

## CAPITULO 7

### EL SISTEMA NACIONAL DE APOYO, CONSEJO PSICOLOGICO E INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO (SAPTEL) Y SU MODELO DE INTERVENCION CLINICA

#### La historia de SAPTEL

**SAPTEL** es un servicio que nació con un propósito fundamental: servir a los mexicanos habitantes de la capital del país en desgracia y dañados psicológicamente a consecuencia de la destrucción de una gran zona de la ciudad de México, causada por los terremotos del 19 de Septiembre de 1985. Dicho servicio comenzó a operar telefónicamente brindando atención a la salud mental a distancia sin ver al usuario ni una sola vez. Los responsables de operar el servicio eran psicólogas y psicólogos voluntarios.

Con el paso de los minutos, las horas, los días, los meses, y 17 años de vida desde su primer día de labores, este servicio ha experimentado distintas etapas de funcionamiento que se expondrán más adelante.

Haciendo un análisis y una reflexión de lo ya recorrido por SAPTEL, se puede observar que un gran número de personas de distintas formaciones profesionales (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, antropólogos sociales, enfermeros, etc.) y desde diferentes funciones dentro de SAPTEL (consejeros telefónicos, coordinadores operativos y de guardia, patrocinadores, técnicos en sistemas computacionales, directivos, asesores, supervisores, profesores, secretarías y otros voluntarios), han invertido una gran cantidad de horas de trabajo, en su mayoría voluntario, en la labor cotidiana del servicio.

Esta labor ha consistido respecto a lo clínico, en brindar atención psicológica y apoyo emocional en crisis; en el registro y análisis de los datos que surgen de dicha atención; en la supervisión clínica de los casos de primera vez y seguimiento; en investigación bibliográfica y en cursos-seminarios de especialización. Con respecto al trabajo operativo, ha consistido en trabajo administrativo y de difusión al público, en la gestión de otorgamiento de fondos procedentes del gobierno y de otras instancias para financiar el proyecto y seguir ayudando a la gente; además de la supervisión del buen funcionamiento técnico de las líneas telefónicas de atención al público y en el mantenimiento y la creación de programas de cómputo para obtener información estadística de los casos que atiende.

Todo este trabajo serio y sostenido ya por muchos años, sirve como plataforma sólida para elaborar un sinnúmero de proyectos de investigación, incluyendo esta tesis. Constituye también una gran infraestructura para desarrollar nuevas formas de tratamientos psicológicos a distancia que sean ética y materialmente posibles y útiles para la gente en nuestro país. Más aún, SAPTEL es el servicio más importante en su tipo, así como una referencia obligada a nivel nacional e internacional para todo aquél que desee profundizar en la historia y en la metodología de los servicios de salud mental por teléfono (Tele-Salud) en México.

**Primera Etapa:**

Esta etapa inicia 48 horas después de ocurridos los terremotos en la ciudad de México, en el año de 1985. Se atendió satisfactoriamente a 700 personas con trauma psicológico por este siniestro. En esta etapa la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM) tomaron conjuntamente la iniciativa de operar el servicio, mismo que fue suspendido a finales del mismo año con el objeto de evaluar la labor realizada con las víctimas del terremoto. Los principales motivos de consulta de los usuarios en esa etapa fueron los estados de ansiedad, los trastornos depresivos, los sentimientos de soledad, el estrés postraumático y las dificultades en las relaciones interpersonales (Puente y Gaitán, 1993).

**Segunda Etapa:**

Esta etapa consistió en la continuación del período de evaluación y reestructuración del proyecto a través de seminarios y grupos de estudio. Su duración fue de 18 meses y en ella se creó el "Manual de Procedimientos para el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono". Miembros sobresalientes de SAPTEL durante esta etapa, como la Dra. Lucía Bustos Montes de Oca y el Psicoanalista Andrés Gaitán González, junto con su fundador, el Dr. Federico Puente, elaboraron la estructura básica de la actual Cédula de Registro (historia clínica codificada).

**Tercera Etapa:**

En Julio de 1987 se reabrió el servicio, nuevamente con el apoyo de la UNAM y la FMSM, y permaneció abierto al público por dos años. Se atendieron cerca de 4,000 casos, de los cuales 1,000 fueron referidos a diversos Hospitales, Instituciones y Organismos no gubernamentales.

**Cuarta Etapa:**

El 15 de Agosto de 1992 se inicia el primer curso de capacitación formal para esta etapa de SAPTEL. Con un trabajo conjunto de la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la FMSM, el 12 de Octubre de 1992 empezó la atención al público y el 7 de noviembre del mismo año se llevó a cabo la inauguración oficial con la representación del Gobierno de México, de diversas agencias de la ONU en nuestro país, de las Universidades participantes, y de diversas organizaciones civiles, profesionales y para-profesionales.

**SAPTEL hoy:**

El año 2001 es de cambios muy importantes para este servicio, ya que el primer día de abril SAPTEL comenzó a operar en un nuevo espacio físico conocido como "Centro Lilas" ubicado en la Delegación Cuajimalpa del D.F. Las nuevas instalaciones, que son otorgadas a SAPTEL por los Directivos de la Benemérita Cruz Roja Mexicana, se convierten en un espacio amplio y adecuado para continuar con el desempeño exitoso de las psicólogas y psicólogos en servicio. El "Centro Lilas" fue acondicionado gracias al esfuerzo y planeación del Titular de SAPTEL, el Dr. Federico Puente Silva y todo su equipo de colaboradores, para que el 28 de Octubre del mismo año fuera inaugurado oficialmente.

Es importante mencionar que durante la transición hacia las instalaciones actuales SAPTEL atendió al público de manera ininterrumpida.

SAPTEL se ha caracterizado siempre por ser un servicio que funciona con excelencia en todos los niveles que lo constituyen, desde la labor académica y terapéutica que desempeñan los consejeros, hasta las acciones operativo-administrativas de los coordinadores (que generalmente son los mismos consejeros al teléfono, pero que han sobresalido por su desempeño y personalidad fuerte, participativa y emprendedora). La administración de SAPTEL ha sido siempre transparente y plena de proyectos aterrizados en la realidad. Es por ello, y por la enorme solidez profesional y perseverancia de sus integrantes que SAPTEL ha recibido el apoyo financiero y en especie de la Cruz Roja Mexicana, el Gobierno Federal, la Federación Mundial de la Salud Mental, la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Consejo Nacional contra las Adicciones, entre muchas otras instancias cuyos nombres aparecen en los reportes clínicos y operativos que quincenalmente se elaboran y distribuyen a un número considerable de funcionarios que apoyan al servicio.

La Fundación TELMEX se sumó a los grupos que apoyan este servicio psicológico por teléfono y el 12 de Diciembre de 2001 se abre la prestación de los servicios de SAPTEL a nivel Nacional a través de un número de Larga Distancia sin costo para el usuario (01 800...).

Durante el cambio de instalaciones, también cambiaron los números telefónicos de atención al público y fue entonces cuando medios de comunicación muy importantes en el país apoyaron para que se dieran a conocer los nuevos.

El 29 de Noviembre se realizó la inauguración oficial del Centro SAPTEL-Lilas con la presencia de diversas personalidades como la Señora Martha Sahagún de Fox, Presidenta Honoraria de la Cruz Roja Mexicana y Don Olegario Vázquez Raña, Presidente Nacional de la Cruz Roja Mexicana (Diario La Jornada, 30 de Noviembre de 2002). Ante la presencia de los medios de comunicación, el Sistema Nacional de Apoyo Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono refrendó su compromiso de continuar brindando un servicio de salud mental gratuito y de gran calidad a la sociedad mexicana.

En esta nueva etapa el equipo de SAPTEL continúa trabajando con excelencia en las instalaciones del Centro Lilas, en donde desde Enero de 2005 se capacita a los consejeros para que proporcionen psicoterapia por teléfono para dos personas en forma simultánea.

### **SAPTEL y su funcionamiento**

Desde su inicio SAPTEL es un modelo de atención para situaciones de urgencia psicológica y/o emergencia emocional que funciona las 24 horas del día, todos los días del año. Ofrece también orientación sobre diversas problemáticas y

refiere casos a otras Instituciones mediante un directorio que se actualiza constantemente.

El objetivo principal de este servicio es ser una alternativa real para que las personas—fundamentalmente de escasos recursos económicos o con dificultades de tiempo para desplazarse a una consulta psicológica—logren bienestar emocional.

Vinculado su proyecto a la benemérita Cruz Roja Mexicana y compartiendo su filosofía, SAPTEL busca ser una alternativa para aliviar el sufrimiento emocional de manera profesional, voluntaria y altruista.

Para cumplir con ese objetivo, SAPTEL funciona de la siguiente manera:

- Los aspirantes a consejeros telefónicos, la mayoría de ellos con un 70% de créditos cubiertos en la carrera de psicología (los coordinadores y supervisores titulados con grados de licenciatura, maestría o doctorado) cursan un programa de capacitación previa que tiene una duración de 56 horas (14 sesiones de 5 ½ horas cada una), una vez por semana (viernes por la tarde) durante tres meses. Tres tercios de estas sesiones se dedican a la capacitación teórica, de acuerdo a un temario que se presentará más adelante. El otro tercio consta de una parte práctica donde psicoterapeutas Senior supervisan ante el pleno de consejeros en servicio los casos seleccionados. Durante estas sesiones prácticas los consejeros aprenden el uso y la prescripción de diferentes herramientas clínicas para optimizar el manejo de sus casos. Una vez son seleccionados como consejeros—previa aprobación de una entrevista clínica, además de previa evaluación del desempeño académico durante el curso que imparte SAPTEL—comienzan a dar atención al público usuario y continúan con un programa de capacitación permanente que incluye la asistencia a los seminarios continuos (a lo largo de 17 años, 47 generaciones se han formado con este modelo y más de 600 pasantes y voluntarios han recibido capacitación especializada sin costo en SAPTEL)
- Una vez el aspirante a consejero ha sido aprobado para dar atención telefónica a los usuarios su estancia en el servicio es de 9 meses como mínimo (ya sea como parte de un voluntariado, como prácticas profesionales, o como servicio social).
- Como ya se mencionó más arriba, parte indispensable de la práctica clínica de los psicólogos de SAPTEL es asistir a un Seminario Clínico Conjunto en el cual exponen sus dudas y experiencias durante la intervención en un caso que se lleva previamente seleccionado. Son supervisados ante el pleno por un Profesor-supervisor clínico invitado cada semana. Este Seminario se lleva a cabo los viernes de 18:30 a 20:00 horas en el Auditorio de la Cruz Roja Mexicana, Sede Nacional.

- La capacitación es una de las piedras angulares de SAPTEL, ya que existe un fuerte compromiso de tener personal adecuadamente entrenado, capacitado y supervisado. Durante el año 2008 se brindaron 1819 horas de capacitación previa y continua de la siguiente forma:
- **76** clases de los cursos de capacitación a las generaciones XLV, XLVI y XLVII = **152** horas de capacitación.
- **10** clases de los cursos especiales para la generación XLVI-bis y la generación y XLIV de la UNAM = **15** horas.
- **27** clases especiales para la preparación del libro electrónicos = **40** horas.
- **13** talleres = **32** horas.
- **43** seminarios clínicos = **86** horas de supervisión conjunta.
- **747** supervisiones de grupo pequeño = **1494** horas de supervisión.

### Contenido del Curso de Capacitación Previo de SAPTEL

	Bienvenida y presentación del servicio.
<b>Tema 1</b>	El desafío de adaptación positiva a la modernidad.
<b>Tema 2</b>	Modelo SAPTEL de Intervención en Crisis por Teléfono. Primera parte.
<b>Tema 3</b>	Psicopatología. Examen mental y Diagnóstico Psiquiátrico.
<b>Tema 4</b>	Psicopatología. Teoría general y especial de las neurosis y las psicosis.
<b>Tema 5</b>	Técnicas de Intervención en situaciones de emergencia y crisis. Conceptos fundamentales.
<b>Tema 6</b>	Técnicas de intervención en situaciones de emergencia y crisis. Generalidades técnicas.
<b>Tema 7</b>	Técnicas especiales de intervención en crisis: Atención a víctimas de violación.
<b>Tema 8</b>	Técnicas especiales de intervención en crisis: Atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
<b>Tema 9</b>	Técnicas especiales de intervención en crisis: Depresión y suicidio.
<b>Tema 10</b>	Técnicas especiales de intervención en crisis: Otras disfunciones del control de la sexualidad y la agresión.
<b>Tema 11</b>	Modelo SAPTEL de intervención en crisis por teléfono. Segunda parte.
	Capacitación Operativa: Normatividad en SAPTEL. (Inicio de la participación en guardias y de la supervisión en grupo pequeño como observadores).
	Dinámica de Integración. (Gaitán, A., SAPTEL Cruz Roja Mexicana, Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos, sin año)

## Características del Programa de Capacitación Permanente

El período de capacitación permanente se inicia inmediatamente después del curso de capacitación previa y es obligatorio durante todo el tiempo que el consejero permanece activo en el servicio. El acceso a este curso es restringido y solo pueden acceder a él los egresados del curso de capacitación previo que son aceptados dentro del equipo de consejeros al teléfono.

Las primeras sesiones se dedican a profundizar en la técnica adecuada para la elaboración de la historia clínica, con la meta de elaborar expedientes completos. Este proceso incluye la instrucción en el método de llenado de **Cédula de Registro**, ya que de su manejo adecuado se desprenden gran cantidad de derivaciones técnicas específicas.

Todo consejero deberá seguir participando en las sesiones de supervisión clínica conjunta, y habrá de inscribirse y participar en alguno de los grupos de supervisión en grupo pequeño, que le comprometerán dos horas más a la semana. Los consejeros también tienen la opción de la supervisión de emergencia vía telefónica para la atención de casos particularmente difíciles.

En ocasiones, se invita al consejero a participar en sesiones de integración grupal, que pueden ir desde dinámicas de grupo, hasta campamentos fuera de la ciudad.

Cuando las posibilidades de espacio lo permiten, se integran grupos de estudio en los que se profundiza en temas específicos de salud mental, lo cual resulta indispensable para realizar un trabajo clínico de calidad.

## Procedimiento técnico de intervención en SAPTEL

### Generalidades

En el Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono, se considera un elemento crucial para su buen funcionamiento garantizar que el consejero telefónico obtenga, mediante una metodología eficiente y suficiente, toda la información relevante de cada uno de sus pacientes para que los beneficios de la intervención sean reales. Por esta razón se cuenta con una Cédula de Registro o Historia Clínica Codificada.

Esta unidad de información que debe existir para cada usuario de primera vez y seguimiento se llama **expediente**, que de hecho constituye una **historia clínica** y consta de una carpeta con un número consecutivo previamente asignado, que contiene la(s) hoja(s) de cédula(s) de registro y el resto de la información pertinente de la persona que llama, a través de las notas realizadas por el consejero.

La historia clínica está formada por cuatro grandes secciones:

- “Un corte transversal”
- “Un corte longitudinal”
- Un conjunto de comentarios relacionados con el caso, que se van anexando con el transcurso de las sesiones.
- La sección de seguimiento.

El corte transversal contiene los elementos indispensables y centrales para que el consejero pueda llevar a cabo su labor (que hasta este momento es brindar apoyo psicológico y emocional por teléfono en situaciones de crisis). Esta sección está representada por los datos contenidos en los incisos de la cédula de registro.

En el llamado corte longitudinal han de resumirse los elementos importantes de la historia ontogenética del paciente para entender cómo llegó a la situación que vive, ahora desde los puntos de vista evolutivo y epigenético.

En la tercera parte quedarán incluidos todos los comentarios, cortos o extensos, que se consideren importantes de registrar y que no estén representados o no queden claros durante la investigación de los datos propios de las secciones anteriores, principalmente la primera.

Para el seguimiento se toman en cuenta los días 15, 45 y 90 posteriores a la última llamada de intervención.

**Nota importante:**

A pesar de que el procedimiento técnico de atención al público ha de seguir un modelo básico, al cual han de intentar apegarse todos los asesores telefónicos, debe ser siempre a la vez lo suficientemente flexible para adaptarse prioritariamente a cada caso particular. Así que se describirán las líneas estructurales que al ser confrontadas con la realidad de cada persona pueden o deben ser alteradas en su orden o prioridad para tener una mejor intervención.

El modelo SAPTEL de apoyo psicológico y de intervención en crisis contempla 5 fases, que se distinguen entre sí, en primera instancia, según la cantidad de llamadas que realice el usuario o usuaria:

<b>Fase I</b>	<b>Primera llamada</b>
<b>Fase II</b>	<b>Segunda llamada</b>
<b>Fase III</b>	<b>Siguientes llamadas, hasta la número 20</b>
<b>Fase IV</b>	<b>De la llamada 21 en adelante</b>
<b>Fase V</b>	<b>Seguimiento. Últimas tres llamadas.</b>

Las primeras dos fases propuestas por el modelo SAPTEL son para dar atención a los dos tipos de crisis que puede experimentar un ser humano: aquellas que son producto de desafíos y retos normales del desarrollo vital, y otras cuyo origen se

encuentra directamente en el mundo interno del usuario, tal vez teniendo como base estructuras psicopatológicas.

En una estructura de personalidad predominantemente sana, la intervención en crisis tiende a acelerar el proceso normal de recuperación del equilibrio homeostático. Sobre una personalidad neurótica ayuda a contener descargas impulsivas o producto de diversas relaciones de compromiso, que muy probablemente incrementen el grado de desequilibrio, en vez de tender a eliminarlo.

Si la crisis se presenta acompañada de fallas en las funciones de prueba y juicio de realidad, se le denominará quiebre psicótico, no crisis psicótica. En estos casos el procedimiento de SAPTEL dicta que lo mejor es referir al usuario, después de disminuir la angustia y dar cierto grado de estructura, a una Institución para que se reciba tratamiento psiquiátrico. **Cualquier otra práctica de intervención en crisis en este caso sirve solamente como colaborador secundario de la intervención médica, mientras la etapa psicótica remite.**

**El modelo de atención que aquí se presenta ha dado resultados positivos también cuando la crisis requiere además de la aplicación de una terapia breve, o sea, abordar la fase III**

**Cuando el caso amerita llegar a la fase IV, el grado de efectividad de la Técnica SAPTEL decrece varios puntos, por lo que se hace más o menos necesario, según el caso, contemplar la posibilidad de referir al usuario hacia algún modelo de atención psicoterapéutica cara a cara. Algunas veces, sin embargo, la única o la mejor alternativa es intentar un modelo de psicoterapia por teléfono.**

**Nota importante:** En esta tesis se contempla la posibilidad de brindar una psicoterapia por teléfono desde la Fase III.

Siempre, al final de cualquier forma de intervención, será preciso pactar hasta 3 entrevistas de seguimiento con el usuario **(fase V)**.

Al momento de emitir un juicio pronóstico, el consejero de SAPTEL toma en cuenta el tipo de crisis y la estructura de la personalidad del paciente, ambas variables muy importantes durante la intervención.

En algunos casos, los procedimientos de intervención en crisis y terapia breve no bastan para restablecer el equilibrio perdido y ya sea porque el usuario lo decida o porque el consejero telefónico lo recomiende, se hace necesario referirlo a otro servicio de salud mental. Esta referencia marcará el fin de la intervención breve ofrecida inicialmente, sin importar si el motivo de consulta original fue de urgencia psicológica o emergencia emocional. En este momento se recordará al usuario que si en el futuro desea volver a utilizar SAPTEL puede hacerlo teniendo a la mano su número de expediente. Es adecuado recomendarle que lo más conveniente será que intente contactar al mismo consejero telefónico que lo atendió y conoce, por lo tanto su caso.

Cuando el usuario no accede a la referencia y sigue buscando el servicio por teléfono, la terapia breve ofrecida por SAPTEL contempla una prolongación de la



intervención destinada específicamente a descubrir y explicar al sujeto las razones que pueda tener—conciente o inconscientemente—para no seguir la sugerencia que se le hace, hasta lograr que acepte lo que se le había sugerido.

## **FASE I. PRIMERA LLAMADA**

La primera fase corresponde comúnmente a la primera llamada, aunque el rango de variabilidad es alto por lo que algunas veces, hacia el final ya empiezan a implementarse elementos técnicos correspondientes a la fase II. En otras ocasiones, en cambio, la exposición del motivo de consulta u otras cuestiones ocupan todo el tiempo de la primera llamada y sólo en el caso de haber llamadas posteriores se puede completar la información.

Durante esta primera fase se sugiere utilizar una técnica de atención universal, ya que es de gran importancia que SAPTEL ofrezca una imagen homogénea al público usuario, y ello solamente puede lograrse si todos los terapeutas ejecutan las mismas acciones más o menos en el mismo orden durante la primera llamada.

Tal técnica consta de las siguientes partes:

1. Presentación.
2. Determinación de la naturaleza de la llamada.
3. Motivo de consulta manifiesto: Exposición del usuario.
4. Investigación con respecto a tratamientos psicoterapéuticos a los que haya acudido o en los que se encuentre actualmente.
5. Ficha de identificación.
6. Motivo de consulta. Semiología de signos y síntomas.
7. Examen mental.
8. Sintomatología específica.
9. Cierre de la primera llamada.

### **1. Presentación**

La forma como se presenta el consejero es muy importante, ya que su voz debe sonar amigable y cálida pero sin afectaciones para que el usuario sienta la suficiente confianza como para comentar sus problemas. Este es el primer paso de una buena alianza de trabajo. Se recomienda decir algo como:

“Gracias por llamar a SAPTEL, le atiende....., o: mi nombre es:....., ¿en qué puedo servirle”.

A continuación se permite que el usuario exprese el motivo de su llamada tan ampliamente como desee.

**Nota importante:** En cuanto suene el teléfono y se levante el auricular se debe registrar la hora del día o la noche, para determinar la duración de la llamada del usuario.

### **2. Determinación de la naturaleza de la llamada.**

Es necesario escuchar atentamente el discurso del usuario, comprendiendo el universo emocional que lo envuelve, para asegurar a qué grupo pertenece la llamada.

La siguiente decisión del consejero es determinar si la llamada es de alguno de estos tipos:

Información – Canalización.  
Solicitud de apoyo psicológico.

#### **a. Llamadas de Información-Canalización**

Cuando la solicitud de información viene acompañada de una actitud más o menos relajada, sin matices emocionales en la voz o en el discurso del usuario seguramente no se trata de una situación de crisis. Si el usuario formula una pregunta específica y deja claro el motivo de su necesidad, se da respuesta a su pregunta sin investigar ningún otro dato.

Por ejemplo:

“Buenos días, señorita, ¿Me daría por favor el número telefónico de algún centro de planificación familiar?”

Quiero saber las opciones que tengo para planificar mi familia.”

Cuando el usuario manifieste un deseo general e inespecífico, o no deje claros sus motivos o necesidades, será necesario investigar las razones de la solicitud y según la información obtenida se deberá iniciar el proceso de decisión para saber si requiere solamente de información/canalización o si necesita consulta.

Una vez confirmado que la llamada es de información y/o canalización, deberá calificarse según estos parámetros:

**A** Información sobre SAPTEL. Se debe anexar la clasificación con letra mayúscula y número correspondientes, según los siguientes criterios:

**A.1** Información sobre SAPTEL

**A.2** Se brindó información de SAPTEL a otra Institución.

**A.3** Información del Curso de Capacitación para la formación de consejeros telefónicos.

**A.4** Solicitud de atención por parte de un usuario hacia su consejero telefónico de primer contacto NO disponible.

**A.5** Solicitud de atención por parte de un usuario hacia su consejero telefónico de primer contacto, y éste no asiste a esa guardia.

**B** Información sobre otros servicios de salud mental. Se debe anexar la clasificación con letra mayúscula y número correspondientes, según los siguientes criterios:

**B.1** El deseo del usuario en cuanto al tipo de tratamiento buscado.

**B.2** El tipo de problemática que presenta el usuario para saber si existe alguna o varias aproximaciones psicoterapéuticas específicas para su padecimiento.

**B.3** La opinión del consejero que recibe la llamada, en función del tipo de aproximación psicoterapéutica que considere adecuada.

En cualquiera de los tres casos (B.1, B.2, ó B.3), deberá seleccionarse alguna de las siguientes opciones indicadas con letra minúscula. El “#” señala el lugar en que debe registrarse cuál de los tres criterios describe mejor el caso.

- B. #.a** Servicios de emergencia.
- B. #.b** Denuncias ante autoridades del ministerio público.
- B. #.c** Centros de atención a víctimas de abuso sexual.
- B. #.d** Centros de atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
- B. #.e** Centros de atención a personas con SIDA.
- B. #.f** Centros de atención en terapia de grupo.
- B. #.g** Centros de atención en terapia familiar.
- B. #.h** Centros de atención en terapia de pareja.
- B. #.i** Centros de atención en terapia individual.
- B. #.j** Centros de atención para adolescentes.
- B. #.k** Centros de atención para niños.
- B. #.l** Servicios psiquiátricos privados. Especificar.
- B. #.m** Servicios psiquiátricos institucionales. Especificar.
- B. #.n** Centro privado de atención a drogodependencias.
- B. #.ñ** Centro institucional de atención a fármaco dependientes. Especificar.
- B. #.o** Otro. Especificar en hoja anexa.

**C** Información sobre otros servicios del Sector Salud. Especificar.

**D** Información sobre servicios públicos no relacionados con el Sector Salud. Especificar.

**En todos los casos anteriormente mencionados, la llamada se registra en el libro correspondiente y no es necesario llenar un expediente.**

### **Llamadas de solicitud de apoyo psicológico.**

Cuando el usuario llama y se detecta en su voz o en su discurso algún dato de inestabilidad emocional (por ejemplo, que su tono de voz esté quebrado por el deseo de llorar o que se escuche iracundo, aún cuando sólo esté solicitando información específica, con mucho tacto debe preguntársele si algo le está ocurriendo, ya que en muchas ocasiones, el hacer esa pregunta es la motivación que necesita la persona para atreverse a realizar la consulta.

Cuando la llamada es para solicitar el servicio de SAPTEL, se sigue el paso 3 de la técnica de atención que aquí se describe.

3. Motivo de consulta manifiesto: Exposición del usuario.

En este punto es deseable promover que el usuario verbalice tan extensamente como quiera lo que lo movió a solicitar el servicio de SAPTEL, ya que con ello expone la forma en que ve y afronta su situación. Esa exposición de los hechos por parte del usuario sirve como vía de descarga de tensión emocional, que en sí ya es terapéutico en mayor o menor grado y que puede dejar entrever la forma en la que el sujeto se representa a sí mismo lo que le ocurre; así como las características de "su crisis" y las circunstancias que en su opinión deben concurrir para que tal estado de desequilibrio o amenaza a ese equilibrio se resuelva. Desde el punto de vista psicoanalítico se expone que en la "fantasía de enfermedad" y en la "fantasía de curación", términos acuñados por Armida Aberastury desde su trabajo psicoanalítico con niños, concurren elementos conscientes e inconscientes, y no se debe olvidar que si lo que el usuario nos relata fuera realmente todo lo que hay que considerar, no habría razón para que el sujeto mismo no pudiera resolver el conflicto que afronta. En términos de la aproximación cognitiva cuando la persona nos expone su situación está mostrándonos una parte importante de su ideología sobre el mundo y sobre sí mismo, está exponiéndonos una especie de guión o trama de su vida. Cabe mencionar que no todos los usuarios verbalizan fácilmente lo que les ocurre, ya que la crisis que presentan incluye cierto grado de trauma que les impide la verbalización voluntaria. En esos casos, la información se obtiene sólo por medio de preguntas directas, contando para ello con la cédula de registro.

Este aspecto queda registrado en la cédula de registro como Motivo de Consulta I, por lo que este tema debe revisarse en esa sección, incisos 38,39 y 40.

4. Investigación sobre tratamientos psicoterapéuticos a los que haya acudido o en los que se encuentre actualmente.

Después de que el usuario ha verbalizado su situación, es importante verificar si tiene o ha tenido psicoterapia externa y/o si ya había llamado a SAPTEL, dado que ambas circunstancias necesitan su propia técnica específica de atención.

Debe contemplarse la posibilidad de que el usuario esté utilizando el servicio para invadir con un propósito claro de ello, o sin darse cuenta, el trabajo de otro consejero o psicoterapeuta dentro o fuera de SAPTEL, por eso es importante indagar sobre la existencia de tratamientos previos o actuales, ya que lo óptimo es que cuando el paciente llama a SAPTEL no tenga la expectativa de tomar tratamiento con dos consejeros al mismo tiempo. No es deseable que lo anterior suceda ya que cuando dos personas opinan independientemente en relación con un mismo tema, pueden decir en momentos o contextos distintos cosas ciertas, aunque parezcan distintas o hasta contradictorias para el usuario, creando confusión en este último y quizá dándole la justificación para sabotear su proceso psicoterapéutico.

Si el usuario contesta que sí tiene otro tratamiento psicoterapéutico actual, este hecho casi invalida automáticamente la posibilidad de atención y entonces, **la única razón válida para seguir esta consulta será confirmar la presencia de un momento realmente crítico en el usuario y la nula posibilidad de localizar a su**

**consejero telefónico, en caso de que sea usuario de SAPTEL, o a su psicoterapeuta habitual en otro contexto.**

Cuando sea claro que el usuario no ha agotado todas las posibilidades de encuentro con su consejero telefónico o terapeuta habitual, la intervención de SAPTEL consistirá predominantemente en movilizarle para que lo busque y trabaje su problemática con él o ella.

Si la situación no es de emergencia o crisis, se debe ayudar al usuario para que maneje su frustración y tenga capacidad de demora para esperar a la persona que le da tratamiento.

**En ningún momento debe decirse que no se le va a atender o que no recibirá el servicio, ni tampoco se le dirá que lo que haremos es solamente escucharlo sin poder intervenir, ya que los procedimientos técnicos no deben ser informados a los usuarios, sólo deben ser ejecutados.**

**El consejero SAPTEL debe sentirse plenamente responsable de intervenir acertadamente con los usuarios que atiende, pero no debe asumir la plena responsabilidad de la salud mental y el bienestar emocional de la persona que solicita ayuda.**

Si el usuario se resiste o se rebela francamente contra su terapia o consejero telefónico, se le insta para que primeramente resuelva esa situación con su terapeuta o consejero en cuestión para que de ser el caso se cierre ese trabajo terapéutico y así se pueda emprender una nueva relación de trabajo psicológico.

Si el usuario llegara a resistirse a lo anterior y esto parezca insalvable, **solamente en el caso de que haya sido atendido en SAPTEL, el consejero nuevo que está encargándose de este procedimiento podrá fungir como encargado de hacer llegar este mensaje. Esta situación deberá supervisarse en grupo pequeño, de manera obligatoria para que sea adecuada y profesionalmente manejada. El procedimiento anteriormente mencionado no deberá ejecutarse si el usuario cuenta con psicoterapia externa.**

Si en última instancia el paciente ya no quiere o no puede contactar con el consejero SAPTEL previo es viable que comience a ser atendido por otro consejero, siempre manteniendo en mente la forma en que el paciente resolvió sus relaciones terapéuticas previas, ya que no sería extraño que en un momento dado tenga la misma reacción con el nuevo consejero.

La razón de este detallado procedimiento se fundamenta en el hecho real de que si le es negada la atención al usuario por las razones arriba expuestas él o ella se las arreglará para recibir atención de otro u otros consejeros, así tenga que mentir o cambiar de nombre para conseguirlo.

Como resultado de lo anterior, cuando el consejero por teléfono atienda un caso de este tipo, deberá marcar en el apartado correspondiente a la Cédula de Registro el tipo de situación que se presentó al respecto.

Pasando a otra posibilidad, cuando no sea la primera vez que la persona solicita el servicio, se le pide el número de expediente que tuvo que habersele dado cuando fue atendido por primera vez. En caso de que lo haya extraviado deberán preguntársele todos los datos posibles y pedirle que espere un momento mientras se trata de localizar su historial clínico.

Cuando no se encuentre el expediente se le otorga al usuario un número tomado de una numeración especial con la que SAPTEL cuenta para estos casos y que siga reflejando el número de usuarios atendidos en esta instancia.

En resumen: Todo expediente debe contener la Cédula de Registro del usuario, su historia longitudinal, hojas anexas de comentarios que se hayan realizado, y una hoja de registro de llamadas de seguimiento, si las hubo.

Con el expediente a la vista se informa al usuario sobre los horarios del consejero telefónico de primer contacto, proponiendo que lo busque.

Cuando el usuario no quiera seguir esta sugerencia, debe estimularse para que verbalice claramente las razones de su desavenencia, y si se les juzga razonable se le atiende, adjuntando al expediente correspondiente una hoja que contenga los elementos de juicio utilizados para esa decisión.

Por ejemplo, nos dice el usuario: "La primera vez que hablé aquí me atendió una mujer y acepté porque tenía urgencia, pero en realidad yo necesito hablar con un hombre, para sentirme a gusto, porque no puedo hablar con ella sobre todo lo que tengo"; o "En esa ocasión hablé desde la casa de un amigo en circunstancias especiales, pero no puedo llamar comúnmente en este horario", etcétera.

También es válido que un usuario de SAPTEL muestre el deseo de cambiar de consejero telefónico sin que sus razones le sean claras. Se le puede atender siempre y cuando haga un esfuerzo, como ya se señaló por hablar con el consejero anterior informándole la decisión realizada.

Ya con el expediente a la mano—sea nuevo o previamente iniciado—se procede al llenado de la Cédula de Registro.

##### 5. Ficha de identificación.

Una vez el usuario ha relatado al consejero su motivo de llamada y se tiene una Cédula de Registro, debe saberse más de la persona al otro lado de la línea para hacer un cuadro completo y claro de su situación, incluyendo la forma en que la crisis que enfrenta afecta las diversas estructuras de su aparato mental.

En el apartado "ficha de identificación" se obtienen los datos generales de la persona, como nombre, sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, lugar de origen, domicilio actual, número de personas con quien vive, tipo de parentesco, tipo de vivienda, número de habitaciones y nivel de ingresos, así como la fuente de referencia para usar el servicio. Esta recolección de datos es rápida y fácil de investigar y es muy importante porque contiene una gran cantidad de información condensada, útil para intervenir de manera rápida y efectiva ante una crisis.

## 6. Motivo de consulta. Semiología de signos y síntomas.

Cuando se tienen en mente los datos generales del usuario, el motivo de consulta puede verse dentro de un contexto más amplio. En este apartado, corresponde que el consejero haga un interrogatorio dirigido a obtener las características de los signos y los síntomas relacionados con la crisis: Intensidad, duración, frecuencia, historia, las circunstancias en que aparece y con las que se mitiga o desaparece cada uno de ellos, la carga afectiva con que se asocian, etcétera. El mismo método debe seguirse cuando se encuentre cualquier alteración, corresponda o no a alguno de los incisos siguientes de la cédula de registro.

En el registro del motivo de consulta, es de gran importancia técnica distinguir si los elementos perturbadores del equilibrio homeostático del usuario tienen más elementos de su mundo interno (emergencias emocionales) o de su mundo externo (urgencias psicológicas).

La **urgencia psicológica** define a aquellas situaciones de crisis en las que el desequilibrio es provocado principalmente por sucesos ocurridos en el mundo externo del usuario. Estos eventos pueden ser de tal magnitud que provoquen incapacidad temporal para enfrentarlos, y por tanto se requiera el apoyo de personal capacitado en terapia de intervención en crisis. Las urgencias producen un efecto traumático en el que principalmente se alteran las funciones del Yo del individuo.

La técnica de intervención en crisis consiste aquí en:

- a) Determinar el grado de desequilibrio causado por el elemento perturbador externo.
- b) Apoyar transitoriamente en el ejercicio de las funciones trastornadas o perdidas, técnica que ha sido denominada "yo auxiliar".
- c) Buscar otras funciones que el sujeto pueda utilizar como "herramientas" para restituir la(s) función(es) disminuida(s).
- d) Contribuir en el restablecimiento del equilibrio perdido, monitoreando la operación de las funciones de angustia (en el yo) y culpa (en el súper-yo), teniendo como meta alcanzar al menos un estado de equilibrio igual al existente antes de que se presentara la crisis.
- e) Guiar en la resolución de los procesos de duelo inherentes a la elaboración del trauma.
- f) Conocer los síntomas y determinar la presencia de estrés post-traumático.

Por **emergencia emocional** se entienden aquellas crisis en las que el sujeto presenta una respuesta sistémica a un desequilibrio psicodinámico íntimamente relacionado con procesos del mundo interno inconsciente del sujeto, donde los impulsos instintivos amenazan romper o de hecho avasallan a la represión.

Técnicamente hablando, lo que se realiza durante la intervención en crisis en un caso así es:

- a) Determinar tanto el tipo (libidinal o agresivo) como las demás características del impulso con que lidia el sujeto.
- b) Detectar el tipo y la eficacia de los mecanismos de defensa a los que recurre en sus intentos de solución del conflicto: una forma de averiguar esto es pedir al

sujeto que relate aquellas experiencias previas que asocia con el acontecimiento actual.

c) Reforzar u optimizar el funcionamiento de estos mecanismos de defensa con la finalidad, al igual que en las urgencias, de reestablecer al menos un estado igual al existente antes de que se presentara la crisis.

d) Evaluar y coadyuvar en el restablecimiento de la normalidad en funciones tales como la angustia y la culpa.

e) Determinar el estado de los procesos de duelo, cuando los haya, f) evaluar la naturaleza de las relaciones de objeto, poniendo especial énfasis en las modalidades de solución de la angustia de separación.

e) Determinar el estado de los procesos de duelo, cuando los haya.

f) Evaluar la naturaleza de las relaciones de objeto, poniendo especial énfasis en las modalidades de solución de la angustia de separación.

Llegados a este punto, se debe prestar atención a la angustia y poder determinar cuándo ha dejado de ser una señal de alarma para convertirse en otro elemento perturbador más, haciéndose necesario detectar sus fuentes con la finalidad de reducir el monto total de la misma.

En el mismo sentido también se debe investigar la función del Súper-yo, sobre todo en cuanto a la operación del sentimiento de culpa. Se debe averiguar también con respecto a pérdidas y formas de enfrentarlas (procesos de duelo). Es importante también determinar el grado de alcance del proceso secundario del pensar, revisando niveles de tolerancia a la frustración, de capacidad de demora y de flexibilidad suficiente como para integrar descargas parciales y/o sobre objetos vicariantes o sustitutos. Se determinará si para hacerse de objetos proveedores de nutrientes narcisistas, el sujeto utiliza preferentemente modalidades de reunión, o sea, trata de acercarse a los objetos, o si elige modalidades de recuperación, que pretenden movilizar al objeto hacia el sujeto.

Es más común que una urgencia psicológica desencadene un estado de emergencia emocional, que una perturbación interna genere un estado de urgencia, sin embargo, no debe olvidarse que todas las conductas sociopáticas tienen origen en esta última combinación.

**El desequilibrio producido por una situación de crisis, de cualquier forma, suele requerir que el apoyo psicológico de primera instancia sea complementado con una intervención de terapia breve que el modelo SAPTEL también contempla en su etapa III.**

Las posibilidades de coexistencia de ambas condiciones (urgencia y emergencia) son frecuentemente altas, por lo que siempre debe investigarse todas las variables descritas, tanto las relacionadas con urgencias psicológicas, como las asociadas a emergencia emocionales.

El motivo de consulta ha de registrarse de tres maneras diferentes:

I. Según la lista clasificatoria de motivos de consulta manifiestos.



- II. En función de si es una urgencia psicológica (A), una emergencia emocional (B) o alguna combinación de ambas (AB o BA).
- III. Textualmente, en pocas palabras, en el renglón asignado en la Cédula de Registro.

**Nota importante:** el procedimiento específico de calificación puede consultarse en la sección correspondiente del Manual de procedimientos SAPTEL el cual no se incluye en esta tesis por cuestiones de espacio.

### 7. Examen Mental.

Una vez alcanzado el punto en que el consejero telefónico entiende bien qué palabras escoge el usuario para expresar sus fantasías relacionadas con los síntomas, lo cual se logra después de haber realizado la semiotecnia descrita en el número anterior, debe determinar el grado o la extensión en que la crisis ha afectado el equilibrio homeostático del usuario.

Para ello se siguen al pie de la letra las instrucciones del Manual de Procedimientos de SAPTEL referentes a las preguntas que corresponden a las secciones "examen mental" y "sintomatología específica".

En términos generales, los reactivos contenidos en la primera de tales secciones (examen mental), ayudarán a determinar si la crisis ha afectado funciones básicas para la conservación de las funciones de prueba y juicio de realidad. **En caso de que en alguno de estos incisos el usuario califique con gran alteración, a excepción del de inteligencia, es imperativo considerar la necesidad de referirlo a tratamiento psiquiátrico<sup>1</sup>**

Además. Cada una de las preguntas brinda información adicional aún en los casos en que se mantienen las funciones de prueba y de juicio de realidad. Esta información adquiere mayor sentido cuando se observa todo el cúmulo de información contenida en la cédula de registro. **Por ejemplo, un ritmo lento o un discurso con poca espontaneidad pueden corroborar nuestra impresión diagnóstica de depresión, o hacernos sospechar alguna forma de farmacodependencia; una atención o concentración disminuidas tal vez expresen un déficit económico como parte del trastorno provocado por la crisis, etcétera.**

Los temas específicos que se investigan son: espontaneidad, ritmo y alteraciones del discurso; alteraciones en el contenido del pensamiento, en el afecto, en la memoria y/o en la sensopercepción; trastornos en la orientación o en las funciones de atención y concentración; síntomas de despersonalización; nivel de inteligencia y nivel de reconocimiento del grado o magnitud del problema que afronta.

### 8. Sintomatología específica.

---

<sup>1</sup> Este párrafo muestra fuerte apego de SAPTEL a las consideraciones éticas fundamentales en todo servicio de salud mental.

Este apartado, a diferencia del anterior, refleja alteraciones finas del equilibrio homeostático, más frecuentemente relacionadas con ajustes normales del proceso de adaptación a los cambios, y con trastornos neuróticos de la personalidad en individuos funcionales.

Los temas específicos son: fatiga; aumento de la atención en las funciones corporales; consumo de hipnóticos durante la última semana; alteraciones en el dormir; irritabilidad; ideas obsesivas; duda obsesiva o rituales; ánimo depresivo; disminución de la concentración; ansiedad y fobias.

Al finalizar la resolución de estos incisos de la cédula de registro, el consejero telefónico tiene ya una idea clara de la problemática y es capaz de establecer un **diagnóstico de presunción, que debe estar apoyado por alguna de las dos clasificaciones internacionales aceptadas: el Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV (DSM-IV-TR) editado por la Asociación Psiquiátrica Americana, y la 10ª edición de la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)**

**Además, tiene la información necesaria para elegir una técnica de atención que se adecue a las necesidades específicas del caso.**

**Al llegar a este punto, el asesor psicológico debe tomar la decisión de si ha de comenzar o no la sección de cierre de llamada, habiendo pasado la situación de crisis y restableciendo el equilibrio perdido; si es necesario concertar una nueva cita para establecer las condiciones de la fase 2 de atención; o si en ese mismo momento es adecuado continuar con los parámetros de la siguiente fase.**

#### 9. Cierre de la Primera llamada.

Antes de terminar la primera llamada, el consejero debe tener la seguridad de que es capaz de responder con exactitud las preguntas correspondientes a esta sección en la cédula de registro (contenida en apéndices). Si ya se realizó esta verificación, es el momento de despedirse. Se le informa al usuario la hora y el número de minutos que duró la intervención; se le repite el nombre del consejero, sus horarios de guardia y la fecha y hora en que hayan acordado la próxima entrevista, incluidas las de seguimiento.

#### **RECORDATORIO:**

Antes de colgar, se debe dar al usuario su número de expediente para que, en caso de que vuelva a utilizar el servicio se localice su historia clínica fácilmente.

**Como se dijo al principio, el orden de cualquiera de los procedimientos técnicos propuestos aquí puede alterarse al servicio de la atención de la crisis del usuario y/o de su asociación libre, ya que son argumentos prioritarios en la determinación de nuestras intervenciones, y esto es aplicable para cualquiera de las siguientes fases del proceso de trabajo.**

Después de terminar esta primera llamada, es necesario llenar adecuadamente los demás incisos de la Cédula de Registro, que son: Numero de expediente; nombre y número de registro del consejero telefónico, presencia o ausencia de rapport y de momentos catárticos o abreactivos durante la intervención; grado de credibilidad de la información recibida; calificación global de severidad; pronóstico y tipo de aproximación terapéutica utilizada en la atención del caso. Cualquiera de las calificaciones puede variar de una llamada a otra. Desde la segunda llamada puede ocurrir que el usuario se sincere completamente, de forma tal que la evaluación que el consejero había hecho de alguno o varios de los incisos cambie. También es posible que durante la primera llamada no haya habido datos que hagan sospechar la alteración de determinada función, como por ejemplo, la memoria o el contenido del pensamiento, y solamente en llamadas consecutivas aparezca y se estructure el trastorno en cuestión. Ocurre también que en la primera llamada se pase por alto la investigación del hábito de dormir, sólo para descubrir en otra llamada que el sujeto padece fuerte insomnio, etcétera.

En todos estos casos lo pertinente es tomar una nueva hoja de cédula de registro no foliada y llenarla en función de la situación actual. En el lugar en el que debe asentarse el número de expediente, se repite el mismo número contenido en la 1ª cédula, y se le adiciona una diagonal y el número de hojas de cédula de registro que se han realizado. El procedimiento exacto se encuentra en el manual de procedimientos SAPTEL.

## **FASE II. SEGUNDA LLAMADA**

Como ya se dijo, en ocasiones se implementarán procedimientos correspondientes a la fase II desde la primera llamada, y otras veces serán necesarias dos o tres llamadas en total para recopilar toda la información contenida en la Cédula de Registro. Cuando así suceda, será necesario relatar en una hoja de papel una explicación clara y breve tales razones. Por ejemplo:

“Al final de la primera llamada, el o la paciente y yo, no habíamos dejado de hablar del dolor que le producía la muerte de su pareja y la necesidad de reunirse con ella a través del suicidio”.

“Durante la segunda ocasión, este usuario insistió en recordar circunstancias infantiles que pensaba eran el origen de sus problemas”.

“Fue hasta la tercera ocasión que pudimos hablar de su problema para dormir, su gran irritabilidad y las sensaciones de dejar de ser él mismo ante el espejo, pudiendo con ello completar la información de la Cédula de Registro”.

Durante la fase II, que comúnmente corresponde a la segunda llamada, deben establecerse también los parámetros que normen el encuadre de trabajo necesario para realizar la intervención breve que proceda, cuando proceda. Tales parámetros varían en función de la aproximación teórica que sustenta a la técnica, y que es dada por cada supervisor.

Si se adopta un enfoque psicodinámico, después de asegurarse que el material inicial de esta segunda llamada no aparece algún elemento que oriente prioritariamente la intervención, **será necesario sensibilizar al usuario en la necesidad de dedicar un tiempo en realizar un repaso de su vida, con el objeto de poder conocerlo mejor y orientarse ambos, usuario y consejero, hacia una más profunda comprensión de la situación, para alcanzar la mejor solución. Acto seguido se investigará el proceso histórico del sujeto, hasta hilvanar su historia familiar y personal longitudinal que brinde mayor coherencia y congruencia entre los distintos elementos de la situación actual.** Una buena guía para a este respecto es el trabajo de la Dra. Luisa Rossi titulado "Elaboración de Historias Clínicas", editado por la revista Gradiva de la Sociedad Psicoanalítica de México (citado por Puente y Gaitán, 1993).

Además, han de investigarse detalladamente aquellas capacidades y funciones consideradas como nodulares en la situación de crisis, y que fueron descritas más arriba al hablar de urgencias psicológicas y emergencias emocionales.

### **FASE III. SIGUIENTES LLAMADAS, HASTA LA VIGÉSIMA.**

En lo que respecta al Apoyo Psicológico y la Intervención en Crisis por Teléfono, así como a la terapia breve que a estos se asocia, en SAPTEL se considera un número de 20 llamadas (aproximadamente hasta unas 15- 20 horas netas de atención), como un límite suficiente de tiempo requerido para implementar cualquiera de estas formas de intervención.

**Todas las características intrínsecas de estas formas de intervención dependen directamente del marco o modelo teórico técnico que se adopte; por lo mismo, cualquier usuario que sea atendido en fases III o IV, deberá ser supervisado, no importa si ello ocurre en la supervisión de grupo pequeño, en seminario de los viernes o en supervisión de emergencia.**

Es importante recordar que en un caso que se supervise en alguna de las modalidades existentes (grupo pequeño, seminario o emergencia) debe ser siempre supervisado en la misma modalidad y por el mismo supervisor, por razones similares a las existentes cuando hay otros tratamientos psicoterapéuticos transcurriendo actualmente.

### **FASE IV. DE LA VIGÉSIMO PRIMERA LLAMADA EN ADELANTE.**

**En caso de que un usuario o usuaria requiera o desee un mayor número de sesiones, esta relación terapéutica deberá ser considerada como psicoterapia por teléfono y habrá de ser registrada con parámetros extra para determinar tanto su validez como su efectividad.**

**Antes de tomar la decisión de pasar a la fase IV del modelo de atención en SAPTEL, es necesario que el consejero telefónico realice un profundo estudio y consulta del caso, incluyendo un verdadero examen de conciencia, para determinar si realmente para el usuario o usuaria esta opción es mejor alternativa**

**que remitirlo a otra intervención psicoterapéutica**<sup>2</sup> El referir a un usuario que previamente ha obtenido algún beneficio del consejero puede ser una labor muy difícil, ya que involucra elementos tanto transferenciales como contratransferenciales. El trabajo de las resistencias a la referencia suelen ser un tema común de las últimas sesiones de la terapia breve, sin relación directa con cuantas sesiones se hayan tenido, y debe haberse trabajado en algún momento del proceso.

**Todo caso que pretenda manejarse en la fase en la fase IV deberá llevarse a sesiones de supervisión continua, solicitando por escrito un supervisor especial para tal efecto.**

Existen casos en los que, a pesar de que el sujeto requiere una forma de intervención psicoterapéutica formal y así se le hace saber, se resiste a seguir la indicación del consejero de ser referido. A pesar de que la labor para abatir estas resistencias sea sistemática, se llega al punto en el que la única alternativa es combinar tal línea interpretativa con trabajo sobre los contenidos; esto es, trabajo psicoterapéutico formal o psicoterapia por teléfono.

**Es importante destacar que una de las hipótesis de trabajo es que existen personas y/o padecimientos susceptibles de obtener un beneficio terapéutico importante a través de modelos de psicoterapia por teléfono.**

Si se trata de una intervención psicoterapéutica con orientación psicodinámica, el registro de estos casos deberá contener una clave psicodinámica y un resumen de tratamiento.

La clave psicodinámica habrá de brindar una exposición metapsicológica: del motivo de consulta inconsciente; de las estructuras mentales, tanto en su conjunto como descritas por funciones o áreas; la genética, la dinámica y la economía de los procesos mentales involucrados; el grado de adaptación o maladaptación que el sujeto logra, producto de su propio equilibrio homeostático, el nivel de represión de los procesos mentales, o si se requiere ver de otro modo, la cantidad y calidad de los procesos mentales inconscientes involucrados.

Los contenidos del resumen de tratamiento son: duración y frecuencia de las sesiones; descripción de los procesos de instauración, desarrollo y evolución de la neurosis de transferencia (o de las manifestaciones transferenciales, en su caso); líneas de intervención o interpretativas; puntos de inflexión; contratransferencia. Sesiones particularmente significativas deben aparecer resumidas en el expediente clínico.

---

<sup>1</sup> Las consideraciones éticas para el trabajo terapéutico son un pilar fundamental en SAPTEL, por ello a lo largo de este documento se señalarán con toda claridad.

## **FASE V. SEGUIMIENTO. ULTIMAS TRES LLAMADAS**

Las sesiones de seguimiento tienen como función principal la vigilancia del curso de los acontecimientos después de la crisis y de la intervención del consejero, además son útiles para orientar con respecto a aquellos casos en que aparecen manifestaciones traumáticas tardías de diversa índole.

Estas sesiones se realizarán con aquellos usuarios que, en las preguntas de cierre, hayan estado de acuerdo en dejar de ser anónimos (nunca dejará de ser confidencial la información, pero puede dejar de ser anónima), y por tanto aceptaron proporcionar datos reales con respecto a su nombre y número telefónico.

Este es el único caso en que el consejero telefónico está autorizado a ser quien marque el número del usuario. Cualquier otra situación debe haber sido consultada y en su caso autorizada en supervisión, o al menos por el coordinador de guardia.

Debe procurarse que el usuario tome la iniciativa al hacer la primera llamada de seguimiento, quince días después de la llamada considerada como última (que muchas veces también fue la primera). El consejero contactará a los 45 y 90 días después de la última llamada. Esta llamada puede hacerla un consejero diferente al del primer contacto o al que siguió el caso la última vez.

Las sesiones de seguimiento suelen ser de corta duración. En realidad la primera llamada de la fase de seguimiento pudiera ser cualquiera a partir de la segunda, según el caso. En efecto, es posible que la intervención en crisis realizada durante la primera llamada sea suficiente para el reestablecimiento del equilibrio, de manera que las tres entrevistas de seguimiento programadas aparezcan junto a los números 2, 3 y 4. De la misma forma, tal situación se puede presentar al término de la segunda sesión, de la intervención breve o de la psicoterapia por teléfono.

De cualquier manera, las últimas tres sesiones con el usuario han de corresponder, siempre que sea posible, a las entrevistas de seguimiento previstas por el modelo SAPTEL.

Durante estas sesiones, la obligación de los consejeros consiste en aclarar interrogantes presentadas en el cuestionario de seguimiento.

## SAPTEL Y LA PSICOTERAPIA POR TELÉFONO

**“La psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los familiares del paciente, o a otros, en sus rituales de cura. La psicoterapia también ayuda al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar para el crecimiento emocional”<sup>3</sup> (Frank, 1988 P.74)**

Esta definición, por considerarse completa, clara y surgida de un análisis sobre los elementos terapéuticos comunes a todas las psicoterapias, es la que se tomará como referencia principal en este trabajo de investigación.

En otro momento el autor de esa definición explica clara y abiertamente la dificultad que representa llevar a cabo investigación científica en el campo de la psicoterapia, principalmente por la naturaleza subjetiva de la misma, y cita a Koch, S., 1981pp. 76-77 como una voz autorizada en el campo de la investigación en psicología diciendo lo siguiente: “la psicología es [...] una colectividad de estudios de diversas inclinaciones, algunas de las cuales se pueden calificar como ciencia, mientras que el resto no puede[...] Extensos e importantes sectores de estudios psicológicos requieren formas de investigación más similares a las de las humanidades que a las de las ciencias”.

La psicoterapia es uno de esos importantes sectores que presentan especiales dificultades al investigador. Estas dificultades sólo permiten pocas esperanzas, en el sentido de que la aplicación del método científico debería producir insight que mejorara las psicoterapias.

Por otro lado, se considera que la psicoterapia es sólo una influencia más que opera breve e intermitentemente sobre el paciente en el contexto de sus experiencias vitales cotidianas. Es muy complicado, si no es que imposible determinar qué acciones de la psicoterapia influyeron favorablemente en el paciente respecto a sus puntos de vista sobre sí mismo, los demás y su sistema de valores, ya que las entrevistas psicoterapéuticas representan, en el mejor de los casos, sólo contactos personales no muy frecuentes, intermitentes y breves, inmersos entre otros innumerables y lo que ocurre entre sesiones puede ser más importante para determinar el resultado, que lo que ocurre durante sesiones. De la misma manera, la psicoterapia y las experiencias cotidianas pueden interactuar de formas muy complejas porque un cambio en las perspectivas o en la conducta del paciente, logrado por la psicoterapia, afecta inevitablemente las actitudes de los otros hacia él o ella, ya sea para reforzar el tratamiento o para

---

<sup>3</sup> Definición tomada del artículo *Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias*, por Jerome D. Frank, contenido en el libro Cognición y psicoterapia de Michael J. Mahoney y Arthur Freeman (comps)., 1988.

boicotarlo en caso de que esté afectando intereses egoístas de otros que rodean al paciente.

La investigación en psicoterapia tiene muchas dificultades prácticas, tales como la falta de pacientes adecuados y terapeutas experimentados, formas inadecuadas de clasificar a los pacientes y de describir terapias y problemas de medición de resultados. Estas dificultades con frecuencia llevan a los estudiosos de la psicología a elegir problemas de investigación, más con base en su simplicidad metodológica, que a su interés intrínseco o a su relevancia para lograr el bienestar humano.

Compartiendo la impresión personal de Frank, en su apartado sobre los elementos comunes a todas las psicoterapias, este trabajo de investigación documental se fundamenta en que los procedimientos psicoterapéuticos más innovadores se derivan realmente de la experiencia clínica. De esta forma el que descubre dichos procedimientos busca apoyo para ellos en los análogos de laboratorio o en las reflexiones y las experiencias compartidas por otros colegas experimentados. De ahí, la propuesta de adaptar una terapia cara a cara—la terapia cognitiva de la depresión—a una terapia por teléfono, de innovar para servir mejor, porque siempre existe la posibilidad de que haya un grupo de usuarios que requieran ir más allá del apoyo, o el consejo psicológico para beneficiarse de un proceso formal de psicoterapia vía telefónica.

Llegado este punto a continuación sigue la transcripción de una entrevista con el Dr. Federico Puente Silva, médico psiquiatra y psicoterapeuta con una experiencia de más de treinta años atendiendo cara a cara y vía telefónica a pacientes en México y en otras partes del mundo. Como se ha visto en los primeros capítulos de este trabajo el Dr. Puente establece uno de los primeros servicios profesionales de atención psicológica por teléfono en México el cual se ha mantenido trabajando profesionalmente y casi sin pausa desde hace ya 17 años. Este servicio es SAPTEL, cuyo nombre significa Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por teléfono y los profesionales que ahí han prestado sus servicios han atendido a miles de personas en situación de crisis psicológica y/o emergencia emocional. Como ya se ha visto en los reportes estadísticos presentados en este trabajo, un porcentaje de estos usuarios sólo llama una vez, otro porcentaje sigue un proceso de más de una llamada telefónica para continuar resolviendo su problemática hasta sentirse bien. Una de las fuentes principales para que la población conozca el servicio ha sido la propia recomendación personal que los usuarios han hecho a sus familiares y amigos. El servicio mencionado ha crecido en cuanto a cobertura territorial, infraestructura, número de personal atendiendo a los usuarios y número de usuarios. Sin duda con todos estos cambios el servicio también ha comenzado—hace aproximadamente tres años—un proceso de transformación hacia la modernidad tecnológica, actualizando sus sistemas de captura de datos de usuarios, y de tratamiento estadístico de los mismos, así como una ampliación y especialización de los servicios que ofrece, tal es el caso de la reciente implementación de la psicoterapia formal por teléfono prototipo de la que se llevaría a cabo cara a cara, respecto de lo cual la opinión y experiencia del Dr. Federico Puente



constituyen un elemento crucial y de peso para explorar la factibilidad existente en la psicoterapia formal vía telefónica.

### **Entrevista con el Dr. Federico G. Puente Silva (transcripción de com. pers.):**

#### **Pregunta 1**

Dr. Puente: ¿Podría platicarnos acerca de los factores que influyeron para que al modelo de Intervención SAPTEL se agregara la modalidad de psicoterapia para dos personas a la vez, vía telefónica?

#### **Respuesta**

La experiencia tanto en los pacientes atendidos vía telefónica, como la experiencia clínica que uno tiene y obtiene de la práctica clínica es que hay asuntos que involucran a dos personas y que la solución de estos asuntos frecuentemente es mejor si uno cuenta con la presencia de esas dos personas. En parejas disfuncionales, la disfunción de uno retroalimenta la disfunción del otro y viceversa, por lo que el atender simultáneamente a dos personas puede ser de mucha utilidad.

Quizá podríamos poner el ejemplo del primer caso que atendimos de dos personas a la vez, que se refiere a una pareja de abuelos jóvenes, él de 43 años y ella de 42 y ambos habían presentado varios intentos serios, graves de suicidio, ambos habían terminado respectivamente en unidades de terapia intensiva, o sea que no estaríamos hablando de la condición clínica de un intento de suicidio, sino en este caso, de un intento de suicidio no consumado, y ambos presentaban modelos de desesperanza aprendida, de indefensión aprendida, de poca tolerancia a la frustración, en donde uno retroalimentaba al otro y decidimos atenderlos en forma simultánea, lo cual se hizo con sesiones semanales aproximadamente de 40 minutos. Nos hablaban los días viernes a las 9 de la mañana, durante un año y se logró modificar en ambos su disfunción y ahora están funcionando adecuadamente. Estas personas, esta pareja de abuelos jóvenes son personas de clase baja- alta suburbana, son de un pequeño pueblo de Xochimilco. Ellos viven del trabajo de él, que trabaja como vigilante nocturno de un mercado público. Cuentan con una línea telefónica, y bueno, los dos se motivaron y se comprometieron y hablaban regularmente los dos cada viernes a pedir ayuda. Este sería un ejemplo del modelo de atención psicológica para dos personas en forma simultánea por teléfono.

#### **Pregunta 2**

¿Cuántos pacientes han sido atendidos en esta modalidad?

#### **Respuesta**

En este momento han sido atendidos, bueno, en el primer año, estamos ahorita en año y medio, pero el primer año se atendieron 120 personas, es decir, 60 parejas.

#### **Pregunta 3**

¿Cuál ha sido la respuesta de los usuarios en términos de adherencia terapéutica?

### **Respuesta**

**Ha sido muy alta, casi la totalidad, por no decir la totalidad se han mantenido en el programa de psicoterapia.** Cada estudiante de postgrado, y tenemos 12 en SAPTEL, se hizo cargo de una pareja y a su vez, cada estudiante de postgrado tiene un profesor supervisor. Entonces cada pareja de pacientes han sido atendidos por una persona con experiencia en SAPTEL de varios años de trabajo y bajo la supervisión de un profesor y **la deserción de estas 120 personas durante un año ha sido de cero.**

### **Pregunta 4**

Podría decirnos Doctor, desde su experiencia como especialista en psicoterapia, si ha encontrado **diferencias**, y de ser así cuales han sido, **entre dar tratamiento psicológico por teléfono y cara a cara:**

### **Respuesta**

Bueno, tienen puntos en común y tienen diferencias, quizá la diferencia más marcada en México se refiere al nivel socioeconómico. La totalidad de la gente que hemos atendido en esta modalidad de dos a la vez, son gente de clase media baja o de clase baja-alta, o sea gente con limitaciones económicas, para quienes SAPTEL constituye realmente su única opción de terapia de dos. Son personas que viven en zonas suburbanas, no cercanas a hospitales o centros universitarios donde podrían obtener una terapia psicológica económica o gratuita. Entonces por el momento sería la característica principal de la gente atendida y la diferencia con la experiencia en otras áreas.

Esto no quiere decir que la terapia para dos en forma simultánea por teléfono no sea útil o no se pueda aplicar a clase media o clase alta, sin embargo, esa no ha sido la experiencia de SAPTEL. Desde mi experiencia personal privada, yo tengo pacientes de clase media-alta que residen en el extranjero principalmente, o fuera de la ciudad de México y se maneja una sesión semanal de pareja en forma simultánea con mucho éxito.

### **Pregunta 5**

**El reporte anual 2005 nos informa que en esa nueva modalidad de atención psicológica por teléfono para dos personas, están participando doce alumnos de postgrado del Diplomado Psicoterapia por Teléfono que está usted impartiendo en las Instalaciones del Centro SAPTEL Lilas. A partir de este hecho ¿debemos entender que es posible establecer y mantener con el usuario un tratamiento psicoterapéutico formal que va más allá del apoyo, consejo psicológico e intervención en crisis?**

### **Respuesta**

**Si, o sea, la experiencia nos indica que si la persona, o sea el terapeuta es un individuo adecuadamente entrenado, capacitado, podrá llevar a cabo vía telefónica una psicoterapia formal.** Las psicoterapias, igual que otras intervenciones responden a la realidad, a las necesidades y realidades de los individuos y tenemos que reconocer que a las personas cada vez más en el mundo, les cuesta trabajo desplazarse, de su casa o de su trabajo al consultorio. Este desplazamiento, al que los economistas llaman costo-desplazamiento, ha ido

progresivamente en aumento por varios motivos, o sea, el tiempo que tarda uno en desplazarse de un punto a otro cada vez es mayor, la energía que uno gasta para ir y regresar, también es cada vez mayor. Existen ahora en las grandes ciudades problemas importantes para estacionarse, a veces los costos de hacerlo son elevados y a veces, bueno, problemas para transitar resultado de lluvias o de plantones o de manifestaciones o el asunto también de la violencia, ya que cada vez hay mayor inseguridad; es decir, existen toda una serie de factores o de variables que hacen que el sujeto tenga problemas para desplazarse. Vamos a pensar ahora en la gente mayor, ellos pueden entrar a una psicoterapia formal vía telefónica, con el solo hecho de alzar su teléfono. O un niño, una terapia importante para un niño de padres que se están divorciando o que un hermanito tenga cáncer o diabetes juvenil, o que esté parálítico. Bueno, vía telefónica el niño puede acceder a su terapeuta sin dificultades. O personas que están sobrecargadas de trabajo y que también tienen que utilizar su tiempo para cuidar de su salud mental. **La psicoterapia o intervención psicológica formal por teléfono es un hecho, es una realidad y gradualmente cada vez se usa más con éxito, por supuesto se requiere que la persona que la practique tenga una adecuada capacitación y entrenamiento.**

#### **Pregunta 6**

¿Nos podría decir, Doctor, para quienes no es adecuada la psicoterapia por teléfono?

#### **Respuesta**

**Bueno, no sería adecuado para ningún caso agudo, por ejemplo una psicosis, un cuadro agudo de psicosis o esquizofrenia paranoide o de otro tipo, no sería útil para un caso suicida, porque ahí si el apoyo, el consejo psicológico—que es más superficial—ayuda en ese momento.** Una persona en crisis no puede recibir psicoterapia porque no está en condiciones de tenerla y puede resultar contraproducente.

Cualquier caso agudo de alcoholismo o de drogodependencia no se va a beneficiar, o personas que tienen por ejemplo ataques de pánico. Sin embargo, **para el resto: personas con fobias, con neurosis de ansiedad, con depresiones crónicas, con disfunciones sexuales, con trastornos de la personalidad (gente con una personalidad inadecuada y/o disfuncional) la psicoterapia por teléfono puede ser muy útil.**

#### **Pregunta 7**

Desde su punto de vista ¿cuáles serían para el profesional que atiende telefónicamente al usuario, los requisitos más importantes para asegurar que está dando sus servicios responsablemente?

#### **Respuesta**

El más importante, bueno, son varios establecidos en forma general nacional e internacionalmente. Primero se tiene que evaluar al aspirante a psicoterapeuta en lo personal, de tal manera que, por una parte, se descarte patología en el individuo que pueda interferir con la atención del paciente e inclusive afectarla.

**Dentro de esta evaluación el aspirante a terapeuta también tiene que mostrar un perfil que incluye destrezas y habilidades psicoterapéuticas: empatía, capacidad de escuchar, capacidad analítica, capacidad de cuestionamiento crítico y respetuoso.**

Una vez evaluada la persona y que demuestra que tiene los elementos básicos que cualquier psicoterapeuta necesita, el segundo paso es una capacitación y entrenamiento adecuados para que el sujeto obtenga y desarrolle herramientas psicoterapéuticas para serle útil a sus pacientes.

El tercer factor, que es muy importante, es una supervisión clínica continua, por una persona, por un supervisor con experiencia clínica de varios años que cuente con un entrenamiento académico y psicoterapéutico adecuado que le permita asesorar y retroalimentar al psicoterapeuta en formación sobre sus errores y aciertos.

### **Pregunta 8**

**Y ¿cuáles serían los requisitos básicos para que el usuario tenga acceso a la psicoterapia vía telefónica?**

#### **Respuesta**

Por el momento, bueno, sería necesario que cuente con un teléfono, una línea telefónica y privacidad para conversar a través de ella, donde se sienta a gusto para hablar de su persona sin problemas, sin dificultades. **Tiene que ser una persona con capacidad de insight, de reconocer sentimientos y pensamientos que le dificultan funcionar y ser una persona adecuada a los requerimientos del mundo. Se necesita también que presente cierta disciplina, cierto orden en su vida como perfil individual, que asegure que va a tomar la terapia y se va a mantener en ella, bueno, por supuesto, debe tener un coeficiente intelectual adecuado, alrededor de 100 y, bueno..., todo esto originará motivación para trabajar psicoterapéuticamente y salir adelante.**

### **Pregunta 9**

**Según su opinión profesional ¿qué elementos hacen a una conversación sostenida vía telefónica una psicoterapia?**

#### **Respuesta**

Se requiere de varios elementos. El primero de ellos es una buena relación terapeuta-paciente, una alianza terapéutica entre el paciente-cliente y el terapeuta, de tal manera que el paciente o cliente se sienta en confianza de hablar, revisar asuntos que podrían ser importantes para su vida. Estos asuntos pueden ser dolorosos, son asuntos de cierto elemento confidencial, por lo que se requiere de una muy buena relación terapeuta-paciente.

**Se requiere por supuesto de que el consejero telefónico o terapeuta cuente con un buen entrenamiento psicoterapéutico, de tal manera que respete al paciente, le de su espacio y su tiempo para ir planteando los asuntos de acuerdo a su propio ritmo. Cuando el terapeuta tiene experiencia invita al paciente a revisar ciertos temas, lo cual hace con un profundo respeto hacia el paciente.**

El que el terapeuta tenga un buen entrenamiento o capacitación también le va a permitir interpretar, es decir, no tomar solamente de manera literal lo que escucha, sino tratar de entender qué significa lo que está diciendo el paciente y en algunos casos cuál es el elemento simbólico del discurso del paciente.

#### **Pregunta 10**

**¿Es posible obtener vía telefónica una evaluación adecuada de la condición psicológica del usuario?**

#### **Respuesta**

Si. Aquí también hablaríamos de dos elementos, uno A y uno B. **El psicólogo, el terapeuta primero debe tener un entrenamiento, una capacitación adecuado para evaluar a cualquier paciente, usuario o cliente, tanto en el modelo cara a cara como en el modelo por teléfono, es decir, la persona debe contar con un entrenamiento para evaluar el estado mental del paciente y por supuesto también tener información para poder hacer el diagnóstico o valoración. El elemento B se refiere a aplicar esa información a través del teléfono, es decir, tomando como unidad y principal elemento el discurso del paciente, su contenido y la forma, en este caso, la voz y esto requiere de un entrenamiento específico.**

En la segunda etapa de SAPTEL donde se atendieron a 4000 pacientes durante 24 meses en la Facultad de Psicología, contamos con psicólogos invidentes de los cuales aprendimos que ellos con la voz visualizan al paciente en su mente y ese procedimiento y técnica resulta útil. Ahora bien, queremos subrayar que se requiere de entrenamiento y capacitación.

#### **Pregunta 11**

**¿Cómo puede evaluarse el progreso del tratamiento en la psicoterapia por teléfono?**

#### **Respuesta**

Bueno, igual que la terapia cara a cara, es decir, lo que reporta, lo que manifiesta el paciente es uno de los parámetros más importantes. En el caso del modelo cara a cara, observamos al paciente y eso nos da mucha información. **Ahora bien, en el modelo telefónico la voz del paciente nos indica mejoría, además del contenido del discurso, pero la voz es muy importante como uno de los parámetros de evaluación.**

#### **Pregunta 12**

**¿Considera que la psicoterapia por teléfono tiene riesgos para el paciente y/o para el terapeuta?**

#### **Respuesta**

No obligadamente. Cuando uno inicia una psicoterapia en cualquier modalidad, se va evaluando periódicamente el grado de avance y lo mismo ocurre en el modelo cara a cara. En algunas ocasiones el paciente no se encuentra satisfecho del progreso terapéutico y el paciente se retira en ambos modelos, en el cara a cara y en el modelo por teléfono, o en algunos casos, un buen psicoterapeuta se

da cuenta de que el plan terapéutico no está funcionando. Lo que se ha visto en algunos casos es que lo que está equivocado es el diagnóstico, entonces el plan de acción no está resolviendo el problema real del paciente, o sea que el diagnóstico por alguna razón está equivocado.

En algunos casos, se presenta la contratransferencia, es decir, la transferencia negativa donde al terapeuta le conflictúa un paciente en particular y esto hace que la terapia no progrese. Si el terapeuta también tiene un buen entrenamiento y en algunos casos, supervisión clínica, podrá identificar o bien el supervisor, que se está dando un proceso de transferencia negativa y entonces en ese momento lo ético, además de lo recomendable es que el terapeuta refiera al paciente a otro terapeuta.

**Ahora bien, debemos considerar en qué tipo de pacientes no se debe aplicar psicoterapia, ni cara a cara ni por teléfono. Estos pacientes son aquellos con ideas suicidas, personas con cuadros psicóticos agudos o con crisis agudas de alcoholismo o drogodependencia o con estados depresivos profundos. En todos estos casos, el Yo o ego del paciente no cumple con los requisitos para poder trabajar psicoterapéuticamente, ya que se encuentra débil y no es posible trabajar así con temas psicoterapéuticos. Todos estos pacientes sí son candidatos a una terapia de apoyo, a una intervención en crisis.**

FIN DE LA ENTREVISTA

**Esta plática con el Dr. Federico Puente es muy importante para poner en contexto esta tesis porque la finalidad de la misma es proponer un modelo efectivo de atención psicoterapéutica por teléfono para usuarias con depresión de leve a moderada, en este caso, el modelo de la terapia cognitiva de la depresión.**

Como complemento a esta plática, es digno de consideración el análisis realizado por Jerome D. Frank sobre algunas generalizaciones en cuanto a los resultados de las psicoterapias.

Existen cuatro generalizaciones relativamente bien establecidas con respecto a por qué las psicoterapias son efectivas (dichas generalizaciones explican por qué es mejor que una persona con un trastorno que amerite una psicoterapia la reciba, sea cara a cara, o a distancia a través del teléfono):

**Primera.** *Los pacientes que reciben cualquier forma de psicoterapia mejoran más que los controles observados durante el mismo período y que no reciben psicoterapia formal, aunque por supuesto no se excluía el haberse beneficiado de contactos informales de ayudas ofrecidos por otras personas (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980, citados por Frank, 1988, p. 79)*

**Segunda.** *Los estudios de seguimiento parecen mostrar, de forma coherente, que con independencia del tipo de terapia, la mayoría de los pacientes que muestran una mejoría inicial la mantienen (Liberman, 1978b, citado por Frank, 1988). Además, cuando dos terapias alcanzan diferencias en resultado al acabar el tratamiento, con pocas excepciones, esas diferencias desaparecen con el*

tiempo, y el cierre de la brecha parece depender de los pacientes que reciben la terapia que tuvo menos resultados exitosos, regresando los dos grupos por igual a la media al dejar de recibirla (Gelder, Marks y Wolf, 1967; Liberman, 1978b, citado por Frank, 1988). En otras palabras, este resultado sugiere que el principal efecto beneficioso de la psicoterapia en muchos pacientes puede consistir en acelerar la mejora que hubiera ocurrido de cualquier otra forma.

**Tercera.** La mayoría de los determinantes del éxito terapéutico se basan más en las cualidades personales y en la interacción entre el paciente y el terapeuta, que en el método de terapia utilizado.

**Cuarta.** Hay algunas condiciones en las que el método terapéutico logra una diferencia significativa en el resultado. Parece que las terapias conductistas son más efectivas para fobias, compulsiones, obesidad y problemas sexuales, que otras terapias menos centradas en síntomas.

**Es de especial interés desde el punto de vista de la hipótesis que ofrece Frank, el que la terapia cognitiva, que busca combatir cogniciones negativas sobre uno mismo, el futuro y las relaciones con otra gente, parece ser particularmente efectiva con los pacientes depresivos** (Rush, Beck, Kovacs y Hollín, 1977, citado por Frank, 1988). **Sin embargo la eficacia de todos los procedimientos depende del establecimiento de una buena relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta. Ningún método funciona en ausencia de esta relación.**

El refinamiento que se tiene hoy día en la categorización de los pacientes y el conocimiento de sus síntomas, además de una delineación más precisa de las terapias y una diferenciación más clara de la medida de los resultados, sin duda coadyuvan al tratamiento exitoso y al alivio del sufrimiento de los pacientes como meta más importante de toda psicoterapia. No obstante, se puede concluir que las características compartidas por todas las terapias explican una cantidad apreciable de la mejoría observada en la mayoría de los pacientes que responden al tratamiento (Frank, 1973, citado por Frank, 1988)

Como puede apreciarse, los puntos de vista del Dr. Puente y el Dr. Frank coinciden casi por completo y de manera importante sobre los elementos esenciales de toda psicoterapia, sin importar si el modelo de atención es cara a cara o a distancia. Por lo tanto, los puntos fuertes a los que se les concederá mayor interés en la elaboración de este manual de terapia cognitiva de la depresión por teléfono son:

- 1. Hacer un diagnóstico confiable del usuario vía telefónica.**
- 2. Diferenciar cuando sí proponer al usuario recibir una psicoterapia formal breve por teléfono y cuando lo beneficiaría más un tratamiento cara a cara.**
- 3. Desarrollar una sólida alianza terapeuta-paciente.**

**Adaptar y aplicar correctamente por teléfono las técnicas de la Terapia Cognitiva de la depresión.**