



Facultad de Psicología.

Pre proyecto de Tesis.

**Resultado de intervenciones psicodinámicas grupales de un
año de duración con usuarios que presentaron intento de
autoeliminación en un Centro de Salud.**

Docente tutor: Lic. en Psicología Liliana Guerrero.

Estudiante: Pérez González, Verónica 4.968.298-6.

Montevideo, Uruguay

2014

Índice.

Resumen.....	Página 1
Palabras clave.....	Página 1
Antecedentes.....	Página 2
Marco teórico	Página 3
Fundamentación.....	Página 8
Objetivos.....	Página 9
Diseño metodológico.....	Página 9
Plan de trabajo.....	Página 12
Resultados esperados.....	Página 13
Aspectos éticos en investigación.....	Página 13
Referencias bibliográficas.....	Página 14
Anexos.....	Página 17.

Resumen.

El presente proyecto investiga el resultado de terapias psicodinámicas grupales de un año de duración, en diez pacientes de edades comprendidas entre 18 a 25 años, de ambos sexos que presentaron intento de autoeliminación (IAE), en un servicio de salud.

El instrumento de evaluación de carácter cuantitativo utilizado para medir el cambio psíquico de los participantes son las Escalas de Capacidades Psicológicas (Scales of Psychological Capacities) de Wallerstein (1991). Se aplica la versión en castellano, seleccionando cuatro de las diecisiete escalas totales para la investigación: 1. Esperanza; 2. Entusiasmo por la vida; 12. Regulación de los impulsos; 16. Autoestima. Como técnica complementaria, se utiliza el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés. (Sandín y Chorot, 2003).

La aplicación se realiza individualmente en tres tomas: en la primer semana de la terapéutica grupal, a los 6 meses de comenzada y en la última semana antes de su finalización.

Se excluyen a las personas con IAE motivados por Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (F10-19); Esquizofrenia, Trastornos esquizotípicos y Trastornos delirantes (F20-29) y Retraso mental (F70-79), siguiendo las clasificaciones establecidas por el CIE-10. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

La problematización del tema surge motivada por contribuir con Plan de Prestaciones en Salud Mental del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (2011), tanto como colaborar con insumos teóricos y prácticos con la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, institución comprometida con la temática. Así mismo, se establece como conveniente realizar una investigación que apoye los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Prevención de Suicidios (2011), el cual plantea la alta tasa de mortalidad por suicidio asociada a nuestro País. (Anexo).

Palabras clave: Investigación; Intento de autoeliminación; Psicoterapia Psicodinámica grupal, (IAE), Cambio Psíquico.

Abstract.

This project investigates the outcome of psychodynamic group therapy for one year on ten patients aged 18-25 years, of both sexes in a health institution who have attempted suicide.

The quantitative assessment tool used to measure the psychological change of the participants is the Scales of Psychological Capacities (SPC) Wallerstein (1991). The Spanish version is used, selecting four of the seventeen total scales for research: 1 Hope, 2. Zest for life; 12 Impulse Control.; 16. Self Esteem. and as complementary technique, the Stress Coping Questionnaire is used. (Sandin and Chorot, 2003).

The evaluation is made individually in three stages: the first week of group therapy, at 6 months into therapy and the last week before completion.

Excluded from this study are people with suicide attempts motivated by mental and behavioral disorders due to use of psychoactive substances (F10-19); Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-29) and mental retardation (F70-79) following the classifications established by the ICD-10. (World Health Organization, 2000).

The subject selection is motivated by the goals of contributing to the Mental Health Services Plan of the National Integrated Health System NHIS, (2011), as well as collaborating with theoretical and practical input to the Psychology Faculty at the “Universidad de la Republica”, an institution committed to this subject. More so it is deemed convenient to conduct research supporting the guidelines established in the National Plan for Suicide Prevention (2011), which poses that our country has a high rate of suicide mortality associated with it. (Appendix).

Keywords: Research; Suicide attempt; Psychodynamic group Psychotherapy, Psychic Change.

Antecedentes.

En el proyecto elaborado por De Souza, Guerrero y Palabé (2005), titulado: *Cambio psíquico en pacientes psicóticos atendidos en psicoterapia psicoanalítica grupal y rehabilitación*, es posible observar un interés inherente a la investigación en psicoterapia en nuestro país. La selección muestral abarca a pacientes psicóticos de ambos sexos según los parámetros establecidos en el CIE 10, investigando el cambio psíquico en pacientes usuarios de psicoterapia grupal de corte psicoanalítico, utilizando cuatro test en tres tiempos del tratamiento. Los test proyectivos gráficos elegidos son el Machover, la persona bajo la lluvia; el Test de Rorschach y el Test de Apercepción Temática.

Este antecedente investigativo aporta lineamientos técnicos de aplicación de los Test para evaluar el cambio psíquico y solidez teórico-práctica de conceptos.

La investigación realizada por Guerrero, Zytner, De Souza, Dogmanas y Gleizer, (2012), titulada: *Proyecto de Investigación. Resultado de la Psicoterapia Psicodinámica de un año de duración en un Servicio de Salud Universitario*, evalúa el cambio psíquico de pacientes del sexo femenino dentro de ciertos parámetros psicopatológicos según el CIE-10, excluyendo psicosis, Trastornos mentales severos o consumo de drogas asociado, que recibieron Psicoterapia Psicodinámica semanal de una duración anual en un Servicio Universitario. El cambio psíquico se evalúa mediante la versión española de Las Escalas de Capacidades Psicológicas (Wallerstein, 1991), y SCL-90-R, Test de los 90 Síntomas.

Los lineamientos del trabajo se consideran como antecedente, debido a que propone estudiar el cambio psíquico de pacientes que reciben psicoterapia, realizando foco en las prestaciones brindadas por Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (2011), además de contribuir con fuertes lineamientos metodológicos e investigativos para el mismo, explicando la forma de proceder ante la temática a abordar y respetando acertadamente los criterios éticos de investigación con pacientes.

Ambos trabajos de investigación mencionados, se inscriben dentro de proyectos académicos Nacionales para Universidad de la República del Uruguay.

Como antecedente Internacional, el trabajo de Alarcón, Salcedo y Fernández, publicado en 2005, titulado: *Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años*, se realizó con 16 pacientes del sexo femenino que presentan diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, siguiendo los criterios de clasificación del DSM-IV-TR (2002). Las pacientes recibieron 24 sesiones semanales de hora y media de duración de psicoterapia grupal y tratamiento farmacológico, en un centro de atención psicológica. Este trabajo investigativo integra metodología cuantitativa de evaluación y cualitativa, además de trabajo interdisciplinario.

En cuanto al estudio cuantitativo, se realiza sobre de distintas áreas psicológicas de los participantes, que incluyen: temperamento y carácter, autoestima, calidad de vida, funcionamiento psico-social, problemas interpersonales, fuerza yoica y sintomatología psiquiátrica. Las diversas áreas se evaluaron mediante: Inventario de Temperamento y Carácter; Inventario de Autoestima de Coopersmith; Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y Escala Autoaplicable de Adaptación Social; Inventario de Problemas Interpersonales; Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI II e Inventario de Síntomas SCL 90-R. Este proyecto de investigación, aporta datos fundamentales acerca de metodología cuantitativa de evaluación, mediante las técnicas mencionadas, en pacientes que reciben psicoterapia grupal con frecuencia semanal.

Marco teórico.

El concepto de Intento de autoeliminación, se define como "...una actuación sobre el cuerpo que denuncian la imposibilidad de elaboración psíquica de situaciones conflictivas". (Perdomo, y Costanzo, 1997, p.302). No obstante, un intento de suicidio, no se trata de una manifestación agresiva de la persona sobre sí misma de carácter impulsivo e impredecible, "...sino que es el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos internos...". (Laufer, 1995, p.114). Algunos autores denominan al IAE como parasuicidio para referirse a "...un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico". (Bille Brahe, 1990, citado en Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012, p.37).

El Intento de autoeliminación surge como un error de la persona a lograr el cometido de suicidio, o como consecuencia de autolesiones infringidas contra sí mismo, con objetos en particular (o no), sin ideas de muerte.

Algunos autores destacan la inexistencia de una forma única y global de manifestación de IAE, más sin embargo, existen indicadores de riesgo que actúan como advertencia ante posibles conductas que involucren a la autoeliminación. Entre estos indicadores se destacan, "Ausencia de interés por el bienestar personal, baja productividad laboral, bajo rendimiento académico.

Alteración de los patrones del sueño, de las interrelaciones sociales, de las conductas alimentarias. Preocupación por el tema de la violencia (...) promiscuidad, desesperanza, aislamiento...”. (Ministerio de Salud Pública MSP, 2007, p.4). Estos indicadores pueden agruparse como factores de riesgo que involucran conflictos sociales, familiares, psicológicos y/o biológicos para el sujeto que presenta IAE. No obstante, es importante considerar al IAE como una manifestación de un drama personal interno, o como un fracaso en la búsqueda de soluciones personales.

Los IAE se clasifican según el riesgo en leve, moderado, grave y extremo dependiendo de la ideación suicida, planificación del daño auto infringido e IAE con diferentes factores de riesgo potencial.

Siguiendo las ideas planteadas por Lucero (2003), las mujeres se encuentran más expuestas que los hombres al riesgo al IAE. “En relación con los factores psicopatológicos, el parasuicidio predomina en personas con trastornos de la personalidad o que viven situaciones de crisis”. (Lucero, Díaz y Villalba 2007, p.7).

En cuanto a los adolescentes, la Organización Mundial de la Salud (2014), considera que el período de la adolescencia comprende de jóvenes de 10 a 19 años y la adolescencia tardía en donde la franja etaria se extiende. Flechner, (2008), teoriza acerca de las manifestaciones psíquicas propias del período de la adolescencia, en tanto que esta se caracteriza por la acomodación y desacomodación de los desórdenes psíquicos tanto como corporales, “...los dinamismos pulsionales, la desorganización y reorganización de las excitaciones en la intensa búsqueda de las defensas más adecuadas, hacen de la adolescencia un período de gran perturbación, para el propio adolescente...”. (Flechner, 2008, p.3).

En este período de desarrollo psíquico y físico, “...los cortes o autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes y no necesariamente implican riesgo suicida”. (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2012, p.9). Este señalamiento resulta significativo para el concepto de intento de autoeliminación en adolescentes, en el que, como establece Laufer, (1995), los IAE se encuentran motivados por fantasías inconscientes, “...relacionadas con sentimientos de agresión hacia los padres, o amigos, o el terapeuta y es importante reconocer la culpa, así como la vergüenza, experimentada por el adolescente como resultado de su acción”. (Laufer, 1995, p.116). En otras palabras, el intento de suicidio debe diferenciarse clínicamente de un intento de autolesión infringida. En estos casos, la ideación suicida, caracterizada por la elaboración de planes por parte del paciente, en los que premedita cómo, dónde y con qué, cometerá el acto, resulta un dato clínico de fuerte impronta. Algunos autores, definen a la ideación suicida como “...cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirla, hasta imágenes autodestructivas persistentes y recurrentes”. (Goldney, Winefield, Tiggemann, Winefield, y Smith, 1989 citado en Fernández y Hipólito, 2001, p.2).

La fantasía interna contiene elementos de omnipotencia que posibilita a la persona una suerte de autocontrol de los sentimientos que le perturban, contemplando al intento de

autoeliminación como una forma de protección de problemáticas internas. En adultos jóvenes estas fantasías también se presentan en estados de disociación, en forma de negación de la realidad.

El concepto de Psicoterapia Psicodinámica es abordado desde la perspectiva de Guerrero et al., (2012), "...como una forma de tratamiento de los desórdenes psíquicos basado en el modelo psicoanalítico para la comprensión del sí mismo, los conflictos pasados y presentes, el sufrimiento y el funcionamiento psíquico". (Guerrero, et al. 2012, p.5). Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, (2001) la definen como "...una técnica que se muestra muy eficaz para desbloquear el inconsciente, rompiendo las duras resistencias al cambio...". (Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, (2001). No obstante, advierten en no considerarla parte de una variante o rama de la psicoterapia psicoanalítica, si bien surgió de intervenciones en crisis y del propio psicoanálisis. En cuanto a la conceptualización del término, algunos autores advierten en considerar que las definiciones de psicoterapia se encuentran "...vinculadas a la conceptualización que hace del proceso y los objetivos terapéuticos un modelo determinado". (Feixas, y Miró, 1993, p.14). En el presente trabajo, la psicoterapia de corte psicodinámico se encuentra orientada a la resolución de la dinámica inconsciente del paciente y no al cambio de sintomatología o a conductas observables.

Al respecto de lo mencionado, Amaris Rincón, (2006) afirma: "La psicoterapia dinámica en su máxima expresión se propone llegar, por debajo de la defensa y de la angustia, al sentimiento oculto, para luego reconducirlo del presente a sus orígenes". (Amaris Rincón, 2006, p.20). Cuando se toma como referencia el enfoque psicodinámico, se encuentran implicados los términos de dinámica y estructura de la personalidad. (Veccia, 2005). "Por dinámica entendemos la presencia de conflictos entre tendencias o motivaciones contrapuestas. (...) La estructura, en cambio, hace referencia a los elementos que componen una organización psíquica y a pautas o leyes de funcionamiento que relacionan los distintos elementos entre sí". (Veccia, 2005, p.7). González Torres, y Alonso Ganzua, (2012), aportan datos acerca de los tipos de psicoterapia psicodinámica que existen en la actualidad, diferenciándose de acuerdo al tiempo; de corta duración, menos de 50 sesiones; de larga duración, más de 50 sesiones. Estas se llevan a cabo en sesiones de una o dos veces a la semana, de una hora, y de duración indeterminada, acordado entre el clínico y el paciente.

En referencia a la psicoterapia grupal de corte psicodinámico, Oblitas, (2008) plantea como lo grupal constituye un dispositivo terapéutico de apoyo en personas con problemáticas similares, debido a que en el grupo se comparte la apreciación de conflictos y emociones, que en ocasiones resaltan por la complicación que se le presenta a la persona el no poder percibirlas en sí misma.

El objetivo central de la psicoterapia grupal es "...la comprensión de los dinamismos grupales intrapsíquicos y vinculares y la utilización de los mismos como agente específico en el tratamiento de la psicopatología individual". (Bleger y Pasik, 1997, p.16). Los pacientes en el grupo

terapéutico, "...se mantienen ligados por la ansiedad y el conflicto interpersonal, no por una participación que les de placer". (Díaz Portillo, 2000, p.52).

Al respecto de las terapias grupales la autora afirma:

Se favorece la catarsis y se considera que las diferencias y conflictos sobre las ideas enmascaran sentimientos, con frecuencia hostiles, que deben ventilarse. Se interpreta la tensión que surge de la exploración y develación de los significados latentes de las comunicaciones. (Díaz Portillo 2000, p.52).

La duración de la terapia grupal usualmente se encuentra dentro de un rango de 75 a 120 minutos por sesión. Sin embargo, si bien el tiempo medio aproximado es de 90 minutos, las sesiones grupales con una duración de menos de 75 minutos, no proporcionan suficiente tiempo para que los participantes puedan compartir equitativamente sus problemáticas; en tanto que, sesiones que sobrepasen los 120 minutos pueden resultar agotadoras para los miembros del grupo tanto como para el terapeuta. (Alarcón, Salcedo, y Fernández, 2005).

En los grupos terapéuticos se destaca la inexistencia de un líder, más sí la de un moderador, en este caso el terapeuta, que actúa controlando el contenido y el proceso, de forma que todos los miembros participen de forma equitativa, siempre de forma grupal, dentro de los principios éticos.

En cuanto al número de participantes recomendado para conformar el conjunto de la terapia grupal se establece un mínimo de cuatro personas y un máximo de nueve, pudiendo generarse variaciones dependiendo de los criterios del terapeuta, de incluir hasta 12 personas. "El número debe ser siempre menor a doce, ya que excedido este límite comienzan a operar fenómenos grupales diferentes...". (Bleger, y Pasik, 1997, p.42).

La composición del grupo es otro aspecto central a destacar en la Psicoterapia Psicodinámica grupal, debido a que existen distintas formas de conformación. Los grupos homogéneos son aquellos en los que los participantes comparten un diagnóstico común, y los grupos mixtos son aquellos en los cuales se incluyen ambos sexos con diagnósticos diversos. Se recomienda que los participantes pertenezcan a la misma generación, de lo contrario, "...puede impedir que exista la base común para el intercambio, lo que perturba la comunicación". (Díaz Portillo, 2000, p.50). Así mismo, el autor advierte que la diferencia de edad en adultos no debe propasar los 20 años.

Bleger y Pasik, (1997) describen una génesis grupal del psiquismo que tiene lugar en terapias grupales, teniendo en cuenta que no se trata de un inconsciente grupal, sino de "...un aparato psíquico grupal que produce un trabajo de ligazón, de transmisión y de transformación...". (Kaes, 1976, citado en Bleger y Pasik, 1997, p.15).

Los procesos y el contenido de la terapia grupal deben beneficiar a los pacientes, quienes concurren a ella sin ningún tipo de coacción, incentivos económicos o materiales que actúen como motivación.

En pacientes con IAE, siguiendo a Alarcón, et al., (2005), la psicoterapia grupal favorece aspectos que involucran a la estabilidad de los pacientes, el control de los impulsos, así como "...el examen y manejo de las reacciones de transferencia y contratransferencia (...) la presencia de otros sujetos brinda ocasión para que los mismos pacientes establezcan límites y para la interacción altruista, con lo cual pueden consolidar sus ganancias en el proceso de ayudar a otros". (Alarcón, et al., 2005, p.2). Sin embargo, los autores advierten en considerar el índice de abandono que se presenta en las terapias grupales, oscilando entre el 13 % y el 63 %. No obstante, la deserción planteada, puede ser abordada por medio del análisis para reflexionar y motivar a los pacientes de forma que este suceso reduzca en porcentaje.

En cuanto al concepto de cambio psíquico, es entendido "...en el sentido de modificación, variación o evolución del funcionamiento psíquico (...) cambios a nivel del funcionamiento intrapsíquico". (De Souza, Guerrero, y Palabé, 2005, p.106).

Bayo-Borrás, (2006) entiende al cambio psíquico como un proceso y no como el estado final de un tratamiento en determinado paciente. Este cambio tiene lugar permanentemente en el tratamiento con el paciente, de forma que debe realizarse un seguimiento de los resultados o materiales que este ofrezca, "...sin preocuparnos de si los cambios son positivos o en retroceso, sino tomándolos como el método individual propio de cada paciente para enfrentar sus ansiedades y sus relaciones personales de una forma característica". (Joseph, 1989, citado en Bayo-Borrás, 2006, p.11).

El material ofrecido por el paciente en la terapéutica, así como el historial clínico de este, aportan elementos fundamentales para evaluar el proceso del cambio psíquico. En la evaluación y evolución del proceso terapéutico es donde puede sostenerse:

la dimensión del cambio psíquico, siempre recordando que cambio no es igual a alta ni a objetivos terapéuticos; y para entender mejor cómo se da el cambio psíquico, el material del paciente es una fuente muy rica de información, aunque hayan varias lecturas e interpretaciones del mismo. (Bayo-Borrás, 2006, p.12).

De esta forma, el concepto refiere a la construcción de "...sentidos nuevos, en un camino tendiente a la integración con la consecución de mayores niveles de autonomía". (Gutiérrez, y Rossi, 2007, p.130). Siguiendo a las autoras, se entiende a esta construcción, como el surgimiento de una nueva reorganización del desequilibrio interno, lo cual genera mecanismos que permiten al sujeto el aprendizaje por la experiencia.

Otras autoras, consideran la importancia inherente de la función del terapeuta y las técnicas de análisis e interpretación, en cuanto al cambio psíquico del paciente. "Se trata de develar las producciones psíquicas que se encuentran encubiertas, generadoras de conflicto intrapsíquico e intersistémico". (Guerrero, y De Souza, 2005, p.146). Esto supone una modificación de los desórdenes patológicos del paciente, en apertura al proceso de cambio y de creación.

El objetivo del cambio psíquico es entonces ayudar al paciente en la particularidad de su crisis o problemática, brindándole herramientas desde nuestra labor terapéutica, de forma que “...dicho proceso oficie de disparador y genere nuevos procesos que trasciendan nuestra intervención”. (Gutiérrez, y Rossi, 2007, p.124).

Es así que es posible afirmar que el aspecto fundamental del cambio psíquico en los pacientes no alude únicamente al cambio, sino a “...aprender a convivir, a incorporar a la realidad del sujeto una nueva dimensión de los aprendizajes inconscientes...” (García, V. y Sibils, 2005, p.81).

En el presente proyecto contempla las prestaciones en psicoterapia planteadas en el *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental* (2011). Este surge como una iniciativa estatal impulsada para realizar reformas en el Sistema de Salud uruguayo, incluyendo distintas modalidades de acción terapéutica en el SNIS. Los lineamientos planteados en cuanto a la reforma sanitaria, “...procuran asegurar de forma universal y equitativa los servicios que garanticen respuestas satisfactorias a las necesidades de salud de la población”. (Ministerio de Salud Pública de Uruguay 2011, p.3). Para realizar dicho cometido el Plan establece diferentes tipos de Prestaciones en Salud Mental en la población usuaria y varios Modos de abordajes.

Los pacientes que presentan intento de autoeliminación dentro del Plan, se encuentran contemplados dentro del Modo 2, el cual ofrece hasta 48 sesiones anuales para el usuario/a con un copago establecido, debiendo contar con un comité de recepción no pasadas las 48 horas de la consulta. Las terapéuticas grupales con pacientes que presentan IAE deben de contar como máximo con un grupo de 12 personas. (Anexo).

Fundamentación.

Los intentos de autoeliminación, se sitúan dentro de los focos centrales de atención psicológica y psiquiátrica del país. En los trabajos investigativos de Bostwick y Pankratz. (2000) y el de Lucero, et al., (2003), se explica cómo los IAE, o como los autores se refieren a estos, “parasuicidios”, son el predictor de suicidio más potente, siendo uno de los factores de trascendencia y atención de la disciplina psicológica.

La ausencia de registro obligatorio de IAE en las instituciones sanitarias uruguayas, conlleva la inexistencia de datos socio-demográficos y epidemiológicos en el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MSP), impidiendo contar con cifras claras de personas que presentaron IAE.

La magnitud del problema, a pesar de la escasez de estos datos, es de considerable importancia. Evaluando el trabajo de Dajas, (2001) es posible observar las altas tasas de suicidios en nuestro país en la década del 90. Mediante la información recabada en el Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2001), se discute una reducción poco notable entrado el siglo XXI. En el 2007 se produce un aumento, 18% cada 1.000.000 habitantes y en 2012 se presenta 17%. (Anexo).

En los últimos años y mediante el aumento de la detección y registro de los casos de intentos de autoeliminación por el Ministerio de Salud Pública (MSP), se logra tratar los casos

psicológica y psiquiátricamente en las dependencias de salud adecuadas y autorizadas para dicha tarea, mediante un comité de recepción, con la finalidad de realizar un seguimiento epidemiológico y terapéutico con los pacientes.

La selección muestral etaria de personas que presentaron IAE, se realiza siguiendo las reglamentaciones establecidas en el Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011), “En cuanto a poblaciones de riesgo, se destacan los grupos comprendidos entre los 15 y 29 años, y los mayores de 65 años”. (Ministerio de Salud Pública, 2011, p.5).

Objetivos.

General:

- Evaluar el resultado de Psicoterapias Psicodinámicas grupales, con frecuencia semanal de un año de duración, en usuarios de ambos sexos de 18 a 25 años que presentaron IAE en un Centro de Salud.

Específicos:

- Contribuir y aportar insumos investigativos en torno a los intentos de autoeliminación, para la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, futuras investigaciones, el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (2011), así como con otros entes institucionales comprometidos.
- Apoyar los lineamientos de prevención de IAE planteados en el Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Para Uruguay 2011-2015 del Ministerio de Salud Pública (2011).
- Generar conocimiento acerca de los resultados de terapias psicodinámicas grupales en un Centro de Salud.
- Mejorar la calidad de las prestaciones establecidas por el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental de un año de duración en pacientes con IAE, mediante evidencia y resultados científicos.
- Difundir conocimientos acerca de pacientes con IAE y metodología cuantitativa estandarizada y adaptada a Uruguay.

Diseño metodológico.

Participantes.

El estudio se realiza con diez pacientes de ambos sexos que reciben Psicoterapia Psicodinámica grupal, de forma semanal, con una duración de un año. La franja etaria de los participantes es de 18 a 25 años, siguiendo lo planteado en Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011), en cuanto a población de riesgo, destaca los grupos comprendidos entre los 15 y 29 años.

Los criterios de exclusión, comprenden a personas con IAE motivados por Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (F10-19); Esquizofrenia, Trastornos esquizotípicos y Trastornos delirantes (F20-29); Retraso mental (F70-79) siguiendo las clasificaciones establecidas por el CIE-10 (2000).

La selección de los pacientes, se efectúa mediante una entrevista clínica individual, llevada a cabo por un psicólogo de la institución, previamente al comienzo del tratamiento psicoterapéutico psicodinámico grupal. Las entrevistas con los pacientes serán grabadas, respetando los principios éticos de investigación con seres humanos. Se estima que el tiempo de selección de participantes, variará de los 2 a los 3 meses dependiendo de las entrevistas de recepción en el Centro.

Instrumentos de evaluación.

Las Escalas de Capacidades Psicológicas (Scales of Psychological Capacities) fueron publicadas por Wallerstein en 1991 en inglés. Su traducción, adaptación al castellano, en Uruguay se realizó en trabajo investigativo de Guerrero, et al., (2012).

El instrumento consta de 17 escalas, cada una de ellas con sus correspondientes subescalas: 1. Esperanza; 2. Entusiasmo por la vida; 3. Atribución de responsabilidades; 4. Flexibilidad; 5. Persistencia; 6. Compromiso con los principios morales y valores; 7. Compromiso en relaciones; 8. Reciprocidad; 9. Confianza; 10. Empatía; 11. Regulación del afecto; 12. Regulación de los impulsos; 13. Regulación de la experiencia sexual; 14. Autoafirmación; 15. Confianza en sí mismo y en los otros; 16. Autoestima; 17. Autocoherencia.

En el presente proyecto se toman para la aplicación individual las escalas: 1. Esperanza; 2. Entusiasmo por la vida; 12. Regulación de los impulsos; 16. Autoestima.

La selección de las cuatro escalas, responde a que son aquellas que evalúan los aspectos que involucran a la conducta impulsiva, la actitud frente a las situaciones de la vida y sobre sí mismo. Se consideran que estos aspectos, que implican al control de los impulsos, la autoestima, el entusiasmo de la persona, son áreas que encuentran en relación con los IAE, siguiendo lo planteado por las *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas del MSP* (2007). Al respecto de potenciales indicadores de riesgo suicida establece: “Ausencia de interés por el bienestar personal, baja productividad laboral, bajo rendimiento académico. Alteración de los patrones del sueño, de las interrelaciones sociales, de las conductas alimentarias. Preocupación por el tema de la violencia (...) promiscuidad, desesperanza, aislamiento...” (p, 4).

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (2003), se utiliza como una técnica complementaria, luego de aplicación de la batería metodológica anterior. Esta consiste en una escala de autoadministración individual, diseñada para evaluar los siete estilos de afrontamiento de la persona frente a situaciones estresantes: Focalizado en la solución del problema; Autofocalización negativa; Reevaluación positiva; Expresión Emocional abierta; Evitación;

Búsqueda de apoyo social y Religión. Consta de 42 frases que serán puntuadas por la persona del 0 al 4, en relación a la frecuencia del acto enunciado. (Sandín y Chorot, 2003).

Procedimiento.

Se realizan entrevistas de recepción y evaluación según criterios del CIE 10, por parte de Psicólogos del Centro de Salud, para la selección de los participantes del estudio durante 2 a 3 meses.

Se reciben derivaciones al equipo de investigación, de pacientes que presentaron IAE y se encuentran por comenzar un proceso Psicoterapéutico Psicodinámico grupal de un año de duración. El equipo contará con datos de la Historia clínica del usuario.

Las derivaciones se realizarán respetando los criterios de exclusión: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (F10-19); Esquizofrenia, Trastornos esquizotípicos y Trastornos delirantes (F20-29); Retraso mental (F70-79) siguiendo las clasificaciones establecidas por el CIE-10 (2000).

En cuanto al tratamiento grupal que reciben los pacientes con IAE tendrá una frecuencia semanal, con sesiones de aproximadamente 90 minutos de duración y un curso de un año. Es primordial para la realización del proyecto, que la Psicoterapia Psicodinámica grupal que reciben los pacientes, mantenga la homogeneidad en cuanto a la problemática, es decir, que todos los participantes hayan tenido intento de autoeliminación.

Las entrevistas de aplicación de las Escalas de Capacidades Psicológicas, serán grabadas en audio; si la persona permite, también en formato video (opcional, no excluyente).

Posteriormente a cada una de las aplicaciones de batería metodológica con los diez pacientes, el equipo de investigación contará con supervisiones grupales, las cuales involucran a todos los técnicos encargados de llevar adelante el proyecto, así como reuniones de trabajo en las que se estudiarán los datos obtenidos por cada uno de los usuarios.

El equipo deberá realizar Informes de Avance, acerca de los datos obtenidos, tanto como del análisis de los mismos. Concluida la aplicación de las tres Tomas de las técnicas, los investigadores presentarán un Informe Final de las consideraciones y resultados del proyecto.

Todos los encuentros se detallan en el cronograma de ejecución de actividades del estudio.

Aplicación de Técnicas.

Las 4 Escalas de Capacidades Psicológicas, se aplican mediante dos técnicos capacitados y Licenciados en Psicología integrantes del equipo de investigación, con experiencia en la aplicación de las Escalas de Capacidades Psicológicas, de forma individual, al principio de la terapéutica grupal, (primera semana de tratamiento), a la mitad de la misma (6 meses de tratamiento) y en su finalización (última semana de tratamiento).

Es importante considerar, que los técnicos que aplican las cuatro Escalas de Capacidades Psicológicas seleccionadas, no se encuentran trabajando en la Psicoterapia Psicodinámica grupal

con los pacientes participantes de la investigación, ni son los encargados de analizar el material obtenido en las entrevistas, el cual será ofrecido a otros dos integrantes del equipo del proyecto.

En cuanto a las tomas, se realizan al principio de la terapéutica, en la primer semana del comienzo de la Psicoterapia Psicodinámica grupal; a los seis meses, teniendo en cuenta que los pacientes se encuentran a mitad de sesiones transcurridas y a la homogeneidad del instrumento de evaluación; y en la última semana. Los resultados de la psicoterapia psicodinámica con estos pacientes se realizará mediante la comparación de los puntajes obtenidos en cada una de las escalas, en cada una de las tomas, observando el Cambio Psíquico de los usuarios.

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (2003) al realizarse de forma autoadministrada por el paciente, se ejecutará al final de la aplicación de cada toma de la batería metodología planteada anteriormente.

Plan de trabajo.

Actividad meses	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°
Selección de participantes	xx xx	xx xx	xx xx															
Primer aplicación de las SCP y del CAE.				xx xx														
Segunda aplicación de las SCP y del CAE.									xx xx									
Tercer aplicación de las SCP y del CAE.														xx xx				
Análisis de datos.					xx xx					xx xx					xx xx			
Supervisiones Grupales.						xx xx					xx xx					xx xx		
Informe de Avance.							xx xx					xx xx						
Informe Final.																	xx xx	
Difusión.																		xx xx

Resultados esperados.

En el área de la salud: Medir el resultado de la Psicoterapia Psicodinámica grupal en pacientes con IAE así como contribuir con resultados científicos y empíricos que proporcionen mejoras en el servicio de salud en cuanto a las prestaciones en Psicoterapia Psicodinámica grupal de pacientes con IAE.

En el área académica: Difundir conocimientos de instrumentos metodológicos cuantitativos de evaluación, adaptados y estandarizados en Uruguay, tanto como generar evidencia de investigación Nacional acerca de los resultados de la Psicoterapia Psicodinámica grupal en pacientes con IAE en el ámbito de la psicología clínica.

Aspectos éticos en investigación.

En relación a las consideraciones éticas, el cuidado y respeto por los participantes del proyecto, es uno de los componentes más importantes de la investigación con seres humanos.

La persona que participa de un proyecto de carácter investigativo, antes de comenzar el mismo, "...debe ser informada con la mayor claridad posible acerca de la naturaleza, propósito y condiciones de la investigación en la que se le solicita que participe". (Leibovich de Duarte, 2000). Se aclarará en términos que faciliten la comprensión y no resulten científicos y/o específicos de la disciplina psicológica, el porqué y la importancia de la participación en el proyecto, las características y duración del mismo, el anonimato de los datos a recaudar, así como el carácter voluntario, que incluye tanto a la participación, como el retiro de la misma. (Calo, Hermosilla, 2000). Una vez que, no se presenten dudas por parte del participante acerca de la investigación, aceptando libremente y sin ningún tipo de medidas coercitivas y/o económicas, se solicita la firma del consentimiento informado. (Anexo).

El consentimiento informado, no exime la responsabilidad del investigador de cuidar los Derechos Humanos de todos los participantes, realizando la investigación para el beneficio de todos. Si a algunos de los participantes le ocurre algún suceso que afecte su salud mental mientras se aplica la batería metodológica, se procederá a derivar dichas personas al equipo de recepción del Centro de Salud para su atención inmediata.

En relación a la confidencialidad de datos, el material obtenido será guardado, respetando la identidad de los participantes, utilizando un apodo, ya sea nombre y/o siglas que impidan identificarlo. Así mismo, el formulario autoadministrado del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (2003), se guiará por el principio de confidencialidad de datos.

Todos los aspectos anteriormente mencionados en cuanto a principios éticos se encuentran regidos por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2001). (Anexo).

Referencias bibliográficas.

1. Alarcón, MB., Salcedo, MT. y Fernández, BC. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Redalyc*, 28(1), 52-60. Distrito Federal. México.
2. Amaris Rincón, G. (2006). *Aproximación a las propuestas en psicoterapia dinámica breve de D. Malan y P. Sifneos*. Tesis Facultad de Psicología. Universidad Pontificia Bolivariana. 1-91. Bolivia. Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n78/n78a02.pdf>
3. Bayo-Borrás, R. (2006). Evaluación del cambio Psíquico a través del material del paciente. *En, IV Jornadas de la F.E.A.P. El cambio en psicoterapia*. 9-21. Segovia.
- 1 . Bleger, L. y Pasik, N. (1997). *Psicoanálisis grupal. Cuando, como, Por qué*. Buenos Aires: Tekne.
- 2 . Bostwick, JM. y Pankratz, S. (2000). *Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination*. American Journal Psychiatry, 157(12), 1925-1932.
- 3 . Calo, O.; Hermosilla, A. M. (Eds) (2000). *Psicología y Mercosur: la dimensión ética de la integración y antecedentes del debate en Argentina*. Fundamentos en Humanidades. I(2), 46-54. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18400205>
- 4 . Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (2001). *Código de ética del psicólogo*. Montevideo, Uruguay.
- 5 . Dajas, F. (2001). *Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual*. Revista Médica Uruguay. 17(1), 24-32.
- 6 . De Souza, L., Guerrero, L. y Palabé, X. (2005). Cambio psíquico en pacientes psicóticos atendidos en psicoterapia psicoanalítica grupal y rehabilitación. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Uruguay*. 7(1), 103-115. Montevideo.
- 7 . Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Edición Pax. México.
- 8 . Feixas, G. y Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. 15° Edición. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- 9 . Fernández, N. y Hipólito, M. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 6(2), 121-127. Universidad de Santiago de Compostela.

- 10 . Flechner, S. (2008). Pacientes adolescentes en riesgo: Un desafío para el analista. *En, I Coloquio Internacional sobre cultural adolescentes. Subjetividades, contextos y debates actuales.* Argentina-Francia-Uruguay.
- 11 . García, V., y Sibils, R. (2005). *Perspectivas sobre la cura en psicoterapia psicoanalítica.* Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. 7(1), 69-87. Uruguay.
- 12 . González Torres, MA. y Alonso, Z. (2012). *¿Son eficaces las Psicoterapias dinámicas breves? Evidentemente.* 1-24. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid.*
- 13 . Guerrero, L. y De Souza, L. (2005). Investigación sobre cambio psíquico. *En, Muniz, A. (Comp.), Diagnósticos e Intervenciones Enfoques Teóricos, Técnicos y Clínicos en la Práctica Psicológica.* (pp. 145-154). Montevideo: Psicolibros.
- 14 Guerrero, L., Zytner, R., De Souza, L., Dogmanas, D. y Gleizer, D. (2012). Proyecto: *Resultados de la Psicoterapia Psicodinámica de un Año de Duración en un Servicio de Salud Universitario.* CSICI+D.
- 15 . Gutiérrez, A. y Rossi, M. (2007). Acompañamiento psicoterapéutico como posibilitador de un cambio psíquico. *En, III Jornadas de Psicopatología Las patologías en el siglo XXI.* (pp.123-132). Montevideo: Facultad de Psicología.
- 16 . Laufer, M. (1995). *El adolescente suicida.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- 17 .Leibovich de Duarte, A. (2000). *La Dimensión Ética en la Investigación Psicológica.* Investigaciones en Psicología 1(1). Argentina: Facultad de Psicología UBA.
- 18 . Lucero, R., Díaz, N. y Villalba, L. (2003). *Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001.* Revista de Psiquiatría del Uruguay. 67(1), 5-20. Uruguay.
- 19 . Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2007). *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas.* Programa Nacional de Salud Mental. Dirección General de la Salud. 1-34. Uruguay.
- 20 . Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2011). *Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Para Uruguay 2011-2015 "Un Compromiso con la Vida".* Dirección general de la Salud. Departamento de programación estratégica en salud. 2-33. Uruguay.
- 21 . Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2011). *Programa Nacional de Salud Mental. Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado en Salud.* 1-32. Uruguay.

- 22 . Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2012). *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. 9-57. Argentina.
- 23 . Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Edición Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia. Consellería de Sanidad. 1-187. España.
- 24 . Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- 25 . Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana.
- 26 Organización Mundial de la Salud (2014). Recuperado en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- 27 . Perdomo, R. y Costanzo, A. (1998). *Accidentes, intentos de autoeliminación, y violencia social*. En: *IV Jornadas de Psicología Universitaria*. Comisión de Actividades Extracurriculares. Facultad de Psicología - Universidad de la República.
- 28 . Sánchez-Barranco Ruiz, A. y Sánchez-Barranco Vallejo, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 7-25. España.
- 29 . Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 8(1), 39-54. Madrid.
- 30 . Veccia, T. (2005). *Enfoque conceptual psicodinámico del Diagnóstico Psicológico: la necesidad de un marco integrador*. Universidad de Buenos Aires.
- 31 . Zytner, R., Dogmanas, D., de Souza, L, Guerrero, L. y Salerno, M.J. (en prensa). Manual en castellano de las Escalas de Capacidades Psicológicas de Robert Wallerstein.. Derogatis, L.R. 1983. SCL-90-R Administration, scoring and procedures manual-II. Clinical Psychometric Research, Towson, MD.

Anexos.

Anexo 1.



BICENTENARIO
URUGUAY
1811 - 2011



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD ÁREA DE
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
Programa Nacional de Salud Mental**

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Junio 2011

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN	5
FIJACIÓN DE PRIORIDADES	7
PROPÓSITO - OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
PRESTACIONES ADULTOS	9
PRESTACIONES NIÑOS Y ADOLESCENTES	16
ACTIVIDADES	24
DISPOSICIONES GENERALES	25
MONITOREO-EVALUACIÓN	26
RECURSOS	28
CRONOGRAMA	28
RESPONSABLES DEL PLAN Y PARTICIPANTES	29
TRABAJOS - DOCUMENTOS PREVIOS	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUCCIÓN

Este Plan se enmarca en el contexto de la Reforma del Estado y en la profundización de la Reforma Sanitaria.

Desde el año 2005 nuestro país se aboca a cursar una reforma en su Sistema de Salud, la cual toma cuerpo a partir de un conjunto de normas desde el año 2007, pudiendo ser considerada como la más importante de su historia.¹

Los principios rectores de la misma procuran asegurar en forma *universal y equitativa* los servicios que garanticen respuestas satisfactorias a las necesidades de salud de la población.

Es primordial mejorar la accesibilidad a todos ellos, de forma tal que cada cual reciba atención de calidad de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad económica. Así se tiende a salvar diferencias injustas y evitables, principio fundamental para lograr la equidad.

En ese sentido el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha iniciado una reestructura creando en el último año el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES), orientado a que los programas de salud sean verdaderas herramientas de transformación sanitaria.

De dicho Departamento depende el Área de Promoción y Prevención en Salud (APROPYEN), dentro del cual se enmarca el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), al cual este Ministerio ha considerado como uno de sus programas prioritarios.²

El concepto de Salud Mental es inseparable del concepto de Salud Integral. Si bien tiene su especificidad en cuanto a sus formas de abordaje y comprensión, es parte indisoluble del mismo. En este sentido, desde una concepción integral, todos aquellos aspectos vinculados con la Salud Mental deben incluirse en las diferentes formas de abordaje.

Se propone entonces como objetivo para el final del período, poder contar en todos los efectores integrales con un abanico de ***prestaciones en Salud Mental***, accesibles a los usuarios del sistema. Estas prestaciones se integrarán al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de setiembre de 2011, con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales, de acuerdo con el presente Plan.³

ANTECEDENTES

La Salud Mental a lo largo de la historia de la humanidad ha estado atravesada por grandes desigualdades e inequidades, producto de diversos prejuicios y de las diferentes concepciones que dificultaron el acercarse a un entendimiento de las problemáticas inherentes. Exige entonces un alto grado de compromiso y de participación de todos los sectores involucrados.

En nuestro país el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado en el año 1986 fue promovido por un amplio movimiento desde múltiples sectores de la población organizada (grupos de familiares de personas con trastornos mentales, Universidad de la República (UDELAR), sociedades científicas y gremiales). De éste surgen la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) y el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM).⁴

Asimismo, el organismo rector (MSP) del cuál emanan los lineamientos programáticos, trabaja conjuntamente con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata creada en 1948, para dar un cuerpo de normas para el bien de los enfermos mentales.⁵

A partir de 1996 la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE - MSP) desplegó un plan de desarrollo nacional a través de los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental (ESM), lográndose resultados disímiles, dependiendo en general de iniciativas aisladas ya que actuaron escindidos dentro del sistema sanitario.

En el año 2005 se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP responsable de operativizar el Plan. Se plantean desarrollos coordinados y acciones en conjunto con el resto del sistema, considerándose que el PNSM transversaliza a todos los programas prioritarios que se van definiendo.

En el Documento Programático de la CATP del PNSM, del mismo año, junto a las transformaciones en la asistencia a los enfermos mentales y en salud mental articuladas por ese programa, se puntualiza la problemática histórica (marginación masiva de los enfermos mentales y el retraso en incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales). De igual modo, la prevalencia de “fin de siglo”, las situaciones de violencia, el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y complicaciones y las nuevas modalidades de padecimiento en la vida cotidiana.⁶

Los desarrollos del PNSM deberán incorporarse al Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS) al que el país se encuentra abocado, de acuerdo a los cambios en el modelo de atención y de gestión y siguiendo los principios rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de la atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios.

Dado que la salud mental es uno de los componentes de la salud integral de las personas, dentro del cambio de modelo resultan imprescindibles las acciones en Salud Mental, siendo condición necesaria priorizar y articular las

mismas en el primer nivel de asistencia, con criterios de complementariedad, integración y coordinación con el resto de los actores del sistema, a fin de mejorar la calidad de la atención, su eficacia y eficiencia.

Dentro de las áreas de desarrollo, percibidas como de importancia para el PNSM, se destacan:

- Las acciones de las áreas de prevención y promoción en Salud Mental, que contribuyan a vencer la discriminación de la que son objeto las personas con trastornos mentales y la detección precoz de las patologías, priorizando las acciones tendientes a evitar el surgimiento de las mismas.
- La atención de personas con trastornos mentales, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilológico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio.

En el año 2007, siguiendo los lineamientos programáticos se profundizan los desarrollos principalmente por el efector público ASSE.⁷

Como resultado del Grupo de trabajo N° 6 de la CATP (Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia) se plasman en el mismo año una serie de recomendaciones acerca de las que constituyen, junto a otros aportes, un punto de partida fundamental hacia la integración de estos abordajes a los servicios de salud.⁸

JUSTIFICACIÓN

Un cambio en el modelo de atención como el que plantea el SNIS implica comprender que la enfermedad no es solo un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social, que puede actuar como agravante o protector.⁹

De igual modo la forma de entender las diferentes problemáticas, contempla también la multidisciplina como herramienta válida e indispensable para el abordaje de las diferentes situaciones de salud y enfermedad sobre las cuales sea necesario intervenir.

De acuerdo con los principios rectores consensuados, la Salud Mental como un derecho humano fundamental y -por tanto- las intervenciones psicosociales y la psicoterapia y otras formas de preservarla o recuperarla como derechos deben estar accesibles a todos los ciudadanos.¹⁰

Un abanico de **prestaciones en Salud Mental**, con accesibilidad para todos los usuarios, no solo es esperable que repercuta en esta área, sino que logre cambios en diferentes aspectos de la conducta, tanto en la mente como en el cuerpo y en el mundo externo, beneficiándose no solamente la persona, sino la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud.

Así, estas prestaciones permitirán descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos. Esto además de acompañarse de un ahorro en el gasto, repercute en todo aquello que implica el beneficio de poder promover actitudes saludables, de responsabilidad y compromiso en los diferentes ámbitos. De esta forma se produciría una baja de costos y ahorro en el gasto social.

Hasta la fecha el paquete de prestaciones obligatorias en Salud Mental que integra el Plan Integral de Asistencia en Salud (PIAS), de acuerdo a lo consignado en el Catálogo de Prestaciones, no considera los abordajes aquí planteados.

A instancias de las Direcciones del PNSM del último período, se trabajó hacia la incorporación de estas nuevas prestaciones en Salud Mental siguiendo los principios de la Reforma.

A punto de partida de las producciones previas, en el año 2010, comienza a elaborarse el presente Plan. Se tomó como base el documento sobre psicoterapias elaborado por la CATP, las experiencias de las Facultades de Medicina y Psicología y otras del campo internacional.¹¹

En este Plan se trata la implementación de algunas intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos, en el entendido que éstos se basan en la relación profesional y humana de uno o varios usuarios con uno o varios técnicos utilizando determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover cambios, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos.¹²

Se han encontrado algunas dificultades en la concreción del proyecto que se venía gestando desde tiempo atrás, vinculadas a lo que tiene que ver con los escasos antecedentes en nuestro país y en el resto del mundo. Se debió por tanto, revisar bibliografía y formas de instrumentación en otros lugares con los cuales pudiera establecerse algún punto de comparación con relación al sistema de salud.

Se convocó a reuniones de expertos para recabar la opinión de autoridades en la materia o referentes calificados, el conocimiento de las buenas prácticas basadas en la evidencia, la búsqueda de acuerdo de criterios, la fijación de prioridades y la revisión bibliográfica, lo que posibilitó la elaboración de los documentos preliminares de éste Plan. En ese sentido, también se realizaron coordinaciones estrechas intrainstitucionales (con otros Programas y otros sectores del MSP), interministeriales (Ministerio de Economía y Finanzas) e interinstitucionales (con UDELAR, Federación Uruguaya de Psicoterapia-FUPSI, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay-CPU, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay-SPU y otras).

Si bien pocos son los datos sobre los requerimientos de estas prestaciones, existe la detección, a través de la evidencia constatada por referentes con gran experiencia, por las demandas de servicios realizadas por parte de usuarios y por la percepción de los trabajadores de la salud, de la existencia de la necesidad insatisfecha carente de respuestas universalizadas.

Por ende, se diseñaron las prestaciones que se incluyen en el Plan, con base en las diversas experiencias recabadas, así como de otras existentes tanto a nivel público como privado.

A modo de ejemplo de diversos abordajes psicoterapéuticos podemos citar el Servicio de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, el cual funciona desde hace 23 años, el de la Clínica Pediátrica del Hospital de Niños y otros dentro de la órbita de la Facultad de Medicina y Psicología. Existen también algunas experiencias en modalidad individual y grupal a nivel de los ESM de ASSE, el convenio por el sistema de Asistencia Integral del MSP con la Facultad de Psicología, la atención en Policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IMM) y barriales y escasas experiencias en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y en empresas. La Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) cuenta asimismo con un servicio de aranceles sociales diferenciales.

Es importante destacar que este tipo de prestaciones en nuestro país salvo las citadas anteriormente en las instituciones públicas, requieren de un pago y se han vinculado en forma mayoritaria al ámbito particular, resultando por tanto de baja accesibilidad para la mayoría de la población.

Resultará de gran importancia su implementación y monitoreo permitiendo obtener datos epidemiológicos, siendo estos un insumo de gran relevancia para el país. Permitirán realizar mediciones de impacto así como hacer el seguimiento y adecuación a las nuevas necesidades que pudieren surgir.

Corresponde enfatizar que este plan implica un campo dinámico y por tanto estará sujeto a las renovaciones que fueren necesarias, con el fin de dar respuestas adecuadas y de calidad adaptadas a las posibilidades de cada momento.

FIJACIÓN DE PRIORIDADES

La prevalencia de los trastornos mentales a nivel mundial es muy alta. Estos trastornos contribuyen a la morbilidad, discapacidad y hasta la mortalidad prematura.

Estudios epidemiológicos muestran diferentes tasas de prevalencia, pero se calcula que una de cada cuatro personas padece uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida.

Si se discriminan adultos de niños, en éstos últimos la prevalencia oscila entre el 10 y 15% referida a trastornos que pueden llegar a instalarse en forma permanente, de no tener un abordaje temprano y eficaz.¹³

Pese a esto, existe una brecha significativa entre las necesidades terapéuticas de estas poblaciones y la falta de atención a las mismas; y si nuevamente discriminamos entre adultos, y niños y adolescentes, en estos últimos la brecha es aún mayor. Esto pone de relieve que los servicios de salud no están brindando respuesta adecuada y efectiva a la demanda y que la atención a los

grupos vulnerables o en riesgo con necesidades especiales requiere de una consideración prioritaria.

Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida y muchos de ellos pueden modificarse.

Las terapéuticas en trastornos mentales se equiparan hoy a los mejores niveles de la medicina y están fuertemente comprobadas, lo que justifica su inclusión en las prestaciones.¹⁴

La inclusión de estas prestaciones y modalidades de acción terapéutica dentro del SNIS implica.¹⁵

1. Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia y por otra parte al adulto, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales.
2. Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud.
3. Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables.
4. Actuar sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes.
5. Poner el acento en aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura.
6. Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.

PROPÓSITO

Contribuir a mejorar la situación de salud de la población del país a través de la implementación de nuevas prestaciones en salud mental para el período 2011-2015.

OBJETIVO GENERAL

Realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental correspondiente a todos los efectores integrales del país, a través de la implementación de nuevas prestaciones, a partir de setiembre de 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se describen los objetivos específicos correspondientes a las Etapas de Ejecución (Nuevas Prestaciones) y de Evaluación del Plan.

NUEVAS PRESTACIONES

La población usuaria comprende a los niños, adolescentes y jóvenes y adultos de todos los efectores integrales del país.

Se distinguen tres **MODOS** de abordaje.

Por razones prácticas se describen por separado los objetivos concernientes a jóvenes y adultos por una parte, y a niños y adolescentes por otra.

Se toman como criterio que: la niñez comprende a los menores de 10 años; la adolescencia las franjas etarias de 10 a 14 años inclusive y de 15 a 19; la juventud de 20 a 25 años inclusive y a partir de esta edad los adultos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS, POBLACIÓN OBJETIVO, METAS Y METODOLOGÍA

ADULTOS

Los prestadores integrales deberán asegurar:

En el **MODO 1** la atención en **grupo** con carácter **gratuito** y hasta **16 sesiones anuales** para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención **individual, de pareja, familia o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario y con un **copago preestablecido**.

En el **MODO 3** asegurarán la atención **individual y/o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario, con un **copago menor** al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico 1:

Realizar intervenciones grupales (MODO 1)

Estas intervenciones grupales estarán dirigidas a las siguientes **poblaciones objetivo**:

1. Familiares o referentes afectivos de personas con Uso Problemático de Sustancias (cocaína, pasta base de cocaína).
2. Familiares de usuarios que tengan diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave (F20 o F31 respectivamente según la clasificación CIE 10).¹⁶
3. Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana).
4. Usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año.
5. Personas en situación de violencia doméstica.
6. Docentes de enseñanza primaria que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
7. Docentes de enseñanza secundaria y técnica que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
8. Personal de la salud, que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral.

METAS

Asegurar la **atención grupal del 100% de las poblaciones descriptas en el objetivo 1**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

No se admitirán listas de espera para el cumplimiento de esta prestación.

Orientaciones

- **De los grupos:**

- a) Serán **abiertos** a la entrada y salida de participantes (como excepción y por razones técnicas fundamentadas se aceptarán grupos cerrados).
- b) El **máximo de integrantes será de 15** y estarán a cargo de **dos técnicos coordinadores** (el primer año, período **2011-2012**, se admitirán **grupos con un solo técnico** en caso de razones justificadas).

- **De los mecanismos de acceso:**

- a) Se accederá **libremente o por derivación**.
- b) El coordinador del grupo **entrevistará** al postulante **antes de los 15 días** de efectuada la demanda, pudiendo el usuario comenzar en el grupo antes de realizada la entrevista.
- c) Si el coordinador entendiera que no es pertinente su inclusión en el Modo 1 lo derivará al comité de recepción o según considere.
- d) Estas derivaciones podrán hacerse también al finalizar el número de sesiones estipuladas.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Uno de los coordinadores deberá tener título universitario de Psicólogo o Psiquiatra y contar con experiencia específica documentada en abordajes psicoterapéuticos grupales.
- b) El otro coordinador contará con una formación de grado en Medicina o Psicología y en algunas temáticas se admitirán egresados de otras profesiones tales como Enfermería, Servicio Social y Operadores Terapéuticos.

- **De los usuarios:**

El usuario no podrá ingresar en un nuevo grupo del mismo Modo hasta no terminar su participación en el que ya se encuentra inscripto.

Objetivo Específico 2:

Brindar atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal (MODULO 2)

Estará dirigida a las **poblaciones objetivo** siguientes:

1. Usuarios con IAE.
2. -Usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive y,
-Docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF), docentes de enseñanza secundaria y técnica y trabajadores de la salud.

METAS

Asegurar la **atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal al 100%** de las poblaciones **descriptas en el objetivo 2**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción**.

Solicitada la prestación el usuario **deberá ser recibido por el Comité de Recepción antes de los 30 días**.

Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá **30 días para dar inicio a la prestación**.

Se considerará que a partir de Enero del año 2013 los plazos anteriormente mencionados sean hasta 15 días respectivamente.

En caso de **IAE**, deberá ser recibido por el Comité de Recepción **antes de las 48 horas**. Lo resuelto por este último no considerará el plazo de 30 días, iniciándose la **prestación**, si correspondiera, **sin previo tiempo de espera**.

En el caso de usuarios con **consumo problemático de sustancias** los **tiempos de espera** para la entrevista con el Comité de Recepción y para dar inicio a la prestación **no serán mayores a 1 semana** respectivamente.

Orientaciones

- **De los abordajes psicoterapéuticos:**

- a) Serán **individuales, de pareja, familia o grupales** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Los grupos tendrán un **máximo de 12 integrantes**.

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción por alguna de las vías siguientes:

Iniciativa del usuario.

Derivación desde equipo de salud.

Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1.

- **De los técnicos del Comité de Recepción:**

Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo:

Uno de sus miembros deberá ser Médico Psiquiatra.

Otro ser Licenciado en Psicología o Psicólogo.

Otro podrá ser Licenciado en Trabajo Social.

Todos sus integrantes deberán tener una formación psicoterapéutica documentada (posgrado o similar) y sólida experiencia clínica.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) El 70% deberá ser Médico Psiquiatra, Licenciado en Psicología o Psicólogo, y contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 3 años, y con experiencia en psicoterapia.
- b) Se admitirán hasta un 30% de técnicos con título de Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo y con experiencia en psicoterapia (sin formación específica completa).

- **De los usuarios:**

- a) En caso de abandono deberá esperar un mínimo de seis meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación.
- b) En caso de finalización de un tratamiento, para solicitar nuevamente la utilización de la prestación del mismo Modo, deberá haber transcurrido un plazo mínimo de dos años.
- c) Para los casos de IAE no se consideraran los plazos estipulados en los puntos a y b.

Objetivo Específico 3:

Proporcionar atención individual y/o grupal (MODO 3)

Esta atención psicoterapéutica estará **orientada a la rehabilitación** de las siguientes **poblaciones objetivo**:

1. Usuarios con Consumo Problemático de Sustancias: cocaína, pasta base de cocaína.
2. Usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP). Comprende a portadores de Psicosis Esquizofrénica y Trastorno Bipolar (F20 y F31).

METAS

Asegurar la **atención psicoterapéutica individual o grupal al 100%** de las poblaciones **descriptas en el objetivo 3**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción** (de acuerdo a las características descritas en el Modo 2). Solicitada la prestación el usuario deberá ser recibido por el mismo **antes de los 30 días**.

Luego de realizada la indicación por el Comité, la institución tendrá **30 días** para dar inicio a la prestación.

En el caso de usuarios con **Consumo Problemático de Sustancias**, los tiempos de espera no serán mayores de **1 semana**.

En el caso de **usuarios con TMSP**, los mismos deberán contar con un Médico Psiquiatra de referencia.

Orientaciones

- **De las prestaciones:**
 - a) Serán **individuales y/o grupales** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
 - b) Estarán a cargo de un técnico con formación psicoterapéutica. Podrán incluir otros técnicos con formación específica según lo requieran las orientaciones.

- c) Cada grupo tendrá un máximo de **15 integrantes**.
- d) Las frecuencias se adaptarán de acuerdo a las necesidades de cada plan terapéutico, con un mínimo de una sesión **semanal**.
- e) Se podrá renovar los tratamientos de usuarios que requieran mayor tiempo que el estipulado en este Modo.

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción siguiendo alguna de las siguientes vías:

Por iniciativa del usuario.

Derivación del Equipo de Salud.

Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1 o 2.

- **De los técnicos del Comité de Recepción:**

Según descripción efectuada en Modo 2.

Deberán además evaluar y resolver la renovación de la prestación.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

a) Deberán ser Médico Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo.

b) Contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 3 años y experiencia en psicoterapia.

c) Podrán incluir otros técnicos con formación específica de acuerdo a los requerimientos.

De los usuarios:

En caso de solicitar el reingreso a la prestación luego de abandono, el mismo deberá considerarse por parte del Comité de Recepción.

NIÑOS y ADOLESCENTES

En el **MODO 1** los prestadores integrales asegurarán la **atención en grupo** con carácter **gratuito** y hasta **12 sesiones anuales** para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención **individual, grupal o de familia**, hasta **24 sesiones anuales** para cada usuario y con un **copago preestablecido**.

En el **MODO 3** asegurarán la atención **individual y/o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario, con un **copago menor** al establecido en el nivel 2.

En situaciones de **discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista**, la prestación podrá extenderse a **144 sesiones**.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico 1:

Realizar intervenciones grupales, o grupos talleres (MODO 1)

Estas **intervenciones grupales o grupos talleres** estarán dirigidas a las siguientes **poblaciones objetivo**:

1. Padres (o familiares) con hijos en edad pre-escolar, escolar y adolescente (grupos-talleres de orientación en desarrollo y crianza).
2. Padres (o familiares o referentes afectivos) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista.
3. Adolescentes (Espacios de intercambio).
4. Embarazadas primerizas.
5. Puérperas primerizas y/o pareja parental primeriza.
6. Madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión.
7. Educadores y cuidadores de niños de la primera infancia (Grupos-talleres de orientación).
9. Niños con dificultades en la inserción escolar.
10. Niños con indicación de intervenciones quirúrgicas (psicoprofilaxis quirúrgica).

METAS

Asegurar la atención **grupal** del **100% de las poblaciones correspondientes** del objetivo 1, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

No se admitirán listas de espera para el cumplimiento de esta prestación.

Para madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión y niños que requieran un abordaje de psicoprofilaxis quirúrgica, la prestación podrá brindarse en forma grupal o individual, incluyéndose dispositivos para la atención domiciliaria de ser necesario.

Orientaciones

- **De los grupos:**

- a) Serán **abiertos** a la entrada y salida de participantes (como excepción y por razones técnicas fundamentadas se aceptarán grupos cerrados).
- b) El **máximo de integrantes será de 15** y estarán a cargo de **dos técnicos coordinadores** (el primer año, período **2011-2012**, se admitirán **grupos con un solo técnico** en caso de razones justificadas).

- **De los mecanismos de acceso:**

- a) Se accederá libremente o por derivación de cualquier técnico de la institución.
- b) El **coordinador del grupo entrevistará** al postulante antes de los **15 días** de efectuada la demanda, pudiendo el usuario comenzar en el grupo antes de realizada la entrevista.
- c) Si el coordinador entendiera que no corresponde su inclusión en el Modo 1 lo derivará:
 - al Técnico de la institución pertinente, o
 - al Comité de Recepción (para inclusión en el Modo 2 o Modo 3, de adultos o niños según corresponda).
- d) Estas derivaciones podrán hacerse también al finalizar el número de sesiones estipuladas.

De los técnicos que brindan la prestación:

- a) Al menos uno de los coordinadores deberá contar con título universitario de Psiquiatra o Psicólogo y una formación específica documentada en el trabajo grupal de alguna de las disciplinas de la Salud Mental.
- b) El otro coordinador contará con una formación de grado en Medicina o Psicología y en algunas temáticas se admitirán otros técnicos tales como Licenciados de Enfermería o de Trabajo Social y Operadores Terapéuticos con formación específica en las temáticas en que participen.

De los usuarios:

De necesitar la inclusión a más de un grupo, los coordinadores evaluarán antes del comienzo la pertinencia del ingreso y/o la derivación a otro Modo. En el caso de usuario adulto solo se permitirá la pertenencia a un grupo.

Objetivo Específico 2:

Brindar atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia (MODO 2)

Esta atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia estará dirigida a las **poblaciones objetivo** siguientes:

1. Madres deprimidas en el primer año de vida del niño.
2. Niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje.
3. Niños y adolescentes con problemas situacionales y/o adaptativos: situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración, dificultades de relación con pares, portadores de enfermedades orgánicas crónicas e hijos de personas con enfermedades mentales severas y/o adicciones.
4. Niños que tengan una intervención quirúrgica de alta complejidad.
5. Niños y adolescentes con IAE.

METAS

Asegurar la atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia al **100% de las poblaciones correspondientes** a partir del 1º de setiembre del 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción** y al igual que en el Modo 2 de adultos:

- Recibirá al usuario una vez solicitada la prestación **antes de los 30 días**.
- Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá **30 días para dar inicio** al tratamiento.
- En caso de **IAE**, deberá ser recibido por el Comité de Recepción **antes de las 48 horas**. Lo resuelto por este último no considerará el plazo de 30 días, iniciándose la prestación, si correspondiera, **sin previo tiempo de espera**.

Orientaciones

De los abordajes psicoterapéuticos:

- a) Serán **individuales, grupales o de familia** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Los abordajes individuales estarán a cargo de al menos un técnico con experiencia y formación psicoterapéutica. En los grupales o de familia estarán a cargo de 2 coordinadores.
- c) Funcionarán en lugares y días fijos (en algún caso justificado en el domicilio del paciente).
- d) Cada grupo tendrá un **máximo de 10 integrantes**.
- e) Se propiciará que los técnicos mantengan entrevistas periódicas con padres y educadores.

• **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción por alguna de las siguientes vías:

Iniciativa del usuario.

Derivación del equipo de salud.

Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1.

- **De los técnicos Comité de Recepción:**

- a) Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo:

- Uno de sus miembros debe ser Psiquiatra Pediátrico.

- Otro debe ser Licenciado en Psicología o Psicólogo.

- Otro podrá ser Licenciado en Trabajo Social.

- Al menos uno de sus integrantes debe tener una formación psicoterapéutica documentada (posgrado o similar) y sólida experiencia clínica en niños y adolescentes.

- b) Podrá:

- Indicar la prestación del Modo que considere pertinente.

- Realizar la derivación a equipo de Salud Mental, Psiquiatra, Licenciado en Trabajo Social u otro técnico.

- Derivar a otras formas de tratamientos especializados en niños.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) El 70 % deberá ser Médico Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrico o Licenciado en Psicología o Psicólogo y contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 2 años y con experiencia en psicoterapia.

- b) Se admitirán hasta un 30% de técnicos con título de Grado en Medicina o Licenciado en Psicología, o Psicólogo, o profesional de la salud, u operador terapéutico y con experiencia en psicoterapia.

- **De los usuarios:**

- a) En caso de abandono del tratamiento se deberá esperar un mínimo de tres meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación.

- b) En caso de finalización de un tratamiento, para solicitar nuevamente la utilización de la prestación del mismo Modo, deberá haber transcurrido un plazo mínimo de dos años.

- c) Para los casos de IAE no se consideraran los plazos estipulados en los puntos a y b.

Objetivo Específico 3:

Proporcionar atención psicoterapéutica individual y/o grupal **(MODO 3)**

La atención psicoterapéutica individual y/o grupal que incluirá entrevistas con adultos referentes, tendrá como **población objetivo** a niños y adolescentes con:

1. Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el Modo anterior.
2. Situaciones de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar no resueltas en otros niveles del sistema de salud.
3. Discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista.
4. Consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base de cocaína)
5. Trastornos disruptivos.
6. Trastornos del humor.
7. Trastornos de ansiedad.

METAS

Asegurar el acceso a este modo de prestación al **100% de los usuarios de las poblaciones descritas**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción** (de acuerdo a las características descritas en Metodología Modo 2). Solicitada la prestación el usuario deberá ser recibido por el mismo antes de los **30 días**.

En el caso de usuarios con **Consumo Problemático de Sustancias**, los tiempos de espera para la entrevista con el Comité de Recepción y para dar inicio a la prestación **no serán mayores de 1 semana** respectivamente.

Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá **30 días para dar inicio** a la prestación.

Orientaciones

- **De las prestaciones:**

- a) Serán **individuales y/o grupales** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Estarán a cargo de al menos un técnico con formación psicoterapéutica en niños y adolescentes.
- c) Cada grupo tendrá un **máximo de 10 integrantes**.
- d) Se trabajará con una frecuencia mínima **semanal**. En los casos en que sea necesario tratamientos con varios profesionales, se determinará por la necesidad singular de cada caso.
- e) Se propiciará incluir entrevistas con padres y educadores.
- f) Los usuarios con **dificultades de aprendizaje, discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista** serán atendidos en **equipo interdisciplinario** o con los técnicos que el Comité de Recepción indique (incluye al menos: **fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad, maestra especializada y psicólogo**).

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción siguiendo alguna de las siguientes vías:

Por iniciativa del usuario o persona a cargo.

Derivación de Equipo de Salud Mental.

Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1 o Modo 2.

- **De los técnicos del Comité de Recepción**

Según descripción efectuada en Modo 2.

Deberán además evaluar y resolver la renovación de la prestación.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Deberán ser Médico Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo.
- b) Contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 2 años y experiencia en psicoterapia.
- c) Podrán incluirse técnicos de otras disciplinas que integran el equipo interdisciplinario con formación documentada en el área específica.

- **De los usuarios:**

En caso de abandono se deberá esperar un mínimo de tres meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación.

De tratarse de usuarios con **discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista**, se flexibilizará el cómputo de las inasistencias, primando el criterio de cuánto perjuicio puede ocasionarle la interrupción del tratamiento.

ORIENTACIONES GENÉRICAS

Adultos, Niños y Adolescentes

- **De los abordajes:**
 - a) Funcionarán en lugares y días fijos.
 - b) Tendrán una duración no inferior a los **40 minutos** para los abordajes **individuales** y no menor a los **75 minutos** para los **grupales**.
 - c) Mantendrán en todos los casos la especificidad de su temática.
 - d) Funcionarán con una **frecuencia mínima semanal**.
 - e) Abarcarán un amplio espectro horario comprendiendo fundamentalmente tanto el turno matutino como el vespertino.

- **De los mecanismos de acceso:**
 - a) Se accederá **libremente o por derivación**.
 - b) La prestación estará **a cargo del efector al que pertenece el usuario** que realiza la consulta.
 - c) En el caso de prestaciones en modalidad de pareja o familiar al menos uno de los usuarios consultantes deberá ser socio del efector que da la prestación.
 - d) La institución deberá contar en todos los casos con algún **técnico referente o dispositivo grupal** para atender demandas en caso de IAE **sin tiempo de espera**, haciéndose cargo de las necesidades de contención del usuario, hasta que efectivamente comience la prestación. Lo mismo para los usuarios con uso problemático de sustancias (cocaína y pasta base de cocaína).

- **De los técnicos:**
 - a) En todos los casos los títulos deberán estar debidamente registrados y habilitados por el MSP.
 - b) En un plazo no mayor a 5 años todos los técnicos deberán tener una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervengan.
 - c) Se propiciará que los técnicos que conforman los equipos de trabajo, mantengan reuniones periódicas en lo atinente a las tareas.
 - d) Deberán realizar coordinaciones con otros técnicos que pudieran estar a cargo de la atención de los usuarios especialmente en el área de la Salud Mental.

- **De los usuarios:**

- a) El usuario no podrá ingresar en un nuevo grupo del mismo Modo hasta no terminar su participación en el que ya se encuentra inscripto.
- b) Se podrá solicitar cambio de terapeuta solamente una vez (en caso de atención individual, de pareja o familiar) y el mismo deberá realizarse no más allá de la tercera entrevista.
- c) El usuario se comprometerá a asistir en los días, hora y frecuencia pautada.
- d) En caso de abandono el número de sesiones efectuadas antes del mismo será descontado de la unidad ya que cada tratamiento será considerado en su totalidad como unidad de tiempo. Las entrevistas serán computadas dentro de la unidad de tiempo que implica la prestación.

Para los Modos 2 y 3:

- Tres inasistencias consecutivas o más del 40% de inasistencias a las sesiones pautadas en dos meses (salvo justificación realizada en tiempo y forma) será considerado como abandono y no como finalización del tratamiento.
- La solicitud de reingreso a la prestación luego de abandono, se regirá por los plazos estipulados y deberá considerarse por parte del Comité de Recepción.

Del Comité de Recepción:

El efector podrá conformar uno o varios Comités que efectuará/n la recepción de las demandas indistintamente para los diferentes modos. Así, el usuario que requiera más de una entrevista de recepción, será referido siempre al mismo Comité.

El Comité:

- a) Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo.
- b) Podrá indicar la prestación del Modo o la derivación que considere pertinente.
- c) Deberá evaluar y resolver el reingreso o la renovación de la prestación en los casos correspondientes.
- d) Generará instancias de intercambio, seguimiento y otras vinculadas a la tarea.

ACTIVIDADES

Las Principales Líneas de Acción estarán dirigidas a:

1. Promoción de Salud
2. Prevención Primaria de los Trastornos Mentales
3. Tratamiento de los usuarios con Enfermedad Mental y su Rehabilitación Psicosocial.

Los diferentes campos de acción se encuentran interrelacionados, estando todos regidos por el principio de prevención.

DISPOSICIONES GENERALES

- **De las modalidades de las prestaciones:**

Se propiciará la **diversidad** teórica y técnica en los tres modos, sin perjuicio de ajustes periódicos en disposiciones futuras, que se realizarán en base a la información obtenida y estudios realizados.

De las formas de contratación:

Cada institución podrá brindar las prestaciones de los tres modos utilizando una o más de las siguientes formas:

- a) Con recursos propios.
- b) Complementándose con otros prestadores.
- c) Contratando técnicos en forma individual o equipos técnicos públicos o privados que cumplan con los requisitos.

De la Comunicación y la Difusión:

Los diferentes medios de comunicación que deberá poner el prestador al servicio de los usuarios asegurarán **información fluida y actualizada.**^{17 18 19}

Es esencial que los usuarios estén debidamente **informados sobre las nuevas prestaciones**, de modo que les permita conocer los servicios disponibles, las indicaciones, las formas y los procedimientos a seguir para el acceso, características y fines de las prestaciones.^{20 21}

En cada uno de los locales de atención, el prestador utilizará los **espacios de difusión** ya acordados con la JUNASA y el MSP, tales como carteleras y páginas Web.

Asimismo deberá proporcionar información y recibir sugerencias a través de las **Oficinas de Atención al Usuario.**²²

- **De los Registros y la Información:**

Cada institución:

- Llevará **registro de los usuarios** que participan en los tres modos para las diferentes franjas etarias **y de las actividades** de los **Comités de Recepción**.
- Seguirá los mecanismos pertinentes de documentación en **Historias Clínicas** consignándose por parte de los técnicos involucrados, las diferentes instancias de la prestación.
- En el caso de los **IAE**, se hará **seguimiento los primeros 6 meses**, de acuerdo a pautas establecidas al respecto.
- Enviará la **información que se le solicite** por parte del organismo rector a los efectos de realizar la evaluación permanente de esta prestación. Trimestralmente el Sistema Nacional de Información (SINADI) deberá recibir la **planilla electrónica** correspondiente.
- Facilitará el **monitoreo científico** por parte del **PNSM del MSP**, sin perjuicio de las actividades de evaluación que la propia institución disponga.

Observaciones:

Estas nuevas prestaciones no sustituyen a las existentes ni a los plazos que las regulan.

MONITOREO

Objetivo Específico 1:

Recabar la información para efectuar el monitoreo de las prestaciones.

Objetivo Específico 2:

Implementar el seguimiento continuo de las prestaciones, para asegurar que se están ejecutando de acuerdo a lo planificado y evaluar ajustes pertinentes.

EVALUACIÓN

Los prestadores deberán organizar la forma de **seguimiento, investigación y evaluación interna**, para lo cual deberán contar con los RRHH pertinentes (administrativos, técnicos, profesionales) y con **referentes o consultantes**, para **supervisión, Ateneos y otras** actividades vinculadas.

El prestador presentará al **SINADI trimestralmente, en tiempo y forma la información correspondiente**, de conformidad con las disposiciones vigentes.²³

La misma servirá para el monitoreo y evaluación de las nuevas prestaciones.

Desde el SINADI la **información** será enviada al PNSM, para futuros estudios epidemiológicos.

El MSP podrá realizar **auditorías** cuando lo considere necesario u otra forma de contralor que resulte pertinente.

Asimismo, podrá citar a **reuniones periódicas** programadas con los prestadores integrales, a fin de evaluar conjuntamente el desarrollo de lo planificado, las posibles contingencias, alternativas y propuestas frente a las mismas. De igual modo, se plantearán instancias de **reunión general** con los representantes de todos los actores involucrados, para evaluar la marcha del proyecto, promoviendo la participación de los representantes de usuarios.

Se tendrá especialmente en cuenta la información recabada en el Servicio de Atención al Usuario del MSP y de los diferentes **Servicios de Atención al Usuario** de los efectores. Asimismo **las encuestas de satisfacción** realizadas, como indicador de calidad.

Se utilizarán una serie de **indicadores** para la evaluación de los componentes del programa: indicadores de **estructura** para evaluar los recursos y su desempeño; de **proceso**, para evaluar el funcionamiento y las actividades y de **resultado** en el cumplimiento o no con los objetivos y metas planteadas.

La **valoración del impacto** sobre la población en este tipo de programas se podrá visualizar a más largo plazo.

Los **estudios epidemiológicos** que se podrán realizar a punto de partida de los datos registrados posibilitarán algunas medidas del mismo.

La posibilidad de incorporar otras formas específicas de modalidades de abordajes y la extensión de las prestaciones a más poblaciones quedará supeditada al resultado de las evaluaciones y a futuros estudios de viabilidad y sustentabilidad.

El no cumplimiento de lo programado supondrá la aplicación de sanciones previamente estipuladas en el Contrato de Gestión suscrito entre la JUNASA y cada uno de los Prestadores Integrales.

RECURSOS

HUMANOS

Los recursos para brindar las prestaciones dependerán de las formas de contratación que establezca cada prestador, debiendo actuar de acuerdo con las orientaciones.

El prestador, deberá además disponer de los recursos humanos para la recepción, la administración y la coordinación del servicio.

MATERIALES

Plantas Físicas

Los lugares donde se brinden las prestaciones deberán ser fijos como ya fue explicitado, pero no necesariamente estar ubicados en locales propios del prestador.

FINANCIEROS

Se efectuó el cálculo de costos estimativo con aumento de la cuota FONASA. Se tuvo en cuenta las inferencias realizadas de los promedios con relación a los índices de prevalencia e incidencia, así como de los correspondientes a recursos humanos.

CRONOGRAMA

Se ubica el plan como de instalación en el breve plazo, ya que la Salud Mental se encuentra inscrita dentro de uno de los Programas Prioritarios de este Ministerio.

El mismo se establecerá siguiendo el cronograma fijado.

RESPONSABLES DEL PLAN

- **Responsable político:** Ministro de Salud Pública Ec. Daniel Olesker

Dirección del DPES Dr. Leonel Briozzo
Coordinadora de Área APROPYEN Lic. Pilar González.
- **Coordinador del Plan:** Responsable Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) Lic. Psic. Hebert Tenenbaum.
- **Seguimiento:** Asesora del Ministro Lic. Psic. Mariana Drago.

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN

- **Equipo Técnico:**

Compilación y Redacción: Lic. Psic. Juan M. Trillo, Dra. María J. Piñeiro.

Lic. Psic. Denisse Dogmanas

Lic. Psic. Mariana Villar
- **Economía de la Salud**

Ec. Noemí Katzkowicz

Ec. Gustavo Rak

Ec. Cecilia Parada
- **Directores del PNSM en períodos anteriores:**

Autoría de Documentos básicos del Plan:
Dr. Lizardo Valdez

Otros Documentos preliminares:
Dr. Ángel Ginés
Lic. Renée del Castillo
- **Presidente de la CATP**
Sr. Homero Peyrot

Asistente del PNSM: T. A. Viviana López

EXPERTOS CONSULTADOS y REUNIONES con INTEGRANTES **de:**

Áreas Programáticas y Divisiones del MSP, Dirección de Salud Mental de ASSE, División Salud-Dirección de Ayudas Especiales del Banco de Previsión Social (BPS), Patronato del Psicópata, Centros de Rehabilitación, Centros de Tratamiento de Adictos, Efectores de Salud Mental de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas, Facultad de Psicología, de Medicina y de Enfermería de la UDELAR, Instituciones Científicas y Gremiales (Coordinadora de Psicólogos, Sociedad de Psiquiatría, Federación Uruguaya de Psicoterapia-FUPSI y Otras).

TRABAJOS/DOCUMENTOS PREVIOS

- **Programa Nacional de Salud Mental**, Ministerio de Salud Pública; 1986.
- Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. **Documento Programático: Salud Mental en la emergencia Social y en el nuevo modelo asistencial**. CATP, MSP, OPS; 2005
- Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. **Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia**. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.
- Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. **Grupo de trabajo N° 2: Plan Nacional de Salud Mental, Primer Nivel de Atención; Promoción, Prevención, Asistencia, Rehabilitación**. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Actualización, Noviembre 2009.
- Programa Nacional de Salud Mental. **Niveles de Intervención**
- Valdéz L. **Prestaciones Psicoterapéuticas, “Adultos” y “Niños, Adolescentes y Jóvenes”**, Documentos Base. MSP, PNSM; Setiembre 2010.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ministerio de Salud Pública. Principales Normas en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud [La_ construcción_del_SNIS_WEB. Pdf] p 65 y 106-112. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- ² Ministerio de Salud Pública. Informe Especial: Los Ejes para el Año 2011 [Ejes_de_trabajo_2011.pdf] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- ³ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, “Adultos” y “Niños, Adolescentes y Jóvenes”, Documentos Base. MSP, PNSM; Setiembre 2010.
- ⁴ Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública; 1986.
- ⁵ Ley de Creación del Centro Nacional del Patronato del Psicópata (Ley N° 11.139). Noviembre de 1948.
- ⁶ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Documento Programático: Salud Mental en la emergencia Social y en el nuevo modelo asistencial. CATP, MSP, OPS; 2005.
- ⁷ Piñeiro MJ, Trillo JM. Proyectos de Desarrollo: Instalación de Equipos de Salud Mental Comunitarios (ESMC) y Contratos de Gestión Misurraco y Maracanã Sur. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Mental. Jornada: Intercambio de Experiencias Innovadoras en Salud Mental, IMM; Jul 2009. Uruguay: OPS; 2009. p 11-15
- ⁸ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.
- ⁹ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes. MSP, PNSM; Setiembre 2010.
- ¹⁰ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.
- ¹¹ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes. MSP, PNSM; Setiembre 2010.

¹² Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68(2):99-19.

¹³ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Documento aprobado por el 49º Consejo Directivo: Estrategia y plan de acción sobre salud mental. OPS, OMS; Washington, DC; 28 de Setiembre al 2 de Octubre, 2009. [SALUD_MENTAL_final_web.pdf] URL disponible en: <http://www.paho.org>

¹⁴ Ginés AM. Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el sistema integrado de salud. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69(1):32-41.

¹⁵ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes. MSP, PNSM; Setiembre 2010.

¹⁶ Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10: CDI-10. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana; Junio 2004.

¹⁷ Decreto N° 464 de Contrato de Gestión; Octubre de 2008. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

¹⁸ Ministerio de Salud Pública. Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud; Diciembre de 2010. [Cartilla_de_Derechos%5b1%5d.pdf] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

¹⁹ Ministerio de Salud Pública. Derechos de los usuarios. MSP, JUNASA. [Derechos_de_los_Usuarios_WEB.pdf] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

²⁰ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.

²¹ Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2004;68(2):99-196

²² Decreto N° 464 de Contrato de Gestión; Octubre de 2008. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

²³ Decreto N° 464 de Contrato de Gestión; Octubre de 2008. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

Anexo 2.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
ÁREA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN - ÁREA CICLOS DE VIDA

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

PARA URUGUAY 2011-2015
"UN COMPROMISO CON LA VIDA"

COMISIÓN NACIONAL HONORARIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



Responsables del Diseño del Plan

Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio

Lic. Enf. Pilar González-Coordinadora del Área de Promoción y Prevención en Salud , Ministerio de Salud Pública

Lic. Hebert Tenenbaum- Responsable del Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Lic. Denisse Dogmanas- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Lic. Ana Laura Piñeyro- DDHH- Ministerio de Educación y Cultura

Lic. José Luis García- Ministerio del Interior

Dr. Félix Martínez – Ministerio de Desarrollo Social.

Lic.Susana Quagliata-Facultad de Psicología de la UDELAR, Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Colaboradores

Lic. Juan Trillo- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Dra. María Piñeiro- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Dra Adriana Misa-DPES, Ministerio de Salud Pública

Asistentes

Lic. Gimena Paroli- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

TA Viviana López, Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Índice

Introducción.....	4
Justificación.....	5
Diagnóstico de situación.....	5
Antecedentes del Plan de Prevención de suicidio.....	13
Metodología de elaboración del Plan.....	16
Propósito y meta.....	17
Estrategia.....	18
Eje estratégico 1: Organización de la Atención Integral en Salud Mental.....	19
Eje estratégico 2: Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red.....	21
Eje estratégico 3: Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.....	22
Eje estratégico 4: Formación, Capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.....	23
Eje estratégico 5: Sistema de Información en IAE y Suicidios.....	25
Implementación.....	27
Cronograma de ejecución.....	28
Principales fuentes y Referencias consultadas.....	32

Introducción

El Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Nacional de Salud Mental y dentro de las prioridades previstas para esta administración, se propone entre otras medidas, priorizar la Salud Mental con la creación del “Plan Nacional de Prevención del Suicidio” (2011-2015), para disminuir la incidencia del suicidio en la sociedad uruguaya.

El suicidio es un fenómeno multicausal, que implica el acto de matarse a sí mismo ¹ En él intervienen diversos factores que van desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural. Es así que el suicidio impacta enormemente en el plano individual, familiar y social, a través de varias generaciones.

Este Plan sienta sus bases en la prevención a todo nivel del suicidio, como problema mayor para la salud pública, en el entendido de que es un acto prevenible que implica la participación de todos los sectores de la comunidad, para brindar la ayuda oportuna en el momento justo.

La Organización Mundial de la Salud (1) estima que en el mundo ocurren alrededor de un millón de suicidios cada año, cantidad mayor que la correspondiente a todas las muertes debidas a guerras y homicidios. En cuanto a los intentos de suicidio, estos llegan a ser de 10 a 40 millones por año en todo el mundo.

Uruguay presenta la tasa de mortalidad por suicidio más elevada del continente junto con Cuba (1), observándose a partir del año 1989 un aumento constante y sistemático de la misma, lo que constituye un problema mayor para la salud pública. Sin embargo, esto debe tomarse con cautela, ya que está demostrada la tendencia al subregistro en América Latina(4)

El suicidio presenta características que exigen un abordaje multidisciplinario e inmediato para el desarrollo de acciones preventivas a nivel nacional y que requieren para su planificación e implementación la participación de toda la comunidad. Para llevar adelante el Plan y su adecuada implementación se requiere de los esfuerzos y acciones de diversos sectores sociales con un criterio interdisciplinario e interinstitucional. En este sentido, resultan fundamentales las coordinaciones Inter-institucionales a través de los Ministerios que

1

Etimológicamente proviene del Latin “*sui*” de sí mismo y “*caedere*” matar (Diccionario de la Real Academia Española).

constituyen la “*Comisión Nacional de Prevención del Suicidio*”, tomando como uno de los ejes la promoción y prevención.

Como respuesta a este grave problema de salud pública el presente documento constituye el Primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio(PNPS) para Uruguay.

Justificación

Para el siglo XX, en Uruguay el comportamiento de las tasas anuales de suicidio por 100.000 habitantes se mantuvo casi constante en 10/100.000, incrementándose en las últimas dos décadas. Comprendido el siglo pasado y hasta el año 2007, la tasa promedio fue de 12.54/100.000, configurando el 1.24 % de todas las defunciones.

En el país en el año 2002, coincidiendo con la fuerte crisis económica que atravesó el país, se observó un aumento en el valor de la tasa de suicidio, llegando a un 21.43/100.000, (2).

En cuanto a poblaciones de riesgo, se destacan los grupos comprendidos entre los 15 y 29 años, y los mayores de 65 años. Según el Programa Nacional de Adolescencia y Juventud, 1 de cada 5 muertes entre los 20 y 24 años la causa es el suicidio. Por otra parte, 1 de cada 3 muertes por suicidio ocurre en los grupos de los mayores de 65 años.

Si consideramos su prevalencia según sexo, en nuestro país el suicidio se distribuye en forma desigual, al igual que en la mayoría de los países del mundo. El suicidio consumado es más frecuente en hombres que en mujeres, a diferencia de los intentos, que en su mayoría son realizados por mujeres, aunque esta diferencia tiende a atenuarse hacia edades más avanzadas. Mientras que a nivel internacional, las cifras de suicidios tienden a disminuir después de los 65 años, en nuestro país, ha sucedido lo contrario.

Diagnóstico de situación y línea de base

De acuerdo a los datos nacionales, el número de suicidios registrados en nuestro país entre los años 2004-2009 superan los 500 casos anuales (tabla1, gráfico 1).

Tabla 1- Número de Suicidios en Uruguay 2004-2009

Año	Nº de suicidios
2004	530
2005	503
2006	539
2007	587
2008	539
2009	537

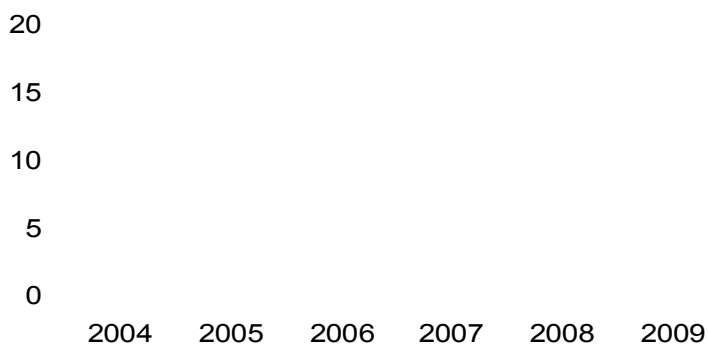
Gráfico 1- Número de suicidios, Uruguay 2004-2009



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010

Las tasas por suicidios cada 100.000 habitantes en los años 2004 a 2009, se muestran en el gráfico 2. La tasa promedio para dicho período es de 17 cada 100.000 habitantes.

Gráfico 2. Tasas de Suicidio (por 100.000 hab.) Uruguay, 2004-2009

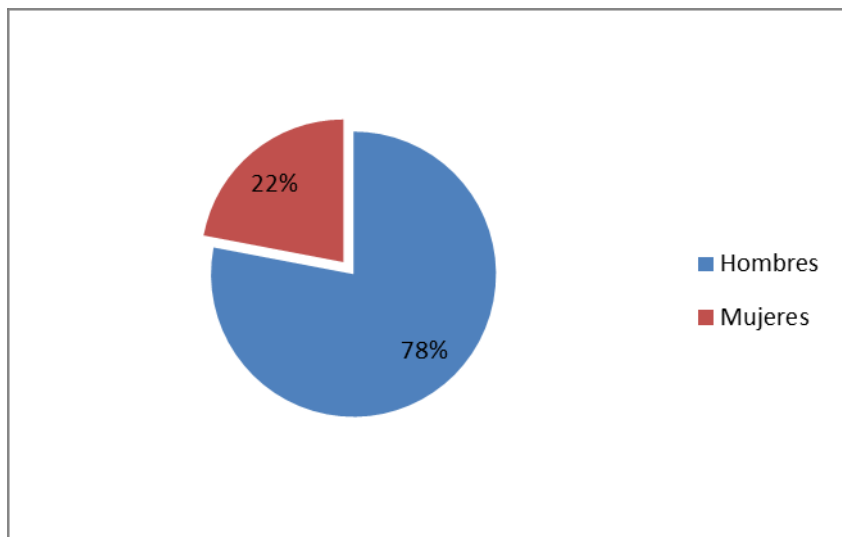


*Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

** Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo año 2004 Uruguay.

Con respecto al sexo, este fenómeno ocurre con mayor frecuencia en los hombres (ver gráfico 3), con una relación hombre/ mujer de 3:1.

Gráfico 3. Distribución por Sexo años 2004-2009

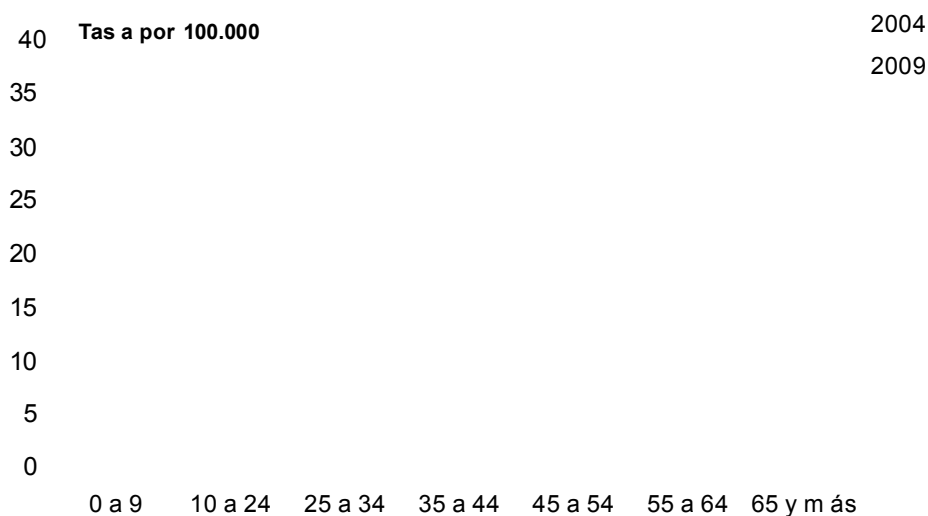


Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

** Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo año 2004 Uruguay.

En cuanto a los suicidios según la edad, la tasa va en aumento a medida que aumenta la edad de los grupos, siendo la tasa más alta la de y adultos mayores(33 ,7 cada 100.000 habitantes), durante el año 2009 (gráfico 4).

Gráfico 4. Tasas de suicidio según grupos de edad, Uruguay 2004 – 2009,



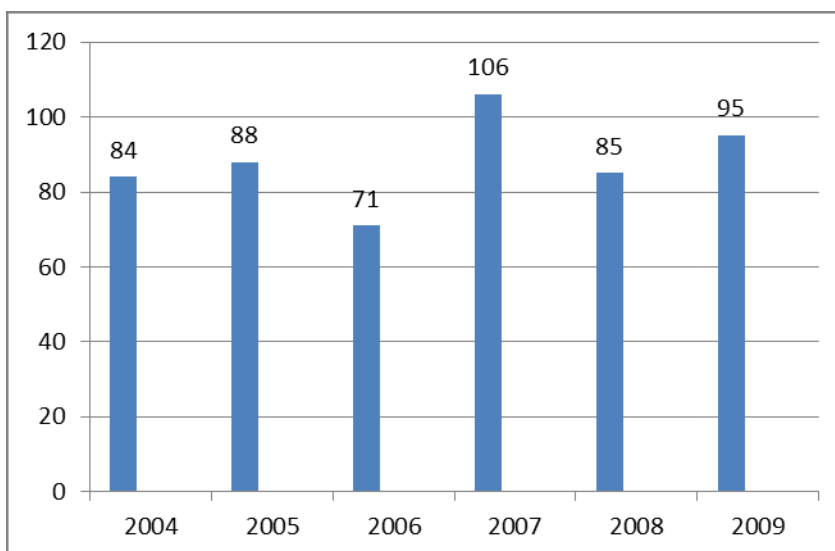
Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

** Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo año 2004 Uruguay.

Pero además en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años , la tasa alcanzó un valor de 11 cada 100.000 habitantes en los años 2004-2009, siendo el promedio anual de 88 casos (gráfico 5).

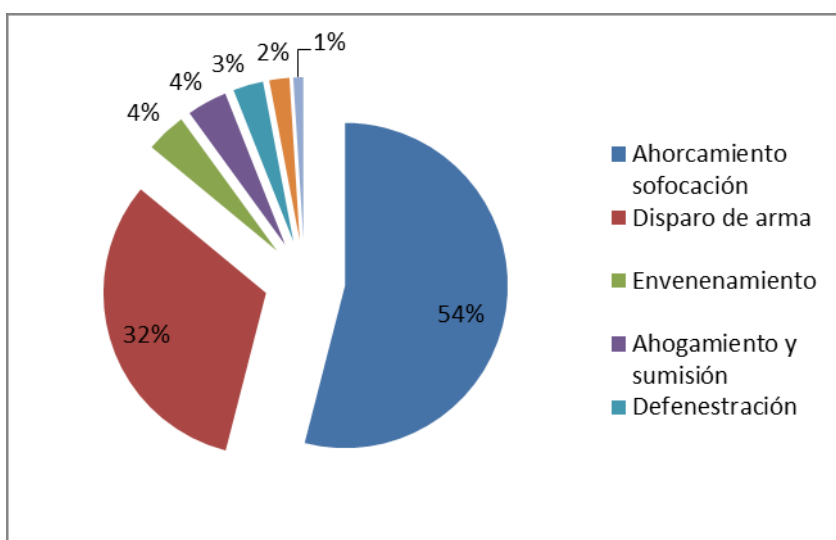
Gráfico 5. Suicidio en adolescentes y jóvenes (10 a 24 años)

Uruguay 2004-2009



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

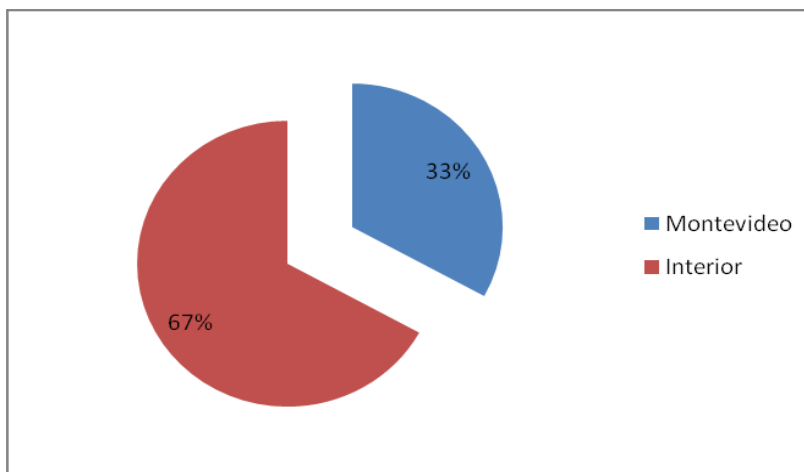
Los métodos de suicidio más frecuentemente utilizados son en primer lugar el ahorcamiento con un 54% y en segundo lugar disparo de arma con un 32% (gráfico 6).



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

En cuanto a la distribución geográfica, los suicidios representan el doble en el interior del país con respecto a la capital, con un porcentaje promedio de 67 % y 33% respectivamente en los años 2004-2009 (gráfico 7).

Gráfico 7. Suicidios según distribución geográfica, Uruguay 2004-2009



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

**Gráfico 8 -Comparativo del número de suicidios Montevideo-interior
Años 2004-2009**



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

Con respecto a la distribución por departamentos, (Tabla 2 y gráfico 9), los departamentos con una tasa de suicidio por encima de 17 cada 100.000 habitantes (tasa promedio para el país)en el período 2004-2009 son: Rocha en primer lugar con 31,4 por 100.000 , seguido de Flores con 26,6, y de Treinta y Tres con 24,9 por 100.000 .

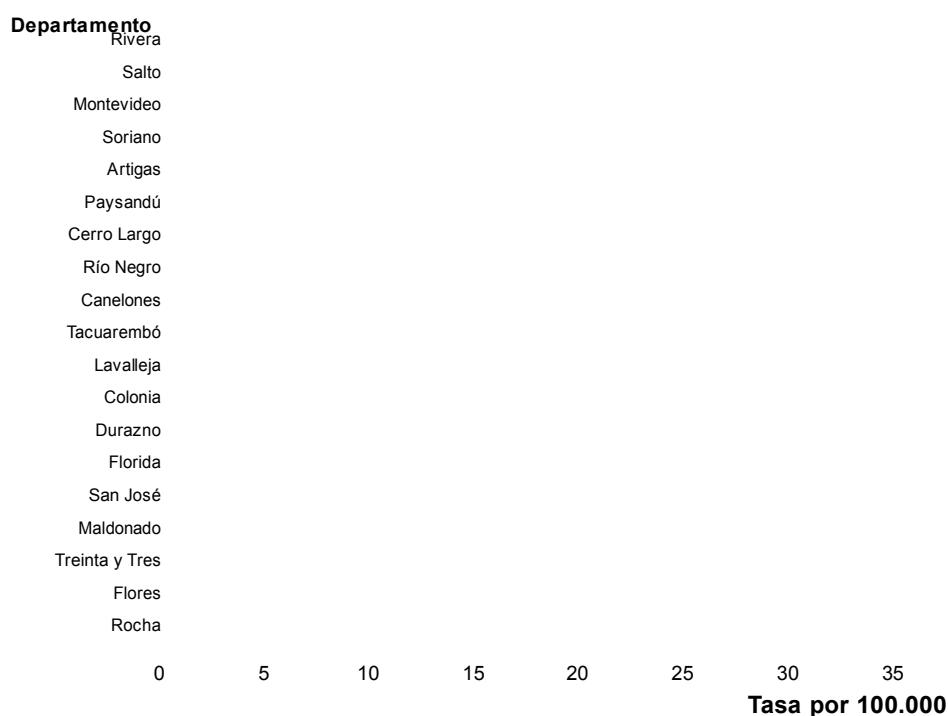
Tabla 2. Promedio y tasa anual de suicidios por Departamento en 2004-2009

		Promedio anual de	
Departamento	Población*		Tasa cada
Rocha	70633	22,2	31,4
Flores	25608	6,8	26,6
Treinta y Tres	49777	12,4	24,9
Maldonado	147418	34,8	23,6
San José	107661	23,8	22,1
Florida	69981	15,4	22,0
Durazno	60939	12,2	20,0
Colonia	120878	23,8	19,7
Lavalleja	61891	11,6	18,7
Tacuarembó	94634	16,6	17,5
Canelones	509194	88,6	17,4
Río Negro	55664	9,4	16,9
Cerro Largo	89392	14,4	16,1
Paysandú	115644	18,4	15,9
Artigas	79320	12,6	15,9
Soriano	87096	12,4	14,2
Montevideo	1342811	177,2	13,2
Salto	126779	15,4	12,1
Rivera	109291	9,8	9,1

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística del Uruguay. Uruguay en cifras

Las tasas de suicidio más bajas se encuentran en: Montevideo (13,2 por 100.000), Salto (12,1 por 100.000) y Rivera (9,1 por 100.000).

Gráfico 9. Tasa anual de suicidios entre 2004-2009 por Departamento



Según datos aportados por el Ministerio de Salud Pública, en el año 2010, las cifras se mantuvieron similares a las del 2009 respecto a: número total de suicidios (539), franjas etarias y los métodos principales utilizados.

En cuanto a la distribución por Departamento, los suicidios continúan representando el doble en el interior del país con respecto a la capital, con 65 % y 35% respectivamente. En el año 2010 Lavalleja obtuvo la tasa más alta de suicidios del país, con 21 suicidios correspondiendo a una tasa de 34 cada 100.000 habitantes. En cuanto a Rocha, que presentó la tasa más alta en años anteriores, ocupa el segundo lugar en el año 2010, con una tasa de 28 cada 100.000 habitantes. Pese a esto es necesario considerar que los datos pueden variar de un año a otro por diversos factores entre ellos el azar, por este motivo es necesario observar los siguientes años y ver si esto se convierte en una tendencia.

Según una revisión internacional de la OMS (4) los principales factores de riesgo son:

- Enfermedades mentales (sobre todo depresión, alcoholismo y esquizofrenia)
 - Intentos previos de suicidio
 - Pertenecer al género masculino
- Enfermedades físicas, sobre todo las crónicas, discapacitantes, dolorosas e incurables.
 - Baja tolerancia a la frustración sumado a alta impulsividad.

Menos estudiados y conocidos que los factores de riesgo, son los factores de protección, entre los cuales se destaca la presencia de una buena y efectiva red de apoyo social, que puede ser estimulada cuando existe:

- Buena organización familiar
- Buena integración social (participación en grupos religiosos, deportivos, de servicios y otros)
- Buenas relaciones con los compañeros del trabajo, maestros y otras personas significativas (4).

Otros importantes factores de protección que ayudan a superar crisis y situaciones difíciles, y por lo tanto juegan un papel relevante en la prevención, según esta misma revisión, se relacionan con poseer buenas aptitudes sociales y cognitivas, capacidad para identificar los propios estados emocionales y disposición a buscar ayuda cuando se la necesita, entre otros.

En el Cuadro 2 se presentan aquellas poblaciones y grupos que han demostrado ser de mayor riesgo.

Cuadro 2. Poblaciones y grupos de riesgo

Por características sociodemográficas	Por características clínicas
Varones jóvenes Hombres mayores (+75 años) Personas divorciadas, separadas o viudas Personas socialmente aisladas Agricultores Poblaciones indígenas Prisioneros Personas bajo intensos y rápidos cambios sociales Personas bajo intenso estrés Personas fuera del mercado de trabajo	• Personas con enfermedades mentales (actuales o pasadas) • Personas recientemente ingresadas o de alta en el hospital psiquiátrico con síntomas depresivos, psicóticos o ideas suicidas • Personas con depresión • Alcohólicos y usuarios de drogas • Personas que ya hicieron un intento de suicidio. • Familiares de personas que se suicidaron. • Personas con enfermedades físicas graves y/o crónicas

incurables (cáncer, HIV/SIDA, epilepsia)

Extraído de: Bertolete JM. Prevención y control de la conducta suicida. En Rodríguez, J. (Ed) Salud mental en la comunidad Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

Antecedentes del Plan Nacional de Prevención de Suicidio

1.El trabajo desde el Programa Nacional de Salud Mental del MSP

El Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública ha trabajado en esta temática, realizado diversas actividades de formación, promoción de salud mental y prevención, vinculada a la Prevención del Suicidio. Algunas de las actividades más relevantes realizadas en el último período han sido en el año 2006 el grupo de trabajo: “Violencia y muerte violenta”, de la Comisión Asesora Técnica del PNSM, elaboró el documento “Pautas y recomendaciones en relación a las conductas suicidas” (5).

Posteriormente, en el año 2008, se elaboró el documento “Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas” (6). Este documento fue ampliamente difundido en diversas actividades y distribuido en servicios de salud públicos, privados, ONG's, del país. Se han llevado a cabo talleres de capacitación al cuerpo de bomberos y la policía utilizando la Guía.

En el año 2009 se brindó apoyo en la organización del Taller Subregional sobre Prevención y Control de la Conducta Suicida que tuvo lugar en la ciudad de Montevideo y fue organizado por la Representación en Uruguay de la Organización Panamericana de la Salud. Durante el mismo se reunieron diversos especialistas nacionales y extranjeros, con el fin de intercambiar información y experiencias en prevención y discutir líneas de acción para reducir la mortalidad por suicidio.

Anualmente se organizaron diversas actividades de capacitación y sensibilización el 17 de julio, Día Nacional de Prevención del Suicidio, de acuerdo a lo establecido en la Ley 18.097.

Se ha brindado información responsable sobre la temática a la prensa y a la población en general, a través de diversos medios de comunicación más intensamente en los días previos y posteriores al Día Nacional de Prevención del Suicidio.

En el año 2010, el PNSM elaboró el Documento líneas estratégicas para la prevención del suicidio (7), y convocó a la Cátedra de Psiquiatría y la Cátedra de Medicina Comunitaria de la Facultad de

Medicina, la Facultad de Psicología (UdelaR), la Facultad de Enfermería y la CATP para realizar actividades de capacitación en el marco del Día Nacional de Prevención del Suicidio.

II. La Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio

En el año 2004 se crea La Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (consumados e intentos) por el Decreto N° 378/004. Según se establece, la misma funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, presidida por un representante de dicho Ministerio y por delegados del Ministerio de Educación y Cultura, y del Ministerio del Interior.

Según se establece en el Decreto La Comisión Nacional referida, tiene por cometido:

- 1. Diseñar, facilitar, supervisar y evaluar la implementación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio.*
- 2. Coordinar y articular las acciones requeridas para lo cual podrá constituir diferentes sub-comisiones o grupos de trabajo, que faciliten la sistematización de los procesos, estrategias y prácticas, que tengan en cuenta los diversos aspectos a ser considerados como el área geográfica, género, grupo etario, factor socioeconómico y otras variables, de modo que el programa diseñado brinde una cobertura equitativa y eficiente.*
- 3. Gestionar apoyos de otros Organismos Nacionales y/o Internacionales para optimizar el cumplimiento de sus cometidos, de acuerdo a lo que determine el Ministerio de Salud Pública.*
- 4. Establecer mecanismos que garanticen la participación y el compromiso de la comunidad.*

En el año 2009 a instancias del PNSM del MSP se conforma dicha Comisión con un delegado del MSP, un delegado del Ministerio de Educación y Cultura, un delegado del Ministerio del Interior y un asesor legal del MSP. En este período, se comienza a diseñar el Plan, a coordinar acciones y establecer mecanismos de participación de diversos actores involucrados.

En el año 2010 se solicita la inclusión del MIDES, en el entendido de que constituye un actor fundamental en el trabajo en la temática y que dicho organismo no existía cuando se redactó el Decreto que creó la Comisión.

El Plan Nacional de Prevención de Suicidio Uruguay (PNPS) se constituye en el año 2010 en uno de los Planes Quinquenales prioritarios

del Departamento de Programación Estratégica en Salud(DPES), Área de Promoción de la Salud y Prevención del MSP.

En el año 2011, se propone diseñar e implementar las primeras acciones previstas en este Plan.

En el ámbito académico nacional, y a nivel de la Universidad, se han realizado diversas investigaciones, capacitaciones e intervenciones en las diferentes disciplinas en el Área de la Salud que marcan el foco de atención en la temática.

Desde las organizaciones de la sociedad civil hay suficiente experiencia acumulada para el abordaje y atención al suicidio. Desde las instituciones sanitarias se han comenzado a organizar dispositivos tendientes a dar respuesta oportuna

Metodología de elaboración del plan:

El Plan se elaboró en un proceso de construcción colectivo, participativo contando con el aporte de varios actores en los diferentes momentos que a continuación se detallan:

- Diagnóstico de situación nacional sobre el suicidio en Uruguay a partir de fuentes primarias (Unidad de Información Poblacional del MSP; Ministerio Interior, INE; Investigaciones nacionales y Procesos de intercambios con actores claves de la academia, y ONG's)
- Revisión de experiencias nacionales e internacionales en relación a estrategias de prevención del suicidio, así como revisión de planes nacionales de prevención del suicidio de otros países .
- Consultoría con experto de OPS –OMS, Dr. Jorge Rodríguez Asesor principal de Salud Mental de la OPS-OMS.
- Tres encuentros para el intercambio y validación del primer borrador del plan nacional de prevención del suicidio:
 - con actores claves y expertos en la temática de la Universidad; movimiento de usuarios ;ASSE Salud Mental; ONGs .
 - con Programas del DPES/MSP
 - con Directores Departamentales de Salud

Propósito del plan

Contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud mental de toda la población uruguaya a nivel país, teniendo en cuenta las particularidades territoriales.

Meta

Reducir la mortalidad por Suicidio en un 10% para el período 2011-2020.

Estrategia

Se pretende dar continuidad, sistematización y profundización a las acciones que se vienen implementando desde el Estado, así como desde las ONG's y el conjunto de la sociedad.

La estrategia busca ser integral, incluyendo un trabajo Interministerial Interinstitucional, Inter-programático y sujeto a evaluación continua.

El trabajo Interministerial incluye: La Comisión Nacional de Prevención del Suicidio conformada por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Desarrollo Social.

A nivel Interinstitucional se prevé trabajar junto a ASSE, el sector mutual de todo el país, la Universidad, las ONG's y a otros sectores de la sociedad civil.

En relación al trabajo Inter-programático dentro del MSP, con el Área Ciclos de Vida (adolescencia, adulto, adulto mayor, entre otros), el Programa de Salud Rural, y se prevé la articulación con Programas de otros Ministerios.

Esto permitirá un abordaje integral, impulsado desde el gobierno a través del diseño de políticas públicas relacionadas con la temática.

El presente Plan contiene una estrategia general que abarca a toda la población del país, y propone la construcción de acciones específicas para las poblaciones de riesgo identificadas: niños, adolescentes y jóvenes, adultos mayores, adultos hombres, interior del país y policías.

EJES ESTRATEGICOS/COMPONENTES DEL PLAN

1. Organización de la Atención Integral en Salud Mental
2. Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red
3. Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.
4. Formación, Capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.
5. Desarrollo e implementación del Sistema nacional de Información en IAE y Suicidios.

EJE 1: Organización de la Atención Integral en Salud Mental

El Tratamiento de las enfermedades mentales es una de las acciones que siguiendo a la OMS han demostrado en diversos países, mayor eficacia para la prevención del suicidio. Enfermedades frecuentes como la depresión y el alcoholismo, y en menor grado la esquizofrenia, están asociadas a comportamientos suicidas. Ha demostrado ser efectiva la identificación temprana de los trastornos y su manejo adecuado (4).

Según una revisión sistemática (8) que examinó la evidencia sobre la efectividad de intervenciones específicas en prevención de suicidio, las enfermedades psiquiátricas son el factor que más contribuye, teniendo más de un 90% de las personas que se suicidaron una enfermedad psiquiátrica según el DSM IV. El 60 % de los suicidios están asociados a trastornos del humor, principalmente depresión mayor y trastorno bipolar, otros factores que contribuyen son el abuso de drogas y alcohol, entre otros.

Otras de las medidas que han demostrado mayor efectividad es el seguimiento de las personas que han intentado el suicidio. La OMS generó evidencia por medio de un proyecto multicéntrico llevado a cabo en ocho países en todos los continentes, que la atención continuada a personas que intentaron suicidarse puede disminuir significativamente la mortalidad de ese grupo, además de tener un efecto importante sobre la aparición de futuros intentos(5).

Objetivos Específicos

- Diseñar un manual para la organización de la atención a los Intentos de Autoeliminación (IAE) en una red de cuidados, de trabajo en equipos interdisciplinarios que asegure una atención integral a las personas y su núcleo familiar, definiendo rutas de acciones regionales, departamentales, locales para operacionalizar la referencia y contra-referencia.
- Ampliar la cobertura de las prestaciones de Salud Mental a las personas con IAE, incluyendo al grupo familiar y al entorno inmediato
- Crear un marco regulatorio para la atención en los IAE y familiares en todos los niveles de atención del SNIS.

Actividades.

- 1.1 Elaborar un manual para la organización de la atención de los IAE en red ,interdisciplinario, que asegure una atención integral a las personas con IAE y su núcleo familiar , definiendo rutas de acción regionales, departamentales, locales, para operacionalizar la referencia y contra-referencia.
- 1.2 Construir estrategias específicas de abordaje para las poblaciones de riesgo identificadas: niños, adolescentes y jóvenes, adultos hombres, adultos mayores, población rural, policías.
- 1.3 Incluir en el Plan de Prestaciones de Salud Mental (PPSM), a ser implementado en setiembre de 2011, la atención a las personas con IAE y sus familiares.
- 1.4 Elaborar un Decreto que regule la obligatoriedad de la atención de los usuarios con IAE, el registro y comunicación de estos episodios, el seguimiento y prestaciones incluidas en la atención en todo el SNIS.
- 1.5 Crear protocolos de organización de la atención y seguimiento de IAE y familiares, en los diferentes niveles de atención (Puestos Rurales, Policlínicas , Centros de Salud , Servicios de Urgencia y Emergencia, entre otros).
- 1.6 Estructurar y organizar un servicio de atención telefónica durante las 24 horas, para la captación, contención y orientación en esta problemática.

Indicadores de Evaluación

- a) N° de prestadores del SNIS que cumplen con todas las prestaciones establecidas por el PPSM para los IAE y sus familiares / N° total de prestadores del SNIS x 100. Fuente: SINADI, MSP
- b) N° Departamentos del país que cuentan con rutas de Referencia y Contra-Referencia, establecidas y difundidas/Total de Departamentos del país x 100. Fuente: DDS, DIGESNIS
- c) N° de Servicios de Salud del SNIS con establecimiento de rutas y flujograma de los usuarios con IAE y familiares para la referencia y contra-referencia/Total de servicios de Salud del SNIS x 100. Fuente: DIGESA;DDS, MSP

d) N° de Servicios con utilización de guías y protocolos de atención de personas con IAE/ N° total de Servicios del SNIS x100. Fuente: DDS, MSP

e) Línea telefónica 24 horas, instalada y en funcionamiento. Fuente: MSP

Productos

- a) Manual de organización para la atención de los IAE elaborado (que integre todos los niveles de atención).
- b) Publicación de Protocolos de atención y seguimiento de IAE y familiares, en los diferentes niveles de atención
- c) Documento con mapa de rutas y flujograma de los usuarios con IAE y familiares para la referencia y contra-referencia en los servicios de Salud del SNIS
- d) Decreto elaborado
- e) Línea telefónica de apoyo , orientación y contención funcionando

EJE 2: Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red

Objetivos Específicos

Fortalecer e impulsar el trabajo de redes sociales, interinstitucionales e intersectoriales que favorezcan el abordaje integral a la problemática del suicidio.

Actividades

- 2.1 Identificar los recursos y estrategias comunitarias para el abordaje de estas problemáticas a nivel comunitario.
- 2.2 Constituir la primer red nacional de prevención del suicidio, identificando referentes locales.
- 2.3 Elaborar una guía de recursos comunitarios para la prevención del suicidio por regiones en el país.

Indicadores

- a) Red nacional de prevención del suicidio creada y funcionando. Fuente: DIGESA; DDS, MSP
- b) N° de servicios que utilizan y cuentan con guías de recursos comunitarios/N° total de servicios del SNIS x100.Fuente :DDS,DIGESNIS,MSP

Productos

- a) Documento con el plan de acción de la red y datos de los referentes a nivel nacional
- b) Publicación de guía de recursos comunitarios para la prevención del suicidio

EJE 3: Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.

Objetivos Específicos

- Sensibilizar a la comunidad sobre la promoción de salud mental, la consulta oportuna y la no estigmatización de los trastornos mentales
- Promover agentes multiplicadores para la promoción de la salud mental la prevención y prevención del suicidio
- Impulsar la incorporación de programas de promoción y prevención de la salud mental en el ámbito educativo, policías, Adultos mayores.

Actividades

3.1 Diseñar una estrategia comunicacional para la sensibilización y el abordaje responsable de esta temática a nivel de usuarios, familias, comunidad y medios masivos de comunicación.

3.2 Asesorar en Programas de Capacitación con especial énfasis en el conocimiento de los factores de riesgo y señales de alarma, promoviendo agentes multiplicadores, para mejorar la prevención y promoción en los siguientes sectores:

- Educativo formal e informal que incluya contenidos tales como: fortalecimiento de la autoestima, manejo adecuado de los conflictos, desarrollo de habilidades para la vida
- Agentes socio-comunitarios
- Medios masivos de comunicación
- Policías y Bomberos

Adultos mayores en Programas del BPS.

3.3 Implementar al menos un Programa de alcance nacional de Promoción y Prevención de la Salud en el ámbito escolar y liceal, focalizado en habilidades para la vida, impulsando el fortalecimiento de los factores

protectores psicosociales y la autoestima.

3.4 Realización de campañas permanentes sobre promoción de salud mental, consulta oportuna y no discriminación y estigmatización de los trastornos mentales.

Indicadores de evaluación

- a) Número de folletos y otros materiales impresos para la sensibilización sobre esta problemática, consulta oportuna y promoción de la salud mental. Fuente: Depto de Comunicaciones del MSP
- b) Número de avisos publicitarios realizados en medios masivo de comunicación sobre la prevención del suicidio. Depto de Comunicaciones del MSP
- c) Número de asesorías realizadas a programas de capacitación en población objetivo/ N° total de población objetivo .Fuente: DIGESA-DPES-PNSM-Comisión Nacional de Prevención del Suicidio-
- d) Programa de Promoción y Prevención de la Salud en el ámbito escolar implementado. Fuente: DIGESA-DPES-PNSM-MEC- Comisión Nacional de Prevención del Suicidio

Productos

- a) Folletos elaborados con las temáticas alusivas a promoción de la salud mental y prevención del suicidio para la sensibilización sobre esta problemática, consulta oportuna y promoción de la salud mental para la prevención del suicidio.
- b) Documento con Programa de Promoción y Prevención de la Salud para el ámbito escolar, para Liceos, Policías y adultos mayores.

EJE 4: Formación, Capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.

Numerosos estudios efectuados en distintos países han demostrado que la mayoría de las personas que se suicidaron habían sido atendidas por un médico en el mes que antecedió a su muerte(4). Según una revisión sistemática(8) más de un 83 % de los suicidios habían tenido contacto con un médico de atención primaria dentro del año de su muerte y más de un 66% dentro del mes. Observaron que no siempre el paciente expresó sus intenciones suicidas, o el médico pudo identificarla. A pesar de que los médicos están en una posición privilegiada para identificar y reducir los riesgos suicidas, en general, si no lo hacen es porque no han sido formados para eso(4).

Por lo tanto, una estrategia clave en la prevención es mejorar la capacitación en

el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en general y en la ideación y la conducta suicida en particular, por parte de los profesionales del primer nivel de atención en salud y de los sistemas de urgencias y emergencias.

Objetivos

Mejorar la formación de los recursos humanos en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con riesgo suicida.

Actividades

4.1 Gestionar el diseño e implementación de un Programa de Formación permanente en coordinación con el Área de Salud de la UDELAR.

4.2 Desarrollar un módulo de capacitación específico interdisciplinario para capacitar a todos los recursos humanos que trabajan en el primer nivel de atención, sistema de urgencia y emergencia y en el ámbito hospitalario.

4.3 Promover la inclusión de capacitación específica de prevención del suicidio en la Meta Asistencial 2 del M.S.P., como tema obligatorio.

4.4 Gestionar la inclusión de la temática de suicidio en la currícula de Grado y Pos Grado de las disciplinas afines que integran el área salud en la formación universitaria.

4.5 Promover la formación a través del intercambio, asesorías y/o pasantías de la Comisión Nacional de Prevención de Suicidio y referentes en la temática.

Indicadores

a) Número de programas de formación permanente en la temática específica desarrollados por el área de Salud de la UDELAR. Fuente: Comisión Sectorial de Educación Permanente de la UDELAR.

b) Número de recursos humanos del primer nivel de atención que realizaron curso de capacitación en prevención de suicidio/Número de recursos humanos del primer nivel de atención del SNIS x 100. Fuente: DIGESNIS-MSP

c) Número de recursos humanos de urgencias y emergencias que realizaron curso de capacitación en prevención de suicidio/Número total de recursos humanos del urgencias y emergencias del SNIS x 100. Fuente: DIGESNIS-MSP

d) Módulo de capacitación específica de prevención del suicidio en la Meta Asistencial 2 del M.S.P. incluida-Fuente: DISEGNIS-MSP

e) Número de reuniones realizadas con Universidades para la inclusión

de la temática de suicidio en la currícula de Grado y Pos Grado. Fuente: CNPS

Productos

- a) Informe sobre gestión para el diseño e implementación de un Programa de Formación permanente en coordinación con el Área de Salud de la UDELAR.
- b) Documento con programas de cursos de capacitación realizados
- c) Informe sobre reuniones realizadas con Universidades para la inclusión de la temática de suicidio en la currícula

EJE 5: Desarrollo e implementación del Sistema nacional de Información en IAE y Suicidio

Objetivos

- Mejorar la información nacional en IAE y suicidios, instalando un Sistema Nacional de Registro obligatorio para el monitoreo y vigilancia.
- Generar evidencia sobre la efectividad de las estrategias de prevención del suicidio implementadas

Actividades

- 5.1 Crear un sistema nacional de información en IAE y suicidios geo-referenciado de manera gradual con instalación definitiva para el año 2015
- 5.2 Establecer mecanismos de coordinación entre DIGESA/MSP con el Observatorio de Violencia y criminalidad del Ministerio del Interior.
- 5.3 Diseñar e Implementar la Ficha de registro obligatorio del IAE (FRO-IAE) para el monitoreo y evaluación epidemiológica.
- 5.4 Capacitar a los equipos de salud en la utilización de la FRO-IAE
- 5.5 Fomentar la investigación científica en Suicidios y conductas suicidas con énfasis en la efectividad de las estrategias de prevención del suicidio implementadas

Indicadores

- a) Sistema nacional de información en IAE y suicidios instalado y funcionando. Fuente: DIGESA(MSP), CNPS, Ministerio del Interior.
- b) Número de Fichas de registro obligatorio del IAE utilizada por los servicios desagregado por edad, procedencia y prestador de Salud/ N° de prestadores del SNIS x 100
- c) Número de personas que realizaron los cursos de capacitación la FRO-IAE en cada efector de salud /total de trabajadores de la salud del efector
- d) Número de investigaciones anuales realizadas en la temática en el país

Productos

- a) Base de datos en IAE y suicidios disponible
- b) Documento con acuerdo marco de trabajo conjunto entre DIGESA/MSP y el Observatorio de Violencia y criminalidad del Ministerio del Interior
- c) Documento con la Ficha de registro obligatorio del IAE
- d) Informes con resultados de investigaciones en IAE y suicidios

Implementación

La Comisión Nacional de PNPSU será la responsable de articular, supervisar, evaluar y monitorear el plan.

Para desarrollar las actividades previstas se conformarán grupos de trabajo que funcionarán bajo la órbita de la Comisión. Los sub-grupos de trabajo tendrán la integración de diversas disciplinas e instituciones: Universidad, ONGs especializadas, sociedades científicas y profesionales, familiares, usuarios, prestadores, entre otros y trabajarán sobre:

1. Capacitación y sensibilización

Grupo a cargo del diseño, la planificación y el desarrollo de actividades de capacitación a diversos sectores, sensibilización y educación en salud mental.

2. Monitoreo y evaluación

Grupo a cargo del diseño del registro, transmisión y procesamiento de datos, coordinación de actividades de investigación en la temática, desarrollo de investigaciones y coordinación con otras investigaciones en curso.

El PNSM estará a cargo de lo referente al seguimiento de la implementación de las prestaciones en SM para personas con IAE y familiares, para la cual se utilizarían los mismos procedimientos que para las demás prestaciones.

**CRONOGRAMA DE
EJECUCIÓN AÑO 2011**

Actividad	Julio	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Presentación del PNPS						
Difusión del PNPS						
Acto conmemorativo por el Día Nacional de Prev Suicidio (17 de julio)						
Actividades de 2 sub-grupos de trabajo						
Eje1: Inclusión de Prestaciones de Salud Mental en el SNIS						
Eje 2: Constituir la primer red nacional de prevención del suicidio						
Eje 3:Sensibilización y Capacitación						
Eje 4: 1ª Jornada de capacitación en detección e intervención en ideación suicida para equipos del Primer nivel de atención						
Eje 5: Monitoreo de datos y seguimiento del PNPS						
Eje 5: Validación de ficha de registro del IAE(FRO-IAE)						
Eje 5: Prueba piloto de FRO-IAE						
Eje 5: Gestión para el desarrollo de nuevas						

investigaciones						
-----------------	--	--	--	--	--	--

AÑO 2012

Actividad	1º semestre	2º semestre
Eje 1: Elaboración y validación del Manual de organización de atención y seguimiento		
Eje 1: Publicación y difusión del manual		
Eje 1: Elaboración del Decreto para registro y seguimiento obligatorio de IAE		
Eje 1: Elaboración de protocolos de organización de la atención y seguimiento de IAE y familiares		
Eje 2: 1ª Jornada de capacitación en detección e intervención en ideación suicida para personal de emergencia/urgencia		
Eje2: curso de capacitación para personal policial para la detección ,abordaje y derivación de personal con ideación suicida.		
Eje 5: Implementación de ficha de registro de		

IAE(FRO-IAE)		
Eje 5: Monitoreo de datos. Comienzo de la estructuración del sistema de Información en IAE – Geo-referenciado		
Eje 5: Evaluación , seguimiento y monitoreo del PNPS		

AÑO 2013

Actividad	1º semestre	2º semestre
Eje 1: Actividades de Capacitación y difusión de los protocolos de atención y seguimiento de IAE y familiares		
Eje 1: Estructurar un servicio de atención telefónica 24 horas Difusión del servicio de atención		
Eje2: Elaborar una guía de recursos comunitarios por regiones		
Eje 3:Diseño de la campaña comunicacional para la prevención del suicidio alcance		

nacional		
Eje 4: Gestionar con UDELAR curso de Posgrado y Grado en los que se incluya la temática		
Eje 5: Organización del Sistema de información en IAE		
Eje 5: Monitoreo del PNPS		

AÑOS 2014 -2015

Actividad	1º semestre	2º semestre
Eje 3: Publicaciones con material educativo sobre prevención de suicidio dirigido a grupos específicos		
Eje 3: Elaboración del Programa de Promoción de la salud Mental y Prevención del suicidio para Escuelas ,Liceos , grupos de policías		
Eje 5: Puesta en funcionamiento del Sistema Nacional de Información Geo-referenciado.		
Eje 5 Monitoreo /seguimiento y evaluación del PNPS		

Principales Fuentes y Referencias consultadas

1. World Health Organization. World report on health and violence. Geneva; World Health Organization, 2002.
2. Ministerio de Salud Pública, DIGESA, Unidad de Información Nacional en Salud, 2008.
3. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Unidad de información poblacional, Montevideo, Uruguay, 2010
4. Bertolote JM. Prevención y control de la conducta suicida. En Rodríguez, J. (Ed) Salud mental en la comunidad Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009;285-297
5. Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Menta. Pautas y recomendaciones en relación a las conductas suicidas, 2006 .
6. Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Programa Nacional de Salud Mental. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas, 2008.
7. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Mental. Líneas estratégicas para la prevención del suicidio, 2010.
8. Man J, Apter A, Bertolote J. Suicide Prevention Strategies, American Medical Association, 2005;294: 2064-2074.

Anexo 3.

Comparativos suicidios en Uruguay.

Ministerio de Salud Pública 17 de julio de 2012 - 2013, Día Nacional de Prevención del Suicidio.

Año	Nº de suicidios	Población censo 2004/2011	Tasa cada 100.000hab	Redondeo
2007	587	3241003	18,1	18
2008	539	3241003	16,6	17
2009	537	3241003	16,6	17
2010	538	3241003	16,0	16
2011	539	3286314	16,4	16
2012	554	3286314	16,8	17

Anexo 4.

Consentimiento informado.

Título del estudio: Resultado de intervenciones psicodinámicas grupales de un año de duración con pacientes de 18 a 25 años que presentaron intento de autoeliminación en un servicio de salud.

Institución Universidad de la República. Facultad de Psicología.

Lo invitamos a participar en un estudio de investigación psicológica. Tiene usted el derecho a saber cuál es el objetivo del estudio, la forma de selección de los participantes, los procedimientos que se emplearán, y los aspectos que involucran a los datos obtenidos. Este proceso se denomina: consentimiento informado.

El presente documento le proporcionará información sobre la investigación, que los técnicos del estudio le explicarán previamente en persona. Se le solicitará que lea este formulario y pregunte a los técnicos la información que no comprenda.

Se lo invita a participar en la investigación, por encontrarse por comenzar un proceso de Psicoterapia psicodinámica grupal de un año de duración y presentado intentos de autoeliminación.

La duración del estudio se realizará individualmente en tres encuentros, en la primer semana del comienzo de su psicoterapia grupal, a los 6 meses de comenzada, y en la última semana de la misma; en un tiempo aproximado de 1 hora y 30 minutos.

Procedimiento.

Por medio de dos técnicos Licenciados en Psicología, se aplicarán dos técnicas individuales en cada uno de los encuentros, una de ellas se realizará de forma autoadministrada, costando de 42 frases a puntuar, en tanto la otra técnica, involucra aspectos de la comunicación verbal. Las entrevistas serán grabadas en audio para su posterior transcripción. Si usted lo desea, las mismas pueden también ser grabadas en formato video.

Participación.

Su participación en la investigación es voluntaria, pudiendo negarse a continuar en el momento que desee. Su decisión, no afectará su tratamiento psicoterapéutico psicodinámico grupal en forma alguna.

Si durante su participación en el proyecto, sufriera daños, como consecuencia del

estudio, usted será derivado al Comité de Recepción del centro de salud, que le brindará la atención que requiera, de forma inmediata.

Confidencialidad de la información.

Todos los registros que pudieran identificar su identidad, serán protegidos y no serán presentados públicamente. Su acceso únicamente involucra a los miembros de la investigación, que cambiarán su nombre y apellido, por iniciales y/o un alias.

La información obtenida en este estudio será analizada por parte del equipo de investigación, quien contará con su historial clínico.

Por consultas relacionadas con la investigación, puede comunicarse con (nombre del técnico y teléfono del técnico).

Consentimiento Informado.

He leído la información detallada en este formulario de consentimiento. Todas mis preguntas concernientes al estudio me fueron contestadas y aclaradas.

Entiendo:

- Mi derecho a una participación voluntaria en la investigación y el retiro de la misma en el momento que desee.
- Recibiré una copia de este formulario de consentimiento firmado.
- Tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista que se llevará a cabo en aproximadamente 1 hora y 30 minutos.
- Los encuentros serán grabados en formato audio; y en video únicamente si lo permito.
- Mis datos personales, así como mi identidad no se divulgarán públicamente y serán mantenidos dentro de la privacidad de la investigación, en la cual me identificarán con un alias.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Resultado de intervenciones psicodinámicas grupales de un año de duración con pacientes de 18 a 25 años que presentaron intento de autoeliminación en un servicio de salud.

Firma del participante.....

Aclaración.....

Fecha.....

**COORDINADORA DE PSICÓLOGOS
SOCIEDAD DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA (UDELAR)
FACULTAD DE PSICOLOGÍA (UCU)**

**CÓDIGO DE ÉTICA
PROFESIONAL
DEL PSICOLOGO/A**

URUGUAY

Este Código ha sido elaborado y aprobado por la **COMISIÓN DE ÉTICA PROFESIONAL**, integrada por miembros de la **Coordinadora de Psicólogos del Uruguay**, de la **Sociedad de Psicología**, de la **Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR)** y de la **Facultad de Psicología de la Universidad Católica (UCU)**. -Julio 2000- (Anexo)

Fue aprobado por unanimidad en la Asamblea Extraordinaria del 3 de Mayo de 2001.

Val: Feingloria

CPU

Comisión de Ética Profesional.

INTRODUCCIÓN

DISPOSICIONES GENERALES

Se considera **un derecho y un deber** establecer normas y principios éticos que inspiren y regulen el ejercicio profesional de los psicólogos **en un estado de derecho**.

El psicólogo tiene una identidad profesional como ser social.

Surge históricamente convocado por necesidades de esa misma sociedad a la que responde con una progresiva y calificada preparación e inserción laboral, desarrollo y afianzamiento de su autonomía científica.

Se concibe al hombre destinatario de su práctica, desde una perspectiva integral del fenómeno humano:

- * Como una persona concreta que estructura singularmente su experiencia.
- * Como un sujeto a la vez producido y productor de su medio social, multideterminado por una trama de vínculos significativos internos y externos, expresado y representado a través de dinanismos individuales y sociales.
- * Como emergente en un contexto histórico que demarca y limita, portador de una ideología, inscripto en una cultura, inmerso en sus circunstancias socioeconómicas y políticas.

El compromiso del cumplimiento de lo expresado, exige un profesional de características especiales, altamente calificado y respaldado por un **Código de Ética** que contemple la complejidad de la interacción humana que se deriva del ejercicio de su profesión.

OBJETIVO GENERAL

Promover el desarrollo de una Psicología científica y universitaria destinada a mejorar la calidad de vida, entendida como una forma de armonía de la persona consigo misma, con los otros y su sociedad, sabiendo que esto sólo es posible con las necesidades básicas satisfechas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Asegurar el correcto y regular ejercicio de la profesión en el resguardo de los derechos humanos fundamentales:

- **salud**
- **educación**
- **trabajo**
- **integración social**

2) Estimular la armonía y solidaridad profesional.

3) Promover la actitud responsable, lúcida y comprometida frente al ser humano concreto y su condiciones.

4) Afirmar el derecho del psicólogo a ejercer en forma independiente su profesión y de las bases éticas que la sustentan.

5) El psicólogo tiene el derecho y la obligación de perfeccionar su formación profesional, así como el derecho a investigar en su campo de trabajo.

Apéndice: se suscriben a los cinco (5) Principios firmados en Santiago de Chile, noviembre 1997.

CAPÍTULO I RESPONSABILIDADES GENERALES DEL PSICÓLOGO

Artículo 1o: el/la psicólogo/a en la práctica de su profesión se guiará por los principios de **responsabilidad, confidencialidad, competencia, veracidad, fidelidad y humanismo**, prescindiendo de cualquier tipo de discriminación.

Artículo 2o: el/la psicólogo/a en cualquier área profesional que se desempeñe, deberá actuar en el ejercicio de la profesión con la máxima objetividad e integridad, manteniendo siempre el respeto por los receptores de sus servicios y por la sociedad en general.

Artículo 3o: el/la psicólogo/a en el ejercicio de su profesión tiene prohibida la cesión de título o firma.

Artículo 4o: tiene absolutamente prohibido usar títulos que no posea y llevar a cabo todas aquellas prácticas que estén orientados predominantemente por el afán de lucro.

Artículo 5o: está prohibido ceder, dar, prestar o vender técnicas a legos o personas que no estén acreditadas como psicólogos, o divulgar de cualquier manera las técnicas entre personas extrañas a la profesión y a las ciencias psicológicas.

Artículo 6o: el/la psicólogo/a en situaciones que se presenten bajo la forma de accidentes, emergencia social o calamidad pública, colaborará personalmente o por intermedio del **Colegio de Psicólogos** con el Estado en la prevención, protección y mejoramiento de la salud psíquica y social de la población, independientemente de cualquier provecho personal. Tal colaboración sólo podrá ser solicitada en la vigencia plena del estado de derecho.

Artículo 7o: el/la psicólogo/a deberá ser consciente de sus propios valores éticos, ideológicos, políticos y/o religiosos y no utilizará su poder para manipular desde el punto de vista afectivo-emocional, axiológico, económico, sexual, o de cualquier otro tipo.

Artículo 8o: el/la psicólogo/a no ejercerá su profesión cuando esté limitado/a por un estado de intoxicación, enfermedad física y/o psíquica, o se vea afectado/a por una situación que le impida en forma temporal o permanente un desempeño adecuado.

Artículo 9o: es deber del/la psicólogo/a respetar la voluntad del consultante cuando sobrevenga la negativa de proseguir bajo su atención.

CAPÍTULO II

DE LA OBTENCIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN – CONFIDENCIALIDAD

Artículo 10o: los/las psicólogos/as reconocen el derecho del receptor de sus servicios a la confidencialidad, por lo que deben obligatoriamente guardar secreto con respecto a la información obtenida. Asimismo, velarán porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

Artículo 11o: en el ejercicio de la profesión, el/la psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho del receptor de sus servicios a la propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido y siempre con la autorización del interesado.

Artículo 12o: cuando la evaluación o intervención psicológica ha sido solicitada por otra persona -*jueces, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado*-, este último o sus padres y/o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del Informe Psicológico consiguiente. El sujeto de un Informe Psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para otros y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas.

Artículo 13o: los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que el/la psicólogo/a posea de sus diversos contenidos así como el carácter actual o temporal de los mismos, las áreas investigadas con las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo los casos los datos del psicólogo que lo emite.

Artículo 14o: los informes psicológicos realizados a petición de instituciones u organizaciones en general, aparte de lo indicado en el artículo anterior, estarán sometidos al mismo deber y derecho general de confidencialidad antes establecido, quedando tanto el psicólogo como la correspondiente institución solicitante obligados a no darles difusión fuera del estricto marco para el que fueron recabados.

Artículo 15o: los/las psicólogos/as cuando realicen informes escritos y/o verbales de personas, instituciones o grupos, deberán excluir aquellos antecedentes entregados al amparo del secreto profesional y sólo los proporcionarán cuando lo autorice el interesado, o en los casos previsto en el artículo 18 de este Código.

Artículo 16o: la exposición oral, escrita, audiovisual o que implique otra tecnología, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o de divulgación científica, deberá hacerse

de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trate.

En caso de que el medio usado para tales exposiciones conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo.

Artículo 17o: los registros escritos y/o electrónicos de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del/la psicólogo/a en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

Artículo 18o: la obligación de guardar el secreto es **absoluta**. Sólo se puede levantar para informar a la familia, a personas reconocidamente allegadas al implicado o a autoridades judiciales, en caso de un **grave riesgo** para la propia persona y/o para terceros.

Artículo 19o: el fallecimiento del receptor de los servicios o su desvinculación temporal o definitiva, tanto se trate de instituciones, como de consultorio privado no libera al psicólogo de la obligación del secreto profesional, aunque no haya finalizado su tratamiento o estudio.

Artículo 20o: para la presencia, manifiesta o reservada de terceras personas, innecesarias para el acto profesional, tales como alumnos en prácticas o profesionales en formación, se requiere el previo consentimiento del receptor de los servicios.

Artículo 21o: el/la psicólogo/a no debe servirse de la información profesional adquirida, ni en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del receptor de sus servicios.

CAPÍTULO III USO DE LA TÉCNICA

Artículo 22o: la evaluación psicológica, **tarea exclusiva** de los/as psicólogos/as, no tiene un fin en sí mismo; siempre estará inserta dentro de un objetivo de prevención, de intervención y/o de investigación.

Artículo 23o: las técnicas e instrumentos que utilice el/la psicólogo/a los seleccionará en base a la información sobre su fiabilidad y validez, conociendo extensamente el instrumento, sus principios, las investigaciones que lo preceden y sus requisitos de uso.

Artículo 24o: las evaluaciones de los/as psicólogos/as, recomendaciones, informes y diagnóstico o apreciaciones valorativas, se basan en la información y las técnicas necesarias, que le permitan la fundamentación adecuada de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV COMPETENCIA

Artículo 25o: el/la psicólogo/a permanentemente perfeccionará su formación para el mantenimiento de niveles altos de competencia científica y técnica en beneficio de las personas que recurran a él/ella y de la profesión en su totalidad.

Artículo 26o: sólo proporcionarán servicios y utilizarán técnicas para las que están calificados por formación y experiencia.

Artículo 27o: reconocerán las limitaciones de su formación y personalidad y renunciarán a cualquier trabajo que pueda ser perjudicado por ellas.

Artículo 28o: el/la psicólogo/a recurrirá a interconsulta cuando su capacidad específica no le permite resolver la necesidad de la persona consultante.

CAPÍTULO V HONORARIOS

Artículo 29o: el/la psicólogo/a tiene el justo derecho a proponer honorarios desde la primera entrevista, sea cual fuere el resultado de sus servicios profesionales, sin hacer de lo económico la motivación decisiva de su trabajo.

Artículo 30o: el/la psicólogo/a tiene derecho a exigir una retribución justa, para lo cual se atenderá a los convenios que se elaboren tanto cuando ejerza en relación de dependencia como en forma liberal. En este último caso, acordará con el receptor de sus servicios el monto de los honorarios.

Artículo 31o: el/la psicólogo/a no hará competencia desleal, al estipular sus honorarios, se atenderá a lo establecido al respecto por las autoridades competentes, salvo en situaciones justificadas, que pueden implicar, incluso, que el psicólogo procure atender gratuitamente a personas de recursos insuficientes.

Artículo 32o: queda prohibido al/la psicólogo/a compartir honorarios entre colegas o con cualquier otro profesional, o aceptar pagos o aportes en dinero, o de otra naturaleza (*clínicas, farmacias, laboratorios, etc.*), que signifiquen connivencia comercial en la atención profesional del receptor de los servicios, sin perjuicio del derecho de presentar honorarios en conjunto o separadamente, según corresponda, de acuerdo a las formas de prestación de los servicios.

CAPÍTULO VI DERECHOS DEL PSICÓLOGO

Artículo 33o: el/la psicólogo/a tiene derecho a ejercer su profesión con autonomía e independencia tanto en el ámbito público como privado.

Artículo 34o: todo/a psicólogo/a tiene derecho a no ser coaccionado por motivos económicos o ideológicos, o por circunstancias indignas para su profesión.

Artículo 35o: el/la psicólogo/a tiene derecho a abstenerse o a negar su atención por razones profesionales o personales o cuando su conciencia ética sea lesionada, aunque esté autorizado legalmente, teniendo el derecho de derivar al receptor de los servicios.

Artículo 36o: el/la psicólogo/a tiene derecho a una retribución justa, sin hacer de lo económico la motivación decisiva de su trabajo.

Artículo 37o: el/la psicólogo/a tiene derecho a asociarse libremente, para defender sus derechos ante personas e instituciones públicas o privadas y a recibir la solidaridad de sus colegas en el caso de ser tratado/a injusta o indignamente y en todo tipo de necesidad.

Artículo 38o: queda reservado exclusivamente a los psicólogos en el desempeño de su profesión -tal como la Ley lo reglamenta- el ejercicio de la Psicología en cualquiera de sus áreas (*diagnóstico, asesoramiento, supervisión, docencia, investigación, orientación, psicoterapia, consulta u otras*).

Artículo 39o: todo psicólogo cuya conducta profesional sea objeto de investigación tiene derecho:

a) *a que se presuma su buena conducta, su profesionalidad y su moral.*

b) *a que no se le imponga sanción alguna hasta tanto no se demuestre su culpabilidad a través de los órganos competentes.*

c) *a que se le abra y levante expediente, y a su libre acceso a él, a su lectura y a su copia.*

d) *a que se le notifique personalmente de todas las resoluciones.*

e) *de ofrecer y presentar pruebas de descargo testimoniales y documentales dentro del procedimiento.*

f) *de audiencia dentro del procedimiento, y previamente a la resolución final.*

g) *a asesorarse jurídicamente.*

h) *a apelar el fallo o sanción.*

CAPÍTULO VII RELACIONES INTERPROFESIONALES

Artículo 40o: las relaciones entre los/as psicólogos/as deberán estar inspiradas en el respeto mutuo, la sana competencia, la solidaridad profesional y la cooperación.

Artículo 41o: el/la psicólogo/a debe ser solidario con sus colegas con independencia de las distintas escuelas, corrientes o métodos que utilicen, ya que todos tienen como objetivo común mejorar la calidad de vida de la población y comparten la responsabilidad del constante progreso de la ciencia. La solidaridad refleja la armonía de la profesión y aumenta su prestigio público.

Artículo 42o: son actos contrarios a la ética desplazar a un colega o pretender hacerlo de un puesto público o privado, por cualquier medio que no sea el concurso.

Artículo 43o: queda prohibido reemplazar a los profesionales de la actividad psicológica en sus puestos públicos o privados, si fueran separados sin causa justificada y sin sumario previo.

Artículo 44o: es contrario a la ética difamar, calumniar o tratar de perjudicar a un colega por cualquier medio.

Artículo 45o: una vez cumplida la instancia prevista en las disposiciones generales y transitorias, en aquellos casos que la conducta o la acción profesional de algún colega le merezca

reparo, el/la psicólogo/a deberá dar cuenta al Colegio y posteriormente a la Justicia si fuese procedente.

Artículo 46o: es obligación del/la psicólogo/a ayudar a la formación técnica de sus colegas, no reservándose conocimientos y/o técnicas útiles en psicología para su uso particular.

Artículo 47o: el/la psicólogo/a no atenderá al receptor de sus servicios que esté siendo asistido por algún colega, salvo en las situaciones de urgencia y/o emergencia.

CAPÍTULO VIII

RELACIONES CON OTROS PROFESIONALES Y CON LAS INSTITUCIONES:

Artículo 48o: el/la psicólogo/a respetará el trabajo y la independencia de otros profesionales y exigirá de ellos que no asuman las competencias que son propias del ámbito de la psicología.

Artículo 49o: la relación con otros profesionales debe estar centrada en el respeto mutuo, con énfasis en el trabajo interdisciplinario y en equipo, buscando los medios apropiados que beneficien al receptor de los servicios manteniendo las normas de su propia profesión y jerarquización de la misma.

Artículo 50o: como integrante del equipo multi e interdisciplinario, el/la psicólogo/a no debe tomar decisiones que afecten al resto del equipo sin la debida consulta a éste. Su responsabilidad individual no desaparece por el hecho de trabajar en equipo.

Artículo 51o: el/la psicólogo/a no deberá acatar instrucciones emanadas de sus empleadores cuando estas lo obliguen a contravenir los principios o normas de la ética profesional. En caso de conflicto entre los procedimientos institucionales y los intereses de las personas, el psicólogo deberá optar por defender a estos últimos.

Artículo 52o: el/la psicólogo/a prestará su colaboración desinteresada en todas las actividades e instituciones que puedan contribuir al desarrollo de la Psicología como ciencia y como profesión.

Artículo 53o: en su relación con instituciones públicas y/o privadas:

a) *el/la psicólogo/a actuará con responsabilidad técnica y respeto a las normas que tienden a la mejor atención del receptor de sus servicios y al prestigio de la institución en que trabaja.*

b) *los/as psicólogos/as tienen la responsabilidad de tratar de prevenir la deformación, la mala utilización, o la ocultación de procedimientos y/o descubrimientos psicológicos, por parte de la institución o entidad en la que están empleados, realizando la denuncia ante quien corresponda.*

CAPÍTULO IX

FORMACIÓN Y DOCENCIA

Artículo 54o: es responsabilidad inherente al ejercicio profesional del/la psicólogo/a, la actualización permanente de sus conocimientos científicos y técnicos.

Artículo 55o: el/la psicólogo/a que participe en cursos, seminarios u otras actividades similares para impartir conocimientos propios de su profesión deberá tener una preparación adecuada sobre la materia que se trate y demostrará idoneidad.

Artículo 56o: los/as psicólogos/as docentes presentarán el conocimiento psicológico de una manera objetiva, completa y fiel.

Artículo 57o: el/la psicólogo/a en su ejercicio docente tomará en cuenta que además de impartir conocimientos, tal como se refería anteriormente, su rol implica posicionarse como un modelo de referencia e identificadorio para sus estudiantes.

Artículo 58o: la tarea docente es una actividad que requiere de una formación específica que habilite el aprendizaje de criterios pedagógicos y didácticos que posibiliten un desempeño adecuado.

Artículo 59o: es importante discriminar este rol de docente de otros, principalmente del desempeño a nivel clínico, no confundiendo ámbitos de trabajo que requieran de posicionamientos, estrategias y técnicas específicas.

Artículo 60o: por las particularidades del ejercicio de la docencia, no se buscará a través de la misma beneficiarse en forma personal o a las instituciones privadas a las que se pudiera pertenecer.

CAPÍTULO X

INVESTIGACIONES

Artículo 61o: asegurar a los/as psicólogos/as la más amplia libertad de investigación, no siendo admisible:

- a) *promover experiencias con riesgo físico o moral de las personas.*
- b) *subordinar las experimentaciones a ideologías que puedan viciar el curso de la misma o sus resultados.*

Artículo 62o: Los/as psicólogos/as al planificar, implementar y comunicar sus investigaciones deben preservar los principios éticos de respeto y dignidad con el fin de resguardar el bienestar y los derechos de las personas y en general en los seres vivos que participen en sus investigaciones.

Artículo 63o: queda prohibido aplicar a su práctica profesional, tanto pública como privada, procedimientos rechazados por los centros universitarios o científicos reconocidos legalmente, así como tests psicológicos y/u otras técnicas que no tengan validez científica.

Artículo 64o: es un derecho de todo individuo dar su consentimiento **válido** antes de participar en cualquier tipo de investigación en aquellos procedimientos que así lo requieran, de acuerdo a los requisitos de los centros universitarios y/o científicos reconocidos legalmente.

Artículo 65o: el/la psicólogo/a debe aclarar a las personas y/o a las instituciones que los datos obtenidos serán utilizados para hacer un trabajo de investigación. Dichos datos serán confidenciales y nunca se suprimirán aunque sean discordantes con sus hipótesis o teoría. Además, la identidad del sujeto o de la institución sólo se revelará con autorización expresa de ambos. De no poder hacerlo, deben ser advertidos de antemano.

Artículo 66o: es un derecho de la persona que forma parte en la población objetivo de la investigación, poder retirarse de la misma en cualquier momento sin recibir ningún perjuicio por ello.

Artículo 67o: el/la psicólogo/a es responsable de los perjuicios que puedan derivarse de una determinada investigación o experimentación. Deberá en aquellos casos que lo amerite hacer un

seguimiento de las personas que forman parte de la población objetivo.

Artículo 68o: en cuanto a lo metodología de investigación los/as psicólogos/as que construyan y realicen investigación en técnicas de evaluación, utilizarán procedimientos científicos y conocimientos profesionales actualizados para el diseño de los mismos.

PUBLICACIONES

Artículo 69o: en la publicación de un trabajo compartido deberán incluirse los nombres de todos los participantes y precisar su grado de responsabilidad y colaboración.

Artículo 70o: el/la psicólogo/a cuidará de resguardar el nivel científico de la profesión en cualquier tipo de publicación o presentación en órganos de divulgación.

Artículo 71o: en las publicaciones con carácter de divulgación científica, el/la psicólogo/a presentará los temas con la necesaria prudencia, considerando siempre las características del público al que se dirige.

PUBLICIDAD

Artículo 72o: los/as psicólogos/as respetarán los Principios Éticos establecidos en este código en sus declaraciones públicas referidas a sus servicios, productos o publicaciones profesionales.

Las declaraciones públicas incluyen *–pero no se limitan–* a publicidad remunerada o gratuita, material impreso, entrevistas y/o comentarios para uso en los medios, conferencias y presentaciones públicas.

Artículo 73o: la publicidad de los servicios psicológicos y otras declaraciones públicas debe especificar el nombre del profesional y/o institución, especialidad, lugar y horario de atención, limitándose a una promoción digna, sobria y exacta.

Artículo 74o: el/la psicólogo/a utilizará los medios de comunicación masiva solamente con fines educativos e informativos, no podrá emplearlos para atender consultas que impliquen un diagnóstico o un tratamiento.

DISPOSICIONES GENERALES Y TRANSITORIAS

- Las disposiciones establecidas en el presente **CÓDIGO DE ÉTICA** alcanzan a todos los/as psicólogos/as que ejerzan su profesión en la **REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY**, a partir de su aprobación.

- El enunciado de las normas éticas establecidas en el presente Código no significa la negación o exclusión de otras, en tanto correspondan a principios generales que se deriven del ejercicio profesional consciente y digno.

- La ausencia de disposición expresa no debe interpretarse como admisión de prácticas y actos incompatibles con los principios enunciados y considerar que proporcione impunidad.

- Los estudiantes de los cursos de psicología quedan obligados a la observancia estricta y puntual del presente Código de Ética.

- El presente Código podrá ser sometido a revisión.

- Es **deber** de todo/a psicólogo/a denunciar el ejercicio ilegal de la profesión.

- Ante una infracción a los principios de este Código, el/la psicólogo/a debe intentar persuadir a su colega a modificar su conducta contraria a la ética. Si esta gestión personal es rechazada o el colega incurre en reiteración de la falta, es **deber** del profesional informarlo.

- Hasta tanto se apruebe la Colegiación, que imponga la creación de Tribunales de Ética Profesional con competencias legales, las denuncias deberían tramitarse en el ámbito judicial ministerial competente.

- Es **deber** de todo/a psicólogo/a cumplir y hacer cumplir este Código.

ANEXO

Elaboraron el Código de Ética Profesional respectivo las siguientes psicólogas:

Lic. Gladys Agosto
(Sociedad de Psicología del Uruguay)

Lic. Gladys Casas
(Sociedad de Psicología del Uruguay)

Lic. María Rosa Fernández
(Facultad de Psicología de la UDELAR)

Lic. Coral Garcia
(Facultad de Psicología de la UCU)

Lic. Gilda Rasetti
(Coordinadora de Psicólogos del Uruguay)

Lic. Patricia Llambí
(Coordinadora de Psicólogos del Uruguay)

Lic. Elizabeth Piñeyro
(Coordinadora de Psicólogos del Uruguay)

THE SCALES OF PSYCHOLOGICAL CAPACITIES

Version 1

Robert S. Wallerstein, M.D.
Project Director
University of California, San Francisco

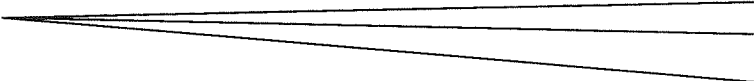
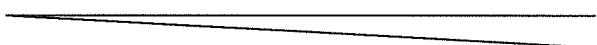
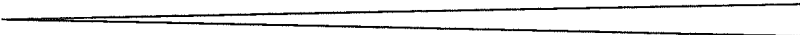
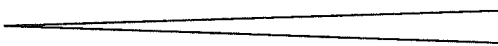
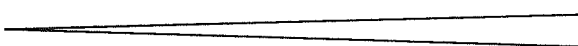
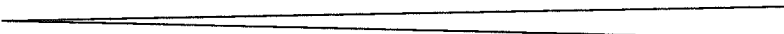
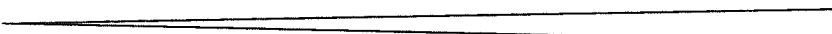
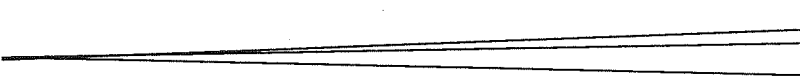
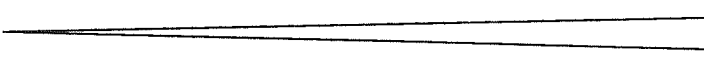
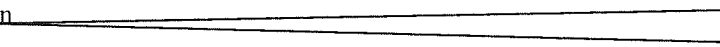
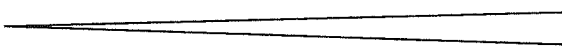
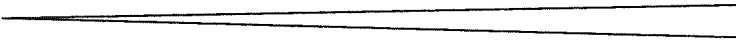
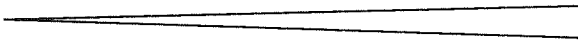
*Kathryn DeWitt, Ph.D., Diana Hartley, Ph.D., Saul E. Rosenberg, Ph.D., Nathan J. Zilberg, Ph.D.
University of California, San Francisco

NOT TO BE USED WITHOUT PERMISSION

Address correspondence to:
Robert S. Wallerstein, M.D.
290 Beach Rd.
Belvedere, CA 94920

*Authors listed in alphabetical order to indicate equal contribution.

Scales of Psychological Capacities

1. Hope		Excessive Optimism Excessive Pessimism
2. Zest for Life		Over-Excitement Drudgery Apathy
3. Attribution of Responsibility		Over-externalizing Over-internalizing
4. Flexibility		Close-Mindedness Confusion and Self-Doubt
5. Persistence		Drivenness Giving Up
6. Commitment to Standards and Values		Moralism Absence of Principles
7. Commitment in Relationships		Compulsive Overinvolvement Limited, Tenuous Commitment
8. Reciprocity		Exploitation of Others Surrender of Self
9. Trust		Extreme Suspiciousness Extreme Gullibility
10. Empathy		Emotional Absorbion Emotional Blunting Egocentricity
11. Affect Regulation		Out of Control "Affect Storms" Hypercontrol
12. Impulse Regulation		Over-Indulgence Over-Inhibition
13. Regulation of Sexual Experience		Impulsive or Driven Expression Inhibition
14. Self-Assertion		Bullying Timidity
15. Reliance on Self and Others		Excessive Optimism Excessive Pessimism

16. Self-Esteem _____ Grandiosity
Self-Depreciation

17. Self-Coherence _____ Inconsistency

THE SCALES OF PSYCHOLOGICAL CAPACITIES

TABLE OF CONTENTS

1.	Hope.....	9-10
2.	Zest for Life.....	11-13
3.	Attribution of Responsibility.....	14-15
4.	Flexibility.....	16-17
5.	Persistence.....	18-19
6.	Commitment to Standards and Values.....	20-21
7.	Commitment in Relationships.....	22-23
8.	Reciprocity.....	24-25
9.	Trust.....	26-27
10.	Empathy.....	28-29
11.	Affect Regulation.....	30-31
12.	Impulse Regulation.....	32-33
13.	Regulation of Sexual Experience.....	34-35
14.	Self-Assertion.....	36-37
15.	Reliance on Self and Others.....	38-40
16.	Self-Esteem.....	41-42
17.	Self-Coherence.....	43-45

Scales of Psychological Capacities: Introduction

Our inquiry began with the problem of intrapsychic structure. This concept is central to all the various psychoanalytic (psychodynamic) theories of personality organization and functioning, and the related concept of structural change is integral to our understanding of personality change that comes about in psychoanalysis and other psychoanalytically-based or oriented psychotherapies. The theoretical (and for research purposes, the empirical) problem exists however, that each of the different theoretical perspectives in psychoanalysis (the ego-psychological, the object relational, the self-psychological, the Kleinian, the Bionian, the Lacanian, etc.) has different understandings of what we mean by intrapsychic structure, what its significant dimensions and units are, and how one can assess change in structure. At this point in the development of psychoanalytic (psychodynamic) theory, consensus on these concepts of structure and structural change is not possible at that conceptual level. (See in this connection: Wallerstein, One Psychoanalysis or Many? *Int. J. Psycho-Anal.*, 69:5-21, 1988; Wallerstein, Assessment of Structural Change in Psychoanalytic Therapy and Research, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 36 (suppl.):241-261, 1988; Zilberg, et al., A Conceptual Analysis and Strategy for Assessing Structural Change, *Psychoanal. & Cont. Thought*, 14:317-342, 1991; De Witt, et al., Scales of Psychological Capacities: Development of an Assessment Approach, *Psychoanal. & Cont. Thought*, 14:343-361, 1991.

Rather, therefore, than trying to track the change process in psychoanalytic therapies through efforts at specifying dimensions and units of intrapsychic structure and of structural change which we think is in principle not possible at this stage of psychodynamic theory development, we have sought to formulate what we call Psychological Capacities that are theoretically-informed but not theory-specific, that adherents of all psychoanalytic theoretical perspectives (as well, hopefully, adherents of other personality theories that try to account for personality organization and therapy-induced changes in personality organization) can agree to be functional attributes that comprehensively describe the range of personality functioning and its potential for change. These capacities should then necessarily change if there is change in underlying intrapsychic structures, however those intrapsychic structures or that structural change are differently conceptualized within the differing theoretical perspectives. That is, sustained changes in these Psychological Capacities should be consensually accepted as reflecting underlying structural change in personality organization and functioning. Within psychoanalysis such structural change might then be formulated differently by adherents of different theoretical perspectives (for example, as changes in the relations of id, ego, and superego by ego psychologists, as changes in the coherence and the self and object representations by object relations theorists, as changes on self and object representations by object relations theorists, as changes in the coherence and the vulnerability of the self by self-psychologists, as changes in fixations in the schizoid and the depressive positions by Kleinian analysts, etc.)

Let us state clearly what we mean by Psychological Capacities and how we distinguish them from the varieties of existing personality inventories or typologies, like the polarities of introversion-extraversion, dominance-submission, love-hate; or the various trait categorizations of academic, clinical or personality psychology; or like the character styles, hysterical, obsessive-compulsive, narcissistic, paranoid, etc. of clinical (psychodynamic) psychiatry; or like the congenital activity (and passivity) types of developmental psychology. Our Psychological Capacities are constructs to describe the psychological resources needed to achieve adaptive functioning and life satisfaction. Inherent in this is the conception of developmental unfolding or maturation out of the interplay of biological endowment and experiential vicissitude until some level of stability has been achieved in each capacity, an enduring essence or disposition that is not simply reflected in average or particular behavior. Our Psychological Capacities are thus more enduring and central to character organization and functioning than just skills and abilities; they consist rather of maturationally and developmentally established capacities, whether optimally unfolded or varyingly impaired, that have an enduring influence upon the acquisition of skills and abilities.

Also inherent is the conception of interrelatedness and interaction so that these Psychological Capacities, taken together, can describe the degree of adaptive or maladaptive overall personality integration and functioning. Specifically our focus is on developed functional personality capacities, not on isolatable traits, or on psychopathological character or symptom-formations, or on a typology per se.

In terms of our empirical research purposes, our Psychological Capacities are designed to be as low-level (experience-near) constructs as possible, with as clear and reliable definitions as possible and readily observable behaviors (in the widest sense of the word behavior, to include reportable mental states and feelings). We have defined a total of 17 such functional Psychological Capacities and constructed four-point scales for each, indicating differing degrees and directions of departure from the optimal functioning of that capacity, i.e. each capacity or personality dimension has relevant subdimensions of blocked, deformed, or exaggerated functioning. Example of such functional capacities are the capacity for trust in relationships, or the capacity to regulate affects; subdimensions of inhibition or of exaggeration of such capacities come readily to mind.

Our Scales of Psychological Capacities are of course intended to reflect underlying "deep" or "hidden" intrapsychic structures as these are varyingly conceptualized by psychoanalytic theoretical perspectives, and movement along the different subdimensions of the scales, from before to after therapy, is intended to reflect structural changes, however we presently, or come to later, conceptualize intrapsychic structure and structural change. Since the scales are however expressed as these reasonable low-level and experience-near capacities, reliably inferable from readily observable behaviors, dispositions, interactions, attitudes, verbalizations, etc., they may seem to be too behavioral or too simplistic or too interpersonal in orientation. It is however from the configuration and valences of just these kinds of observables that those who do conceptualize intrapsychic structures customarily do make the inferences to those "underlying" intrapsychic structures that (to them) define and characterize personality organization (in terms of our theoretical perspectives--and languages--within psychodynamic, psychoanalytic, and personality theory).

Each of the scale points on each of these Psychological Capacities is anchored with one or more descriptive clinical vignettes that demonstrate just what we mean when we designate someone as functioning at that scale level. These vignettes or examples are intended to be illustrative, but in no way comprehensive or exhaustive.

These Psychological Capacities scales have been formulated in accord with the following general principles:

- 1) There is a general notion of a zero point or center point of "normal" or optimal or fully adaptive functioning. This is subdivided into those aspects relevant to each of our designated subdimensions of departure from this optimal functioning or from the optimal presence of this capacity. For the most part (13 of the 17) there are two such subdimensions, basically of exaggerated or inhibited functioning. For example, in regard to affect regulation, one can experience affects explosively, in "affect storms", or, conversely, be rigidly inhibited in regard to affective experience or expression. For other of the psychological capacities (3 of the 17) we have defined three subdimensions of aberrant functioning. For example, in regard to reliance on self and others, one can be unduly reliant on others, one can be unduly reliant on oneself (and suspicious or fearful of relying on others), and one can be secure or apprehensive when relied on by others. Lastly, with one dimension, the coherence or the inconsistency of the self in relation to behaviors and experiences, we have but one direction of increasingly problematic functioning.
- 2) There are four scale points on each subdimension along parameters of frequency, pervasiveness or intensity, and accompaniment of dysphoric affect. Though a scale with more points would give more discrimination and presumably make it easier to capture lesser degrees of movement on the scale, we found it too difficult to try to actually conceptualize additional degrees of severity or intensity (and devise discriminable examples of each) for each of the scales. We are, therefore, handling the problem of trying to capture finer degrees of movement on the scales by arranging our four scale points as nodal points along a continuum that will allow markings to be made at an intermediate half-way point.

- a) Scale point zero has been defined under the previous heading.
 - b) Scale point one: Difficulties sometime, or to some extent. The difficulties can be overcome without external support, and adaptive functioning can be restored at least over the near time span, though with varying degrees of discomfort. Overall functioning is hardly compromised.
 - c) Scale point two: Difficulties often, and/or to a significantly greater extent. The difficulties can be frequent and/or quite pervasive but can be overcome (at least temporarily) with external support, albeit with dysphoric affect, or by strongly motivated effort of one's own, also with significant dysphoric affect. Overall functioning is compromised in some definite way.
 - d) Scale point three: Difficulties occur almost all the time or are very pervasive, with severe dysphoria attendant upon any effort at adequate functioning. Functioning is consistently maladaptive with significant manifest dysphoria and/or substantially impaired relationships. Overall functioning is thus seriously and obviously compromised.
- 3) Additional guidelines in the formulation and use of these scales.
- a) Each subdimension in each direction of the scales is intended to be unitary in character.
 - b) The dimensional descriptions are intended to be general, encompassing, and brief. They are followed by brief clinical vignettes (at times more than one) in order to give raters a standard against which to assess the characteristics of the clinical material being rated.
 - c) The dimensional descriptions are as free as possible of special technical vocabulary, especially that relating to psychopathological syndromes. The intent is to cast them in "ordinary" English.
 - d) It is important to bear in mind that it is not just possible, but quite common, to deviate from optimal functioning of a psychological capacity in more than one direction at the same time. For example, on the psychological capacity self-esteem, one can display an overblown grandiosity while also feeling an intense self-depreciation and abasement. This can be simultaneous or alternating, with one attribute "defending" against the other or vice versa. Both may be in consciousness at the same time, or only one may be, with the other being "warded off."
 - e) In evaluating placement on any of the scales where there is a discrepancy between the usual (chronic, longitudinal) status and the more immediate (acute, cross-sectional) status, it is the more usual or characteristic level and kind of functioning that is being assessed. We are trying, that is, to assess usual or characteristic functioning, not acute symptomatic or decompensated states, i.e. an acute depression, or an acute traumatic shock, etc.
 - f) In evaluating scale placement, issues of situation or context may be involved. That is, different characteristic behaviors, attitudes, ideas, feelings may be evoked under different circumstances. Again, we want the assessment of some overall most characteristic and pervasive level and kind of functioning.
 - g) These Scales of Psychological Capacities are inevitably infiltrated and underpinned, each perhaps to a different (and undetermined but never perhaps insignificant) degree by the prevailing or majority values of that (Western) culture within which they were devised. This emerges most clearly in the delineation of zero points of 'normal' or optimal or fully adaptive functioning. This necessarily places the scales within a particular socio-historical context of time and place, even with full awareness that consensus on values is a constantly shifting and evolving process and that at any time a significant portion of any culture group can espouse and advocate one or more differing value positions on any single value or constellation of values

(e.g. the specific 'counter-culture' in America which peaked in the late 60's and early 70's). As much as possible, we have tried to take this into account in fashioning the scales, in trying to avoid a coercive pressure towards a particular value position through stressing the concept of available and flexible choice as a desideratum. The individual decision about what is appropriate to a given context is where value commitments necessarily operate. This whole issue is of course confounded if one considers applying these scales within other (non-industrial, third world, or Eastern) cultures that may have significantly different consensus value commitments in a variety of areas of psychological functioning. To what extent this application to these other settings would be even possible and useful is of course an empirical question, as yet untested.

- 4) This entire array of Psychological Capacities is intended to be comprehensively descriptive of the psychological characteristics of people with a range of functioning within the broad categories of normal, neurotic, character difficulties, impulse disorders, narcissistic, and borderline. It is not intended to cover the functioning of the overtly psychotic (whether institutionalized or not); the openly psychotic exhibit dimensions of personality disorganization and malfunctioning that are beyond the parameters of our described Psychological Capacities.
- 5) These scales are intended to be used as cross-sectional or "outcome" measures reflecting intrapsychic structural change. They are intended for "before and after" comparison and contrast between any two points in time which can then be correlated with "process" measures of intervening processes, mechanisms, circumstances, etc.

1. HOPE

A. FROM ABSENCE OF TO PRESENCE OF, EXCESSIVE OPTIMISM

0. Can assess potential problems that may arise from a future course of action without becoming unduly optimistic.

For example: A college student applying to graduate school has realistic expectations about being accepted to one of the schools he applied to, but does not assume that he will necessarily get his first choice.

For example: Upon receiving a diagnosis of diabetes, a young man realizes that he will have to adjust some aspects of his plans but remains realistically hopeful about following through with his career.

1. In some situations, may be overly optimistic about the chances for future success and underestimate the potential for disappointment. Occasionally denies or ignores the possibility of future disappointment, but is usually able to regain a more realistic perspective by own efforts.

For example: A college student initially overestimates the chances of getting accepted to her first choice graduate school. However, as she learns more about the nature of the competition she faces, she brings her expectations more in line with reality.

2. Person has tendency to be overly optimistic, often insisting that "everything will turn out for the best." Demonstrates unrealistic expectations and often denies or ignores the possibility for disappointment. As a consequence of ignoring unpleasant realities, functioning is compromised. Is able to regain some perspective, but with difficulty, when others point out the overly optimistic attitude.

For example: A college student is overly optimistic about getting accepted to first-ranked graduate schools and only moderates his expectations after he has been rejected and disappointed, by then applying to a lower-ranked school. He displays a similar pattern in asking out women, starting with the one he is the most interested in, even though he knows she is committed to someone else. When she is unresponsive to his overtures, he pursues someone who is more available or responsive.

For example: A mother is unable to recognize the serious difficulties her daughter is having in school, assuming it is a phase she will grow out of, despite evidence that the child has serious learning disabilities. But after confrontation by school officials, she accepts the recommendations for remedial work.

3. Always insists that "everything will turn out for the best," and maintains a cheerful "Pollyanna" attitude despite overwhelming evidence to the contrary. Flatly denies any uncomfortable realities that are contrary to an optimistic appraisal and may become hypomanic. As a consequence, constantly makes gross errors in judgment.

For example: A man consistently denies any of the unpleasant or painful realities that face him. He dismisses gross problems in his work life or his relationships, insisting that he will be readily able to work them out satisfactorily. As a result, he doesn't notice obvious warning signs from his lawyer and is very surprised when he gets fired from his job.

1. HOPE

B. FROM ABILITY TO BE HOPEFUL, TO EXCESSIVE PESSIMISM

0. **Can assess potential problems that may arise from a future course of action without being unduly pessimistic.**

For example A young college graduate of average ability applying for jobs in a highly competitive field, submits a large number of applications assuming that he is likely to get a lot of rejections.

For example: An office manager is sought out by her colleagues for her ability to anticipate the risks and problems associated with a future course of action without dampening enthusiasm for uncertain ventures.

1. **In certain situations worries excessively after encountering an obstacle, and is unduly pessimistic about overcoming future problems. However, with some reflection, is often able to control pessimistic expectations and proceed.**

For example: After suffering rejection from a woman, a young man doubts that he will ever find someone who will accept him, but after a time regains his perspective and pursues other woman.

2. **Definitely pessimistic, worries excessively about the future, and emphasizes potential negative consequences for many neutral events. Functioning gets compromised by such an outlook. However, can respond to the reassurance of friends and regain some perspective.**

For example: Upon receiving any bad news, a student reacts with a general attitude of gloom. If she gets a bad grade she finds it difficult to mobilize herself to study for her next exam, convinced that she will fail again. If her male friend is the least bit angry, she worries that he will react her. She reacts even to minor illness in her parents with the fear that they are dying. However, after she talks these things over with others she is able to regain her equilibrium.

For example: A young college graduate, after being rejected for a few jobs in the field for which he prepared, gets overly pessimistic, thinking he will never find appropriate work and finally settles for work somewhat below his capabilities.

3. **Constant and pervasive, intensely pessimistic attitude about the future. Only attends to the negative side of any future situation and denies that anything positive could ever happen. Lives at all times under the cloud of "Murphy's Law" (Whatever can go wrong, will).**

For example: A woman greatly exaggerates the negative impact of any negative occurrence and cannot maintain any realistic perspective about the future. If her child gets a poor report card, she is sure he will never amount to anything; if her husband is reprimanded at work she envisions him getting fired and the family on welfare; if anyone is late she is sure they were in an accident; if anyone is sick she imagines the worst possible illness.

2. ZEST FOR LIFE

A. FROM ABSENCE OF, TO PRESENCE OF, OVER-EXCITEMENT

0. **No evidence of expression of over-excitement in areas of work, play, or in relationships that irritate or otherwise generate a negative impact on others.**

For example: A person who gets appropriately excited upon winning an award or prize, getting a promotion, or scoring outstandingly on an examination. This is not unduly sustained and the person gets back to a normal emotional equilibrium after an appropriate interval. Others who observe or are aware of this are not put off by it.

1. **Tendency to become somewhat over-excited in a way that may have a negative impact on others, but only a mild one. Can easily become calm or be made aware of any exaggerations and the impact of these on others, and can then control expressing them. Nevertheless, when excitement is not mirrored, is likely to temporarily feel slightly dejected or embarrassed. Functioning is only slightly impaired.**

For example: A woman is excited when anticipating getting together with her friends that evening. She greets people with such enthusiasm that it is experienced by her guests as overdone, and they react with some embarrassment and coolness. It turns out that she also has a reputation at work as "gushing" enthusiasm for projects in a way that co-workers dislike. At times her friends give her feedback about this, and with embarrassment she acknowledges her behavior and makes attempts to keep her demonstrations of enthusiasm in check

For example: A generally competent and well-liked physics professor has an irritating habit of frequently proclaiming how exciting the field of physics is, in a way that seems somewhat overdone and annoying to his students. One of his favorite students mentions this to him and he blushes in acknowledgement.

2. **Has a distinct tendency to become over-excited to a degree that has a moderately negative impact on others. Able to tone things down only with considerable effort or with persistent input from others. Awareness of out-of-proportion or inappropriate nature of demonstration or feelings is definitely compromised.**

For example: A man consistently demonstrates excitement for his woman friend in such an overdone way that she is turned off, and the relationship is threatened and only tenuously maintained. When she tries to explain, he doesn't quite understand what it is that bothers her. This is a pattern for him only in intimate relationships and does not otherwise occur in work or play settings.

3. **Strong propensity to react with out-of-control over-excitement. Almost no awareness of out-of-proportion or inappropriate nature of demonstrations of feelings. When excitement is not mirrored, person is likely to be oblivious to this or to feel deep dejection or to become rageful and devalue others in a grossly inappropriate manner.**

For example: A man is so prone to nonstop expressions of how excited he is about things- whether it be his "incredibly marvelous friends," the "amazing, incredible 49ers," or his "stupendously interesting" post office work- that people assiduously avoid him, and he has considerable difficulty maintaining relationships and holding down a job.

2. ZEST FOR LIFE

B. FROM READILY AVAILABLE ENTHUSIASM, TO DRUDGERY

0. **Can readily convey enthusiasm.**

For example: A hardworking and productive professor is clearly enthusiastic about her subject and has a reputation for conveying this to students in a way that motivates them to work hard. She is not dejected

when a particular student does not respond to this enthusiasm, but instead tries a different tactic to reach that person.

For example: A woman has a sense of excitement and enthusiasm when anticipating getting together with her close friends that evening; upon their arrival she jumps up to greet them and gives everyone a hug, which is well received by warm smiles all around.

1. **Ability to experience and communicate enthusiasm is present, but not so readily available. At times has difficulty feeling enthusiasm when this seems indicated by circumstances. While person may be bothered by this, its effect is only slight.**

For example: A hardworking and productive professor has a reputation for having a teaching style that is reasonably interesting. Periodically he cannot maintain his interest and his lecture style becomes more mechanical. He will become aware of this over time and he will re-energize his presentation.

2. **Ability to experience and communicate enthusiasm is distinctly limited. Occasional expressions of enthusiasm are clearly forced and maintained only with effort. This difficulty in being enthusiastic has a definite impact on functioning.**

For example: A person is at a party and is sitting alone. With considerable cajoling, his friends prevail upon him to join in and he does this with some show of enjoyment.

3. **Almost never experiences or expresses enthusiasm about anything. Functions in plodding, joyless manner to an extent that makes it unpleasant. Functioning is seriously affected.**

For example: A hardworking and productive professor who teaches in a consistently perfunctory and monotonous way. Although she knows her subject matter quite well, students try to avoid her classes because she is so dull. This is characteristic of her in almost all areas of life.

2. ZEST FOR LIFE

C. FROM INVESTMENT IN LIFE ACTIVITIES, TO APATHY

0. **Ability to maintain a sense of investment and meaningfulness in life activities. May occasionally lose interest in one or more of them. Even during these times, however, the person is aware that, in fact, the investment is still maintained and sense of caring will return.**

For example: After a period of overinvolvement with a project, a person finds himself saying, "I don't care about this anymore," but quickly realizes that, in fact, he does care and just needs a vacation from it.

1. **Basically feels that activities are meaningful and usually cares and is onvested in things, but is prone to occasional periods of loss of interest or disengagement that are readily reversible.**

For example: Young woman notices that she regularly loses interest in just about everything after visiting her parents, but after several days of this she automatically bounces back.

For example: A lawyer is easily bored while working at her relativel successful law practice, but loves to spend time with her family and play tennis with friends.

2. **Uncertainty about meaningfulness of life activities and some difficulty in maintaining them. Is frequently uninvested in several areas but manages to function, albeit with difficulty. This is likely to be noticed by others. Reversible only with considerable effort, and person may require assistance from others for this.**

For example: A young woman notices that after every contact with her parents she stops caring about her relationship with her male friend and about her career in a way that threatens both. She can become reinvested after obtaining support from her boyfriend.

3. **Clearly feels lack of meaningfulness in life. Very frequent and pervasive disengagement from most life activities. Functioning seriously and obviously impaired.**

For example: A war veteran who lives on government compensation checks can't seem to care about anything enough to get involved productively in a job, in relationships, or even in hobbies.

3. ATTRIBUTION OF RESPONSIBILITY

A. FROM TAKING RESPONSIBILITY, TO OVER-EXTERNALIZING

0. **Able to see own contribution to events and to take responsibility for the undesirable consequences of own behavior. Can acknowledge responsibility for mistakes.**

For example: A student breaks a flask in a chemistry class. His first impulse is to call the flask defective, but he immediately realizes that he forgot to tighten a clasp.

1. **Occasional or mild lapses in the experience of self as being responsible for undesirable behaviors, thoughts, or feelings. Some other person or forces beyond own control are initially held to be accountable. Can reflect on this experience and readily acknowledge more responsibility than was first recognized.**

For example: A wife and mother feel that these roles make it impossible for her to pursue a career she previously enjoyed, and she sometimes says, "My husband doesn't want me to work," but on reflection can see that she enjoys the life of running the household, and chose not to take a job.

For example: A man makes inappropriate sexual remarks to a female co-worker at a party. He initially dismisses his behavior by saying, "She behaved seductively," but then apologizes and vows to better control his behavior.

2. **Definite tendency not to take responsibility for undesirable behaviors, thoughts, or feelings. Usually blames other persons or forces beyond own control. With external pressure or considerable internal effort, can acknowledge own responsibility.**

For example: A woman rarely takes responsibility for mistakes at work. Instead she blames co-workers, or equipment, or may use her mood or state of health as explanations for what went wrong. When boss suggests how she contributes to the problem and how she might avoid the situation in the future, it takes a while for her to see the point, she eventually takes the advice and changes her behavior.

For example: A veteran often complains that his parents were too poor to send him to college, and he ended up in a blue collar job that he sees as not allowing him to live up to his potential. When a friend reminds him that he could have used his veterans benefits to attend college but instead chose to get married and start working right away, he grudgingly says, "You're right." He then complains about how his wife and children keep him from doing things he wants to do.

3. **Unwilling to take any responsibility for undesirable behaviors, thoughts, and feelings. Always blames other person or forces beyond own control. Even with confrontation with others, is unwilling to take any responsibility.**

For example: A man consistently describes himself as a victim of circumstance. When speaking of his feelings, starts the sentence by saying someone else "made" him have a feeling. Avoids taking responsibility for mistakes at work and sees self as only following from others.

3. ATTRIBUTION OF RESPONSIBILITY

B. FROM DISCLAIMING OF RESPONSIBILITY, TO OVER-INTERNALIZING

0. **Able to acknowledge the impact of other people and of unforeseen events on one's own undesirable thoughts, feelings and behaviors. Does not take responsibility for events that are beyond one's control.**

For example: A student breaks a flask in chemistry class. First impulse is to berate self for clumsiness, but then notices that the glass was defective.

1. **Occasional or mild lapses in which the person loses sight of the contribution of other people or of external circumstances to undesirable events in own life, so that self is blamed beyond what is warranted by the situation. On reflection, is able to see how external events played a part.**

For example: A woman loses her job due to a merger of her company with a larger corporation. She occasionally has the thought that if she had only performed better or been more likable she would have been kept on. On reflection, however, she realizes that hundreds of people lost jobs in the merger, and that there was nothing she could have done to prevent its happening.

2. **Notable tendency to blame self unduly for negative events. Can moderate this feeling with considerable effort when confronted with evidence and arguments to the contrary.**

For example: In her social groups, a woman apologizes excessively for any behavior she thinks is not pleasant or hurtful, and feels she has to maintain the group's morale. When her friends confront her about blaming herself too much and taking too much responsibility for others, she can come to see that they are right and change her stance.

3. **Major and pervasive sense that self is the primary cause of everything untoward that happens in life, without taking external events into account. Even when confronted or reassured by others, is simply not able to see how other people and external circumstances contributed to what happens.**

For example: A woman who has been diagnosed with breast cancer reads in a magazine that psychological factors contribute to the development of the disease, and to the course of recovery or failure to recover. She reviews her life and tries to remember every occasion when she acted "neurotically" and tries to force herself to adopt the "right" attitude toward her illness. Even though doctors, friends, and family members reassure her that her illness is not her fault and remind her of a strong genetic loading in her family, she is adamant that she could and should have prevented this from happening.

4. FLEXIBILITY

A. FROM OPEN TO CLOSED-MINDEDNESS

0. Can freely consider and use all external information and ideas. Can change previously held ideas when warranted. Does not show a tendency toward closed-mindedness or rigid, limited thinking.

For example: A high school mathematics teacher who had been trained in "traditional Mathematics" responded to her department's curriculum change to the "New Math" by exploring all of the details of the new system, considering its advantages and disadvantages when compared to the prior approach, and then generating teaching aids to help her students learn the new concepts.

1. Generally able to consider and use new information and ideas, but shows some slight feeling of resistance in which the new information is experienced as threatening and greeted with some distrust and anxiety. Can reopen consideration without external pressure or supports. This internal struggle may not be obvious to others.

For example: Single woman has idea that she is not forming relationships with men because fewer and fewer are available as she grows older. She reads an article that reports new data indicating that contrary to what is commonly believed, there is not a declining supply of men between ages 30 and 60. At first she dismisses the data as "ridiculous, patently false." Later, she is able to reconsider, to reread the article and note that the data were gathered by a reputable source and to consider whether her previous belief was a bias that helped her to dismiss any personal contribution to her social situation.

2. Is somewhat open to novel information, but shows a definite tendency to undervalue new ideas. Strong external pressure must be present for persons to be able to consider the new point of view in a way that actually alters their previous outlook. Judgment is definitely impaired, and work and relationships suffer as a result.

For example: Person who is generally 'conservative' when it comes to considering any change, but may "come around" eventually, well after most others have integrated the change.

3. Totally unquestioning correctness of own, rigidly held ideas. Not interested in new information and rejects any contradictory evidence out of hand, to the extent of bending or ignoring reality evidence.

For example: Person who has reputation for being "closed-minded," whose motto is "I already know what I think so don't confuse me with the facts."

4. FLEXIBILITY

B. FROM CONFIDENCE, TO CONFUSION AND SELF-DOUBT

0. Can sort through available information and ideas with a sense of being able to determine what appears to be valid and what does not without undue doubt. Can discard ideas that don't seem compelling and keep those that do. Has a sense of conviction about own ideas.

For example: The patient who can respond to a therapist's interpretive comments by considering them, elaborating on what's being suggested, and still be free to disregard or disagree in the face of contradictory internal evidence. For instance, Therapist: "You seem to be acting on the assumption that you shouldn't have needs and that, if you do, you shouldn't mention them" Patient: "You mean like with my friend the other night? I didn't tell him that I needed to get home early. I see what you're getting at. But, actually, it's not that I feel I shouldn't mention it to him it's that I had told him a number of times and I was seething inside. It's more like I was telling you earlier. I just don't know what to do when I'm angry, so I just keep quiet."

1. Generally values own opinion but shows some proneness to doubt, rumination, and uncertainty. Checks self and looks for confirmation from some other sources before feeling secure in ideas. Accomplishes these steps without pressure from others, rather with a sense of need for reorientation.

For example: Engineer has an idea about how to develop a new product. She writes up a project description but cannot locate any supporting ideas in the professional literature. She begins to doubt her idea and to assume that her reasoning has been faulty, but she can then return to her own idea when she comes back to approach the problem again.

2. Shows some interest in being able to know and hold ideas with conviction, but shows a moderate tendency to become uncertain and doubt own opinions in the face of contradictory information and ideas. Can only regain own point of view with strong support from others. Ability to know and to hold judgments is definitely impaired, and work and relationships suffer as a consequence.

For example: The doubting, procrastinating, balancing obsessional who's always checking sources, making lists of pluses and minuses, and weighing alternatives. Can ultimately make a reasoned decision under pressure of time and circumstance.

3. Unquestioningly dependent on guidance solicited or extracted from others in forming ideas and opinions. Reports doubt or confusion about own ideas, memories, mental content. Pervasive lack of clear, active participation in any decision-making.

For example: The extreme obsessional is ultimately unable to make a reasoned decision and throws things up to chance with frequent negative consequences.

5. PERSISTENCE

A. FROM ACCEPTANCE OF LIMITATIONS, TO "DRIVENNESS"

0. Is able to accept limitations on what one can achieve without being driven past own limitations.

For example: A man is offered a very attractive job opportunity. He turns it down after deciding that it is actually beyond his capabilities.

1. In some situations is somewhat driven to achieve beyond own limitations. Although may suffer dysphoric affect, can soon enough act in accordance with limits, so that adaptive functioning is hardly compromised.

For example: A woman agrees to take on an additional commitment because she feels she ought to, even though she knows she will be overextended. After struggling with it for a while, she realizes that it is not feasible and reluctantly withdraws.

For example: A man starts playing tennis for enjoyment, but begins to feel competitive with other much younger and better players. For a while he pushes himself beyond his limits. He realizes that he can no longer perform at that level and settles down with partners at his own level and begins to enjoy the game again.

2. Clearly pushes self beyond own limits but can back off; sometimes this requires confrontation or strong encouragement by others. Anger, depression, or other dysphoric affect accompanies recognition of a gap between aspirations and accomplishment.

For example: A man tries to do everything extremely well and ends up over-scheduling his day with work, social, and family activities. When his level of activity and drivenness affect his health and his doctor tells him to take it easy, he pulls back

3. Compulsion to achieve beyond any recognition of limitations results in seriously compromised functioning.

For example: A man has almost no social and recreational activities because he is driven to pursue his occupational success to such an extent that he spends every waking hour at work. His inability to acknowledge his own limitations wreaks havoc with his life.

For example: A woman continually takes on so many activities that she is constantly over-extended physically, emotionally, and financially. In spite of repeated instances of failing to come through on commitments and constant urgings from friends and family she is totally unable to put limitations on what she will take on. As a consequence, she ends up achieving little and seriously alienating others.

5. PERSISTENCE

B. FROM ABILITY TO PERSEVERE, TO GIVING UP

0. Is able to persevere on goals in the face of internal or external obstacles even when tempted to give up.

For example: A person sends out several resumes for a job. All are rejected. Despite this he is not deterred and uses the feedback to create an improved version of the resume.

1. Is generally able to persevere in the face of obstacles whether internal or external. On occasion, becomes discouraged and is tempted to give up. Is, however, able to remobilize and resume, with only minimal impairment of functioning.

For example: A person sends out several resumes for a job. All are rejected, and the person becomes discouraged and decides to stop the search. After a while, he realizes that he really does want to change jobs, and continues the search.

2. Tends to give up in the face of obstacles. The retreat does impair functioning. With encouraging input is able, with considerable effort, to resume.

For example: A woman is known by her friends, family, and co-workers as someone who is easily discouraged and gives up. They all know it takes considerable prodding and encouragement to get her to persevere when the going gets tough. As a result, her accomplishments are substantially limited.

3. Gives up in the face of obstacles so that functioning is very seriously affected.

For example: A man has almost no social or recreational activities, and is only marginally employed. This is because any adversity produces paralyzing anxiety.

6. COMMITMENT TO STANDARDS AND VALUES

A. FROM TOLERANCE TO MORALISM

0. **Tolerant of individual variations in the interpretation of rules and standards of the social groups to which one belongs. Does not excessively hold to letter of the law.**

For example: A parent with strong religious convictions has a child who marries someone and is able to accept the spouse into the family.

For example: A therapist makes decisions about disclosure based on understanding the principle of neutrality rather than rigidly withholding information because of a "rule" against disclosure.

1. **May be temporarily somewhat self-righteous or intolerant of those who do not conform to norms, or may temporarily hold self to excessively high standards. Recovers with only mild impact on functioning.**

For example: A woman can tolerate sexual freedom in others without being judgmental, but is somewhat rigid about standards for her own conduct.

For example: A usually tolerant man develops a tendency to lecture his adolescent children on issues of propriety of behavior and thought.

2. **Highly attentive to following rules, obeying laws and conforming to a certain set of moral standards. Quite intolerant of those who violate standards. May acknowledge the existence of other value systems, but finds it hard to act on this understanding. Will reluctantly relax rigid stance when confronted by others. Functioning has meanwhile been impaired.**

For example: A woman seen as very "proper" in all aspects of her life refuses to continue a relationship when a friend does something she perceives as against her social code. Over time, when urged by others, she can make overtures to renew the relationship, though the friend has misgivings.

3. **Rigidly adheres to a social, religious or moral code with almost no tolerance for other value systems or for individual variation within own group. Refuses to acknowledge acceptable differences except in very extreme circumstances (e.g., life or death issues).**

For example: A member of a fundamentalist religious group refuses even to gain intellectual knowledge of other viewpoints, including not allowing own children to read such books in public schools.

For example: A woman spends so much time and energy monitoring and trying to "correct" the "morality" of friends, relatives, and co-workers that all her relationships are strained, and people avoid her whenever possible.

6. COMMITMENT TO STANDARDS AND VALUES

B. FROM ADHERENCE TO, TO- ABSENCE OF, PRINCIPLED BEHAVIOR

0. Understands and accepts the need for both informal values and encoded rules for the maintenance of cultural and social groups. Abides by ideals to an acceptable degree, without breaking rules or flouting standards of behavior. Balances needs/wishes of self with those of larger group to guide behavior.

For example: A man is tempted to have an affair with a married woman he believes would be responsive, but decides not to pursue the relationship because he feels it would be wrong to do so and others could potentially be hurt.

For example: A restaurant owner has many opportunities to cheat on taxes because his business is conducted mostly in cash, but he keeps careful records and pays honestly.

1. Usually understands and conforms to social standards and values, but may engage in behavior that is slightly counter to generally accepted moral standards. May feel somewhat resentful at being expected to conform, but will also usually feel guilty and alter the behavior and try to make amends to others.

For example: A woman calls in sick unnecessarily during an especially stressful time at her job, without consideration for the extra load this puts on her co-workers. She feels badly about this all day and works hard to help others when she returns the next day.

For example: A woman does not correct the mistake when she is undercharged at a large department store, justifying her behavior by saying that she grew up poor and besides the stores charge too much for their merchandise. She does not do this in small neighborhood stores, and is honest in other situations.

2. Definite pursuit of self-interest and willingness to break rules and social conventions and try to get away with things, unless monitored by others, or the negative consequences are clear and unavoidable.

For example: A man is opportunistic in his business practices and most other relationships with the attitude that he should get his first, then let the others get what they can. At work, he manipulates to get the highest-pay clients, even when they should go to other colleagues whose turn it is. When he sees that this is embittering his relations with his co-workers, he will reluctantly concede their turns to others.

For example: A man has adequate financial resources but resents a court order and is consistently delinquent in paying child support to an ex-wife until she has her lawyer send threatening letters.

3. Consistently resists the idea of authority, social conventions, or the imposition of standards of conduct. Only abides by blatant self-interest, with attitudes and behavior regularly in active opposition to group norms and rules. Will act in ways that harm others without acknowledging their impact.

For example: A businessman persistently engages in unethical or illegal deals like giving bribes or kickbacks to secure business. When caught, he at first denies it, but when presented with incontrovertible evidence, he claims that everyone would act this way and brazenly it out.

7. COMMITMENT IN RELATIONSHIPS

A. FROM BEING ABLE TO DISENGAGE, TO COMPULSIVE OVERINVOLVEMENT

0. Can disengage from problematic relationships, either wholly or in part, without feeling trapped by guilt, fear, worry, or false pride.

For example: Woman supports fellow worker in initial dispute with boss but when it becomes clear that fellow worker is prone to engage in a series of disputes, the woman pulls back and does not become further embroiled in the ongoing battles.

1. Generally able to maintain a sense of choice about engagement in relationships, but shows some tendency to become enmeshed beyond "sensible" limits. Can regain distance without external supports, but the process may feel somewhat "wrenching." Freedom of movement is slightly affected as a result.

For example: Person has a roommate who is generally inactive and lonely in the evenings. Every independent invitation the person receives is met with sighs and pouting from the roommate. On each occasion, the person feels torn, does choose to go, but feels occasional pangs of guilt when away and always on return.

2. Values freedom of choice about relationships, but shows a definite tendency to be unable to disengage when this would be the appropriate course of action. Only able to detach or separate by concerted effort or by mobilizing special supports or in the presence of special external pressures.

For example: Person who is known in his family as "The Pushover" because of his difficulty in setting limits on problematic relationships. He feels compelled to respond to any emotional appeal and can only wrench himself away from these relationships if his spouse becomes fed up and intervenes.

For example: Person is particularly sensitive about the issue of abandoning loved ones in need, can only take time off from caring for a severely ill spouse if he works himself into a state of exhaustion, so that his whole family intervenes and insists that he rest.

3. Compulsively over-involved, unable to disengage no matter how unrealistic, inappropriate, demanding, or confining the relationship.

For example: A dependent battered spouse doesn't consider leaving the relationship out of a mixture of worry that she will not be able to survive on her own, and that her spouse will not be able to survive without her.

7. COMMITMENT IN RELATIONSHIPS

B. FROM FIRM TO LIMITED, TENUOUS COMMITMENT

0. Can maintain positive relationships. Can withstand pressures from adverse external circumstances and from "normal" fluctuations in the emotional climate of the relationship itself. This is not to say that the person does not experience times of frustration, disappointment and doubt about the relationship, but that these episodes are justified by the circumstances, and readily overcome.

For example: A spouse's commitment to a basically good marriage is unshaken by partner's erratic mood and behavior during period of "mid-life crisis."

For example: Regardless of strong feelings aroused during the treatment, the patient does not doubt the benevolent interest and concern of the therapist and is not shaken in commitment to treatment.

1. Generally able to form and maintain a sustained positive relationship, but is vulnerable to some doubt and weakening of commitment in times of trouble. These periods of doubt are reversible by the person without external assistance, although with difficulty at times. The relationship suffers only slightly as a result.

For example: A spouse stays committed to a basically good marriage but talks or fantasizes about divorce whenever there is a quarrel

For example: A patient frequently feels misunderstood, disappointed or angry, and thinks and even talks about quitting treatment, while maintaining a basic sense of engagement with the therapist and the work.

2. Shows definite proneness to doubt or devalue positive relationships in any time of difficulty. Functioning is moderately impaired and the person will only be able to maintain the relationship by real conscious effort or with situational supports or restraints.

For example: A patient responds to any emotionally charged issue in treatment by threatening to quit and acting out through lateness and missed sessions. Nonetheless, the patient does stay in treatment.

For example: A person has strong worries about being trapped in a close relationship. He can maintain an enduring commitment to a married lover, or a lover who lives elsewhere and visits periodically, but should the lover divorce the spouse to remarry or move nearby to have more contact, the person breaks off the relationship.

3. All positive relationships are tenuous and readily disrupted; does not make enduring commitments to positive relationships so that functioning is seriously compromised.

For example: A bookkeeper loves the detailed work of his job, but will quite whenever he feels criticized or intruded upon.

For example: A person feels that he has always been hurt in relationships, and is ready to withdraw at the slightest sign of hurt.

8. RECIPROCITY

A. FROM ABILITY TO REGULATE TAKING, TO EXPLOITATION OF OTHERS

0. Does not take too much from others nor exploit them.

For example: A project leader receives an award and he does not grab all the credit but shares it with others without diminishing own role.

For example: A bereaved widow receives a great deal of help and support from friends and family and expresses her appreciation. Realizing how much they are putting themselves out for her, when she is feeling better she no longer accepts offers of help.

1. Generally can negotiate ways to take others' needs into account but sometimes will take some advantage of others. Is able to bring this back under control relatively easily and respond at the first hint that others object.

For example: A project leader faced with a deadline expects others to do more than their share of the work without giving them commensurate credit. However, after the deadline pressure is over, he is able to acknowledge their extra contribution.

For example: A male college student conveys to a woman friend that he cares more for her than he really does, in order to have sexual relations with her. He begins to feel regret about this and stops doing it.

2. Moderate tendency to exploit others. Uses people for own purposes without sufficient regard for the others' needs. Able to alter behavior only when others point it out to him and with considerable effort.

For example: A manager does not acknowledge other workers' contributions. She expects others to work for her without giving back much in return. When her fellow employees confront her with this behavior she grudgingly acknowledges it.

For example: A male college student will grossly mislead women about his level of interest and commitment for the purpose of a sexual conquest and then drop them with little remorse. He acts entitled and rationalizes that they wanted sexual relations as much as he did. When it becomes apparent how much he has hurt a woman he feels badly and backs off.

3. Takes from others without taking their needs into account., Looks after own interests with no regard for the other person's needs. When others point this out or feel disappointed, it has little or no impact.

For example: A boss routinely presents subordinates work as his own. He takes excessive credit for joint efforts and cannot acknowledge team members' contribution to a joint project, even when it is directly pointed out to him.

For example: A woman with a venereal disease has sexual intercourse without informing her partners of the risk they are taking.

8. RECIPROCITY

B. FROM ABILITY TO REGULATE GIVING TO OTHERS ORDER OF SELF

- 0. Does not give too much at the expense of the self.**

For example: A mother is asked to do a car pool for the neighbor's kids on an inconvenient day. She agrees to do it one time but stipulates that she can't do it every week.

- 1. Slight tendency to give too readily without consideration of own needs. Self-sacrificing behavior can be easily modified when it becomes self-evident or when others point it out.**

For example: A housewife occasionally has difficulty doing things that are important to her when her needs conflict with husband and children. Under pressure of an emergency, she characteristically assumes a self-sacrificing role. After the emergency passes she has some difficulty insisting on having her own needs met, but can usually do so.

- 2. Moderate tendency to give to others in a way that is neglectful of the self. Is very ready to give when someone else's needs are expressed and is often vulnerable to exploitation by others. Is able to inhibit excessive giving only with considerable effort or when others point it out.**

For example: Overly self-sacrificing woman sets aside things of importance to her to meet the needs of others. When someone points out to her how foolish and masochistic she is being, she can temporarily alter her behavior.

For example: A man feels obligated to take care of his dying parent virtually on his own, despite offers of help from other siblings. His overly self-sacrificing behavior is to the detriment of himself, his family and his career. When his siblings protest he is able to accept a little more of their involvement.

- 3. Has to always be in the giving, self-sacrificing, or martyr position. Is highly vulnerable to exploitation by others. Actively seeks out or maintains relationships where one is constantly giving to someone else at the expense of the self. Is totally unable to insist on getting own fair share.**

For example: A husband stoically puts up with his wife's chronic alcoholism. This has caused him great emotional and financial hardship, but he feels it is his lot in life and should be borne.

For example: A wife repeatedly uses her inheritance to bail out her husband from his gambling debts.

9. TRUST

A. FROM OPENNESS TO OTHERS, TO EXTREME SUSPICIOUSNESS

0. Willing to relate to others with no undue expectations of betrayal, frustration, or disappointment, nor feelings of being too exposed and vulnerable. Does not question others' motives without good evidence. If feelings of skepticism or suspicion do occur, the person can step back and realistically assess the situation and decide whether to trust the other person.

For example: A woman having lunch with an acquaintance has reason to talk with her about an important, personal subject. She begins with relatively distant or neutral aspects of the situation, watching how the other person reacts, and only when she sees a positive response does she tell the whole story.

1. Generally realistic in trusting appropriate people, but shows some tendency to have doubts or excessively cautious. Will eventually perceive that the doubts are unjustified and put them aside. Relationships with others and ability to function are only slightly affected.

For example: A divorced woman is extremely cautious in establishing new relationships with men. She realizes in time that her generalized mistrust of men is unfairly applied in many cases and she is able then to socialize appropriately.

2. Shows a distinct tendency to question the motives, honesty or reliability of others. Such unrealistic suspicion can be overcome with concerted effort or with external support such as confrontation, additional evidence, or reassurance. Relationships are sometimes strained by guardedness, and functioning may be compromised by the repetitive need to address issues of trust.

For example: A man is guarded with people he does not know well, and takes a long time to really trust anyone. Only over time has he been able to develop more open, trusting relationships with his wife and with longstanding friends.

3. Extreme distrust of others and misconstrual of behaviors. Convinced others will act against the self, and is not reassured by promises or evidence to the contrary. Relationships and daily functioning are seriously impaired by extreme suspiciousness.

For example: A man questions the motives of everyone he knows, and never assumes that intentions are positive. He is always searching out ways others may be taking advantage of him and cannot maintain friendships because others become aware of this suspiciousness.

9. TRUST

B. FROM AVAILABLE SKEPTICISM, TO EXTREME GULLIBILITY

0. **Trusts others only after a realistic appraisal of the person and the situation. Is cautious enough to protect own interests (by getting second opinions, etc.) when there is evidence of untrustworthiness or when the cost of an error in judgment would be great.**

For example: A woman inherits a considerable amount of money and asks friends for recommendations and carefully interviews several financial consultants before deciding which one she can trust most.

1. **Generally able to protect self and own interests by assessing situations and persons realistically, but shows a slight tendency to trust others too readily and to act on others' advice without adequate reflection. Is able to remind self and to take corrective measures spontaneously, so that functioning is only slightly impaired.**

For example: A man already heavily in debt is pressured by a friend to take another loan to join him in a rather risky venture. He initially goes along with the friend's plan, but then realizes that the friend is exaggerating the positive aspects and may be taking advantage of him. He cannot afford to take such a risk, and withdraws from the deal.

2. **Shows distinct tendency to act on others' advice, or accept their opinions without adequate reflection or independent assessment. This tendency to trust too much can be overcome with concerted effort or with external support, such as questioning by a friend, or evidence that such action is leading to negative consequences. Functioning is noticeably impaired by getting self into situations of exploitation.**

For example: A man is identified by all his friends and family members as a "soft touch," so that whenever anyone needs money or other favors, they ask him, with promises to repay him soon. He never asks for a specific understanding and is sometimes not repaid. His wife often needs to intervene to prevent his being exploited.

3. **Extreme gullibility. Discloses information or takes advice with no apparent ability to discriminate or assess others' trustworthiness. Seems convinced that no one would betray, disappoint, or take advantage of others and seems unaffected by evidence to the contrary. Daily functioning is impaired by lack of realistic guardedness and relationships may be unstable as one unreliable person replaces another.**

For example: A young woman does not seem to protect herself in any relationship. She is exploited by men who promise to take care of her, and then become abusive. When she is not living with a man, she tends to allow her female roommates to use her car and clothes, despite many past losses. She is always enthusiastic about any new relationship and consistently believes people when they promise not to abuse her again. Her life is frequently disrupted, as she moves around to live with new boyfriends or roommates.

10. EMPATHY

A. FROM APPROPRIATE DISTANCE, TO EMOTIONAL ABSORPTION

0. Is able to distinguish between own viewpoints and reactions and those of the other, even in very emotionally-laden circumstances. Does not become absorbed by emotional states of other people.

For example: A parent whose child is having a struggle with a teacher is able to listen to and resonate with the child's perceptions and feelings about the problem, but neither takes up the child's battle unnecessarily nor attempts to make the child see things the adult's way.

1. May become overly reactive to the other's emotional state, expectations, or wishes. Can see and correct such a loss of distance. This has had a slight impact on functioning.

For example: A woman's mother has a minor illness and wants the daughter to take a leave from work to be at home with her. The daughter's first impulse is to arrange a leave despite being involved in an important project, but she then has second thoughts and realizes this doesn't make sense. She feels somewhat guilty for not responding to her mother's wish, but also feels this is the appropriate course of action.

2. Over-responds to the internal state of other people. Such distortions or losses of distance may be overcome with difficulty and may require external feedback and support. This has definitely affected functioning.

For example: A woman works in a small office and cannot concentrate on her own work if any of her coworkers is in a bad mood. Instead she tries to elicit the story of what is causing the other person's distress, to comfort and help them. She will return to her own task when ordered to do so by her employer.

For example: A man has a difficult relationship with his own mother and gets involved in every argument his wife has with her mother, calling up his mother-in-law and extending the argument despite his wife's request to let her handle it herself. After discussion with his wife, he does calm down and apologizes to his mother-in-law.

3. Strongly overreacts to the emotional states of other people. Not able, even with external support, to maintain appropriate distance.

For example: A man gets so involved in the minor grievances of his friends that the friends are taken aback and withdraw from the relationship because the intensity of his emotional response is confusing and disturbing to them.

10. EMPATHY

B. FROM EMOTIONAL RESPONSIVENESS, TO EMOTIONAL BLUNTING

0. Responds to others' expression of feelings without withdrawing or dampening own feelings.

For example: A person who is involved in an accident is able to act quickly to call police and get medical help without being swayed by feelings, and cries later when the crisis is over.

For example: A woman has a friend who is extremely upset about a certain situation. She is able to suspend her own emotional reaction in order to help the friend assess what is going on and regain perspective.

1. Some tendency to lose or withdraw from emotional contact with the other person. Can readily overcome this tendency to take distance with only slight impact on responsiveness.

For example: A person responds to a stressful period in a marital relationship by spending more at work and trying to keep conversations with spouse limited to task-oriented issues, but recognizes this tendency and either initiates or responds to spouse's invitation to an open discussion of their feelings.

2. Definite blunting of emotional responsiveness to others. Responds mostly to external behavior with little emotional resonance. In the presence of distinct support or the pressure of circumstance, will be able to experience and acknowledge some emotional connection.

For example: An employer lives "by the book" and expects all employees to do the same. He arranges the agenda of meetings so that there is no discussion of emotional responses to decisions or events, and never notices the emotional state of employees. He is surprised when feelings come up in meeting, but will make an effort, not always successful, to take feelings into account if someone goes to enough lengths to bring such issues to his attention.

3. Almost completely unable to respond to emotional states of others. Extreme emotional detachment or flatness. May be inaccurate or uncertain about feelings or simply unaware of this realm of existence. Discussions of feelings are almost completely avoided.

For example: A teacher is in a very blunt way consistently critical of students in front of entire class with no sense of awareness of the embarrassment involved for the students.

10. EMPATHY

C. FROM TAKING THE PERSPECTIVE OF OTHERS, TO EGOCENTRICITY

0. **Able to understand others as having unique motivations and reactions, and as interpreting events from their own perspective, which may be different from that of the self.**

For example: A man is upset with a woman he has been dating because she went alone to a party at the home of a mutual acquaintance when he was not invited. He explains his reaction to her, including his feelings about not being invited initially and about her going without him. She explains her perception of the party and her feelings about going, even though he was not invited. Although neither of them changed how they felt, each could understand the situation from the other's perspective.

1. **Usually able to understand the motivations and reactions of other people, but at times this requires a special effort. Relationships with others only transiently affected by this behavior.**

For example: A woman who usually is quite understanding toward others finds that she is consistently unable to figure out or predict how a certain co-worker will react to interactions or events at their office. She asks the other woman to lunch and discovers that her background and expectations are very different from her own. With some effort, she is more able to understand their interactions.

2. **Has distinct problems with being able to grasp the point of view of others. With distinct support or the pressure of circumstance, can be gotten to do so.**

For example: A man characteristically has a hard time understanding multiple perspectives and reactions to events with his friends, family and colleagues. With women he dates, he cannot understand their behavior from their perspective, but only in terms of its effect on him. He finds it difficult, but after much effort on a woman's part to explain, he can grasp her separate perspective.

3. **Totally unable to grasp the perspective of others.**

For example: A man judges other people as successes or failures based on his values and on relatively superficial knowledge of their behavior and motivations. He is not able to conceive of other people having a different set of standards and is mystified when others find something admirable that he has no respect for.

11. AFFECT REGULATION

A. FROM CONTROL OF AFFECTS, TO OUT OF CONTROL "AFFECT STORMS"

0. Can experience affects and exercise control in the sense of not accentuating, acting on, or venting them inappropriately. Does not experience or express unpleasant affects in a way that intimidates or frightens self or others; when pleasant or joyous affect is experienced, does not feel overtaken by it or gush or impose it on others.

For example: A person recognizes that he has inadvertently hurt a friend's feelings. When he becomes aware of it, he feels regretful, apologizes and makes amends without lapsing into self-recrimination.

1. In certain situations gives way to sudden or strong affect or spills it inappropriately but brings it back under control without much effort. Readily makes use of internal resources to restore equilibrium.

For example: Following a disappointment at work, a man feels depressed and thinks about it a lot but stops ruminating when he notices how preoccupied he is becoming and how much it is starting to interfere with his functioning.

For example: A woman, following a success, finds it difficult to contain her enthusiasm and talk about anything else however, she picks up social cues that she is overdoing it and moderates her behavior.

2. Has moderately strong affects surges in a variety of circumstances. After person becomes aware of the inappropriateness, either through self-perception or others comments, control can be exerted and relative equilibrium restored, but only with much effort.

For example: A man is prone to lose his temper whenever he is frustrated or opposed. At work he angrily snaps at his employees when they do not perform up to his expectations, but he can calm down when they refuse to be bullied. When playing tennis he may have a tantrum when he loses a hard-fought point, but can regain control with effort when confronted with his unacceptable behavior.

3. Person has overwhelming affect surges that dominate internal experience and behavior and is likely to impose this on most people and most social situations.

For example: After a minor slight to his self-esteem, a man becomes increasingly enraged, can't stop thinking about it, and vents it inappropriately in social situations with no recognition of his effect on others. Doesn't stop even when others protest.

For example: A woman cannot discuss any sentimental or poignant topic without crying, seems inordinately sensitive to sad or tragic elements in any situation and dwells on sad themes to the exclusion of everything else. Only stops crying when she is exhausted.

11. AFFECT REGULATION

B. FROM TOLERANCE OF AFFECTS, TO HYPERCONTROL

0. **Is able to relinquish control over emotions and can tolerate painful or unpleasant affect without deflecting, avoiding, or suppressing it. Can allow pleasant or joyous affect without reining it in or inhibiting it.**

For example: A man experiences sad feelings following a loss, can allow himself to cry, and not feel unduly embarrassed or fear that it will overwhelm him

For example: A man can allow himself to express joy or pride following an accomplishment and will not feel unduly embarrassed.

1. **Mild difficulties experiencing and expressing affect. May develop transient avoidant or inhibitory behaviors in certain situations or with certain persons, but readily regains the ability to experience and express feelings appropriately.**

For example: A person cannot spontaneously express sadness after the loss of a parent and is afraid to lose control. However, during the funeral, is able to show appropriate emotion..

2. **Moderate difficulty in experiencing and expressing affect. Appears somewhat flat, overly controlled, detached and uninvolved in a variety of circumstances. Often displays an affect block or inhibition but can display emotion either with own considerable effort or when actively encouraged to do so. Interpersonal participation and personal functioning are definitely compromised.**

For example: A man cannot comfortably verbalize feelings of tenderness or love toward a woman he cares about and with whom he has been involved for many years. When she brings up this difficulty in expressing his feelings he can, with discomfort, respond. On special occasions, like a birthday, he can be more expressive verbally or perhaps non-verbally with a suitable gift.

3. **Maintains a strong and pervasive control over expressing affect whether potentially unpleasant or pleasant in character. Extreme agitation may surface with any threatened break in this rigid hypercontrol of affect. Maintains steely, numb, tight and rigid style. As a result, others cannot read his feelings and feel very uncomfortable.**

For example: A man is unable to experience or express any sadness when learning about a death in the family. Detached attitude leads his own children to call him a robot.

12. IMPULSE REGULATION

Note: This scale is used to evaluate control over impulses and appetites broadly defined as any pleasurable activity that has at least some driven, peremptory quality; for example, eating, drinking, drug use, gambling, impulse buying, etc. Interviewer should begin with a survey of the person's appetites and pleasures and then clarify their ability to regulate that impulse. Regulation of manifestly sexual and aggressive impulses is rated on separate scales.

A. FROM ABSENCE, TO PRESENCE OF, COMEPULSIVE OVER-INDULGENCE

0. **Can control appetites and pleasurable activities. Is easily able to stop or delay when appropriate and without driven or compulsive overindulgence.**

For example: A man can thoroughly enjoy eating a gourmet dinner and drinking on occasion without concern about losing control or overdoing it.

For example: A woman gets a bonus and goes out and buys a wanted new dress with no urge to splurge it all.

1. **Under certain circumstances tends to overindulge, but is able to bring this back under control relatively easily and without constraints from outside.**

For example: A man enjoys celebrations and tends to have a few drinks too many at them, but is also able to moderate himself when necessary, for instance, when he has to drive home.

For example: A woman gets a bonus check and spends it too freely, but is able to get back on her usual budget when the money is spent.

2. **Definitely overindulges but can also regain control, although it may require considerable effort reinforced by urging from others.**

For example: A hard-driving executive drinks and smokes too much each day, but can also moderate himself when coworkers and family put pressure on him

3. **Grossly overindulges with destructive consequences to work, health, and interpersonal relationships.**

For example: Every payday a man goes on a severe drinking bout and spends his money recklessly, despite the severe protestations of his wife and the major financial hardships that it causes.

For example: A woman parties every weekend with friends, using cocaine with ruinous consequences to her finances and health.

For example: A middle-aged man with a family history of diabetes and hypertension regularly overeats to the point where there is a dangerous risk to his health.

12. IMPULSE REGULATION

B. FROM ABILITY TO INDULGE IMPULSES, TO CONSTRICTED OVER-INHIBITION

0. Can allow pleasurable impulses and pursue a particular goal without being either rigid or interpersonally controlling.

For example: A man watching his diet passes up his favorite dessert.

For example: A woman gets a raise and instead of going shopping for clothes she has wanted decides to save the money toward a needed new car.

1. Mild inhibition in indulging impulses. Under particular circumstances may feel constrained or inhibited, although it is usually temporary.

For example: A young woman who likes wine, nevertheless feels worried about drinking too much and embarrassing herself if she has even one glass of wine. However, this is not a big deal all the time and she can relax and allow herself this pleasure from time to time.

2. Inhibited impulse expression. Can only indulge impulses in special circumstances or with certain people. Indulging may, but not always, be associated with feelings of guilt.

For example: Despite her relative affluence, a woman is overly controlled about spending any money on clothes. As a result, she restricts herself to only buying clothes that are on sale rather than getting what she really wants.

3. Maintains a strong and pervasive control over impulses, even when some relaxation of control is appropriate. Very much afraid of losing control; maintains tight, rigid control in all situations. As a result, appears to others as unspontaneous and little fun to be with.

For example: A wealthy man is terrified by the specter of financial insecurity and always orders the cheapest meal whenever he goes out to a restaurant.

13. REGULATION OF SEXUAL EXPERIENCE

Instructions to raters: Rate the patient based on sexual functioning considered broadly, including fantasy, feeling and behavior.

A. FROM ABILM TO RIMBIT SEXUAL EXPRESSION, TO IMPULSIVE OR DRIVEN EXPRESSION

0. **No tendency toward impulsive or driven sexuality. The person can turn away from inappropriate contexts for fantasizing about or gratifying sexual impulses.**

For example: A man enjoys sex for its own sake, but does not need it to allay anxiety. If he loses his sexual partner, he can take time to look for a suitable partner without a frenetic need.

1. **Generally able to exercise judgment about when not to indulge sexual impulses and fantasies and able to express sexual needs in a satisfying and appropriate way. Under some circumstances, however, may become excessively preoccupied with sex or overly active, but can regain appropriate control relatively easily.**

For example: In certain situations of questionable appropriateness, a man tells dirty jokes but he gets embarrassed and stops.

For example: A man requires a particular perverse fantasy to achieve sexual gratification; the fantasy does not affect his overt sexual behavior. His partner can even be unaware of the presence of the fantasy.

2. **Definite tendency to act sexually in impulsive, or driven ways. With external pressure or if faced with unpleasant consequences, will feel uncomfortable about this and curb the behavior. These behaviors cause some impairment of social functioning or risks to health.**

For example: A woman is preoccupied with sexual thoughts in a way that intrudes into other activities. In social situations, she often brings up sexual topics and jokes in a way that is embarrassing to others, and only stops when others make a strong request.

For example: Sexual experiences are contingent on intrusive vivid sadomasochistic fantasies and seeks to have partner share them. When the partner demurs, sexual gratification is impaired.

- 3 **Highly driven, impulsive or bizarre sexual expression. Preoccupation with sexuality which seriously intrudes into work and/or social relationships.**

For example: A promiscuous man constantly searches out new sexual partners and becomes intensely anxious if none are available.

For example: A man cannot refrain from making sexual jokes and comments at inappropriate times and embarrasses himself and others around him. When others press him to stop, he ignores this and laughs at their prudishness.

For example: A woman insists, despite his discomfort, that her partner beat her, in order for her to feel sexually satisfied. She has no interest in any sexual activity in which her partner does not adhere completely to a role she has scripted for him.

13. REGULATION OF SEXUAL EXPERIENCE

B. FROM ACTIVE SEXUAL INTEREST AND EXPRESSION, TO INHIBITION

0. Is interested in and able to express sexual needs. Sexual fantasy and activity are enjoyed and actively initiated. No evidence of sexual inhibition.

For example: A person looks forward to and enjoys sexual experiences. Is able to initiate sexual activity, or be responsive when partner initiates it.

1. Usually feels sexual interest and expresses needs without inhibition, but may under certain circumstances or with certain people feel constrained. Under particular circumstances which may be associated with feelings of guilt or anxiety there may be a withdrawal or inhibition of sexual interest and a blocking of sexual fantasy; however, the inhibition is usually only transitory.

For example: A woman feels more comfortable engaging in sexual activity with her husband at night with the lights out. She doesn't initiate any sexual relations during daylight but if approached, she feels anxious but goes along with it.

For example: A man wants to engage in sex at the beginning of a new relationship, but feels inhibited and anxious. Although his partner is willing, he delays some period of time to help overcome his anxiety.

2. Definite tendency to inhibit sexual interest and expression. Can come out of withdrawal, or overcome inhibition, with the urging of a willing partner and with effort. Definite impact on sexual relations.,

For example: A young woman, even when sexually interested in a man, feels very inhibited. She may engage comfortably in some sexual play but additional sexual activity makes her very uncomfortable and is not pleasurable.

For example: A man can become sexually interested in and able to perform with women he considers socially beneath him, but is much more anxious and quite inhibited with appropriate partners.

3. Avoids sexual activity and shows no current interest. If put in a situation where sexual activity is expected, the person will feel intensely anxious. Lacks overt sexual drive. May have no conscious sexual wishes, fantasies, or thoughts; leads a predominantly asexual life.

For example: A withdrawn man shows no sexual interest or involvement. Feels intensely anxious and guilty about the thought of sex, but rationalizes that he is too busy with work and hobbies to get involved.

14. SELF-ASSERTION

A. FROM ABILITY TO YIELD, TO BULLYING

0. Is able to follow other's lead, to give up pursuit of one's own goal, or to concede a point when that is the appropriate course.

For example: A man recently promoted to a management position forcefully presents some ideas for reorganizing his office, but meets with resistance from the staff. He is able to drop the idea without resentment or loss of self-esteem when he sees that pushing too hard will create poor morale.

1. For the most part, is able to adopt a flexible course of action or lose a battle when there are good reasons to yield. However, finds it somewhat hard to lose an argument or may push demands slightly beyond reasonable limits. Experiences some discomfort (e.g., resentment, humiliation) about "giving in," but can do so appropriately, so relationships are only slightly impaired.

For example: A woman doesn't forget a certain argument with her husband and attempts to bring up the issue long after he feels it should have been settled. She catches herself at this and can then drop her argumentative stance.

2. States views strongly and attempts to take charge and have wishes carried out without adequate consideration of rights of others, social impact, or other consequences. Likely to be somewhat intimidating in the use of power. Clearly reluctant to recognize when someone else presents a better argument or has the right to decide what is done. Yields only after persistent pressure from others or after extreme internal effort.

For example: A man argues strongly in any situation where a decision is to be made, is unwilling to abide by a group decision if he does not agree with it, and constantly lobbies to have it changed. He stops arguing only with distinct pressure from someone of higher authority or the entire group.

For example: A shop foreman likes to have things his own way. He uses his authority over working conditions to force others to submit. Backs off when the workers complain to the front office.

3. Chronically aggressive, bullying, and possibly threatening toward others. Tries to force others to obey, and refuses to concede a point or to act according to another person's wishes. Does not acknowledge the rights of others, or discriminate between what is worth righting for and when it might be better to drop an argument. If pressured to leave, may threaten to leave the relationship. All relationships are adversely affected by over-aggressive style.

For example: An employer insists that all his staff follow rigid requirements, and threatens to fire people for minor infringements, a threat he sometimes carries out. He refuses to listen to anyone perceived as "lower" in status and considers any act of independence as insubordination.

14. SELF-ASSERTION

B. FROM ABILITY TO ASSERT OWN INTERESTS, TO TIMIDITY

0. **Able to assert own interests without being unduly hampered by inhibition or intimidated by external prohibition.**

For example: A woman for whom the time has passed for a merit review and salary increase brings up the subject to his employer and delineates reasons why the raise is deserved. This is done straightforwardly, with a sense of security.

1. **For the most part, is able to assert own wishes and interests, but shows some tendency to capitulate in order to avoid uncomfortable confrontations. Experiences slight uneasiness about self-assertion and may tend to rationalize not acting, but is capable of pushing a point when an**

For example: A man who is generally able to negotiate with his wife wants to do something he knows she will object to. He hesitates to bring it up, dreading the argument which might ensue, but is able to tell himself that what he wants is important enough to risk an argument.

2. **Shows a definite tendency to inhibit self and fails to act in own behalf because of a perception that this is necessary to "keep the peace" or avoid conflict. Assertive behavior occurs only when directly asked or encouraged, and then with reluctance and significant discomfort.**

For example: A woman goes along with any plans made by others, feeling that no one really cares what she wants, unless she is asked repeatedly to state a preference.

For example: A man tries to rearrange his work schedule to allow him to share child-rearing responsibilities and meets with a great deal of resistance from his colleagues. He is strongly tempted to go back to the old, less convenient schedule in order to avoid the pressure, and is barely able to stick to his own plans with strong counter-pressure from his wife.

3. **Chronically passive and timid and ready to abandon own interests. Extremely uncomfortable making slight everyday requests; yields to others very easily, even to detriment of self.**

For example: A man consistently gives up her own plans, including important ones, without even mentioning them, when anyone asks her to do something else.

15. RELIANCE ON SELF AND OTHERS

A.. FROM SECURE RELIANCE ON OTHERS TO RARELY.ABLE.TO RELY ON OTHERS

0. Able to rely on others with no real exceptions. Done without noticeable anxiety, suspicion, humiliation, or resentment. Appreciates that in certain areas or circumstances others may have resources or capacities to offer not possessed by the self, without feeling inadequate or insufficient.

For example: A female attorney especially enjoys collaborating with others who have skills that complement her own. She relies confidently on their judgments in areas of their special experience. People like to work with her because they feel valued and trusted by her.

1. Usually able to rely on others, with some circumscribed exceptions. Exceptions characterized by presence of some anxiety, suspicion, or humiliation, but person nevertheless able to function, perform relevant tasks adequately.

For example: A scientist prefers working alone because he feels nervous about relying on the judgment of others when working collaboratively. Nevertheless, he can and does, albeit with discomfort, productively carry out collaborative research.

2. Moderately difficulty in relying on others. Likely to experience definite anxiety, suspicion, or humiliation. While able to overcome difficulties, this requires much effort and/or external reassurance. Functioning is noticeably affected.

For example: A person feels humiliated whenever he has to seek or incorporate advice of any kind from another person. Despite this discomfort can, when pressed, accept help, albeit with a disgruntled or sulking attitude.

3. Rarely relies on others by choice, only when forced. Very pervasive disability with intense anxiety, suspicion, or humiliation generated in most circumstances where there is any pressure to rely on others. Functioning seriously compromised.

For example: A young man becomes enraged whenever he finds himself in need of help from others.

15. RELIANCE ON SELF AND OTHERS

B. FROM SECURE SELF-RELIANCE, TO RARELY ABLE TO RELY ON SELF

0. **Able to rely on self with no real exceptions. Person able to use own resources or capacities and function alone without any significant anxiety, loneliness, sadness, or feeling depleted.**

For example: A businessman usually works closely with his partner on all aspects of their small business, but is left to handle everything on his own for several weeks while his partner is in the hospital. While this involves considerable effort and is taxing, he matter-of-factly and confidently goes ahead and does his best without any anxiety or resentment.

For example: An artist enjoys working alone on his current project and tells his wife not to let anyone disturb him for several hours.

1. **Usually able to be self-reliant with some circumscribed exceptions. Exceptions characterized by presence of some anxiety or loneliness, but person nevertheless able to function alone and performs relevant tasks adequately.**

For example: A professional prefers doing collaborative work because he feels lonely and has trouble concentrating when working by himself. Nonetheless, he can and does, with some discomfort, successfully carry out solitary endeavors.

For example: A man feels he needs to take his wife along to help him when he shops for clothes. It's not that he can't do this by himself, but he would much rather not because the process makes him anxious. He rationalizes this need by thinking of his wife as having a better sense of design and color matching than he does.

2. **Moderate difficulty in relying on self. Can do so only with definite anxiety, loneliness, or sadness. Noticeable effect on functioning; may not always be able to adequately carry out actions or tasks.**

For example: A housewife gets terribly anxious, almost panicky, whenever she has to make decisions-of any kind-without the help of her husband. Nonetheless, she does, when forced by circumstances, make these decisions.

3. **Not self-reliant by choice, only when absolutely forced. Circumstances which call for self-reliance result in loneliness, or sadness. Functioning seriously compromised.**

For example: A person makes frantic attempts to get others to do things with or for him rather than do them by himself.

For example: A young man becomes disorganized and experiences panic while shopping for a car, when his father has to leave for awhile.

For example: A widow requires company when ventures out of the house for almost any reason. Without someone with her, she experiences overwhelming anxiety. This problem emerged shortly after the death of her husband, on whom she had depended extensively.

15. RELIANCE ON SELF AND OTHERS

C. FROM SECURITY IN HAVING OTHER RELY ON SELF, TO RARELY ABLE TO BE PERSON RELIED UPON

- 0. Able to let others rely on self. Willing and able to provide (if asked) or spontaneously offer emotional support, comfort, or other help, without noticeable ambivalence and/or dysphoric affect.**

For example : A man is viewed by his close friends as someone they can confidently turn to for emotional support during difficult times. When he provides support he does so willingly and without making them feel inadequate. In the work setting he values collaboration where his own resources complement those of others.

- 1. Usually able to allow others to rely on self but some circumscribed exceptions. Exceptions characterized by some ambivalence and/or dysphoric affect. But person nevertheless able to function, perform relevant tasks, adequately.**

For example: A man is generally viewed by his close friends as someone they can turn to for emotional support during difficult tones. When older male friends attempt to get support from him, however, he is aware of feeling some ambivalence about providing it. This ambivalence is connected with a vague sense of resentment toward older men who present as needy in any way. He is aware that this is an unfair and irrational feeling and is able to go ahead and be supportive. These men may or may not pick up his ambivalence, but in any case it is not so problematic that they avoid relying upon him

- 2. Moderate difficulty in letting others rely on self. Done only with ambivalence and dysphoric affect. Noticeable impairment in functioning.**

For example: A woman finds herself quite resentful whenever someone comes to her for help. Despite her wishes and considerable effort to be otherwise, she does not really succeed in masking these feelings. While she does not spontaneously offer help, when directly asked she will agree. Others are relatively reluctant to seek her out.

- 3. Not able to allow others to rely on self, only when forced. Very pervasive disability with intense ambivalence and dysphoric affect generated in most circumstances where there is pressure to provide emotional support for others. Functioning seriously compromised.**

For example: A woman is overwhelmed by feelings of depletion and resentment whenever someone in distress approaches her for comfort or support. She seldom offers help to others. When approached, she often becomes angry and pushes the person away, saying things like 'Take care of yourself, I have enough trouble handling my own problems.' This posture has negative implications for her relationships.

16. SELF-ESTEEM

A. FROM HUMILITY TO GRANDIOSITY

0. Can put own accomplishments in perspective without a sense of arrogance, conceit, or depreciation of others. Is seen by others as appropriately modest. If momentarily inflated, person readily bounces back due to an intact ability to realistically evaluate situations.

For example: At a regular meeting of a moderately large business organization, an executive is surprised by the presentation to her of an award for an unusual contribution to the company. She blushes at first but then bursts into an obvious smile of self-pride that gratifies her colleagues for making her feel good. Later during that day she enjoys pleasant fantasies of being the company president and increasing productivity tenfold. At the same time, she is quite aware that achieving such a position would mean many more years of sustained effort.

1. Circumscribed but non-crippling areas of over-evaluation of self. May put on airs in these areas and may alienate other people. Functioning is not objectively impaired; person is not so preoccupied that cannot concentrate or so impaired that performance is affected.

For example: A car salesman who is generally liked by his co-workers privately feels he is the most effective salesperson in his group, despite the fact that sales records indicate otherwise. He at times subtly communicates this attitude, which irritates his co-workers.

2. Moderate tendency to over-evaluate self in several areas. There is danger of alienating others by inappropriate statements or actions. Alienating behavior may be inhibited only with considerable effort by self or by some sort of d (forceful fee or confrontation) from others.

For example: A medical resident who is of average ability has a tendency to put on airs of intellectual superiority to fellow residents. She is puzzled when they try to give her feedback about why she is alienating them, though with effort she is able to inhibit self-aggrandizing statements after such feedback

3. Constant over-evaluations of self. Presence of arrogance, haughtiness, with no distance. There is very little self-doubt, and person acts on beliefs of superiority or grandiosity.

For example: A mediocre physicist believes he is destined to become a Nobel laureate and consistently acts as if superior to his co-workers. When they confront his obnoxious attitude, he confidently shrugs it off as their jealousy.

For example: A lawyer who is of mediocre ability constantly puts on airs of intellectual superiority to colleagues in his firm. Attempts at feedback have no effect on self-inflating remarks, and this stands in the way of his being considered for partner.

16. SELF-ESTEEM

B. FROM SELF-RESPECT TO SELF-DEPRECIATION

0. Usual level of global self-respect is high. This includes a secure view and sense of self as a person of worth. This does not exclude transient episodes of disappointment in self or feelings of shame, especially when criticisms are judged valid or come from highly valued sources. Self-respect is readily restored when interrupted.

For example: A college student who usually gets "A's " in her courses and cares about being a good student feels chagrined for a few minutes after finding out that she got a "C " on a particular test. She then admits to herself that, in fact, she didn't prepare for the test, deserved not to do well, and decides to spend extra time on this course. She subsequently goes about her day without any remaining dysphoria about this.

1. Moderate level of global self-respect, but a proneness to periods where it drops. Although there may be considerable dysphoria at such times, functioning is minimally or not at all affected from an external perspective. Self-respect is restored without undue difficulties.

For example: A college student who generally feels okay about herself berates herself severely for a day or so when, for some inexplicable reason, she gets less than an "A " on an exam. This does not, however, appreciably affect her ability to study and is not picked up by her friends.

2. Moderately low level of global self-respect. There are expressions of self-depreciation that are likely to be noticed by others. Restoration of self-respect takes effort and may require external supports. Functioning is impaired, though not grossly. Person may be confused about self-worth.

For example: A college student frequently disparages his own abilities in friendships, schoolwork, and athletics. He is usually able to function in these areas, but after a setback in almost any area has to get special support from friends in order to regain a modicum of self-respect.

3. Low to very low level of global self-respect. Views self as unworthy, inadequate, and seriously deficient most of the time. Functioning is seriously impaired and external supports have only transitory effects.

For example: A college student feels so self-deprecatory after not getting an "A " that she decides to drop the course and considers dropping out of school because she isn't worth being offered an education. Friends fail in their attempts to reassure her that she is not a bad person just because she didn't get an "A."

17. SELF-COHERENCE

A. FROM COHERENCE, TO INCONSISTENCY OF BEHAVIOR AND EXPERIENCE

0. Private experience as well as public behaviors are coherent, in that they characteristically reflect an internal consistency among person's actions, thoughts, and affects. Coherence is reflected in behavior that is reasonably consistent over time and in a variety of circumstances. There is an inner sense of harmony and a feeling that the various aspects of oneself really fit together.

For example: After acquiring a new skill, person is aware of strange feeling like "Was it really me who did that?" This feeling goes away fairly quickly as the skill is consolidated.

1. Circumscribed disruption in coherence of self (as defined above). While person may be quite bothered by this, it does not discernibly affect functioning and others may not be aware of it.

For example: A woman finds herself having deprecatory feelings toward a minority person at work that are completely inconsistent with her thoughts about herself as an unprejudiced person. She wishes she didn't have these feelings but she does, and this makes her feel uncomfortable with herself, as if she shouldn't have the feelings that she does.

For example: A woman who has achieved professional status and recognition has trouble experiencing her own actions as having legitimately led to this. She frequently feels like an imposter, despite the fact that rationally she realizes that this is unfounded. Except for a tendency toward self effacement, no one really notices this and she continues to perform at a high level.

2. Moderate disruption in cohesion of self. Able to function, albeit with difficulty. There are two forms in which disruption of cohesion may be manifest: One involves a disturbance in sense of self-coherence directly accompanied by anxiety. A second involves a pattern of internally inconsistent statements and actions that is obvious to others yet may not be noticed by the person. This pattern may get person into problematic situations or relationships that then secondarily generate frustration, anger, or anxiety. These two forms may occur in an individual at different times.

For example: A young man has trouble firmly knowing his own mind. He searches for external validation. In the absence of validation or in the presence of contradiction, he becomes confused. Although this can create discomfort and awkwardness in various contexts and types of relationships, in structured situations when not under pressure to state feeling or opinions he functions quite well.

3. Pervasive disturbance in coherence. Functioning is seriously impaired. Either such persons constantly need to attend to disruptions in their sense of coherence or their inconsistent actions make relationships chaotic. Two major types of manifestations may occur simultaneously or at different times in the same individual: One involves a major and pervasive disturbance in sense of self-coherence, with accompanying panic or other strong dysphoric affect. Another involves a pattern of inconsistent statements or actions that is patently obvious to others yet may be unnoticed by the person; this pattern is likely to get person into untenable situations or relationships that generate severe frustration, rage, or anxiety.

17. SELF-COHERENCE (Continued)

3. (cont.)

For example. In social settings a woman frequently feels like she is outside herself observing herself from a distance. When talking with another person she is prone to feeling sort of funny, like the conversation she is having isn't really being carried out by her, or like she is in a dream These are frightening for her and interfere in forming relationships, which she avoids. Others react to her as odd, distant, or preoccupied and confined. She can only manage to work in situations where she works alone.

For example: A man frequently acts in ways that are highly inconsistent and contradictory. This makes him prone to erratic and disorganized behavior in many contexts. When this gets him into trouble with others, he becomes confused and doesn't understand what they are talking about. He may then become panicky and feel like he must be two different people. This man has chaotic relationships and can't hold down a job because he is prone to serious interpersonal conflict.

ANEXO I

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre Edad Sexo

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado año*).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1.	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2.	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3.	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4.	Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5.	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6.	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7.	Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8.	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9.	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10.	Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11.	Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12.	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13.	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14.	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15.	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16.	Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17.	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18.	Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19.	Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20.	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21.	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22.	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23.	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24.	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25.	Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26.	Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27.	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28.	Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29.	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30.	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31.	Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32.	Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33.	Practicé algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34.	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35.	Recé	0	1	2	3	4
36.	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37.	Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38.	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39.	Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40.	Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41.	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42.	Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

Corrección de la prueba

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP):	1, 8, 15, 22, 29, 36.
Autofocalización negativa (AFN):	2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva (REP):	3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta (EEA):	4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación (EVT):	5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social (BAS):	6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión (RLG):	7, 14, 21, 28, 35, 42.