibilidad de que la reorganización en el individuo se enfoque al crecimiento.

Las técnicas terapéuticas en la terapia de crisis son:

- 1 -Ayudar al paciente a su supervivencia física
- 2 -A identificar y expresar sus sentimientos.
- 3 -A obtener un dominio cognoscitivo, psíquico y conductual durante y después de la crisis.

Conforme a la literatura de Intervención en Crisis de Slaikeu antes de iniciar el tratamiento debe investigarse y obtenerse información sobre cinco aspectos básicos en el individuo durante la crisis. Los aspectos son :

a) Suceso(s) Precipitante(s) - Es primordial conocer el suceso que ocasiono la crisis, lo que pasó, como y cuando ocurrió para ayudar al terapeuta a saber como el hecho ha afectado la autoimagen, la estructura de vida y conducta entre otros aspectos del paciente para con ello poder ayudarlo de manera eficaz y adecuada.

b) Problema Presente- Consiste en hacer un resumen del momento de referencia así como el o los motivos que llevaron a la persona a solicitar ayuda profesional.

c) Contexto de la Crisis- Consiste en explorar y determinar el efecto de la crisis sobre la familia y el grupo social inmediato del paciente.

d) Funcionamiento Precrisis- Durante este aspecto es necesario hacer una breve historia de desarrollo a fin de apreciar totalmente el momento de desorganización y desequilibrio que sigue a un suceso precipitante, con el fin de detectar el nivel o grado que afecta la crisis a la persona conforme a su manera de reaccionar y enfrentar las situaciones difíciles anteriormente, para con ello determinar que tan bien funcionaba antes del suceso de crisis como los patrones de conducta previos de enfrentamiento y conflictos personales no resueltos.

e) Funcionamiento durante la Crisis- El propósito principal es determinar el impacto del suceso precipitante en el individuo en las siguientes áreas :

1) Sistema Conductual- * Se refiere a actividades manifiestas, en particular al trabajo, relaciones sociales y familia así como en los aspectos de comer, ejercicio, sueño, uso de drogas, tabaco o alcohol. Al valorar la conducta del

paciente se debe dar atención a los excesos y deficiencias, antecedentes y consecuencias de las conductas clave y áreas de capacidad o incapacidad particular". (57)

2) Las Variables afectivas- Incluyen un rango total de sentimientos que un individuo puede tener en su conducta durante la presencia de un suceso traumático o en su vida en general.

3) El Funcionamiento Somático del Paciente- Se refiere a todas las sensaciones corporales incluyendo el tacto, el oído, olfato, gusto y visión. La información del funcionamiento físico en general se incluye en este sistema ya que durante una crisis suelen presentarse alteraciones o correlaciones somáticas de angustia psicológica y/o problemas físicos que pudieran precipitarla.

4) La Modalidad Interpersonal -Se refiere a la calidad y cantidad de las relaciones sociales entre el paciente y su familia, amigos, vecinos y trabajadores.

5) La modalidad Cognositiva- Incluye los procesos mentales en cuanto a las metas de la vida, recuerdos del pasado y aspiraciones para el futuro así como situaciones no controladas. Dentro de este aspecto es importante valorar los sueños, las imágenes mentales, creencias, valores morales, personales y culturales.

Es importante poner énfasis y atención a las áreas que no se han afectado o que pudieron reforzarse de la situación en crisis.

3.7 TRATAMIENTO

El Tratamiento en la Terapia en Crisis conforme a Slaikeu se concibe bajo cuatro áreas, las cuales son :

1) El área de supervivencia Física. Consiste en ayudar y motivar a los pacientes a permanecer vivos y estar físicamente tan bien como sea posible durante el periodo de estres excesivo y desorganización personal. En esta área se debe valorar las posibles tendencias suicidas e implantar medidas adecuadas conforme a las necesidades de cada paciente.

2) El área de Expresión de Sentimientos, consiste en ayudar al paciente a expresar todos sus sentimientos del suceso de crisis de una manera socialmente adecuada y no perjudicial.

La estrategia terapéutica adecuada para que el paciente exprese sus sentimientos consiste en escucharlo activamente, tratar de comprenderlo y ser empático. La responsabilidad del terapeuta es ayudar al paciente a descubrir lo que significan en realidad sus sentimientos en términos de experiencias pasadas, expectativas actuales y planes futuros.

3) El área de Dominio Cognoscitivo, permite la comprensión clara de la situación con el fin de que el paciente se traslade a través y mas allá de la experiencia para enfrentar adecuadamente y sin conflicto el futuro respecto a sus mapas cognoscitivos, propósitos de vida, sueños y creencias religiosas.

La función del terapeuta durante la presencia de esta área es servir de moderador de la realidad tanto como colaborador para lograr una investigación de la historia personal del paciente en lo referente a conflictos no resueltos así como para interpretar la información confusa.

4) El área de Adaptación Conductual e Interpersonal, en esta área el terapeuta debe realizar cambios de patrones de conducta diarios, de trabajo y en las relaciones interpersonales del paciente que interfieran de manera negativa tanto en el paciente como con la gente cercana al paciente, mientras se llega a una pronta resolución del suceso de crisis.

En base al tratamiento mencionado se puede decir a manera de conclusión que un tratamiento en una situación en crisis depende : De la gravedad de la situación precipitante, del estilo de vida y estructura psíquica de la persona, de la capacidad y naturaleza para enfrentar situaciones similares de manera satisfactoria anteriormente sin desintegración o desequilibrio y finalmente por el apoyo que le es proporcionado en la situación de crisis.

Es importante recordar que cada paciente presentará en particular problemas y desafíos originales al reaccionar y enfrentar los problemas, situaciones de crisis o desafíos cotidianos de la vida moderna, por cual un caso varía notablemente a otro en la misma condición. Por lo anterior * el terapeuta debe determinar y evaluar durante la terapia en crisis cuales son los problemas y necesidades más sobresalientes del paciente en ese momento, para darles una pronta resolución iniciando con lo más fácil a tratar. Iniciar con éxito puede aumentar la autoconfianza del paciente y movilizar la energía para enfrentar áreas más difíciles ". (58)

Finalmente se puede decir que la solución de una crisis por medio de la terapia de Intervención en Crisis surge cuando el individuo logra alcanzar una comprensión intelectual de su crisis, cambios positivos y la elaboración de planes realistas para el futuro

3.8 INTERVENCIÓN EN CRISIS POR TELÉFONO

El teléfono es un instrumento que permite reproducir a lo lejos la palabra o cualquier sonido a cualquier distancia. Debido a su eficacia en la actualidad es básico para realizar negocios, entrevistas, para charlar e incluso para realizar psicoterapia. El teléfono ha sido una invención capaz de revolucionar la forma de vida. De acuerdo a Wurtzel la modernidad y el cambio en el mundo urbano produce la despersonalización humana, entendida está como la pérdida de socialización inmediata y personal que hace que cada día las personas en las grandes ciudades por falta de tiempo, por diversas ocupaciones o simplemente por la distancia se tiene que recurrir al teléfono. La psicoterapia es un campo que también al igual que la modernidad y civilización de una sociedad tiene que sufrir cambios y por tal motivo es que surge la intervención psicológica por vía telefónica.

Mac Kinnon y Michels manifiestan que " el teléfono se ha desempeñado en la práctica psiquiátrica contemporánea un papel importante. La mayoría de los pacientes establecen su primer contacto a través del teléfono que también pueden utilizarse para entrevistas psiquiátricas, tanto para situaciones de urgencia como sobre una base a largo plazo.

El teléfono se ha utilizado como parte importante dentro de tratamientos cortos, tiene un rol vital ante el suicidio y puede ser utilizado dentro de una terapia regular o fuera de ella" (59). En este aspecto, el teléfono es un medio importante pues permite superar la incapacidad de comunicarse funcionando como enlace entre las necesidades de los ciudadanos principalmente para las poblaciones sin acceso a tratamiento privado.

La intervención en crisis por teléfono se inició durante los años de 1950, principalmente como un medio de prevención suicida, este medio de intervención creció rápidamente en el contexto de la actividad social en 1960. A continuación mencionare algunos antecedentes de la intervención psicológica por vía telefónica en la ciudad de México:

En 1953 en Londres los la organización religiosa llamada " los Samaritanos del teléfono" fundada por el reverendo Chad Varah utilizan el teléfono como herramienta principal para prevenir el suicidio. Esta orden religiosa funda varias sucursales en el mundo incluyendo a México. El trabajo de los samaritanos es el primer indicio de esta ayuda brindada en la ciudad.

En Junio de 1967 surge el Centro de Prevención del suicidio en el Hospital de Coyoacán en donde se brindaba ayuda médica y psicológica a través del teléfono o por consulta a pacientes internados por intento de suicidio. El equipo de trabajo estaba constituido por tres psiquiatras, una psicóloga clínica, una trabajadora social y una secretaria. La ayuda por teléfono se daba de lunes a viernes de 16 a 20 horas. El servicio proporcionado por el centro era gratuito, divulgado ocasionalmente por la televisión. Sin embargo a pesar de que brindaba gran ayuda a la población mexicana desapareció en el mes de Enero de 1972.

A finales de la década de los sesentas surge la Asociación Mexicana de Auxilio Desesperado (AMAD) a cargo del Dr. Gallardo y su esposa como una tentativa a prevenir el suicidio u otras alteraciones emocionales por medio del teléfono.

Otro servicio de ayuda por vía telefónica de la que se tiene informes fue el realizado por la Sra. Gainor en una iglesia de las Lomas de Chapultepec. Este servicio era de tipo comunitario formado por un grupo de ingleses y personas bilingües (inglés-español). El objetivo era brindar ayuda por teléfono en inglés de viernes a domingo. El proyecto se pensaba extender al idioma español pero debido a la falta de apoyo económico y comunitario fracasó.

A principios de la década de los ochentas surge la Asociación Mexicana de Prevención del Suicidio, de la cual el Dr. Mar Zuñiga era presidente honorario. La asociación estaba encaminada a desarrollar un trabajo integral para la atención suicida por medio del teléfono a través de psicoterapia breve y de emergencia, medicación consulta interna y en casos especiales internamiento. El personal que integraba la asociación estaba integrado por psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, médicos y psicoanalistas.

Como se observado desde antaño en nuestro país se observa la presencia de asociaciones religiosas, sociales, civiles y religiosas que como principal herramienta utilizan el teléfono como un medio que evita cometer un acto suicida, trastornos emocionales severos o el desarrollo de una patología grave.

Sin embargo el antecedente fundamental en la ciudad de México de ayuda por vía telefónica mas significativo en situaciones de crisis surge a raíz de los sismos de 1985. Donde el Instituto Mexicano de Psicoanálisis y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otros, aparte de brindar sus instalaciones para la atención del público en consulta externa, dieron su

ayuda a problemas emocionales a través del teléfono. Por su parte la Facultad de Psicología de la Universidad 48 horas después del desastre organiza brigadas para brindar atención psicológica abriendo a la comunidad su Centro de Servicios Psicológicos así como yendo a hospitales y morgues.

Al mismo tiempo, el Dr. Federico Puente Silva propone el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPT) cuyo objetivo inmediato era atender crisis emocionales y psicológicas.

El desarrollo de las primeras técnicas y como usar el teléfono en la prevención suicida se atribuye a los Ángeles Suicide Prevention Center (Mc Gee, 1974). Este centro uso personal voluntario, con horarios completos e institutos de entrenamiento para consejeros sobre como atender a los usuarios . A partir de 1980 es cuando se incrementó el número de estos centros.

" Conforme a Slaikeu la característica más distintiva de la consejería telefónica es que la ayuda que se ofrece a una persona en crisis tiene lugar sin el beneficio de los indicios no verbales como los gestos y lenguaje corporal, y depende, de manera exclusiva, de lo hablado entre el ayudante y el usuario y cómo lo dicen durante la intervención "(60). Al respecto Sullivan menciona que " el terapeuta tiene que prestar mucha atención a los aspectos delatadores de la entonación, ritmo de conversación, dificultad de enunciación, etc., ya que son señales o indicaciones de significado ".(61)

Las características mas importantes de la consejería telefónica de acuerdo a Slaikeu (1995) son :

a) El usuario inicia la interacción terapéutica o de ayuda cada vez lo desee así mismo tiene la libertad para terminarla en cualquier momento.

b) Mantiene al paciente en anonimato lo cual facilita la autorrevelación y disposición por parte del usuario.

c) El consejero reduce la dependencia del usuario transfiriéndolo a la clínica o servicio de consejería.

d) El consejero es anónimo, hecho que facilita la transferencia positiva.

e) Es un servicio accesible y de bajo costo.

f) Se puede disponer del servicio en cualquier momento, día y noche las 24 horas del día

Otros aspectos de la consejería telefónica que son importantes tomar en cuenta según Mc Gee (1974) son :

- El personal que brinda la ayuda es voluntario, no profesional para trabajar en el teléfono.

- En algunos casos se permite grabar las llamadas, lo que ayuda a la supervisión de casos e investigación

- Permite un registro exacto, lo cual ayuda a la contabilidad de la institución (número y tipo de llamada) para facilitar la planeación y mejoramiento de la intervención.

- Permite crear redes con otras instituciones comunitarias para facilitar la referencia de los usuarios.

- Permite el seguimiento de los usuarios días después de la primera llamada a la institución.

En base a investigaciones pasadas actualmente se ha establecido programas específicos de intervención por vía telefónica no solo para casos de suicidio sino también para casos de violación, violencia intrafamiliar, angustia, abuso sexual, maltrato, robo etc.

PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA POR TELÉFONO

Durante la primera ayuda psicológica por teléfono conforme a Slaikeu el terapeuta debe :

- **HACER CONTACTO PSICOLÓGICO** con el paciente, en donde el principal vínculo para lograr el contacto es la voz del consejero que no sólo incluye lo que dice, sino como lo dice. El tono de voz debe ser calmado y alentador para que el paciente en crisis se sienta comprendido, aceptado en ese momento de confusión.

- **EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA**- Consiste en obtener información antecedente para facilitar la comprensión del problema del usuario midiendo las consecuencias del mismo.

- EXPLORAR LAS POSIBLES SOLUCIONES DE LA SITUACIÓN- Debido a que la mayoría de la gente que llama ya agoto sus recursos personales y sociales que de alguna manera creen tener disponibles, un contacto telefónico proporciona una excelente oportunidad al consejero para preguntar sobre algunas vías que ha tratado el usuario para explorar los obstáculos que se encontraron. La exploración permite que el usuario reconsidere una solución que ya ha sido probada a la ligera o rechazada inmediatamente con el objetivo de generar tantas direcciones potenciales posibles a fin de actuar sobre las necesidades inmediatas.

- AYUDAR A TOMAR UNA ACCIÓN CONCRETA- Dependerá de la capacidad del usuario para resolver la crisis. El consejero debe considerar el nivel de mortalidad (alto-bajo) del usuario ya que dependiendo de esta su intervención será facilitadora o directiva .

La intervención facilitadora por parte del consejero se da cuando la persona en crisis es capaz por sí misma de hablar sobre la situación para establecer un entrenamiento de la situación, es entonces cuando el consejero consagra la energía hacia la ayuda para que el usuario tome una acción.

La intervención directiva se da cuando el nivel de mortalidad es alto y el usuario es incapaz de actuar en su propio beneficio . El consejero debe brindar al usuario el acceso a otros recursos comunitarios o bien hablarle a algún familiar o enviar en caso necesario un equipo móvil que visite al usuario en su hogar, esto último en caso de un intento suicida.

- **SEGUIMIENTO** - Debido en que la mayoría de los casos se obtiene el nombre y número telefónico de las personas que llaman para pedir ayuda, el seguimiento ayuda para saber si la ayuda proporcionada tuvo efecto positivo en beneficio del usuario y también como ayuda moral y motivante en determinado momento para los consejeros telefónicos, en forma de retroalimentación sobre cómo se ha recibido su ayuda.

CAPITULO CUARTO

PSICOTERAPIA BREVE

Dado que las necesidades del Ser Humano cambian rápidamente conforme a la época social, cultural, económica, política y científica en que vive así mismo se va modificando su personalidad y estado emocional por lo cual el campo de la psicoterapia tiene que sufrir cambios para brindar ayuda psicológica conforme a las necesidades y demandas existentes en el momento.

Por lo anterior varios teóricos desde principios de siglo han llevado acabo ciclos de investigación y aplicación de tratamientos breves orientados a enfrentar e intervenir de manera adecuada y oportuna para evitar sucesos traumáticos patológicos graves y desequilibrados.

Antes de iniciar los orígenes y definición de la psicoterapia breve es importante tener en cuenta que se le denomina de esta manera por estar limitada en tiempo y no por las técnicas que emplea.

4.1 ANTECEDENTES

La Psicoterapia Breve tiene su origen y fundamentos en la Teoría Psicoanalítica de S. Freud básicamente en los estudios realizados sobre la histeria (1895), en donde a través de pocas intervenciones logra reconstruir los hechos y los procesos psíquicos que determinan los síntomas.

Durante la primera Guerra Mundial y a su término se hizo obvia la necesidad de contar con terapias psicoanalíticas más breves, es entonces cuando Ferenczi en 1925 lleva a cabo la técnica activa, que consistía en que el terapeuta dejara la pasividad por la actividad ayudando al paciente a llevar un análisis corto mediante el establecimiento de un límite de tiempo, empleo de fantasías forzadas para acelerar la aparición de conflictos ocultos a través de la evitación de conductas inútiles, sin embargo poco tiempo después la técnica de Ferenczi encontró gran oposición y por lo tanto no tuvo gran éxito.

Al término de la segunda Guerra Mundial Alexander y French (1946) retoman las investigaciones anteriores de la psicoterapia breve sin perder de vista el psicoanálisis clásico. Las técnicas que aplicaban consistían en ver a los pacientes con menos frecuencia sosteniendo su enfoque en una situación actual para lograr con ello una adaptación en vez de reconstruir los traumas de la infancia o adolescencia. El papel del terapeuta residía en guiar la ayuda a las experiencias emocionales presentes.

Bellak en 1946 desarrolla la psicoterapia breve de manera formal en respuesta a las necesidades que presentaban los soldados al terminar la segunda guerra mundial. La psicoterapia breve de Bellak surge ante la falta de personal preparado y especializado para brindar ayuda en tiempo limitado a las personas que sufrían crisis emocionales y por el exceso de demanda del servicio por parte de la población en los hospitales.

En 1958 siendo Bellak Director del Departamento de Psiquiatría de Elmhurst City Hospital desarrolla junto con la colaboración de Small el método de la psicoterapia breve, la cual se brindaba las 24 horas del día con personal

capacitado y preparado en el tema. La teoría se fundamenta en la Teoría Psicoanalítica, en la Teoría de los Sistemas y en la Teoría del Aprendizaje.

A continuación se explica de manera clara que es la Psicoterapia Breve para los autores más representativos de esta modalidad :

De acuerdo a Bellak y Small, " una psicoterapia breve consiste en un tratamiento de pocas sesiones en el que se emplean técnicas específicas en provecho de un específico objetivo terapéutico " (62), principalmente en atención de una emergencia psicológica o estado de crisis cuya principal función es ser preventiva.

Para Shazer (1986), " la clave de la psicoterapia breve es utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo aunque esta conducta sea aparentemente irracional, inapropiada, extravagante o humorística "(63). Menciona que la psicoterapia breve focaliza el síntoma claramente, de manera bien definida, con medios específicos y limitados por medio de condiciones adecuadas para que en un lapso de tiempo corto se desarrollen y presenten soluciones.

Malagan en 1990 respecto a la psicoterapia breve propone que el factor tiempo que la caracteriza no se puede establecer a priori, es decir , no se puede determinar de antemano cuantas sesiones se puedan dar al paciente, dado que cada paciente es una persona original e irrepetible. Sin embargo es importante tener cierto número de sesiones dependiendo de la base teórica de la psicoterapia breve que se utilice en decisión común entre el terapeuta y

paciente concerniente a la selección del área a tratar, a parte de afrontar la realidad psíquica trastornada en su globalidad.

Conforme a lo anterior, Malagan define la psicoterapia breve " como un proceso limitado en tiempo, enfocado hacia un objetivo circunscrito y una acción preventiva mediante el uso flexible de técnicas múltiples en donde el terapeuta tiene un papel activo ". (64)

Small define la psicoterapia breve como " una intervención basada en los síntomas que se pretende eliminar o al menos contener de modo que pueda restablecerse las condiciones psicodinámicas del paciente, para permitir a la naturaleza que proceda a la curación ". (65)

Grinker y Spiegel, entienden la psicoterapia breve como una descarga de tensiones sin fines de reestructuración de la personalidad.

Wolberg, destaca como objetivo principal de la psicoterapia breve " la acción sobre el síntoma por un lado y el restablecimiento de las condiciones previas a la crisis por el otro ". (66)

De acuerdo a las anteriores definiciones se puede decir que la Psicoterapia Breve en la practica, lo que persigue es : Limitar la acción terapéutica a un aspecto de la problemática presentada por el paciente en un segmento temporal restringido para alcanzar una mayor independencia y autonomía personal (refuerzo del yo) a través de los medios psicológicos más idóneos para que en un futuro el paciente logre y pueda enfrentar los momentos de crisis para reintegrarse a sí mismo y volver a su nivel anterior de adaptación evitando un patrón crónico o grave en un futuro.

4.2 DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA BREVE

Para fines de esta investigación la psicoterapia breve en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por teléfono de acuerdo a la teoría de Bellak se define como :

Un tratamiento psicoterapéutico con un límite de tiempo que conforme a Bellak suele ser de 5 a 6 sesiones. La psicoterapia breve ayuda a encontrar una salida óptima , no pretende como finalidad reestructurar la personalidad y dinámica del paciente

La psicoterapia breve se da solo en casos de crisis, emergencia psicológica en circunstancias seriamente destructivas, en casos en que la vida se encuentra activamente en peligro ya sea del paciente u otra persona o cuando se encuentra bien definido el conflicto o problema en el paciente. Actualmente la psicoterapia breve suele llevarse acabo por las limitaciones de tiempo, dinero y por ser accesible aun segmento más amplio de la población.

4.3 OBJETIVO

El objetivo que la psicoterapia breve es buscar la solución o un cambio positivo del conflicto claramente identificado a través de la ayuda o estimulación de las estructuras más " sanas" de la personalidad en el menor

tiempo posible. Se limita exclusivamente a quitar el sintoma determinado debido a su naturaleza destructiva.

" No se pretende la reestructuración de la personalidad excepto en el caso de que cualquier intervención dinámica pueda y eso hasta cierto punto autónomamente conducir a alguna forma de reestructuración ". (67)

A continuación mencionare las características principales y las fases de la psicoterapia breve conforme a la literatura de L. Bellak, Small, Fiorini, Malan y Knobel.

4.4 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

- 1) Se basa en los principios psicoanalíticos
- 2) Se enfoca a un problema o conducta específica actual
- 3) Tiene un tiempo limitado (número de sesiones) por lo cual se requiere que la intervención sea inmediata con frecuencia desde la primera sesión terapéutica.
- 4) La psicoterapia breve se utiliza especialmente en situaciones de crisis, emergencia o en casos que amenacen con la vida del paciente u otra persona.

5) La transferencia y contratransferencia en psicoterapia breve debido a la limitación del tiempo y por la situación de crisis en la que el paciente se encuentran en su mayoría exacerbadas, el terapeuta suele inducir las siempre procurando y conservando que se den manera positiva.

6) La psicoterapia breve es flexible, ya que ayuda al paciente a aliviar la situación de crisis o emergencia así como la aparición de un síntoma en base a las áreas libres de conflicto y la situación total del paciente en cuanto al grado de enfermedad y potencial adaptativo de su personalidad .

7) La elaboración en psicoterapia breve es más cognositiva que afectiva, es un trabajo de capacitación y comprensión de la realidad interna como de confrontación con la realidad externa.

8) Su principal función es ser preventiva, en cuanto que puede evitar desequilibrios o desordenes crónicos. En cuanto a prevención en el campo psicológico la psicoterapia breve realiza una gran función social, especialmente en situaciones previsibles de crisis ayuda a mantener en la sociedad una higiene y salud mental satisfactoria evitando con ello el desencadenamiento de traumas y verdaderas alteraciones psíquicas.

En lo referente a la prevención Bellak y Small distinguen tres fases típicas, las cuales son :

a) La Prevención Primaria- Dedicada a la remoción de las causas que pudieran originar la enfermedad, favoreciendo así la intervención terapéutica sobre las condiciones detonantes del trastorno a fin de reducir el riesgo

psicopatológico aún cuando la persona se encuentre en proceso de choque o negación.

b) La Prevención Secundaria- Es orientada hacia la prevención de la enfermedad crónica ya existente, mediante intervenciones breves y urgentes sobre las crisis agudas antes de convertirse en estados más graves.

c) La Prevención Terciaria- Evita los efectos negativos propios de una enfermedad crónica en el paciente. En este sentido la psicoterapia breve se enfoca a la situación específica de la enfermedad o la situación socioambiental en la que vive el paciente para evitar o limitar recaídas favoreciendo la estabilización del cuadro psicopatológico.

9) El tratamiento en psicoterapia breve se lleva a cabo conforme al paciente, su problema, sus defensas, su fuerza y su entorno social, personal y familiar.

10) El fin que busca la psicoterapia breve es mejorar la situación psicodinámica para que la persona siga funcionando. La psicoterapia breve no busca la reestructuración total de la personalidad.

4.5 PAPEL DEL TERAPEUTA

A causa de los límites del tiempo el papel del terapeuta en la psicoterapia breve debe ser esencialmente activo, se exige de él una gama amplia de intervenciones, no se limita al material que proporciona el paciente, ya que

explora, interroga e introduce iniciativas para originar la confrontación social, laboral, personal o ambiental en el paciente dependiendo de la problemática que presente, condición yoica y realidad.

El papel activo del terapeuta en psicoterapia breve ayuda a promover el diálogo eficaz entre paciente y terapeuta, lo que ayuda a valorar sus fuerzas, sus puntos débiles para obtener un punto global del problema para evaluar la situación actual del paciente, comprender la estructura dinámica esencial del problema y elaborar un plan de abordaje o intervención individualizada con el fin de alcanzar en el paciente un equilibrio adecuado y satisfactorio.

4.6 FASES DE LA PSICOTERAPIA BREVE

La psicoterapia breve se clasifica en tres fases, las cuales son :

A) FASE INICIAL

La fase inicial en psicoterapia breve se lleva a cabo por lo general por medio de una entrevista ya sea en un consultorio, en la calle o por vía telefónica en los servicios especializados de apoyo. Es importante tomar en cuenta que durante la primera entrevista debe incluirse la ficha de identificación del paciente, la cual incluye : Nombre o seudónimo, edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico condiciones familiares, estado general de salud etc.

La entrevista durante la fase inicial debe realizarse en función de las siguientes características :

1- Identificación del Síntoma Principal (Objetivo)

Durante esta característica la tarea básica del terapeuta que opera bajo una psicoterapia breve consiste en desarrollar una estrategia focal, esto es, actuar inclusivamente en un tiempo limitado tanto en el síntoma como en el problema que considera esencial en el paciente. El logro de este aspecto requiere de la formulación de manera inmediata y razonable de un diagnóstico o, mejor dicho una hipótesis diagnóstica como punto de partida para desarrollar una acción terapéutica correcta, respecto al propio paciente y a su problema.

2- Determinación de la Estructura del Yo

En cuanto a la determinación de la estructura yoica del paciente, el terapeuta tendrá que hacer la evaluación a través de las estructuras sanas y patológicas, de los mecanismos de defensa (que utiliza o da conocer durante la entrevista), de las potencialidades intelectuales, de simbolización o de abstracción, de la capacidad para establecer satisfactoriamente relaciones interpersonales a pesar de los síntomas presentes, de la capacidad para soportar frustraciones para no destruirse así mismo o a los demás y finalmente por la exploración de sus limitaciones en ciertas áreas de comportamiento, tonalidad afectiva y los problemas que presenta.

Durante la determinación de la estructura yoica no debe subestimarse de manera alguna la importancia del comportamiento no verbal.

3- Alianza Terapéutica (Cooperación)

En lo que respecta a la alianza terapéutica se evalúa mediante la disposición y la manera de relacionarse y comportarse del paciente con el terapeuta durante la entrevista. La forma como se establezca la relación permitirá al terapeuta conocer las posibles resistencias, la motivación, la cooperación y compromiso del paciente en el proceso psicoterapéutico.

La alianza implica la aceptación del llamado contrato terapéutico, es decir, el respeto de las reglas tanto por parte del terapeuta como del paciente en aras de un resultado satisfactorio para facilitar con ello la psicoterapia.

B) FASE INTERMEDIA

En psicoterapia breve, la fase intermedia se caracteriza por la concentración de la acción sobre el objetivo (síntoma o problema). La tarea del terapeuta consiste en dedicar todo su esfuerzo a la movilización de las partes sanas del paciente utilizando las técnicas terapéuticas adecuadas que se consideren aptas en cada caso en el menor tiempo posible.

C) LA FASE FINAL

" La finalización de una terapia breve va íntimamente ligada, por un lado, al resultado obtenido en el plano del refuerzo del yo y, por el otro, al hecho de que el paciente a lo largo del tratamiento haya logrado adquirir los medios psicológicos que le permitan afrontar por sí mismo su situación alterada ".(68)

Cabe señalar que al concluir un tratamiento el vínculo entre el terapeuta y el paciente debe producirse en forma gradual, jamás debe hacerse de forma brusca como menciona Frank " resulta muy importante para el correcto desenlace del tratamiento breve la presencia de expectativas, es decir, de una confianza esperanzada en el futuro y la consiguiente previsión optimista de la realidad venidera, factores que aumenta las motivaciones del paciente así como su empeño por colaborar y su capacidad para tolerar la separación del terapeuta al finalizar la terapia ". (69)

4.7 MÉTODOS EN PSICOTERAPIA BREVE

Los métodos de intervención que se siguen en la psicoterapia breve " han de utilizarse de manera flexible, en el sentido de adaptarlos a las necesidades del paciente y a la situación planteada " (70). Los métodos de intervención conforme a Bellak son :

1) La Interpretación es el proceso en que el terapeuta indica al paciente los comunes denominadores entre los patrones conductuales y afectivos en el pasado, presente y situaciones de transferencia. La Interpretación es un medio para facilitar el insight sin embargo en psicoterapia breve se modifica por las exigencias del tiempo y por la situación en casos de crisis. La interpretación en psicoterapia breve se utiliza en casos o situaciones que en un proceso psicoanalítico no se aplicarla ya que suele ir unida a intervenciones médicas, familiares, ambientales, situacionales etc .

2) La Catarsis, consiste en ayudar al paciente a descargar sus emociones de manera intensa pero sin perder el control y equilibrio.

3) Prueba Auxiliar de la realidad, se utiliza cuando el paciente se encuentra muy perturbado por lo que el terapeuta toma el papel auxiliar de su yo para que el paciente logre clarificar la distorsión de la realidad o confusión.

4) Represión del impulso, consiste en evitar por parte del terapeuta que el paciente lleve a cabo de manera repentina o impulsiva sin medir las consecuencias un impulso que le causa angustia o daño.

5) La Sensibilización de Señales se lleva a cabo cuando se hace consciente al paciente de que ciertas conductas o manifestaciones de su parte se presentan cuando existe una constelación dinámica específica.

6) La Educación, consiste en cambiar hábitos o conductas que no favorecen a la persona y solo le causan conflictos severos, angustia etc.

7) La Intelectualización, representa un papel importante ya que permite incrementar la alianza terapéutica y llevar a cabo de manera rápida el alivio del problema o síntoma por medio de la razón.

8) El Apoyo en psicoterapia breve, consiste en aceptar por parte del terapeuta los sentimientos, la agresión, sexualidad o avidez del paciente para que a este le sea más fácil soportar el conflicto, la ansiedad o problema psicológico.

4.8 LIMITACIONES

Las limitaciones en psicoterapia breve se refieren al tratamiento y al alcance terapéutico que se pueda lograr.

En cuanto al tratamiento la psicoterapia breve no se aplica a enfermedades mentales que requieren una reestructuración de la personalidad como : la psicosis, la psiconeurosis y las sociopatías sutiles y extendidas, en las cuales el acting out desempeña un papel importante.

Respecto al alcance terapéutico no se pretende obtener una reestructuración de personalidad sino mejoras transitorias dependiendo del cuadro clínico, la estructura básica de la personalidad, el nivel evolutivo del caso y las condiciones situacionales.

Finalmente después de terminar el tratamiento psicoterapéutico en psicoterapia breve Bellak propone " una última sesión, un mes después, en donde el terapeuta intentará verificar la calidad de los logros terapéuticos y llevará a cabo las disposiciones acordadas con ello " (71). La sesión de seguimiento al paciente se debe llevar a cabo cara a cara o por teléfono.

4.9 DIFERENCIAS ENTRE EL APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO, PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA.

1- La recepción de la información por parte del terapeuta se limita a una modalidad sensorial, lo cual implica que el terapeuta al recibir la llamada no

cuenta con información paraverbal (datos físicos, gestos, postura, mirada, movimiento del cuerpo etc) que sin duda es de gran ayuda para la comprensión del mundo interno del paciente. Sin embargo la voz y la recepción de esta es lo fundamental al brindar apoyo por vía telefónica ya que además de la información contenida en las palabras en si y en la forma de construir frases el terapeuta debe poner énfasis en el tono, en el volumen, en la intensidad, en la velocidad etc.

2- El trabajo no es por cita, debido a que el paciente adquiere el control sobre el momento de recibir la atención terapéutica en casos de crisis emocional o situación de emergencia. En el caso de que la llamada que realice el paciente sea consecutiva va a depender de sus necesidades y decisión la cual va estar siempre en mayor o menor grado al servicio de sus resistencias inconscientes en el tratamiento. Esto se controla parcialmente con el respeto en la atención a determinado usuario por parte del terapeuta de primer contacto en base a la sistematización y rigidez del horario de trabajo del terapeuta.

3- Es más fácil para el usuario decidir unilateralmente el momento de finalizar la sesión, de seguir con el tratamiento o finalizar debido a la ausencia física del terapeuta que en una psicoterapia cara a cara no se haría debido a las situaciones sociales, psicológicas y culturales.

4- El manejo de los silencios durante el apoyo brindado por teléfono debe evitarse ya que puede ser un caso de alto riesgo suicida. El rompimiento del silencio se hace cuando se invita al paciente a hablar elaborando así la situación.

5- Proximidad temporal- Existe indudablemente durante una intervención psicológica por teléfono una proximidad breve de tiempo entre el evento o situación que despierta la emergencia o crisis a diferencia de la psicoterapia breve.

Es importante destacar que de acuerdo con A. Gaitán (1993), la psicoterapia breve de urgencia aplicada por vía telefónica es de gran utilidad " ya que se sabe por experiencia en la labor terapéutica privada, que es posible realizar una sesión de psicoterapia por teléfono con el mismo éxito que en persona cuando se trata de un tratamiento estándar, y se tiende a creer que esto ocurre solamente gracias a que ya existe un vínculo psicológico previo y un conocimiento mutuo. Debido a esto SAPTEL se presenta así mismo como un Sistema de Apoyo Psicológico y no como un Servicio Psicoterapéutico ". (72)

CAPITULO QUINTO

METODOLOGÍA

Como se ha podido observar, la ansiedad es una emoción universal, subjetiva de carácter desagradable, en la cual no se identifica de manera clara qué es lo que la produce, se presenta en diversas situaciones de acuerdo a la singularidad de cada individuo y al entorno ambiental donde se desarrolla.

Dado que el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono es un servicio de apoyo a la comunidad mexicana, en especial para atender situaciones de crisis o emergencia psicológica que amenazan con el equilibrio mental o la vida humana de la persona que llama, para que se le brinde ayuda o una última esperanza de vida, el ambiente de desempeño laboral en los terapeutas suele ser una situación de gran tensión, por lo cual el objetivo de la investigación es :

- Detectar a través del Inventario de Ansiedad (IDARE), cual de los dos grupos de terapeutas (Ingreso-Egreso) del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico presenta un mayor nivel de ansiedad.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existen diferencias significativas en cuanto el nivel de Ansiedad Estado - Resgo entre los terapeutas de nuevo ingreso y los terapeutas que están a

una semana de concluir su servicio social o practicas profesionales en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono ?

5.2 HIPÓTESIS

Ho 1 No existe diferencia significativa en el Nivel de Ansiedad Estado entre los terapeutas de nuevo ingreso que van a realizar su servicio social o practicas profesionales en comparación a los terapeutas que han terminado su servicio social o prácticas profesionales en SAPTEL.

Ha 1 Existe diferencia significativa en el Nivel de Ansiedad Estado entre los terapeutas de nuevo ingreso que van a realizar su servicio social o practicas profesionales en comparación a los terapeutas que han terminado su servicio social o prácticas profesionales en SAPTEL.

Ho 2 No existe diferencia significativa en el Nivel de Ansiedad Rasgo entre los terapeutas de nuevo ingreso que van a realizar su servicio social o practicas profesionales en comparación a los terapeutas que han terminado su servicio social o practicas profesionales en SAPTEL.

Ha 2 Existe diferencia significativa en el Nivel de Ansiedad Rasgo entre los terapeutas de nuevo ingreso que van a realizar su servicio social o practicas profesionales en comparación a los terapeutas que han terminado su servicio social o practicas profesionales en SAPTEL.

5.3- VARIABLES

Variable Independiente

a) Nuevo Ingreso

b) Egreso

Indicador - Tiempo

Variable Dependiente

a) La Ansiedad

5.4- DEFINICIÓN CONCEPTUAL

De acuerdo a Freud la ansiedad es un estado desagradable, subjetivo que se presenta como una señal de alarma que activa los mecanismos de defensa e integridad del equilibrio en la personalidad del individuo por parte del Yo para mantener el equilibrio ante la presencia de un peligro (interno o externo).

Los Terapeutas de Nuevo Ingreso- Son pasantes de Psicología de diferentes universidades de la Ciudad de México que ingresan al Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana) a realizar su servicio social o practicas profesionales después de haber

asistido al curso de capacitación y haber aprobado satisfactoriamente la entrevista y pruebas psicológicas por los directivos del sistema.

Los Terapeutas de Egreso- Son pasantes de psicología de diferentes universidades de la Ciudad de México que han concluido su participación y colaboración durante la realización de su servicio social o prácticas profesionales durante nueve meses (3 meses en el curso de capacitación y 6 meses dando apoyo psicológico por teléfono) en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana).

Tiempo- Duración determinada por la sucesión de acontecimientos, y particularmente de los días, las noches y las estaciones.

5.5- DEFINICIÓN OPERACIONAL

Ansiedad es una medida objetiva que se obtiene a través del Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (IDARE).

La Ansiedad Rasgo (SXR) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad Estado.

La Ansiedad Rasgo (SXR) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las

diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad Estado.

Terapeuta- Es el nombre que se le asigna al pasante de psicología de diferentes universidades de la Ciudad de México que brinda apoyo psicológico por teléfono en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana) independientemente si va realizar servicio social, prácticas profesionales, tesis o voluntariado.

Tiempo- Duración de seis meses en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Telefono , en los cuales pasantes de psicología realizan su servicio social o practicas profesionales.

5.6- SUJETOS

Los sujetos para la investigación fueron obtenidos del total de la población de terapeutas del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana). Durante la selección de la muestra la población estaba compuesta por 50 terapeutas, de los cuales sólo se seleccionó a 36, ya que ellos cubrían con las siguientes características :

- 1) Ser pasante de Psicología
- 2) Pertenecer a alguna Universidad del Distrito Federal o Área Metropolitana.

3) Motivo principal para estar en el Sistema Nacional de Apoyo psicológico: La realización del servicio social o prácticas profesionales.

4) En caso de ser de nuevo ingreso, pertenecer al grupo número diez, haber cubierto el curso de capacitación (3 meses) y no haber contestado llamada para brindar apoyo psicológico.

5) En caso de haber realizado ya el servicio social o prácticas profesionales ser miembro del grupo numero nueve del sistema y estar a una semana antes de terminar el apoyo psicológico por teléfono.

5.7- MUESTRA

La muestra seleccionada conforme a Mc Guigan fue " accidental no probabilística " porque los elementos de elección no dependieron de la probabilidad sino, de las causas relacionadas con las características de la investigación.(73)

La muestra estuvo integrada por 36 terapeutas, los cuales se formaron en dos grupos. El primer grupo se formo de 17 terapeutas que acababan de concluir el curso de capacitación previo con una duración de tres meses, el cual se llevo acabo durante el mes de Septiembre a Diciembre de 1995. La característica principal de este grupo era que al aplicarles la prueba no habían contestado ninguna llamada brindando apoyo psicológico por teléfono.

El segundo grupo se integro por 19 terapeutas que estaban a una semana de concluir su servicio social. Los terapeutas de este grupo comprendieron un periodo en el sistema de 9 meses (3 meses de capacitación y 6 meses de servicio), el cual se llevo acabo del mes de Abril a Diciembre de 1995.

La edad de los dos grupos de terapeutas se encontró entre los 22 y 26 años de edad.

La aplicación del inventario de ansiedad a los terapeutas se llevó a cabo del 8 al 22 de Diciembre de 1995.

5.8- TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es correlacional que conforme a Hernández Sampiere (1993), el propósito principal es medir el grado de relación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular para intentar predecir el valor aproximado que tendrá en un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tiene la variable relacionada.

5.9- DISEÑO

El diseño de la investigación es no experimental o Cuasi experimental porque no se introdujo ningún cambio deliberado en el entorno ambiental de los terapeutas del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono.

Kerlinger (1989) define la Investigación no experimental como :

" Una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene el control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre las variables, se hace sin ninguna intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variable dependiente e independiente " (74)

En los diseños No experimentales, los participantes no son asignados al azar ya que dichos grupos están formados, se clasifican de acuerdo a alguna característica para comparar el desempeño que tiene sobre una medición de la variable dependiente (Mc Guigan, 1986).

5.10- ESCENARIO

El estudio se llevó acabo en las instalaciones del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono y en el Auditorio de la Cruz Roja Mexicana, cuya ubicación es: Calle J. Luis Vives No 200. Col. Polanco.

La aplicación del Inventario de ansiedad a los terapeutas que estaban por finalizar sus practicas profesionales o servicio social, se realizó durante su guardia en el cubículo privado del sistema, el cual se utiliza como estancia cuando los terapeutas no tienen llamadas. El cubículo contiene una línea telefónica privada, (en donde los terapeutas realizan llamadas personales o a los directivos en caso de emergencia), un escritorio, tres sillas, dos

archiveros, un reloj de pared y un pizarrón en el cual se anotan las guardias y el nombre del terapeuta.

En lo que respecta a los terapeutas de nuevo ingreso la aplicación del Inventario de ansiedad se llevo en el Auditorio de la Cruz Roja Mexicana, los días Viernes antes de iniciar el curso previo de capacitación. El auditorio consta aproximadamente de 50 sillas y una mesa de honor.

5.11- INSTRUMENTO

Para la realización de la presente investigación se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (IDARE) desarrollado por Spielberg y Goursuch en 1964 en la Universidad de Vanderbilt cuya meta era desarrollar una sola escala que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación de la Ansiedad.

La escala de ansiedad estado esta formada por veinte afirmaciones en las que se pide al sujeto que se describa cómo se siente en este momento. La escala de ansiedad rasgo también se compone de veinte afirmaciones pero a diferencia de la escala anterior, en esta escala se le pide al sujeto que describa como se siente generalmente .

La ansiedad estado se refiere a un proceso empirico de reacción que se realiza en un momento particular con un determinado grado de intensidad.

La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales. Como concepto psicológico la Ansiedad Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama " motivos y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas ".

Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta " objeto consistentes ".

La ansiedad rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición latente a manifestar una reacción para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de ansiedad estado.

NORMATIVIDAD

Los datos normativos del IDARE han sido obtenidos en grandes muestras de alumnos universitarios del primer año de licenciatura, de maestría y de estudiantes de bachillerato. Se han aportado también datos normativos de pacientes psiquiátricos del sexo masculino, pacientes de medicina general, pacientes de cirugía y de reclusos jóvenes de Estados Unidos de Norte América.

CONFIABILIDAD

La confiabilidad se ha obtenido mediante la aplicación del Test-Retest. El inventario (IDARE) en la escala Ansiedad Rasgo es relativamente alta en comparación a la escala de Ansiedad Estado ya que tiende a ser baja debido a los factores situacionales. No obstante tanto la escala de Ansiedad - Rasgo como la escala de Ansiedad - Estado tienen un alto grado de consistencia interna.

VALIDEZ

La validez del Inventario de Ansiedad se correlaciono con las escalas IPAT y TMAS obteniéndose resultados moderadamente altos en ambas pruebas.

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente las instrucciones que se dan. En relación con el nivel de ansiedad " estado " el examinado debe reportar como se siente en el momento específico, y en relación al nivel de ansiedad " rasgo " debe indicar como se siente generalmente.

APLICACIÓN

La aplicación de la prueba puede ser de manera individual, grupal o autoadministrable, no tiene límite de tiempo. Los estudiantes universitarios requieren sólo de 6 a 8 minutos para contestar cada escala. Las personas con un nivel educativo menor o con disturbios emocionales, pueden requerir de 10 a 12 minutos para contestar cada escala.

CALIFICACIÓN

Para calificar el Inventario de Ansiedad existen plantillas tanto para la escala de Ansiedad - Rasgo como para la escala de Ansiedad - Estado. Para calificar cada escala simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos conforme a la respuesta en cada reactivo.

Las cuatro categorías para la escala de Ansiedad - Estado son :

- 1- No en lo absoluto
- 2- Un poco
- 3- Bastante
- 4- Mucho

Las características de la Ansiedad - Rasgo son :

- 1- Casi nunca
- 2- Algunas veces
- 3- Frecuentemente
- 4- Casi siempre

Algunos reactivos del IDARE se formaron de tal manera que una valoración de cuatro puntos indica un alto nivel de ansiedad, mientras que en otros reactivos la misma puntuación indica poca ansiedad.

La escala de Ansiedad Estado está balanceada para evitar la respuesta indiscriminada mediante diez reactivos con calificación directa y diez reactivos con calificación invertida. Sin embargo, no fue posible balancear la

escala de Ansiedad Rasgo a partir de los reactivos originales. No obstante la escala de Ansiedad Rasgo contiene siete reactivos invertidos y trece reactivos de calificación directa. Los reactivos invertidos de las dos escalas son :

En la Escala de Ansiedad - Estado : 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

En la Escala de Ansiedad - Rasgo : 1, 6, 7, 10, 13, 16 Y 19.

La dispersión posible en las puntuaciones en el inventario de ansiedad varían en cada escala desde un puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala de Ansiedad Estado como en la Escala de Ansiedad Rasgo.

Finalmente si al calificar la prueba tres o más reactivos son omitidos la validez de la escala debe considerarse dudosa.

5.12- PROCEDIMIENTO

El procedimiento de esta investigación se llevó acabo de la siguiente manera :

1- Se solicito autorización y permiso al Dr. Andrés Gaitán, directivo de Investigaciones y Estadística del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL Cruz Roja Mexicana).

2- Se redactó una carta, en la cual se establecía los objetivos, el medio y el fin de la investigación. La carta se entregó al Dr. Andrés Gaitán.

3- Al tener el permiso y autorización, el Dr. A. Gaitán me comentó que me pusiera en contacto con la Coordinadora Operativa del sistema la Lic. Ana Paula Zamora para explicarle los objetivos de la investigación para que me permitiera aplicar el Inventario de Ansiedad (IDARE) a los terapeutas de nuevo ingreso y a los terapeutas que estaban a punto de concluir su servicio social.

4.- Al tener conocimiento la Coordinadora Operativa me puso de inmediato en contacto con los terapeutas, a los cuales dependiendo de su horario ya sea al asistir al curso de capacitación previo o a brindar ayuda psicológica por teléfono se les localizó y contactó.

5- Al tener contacto con los terapeutas se les explicó de manera breve el motivo del estudio, se les dieron las instrucciones y se les aplicó la prueba. La aplicación de la prueba a los terapeutas que estaban a punto de concluir su servicio social fue de manera individual. A los terapeutas de nuevo ingreso se les aplicó de manera grupal.

5.13- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para analizar los datos obtenidos de la prueba psicológica se utilizó la " T " de Student porque es una prueba estadística que evalúa si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

La razón T se utiliza cuando :

- El tamaño de la muestra es pequeño, es decir menos de 50 puntajes..

- Se hace una comparación entre dos medias.

- Las muestras son de distinto tamaño.

- El nivel de la medición de los datos es por intervalos.

- No se conoce la Desviación Estándar.

- El muestreo es aleatorio.

- La muestra obtenida para la investigación presenta una distribución normal en la población.

La Formula es :

$$T = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{\text{& dif}}$$

El procedimiento que se sigue para desarrollar la formula es :

1- Encontrar la media de cada muestra

$$\overline{X_1} = \frac{\sum X_1}{N_1} \quad \overline{X_2} = \frac{\sum X_2}{N_2}$$

Donde

X1 = Suma del número total de puntajes de cada grupo

X2 = Suma del número total de puntajes del segundo grupo

N= Numero de sujetos a estudiar en cada grupo

2- Encontrar la Desviación Estándar de cada muestra

$$S_1 = \sqrt{\frac{\sum X_1^2 - \overline{X_1}^2}{N_1}} \quad S_2 = \sqrt{\frac{\sum X_2^2 - \overline{X_2}^2}{N_2}}$$

3- Encontrar el error estándar de la diferencia

$$\& \text{ dif} = \sqrt{\left(\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2} \right) \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)}$$

En donde

S1 = La desviación estándar de la primera muestra

S2 = La desviación estándar de la segunda muestra

N1 = El número total de la primera muestra

N2 = El número total de la segunda muestra

4- Convertir la diferencia entre las medias muestrales a unidad de error estándar de la diferencia mediante la ecuación T

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\& \text{ dif}}$$

Posteriormente para saber si el valor obtenido de T es significativo se saca el número de grados de libertad mediante la siguiente formula :

$$gl = N_1 + N_2 - 2$$

Donde

N_1 y N_2 son el tamaño de los grupos que se comparan.

Una vez calculado el valor "t" y los grados de libertad, se elige el nivel de significancia y se compara el valor obtenido contra el valor correspondiente a la tabla de la t de student.

El nivel de significancia que se utilizó para la investigación fue de 0.05 con un nivel de dos colas, debido a que existe un 95% de que los grupos en realidad difieran significativamente entre si con un 5% de posibilidad de error obteniendo con ello una mayor certeza de los resultados.

DATOS ESTADÍSTICOS

GRUPO QUE EGRESA

ANSIEDAD ESTADO (SXE)

	Puntaje	X^2
1)	64	4096
2)	62	3844
3)	57	3249
4)	60	3600
5)	51	2601
6)	56	3136
7)	55	3025
8)	66	4356
9)	60	3600
10)	61	3721
11)	57	3249
12)	61	3721
13)	56	3136
14)	63	3969
15)	61	3721
16)	56	3136
17)	61	3721
18)	51	2601
19)	61	3721
	<hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 1119	<hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 66203
	X = 58.89	

ANSIEDAD RASGO (SXR)

	Puntaje	X^2
	60	3600
	61	3721
	46	2116
	61	3721
	60	3600
	50	2500
	49	2401
	61	3721
	58	3364
	50	2500
	57	3721
	57	3721
	61	3721
	59	3481
	52	2704
	57	3249
	56	3136
	50	2500
	61	3721
	<hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 1066	<hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 60254
	X = 56.10	

GRUPO QUE INGRESA

ANSIEDAD ESTADO (SXE)

	Puntaje	X ²
1)	62	3844
2)	51	2601
3)	58	3364
4)	58	3364
5)	61	3721
6)	69	4761
7)	60	3600
8)	61	3721
9)	63	3969
10)	60	3600
11)	61	3721
12)	60	3600
13)	60	3600
14)	62	3844
15)	58	3364
16)	60	3600
17)	60	3600
	<u>1024</u>	<u>X 61874</u>

$$\bar{X} = 60.23$$

ANSIEDAD RASGO (SXR)

	Puntaje	X ²
	56	3136
	58	3364
	57	3249
	55	3025
	64	4096
	54	2916
	59	3481
	52	2704
	60	3600
	50	2500
	54	2916
	55	3025
	55	3025
	60	3600
	54	2916
	61	3721
	58	3364
	<u>962</u>	<u>X 54638</u>

$$\bar{X} = 56.58$$

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

ANSIEDAD ESTADO (Egreso - Ingreso)

- Desviación estándar

$$S1 = \sqrt{\frac{66203 - (58,89)^2}{19}} = 4,04 \quad S2 = \sqrt{\frac{61874 - (60,23)^2}{17}} = 3,46$$

Error estándar

$$\& \text{ dif } \sqrt{\left(\frac{198(4,04)^2 + 17(3,46)^2}{34}\right) \left(\frac{1}{19} + \frac{1}{17}\right)}$$

$$\& \text{ Dif} = 1,2975$$

$$T = \frac{\bar{X1} - \bar{X2}}{\& \text{ dif}} = \frac{58,89 - 60,23}{1,2975} = -1,03$$

Los grados de libertad

$$N1 + N2 - 2 = 19 + 17 - 2 = 34$$

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

ANSIEDAD RASGO(Egreso - Ingreso)

- Desviación estándar

$$S1 = \sqrt{\frac{60254 - (56.10)^2}{19}} = 4.90 \quad S2 = \sqrt{\frac{54638 - (56.58)^2}{17}} = 3.56$$

Error estándar

$$\& \text{ dif} = \sqrt{\left(\frac{19(4.90)^2 + 17(3.56)^2}{34}\right)\left(\frac{1}{19} + \frac{1}{17}\right)}$$

$$\& \text{ Dif} = 1.48$$

$$T = \frac{\bar{X1} - \bar{X2}}{\& \text{ dif}} = \frac{56.10 - 56.58}{1.48} = -.324$$

Los grados de libertad

$$N1 + N2 - 2 = 19 + 17 - 2 = 34$$

Regla de Decisión

- Se acepta H_0 si el valor de T calculado es mayor que - 2.02 pero menor a 2.02
- Se acepta H_1 si el valor calculado de T es mayor que + 2.02.

RESULTADOS

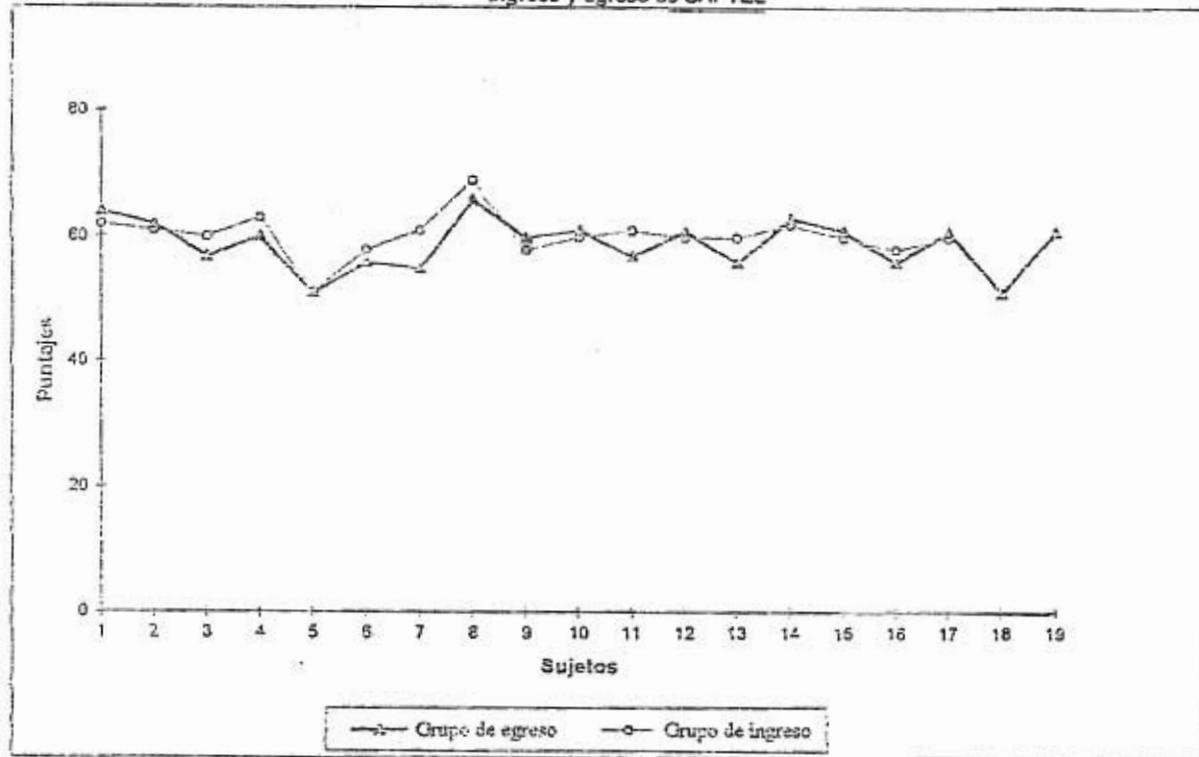
Conforme al análisis estadístico los resultados son :

1- Se acepta H_01 y se rechaza H_1 con un nivel de significancia de .05 y un valor crítico de 2.02, por lo que *No existe diferencia significativa en el nivel de Ansiedad Estado entre los terapeutas de nuevo ingreso y los terapeutas que han terminado su servicio social o prácticas profesionales en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono.* (Gráfica No.1)

2- Se acepta H_02 y se rechaza H_2 con un nivel de significancia de .05 y un valor crítico de 2.02, por lo que *No existe diferencia significativa en el nivel de Ansiedad Rasgo entre los terapeutas de nuevo ingreso y los terapeutas que han terminado su servicio social o prácticas profesionales en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono.* (Gráfica No 2)

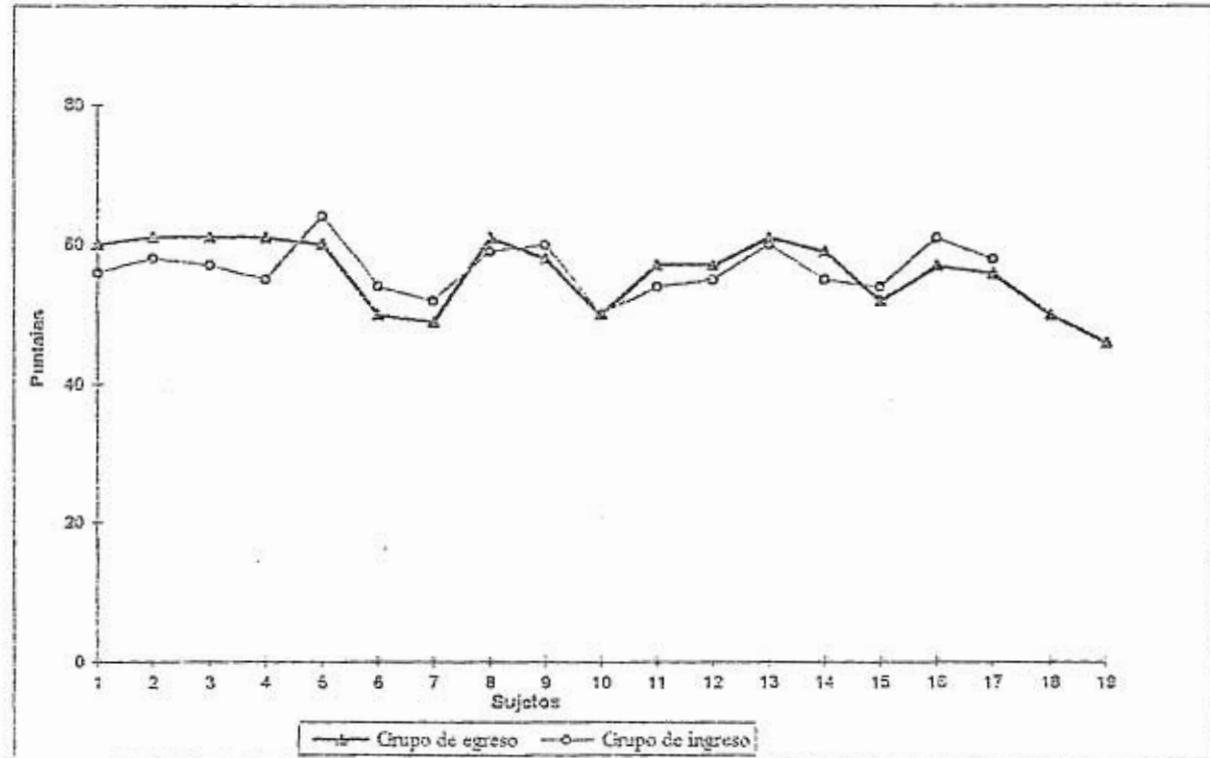
Grafica No.1

Comperación del nivel de ansiedad estado (SXE) entre el grupo de terapeutas de Ingreso y egreso de SAPTEL



Grafica No.2

Comparación del nivel de ansiedad rasgo (SXR) entre el Grupo de
terapeutas de egreso e ingreso de SAPTEL.



CONCLUSIONES

El sistema Nacional de apoyo Psicológico por Teléfono (Saptel Cruz Roja Mexicana), es un servicio de atención directa a la comunidad mexicana que coadyuva en la prevención y padecimiento de trastornos emocionales, crisis y/o emergencias psicológicas, las 24 horas del día los 365 días del año en pro del bienestar general de la población

El apoyo psicológico es brindado por pasantes de psicología denominados terapeutas de diferentes universidades del Distrito Federal y área metropolitana que desempeñan en Saptel su servicio social, prácticas profesionales o voluntariado.

Como se ha observado a lo largo de la presente investigación, en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico se reciben llamadas de gran tensión entre las cuales se puede mencionar : intento de suicidio, depresión angustia, etc., que en condiciones normales alteraría a cualquier persona en su estabilidad emocional o personalidad. De ahí la importancia de conocer si se incrementa el nivel de ansiedad en los terapeutas ya que son quienes reciben las descargas negativas y destructivas de los problemas

emocionales de los pacientes que llaman para pedir apoyo psicológico en busca de una tranquilidad, solución o alternativas a sus conflictos.

En lo que respecta al posible incremento de ansiedad en los terapeutas me refiero específicamente a la posible presencia de ansiedad como un medio de protección psíquico que conforme a Otto Fenichel se presenta ante la manifestación de una tensión no dominada cada vez que el individuo se ve inundado de excitaciones negativas, en las cuales el yo interviene para controlar el peligro inminente como una actitud defensiva.

De acuerdo a Freud la ansiedad se presenta ante una señal de alarma de peligro tanto por estímulos internos como estímulos externos que activa al yo a buscar los medios más idóneos para evitar un desequilibrio en la integridad de la personalidad del individuo. En este caso la ansiedad se presentaría como una protección a la integridad personal del terapeuta como un medio de evitación a sufrir un estado de desesperación o falta de control al estar constantemente recibiendo descargas de agresión, problemas o conflictos de los pacientes al brindar apoyo psicológico.

Cabe destacar que el paciente además de pedir apoyo psicológico también suele depositar en el terapeuta una imagen ideal de bienestar, fuerza y de

saber, que en Saptel por ser un servicio exclusivamente que brinda apoyo por vía telefónica se refuerza debido a la ausencia física del terapeuta. Por consiguiente el nivel de ansiedad del terapeuta puede incrementarse ya que el depositarle una imagen ideal implica un reto en cuanto si podrá o no cumplir lo que se espera de él . De ahí la importancia que el terapeuta este preparado y tranquilo para manejar tal situación para centrarse en la conflictiva del paciente y no en la propia ya que el terapeuta al ser invadido por su propia ansiedad responderá exclusivamente a calmarla su ansiedad y por ende no brindará el apoyo que requiere el paciente.

El terapeuta al atender una llamada tiene que buscar de manera rápida y efectiva soluciones que estén al alcance de la personalidad y necesidades del paciente bajo el marco de la psicoterapia breve e Intervención en Crisis debido a las características propias del sistema, procurando con ello apoyar y ayudar al paciente conforme a sus capacidades a regresar a su estado de personalidad anterior.

En lo referente a la ansiedad estado se esperaría que los terapeutas tanto de ingreso como de egreso al brindar apoyo psicológico por teléfono por ser Saptel un sistema de gran tensión por el tipo de casos que se atienden incrementen su un nivel de ansiedad. Sin embargo conforme a los resultados

estadísticos se observó que no existe diferencia significativa en el Nivel de ansiedad estado entre los terapeutas de egreso e ingreso tanto de servicio social como de prácticas profesionales en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono , debido a que la dispersión de los puntajes conforme a las normas de calificación de la prueba de ansiedad de Spielberg se encontraron dentro de la norma adecuada, es decir, entre 20 y 80 puntos, lo cual indica que es satisfactorio por un lado para el terapeuta, ya que nos refleja de manera general su bienestar y por el otro lado para el paciente porque al estar bien en lo que cabe el terapeuta puede brindar un apoyo psicológico adecuado.

Al respecto es importante destacar que el presentar un nivel adecuado de ansiedad estado se debe en parte a que desde un inicio Saptel a todo pasante de psicología que desee realizar su servicio, prácticas profesionales, voluntariado o tesis les brinda un curso de capacitación de tres meses, al cual se tiene que asistir de manera obligatoria antes de ingresar a brindar apoyo psicológico por teléfono.

Durante el curso de capacitación lo que se pretende desde un inicio es adentrar poco a poco al pasante para tranquilizarlo y brindarle seguridad dándole a conocer cómo se debe brindar el apoyo psicológico por teléfono

tanto a nivel teórico como a nivel práctico a través de la explicación e ilustración de los casos que se han atendido y supervisado en el sistema con ello dándole a conocer al terapeuta cuales son los casos se atienden con mayor frecuencia, cómo pueden manejarse y cuales son sus principales características.

Es importante señalar que cada caso es particular y único al igual que cada individuo, no obstante el conocer de manera general como terapeuta cuales son los casos más usuales, ayuda a tener ciertas pautas que en el momento de encontrarse brindando apoyo psicológico por teléfono, le generan seguridad y tranquilidad al saber qué hacer o cómo actuar en un caso semejante.

Además del curso de capacitación a lo largo del servicio social o practicas profesionales Saptel brinda a los terapeutas supervisión constante en un grupo pequeño con un profesional en la materia autorizado por el sistema .

La supervisión es un espacio abierto en el cual se guía al terapeuta sobre los casos que lo desconciertan, le causan conflicto, inquietud o simplemente para conocer si el apoyo que brindo fue el adecuado. La supervisión se lleva a cabo semanalmente.

No solamente la capacitación y supervisión que brinda Saptel es importante para el bienestar del terapeuta, también la formación universitaria juega un papel fundamental ya que son los cimientos que sin lugar a duda ayudan a ser o no ser un buen profesional de la Salud Mental.

Aunque el terapeuta es independiente en su formación profesional e interés en lo que a la corriente psicológica se refiere, existen materias y bases sólidas a lo largo de la carrera de la licenciatura de psicología entre las que se puede mencionar : la preparación constante, la actualización, la capacitación, la supervisión y el análisis personal que permite tener un autoconocimiento que ayuda a distinguir y reconocer qué es del paciente y qué es lo propio al brindar apoyo psicológico en este caso.

Otro aspecto que se otorga en la carrera profesional además de la formación y preparación en aras de brindar un apoyo psicológico adecuado es el conocimiento de la mente en lo referente a normalidad y patología que hace distinguir y reconocer de manera clara un caso de otro, lo cual brinda seguridad al aplicar los conocimientos ya aprendidos. Con esto no se quiere decir que el terapeuta de Saptel es un profesional en toda la extensión de la palabra pero sí posee los fundamentos y experiencias para abordar y enfrentar los casos que si bien no son iguales tienen algo de similitud.

Respecto a la Ansiedad Rasgo se concluye que no se encontró diferencias significativas en el nivel de ansiedad rasgo entre los terapeutas de egreso e ingreso tanto de servicio social y prácticas profesionales, lo cual nos indica que los terapeutas dentro de su personalidad no presentan una manifestación latente a responder de manera drástica a situaciones de tensión con cantidades variables de ansiedad estado.

Un aspecto fundamental que ayuda a los terapeutas de Saptel ya sean de egreso e ingreso es que el contacto con el paciente es por vía telefónica, lo cual ayuda a tener serenidad, protección y seguridad en sí mismo, debido a que existe distancia y ausencia del lenguaje corporal, sin embargo esto no disminuye la importancia del apoyo psicológico por teléfono en comparación al apoyo que se brinda de manera directa, es decir, cara a cara.

Cabe mencionar que la prueba psicológica que se aplicó mide a nivel general la ansiedad, lo cual es importante distinguir ya que cada persona reacciona ante las situaciones que se le presentan a lo largo de su vida de una manera muy distinta en comparación cuando se encuentra en grupo ya que puede encubrirse o aminorar lo que realmente siente.

Finalmente cabe destacar que el presentar un nivel de ansiedad estado-rasgo satisfactorio en un ambiente de tensión y recepción de diversos conflictos psicológicos refleja la preparación y estabilidad de los terapeutas a pesar de que apenas inician su camino en el ámbito profesional.

LIMITACIONES

- El estudio fue realizado en un grupo muy pequeño debido a que en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono la población de terapeutas es reducida.

- La aplicación de la prueba psicológica (Idare) en su mayoría se aplicó a mujeres porque la población masculina del sistema es limitada

- La prueba psicológica mide el nivel de ansiedad de manera general hecho que repercute de manera directa en la precisión del nivel de ansiedad.

- Debido a que los grupos de terapeutas tanto de ingreso como de egreso fueron muy pequeños, cabe señalar que al responder un solo terapeuta de cualquier grupo la presencia o ausencia de ansiedad estado - ansiedad rasgo en cualquier reactivo de la prueba aplicada los puntajes tienden a elevarse y/o a disminuirse de manera drástica.

SUGERENCIAS

- Realización y aplicación de un estudio psicológico arduo al inicio y fin de servicio social, practicas o voluntariado de cada uno de los terapeutas del sistema con el fin de apoyar su estabilidad emocional y vocación de servicio.

- Ampliar el tamaño de la muestra del estudio para tener una mayor confiabilidad y validez estadística.

- Aplicar dos o más pruebas de ansiedad a los terapeutas para detectar con ellas de manera amplia si la tensión en la que se desempeñan laboralmente afecta o no su capacidad de brindar apoyo psicológico.

- Realizar la investigación a una muestra de igual tamaño tanto de hombres como de mujeres.

- Realizar investigaciones a los pasantes de psicología en otros campos de desempeño laboral, en los cuales el apoyo psicológico que se brinda es directo para detectar las posibles diferencias con el apoyo que se brinda a través del teléfono.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Tallaferro A. Curso Básico de Psicoanálisis. México: Paidós, 1994 pag 204.
- 2- Pinkus L. Psicoterapia Focal (Teoría de la Psicoterapia Analítica Breve). Barcelona : Gedisa, 1986 pags 126-129.
- 3- Kraf E. Angustia, Tensión y Relajación. Buenos Aires: Paidós, 1952 pag 11.
- 4- Ayoso Gutiérrez J. Trastornos de Angustia. Madrid España: Martínez Roca, 1988 pag 14.
- 5- Tallaferro A. Op Cit. pag 204.
- 6- Ibid. Op Cit. pag 204.
- 7- Ayoso Gutiérrez J. Op Cit. pags 16-17.
- 8- Ibid. Op Cit. pag 15-16.
- 9- Fadiman Frager. Teorías de la Personalidad. México: Harla, 1990 pag 86.
- 10- Fenichel Otto. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México: Paidós, 1994 pag 153.
- 11- Hidalgo C. Diferencias Significativas en cuanto al Nivel de Ansiedad y Depresión entre alumnas que están por terminar sus estudios de licenciatura y alumnas que se encuentran en semestres intermedios de la UFM. México: UFM, 1992 pag 15.
- 12- Kraf E. Op Cit. Pags 11-13.
- 13- Ayoso Gutiérrez J. Op Cit. pags 18-21.
- 14- Tallaferro a. Op Cit. Pag 207.
- 15- Armendáriz Mungula M. Síndrome PremestruaL y su relación con el nivel de ansiedad-rasgo del individuo. México: UFM 1996 pag 82.
- 16- Franz C. Análisis Funcional de la Ansiedad. México: UNAM, 1975 pags 12-13.

- 17- De la Fuente M. Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica, 1964 pags 157-159.
- 18- Salomon D. Manual de Psiquiatría. México: Manual Moderno, 1976 pags 33-35.
- 19- Warren. Diccionario de Psicología. México : Fondo de Cultura Económica, 1977 pag 11.
- 20- Frieda Fromm y Reichman. Psicología de Emergencia. Buenos Aires : Paidós, 1980 pag 79.
- 21- Freud S. La Angustia. Obras Completas. Madrid España : Biblioteca Nueva. Tomo 2,1973 pag 2367.
- 22- Velasco S. Angustia de Castración: Revisión Conceptual. Revista Gradiva Vol. 4 No.2 México: Sociedad Psicoanalítica de México, 1990 pag 172.
- 23- Tallaferro A. Op Cit. pag .11.
- 24- Spitz Rene. El Primer Año de Vida. México: Fondo de Cultura Económica, 1992 pag 121.
- 25- Bustos Montes. Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono : Motivos de Consulta. Tesis inédita, México: UNAM, 1999 pag 3.
- 26- Gaitán A. Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono. México: UIA, 1993 pag 17.
- 27- Ibid. Op Cit. pags 18-20.
- 28- Richard M. Escuchando palabras devolviendo... SAPTEL ¿ Un proyecto de mi implicación ? México: UAM,1993
- 29- Gaitán A. Op Cit. pag 20
- 30- Ibid. Op Cit. pag 21.
- 31- Ibid. Op Cit. pag 33.
- 32- Ibid. Op Cit. pag 34.

33- Bellak L. Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. México: Manual Moderno, 1993 pag 41.

34- Ibid. Op Cit. pag 42.

35- Ibid. Op Cit. pag 58.

36- Slaikeu K. Intervención en Crisis. México : Manual Moderno, 1995 pag 83.

37- Ibid. Op Cit. pag 86.

38- Ibid. Op Cit. pag 87.

39- Ibid. Op Cit. pag 87.

40- Ibid. Op Cit. pag 88.

41- Ibid. Op Cit. pag 89.

42- Bellak L. Op Cit. pag 109.

43- Slaikeu K. Op Cit pag. 50.

44- Ibid. Op Cit. pag 52.

45- Bellak L. Op Cit. pag. 53.

46- Slaikeu K. Op cit. pag 53.

47- Bellak L. Op Cit. pag 95

48- Slaikeu K. Op cit. pag 54.

49- Slaikeu K. Op cit. pag 92.

50- Slaikeu K. Op cit. pag 93-

51- Slaikeu K. Op cit. pag 11.

52- Aguilera D. Control de Conflictos Emocionales. México: Interamericana, 1976 pag 15.

- 53- Apuntes del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono. México, 1995 pag 5.
- 54- Gaitán A. Op Cit. pag 50.
- 55- Slaikou K. Op Cit. pag 4.
- 56- Bellak L. Op Cit. pags 9-10.
- 57- Slaikou K. Op Cit. pag 105.
- 58- Slaikou K. Op Cit. pagS 120-129.
- 59- Bustos Montes. Op Cit. pag 45.
- 60- Slaikou K. Op Cit. pag 214.
- 61- Sullivan H.S. La Entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires: Psique, 1972 pags 27-34.
- 62- Malagan M. Psicoterapias Breves. Barcelona España: Herder, 1990 pag 166.
- 63- De Shazor. Claves para la Solución en Terapias Breves. Buenos Aires: Paidós, 1985 pags 24-25.
- 64- Malagan M. Op Cit. pag 30.
- 65- Small L. Psicoterapias Breves. Barcelona España: Gedisa, 1981 pag 2.
- 66- Malagan M. Op Cit. pag 28.
- 67- Bellak y Smalll. Psicoterapia Breve y de Emergencia. México: Pax, 1970 pag 14.
- 68- Malagan M. Op Cit. pag 78.
- 69- Ibid. Op cit. pag 85.
- 70- Ibid. Op cit. pag 29.
- 71- Bellak L. Op Cit. pag 29.

72- Gaitán A. Op Cit. pag 32.

73- Mc Guigan. Psicología Experimental. México : Trillas 1986, pags 336-339

74- Kerlinger F. Investigación del Comportamiento : Técnicas y Metodología. México : Interamericana, 1989 pag 118.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguileña Dona. Control de Conflictos Emocionales. México : Interamericana, 1976.
- Aguilera G. SAPTEL : Los reclamos de los suicidas. Periódico El Heraldo de México año XXVIII, Núm 9725 Noviembre. México, 1992.
- Arroyo Rodríguez M. La ansiedad en madres de niños con reflujo gastroesofágico: Un estudio comparativo en consulta privada. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental, 1992.
- Ayoso Gutiérrez. J. Trastornos de Ansiedad. Madrid España : Martínez Roca, 1988
- Barclay M. Ansiedad y Trastornos Neuróticos. España : Herder, 1974.
- Bellak L. Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. México : Manual Moderno, 1993.
- Bellak y Small. Psicoterapia Breve y de Emergencia. México : Pax, 1970
- Benedetti G, Hediger H. La Ansiedad y el Pensamiento Mágico. Madrid España, 1960.
- Bustos Montes de Oca L. Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono : Motivos de consulta. Tesis inédita, UNAM 1989.
- Cameron N. Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México : Trillas, 1988
- Campbell D, Stanley J. Diseños experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social. México : Amorrouto, 1962.
- Campillo, S.C. Suicidio. Revista Psicología Suicidio, 1985
- Care J.K. Crisis Intervention. U.S.A : Maurice Pergaman Press, 1976.
- Coolican Hugh. Métodos de Investigación y Estadística en Psicología. México : Manual Moderno, 1994.

De Shazer S. Claves para la Solución en Terapia Breve. Buenos Aires : Paidós, 1986.

Dicaprio Nicholas. Teorías de la Personalidad. México : Mc Graw Hill, 1992.

Douglas W, M. Psicología Experimental: Diseños y Análisis de Investigación. México, 1983.

Downi, Narville. Métodos Estadísticos Aplicados. México : Harla, 1983.

Echuburúa E. Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad. Madrid España : Pirámide, 1992.

Fadiman J. Frager R. Teorías de la Personalidad. México : Harla, 1990.

Farre L, Hernández. Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve. México : Paidós, 1992.

Fenichel Otto. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México : Paidós, 1994.

Fiorini H. Teoría y Técnica de Psicoterapias. Buenos Aires : Nueva Visión, 1992.

Franz Conde B. Análisis Funcional de la Ansiedad. Tesis de Doctorado. México : UNAM, 1975.

Freud Sigmund. Obras Completas. México: Biblioteca Nueva, 1973.

Frieda Fromm y Reichmann. Principios de Psicoterapia Intensiva. México : Paidós, 1990.

Frieda Fromm y Reichmann. Psicoterapia de Emergencia. México :Paidós, 1980.

Gaitán A. Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono. Dpto. de Psicología: Universidad Iberoamericana, 1993.

García Pelayo R. Diccionario de la lengua española. México : Larrouse, 1983.

Garcla, V. y Mulhern, S. Intervención Psicológica por teléfono en Situaciones de Emergencia: Reporte de una experiencia en la ciudad de México. Facultad de Psicología, México : UNAM, 1985

Garfiel L. Psicología Clínica. México : Manual Moderno, 1991.

Gómez del Campo J. Intervención en la Crisis ; Manual para el entrenamiento. México : Universidad Iberoamericana, 1992.

González Fernández A. Hacia una Definición en el Proceso Analítico : El Papel que Desempeña la Angustia de Separación . Revista Gradiva Vol. 1 No 1 Sociedad Psicoanalítica de México, 1991.

González Paz M. Diferencias de niveles de ansiedad rasgo-estado entre estudiantes adolescentes con rendimiento medio y bajo. México : UFM, 1992.

Hall Calvin. Compendio de Psicología Freudiana. México : Paidós, 1990.

Hernández R, y Fernández C. Metodología de la Investigación. México : Mc Graw Hill, 1993.

Hidalgo Cisneros M. Diferencias Significativas en cuanto al Nivel de Ansiedad y Depresión entre alumnas que están por terminar sus estudios de licenciatura y alumnas que se encuentran en semestres intermedios de la Universidad Femenina de México. Tesis de Licenciatura. México.: UFM, 1992.

Howard Howard. G. Psiquiatría General. México : Manual Moderno, 1989.

Kerlinger F.N. Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología. México : Intereamericana, 1989.

Kernberg O.F. Trastornos Graves de la Personalidad. México : Manual Moderno, 1995.

Kielholz Paul. Aspectos Psíquicos y Somáticos de la Angustia. Madrid España : Morata, 1970.

Knobel M. Psicoterapia Breve. México : Paidós, 1987.

Kolb L.C. Psiquiatría Clínica Moderna. México : La Prensa Médica Mexicana, 1986.

- Krapf Eduardo. Angustia, Tensión y Relajación. Buenos Aires : Paidós, 1952.
- Laplanche, J y Pontalis, J B. Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona España : Labor, 1983.
- Levin Jack . Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. México : Harla, 1989.
- López V y Zamudis S. La ansiedad en pacientes quemados. Tesis de Licenciatura. México : UNAM, 1993.
- Loza Canales G. Estudio de las características del paciente con conductas suicidas, usuario del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL). Tesis de Licenciatura. México : UNAM, 1995.
- Mackinnon R.A. Psiquiatría Clínica Aplicada. México : Interamericana, 1992.
- Malagan M. Las Psicoterapias Breves. Barcelona España : Herder, 1990.
- Martínez P. Apoyo Psicológico a través del Teléfono. Revista Psicología al día. Año IV Octubre México, 1994.
- Mc Guigan F. Psicología Experimental. México : Trillas, 1986.
- Molinar M R. Estudio de la Ansiedad en pacientes Normotensos e Hipertensos. Tesis de Licenciatura. México : Universidad Femenina de México, 1994.
- Odiar Charles. La angustia y el Pensamiento Mágico. México : Fondo de Cultura Económica, 1961.
- Pinkus Lucio. Teoría de la Psicoterapia Analítica Breve. Argentina : Gedisa, 1986.
- Pillman Frank S. Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis. México : Paidós, 1990.
- Puente Silva F, Bustos M.L. Simposio: Resultados de la primera fase en un sistema de apoyo psicológico por teléfono.(SAPT). México : Facultad de Psicología, UNAM- Federación Mundial de la Salud Mental. 1988 Julio 29.
- Puente S, Bustos M, et al. Experiencias obtenidas en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Simposio del V Congreso Mexicano de Psicología

Clinica de la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica A.C. México. Fac. de Psicología, UNAM- Federación Mundial de Salud Mental. 1988 agosto 19.

Richard, M P. Escuchando palabras, devolviendo ... SAPTEL: ¿ Un proyecto basado en mi implicación ? Tesis inédita UAM, 1993.

Ruiloba V y Ferrer. Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona España : Salvat, 1990.

Segal Hanna. Introducción a la Obra de Melanie Klein. México : Paidós, 1994.

Slaikou K. Intervención en Crisis. México : Manual Moderno, 1995.

Spielberg C. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE). México : Manual Moderno, 1975.

Spielberg Charles. Tensión y Ansiedad. México : Latinoamericana, 1960.

Spitz Rene. El primer año de vida. México : Fondo de Cultura Económica, 1992.

Sulkes, S. y Lazard, S. Algunas Técnicas en la prevención del Suicidio y su posible Aplicación en México. Tesis de Licenciatura. México : Facultad de Psicología, Universidad Iberoamericana, 1978.

Sullivan, E D y Everstino, L. Personas en Crisis: Intervenciones terapéuticas estratégicas. México : Pax, 1992.

Tallaferro, A. Curso Básico de Psicoanálisis. México : Paidós, 1994.

Velasco S. Angustia de castración y envidia del pene: Revisión conceptual. Revista Gradiva, Vol.4 No 2. México : Sociedad Psicoanalítica de México, 1990.

Zelhuber A. Servicio de Apoyo psicológico por Teléfono. Revista Tiempo Libre, sección Educación y Ciencia. México : Julio 1993.

ANEXOS

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Naranjo y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Tanto que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXE

		BUENO	MODERADO	ALGO	CAJI MALA
1.	Asegúrese que tiene el lado correcto de esta clave sobre la hoja de la prueba. Después simplemente sume las calificaciones de pesos que se muestran sobre la clave para cada categoría de respuestas. Una simple calculadora de escritorio o contador manual harán la labor más sencilla, pero puede hacerse mentalmente. Refiérase al manual para datos normativos apropiados	4	3	2	1
2.		4	3	2	1
3.		1	2	3	4
4.		1	2	3	4
5.		4	3	2	1
6.		1	2	3	4
7.		1	2	3	4
8.		4	3	2	1
9.		1	2	3	4
10.		4	3	2	1
11.		4	3	2	1
12.		1	2	3	4
13.		1	2	3	4
14.		1	2	3	4
15.		4	3	2	1
16.		4	3	2	1
17.		1	2	3	4
18.		1	2	3	4
19.		4	3	2	1
20.		4	3	2	1

© El Manual Moderno, S.A., 1971

Todos los derechos reservados. No puede ser reproducido o traducido sin el consentimiento escrito de El Manual Moderno, S.A. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION Forma SXR

	CASI SIEMPRE A MENUDO A VECES	CASI NUNCA
21.	4 3 2 1	
22.	1 2 3 4	
23.	1 2 3 4	
24.	1 2 3 4	
25.	1 2 3 4	
26.	4 3 2 1	
27.	4 3 2 1	
28.	1 2 3 4	
29.	1 2 3 4	
30.	4 3 2 1	
31.	1 2 3 4	
32.	1 2 3 4	
33.	4 3 2 1	
34.	1 2 3 4	
35.	1 2 3 4	
36.	4 3 2 1	
37.	1 2 3 4	
38.	1 2 3 4	
39.	4 3 2 1	
40.	1 2 3 4	

Impreso en México

© Copyright, 1949 by
Cambridge Psychological Press, Inc.
P.O. Box 100, Cambridge, U.S.A.

CRUZ ROJA MEXICANA, SERVIR MEJOR

Por Eva Rosario García de Jado
(en Nueva Laredo y Cruz Roja México)

SISTEMA APDO TELÉFONICO DE TELÓN

En una sociedad urbana moderna, donde el ritmo del tiempo es elevado y cada día hay dificultades de tránsito y transporte, es común que si la población se presenta trastornos emocionales, sobre todo en los habitantes de las grandes ciudades.

En nuestro país hay aproximadamente 400 mil millones de adultos con alto riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia, además de un gran número de pacientes con trastornos orgánicos cerebrales.

La atención temprana, efectiva y oportuna, a través de servicios que permitan la problemática emocional, en ocasiones, se convierte para evitar complicaciones que actúan problemas familiares y de relación interpersonal.

En este sentido, las naciones del primer mundo cuentan con servicios psicológicos por teléfono más modernos en buen estado la salud mental de sus habitantes y solucionar problemas emocionales de la ciudadanía, los cuales no deben entenderse como una enfermedad mental.

Ante esto y a fin de responder a uno de los objetivos de Cruz Roja Mexicana de "abrir al sufrimiento de los seres humanos en cualquier circunstancia", esta institución brinda atención por servicios a la comunidad, al integrar un programa de ayuda psicológica por teléfono.

Esto, bajo la premisa de que los habitantes de la Ciudad de México requieren del apoyo psicológico que contribuya a la prevención de problemas mayores, al tranquilizar a la persona afectada, quien en un estado de angustia excesiva puede volver en forma violenta, desahogada e impulsiva.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPPT) constituye una alternativa, la cual no requiere su traslado a la atención personal de los especialistas. El servicio tiene sus líneas de atención las 24 horas, atendiendo a todos los interesados que llaman al número de Emergencia Cruz Roja: 2-95-11-11.

Así, de por lo menos cuando los teléfonos los 365 días del año a la fecha tienen 400 pacientes, diariamente reciben cerca de 50 llamadas. Los pacientes permanecen en el anonimato, sólo se les solicita el nombre propio o un apellido.

Según datos proporcionados por Cruz Roja Mexicana el 24 por ciento de la llamada se dan por desahogos; un 22 por ciento a casos de problemas familiares o sentimentales y se logra tranquilizar a instituciones especializadas aproximadamente el 24 por ciento de las llamadas; esta, se otorga y cuando ellos están dispuestos a someterse a una terapia psicoanalítica.

Del 15 al 19 por ciento de quienes llaman por primera vez quieren hacerlo en una segunda ocasión, los rangos de edad de mayor incidencia fluctúan entre los 31 y 40 años, de ellas aproximadamente el 70 por ciento son mujeres y el 20 por ciento hombres.

La mayor parte de las mujeres que acuden a este servicio se encuentran en un estado de depresión muy fuerte; lloran, a veces todo los días, por la noche, cuando tienen un sentimiento de soledad y angustia aguda.

Cada telefonema tiene una duración promedio de 20 a 40 minutos. Cada telefonista recibe entre siete y 10 llamadas en turno de cuatro horas. Estos psicólogos hacen levantar la atención del paciente, distraerlo y mantenerlo ocupado.

De los hombres que solicitan ayuda se ha notado que la mayoría cuentan con una profesión o estudio universitaria y no menos cuando lo hace la gente con poca preparación por pena o temor, según informó María Alicia López, una de las telefonistas.

De acuerdo a la explicación de Gerardo López Hernández y María Luján Pérez, psicólogos de la institución, los usuarios son personas que han sufrido pérdidas familiares, daños en sus vidas personales o en algún órgano, angustia, depresión, ansiedad, nerviosismo, problemas intestinales, fiebre, gente que se encuentra en una etapa terminal, padecen de niños que mueren con deficiencia mental, alcoholismo, drogadicción, además con un estado mental muy deteriorado, incluso homicida y mujeres que sufren de algunos problemas graves.

El grupo de trabajo está integrado por psicólogas y psiquiatras de la Dirección de Psicología, quienes fueron especialmente capacitados. A ellos se les da un curso de capacitación, se les entrena para atender intervenciones breves, talleres de crisis, además de instrucciones sobre las funciones de Cruz Roja, sus servicios, programas, filosofía y misión.

Georgina Luna y Gertrudis García, psicólogas que ofrecen voluntariamente sus servicios, mencionan que los pacientes a pesar del motivo de su consulta para que al terminar la llamada su problema se resuelva, se hacen preguntas de carácter personal y personal para determinar el nivel de atención, el cual depende de los características propias de cada persona. Si ésta decide no manifestarse de nueva cuenta puede ser atendido, pero dentro de un tiempo posterior por el mismo psicólogo que lo atendió.

Atención psicológica por teléfono

"Una noche como la noche, el po que vino al teléfono y me me quedé con la boca abierta. Yo soy de la familia de los que se preocupan por el otro, pero no me acordaba de hacerlo. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior. Yo soy de la familia de los que se preocupan por el otro, pero no me acordaba de hacerlo. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."



¿Por qué como presidente una línea de ayuda psicológica por teléfono? En 1981, en la Facultad de Psicología de la UCA, que ahora es de la UCA, una estudiante de psicología, el 11 de octubre de 1981, a las 10 de la noche, se presentó al teléfono y me llamó desde su casa en Ciudad Real.

La estudiante que me llamó se llama Ana María Zurbano, estudiante de Psicología en la Facultad de Psicología de la UCA. Ella me llamó por teléfono y me contó que estaba pasando por un momento muy difícil en su vida. Ella me contó que estaba pasando por un momento muy difícil en su vida. Ella me contó que estaba pasando por un momento muy difícil en su vida.

"Yo, que soy de la familia de los que se preocupan por el otro, pero no me acordaba de hacerlo. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

"Desde entonces he estado pensando en cómo puedo ayudar a otras personas que estén pasando por momentos difíciles. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

para ella, que es una mujer que tiene un hijo con problemas de conducta y que está pasando por un momento muy difícil en su vida.

La estudiante que me llamó se llama Ana María Zurbano, estudiante de Psicología en la Facultad de Psicología de la UCA. Ella me llamó por teléfono y me contó que estaba pasando por un momento muy difícil en su vida.

En 1981, en la Facultad de Psicología de la UCA, una estudiante de psicología, el 11 de octubre de 1981, a las 10 de la noche, se presentó al teléfono y me llamó desde su casa en Ciudad Real.

Yo, que soy de la familia de los que se preocupan por el otro, pero no me acordaba de hacerlo. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

Desde entonces he estado pensando en cómo puedo ayudar a otras personas que estén pasando por momentos difíciles. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

Yo, que soy de la familia de los que se preocupan por el otro, pero no me acordaba de hacerlo. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

Yo, que soy de la familia de los que se preocupan por el otro, pero no me acordaba de hacerlo. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

Desde entonces he estado pensando en cómo puedo ayudar a otras personas que estén pasando por momentos difíciles. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

Yo, que soy de la familia de los que se preocupan por el otro, pero no me acordaba de hacerlo. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

Desde entonces he estado pensando en cómo puedo ayudar a otras personas que estén pasando por momentos difíciles. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

Yo, que soy de la familia de los que se preocupan por el otro, pero no me acordaba de hacerlo. Me acordé de la mujer de María y me acordé de cómo me sentía la noche anterior."

Sociedad SOLIDARIDAD

 La Asociación de Socios de la UCA

 C/Alfonso XIII, 10

 13011 San José (Cádiz)

 Teléfono: 952 01 11 11

 Fax: 952 01 11 11

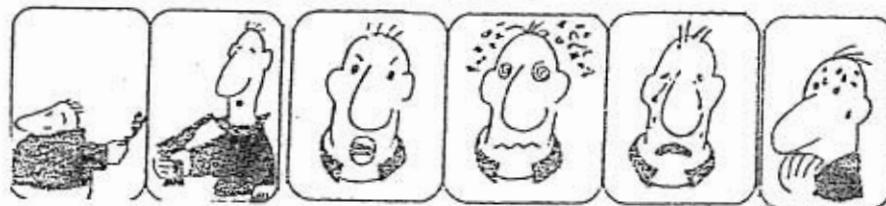
 E-mail: solidaria@uca.es

SAPTEL CRUZ ROJA MEXICANA

Te da la mano en los momentos
más difíciles de la vida



395 11 11 Ext. Apoyo Psicológico



SISTEMA DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELEFONO

Con atención al público los 365 días del año las 24 hrs.
Te ayudaremos a encontrar una solución a tu problemática en especial.



SAPTTEL 3 95 11 11

CRUZ ROJA MEXICANA

SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO

CON ATENCION AL PUBLICO LOS 365 DIAS DEL AÑO LAS 24 HORAS NOSOTROS SI TE AYUDAMOS

EXTENSION: APOYO PSICOLOGICO

da la mano en los momentos más difíciles de la vida



SRP



CRUZ ROJA MEXICANA

