



220
2 es.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO DE
CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE APOYO PSICOLÓGICO POR
TELÉFONO”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MARTHA ALEJANDRA DEL PUERTO ALEMÁN

DIRECTOR DE LA TESINA:
LIC. CARLOS PENICHE LARA

268300

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN : México D.F.

1998 1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis papás con todo mi amor
por todo su cariño,
su gran paciencia y
apoyo incondicional.
Y porque gracias a ustedes
esto es ya, una realidad.

A mis hermanos,
porque sabemos que nos queremos
y que nos apoyaremos siempre
en las buenas y en las malas.

A Sergio Navarrete,
con mucho cariño y admiración,
por toda tu ayuda,
tanto técnica como moral y
porque me has alentado siempre
a seguir adelante.

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 8 |
| CAPITULO I SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO: SAPTEL | |
| I. PSIQUIATRÍA PREVENTIVA..... | 9 |
| I.1 Prevención primaria..... | 10 |
| I.2 Prevención secundaria..... | 11 |
| I.3 Prevención terciaria..... | 11 |
| II QUÉ ES Y CÓMO FUNCIONA EL SAPTEL..... | 12 |
| II.1 Singularidad de la Consulta por Teléfono..... | 12 |
| II.2 Misión SAPTEL..... | 13 |
| III. ANTECEDENTES MUNDIALES..... | 14 |
| IV ANTECEDENTES EN MEXICO..... | 15 |
| IV.1 Primera fase..... | 15 |
| IV.2 Segunda fase..... | 16 |
| V. TERÇERA FASE INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SAPTEL..... | 16 |
| V.1 Objetivo de Desarrollo..... | 16 |
| V.2 Objetivos Inmediatos..... | 17 |
| VI ORGANIZACIÓN INTERNA..... | 17 |
| VII. LA CÉDULA DE REGISTRO..... | 18 |
| VII.1 Tipo de Llamada..... | 19 |
| VII.2 Ficha de Identificación..... | 19 |
| VII.3 Motivo de consulta manifiesto..... | 20 |
| VII.4 Examen Mental o Psicológico..... | 21 |
| VII.5 Sintomatología Específica..... | 22 |
| VII.6 Diagnóstico Clínico..... | 22 |
| VII.7 Impresión del Terapeuta..... | 22 |
| VIII. CONDICIONES PRESENTES EN UNA LLAMADA..... | 23 |
| VIII.1 Condiciones del Sistema..... | 23 |
| VIII.2 Condiciones ambientales..... | 25 |
| VIII.3 Condiciones del paciente..... | 25 |
| IX COMO AYUDA EL SAPTEL..... | 26 |
| IX.1 Información..... | 26 |
| IX.2 Canalización y Referencia..... | 27 |
| IX.3 Consulta..... | 27 |

CAPITULO II TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN SAPTEL

| | |
|--|----|
| I. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y TERAPIA BREVE | 30 |
| I.1 Definición | 31 |
| I.2 Orígenes | 31 |
| II. LA TÉCNICA EN PSICOTERAPIA BREVE | 34 |
| I.1 Transferencia y neurosis transferencial. | 34 |
| I.2 La estimulación de la regresión. | 35 |
| I.3 El proceso de la elaboración. | 35 |
| I.4 Modificación de objetos internos a través de la proyección e introyección. | 35 |
| III. DIFERENTES ABORDAJES TERAPÉUTICOS | 35 |
| III.1. Terapia de la Conducta | 36 |
| III.2. Terapia Educativa | 37 |
| III.3 Psicoterapia Gestáltica. | 37 |
| III.4 Psicoterapia de Apoyo | 38 |
| III.5. Psicoterapia Individual | 38 |
| IV LA ATENCIÓN VÍA TELEFÓNICA | 38 |
| IV.1 Primera ayuda psicológica por teléfono | 39 |
| IV.2 Hacer el contacto Psicológico | 39 |
| IV.3 Examinar las dimensiones del problema | 39 |
| IV.4 Explorar las posibles soluciones | 40 |
| IV.5 Ayudar a tomar una acción concreta | 40 |

CAPÍTULO III PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL SAPTEL

| | |
|---|----|
| I. EL PROCESO DE CAPACITACIÓN | 42 |
| II. EL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA CAPACITACIÓN | 44 |
| II.1 PLANEACIÓN | 45 |
| II.1.1 Detección de Necesidades de Capacitación (DNC) | 45 |
| II.1.2 Establecimientos de Objetivos. | 46 |
| II.1.3 Elaboración de Planes y Programas | 47 |
| II.1.4 Presupuestos | 48 |
| II.2 ORGANIZACIÓN | 49 |
| II.2.1 Estructura del Departamento | 49 |
| II.2.2 Políticas y Procedimientos. | 49 |
| II.2.3 Personal en el Departamento | 50 |
| II.2.4 Recursos Materiales | 50 |
| II.3 EJECUCIÓN | 50 |
| II.3.1 Contratación de Servicios | 50 |
| II.3.2 Desarrollo de Programas. | 51 |
| II.3.3 Coordinación de Eventos. | 51 |
| II.3.4 Control Administrativo. | 51 |

| | |
|---|----|
| II.4 EVALUACIÓN | 52 |
| II.4.1 Microevaluación | 53 |
| II.4.2 Macroevaluación | 53 |
| II.4.3 Seguimiento | 53 |
| II.4.4 Costo - Beneficio | 54 |
| III PROPUESTA PARA EL SAPTEL | 54 |
| III.1 PLANEACIÓN | 55 |
| III.1.1 Detección De Necesidades De Capacitación (DNC) | 55 |
| III.1.2 Establecimientos de Objetivos | 57 |
| III.1.3 Elaboración de Planes y Programas | 58 |
| III.1.4 Presupuestos | 61 |
| III.2 ORGANIZACIÓN | 61 |
| III.2.1 Estructura del Departamento | 61 |
| III.2.2 Políticas y Procedimientos | 62 |
| III.2.3 Personal en el Departamento | 63 |
| III.2.4 Recursos Materiales | 63 |
| III.3 EJECUCIÓN | 64 |
| III.3.1 Contratación de Servicios | 64 |
| III.3.2 Desarrollo de Programas | 64 |
| III.3.3 Coordinación de Eventos | 64 |
| III.3.4 Control Administrativo | 64 |
| III.4 EVALUACIÓN | 65 |
| III.4.1 Microevaluación | 65 |
| III.4.2 Macroevaluación | 66 |
| III.4.3 Seguimiento | 66 |
| III.4.4 Costo - Beneficio | 66 |
| CARTA DESCRIPTIVA PARA EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN INICIAL | 68 |
| CARTA DESCRIPTIVA PARA EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTINUA | 70 |
| CONCLUSIONES | 72 |
| ANEXO I ORGANIZACIÓN INTERNA DEL SAPTEL | 75 |
| ANEXO 2 CÉDULA DE REGISTRO | 77 |
| ANEXO 3 DESCRIPCION DE PUESTO | 79 |
| BIBLIOGRAFIA | 84 |

INTRODUCCIÓN

La Ciudad de México, por sus características como la ciudad más grande del mundo, propicia una forma de vida en la que están presentes constantemente el estrés y la frustración originando, en ocasiones, estados emocionales disfuncionales. El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) surge como una opción de ayuda en el campo de la salud mental, a nivel de prevención, canalización e intervención.

Por sus características de accesibilidad, el SAPTEL está al alcance de cualquiera en el momento oportuno, el servicio se brinda de manera inmediata y permite detectar problemas psicológicos en su inicio, evitando que se conviertan en trastornos mayores. Constituye también un vínculo entre los diversos servicios de salud mental y la población.

Después de dos fases, el SAPTEL inicia labores de manera permanente en 1992, bajo el auspicio de algunos organismos no gubernamentales, entre otros la Cruz Roja Mexicana quien brinda sus instalaciones para la ejecución del Servicio. Cuenta con objetivos bien definidos y un Manual de Procedimientos. De hecho, es durante esta etapa que inicia la institucionalización del SAPTEL.

Como cualquier institución de salud mental, el SAPTEL debe contar con personal calificado y entrenado, capaz de atender las demandas de los usuarios. Algunos de los motivos de consulta más frecuentes son problemas interpersonales, problemas familiares, depresión, intento de suicidio, angustia y soledad y existen las llamadas denominadas “de seguimiento”, es decir, personas que vuelven a comunicarse demandando una atención más profunda.

Con este trabajo queremos sentar las bases para la instrumentación de un proceso formal de capacitación en el SAPTEL que contribuya al cumplimiento de sus objetivos, desarrollando y profesionalizando a quienes laboran en él.

En el Capítulo I realizaremos una descripción del SAPTEL mencionando sus antecedentes, objetivos y organización interna, ubicaremos su papel dentro de las formas de tratamiento a los llamados trastornos mentales y señalaremos las particularidades de la consulta telefónica revisando la secuencia que se sigue en las llamadas recibidas; posteriormente, en el Capítulo II revisaremos el tipo de intervención que se brinda en el Sistema, con sus diferentes abordajes terapéuticos. Una vez revisados los aspectos clínicos abordaremos, en el Capítulo III, los aspectos administrativos revisando primero el proceso de la capacitación y después el proceso administrativo aplicado a la misma para poder entonces, realizar la propuesta para la instrumentación de un proceso de capacitación en SAPTEL. Finalmente, mencionaremos las conclusiones a las que llegamos con la realización de este trabajo y algunas sugerencias para el Sistema.

Seguimos esta secuencia pues consideramos importante que el lector conozca en primer lugar qué es el SAPTEL, de dónde viene y con qué recursos cuenta, a fin de que entienda la importancia del servicio como una instancia que contribuye al bienestar emocional de la población. En segundo lugar mencionamos el tipo de intervención que realiza el Sistema para afianzar la idea anterior y porque constituye el contenido del programa de capacitación que posteriormente desarrollaremos. Y en tercer lugar proponemos un programa de capacitación de acuerdo con el proceso revisado, que tenga como base los recursos con los que actualmente cuenta el SAPTEL y pueda implementarse en el corto plazo

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Lejos de conseguir la difusión y los alcances planeados en sus orígenes, el SAPTEL se confunde ahora entre tantas líneas telefónicas que han surgido para atender diferentes demandas de la población como : TELSIDA (información relacionada con el SIDA), De joven a joven (asesoría e información para adolescentes), SACTEL (información de la SECODAM) y líneas de carácter lucrativo cuya finalidad es buscar amistades, pareja o satisfacer fantasías sexuales.

Al iniciar la tercera fase en 1992, uno de los objetivos de SAPTEL era el de aumentar la gama de servicios en salud mental formando parte de ellos y vinculando a los usuarios con los servicios preexistentes, en 1993 había proyectos para la extensión del Sistema hacia centros urbanos de la república como Acapulco, Gro., Jalapa, Ver., y Tijuana, B.C. ; sin embargo, la situación actual, a 5 años de haberse fundado, no dista mucho de la que se vivía en los primeros años de funcionamiento.

Una situación que propicia lo anterior es la falta de un oportuno y adecuado programa de capacitación, ya que para ser una buena alternativa de apoyo y tratamiento es indispensable contar con el personal adecuado y entrenarlo específicamente para esta modalidad de atención psicoterapéutica. Si tomamos en cuenta que el elemento humano dentro de una organización constituye una de las mayores fuerzas para lograr la competitividad, resulta indispensable contar con un equipo de trabajadores bien preparados y con actitudes encaminadas a lograr este objetivo

Por otro lado, al contar con un equipo especializado que brinde un óptimo servicio, el SAPTEL podrá solicitar mayores apoyos para aumentar su infraestructura, con lo que podrá realizar una adecuada difusión y así distinguirse de las líneas telefónicas antes mencionadas al informar a la población los objetivos del Sistema y el tipo de apoyo que pueden recibir de él.

Si bien en el SAPTEL se imparte capacitación inicial a los terapeutas de nuevo ingreso, esta instrucción no es parte de un programa definido por lo que no es posible llevar a cabo un seguimiento y evaluación del mismo. El mismo conjunto de cursos se repite una y otra vez a cada generación de terapeutas, mientras que quienes se encuentran ya brindando atención carecen de un programa diseñado especialmente para ellos.

El objetivo del presente trabajo es, pues, realizar una propuesta para el diseño de un programa de capacitación dirigido a terapeutas que brindan esta modalidad de tratamiento en especial, con base en un *proceso formal de capacitación*.

CAPITULO I

SISTEMA DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO: SAPTEL

Vivimos en un medio ambiente cambiante. Los cambios a los que nos enfrentamos son constantes, rápidos y, muchas veces, inesperados ; cada uno genera un impacto gradual y diferenciado, tanto a nivel organizacional como individual.

Si el cambio se percibe como una *oportunidad* la respuesta del organismo estará a favor de la adaptación, si, por el contrario, se percibe como una *amenaza*, la respuesta estará en contra, se generará frustración y angustia que, a su vez, produce agresión y miedo.

En la actualidad, por ejemplo, un aspecto característico al que se enfrenta el mundo en general y el latinoamericano en particular es el desafío de adaptación al proceso de modernización. Este proceso implica cambios rápidos, necesarios y significativos en materia macroeconómica (como la globalización) y tecnológica (como los adelantos cibernéticos), que tienen sus repercusiones a nivel social e individual : la velocidad a la que estos cambios se presentan, está dando lugar a que personas razonablemente estables emocionalmente hablando, no encuentren tiempo y/o medios suficientes para adaptarse a su entorno, generando diferentes procesos sociales.

Entre los procesos sociales generados por la falta de adaptación encontramos el desempleo, la inseguridad, la falta de educación, la sobrepoblación o la desintegración familiar.

Aunado a lo anterior, los fenómenos naturales como sismos, volcanes y huracanes, traen como resultado cambios en la forma de vida de la población, en especial en las grandes ciudades.

La Ciudad de México, en particular, por sus características sociales, económicas, demográficas, ecológicas, etc. parece ser un candidato modelo para provocar la aparición y el desarrollo de padecimientos de tipo emocional. Si éstos son atendidos adecuadamente y con prontitud, se previene o evita el desarrollo de problemas mayores.

I. PSIQUIATRÍA PREVENTIVA

El área de Salud Mental ha sufrido un proceso evolutivo en los últimos 25 años. Una vez que los trastornos mentales son aceptados como una *enfermedad*, la preocupación ya no es sólo curarlos, sino prevenirlos. Es en este contexto en donde encontramos a la psiquiatría comunitaria, también llamada *psiquiatría preventiva*.

Caplan (1985) la define como "el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir 1) la frecuencia en una comunidad, de los trastornos mentales de todo tipo, 2) la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan, y 3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos". Estos tres puntos corresponden respectivamente a la prevención primaria, secundaria y terciaria de las cuales hablaremos más adelante.

Otra definición, un tanto más sencilla, es la que da Calderón Narvaez (1981). "psiquiatría comunitaria es la utilización de todos los recursos de una comunidad determinada para tratar de alcanzar el máximo de salud mental de sus propios integrantes".

Con estas dos definiciones queda entendido a lo que se refiere el término psiquiatría o salud mental comunitaria, la cual tiene como preocupación primordial la *prevención* de los trastornos mentales sensibilizando a la población para que conozcan tales padecimientos, intentando crear una conciencia, tratando de eliminar el tabú que dichos trastornos constituyen, esta labor es ardua, se necesita crear una cultura de la enfermedad mental, y por lo tanto llevará años lograr el objetivo. Lo que a continuación trataremos serán las modalidades en que se brinda.

Como se mencionó en la definición de Caplan, la psiquiatría comunitaria se divide en tres niveles según la etapa del desarrollo del padecimiento en que se aplique :

I.1 Prevención primaria

Actúa en contra de los factores sociales nocivos que pueden originar enfermedad mental. Un programa de este tipo debe agrupar a miembros importantes de la comunidad como médicos, maestros, sacerdotes, etc. y a instituciones como escuelas, iglesias y algo muy importante, la familia.

Las técnicas de la prevención primaria se aplican en todas las etapas de la vida: a niños, adolescentes, adultos y ancianos. En cada una de estas etapas hay cabida para tales técnicas, por ejemplo: desde la época perinatal, evitando enfermedades durante el embarazo, que puedan originar algún trastorno cerebral al futuro hijo; la educación de la pareja que espera a su primer hijo para que propicien su buen desarrollo y, en general, el adiestramiento de maestros y demás personal relacionado con el desarrollo del niño, para que sepan identificar las situaciones que pudieran ocasionar posteriormente un daño en el desarrollo psíquico del individuo.

En la vida adulta, una buena educación en todas las actividades realizadas (maritales, laborales, religiosas y sociales) contribuirá a evitar problemas que más tarde pudieran transformarse en trastornos psicopatológicos, los cuales, además de dañar al individuo, afectaría también a la familia.

En los grupos de personas de edad avanzada, los programas de prevención primaria pueden evitar o atenuar los efectos del avance de la edad: la soledad, el retiro de actividades, la muerte de los amigos o familiares, etc. (Calderón, 1981).

I.2 Prevención secundaria

Calderón Narvaez (1981) la define como la identificación temprana de los procesos psicopatológicos o de los trastornos funcionales resultantes de conflictos intra o interpersonales, permitiendo el tratamiento oportuno de los mismos.

La identificación temprana contribuye a decrementar el dominio¹ del trastorno mismo, reduciendo tanto la proporción de casos nuevos mediante la modificación de los factores que llevan al trastorno, así como la proporción de los casos declarados al acortar su duración mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo (Caplan, 1985).

Para lograrlo es necesario que el psiquiatra conozca no sólo a sus pacientes (de su consultorio o su hospital), sino a la comunidad, se puede apoyar en el médico familiar, quien debe estar siempre alerta para detectar cualquier síntoma de enfermedad mental, y es aquí donde se ubica la labor del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL).

I.3 Prevención terciaria

Una vez que se ha sufrido un trastorno mental, y el paciente es dado de alta, entran en acción una serie de programas encaminados a devolver a los pacientes su máxima capacidad productiva en el menor tiempo posible, esto es a lo que se llama *prevención terciaria* (Calderón, 1981 y Caplan, 1985).

Para llevar a cabo este objetivo, se han creado los hospitales de puertas abiertas, las casas de medio camino, y demás centros destinados a ayudar al ex-paciente a reincorporarse a su comunidad.

¹El dominio es la proporción de casos probados del trastorno (casos nuevos y ya existentes) entre la población en riesgo (que incluye a todos los miembros de la comunidad que podrían sufrir el trastorno), en cierto momento o período de tiempo (Caplan, 1985).

La psiquiatría comunitaria es un claro ejemplo del cambio en la concepción y tratamiento de los padecimientos de tipo psicológico. El SAPTEL se ubica dentro de este enfoque y es también un ejemplo de esta serie de cambios al incorporar la utilización del teléfono para acercar los servicios de salud mental a la población y viceversa.

De acuerdo a lo anterior, queda ilustrado que el Sistema surge como una opción más de ayuda tanto a nivel de prevención, como de canalización y de intervención, ésta última básicamente en situaciones de Emergencia Emocional o Crisis Psicológica. Pero, ¿cómo lleva a cabo esta función ?

II. QUÉ ES Y CÓMO FUNCIONA EL SAPTEL

El SAPTEL es entonces, una alternativa en la psiquiatría comunitaria a nivel de prevención secundaria, al detectar trastornos mentales en fases primarias, evitando que éstos se compliquen y se conviertan en problemas mayores. Esto constituye uno de los objetivos principales del Sistema y una de las más importantes justificaciones para su existencia.

Sin embargo, en repetidas ocasiones la labor del Sistema ha sido cuestionada, la posibilidad de brindar una atención psicológica por teléfono no es aceptada del todo por los profesionales de la salud mental, es por esto que iniciaremos este apartado mencionando algunas peculiaridades de esta modalidad terapéutica.

II.1 Singularidad de la Consulta por Teléfono

Una consulta vía telefónica tiene características particulares que la diferencian completamente de cualquier tipo de terapia cara a cara. Estas diferencias juegan un papel muy importante para la administración de la intervención en crisis o de la psicoterapia breve.

La principal singularidad en esta modalidad es la evidente ausencia de elementos del lenguaje no verbal corporal como son gestos o movimientos. Aunque cabe aclarar que contrario a lo que se pudiera pensar, por el teléfono no sólo se escucha la voz, existen sonidos que permiten reconocer situaciones, acciones e incluso sentimientos, en muchos casos es posible identificar algún tipo de lenguaje no verbal e incluso corporal ; el silencio es un elemento fundamental que el terapeuta telefónico debe saber utilizar en beneficio del paciente fomentando o eliminando su aparición según las características del caso que presente el usuario.

La posibilidad de la identificación de estos factores depende básicamente de las habilidades específicas del terapeuta telefónico, de ahí la importancia de desarrollarlas por medio de la capacitación.

Otra característica importante de este tipo de intervención, es el anonimato tanto del paciente como del terapeuta. Slaikeu (1984) subraya que la posibilidad de mantener la identidad escudada facilita más la autorrevelación y disposición por parte de muchos usuarios, y que el anonimato del *consejero*², facilita la transferencia positiva al existir una buena oportunidad para que cumpla la fantasía del usuario de que sería el consejero ideal en una situación cara a cara.

Una particularidad más de este tipo de servicios, es su accesibilidad ya que la mayoría de la gente tiene teléfono o fácil acceso a uno, y el costo es reducido. Además se puede recurrir al servicio a cualquier hora del día o de la noche. "La accesibilidad es importante para los pacientes en crisis, en especial para los suicidas u homicidas, y quienes no son capaces de abandonar sus hogares (ancianos o incapacitados físicamente)" (Slaikeu, 1984).

II.2 Misión SAPTEL

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

Aquí se define lo que es el Sistema para sus integrantes, y se sintetizan los objetivos e intenciones que plantea. Esta *Misión* fue elaborada en marzo de 1993 por el equipo de terapeutas que en ese momento formaban parte del Sistema, en coordinación con la Directora Operativa del mismo.

²Aunque Slaikeu (1984) utiliza el término "consejero", en SAPTEL se denomina "terapeuta telefónico" a quien atiende las llamadas recibidas, ya que el objetivo del Sistema es brindar atención psicológica - lo que implica una diada terapeuta-paciente - y no únicamente dar consejos a quien llama. El término "consejero" genera falsas expectativas en el usuario quien llama buscando únicamente que alguien le diga qué hacer o cómo hacerlo evadiendo su propia responsabilidad.

III. ANTECEDENTES MUNDIALES

Las Líneas Telefónicas de Intervención en Crisis tienen relativamente poco tiempo de funcionamiento. Se tiene el registro de la primera en el año 1953 en Londres (Bustos, 1989), la cual era atendida por los *Samaritanos del Teléfono*, y surgió para ayudar principalmente en la prevención del suicidio.

Después, esta modalidad telefónica se extendió rápidamente a toda Europa, Australia y Estados Unidos de Norteamérica, en donde tuvo un gran auge. El principal objetivo al instaurar este tipo de ayuda era prevenir el suicidio. Por ejemplo, en la ciudad de Los Angeles, Estados Unidos, el "Centro para la Prevención del Suicidio" es acreditado en 1964 como el primero que desarrolla técnicas sobre cómo usar el teléfono para intervenir salvando vidas; también el "Servicio para Crisis y Prevención del Suicidio" en Buffalo, N.Y. en 1968, desarrolla este tipo de ayuda (Bustos, 1989).

Posteriormente, los servicios brindados por estos sistemas se diversificaron, y además de ocuparse de la prevención del suicidio atendieron otro tipo de problemas, entre los que se pueden mencionar crisis, problemas familiares o personales, ataque sexual, alcoholismo, asistencia para enfermos terminales y abuso de drogas .

La diversificación de las líneas telefónicas de ayuda a la comunidad la observamos en países como Singapur en donde existen diversos estudios acerca de la efectividad de las mismas, en Israel o en Estados Unidos, por mencionar algunos (Centro de Documentación, Fac. de Psicología, UNAM). En estos países la población tiene un enfoque particular hacia este tipo de intervención quizá porque constituye parte de su cultura.

En la actualidad existen diversas líneas de apoyo telefónico en todo el mundo ; en Estados Unidos de Norteamérica particularmente, se han desarrollado programas de ayuda a diferentes miembros de la población los cuales cuentan con personal especialmente seleccionado y entrenado para brindar la atención telefónica específica.

Como ejemplo, en la Universidad de Chicago, Illinois se estableció una línea de apoyo para niños en edad escolar que se encuentran solos en sus casas por las tardes. Este programa se denomina "Grandma Please", los voluntarios telefónicos son personas entre los 55 y los 93 años de edad, con un promedio de 78, quienes se denominan "abuelos" y "abuelas". Estas personas son seleccionadas de acuerdo a ciertas condiciones .

- ser mayor de 55 años
- tener acceso a un teléfono
- contar con tiempo disponible
- **tener suficientes habilidades para escuchar, entender, concentrarse y empatizar con los niños.**

Los candidatos para ser voluntarios telefónicos son entrevistados, visitados, entrenados, monitoreados y supervisados por el staff directivo del servicio "Grandma Please".

La capacitación para los candidatos incluye un entrenamiento para la modulación de su voz y otro para proporcionar o aumentar las herramientas de escucha, monitoreando conversaciones entre niños que llaman al servicio y voluntarios telefónicos (Szendre, E.N. y Jose, P E., 1996).

Estos programas se pueden tomar como base para la elaboración de un programa de capacitación para SAPTEL, sin embargo, tomando en cuenta la idiosincrasia de nuestro país, en particular de las autoridades de la Cruz Roja Mexicana, sabemos que no es fácil adaptar un programa extranjero a las condiciones del Sistema, es por esto que preferimos basar el presente trabajo en planteamientos de autores especialistas en capacitación industrial y lo adaptamos a las condiciones del SAPTEL.

IV. ANTECEDENTES EN MEXICO

En México, las *Líneas de Emergencia* surgen también como un medio para prevenir el suicidio. El primer servicio fue abierto en 1967 en el Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Emergencias de Coyoacán, y después de éste durante la década de los 80, surgieron otras líneas de apoyo a problemas específicos, como serían las brindadas por Alcohólicos Anónimos, TELSIDA, los Centros de Integración Juvenil, entre otros.

Sin embargo, el primer servicio que pretende dar un *apoyo psicológico integral* es el SAPTEL, el cual ha pasado por tres fases:

IV.1 Primera fase

Surge a raíz de los terremotos de 1985 en la Ciudad de México, cuando un grupo de alumnos de la Facultad de Psicología de la UNAM, por iniciativa del Dr. Federico Puente Silva, se unen y con apoyo de esta institución inician el servicio el 23 de septiembre de ese año 34 terapeutas voluntarios y 5 teléfonos directos funcionando las 24 hrs. del día, con el fin de brindar una ayuda psicológica a la población afectada directa o indirectamente por el desastre.

En esta primera etapa se atendieron 583 casos. Los motivos de consulta más frecuentes fueron angustia y depresión; el 66% de los casos atendidos se canalizaron a consultorios, centros hospitalarios y clínicas, el 26% se desconoce y sólo el 8% no tuvo necesidad de ser canalizado

Muchos datos no fueron registrados, por lo cual la información se perdió. Surge entonces la necesidad de reestructurar el sistema para proporcionar un servicio más efectivo (Bustos, 1989).

Esta primera fase suspende sus actividades en diciembre del mismo año.

IV.2 Segunda fase

La segunda fase continuó en la Facultad de Psicología de la UNAM. En este periodo se atendieron cuatro mil personas del 1° de julio de 1987 al 29 de julio de 1988. Los motivos de consulta más frecuentes fueron en un 56% problemas familiares, 43% de los casos presentaron depresión, incluyendo intentos suicidas; angustia en el 41.5% y soledad el 36% (Bustos, 1989).

Durante esta fase se elaboraron la primera Cédula de Registro Precodificada y el primer Manual de Procedimientos del SAPTEL, lo cual nos habla de la necesidad de estructurar el Sistema, dándole un carácter más formal. Sin embargo, suspende sus actividades por deficiencia en su organización según versiones del personal que laboró en esa etapa, aunque no se cuenta con documentación que pueda sustentar esta afirmación.

V. TERCERA FASE : INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SAPTEL

La tercera fase pretende ser permanente, inicia sus labores el 12 de octubre de 1992, siendo responsable del proyecto la Federación Mundial para la Salud Mental, contando con el auspicio de organismos no gubernamentales (ONG's) como la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial para la Salud Mental, así como con la colaboración de algunas dependencias gubernamentales y paraestatales como son, entre otros, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) y el Departamento del Distrito Federal (DDF) (Gaitán, 1993)

Los objetivos del Sistema en esta tercera fase se encuentran en el Manual de Procedimientos del SAPTEL y son los siguientes :

V.1 Objetivo de Desarrollo

"El objetivo de Desarrollo primordial a nivel subsectorial de este proyecto es promover un mayor bienestar emocional en la población en general y de la mujer y de la parte de la comunidad con menos recursos económicos en particular, por medio de aumentar la gama de servicios en salud mental y al mismo tiempo proveer la instancia que vincule a los usuarios con los servicios preexistentes" (Gaitán, 1993).

V.2 Objetivos Inmediatos

- I. Ofrecer un buen servicio telefónico de psicoterapia de apoyo y/o de corta duración para situaciones de emergencia o crisis.
- II. Promover el que este servicio sea utilizado principalmente por personas de bajos recursos económicos.
- III. Promover el que este servicio sea utilizado principalmente por mujeres.
- IV. Lograr que el servicio alcance al mayor número de usuarios posible.
- V. Servir de canalización o enlace entre los usuarios (principalmente aquellos con recursos suficientes como para acudir a servicios privados) y otros servicios de salud mental, tanto institucionales y/o del Gobierno como privados, de voluntarios o de autoayuda.
- VI. Que SAPTEL gracias a su altísimo valor heurístico, sirva como fuente de información para incrementar nuestro conocimiento científico en relación con el sub-sector de salud mental en México.
- VII. Que SAPTEL se convierta en un modelo a seguir para que - con las adaptaciones necesarias según el país o región - este tipo de servicio se extienda primero al interior de la República Mexicana y posteriormente a los demás países de Iberoamérica y del Caribe.

VI. ORGANIZACIÓN INTERNA (Ver Anexo 1)

Desde su inicio, el Sistema se encuentra instalado en la matriz de la Cruz Roja Mexicana, ubicada en la Colonia Polanco. Cuenta con 3 extensiones telefónicas instaladas, cada una en un cubículo individual. Además se cuenta con un Cubículo General, en el que se encuentran dos archiveros, uno con los expedientes "en uso", y el otro con el archivo muerto.

La prestación del servicio está estructurada en 5 turnos de 4 horas cada una, excepto el turno nocturno que es de 8 horas. Cada guardia consta, en promedio, de 5 terapeutas. Cuando se recibe una llamada, contesta cualquiera de ellos, si es llamada de primera vez, la atiende; si es de seguimiento y no es su paciente, lo comunica con su terapeuta. Una vez terminada la llamada, anota los datos en la "Libreta de Registro", de donde se obtiene la información necesaria para elaborar el reporte estadístico que se entrega a la Cruz Roja cada mes.

Todos los terapeutas telefónicos participan en las actividades operativas, para este efecto, el grupo se divide en 9 comités: asistencia, estadística, papelería, archivo, directorio, maestros, limpieza, auditorio y periódico mural, los cuales son dirigidos por un grupo de Coordinadores de Guardia integrado por los terapeutas de las primeras generaciones; los comités a su vez se agrupan en 6 Coordinaciones: Científica, Relaciones Internas, Relaciones Interinstitucionales, Operativa, Académica y Difusión.

Quienes brindan el servicio telefónico son pasantes de la carrera de Psicología (prestadores de Servicio Social o Prácticas Profesionales o voluntarios) de diversas universidades tanto públicas como privadas. Aproximadamente cada tres meses se hace una convocatoria en las universidades para formar un nuevo grupo de terapeutas; cada generación de nuevos terapeutas es de 40 personas aproximadamente, aunque este número fluctúa de generación a generación.

Si bien en la mayoría de los casos la permanencia en el servicio es temporal - 6 meses en promedio -, existe un grupo de terapeutas que, a pesar de haber concluido su período de Servicio Social o Prácticas Profesionales permanecen en el Sistema de manera voluntaria, y por la experiencia que cuentan se convierten en Coordinadores de Guardia.

A cada generación de futuros terapeutas se imparte un curso de capacitación de tres meses antes de dar la atención telefónica, y posteriormente se les proporciona capacitación continua y supervisión de casos. Sin embargo, esta capacitación no cuenta con un proceso estructurado de acuerdo al grado de avance, todos los terapeutas reciben la misma instrucción sin importar el tiempo que lleven trabajando al teléfono, y en muchos casos simplemente se repite el programa estructurado como "capacitación inicial".

Es decir que, en materia de capacitación, no existe planeación, no se cuenta con manuales, instructivos ni con algún documento formal; se limita únicamente a la supervisión semanal de casos y a las pláticas de ciertos temas importantes pero tratados de forma un tanto superficial de los cuales los capacitandos, en el mejor de los casos, toman sus propios apuntes y/o se basan en la bibliografía proporcionada. Sin embargo no existe ni seguimiento ni evaluación. Es decir, el Sistema no cuenta con una Administración formal de la Capacitación, a pesar de considerarla una necesidad para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

VII. LA CÉDULA DE REGISTRO (Ver Anexo 2)

En noviembre de 1993 tanto la Cédula de Registro como el Manual de Procedimientos fueron modificados en busca de mayor funcionalidad, facilitando el procesamiento de la información y, por tanto, la elaboración de estadísticas.

La función de esta Cédula, además de registrar información, es servir como una guía para el terapeuta en la entrevista telefónica, por lo que está estructurada según la secuencia que se debe llevar en ésta. A continuación revisaremos los aspectos que contempla la Cédula para conocer cuál es el procedimiento que se sigue en cada llamada en el SAPTEL:

VII.1 Tipo de Llamada

En primer lugar es importante saber si es la primera vez que la persona que llama utiliza el servicio, ya que si se trata de una llamada consecutiva, se debe comunicar a la persona con su terapeuta de primer contacto para poder llevar un seguimiento del caso. Así mismo es importante saber si la persona que llama se encuentra en otro tipo de tratamiento.

Debe siempre prevenirse la posibilidad de estar invadiendo el trabajo de otro psicoterapeuta (dentro o fuera de SAPTEL), debido a que cuando dos personas opinan independientemente acerca de un mismo tema, pueden decir dos cosas que, aunque sean ciertas, parezcan distintas para el paciente, confundiéndolo y dándole así una justificación y una forma de sabotear su proceso psicoterapéutico (Gaitán, 1993). Por lo tanto, sólo en caso de ser una *llamada de primera vez*, se continúa llenando la Cédula.

Siempre se debe anotar la fecha, el número del terapeuta, la hora de inicio y de término, así como la duración - 30 a 45 minutos en promedio - de la llamada.

VII.2 Ficha de Identificación

A continuación se encuentra la Ficha de Identificación, en la que se preguntan datos personales -nombre, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, lugar de origen-; en este apartado se pretende conocer también el nivel socioeconómico de quien habla preguntando el domicilio, número de personas con quien vive, parentesco, tipo de vivienda, -casa, departamento, cuarto, etc.- y si éste es rentado, propio o prestado. Dado el carácter de confidencialidad y anonimato del Sistema, si quien habla no quiere dar su nombre, se pide un pseudónimo, esto con el fin de identificarlo(a) y poder abrir un expediente para llevar el seguimiento. Cabe aclarar que al pedir estos datos, se le recuerda a la persona que el tratamiento será absolutamente confidencial

Como siguiente punto -dentro del apartado de Ficha de Identificación-, es muy importante para el Sistema conocer la forma en que los usuarios se enteran del Servicio -radio, prensa, televisión, o comunicación interpersonal- para evaluar la eficiencia de la difusión, planear nuevas estrategias y realizar análisis estadísticos ex profeso.

VII.3 Motivo de consulta manifiesto

En seguida, se anota el *motivo de consulta manifiesto*, es decir el porqué el paciente solicita el servicio. Este se clasifica de acuerdo con una tabla que, con base en la experiencia, se ha elaborado. Actualmente esta tabla contiene 10 motivos de consulta, divididos a su vez en 30 subclasificaciones de la siguiente manera.

1. Relaciones Interpersonales

- 1.1 Problemas resultado de la interacción y/o situaciones con familiares (no pareja).
- 1.2 Problemas resultado de la relación de pareja
- 1.3 Problemas relacionados directamente con separación y divorcio.
- 1.4 Problemas por enfermedad física y/o mental grave - psicosis - de algún familiar
- 1.5 Deficiencia en el repertorio de interacción social.
- 1.6 Otro. Especificar

2 Problemas relacionados con el control y manejo de la sexualidad y/o de la agresión.

- 2.1 Problemas asociados con la fertilidad, incluyendo aborto
- 2.2 Miedo al contagio y/o presencia de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo SIDA
- 2.3 Disfunciones psicosexuales (impotencia, vaginismo, etc.)
- 2.4 Neosexualidades (fetichismo, bisexualidad, paidofilia, etc.)
- 2.5 Problemas asociados con el incesto, incluyendo intentos de violación intrafamiliar
- 2.6 Violación o intentos de violación por extraños

3. Sintomatología frecuentemente asociada a la depresión

- 3.1 Problemas asociados con el ciclo del dormir
- 3.2 Trastornos en la alimentación
- 3.3 Sentimientos de soledad
- 3.4 Sentimiento de abandono
- 3.5 Otro. Especificar

4. Adicciones

- 4.1 Problemas asociados al consumo de alcohol
- 4.2 Problemas asociados al consumo de tabaco
- 4.3 Problemas asociados al consumo de medicamentos
- 4.4 Problemas asociados a otras adicciones. Especificar

5. Problemas fuertemente relacionados con la ansiedad

- 5.1 Temores específicos, incluyendo fobias y cuasifobias
- 5.2 Problemas asociados a pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo-compulsivo
- 5.3 Problemas relacionados con el funcionamiento del organismo y/o con enfermedades físicas
- 5.4 Otro. Especificar

6. Suicidio
 - 6.1 Suicidio en proceso
 - 6.2 Amenaza suicida
 - 6.3 Planeación suicida
 - 6.4 Intención suicida
 - 6.5 Ideación suicida
7. Problemas económicos, laborales y/o legales
8. Problemas escolares
9. Síntomas y/o sospecha de psicosis
10. Otra. Especificar

Además de clasificar el motivo de la llamada de acuerdo a esta tabla, el terapeuta debe especificar si se trató de una emergencia psicológica o de una crisis emocional. Mas adelante definiremos ambos conceptos.

VII.4 Examen Mental o Psicológico

El siguiente apartado se refiere a un Examen Mental, en el que se evalúa:

- ☛ **El discurso:** si es espontáneo, la velocidad del mismo y si existe algún tipo de alteración -entre otros, incoherencia, incongruencia, fuga de ideas, prolijidad, coprolalia y tartamudeo-.
- ☛ **Alteraciones en el contenido del pensamiento:** La presencia y el tipo de preocupaciones "anormales" como fobias, ideas obsesivas y delirantes.
- ☛ **Contenido afectivo.** Estado emocional que predomina en el paciente durante la entrevista: aplanamiento o aislamiento afectivo, tristeza, ansiedad, euforia, etc
- ☛ **Alteraciones de la senso-percepción** Se refiere a la apercepción anormal de experiencias normales, por ejemplo: ilusiones, alucinaciones o dolor.
- ☛ **Alteraciones de la memoria,** como son: amnesia, hipomnesia, fenómeno de lo ya visto, entre otros
- ☛ **Trastornos de Orientación** Puede ser desorientado en tiempo, en lugar o en persona y cualquier combinación entre éstos.

☞ **Actitud positiva incondicional**, que es la aceptación cálida de cada aspecto de la experiencia de la persona. Con su actitud, tanto verbal como no verbal, el facilitador - terapeuta- debe comunicar a la persona esta aceptación.

☞ **Congruencia**, que significa correspondencia entre lo que la persona piensa, siente y hace.

☞ **Empatía**, que es escuchar, acompañar, experimentar con el otro como si el mundo de la persona fuera el propio.

☞ **Confrontación**, se refiere a la habilidad que debe tener el terapeuta para llamar la atención a discrepancias en el comportamiento del paciente, tomando en cuenta que para que una confrontación sea efectiva debe existir una base de confianza y comprensión; el terapeuta debe estar seguro de que el paciente está listo para enfrentar las discrepancias que ha considerado importante explorar.

☞ **Asertividad**, que es la capacidad para autoafirmarse y defender los propios derechos sin agredir a los demás. Es importante que el terapeuta posea esta habilidad, ya que en muchos casos esta área se va a encontrar alterada en los pacientes.

☞ **Habilidades para facilitar la solución de problemas**, se refiere a las técnicas para el manejo de los conflictos interpersonales, lo cual va relacionado con la corriente psicológica que el terapeuta maneje. En el siguiente capítulo hablaremos sobre los diferentes tipos de intervención terapéutica.

☞ **Habilidades para el diagnóstico clínico**, lo cual no implica un manejo exhaustivo de la psicopatología clínica, sino una utilización eficiente de técnicas de entrevista y del empleo de técnicas de diagnóstico sencillas (en este caso, la Cédula de Registro). El diagnóstico es indispensable para elegir el tipo de intervención adecuada para el paciente y para decidir si puede beneficiarse con una terapia breve telefónica o si es más adecuado referirlo a algún tipo de terapia cara a cara.

c) Las fantasías que pueda presentar el terapeuta, las cuales repercuten en la forma en que se relaciona con el paciente. Del "Manual para el Entrenamiento para la Intervención en Crisis" de José Gómez del Campo (1992), retomaremos las que más comúnmente se presentan en los terapeutas del SAPTEL:

☞ **Fantasías de omnipotencia**, con las cuales el terapeuta se siente como el único capaz de resolver el problema dando una respuesta "rápida, experta, definitiva y contundente" (p. 14).

☞ **Fantasías del poder del pensamiento**, en las cuales se atribuye al pensamiento y a la palabra un poder mágico, debido al cual existe un temor a pensar o a decir ciertas cosas porque "pueden suceder", por ejemplo la muerte. Cuando se presentan estas fantasías, el terapeuta no aborda el tema de la muerte en un caso de posible suicidio, por el temor de que efectivamente el paciente se quite la vida. Estas fantasías se basan en una idea errónea de que la persona que llama es frágil por tener problemas cuando muchas veces sucede lo contrario: las experiencias a las que se ha enfrentado lo han hecho "más fuerte".

☞ **Fantasia de la madre bondadosa**, se relaciona con la anterior. el terapeuta percibe a quien llama como una persona que necesita afecto, comprensión y tolerancia, pero esto no es siempre posible. Si el paciente despierta sentimientos negativos, es necesario identificarlos ya que muy posiblemente se relacionan íntimamente con su problemática.

VIII.2 Condiciones ambientales.

Dentro de las que mencionaremos:

- a) La hora en la que ocurre la llamada y, por lo tanto, el turno en que se recibe.
- b) El día de la semana. También es importante y se relaciona con las actividades cotidianas del paciente.
- c) La fecha en que se efectúa tal llamada. En ocasiones el motivo de consulta de una llamada están relacionado con la fecha, por ejemplo en Navidad se esperan recibir llamadas cuyos motivos de consulta están relacionados básicamente con la depresión.
- d) El ruido ambiental es determinante, tanto para escuchar lo que dice el paciente como para la concentración del terapeuta.
- e) La línea y el aparato telefónico, los cuales deben encontrarse en perfecto estado, recibiendo mantenimiento constante, ya que de otro modo interfiere de manera importante en la calidad del servicio.

VIII.3 Condiciones del paciente.

Las dividiremos a su vez en "personales" y "contextuales" Entre las primeras se pueden mencionar.

- a) El motivo de consulta. Es la razón por la que realiza la llamada. Dentro de este punto se incluye el estado afectivo del paciente.

- b) Las expectativas del paciente hacia el Servicio. Muchas veces las personas esperan que se les dé un consejo, que se les indique cómo deben actuar ante determinada situación, o bien esperan una solución mágica a su problema.
- c) Las expectativas y/o fantasías del paciente hacia el terapeuta. El paciente puede esperar del terapeuta la omnipotencia para resolver los problemas que le presente, o bien que se comporte como la figura materna -bondadosa- o paterna -autoritaria- de la infancia. Esto es a lo que en psicoanálisis se llama *transferencia* (hablaremos más ampliamente de este tema en el capítulo siguiente).

Dentro de las condiciones "contextuales" mencionaremos:

- a) La libertad que tenga la persona para hablar de cualquier tema. En ocasiones el paciente vive en un lugar pequeño o el teléfono se encuentra en una habitación donde hay gente, o bien -sobre todo en el caso de los adolescentes- la persona llama obligada por un tercero que se encuentra a su lado para supervisar.
- b) El tiempo con que cuenta la persona para hablar, sea porque puede llegar alguien, o porque lo presionan debido a que la cuenta telefónica será muy alta.
- c) El lugar en donde realice la llamada. su trabajo, su hogar, un teléfono público, lo cual puede influir en el tiempo del que pueda disponer para la entrevista y de la presión externa para la realización de la llamada.

IX. COMO AYUDA EL SAPTEL

El SAPTEL actúa en tres diferentes niveles:

IX.1 Información.

Cuando el usuario formula una pregunta específica y deja claro el motivo de su necesidad, se proporcionan datos acerca de diferentes servicios de Salud Mental -por ejemplo hospitales psiquiátricos, centros e institutos de psicoterapia, centros especializados en atención a problemas de alcoholismo, farmacodependencia, violencia y abuso sexual, etc.-. Esto es importante ya que a veces la población no cuenta con esta información, y aunque quieran acudir a algún tipo de servicio de esta naturaleza, no saben a dónde dirigirse. En SAPTEL se cuenta con un Directorio de Instituciones, con el cual se orienta al usuario acerca de qué tipo de institución es la que le conviene de acuerdo a sus necesidades (físicas, económicas, geográficas, etc.). Esta modalidad del servicio no implica la atención psicológica propiamente dicha (Gaitán, 1993).

IX.2 Canalización y Referencia

En sentido estricto, la canalización es, como su nombre lo indica, servir como un *canal* o un enlace entre el usuario y el servicio especializado de Salud Mental cuando la persona que llama expresa el deseo de acudir a algún tipo de terapia pero sin tener una noción concreta de lo que busca, para este efecto se utiliza el Directorio antes mencionado y se procede del mismo modo que en el caso anterior. La diferencia con la Información radica en que en este caso, el terapeuta debe investigar tanto la razón del deseo de iniciar consulta como el tipo de aproximación deseado o imaginado por el usuario (en caso de haber uno); partiendo de esto, se debe hacer una evaluación de la situación y decidir el lugar que sería el más adecuado para que el sujeto reciba la atención que busca y precisa (Gaitán, 1993)

La Referencia se da una vez identificada la problemática específica, cuando el terapeuta considera que sería de mayor utilidad al paciente acudir a algún centro especializado aún cuando éste no hubiera considerado esta posibilidad.

IX.3 Consulta

Este apartado se puede dividir en dos grandes grupos: Terapia de Apoyo o Intervención en Crisis y Terapia Breve. A continuación definiremos cada uno de ellos:

a) Terapia de Apoyo

Este punto constituye la esencia del Servicio: un apoyo psicológico en situaciones de emergencia psicológica o crisis emocional cuya finalidad es restaurar el equilibrio de quien atraviesa por cualquiera de estas situaciones.

Definiremos los conceptos de emergencia psicológica y de crisis emocional de acuerdo con el Manual de Procedimientos de SAPTEL (Gaitán, 1993) a efecto de esclarecer el tipo de ayuda que se brinda en cada una de ellas:

Emergencia Psicológica es un *desequilibrio psicológico intenso*, provocado por *sucesos* ocurridos en el *mundo externo del sujeto*. Este tipo de eventos pueden ser de tal magnitud que provocan un *avasallamiento* de la capacidad del individuo para enfrentarlos y por tanto requieren el apoyo de personal capacitado.

Crisis Emocional es una *respuesta sistémica* del individuo a un *desequilibrio psicodinámico* íntimamente relacionado con procesos del *mundo interno inconsciente* del sujeto.

El psicoterapeuta debe identificar en cual de estos dos estados se encuentra el usuario, para intervenir de la manera que convenga. En caso de tratarse de una emergencia psicológica, se dará un apoyo psicológico, mientras que cuando se trate de una crisis, lo viable es la psicoterapia breve.

En la mayoría de los casos, los dos estados se encuentran relacionados entre sí, es decir que puede tratarse de una emergencia ocasionada por una crisis, o bien de una crisis desencadenada por una emergencia. En cualquiera de estos casos se combinan la intervención en crisis y la psicoterapia breve -con los elementos de la primera, se promueve la segunda-.

Las acciones terapéuticas básicas que ayudarán a restablecer el equilibrio perdido en cualquier llamada, en especial si tomamos en cuenta que comúnmente existe una emergencia, son:

1. **Establecimiento del Rapport.** Lo que significa crear un ambiente de confianza entre el paciente y el terapeuta, imparcial y sin prejuicios en el cual la persona se sienta libre de expresar lo que siente y lo que piensa.
2. **Favorecimiento de catarsis o de abreacción a través de la palabra.** Se entiende por *catarsis* una descarga emocional intensa y en forma casi paroxística; y por *abreacción* una descarga emocional catártica en la cual el individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento (Zellhuber, 1995). La labor del terapeuta es, por tanto, favorecer que se den ambos procesos "haciendo" o dejando hablar al paciente.
3. **Apoyo Psicológico.** Este punto engloba a los demás al garantizar un espacio psíquico-emocional que permita al sujeto la libre expresión de su problemática y ofrecer atención respetuosa, cordial y exenta de prejuicios que facilite la manifestación y elaboración de los desafíos de cada etapa del desarrollo del individuo.

Además de esto, es importante auxiliar al sujeto, desde el punto de vista psicoanalítico, en el ejercicio de la función del yo, fungiendo como un yo *auxiliar*, ya que tanto en una emergencia psicológica como en una crisis emocional, las funciones yóicas se encuentran disminuidas³.

En ocasiones ninguno de los procedimientos anteriores basta para restablecer el equilibrio perdido, y sea porque el usuario lo decida o porque el terapeuta lo recomiende, se hace necesario referir al paciente a otro servicio de psicoterapia cara a cara y con otros parámetros (Gaitán, 1993). Ofrecer la orientación y el empuje necesarios para que se aproxime a estos lugares también constituye parte del apoyo psicológico.

³ Se toma en cuenta el enfoque psicoanalítico por ser el que predomina en SAPTEL. El tema se amplía en el capítulo II.

b) Psicoterapia Breve.

Este servicio se brinda cuando la llamada no se trata de una emergencia, sino de una crisis psicológica, o bien cuando después de atender una emergencia, el paciente se comunica en una segunda ocasión. Para algunas personas este es el único medio que les permite acercarse a un tipo de atención terapéutica. El tipo de aproximación es elegido por el terapeuta de acuerdo a su formación y a la problemática del paciente.

Con la información presentada hasta el momento entendemos de manera general la operación del SAPTEL y conocemos para qué fue creado. A lo largo de los próximos capítulos retomaremos algunos conceptos.

En resumen, el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) surge como una alternativa ante la difícil forma de vida de los habitantes de las grandes ciudades, particularmente la Ciudad de México, la cual se caracteriza por propiciar estrés y frustración. Si la población recibe una atención adecuada y con prontitud, se puede prevenir el desarrollo de problemas mayores.

Después de dos fases temporales, en 1992 se inicia de manera permanente la operación del servicio. Durante estos cinco años, el SAPTEL ha demostrado su eficacia en repetidas situaciones y también la necesidad de su existencia. Por sus características de accesibilidad, el SAPTEL constituye un vínculo entre los servicios de salud mental y la población, además de ser un eficaz medio para prevenir problemas mayores al actuar de manera inmediata ante las situaciones de emergencia psicológica.

Para que los objetivos planteados se alcancen, es necesario que el sistema cuente con personal calificado y entrenado para esta modalidad de atención particular.

Es por eso que el presente trabajo se enfoca básicamente a la necesidad de capacitar formalmente al personal que proporciona el servicio, con el fin de que el Sistema cumpla los objetivos para los cuales fue constituido, de ahí la necesidad de conocer el tipo de ayuda y técnicas de tratamiento que se utilizan en el Sistema, pues esto constituirá la base del programa de capacitación que es necesario brindar al personal. En el siguiente capítulo abundaremos sobre este punto.

CAPITULO II

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN SAPTEL

En la actualidad existen diferentes intentos por *ayudar a la gente a resolver sus problemas*, algunos programas de radio, líneas telefónicas para "confesar y escuchar los secretos de los demás", o bien la "Doctora Corazón" quien "da respuesta a todos los problemas" (anuncio publicado en La Prensa, martes 9 de mayo de 1995, pág.32). Sin embargo, la ayuda proporcionada es cuestionable ya que en muchos casos el servicio lo brindan personas sin entrenamiento, y lejos de brindar un apoyo real a quien llama, crean confusión o un efecto placebo. Mas, dada la demanda que tienen este tipo de programas, se pone de manifiesto la necesidad de la población de un servicio serio de ayuda psicológica, que esté al alcance de cualquier persona.

El tipo de ayuda que brinda el SAPTEL lo diferencia de estos tipos de servicio telefónico, ya que, como se revisó en el capítulo anterior, brinda la atención psicológica mínima suficiente para tratar la problemática presentada por quien llama de tal forma que, aunque el usuario puede únicamente buscar que se le de un consejo o se le indique cómo proceder, cuando el terapeuta indaga acerca de los *motivos de consulta latentes* y no sólo manifiestos, la ayuda a la persona será de mayor utilidad, pudiendo ir más allá de sencillamente calmar la situación inmediata y pudiendo en ocasiones, también iniciar unos cuantos cambios dinámicos y estructurales por medio de la *psicoterapia breve*.

A continuación revisaremos con mayor detalle lo que es la Terapia Breve por ser la aproximación terapéutica viable para ser administrada vía telefónica, dadas las condiciones de tiempo y de limitaciones que tiene este medio, y debido también al tipo de llamadas, las cuales en la mayoría de los casos, presentan urgencias psicológicas.

I. INTERVENCION EN CRISIS Y TERAPIA BREVE

Hemos mencionado ya algunas diferencias entre Intervención en Crisis y Terapia Breve. Si bien ambas se orientan a restablecer el estado de precrisis, es la demanda del usuario la que determinará cuál de las dos es adecuada.

En la Intervención en Crisis el objetivo de la acción terapéutica se define con claridad, ya que se presenta como la urgencia : peligro de suicidio, homicidio, ataque de pánico, por ejemplo.

En la Terapia Breve, en cambio, el objetivo no es claro - aún para el paciente - ; será necesario definirlo y es lo que constituye el motivo de consulta *latente* (Bellak, 1988).

Cuando en SAPTEL se recibe una llamada consecutiva -en la mayoría de los casos- ya no se trata de una emergencia, por lo que se procede a administrar una terapia breve.

I.1 Definición

Partiremos de la definición de Bellak y Small (1969), quienes dicen que "la psicoterapia rápida es una aplicación esforzada de la psicoterapia tradicional, que cobra vida por la situación vital del paciente o por el medio en el que se ofrece el tratamiento. La psicoterapia de emergencia es psicoterapia rápida aplicada en situaciones especiales de crisis y exigencia".

Esto es, que se trata de una psicoterapia tradicional *adaptada* ; en el caso particular de SAPTEL, *se debe adaptar a la modalidad telefónica*, la cual presenta ciertas características particulares que más adelante detallaremos. Sin embargo, podemos pensar con esta definición que cualquier tipo de terapia puede adaptarse para ser terapia breve.

Dentro de una definición de terapia breve, puede pensarse que el tiempo de ésta es un factor determinante y esencial ; sin embargo, a pesar de que Bellak y Small son tajantes al fijar un máximo de seis sesiones, algunos consideran 10, 12 e incluso 20 o más sesiones (de Shazer, 1986; Knobel, 1987) ; el número, por lo tanto, es relativo, lo importante entonces es que se aproveche al máximo el tiempo -el que se haya acordado- y que no sea sólo "*menos de lo mismo*" (De Shazer, 1986). Es decir, se debe planear lo que se pretende alcanzar al finalizar la terapia. La brevedad misma del tratamiento exige el máximo orden posible en cuanto a la precisión del pensamiento y la mayor economía en la intervención (Bellak y Small, 1969).

I.2 Orígenes

Los autores concuerdan en que este tipo de terapia tiene sus orígenes en el psicoanálisis ortodoxo, y se remonta a los principios mismos de esta técnica ; como lo indican Knobel (1987) y Small (1986), los primeros casos tratados por Freud se pueden considerar como psicoterapia breve, dada la duración de tales intervenciones, que en algunos casos fue incluso de sólo unas horas.

El método de Psicoterapia Breve en sí fue establecido por Leopold Bellak en 1946, como respuesta a las limitaciones de recursos ofrecidos a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, cuando únicamente podía ofrecerles tres sesiones a cada uno. Posteriormente, en 1948, al ser el único psiquiatra en una agencia de rehabilitación de cardíacos y tuberculosos y posteriormente de pacientes psiquiátricos, aplicó lo aprendido anteriormente con los veteranos de guerra y finalmente, en 1958 la valida como un método de terapia (Bellak, 1988).

Como cualquier terapia, el primer requisito indispensable es que exista un terapeuta y un paciente, el primero debe conocer perfectamente la técnica y el segundo debe asumirse como tal, es decir, que quiera recibir ayuda. Esto constituye el elemento fundamental para que se de una psicoterapia, independientemente de la orientación de la misma.

En primer lugar definiremos algunos conceptos fundamentales de la técnica psicoanalítica por ser la base de la terapia breve que más se emplea en SAPTEL :

- ☛ **La transferencia** , que es un fenómeno que se da en toda relación interpersonal, y por ende también en psicoterapia. Consiste en depositar en una persona sentimientos que fueron atribuidos a alguna persona en nuestro pasado, es decir que la historia revive en el inconsciente y el *nuevo alguien* es objeto de proyecciones del pasado (Knobel, 1987). El terapeuta debe identificar esa transferencia para utilizarla en favor de la cura del paciente, elaborando hipótesis o interpretando y devolviendo dichas interpretaciones al sujeto. Cuando esta transferencia no es identificada perjudica el trabajo terapéutico y puede contribuir a hacer más intensas las resistencias.
- ☛ **La regresión.** Consiste en realizar una revisión de la historia del paciente y constituye un punto de diferencia entre el psicoanálisis y la psicoterapia breve.
- ☛ **La interpretación** . Según algunos autores psicoanalíticos, la interpretación surge a partir de la transferencia y de su comprensión, esta comprensión, en combinación con la historia del paciente, permiten al terapeuta formular una hipótesis acerca de lo que le acontece al paciente, y decírsela, si resulta válida, puede producirse la *elaboración*, y si no lo es, simplemente se rechaza (Knobel, 1987).
- ☛ **El insight.** Bellak (1969) lo define como la percepción del paciente del patrón o configuración que siguen sus experiencias, sus sentimientos, su conducta y su pensar. El terapeuta identifica dicho patrón e intenta llevar al paciente a descubrirlo, o bien se lo dice.
- ☛ **Los mecanismos de defensa.** Son mecanismos psicológicos que posee el individuo para mitigar angustias o conflictos provenientes de su mundo interno. Existen 10 mecanismos esenciales que son: la represión, la sublimación, la regresión, el desplazamiento, la proyección, la identificación, la compensación, la sustitución, la fantasía y la disociación; aunque todos están al servicio de la adaptación del individuo a su mundo consciente, no todos tienen el mismo valor adaptativo: mientras unos consisten en reprimir una tendencia considerada peligrosa (agresividad, sexualidad) y relegarla fuera del campo de la consciencia; otros, por el contrario, transforman esta pulsión en actividad socialmente apreciada - por ejemplo, la agresividad se convierte en afición a las competiciones deportivas - (Sillamy, 1970).
- ☛ **La elaboración.** Se produce una vez dado el insight, es cuando el sujeto modifica su patrón de conducta, en otras palabras, es una mutación en el mundo interno del paciente que lo lleva a modificar su conducta (Bellak, 1969).

☞ **La comunicación.** Esta se manifiesta del paciente al terapeuta y viceversa. Tal comunicación no es sólo el lenguaje verbal, cuando el sujeto relata lo que le acontece o cuando el terapeuta interpreta, sino también el lenguaje no verbal. los gestos, movimientos, expresiones, etc.

☞ **La contratransferencia.** Si tomamos en cuenta que la transferencia es un fenómeno que se da en toda relación humana (Knobel, 1987), es de suponerse que en una terapia no sólo se presenta en el paciente, sino también en el terapeuta a esto es a lo que se ha llamado contratransferencia. Esto es algo innegable, y el terapeuta debe identificar estos sentimientos para utilizarlos de igual manera en favor de la cura del paciente, y evitar que se convierta en una *neurosis de contratransferencia*, en la cual el terapeuta estaría actuando en función de tales sentimientos, por ejemplo: cuando un paciente pide ayuda de forma demandante y se siente incapaz de resolver sus problemas, el terapeuta puede percibirlo como se quiere mostrar y asumir el papel que él le quiere dar de omnipotencia, si esto sucede, la actitud del terapeuta va a contribuir a la patología del individuo, lo que debe hacer el terapeuta es identificar esta situación y utilizarla para la interpretación.

Estos elementos están presentes tanto en un psicoanálisis, o una terapia psicoanalítica como en una terapia breve, sin embargo, la manera de manejarlos constituye la diferencia entre estas técnicas.

En cada caso, el terapeuta, junto con su supervisor de caso debe elegir la técnica más adecuada para el paciente, para lo cual es necesario obtener un diagnóstico o una hipótesis diagnóstica, con base en una integración de la historia bio-psico-social del paciente.

Existen situaciones en que una terapia de corto plazo es mucho más necesaria, indicada y útil que una técnica compleja y de tiempo indefinido la cual sería totalmente impracticable. Por ejemplo en situaciones de emergencia, diversos tipos de crisis, depresiones reactivas o reacciones ansiosas o fóbicas, problemas repentinos de desajustes emocionales y conflictos interrelacionados en procesos neuróticos, caracteropáticos y hasta psicóticos pueden exigir la psicoterapia breve. "En niños y adolescentes los conflictos familiares, de los padres, los conflictos escolares y los de simple relacionamiento con los circunstanciales compañeros de estudio, pueden ser determinantes de reacciones vivenciales anormales, crisis de angustia (fobias) y perturbaciones psicosomáticas que exigen una intervención rápida y breve" (Knobel, 1987).

Dado que en el SAPTEL la mayoría de los motivos de consulta se pueden incluir en alguna de estas situaciones y debido a las características del servicio, la terapia breve es la indicada. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, en algunos casos la patología de quien llama indica que necesita un tipo de tratamiento más largo e incluso en ocasiones lo más recomendable es un tratamiento psiquiátrico. En estos casos, el objetivo de la

terapia breve será sensibilizar al paciente para que acuda al tipo de tratamiento que sería el más adecuado para él.

Para decidir si la demanda del paciente puede ser resuelta vía telefónica por medio de una psicoterapia breve o si es necesario canalizarlo a alguna institución en la que se proporcione terapia a largo plazo o tratamiento psiquiátrico -farmacológico- el terapeuta lo consulta con su supervisor de casos.

Aunque la psicoterapia breve tiene sus inicios en el psicoanálisis, actualmente se ha llevado a otras corrientes, no obstante hablaremos de la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica por ser la más utilizada en el SAPTEL.

II. LA TÉCNICA EN PSICOTERAPIA BREVE

Knobel (1987) resume el proceso psicoanalítico en cuatro aspectos fundamentales:

1. La transferencia y el surgimiento de la neurosis transferencial;
2. La estimulación de la regresión;
3. El proceso de elaboración;
4. La modificación de objetos internos a través de la proyección e introyección como mecanismos fundamentales.

En psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, se retoman estos cuatro aspectos, sin embargo, la diferencia entre una y otra se encuentra en el diferente manejo y en la estrategia, también diferente, de utilización de estos cuatro aspectos fundamentales del psicoanálisis. A continuación describiremos estas diferencias:

I.1 Transferencia y neurosis transferencial.

Mientras que en el psicoanálisis se trata de estimular la neurosis de transferencia propiciando la regresión y la creación de síntomas, valiéndose de la transferencia espontánea, en psicoterapia breve no se cuenta con el tiempo necesario para esta situación por lo que se debe evitar que se dé dicha neurosis transferencial. Sin embargo, dado que la transferencia espontánea, está presente en toda relación humana, es necesario que en una psicoterapia breve, el terapeuta la identifique, para utilizarla en favor del trabajo terapéutico, sabiendo por ejemplo que para el paciente representa el padre autoritario, o la madre cariñosa, y actuar o no en función de esto. Es decir, aunque el terapeuta no estimule su aparición, debe saber utilizar la transferencia que se presente.

I.2 La estimulación de la regresión.

Para Knobel (1987), este punto constituye la diferencia capital entre la técnica psicoanalítica y la aplicada en psicoterapia breve. En el primero se estimula totalmente la regresión con el propósito de resurgir aquellos conflictos vividos en diferentes etapas del desarrollo y reelaborarlos transferencialmente. Por el contrario, en la psicoterapia breve la regresión debe ser desalentada completamente "mediante la activación de todos los medios que permitan un control permanente de los aparatos autónomos del yo". La razón es básicamente el tiempo: la regresión implica una revisión de la historia del paciente (real o fantaseada) y estimula la neurosis transferencial.

I.3 El proceso de la elaboración.

Es importante entender que, de acuerdo con los dos puntos anteriores, en una psicoterapia breve no se presenta la elaboración en un sentido psicoanalítico, ya que no ocurre una neurosis de transferencia y no se alienta la regresión para revivir los conflictos de la vida pasada y reelaborarlos transferencialmente. La elaboración en psicoterapia breve es más cognitiva que afectiva, es un trabajo de captación y comprensión de la realidad interna y su confrontación con la realidad externa: "el terapeuta actúa más como una extensión de los aspectos yóicos más evolucionados del paciente y menos como pantalla proyectivo-introyectiva con todos sus componentes emocionales transferenciales" (Knobel, 1987).

I.4 Modificación de objetos internos a través de la proyección e introyección.

Como ya se ha mencionado en los puntos anteriores, en la psicoterapia breve falta esa laboriosa transformación del proceso histórico del individuo, falta tiempo y reactualización de la historia; lo que se realiza es una *relectura* de dicha historia y un proyecto no de vivirla, sino de entenderla y de pensarla; por lo tanto, con la psicoterapia breve no se va a conseguir una *cura*, sino que se va a cambiar información falsa por información verdadera, objetiva o de consenso y en un nivel fundamentalmente cognitivo (Knobel, 1987).

Aunque el paciente no *reviva* su historia, comprenderá a nivel intelectual lo que le ocasionaba el síntoma.

III. DIFERENTES ABORDAJES TERAPÉUTICOS

Nos hemos ocupado hasta el momento de la psicoterapia breve con enfoque psicoanalítico por ser la técnica de mayor aplicación en el Servicio, no obstante, dentro del SAPTEL se manejan diferentes abordajes terapéuticos según la formación de los terapeutas, dado que proceden de diferentes universidades. Para tal efecto, se cuenta con asesores de diversas corrientes.

Por otro lado, considerando que los casos presentados por los usuarios son diferentes, es necesario que cada terapeuta tenga conocimiento de las diferentes modalidades terapéuticas y elija la más conveniente para el caso particular.

Aunque en el Manual de Procedimientos del SAPTEL se mencionan 14 modalidades de intervención con sus respectivos apartados, no todas son susceptibles de aplicarse en lo inmediato en la modalidad telefónica, es por eso que, basándonos en la experiencia, retomaremos únicamente las que en la práctica al teléfono es posible llevar a cabo, si bien con algunas limitaciones. Y para una mejor comprensión de su aplicación mencionaremos un ejemplo de los casos en que puede practicarse cada una de ellas.

Las aproximaciones terapéuticas más utilizadas son las siguientes:

III.1. Terapia de la Conducta.

En esta modalidad se aplican las Técnicas de Eliminación, entre las que encontramos la extinción, la desensibilización sistemática; el condicionamiento operante, etc. (Millenson, 1982). En la extinción se emplea progresivamente el no refuerzo repetido, para debilitar un hábito (Small, 1986).

La desensibilización sistemática es una técnica que propicia un estado fisiológico incompatible con la ansiedad con el fin de inhibir una reacción de ansiedad ante determinado estímulo, este estímulo se repite hasta que la reacción de ansiedad desaparece por completo. El estado inhibitorio de la ansiedad que se emplea por lo general es la relajación. Los pasos del tratamiento son: 1) entrenamiento en la relajación muscular; 2) creación de jerarquías de intensidad en los estímulos generadores de ansiedad y 3) oposición entre estímulos que susciten relajación y aquellos que compongan las mencionadas jerarquías de los que suscitan ansiedad (Small, 1986).

Aunque estas técnicas tienen más limitaciones que las otras para su aplicación telefónica, en algunos casos son útiles, por ejemplo angustia excesiva ante situaciones adversas que no está en sus manos solucionar y miedos irracionales, siempre y cuando no lleguen a ser fobias, ya que en este caso es necesario que el terapeuta se encuentre con el paciente en el momento del enfrentamiento al estímulo aversivo. En muchos de estos casos, la técnica utilizada es la relajación.

Normalmente será necesario combinar estas técnicas con alguna otra modalidad de intervención, ya que se debe animar al paciente a enfrentar las situaciones que generan displacer y esto puede ocasionar otros estados disfuncionales, dependiendo del origen real del síntoma, que también será función del terapeuta investigar.

III.2 Terapia Educativa.

Consiste en proporcionar al sujeto la información precisa, clara y confiable sobre el funcionamiento normal del individuo. También es importante la información sobre respuestas cognoscitivas, emotivas y motoras resultado de la frustración o el displacer (Gaitán, 1993). Se considera que la enseñanza de cualquier oficio o conocimiento que el terapeuta estime importante para la estabilización del paciente constituye uno de los métodos de la psicoterapia breve, la técnica educativa es paralela al proceso de desarrollo del insight. Algunos autores emplean esta técnica para establecer los límites de la realidad y refrenar las fantasías, explicando, por ejemplo, la relación que existe entre la tensión muscular y el dolor muscular y entre la despersonalización y los procesos perceptuales, para ayudar a superar la ansiedad propia de tales circunstancias (Small, 1986).

En el teléfono se utiliza esta técnica cuando el paciente presenta angustia ante situaciones propiciadas por desconocimiento o falta de información. Un ejemplo muy común, en especial en adolescentes, es el temor a un embarazo no deseado después de una práctica sexual, en este caso es necesario indagar cómo fue esa práctica y en qué momento del ciclo menstrual ocurrió, ya que en ocasiones este temor es ocasionado por el desconocimiento del proceso para propiciar un embarazo. Entonces el terapeuta debe explicar al usuario, no sólo el funcionamiento del organismo, sino también algunos métodos de prevención

La diferencia entre este tipo de consulta y una *llamada de información* es que el usuario se encuentra en una situación de emergencia o crisis emocional ocasionada por la angustia : él o ella está seguro(a) de que existe un embarazo, el motivo de consulta manifiesto es el cómo enfrentar esa situación.

III.3 Psicoterapia Gestáltica.

Es resultado de la adaptación de los conceptos básicos de la teoría psicológica de la Gestalt, resaltando el concepto de que el todo (organismo) es más que la suma de sus partes.

En terapia Gestalt se utilizan como técnicas algunos momentos de la situación, el aquí y el ahora, que sirven para crear oportunidades de crecimiento, realizar encuentros, vivenciar experiencias, hacer observaciones fenomenológicas, hacer contacto y llegar al continuo de la conciencia sensorial. Las técnicas utilizadas en terapia Gestalt pueden dividirse en dos grandes áreas . una es dejar de hacer lo que sea necesario para descubrir la experiencia que se oculta detrás de determinada actividad y la otra es reunir la energía suficiente para hacer frente al contenido del darse cuenta del paciente (Salama, 1991).

Esta técnica puede utilizarse si quien llama se encuentra deprimido recordando "tiempos pasados que no se repetirán" En este caso el terapeuta debe animar al paciente a retomar el momento actual, indagar por qué se empeña en vivir en un tiempo que no es ya el suyo y una vez que descubra esa razón, procurar que el individuo crezca en su presente.

III.4 Psicoterapia de Apoyo.

Se proporciona apoyo al paciente a través de comportamientos y comentarios que transmiten empatía y solidaridad. Se utiliza tanto en condiciones emocionales de emergencia como en situaciones en que una condición crónica ha tenido un impacto importante en la estructura emocional del sujeto, ya que en ambos casos el sujeto se encuentra en un estado de "ego débil" (Bellak, 1988). Por lo tanto se "prestan" al sujeto las funciones del yo que, por el estado de abatimiento, no funcionan adecuadamente.

Esta clase de intervención es una de las más utilizadas en el Sistema, en ella el terapeuta debe ser muy hábil y mantenerse al margen ya que el usuario normalmente tiene la fantasía de que el terapeuta le "resolverá el problema" y puede no ayudarse a sí mismo. El "préstamo" de funciones debe efectuarse con el fin de que el usuario recupere el equilibrio perdido y únicamente hasta ese momento.

Existen usuarios que llaman sistemáticamente para "pedir consejos". En tales casos este tipo de intervención no es recomendable pues ocasiona dependencia del paciente hacia el terapeuta, por lo que es más adecuada una psicoterapia individual.

III.5. Psicoterapia Individual.

Son todas las aproximaciones psicoterapéuticas psicoanalíticamente orientadas, es decir, las que contienen varios elementos en común con la técnica psicoanalítica, o solamente uno o dos pero fundamentales, por ejemplo, el reconocimiento de la importancia de las motivaciones inconscientes (Brenner, 1977; Etchegoyen, 1988). Como ya lo mencionamos, esta modalidad es la que más se utiliza en SAPTEL, por tratarse de una técnica de investigación que busca llegar a la causa real que origina el problema y puede aplicarse prácticamente a todos los casos presentados por los usuarios.

IV. LA ATENCIÓN VÍA TELEFÓNICA

Hemos revisado la técnica de la terapia breve con orientación psicoanalítica y los abordajes terapéuticos más utilizados en SAPTEL considerando algunas limitaciones al aplicarse vía telefónica. La comunicación vía telefónica para brindar apoyo psicológico implica situaciones particulares. A continuación revisaremos algunas de ellas.

Retomando lo revisado en el capítulo anterior en cuanto a la singularidad de la consulta telefónica, a la secuencia de una llamada en SAPTEL por medio de la Cédula de Registro, y tomando en cuenta el modelo de intervención propuesto por Slaikeu (1984) en su capítulo 6, así como el de intervención telefónica en su capítulo 15, describiremos las generalidades de una consulta telefónica en SAPTEL.

IV.1 Primera ayuda psicológica por teléfono

Se refiere a lo mencionado en el capítulo anterior bajo el rubro de *apoyo psicológico*, en el cual se brinda la primera ayuda al paciente, en especial si se encuentra en crisis o emergencia psicológica, la cual consiste básicamente en dos puntos:

- a) Ofrecer un espacio libre de juicios y respetuoso a fin de que el paciente se sienta con la confianza necesaria para expresar sus emociones y pensamientos.
- b) Brindar la orientación y el empuje necesarios para que, en caso de requerirlo, el paciente se acerque a algún tipo de servicio especializado.

IV.2 Hacer el contacto Psicológico

Es importante señalar, como lo hace Slaikeu (1984), que "en la consejería por teléfono, el principal vehículo para lograr el contacto con un paciente es la voz del *consejero* que no sólo incluye lo que dice, sino *cómo lo dice*. Para lograr los objetivos de este primer componente, el tono de voz del consejero necesita ser calmado y alentador, para que el paciente en crisis se sienta comprendido, aceptado o para que un aire de calma reemplace al de trastorno y confusión que provoca el estado de crisis."

Por otro lado, se debe prestar atención al diferente papel que juega el silencio en el consejero telefónico en contrario a la terapia cara a cara, vía telefónica, el silencio es más ambiguo, el terapeuta no sabe si el usuario está reflexionando en lo que le ha dicho, o no sabe o no puede decir lo que está pensando o sintiendo, en estos casos, el terapeuta telefónico puede ayudar al paciente a hablar con expresiones que indiquen el deseo de entender la situación (Slaikeu, 1984)

El Contacto Psicológico es entonces el mencionado rapport, del cual dependerá el progreso de la sesión y el que el sujeto vuelva a comunicarse, es por eso que resulta de vital importancia saber si existió durante la sesión y para este fin es que se contempla un apartado acerca del particular en la Cédula de Registro del SAPTEL.

IV.3 Examinar las dimensiones del problema

Significa indagar la historia del problema que presenta el paciente, examinando su pasado inmediato (evento precipitante) y su estado presente: funcionamiento, habilidades y capacidades. De acuerdo con estas características el terapeuta telefónico podrá realizar un análisis del caso determinando su proporción y las implicaciones para el paciente así como la situación - emergencia o crisis - en que se encuentra.

Para lograr lo anterior se utilizan los apartados de *Examen Mental* y *Sintomatología Específica* de la Cédula de Registro de SAPTEL. Es con estas herramientas y con ayuda del supervisor, que el terapeuta telefónico se plantea una hipótesis diagnóstica para determinar qué tipo de intervención es más conveniente para atender al paciente.

IV.4 Explorar las posibles soluciones

Cuando una persona llama, generalmente ya ha pensado varias posibles soluciones a su problema, sin embargo no ha encontrado la más eficaz o no se ha decidido por alguna ; el terapeuta debe indagar acerca de estas soluciones y propiciar que el sujeto elabore otras. El objetivo es generar tantas direcciones potenciales como sea posible a fin de actuar sobre las necesidades inmediatas identificadas al principio (Slaikau, 1984).

Es aquí donde se aplica la psicoterapia breve, en los casos en los que el sujeto no sabe o no puede identificar la causa de su problema, y por lo tanto, no puede encontrar alguna solución. El objetivo es identificar el origen del problema para después buscar soluciones.

IV.5 Ayudar a tomar una acción concreta

Slaikau (1984) propone dos tipos de actitud: *facilitadora*, si la persona es capaz de actuar en su propio beneficio y el riesgo de mortalidad (suicidio u homicidio) es bajo; y *directiva*, en caso contrario. En la primera, se incita al paciente a que actúe, y el convenio para la acción es entre el paciente y el terapeuta telefónico. En la segunda, el convenio puede incluir a la familia u otras personas allegadas, y en casos extremos se recurre a la movilización de recursos de modo activo -ambulancias, patrullas o el propio terapeuta- para controlar la situación.

Este modelo de intervención puede parecer sencillo, pero se deben tomar en cuenta infinidad de factores que convergen en una misma situación, por ejemplo los conceptos definidos al principio de este capítulo -transferencia, contratransferencia, mecanismos de defensa- que están presentes durante toda la sesión y que el terapeuta debe identificar; el tipo de intervención más conveniente para el problema lo cual nos lleva a reconocer uno de los más importantes factores: *cada caso es único*, por lo que aún teniendo el entrenamiento para atender diversas situaciones -intento o ideación suicida, abuso sexual, violencia doméstica, problemas interpersonales - en cada caso el terapeuta telefónico se enfrenta a una situación nueva, en la que tiene que hacer uso del conocimiento y de la intuición, además de todas las habilidades mencionadas con las que debe contar una persona dedicada a proporcionar atención psicológica vía telefónica.

Esta acción no es tan fácil, implica conocimiento tanto de la técnica telefónica como de las modalidades terapéuticas mencionadas ; actitudes y habilidades específicas para identificar las condiciones tanto del paciente como del entorno ; y que estos conocimientos, actitudes y habilidades sean lo suficientemente sólidas como para que el terapeuta se sienta seguro durante su intervención.

Si consideramos además que en su mayoría, quienes proporcionan la atención telefónica son personas recién egresadas de la carrera, podremos enfatizar la necesidad de contar con una capacitación formal y permanente para quienes fungen como terapeutas telefónicos con el fin de que el servicio brindado sea acorde con las expectativas de los usuarios y que al mismo tiempo coadyuve al cumplimiento de la misión del SAPTEL.

En el siguiente capítulo efectuaremos la revisión de un modelo administrativo de capacitación y presentaremos una propuesta para implementar un procedimiento formal de esta función en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono que vaya encaminado a la especialización de sus terapeutas.

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL SAPTEL

Nos hemos ocupado hasta el momento del aspecto clínico del SAPTEL, hemos revisado su complejidad y mencionamos que para lograr que el servicio que se brinda sea eficiente es necesario que el Sistema cuente con una organización bien definida, asumiéndose como una institución de apoyo a la comunidad en el cariz psicológico.

Actualmente en el SAPTEL se da mayor importancia al aspecto de atención clínica, sin embargo es necesario llevar a cabo un trabajo interdisciplinario combinando tanto psicología clínica como industrial y apoyándose en otras disciplinas como la administración.

Un enfoque que nos ayudará a entender lo anterior y la importancia de una adecuada administración de la capacitación es la Teoría de los Sistemas. Desde su punto de vista, podemos concebir el SAPTEL como un sistema formado por varios elementos o *subsistemas interdependientes*, la interrelación entre dichos elementos o subsistemas es la condición primordial para que exista el sistema y cualquier cambio que se presente en una de sus partes afectará a toda la unidad. Uno de tales subsistemas es la clínica y otro es la *administración*. Dentro de este mismo enfoque, la administración a su vez es un sistema con subsistemas tales como la administración de recursos financieros, la de recursos materiales y la de recursos humanos ; y dentro de la Administración de Recursos Humanos - sistema - encontramos a la capacitación - subsistema -, que a su vez es un sistema integrado por otros subsistemas.

En el presente capítulo nos enfocaremos a la capacitación, describiremos cada una de las partes que la integran desde el punto de vista administrativo y posteriormente haremos una propuesta para instrumentar este proceso en el SAPTEL.

I. EL PROCESO DE CAPACITACIÓN

En primer lugar es necesario considerar que el entrenamiento efectivo de la fuerza de trabajo en cualquier organización debe llevarse a cabo sobre la base de la educación formal que han recibido los sujetos para identificar lo que saben y lo que necesitan saber. Del mismo modo, deben considerarse las costumbres, valores, hábitos y creencias que determinan el comportamiento de las personas dentro y fuera de cualquier organización, con el objeto de dirigir adecuadamente los procesos de cambio de conducta, evitando enfrentamientos entre la cultura de la organización y la de los trabajadores (Reza, 1995).

Pinto (1992) hace una distinción dentro de las actividades de Capacitación, en dos campos: Capacitación *para* el trabajo y Capacitación *en* el trabajo. La primera es la que se imparte en universidades, institutos o academias, previamente a que el individuo se incorpore al sistema productivo en una ocupación específica ; y la segunda persigue el propósito de desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes de los trabajadores para incrementar su desempeño en un puesto o en un área de trabajo específica.

En SAPTEL pueden combinarse ambas ya que por ser una instancia en la que la "fuerza de trabajo" está constituida principalmente por pasantes de psicología - y áreas afines como Trabajo Social, Pedagogía o Antropología - que realizan su Servicio Social o Prácticas Profesionales, puede considerarse como la parte final de la capacitación para el trabajo y al mismo tiempo, por ser un Servicio a la Comunidad que debe desempeñarse con todo profesionalismo, constituye el principio de la Capacitación en el Trabajo.

Por tal motivo la capacitación en SAPTEL debe seguir un proceso riguroso ; este proceso permitirá llevar un control de cada una de las actividades y realizar una evaluación del mismo. Como ya hemos mencionado, actualmente el SAPTEL proporciona a sus terapeutas - tanto aspirantes como en servicio - una capacitación inicial y seguimiento de los casos atendidos, sin embargo, no se lleva un control adecuado, los cursos no cumplen correctamente los objetivos planteados y no ayudan al logro de los objetivos del Sistema. Además no se realiza evaluación alguna ni del aprendizaje adquirido ni de la impartición y coordinación del mismo.

El proceso de capacitación es una serie de pasos encaminados al logro de los objetivos planteados que, al final, se evalúa él mismo permitiendo su rediseño ; diversos autores lo describen de manera diferente, presentan nombres distintos, pero en esencia el concepto es el mismo. De acuerdo con Reza (1995), los elementos que lo integran son los siguientes :

1. Diagnóstico de necesidades de capacitación (DNC). Son acciones cuyo fin es obtener información acerca de las carencias de conocimientos, habilidades o actitudes de un trabajador en relación con las actividades que debe desempeñar en su puesto. Una DNC implica una investigación, involucra acciones de observación, prueba, análisis y deducción (Smith, 1990).
2. Diseño y operación de programas. Son el conjunto de estrategias que se seguirán para la satisfacción de dichas carencias.
3. Establecimiento de controles administrativos Se refiere a los apoyos logísticos y mecanismos de control necesarios para el buen funcionamiento del proceso.

4. Evaluación. Son todos aquellos instrumentos o acciones que permitan conocer el grado de aprendizaje adquirido por las personas capacitadas y obtener una realimentación para el desarrollo del proceso.

En este sentido, el proceso es cíclico : la evaluación constituye a su vez una nueva detección de necesidades de la cual partiremos para reiniciar el proceso, como se ilustra en el siguiente diagrama :



En el caso específico del SAPTEL no será posible llevar a cabo una detección de necesidades puesto-persona debido a la naturaleza rotatoria de sus puestos, sin embargo, retomando el sentido de investigación de la DNC, el inicio del proceso será retomar las descripciones de los puestos, determinando las habilidades, actitudes y conocimientos necesarios y, con base en ellos, se elaborará un programa permanente que se repetirá y enriquecerá cada vez que ingresen nuevos terapeutas.

Las acciones mencionadas hasta el momento implican el seguimiento de un modelo administrativo. Consideramos que la propuesta de Roberto Pinto Villatoro (1996) es aplicable y se ajusta a los objetivos del presente trabajo, por lo cual, con esta base, estableceremos la propuesta para su establecimiento y desarrollo en SAPTEL.

II. EL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA CAPACITACIÓN

Administrar significa emprender acciones que hagan posible que las personas contribuyan de la mejor manera al logro de los objetivos del grupo y de la organización; en virtud de que la capacitación se encamina hacia la modificación de conductas en los individuos para alcanzar las metas de la empresa, es necesario que el capacitador, como administrador de esta función, conozca y aplique los principios de la administración (Pinto, 1996).

Para efectos de capacitación, el proceso administrativo se divide en cuatro fases : Planeación, organización, ejecución y control (Reza, 1995 y Pinto, 1996).

Planeación es la recolección, análisis y canalización de la información que llega al sistema, proponiendo un camino a seguir, fijando prioridades, objetivos y formas de evaluación (Reza, 1995).

Organización es la estructuración técnica de las relaciones entre las jerarquías, funciones y obligaciones del proceso de capacitación para lograr la mayor eficiencia del mismo (Reyes , 1985).

Ejecución consiste en la implementación de las actividades previstas, planeadas y organizadas en las fases anteriores (Reyes, 1985 y Reza, 1995). De acuerdo con George R. Terry (1978) la ejecución trata exclusivamente con personas, es hacer que todos los miembros del grupo deseen alcanzar y se esfuercen en lograr los objetivos que el gerente desea que logren por que *ellos* quieren lograrlos.

Control - o administración -, se encarga de vigilar y proporcionar el apoyo necesario para el desarrollo de un proyecto a nivel económico, de gestión administrativa y de apoyo logístico (Reza, 1995).

II.1 PLANEACIÓN

En esta fase se decide con anticipación lo que se va a hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y quién se encargará de ello. Implica prever y seleccionar los cursos de acción a seguir en el futuro. En el proceso de capacitación, la planeación es la fase que le da razón y contenido técnico al proceso de entrenamiento mediante las siguientes actividades :

II.1.1 Detección de Necesidades de Capacitación (DNC).

Es un procedimiento que parte del reconocimiento de los insumos con que cuenta la empresa y en particular de los recursos humanos, para conocer con mayor exactitud las deficiencias del personal en cuanto al desempeño de las tareas inherentes a sus puestos de trabajo, señalando la diferencia entre lo que "se hace" y lo que "debe hacerse" (Pinto, 1996). Sin importar la metodología que se utilice para el estudio de DNC, nos debe conducir a la definición de los aspectos que se enuncian enseguida :

En **QUE** se va a capacitar para desempeñar correctamente un puesto de trabajo.
QUIENES de los trabajadores que desempeñan un mismo puesto de trabajo, requieren capacitación.

CUANTA profundidad de aprendizaje requiere cada trabajador para que domine su especialidad, ya sea en el terreno de los conocimientos, de las habilidades o de las actitudes

CUANDO y en qué orden serán capacitados, según las prioridades y recursos disponibles.

Barry Smith (1990) propone un procedimiento de tres pasos para realizar un Diagnóstico de Necesidades de Capacitación :

1. **Recopilación de datos.** En esta etapa se deben revisar en forma regular los datos de la organización para determinar su estado actual, se pueden utilizar diferentes medios como la observación, pláticas informales o compilación de documentos (reportes, índices, tablas, estadísticas).
2. **Investigación.** Cuando se detecte alguna discrepancia entre lo que se debe hacer y lo que se hace, o de antemano se sospeche alguna deficiencia de desempeño, será necesario reunir datos más específicos acerca de ese tópico por medio de la observación, entrevistas, cuestionarios, diarios - registros de actividades -, muestreos de trabajo, evaluaciones de desempeño, estudios de la organización o pruebas psicológicas.
3. **Análisis.** Comprende el examen riguroso de los datos de entrada para eliminar la información que no es válida, para agrupar y resumir el resto de los datos, el esbozo de conclusiones lógicas y la preparación de una comunicación o informe. Este análisis se realiza bajo tres grandes rubros :
 - a) Análisis de la organización. Que implica deficiencias de desempeño a nivel de la organización total.
 - b) Análisis de puestos de trabajo. Especifica normas de desempeño laboral, proporciona una descomposición del trabajo en sus tareas componentes e investiga formas de llevar a cabo aquellas tareas ; a partir de esto podemos especificar las habilidades, conocimientos y actitudes que una persona necesita para hacer el trabajo con un nivel estándar
 - c) Análisis de personas. Se mide el nivel actual de desempeño y se diagnostican las necesidades para llevar el desempeño hasta el nivel estándar.

II.1.2 Establecimientos de Objetivos.

Los objetivos son los fines a los que se dirige toda actividad; conforman la base de la planeación y dan sentido y orientación a todo el proceso. Señalan el fin hacia el cual

apuntan la organización, la ejecución y la evaluación (Pinto, 1996). Los objetivos en capacitación provienen directamente del diagnóstico de necesidades de capacitación, deben fijarse en función de los objetivos de la organización y de la satisfacción, solución o reducción de los problemas, carencias o necesidades detectadas en dicho proceso (Smith, 1990).

La especificación de objetivos conduce al diseño del plan de capacitación, de ahí que habrá que diferenciar entre los objetivos generales del plan, los objetivos particulares de los programas que integran el plan y los objetivos instruccionales, y los objetivos específicos por cada tema comprendido en el curso. Los objetivos deben ser la base y motivo en sí de capacitar, son la razón propia del entrenamiento y deben seguirse sin perderlos de vista (Reza, 1995).

Para elaborar los objetivos se debe comenzar por analizar las tareas del trabajo en el que se va a capacitar y definir las como conductas, estas conductas se vuelven las fuentes para redactar tales objetivos.

Para que un objetivo de capacitación sea claro y cumpla con el cometido de que los capacitandos conozcan lo que se espera de ellos, debe constar de tres elementos (Smith, 1990) :

1. **Enunciados de Conductas.** Como ya comentamos, una conducta proporciona una base observable para evaluar el aprendizaje, al elaborar un objetivo de capacitación se debe utilizar un *verbo de acción* que indique claramente lo que el capacitando será capaz de realizar al concluir la capacitación, aún en el caso de una sesión teórica, en este último caso se hará referencia a alguna actividad que demuestre que la idea fue entendida y captada por el grupo, por ejemplo *listar* o *explicar*.
2. **Niveles de Ejecución.** Es necesario incluir estándares de calidad que especifiquen el grado de práctica que el capacitador deberá incluir en la sesión de capacitación y el grado de eficiencia que se espera que el capacitando alcance. Estos indicadores son de tres tipos : cantidad, calidad y tiempo.
- 3 **Condiciones.** Describe la situación en la que se espera que el capacitando ejecute la acción. los recursos con que contará y el entorno en el que se desarrollará.

II.1.3 Elaboración de Planes y Programas.

Los programas son conjuntos de metas, políticas, procedimientos, reglas, asignaciones de trabajo, etapas a seguir y elementos necesarios para llevar a cabo un determinado curso de acción (Pinto, 1996). La elaboración de programas de capacitación da significado y contenido al plan y parte de los objetivos establecidos a través de la información obtenida en la DNC.

Las necesidades detectadas, orientan los contenidos o temas en que se va a capacitar ; estos a su vez se analizan y se convierten en cursos o en otras actividades de capacitación (seminarios, talleres o conferencias, por ejemplo).

De acuerdo con Smith (1990), la organización de una sesión de capacitación se puede realizar en cinco pasos :

- 1 Graduar la sesión en lo que se *debe saber*, que es el contenido esencial para alcanzar los objetivos propuestos ; lo que se *debería saber*, que es el material que ayudará al capacitando a tener una comprensión más clara, y lo que se *podría saber*, que es el material importante e interesante pero no esencial. Lo anterior nos ayudará a seleccionar la información para que los capacitandos tengan una mejor comprensión del tema.
2. Ordenar el contenido. El orden debe ser lógico, primero es necesario identificar el conocimiento actual de los capacitandos y a continuación, presentar la información nueva en pasos fáciles de asimilar : de lo *conocido* a lo *desconocido* y cuando lo *desconocido* se vuelve *conocido*, pasar al siguiente elemento *desconocido*.
3. Seleccionar los recursos básicos con los que se contará para la sesión como son, entre otros, el aula y los apoyos didácticos.
4. Seleccionar las técnicas de capacitación que resulten más adecuadas para transmitir las ideas.
5. Estimar el tiempo que se llevará cada acción dentro de la sesión.

Los cursos se agrupan para formar programas y éstos pueden diseñarse por puestos, por área de trabajo o por niveles.

II.1.4 Presupuestos.

Es el enunciado de los resultados esperados expresados en términos numéricos, ya sea de carácter financiero, en términos de horas-hombre o, cualquier otra que permita su expresión numérica. Es el último elemento de la fase de planeación y resulta de la ponderación y costo de todas las acciones a efectuar y de los recursos que se requieren para su realización.

Para que los esfuerzos de capacitación se conviertan en inversión en vez de gasto, debe seguirse el proceso de manera rigurosa, evaluando constantemente los resultados de cada uno sus componentes.

En este rubro se debe realizar también un estimado de los beneficios que se esperan obtener con la capacitación para obtener una relación de costo-beneficio y así, justificar la existencia del programa. Al término del ciclo se revisará este estimado y se comparará con el cálculo real.

II.2 ORGANIZACIÓN

La organización es aquella parte de la administración que implica establecer una estructura intencional de tareas que los individuos de una institución deben desempeñar, es decir los puestos de trabajo. De acuerdo con esta estructura se fijan los requisitos para que el trabajo pueda efectuarse, evaluarse y sea posible seleccionar a los candidatos para los puestos (Pinto, 1996).

Para que la capacitación se lleve a cabo adecuadamente es necesario que exista un departamento de capacitación con una estructura orgánica y funcional que le permita disponer de los elementos estructurales, tecnológicos, humanos y físicos para operar el plan de capacitación con efectividad. Es por esto que aunque el objetivo de este trabajo es realizar un Programa de Capacitación, siguiendo el modelo de Pinto Villatoro (1996), en este apartado nos referiremos al Departamento que lo llevará a cabo.

La fase de organización del proceso de capacitación responde al “cómo se va a hacer y con qué”, y se descompone en los siguientes elementos :

II.2.1 Estructura del Departamento.

Para que los individuos trabajen con efectividad es necesario que todos conozcan el papel que deben cumplir y la forma en que sus actividades se relacionan con otras. Si las funciones son subsistemas del sistema “departamento de capacitación”, la labor administrativa de organizar consiste básicamente en proyectar y mantener en condiciones óptimas los sistemas de funciones correspondientes.

La estructura del departamento de capacitación debe obedecer a sus objetivos y al desempeño de sus principales actividades. La magnitud de la empresa y los recursos disponibles serán factores importantes al determinar la organización interna del departamento de capacitación (Pinto, 1992).

II.2.2 Políticas y Procedimientos.

Las políticas determinan los marcos generales de acción a los que deberán sujetarse las demás áreas en materia de capacitación de personal. Deben establecerse políticas de aplicación general en toda la empresa y políticas de aplicación específica en determinados sectores o establecimientos de la institución (Reza, 1995).

Los procedimientos son actividades ordenadas secuencialmente que informan la manera en la que deben llevarse a cabo todos y cada uno de los pasos que integran cada proceso. Esto significa que las personas saben perfectamente qué es lo que deben hacer en cada una de las situaciones. Tanto las políticas como los procedimientos deben ser elaborados por el área de capacitación, pero tienen que ser sometidos y aprobados por las áreas usuarias (Pinto, 1992).

Con el fin de que se cumpla el cometido de las políticas y los procedimientos deben elaborarse Manuales de Procedimientos, que son documentos de consulta permanente que contienen toda esta información y contribuyen al buen funcionamiento del área.

II.2.3 Personal en el Departamento.

Como en todas las funciones de la institución, administrar el entrenamiento requiere de personas técnicamente preparadas. Dependiendo de la dimensión de la organización y la amplitud y alcance del plan, se determina el número de personas que integrarán el departamento. Aunque la estructura funcional de éste no solamente debe depender de la magnitud y complejidad tecnológica de la empresa, sino también del grado de madurez que alcance el sistema de capacitación (Pinto, 1992).

II.2.4 Recursos Materiales.

La capacitación requiere de espacios físicos y equipamiento, lo cual debe considerarse desde el inicio para evitar problemas tales como la carencia de infraestructura (espacios para oficinas, aulas, salas de proyección), y/o apoyos didácticos (rotafolios, retroproyectores) y en general, de los insumos materiales mínimos necesarios para elaborar un plan de trabajo y aplicarlo.

II.3 EJECUCIÓN

Encaminar la acción con armonía en los esfuerzos individuales es una actividad esencial del administrador. La ejecución es la puesta en marcha del plan de capacitación e implica la coordinación de los intereses, esfuerzos y tiempos del personal involucrado ; tanto interno como externo, en la realización de los eventos, así como en el diseño de instrumentos y formas de comunicación para supervisar que lo que se está haciendo sea según lo planeado. Esta fase comprende :

II.3.1 Contratación de Servicios.

Aunque la capacitación se realice en gran medida con recursos propios, es conveniente mantener un cierto porcentaje de eventos con servicios externos de instrucción y de asesoría, tanto de instituciones capacitadoras como de instructores externos, de

programas generales y de agentes auxiliares. También habrá que recurrir a la contratación de hoteles, renta de locales, material filmico, servicios de impresión y en general apoyos instruccionales que demandan al capacitador ser un conocedor del mercado de servicios que se ofrecen y validar la calidad de los mismos para optimizar el uso del presupuesto.

En el mercado existen diversas empresas capacitadoras e instructores independientes, y para efectuar una adecuada selección es necesario tomar en cuenta aspectos importantes que afectarán el desarrollo del programa de capacitación, algunos de ellos son:

- ✓ Experiencia en la impartición de cursos
- ✓ Conocimiento del tema o temas a impartir
- ✓ Disponibilidad
- ✓ Recursos didácticos (técnica, infraestructura y material de apoyo)
- ✓ Costos

II.3.2 Desarrollo de Programas.

Con todos los recursos y la planeación debida, la puesta en marcha de los programas y de los cursos, se convierten sobre todo en cuestión de supervisión. Si otra persona inaugura el evento, cada paso de la inauguración debe seguir una secuencia predeterminada para mantener una imagen de seriedad y profesionalismo. Cuando ya se tiene práctica en la conducción y coordinación de eventos, el responsable de capacitación no tiene por qué asistir a todo el curso, sino mantenerse informado del desarrollo para solucionar cualquier incidente.

II.3.3 Coordinación de Eventos.

Este paso se refiere a mantener la atención en los participantes y el instructor, de todo lo que se vaya requiriendo y no obstaculizar el proceso de aprendizaje. Es una actividad que bien puede delegarse, si el responsable de capacitación tiene personal a su cargo. Significa tener todos los recursos materiales a la mano y lograr que las personas no tenga razón alguna para distraerse de su principal objetivo de aprendizaje.

Por ejemplo la asistencia de los participantes, la participación, el desempeño del instructor y la congruencia de la exposición con el material de los capacitandos.

II.3.4 Control Administrativo.

Aunque el control está presente durante todo el proceso, se manifiesta con más fuerza en la fase de ejecución, para lo cual se requiere diseñar formatos para registrar al personal capacitado y por capacitar, listas de verificación, listas de asistencia,

instrumentos para evaluación y, en general, todos los mecanismos que producen un trabajo eficiente, así como los registros adecuados para el ejercicio presupuestal en la(s) partida(s) asignada(s). En la actualidad existen paquetes de computación que previamente adaptados, pueden simplificar mucho la labor administrativa de control y permitir un trabajo de interpretación y de toma de decisiones con base en información precisa y oportuna.

II.4 EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso sistemático que permite obtener información para analizar y medir cómo y en qué grado se han generado los cambios de conducta - actitudes, conocimientos y habilidades - planteados, es decir, el aprendizaje; implica la comparación de lo alcanzado contra lo planeado y esto incluye también, al propio Sistema de Capacitación al comparar los objetivos planteados contra los resultados obtenidos, evaluando así cada uno de los componentes del proceso (Calderón, 1980).

En este sentido, la evaluación es también un medio de realimentación que da pauta tanto al instructor como al Sistema de Capacitación para localizar los aspectos positivos y negativos que le ayuden a corregir y superar constantemente sus programas.

En función de lo anterior, la evaluación bien realizada permite determinar la aportación particular del proceso de capacitación a la productividad global de la organización.

Kirkpatrick, citado por Smith (1990), propone cuatro criterios de medición en capacitación, cada uno con sus respectivos instrumentos :

1. **Reacción**, que implica conocer el grado en que los capacitandos *considerar* que el evento de capacitación satisfizo sus necesidades. Se puede evaluar con cuestionarios al final de cada día o del evento en su totalidad; sin embargo, el que los participantes gusten de él, no garantiza que ocurra el aprendizaje
2. **Aprendizaje**, mide qué cantidad del contenido fue asimilado y recordado por los participantes, se puede evaluar por medio de pruebas de desempeño o escritas, pero no garantiza que el aprendizaje será aplicado en el campo de acción.
3. **Conducta**, se verifica si han ocurrido cambios en la actuación del capacitando dentro de su ambiente laboral y si estos cambios han significado mejoras en el mismo. Se mide por medio de indicadores tales como registros o controles internos que se utilicen en el departamento en que labora el capacitando.
4. **Resultados**, se evalúa el mismo aspecto que en el área de conducta pero a nivel organizacional, se utilizan por tanto, los registros y controles internos de la institución con el fin de buscar cambios a este nivel.

Pinto (1996) divide al proceso de evaluación en dos campos: el primero evalúa el aprendizaje adquirido por los participantes y el segundo el funcionamiento del sistema de capacitación. A estos dos componentes se les conoce como microevaluación y macroevaluación, respectivamente.

II.4.1 Microevaluación

Significa *evaluar el proceso de enseñanza - aprendizaje* y, si bien debe ser considerado como indicador del avance de la instrucción en tanto que permite analizar el desempeño del instructor y de los participantes, se debe complementar con la aplicación de un instrumento de evaluación (por ejemplo un cuestionario o un examen) y por la medición de los resultados en la práctica. La evaluación completa del proceso instruccional debe partir de los objetivos instruccionales técnicamente diseñados. Comprende la evaluación diagnóstica, de ajuste, de reacción, de aprendizaje, de aplicación y de resultados.

II.4.2 Macroevaluación

El sistema de capacitación como un ente concreto, no existe, se manifiesta por la integración e interacción de estructuras, procesos, tecnología y recursos técnicos y humanos dispuestos para tal fin. La evaluación de todo este sistema se refiere al análisis total de la función en su planteamiento estructural, metodológico y sistémico. De ahí que se le conozca como macroevaluación.

II.4.3 Seguimiento

El verdadero valor del trabajo de capacitación se da en el momento en el que el capacitando es capaz de llevar a la práctica el nuevo conocimiento dentro de su actividad laboral cotidiana, sin embargo es muy frecuente observar que la experiencia de aprendizaje no se aplique y quede encerrada como en una cápsula, a este fenómeno se le conoce como *encapsulamiento de la capacitación* (Smith, 1990)

Las causas de tal encapsulamiento son variadas: la resistencia al cambio por parte del o los supervisor(es), la inflexibilidad en el sistema, la falta de motivación, entre otras. Para combatirla el arma principal es un programa de seguimiento amplio y bien planeado.

El seguimiento se hace para verificar la transferencia de los conocimientos a la práctica o, en su caso, corregir y ajustar los programas. La información pertinente se puede obtener a través de diferentes instrumentos como entrevistas, escalas estimativas, observación directa, análisis de índices, etc., que muestran avances en el mejoramiento del trabajo y la posible reducción de los problemas (Pinto, 1992).

Existen diversas actividades de seguimiento como son, entre otras: seminarios, talleres, programas individuales o grupales; para seleccionar la o las más adecuada(s) para determinada institución será necesario contemplar la situación de la capacitación en esa organización en particular. Smith (1990) propone una combinación de varias actividades.

II.4.4 Costo - Beneficio

Medir los resultados requiere haber realizado técnicamente todo el proceso. Para medir el costo- beneficio de los recursos, es necesario establecer con precisión la magnitud de los problemas y cómo afectan el trabajo. Esto requiere del establecimiento de estándares, medidas o indicadores si es que no existen y disponer de datos estadísticos para hacer comparaciones posteriores y diferenciar qué beneficios son producto de la capacitación y cuáles son resultados de acciones distintas.

En este apartado se compara la inversión realizada contra las ganancias obtenidas o las pérdidas generadas y sirve también como punto de partida para establecer el presupuesto necesario para el siguiente proceso.

En el caso específico del SAPTEL, servirá también para justificar su existencia y solicitar más apoyos, con lo que habrá mayores posibilidades de desarrollo tanto para el Sistema como para quienes laboran en él, beneficiando así a los habitantes de la ciudad de México.

III. PROPUESTA PARA EL SAPTEL

Tomando como base el planteamiento descrito, se presenta a continuación una propuesta de Plan con sus respectivos Programas para el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono. Esta propuesta implica la formación de un Departamento que lo opere adecuadamente.

Para realizar esta propuesta tomamos en consideración el programa actual de capacitación descrito en el Manual de Procedimientos del SAPTEL (Gaitán, 1993) y la estructura y recursos con la que actualmente cuenta. Se proponen algunas modificaciones que consideramos necesarias para la operación formal del proceso, aunque procurando no implicar cambios substanciales con el fin de que su aplicación pueda ser inmediata

Para este fin es necesario reconsiderar la organización interna del SAPTEL a fin de tener presente con qué recursos - materiales, financieros y humanos - cuenta el Sistema para la operación del Plan.

Recursos materiales :

El SAPTEL cuenta con las instalaciones que Cruz Roja Mexicana esté en posibilidad de facilitarle (aulas equipadas y material didáctico de apoyo - proyector, pantalla, rotafolios) y papelería propia.

Recursos financieros :

Como ya se mencionó, el Sistema cuenta con el apoyo económico de algunos organismos no gubernamentales y en ocasiones recibe donativos tanto de particulares e instituciones como de los mismos integrantes del Sistema. Estos donativos pueden ser en efectivo o en especie.

Recursos humanos :

Considerando que el equipo de terapeutas del SAPTEL son psicólogos recién egresados, y que algunos de ellos han recibido instrucción en el área industrial, es con ellos con quienes se puede formar el departamento de capacitación.

La persona que coordine esta área debe contar con conocimientos y experiencia suficiente en la materia, por lo que es necesario evaluar si existe alguien con este perfil dentro del equipo de coordinadores ; de lo contrario será preciso contratarlo.

Un aspecto fundamental a considerar en cuanto a los recursos humanos es la naturaleza rotatoria de sus puestos ya que implicará la necesidad de plantear un programa de capacitación a nivel inducción y desarrollo, que será necesario repetir cada vez que ingrese una nueva generación de terapeutas ; y, por otro lado, será necesario garantizar continuidad en las actividades del Departamento de Capacitación a pesar de los cambios constantes de sus integrantes.

A continuación describiremos paso a paso la propuesta para el SAPTEL y al final lo condensaremos en dos cartas descriptivas para su mejor aprovechamiento.

III.1 PLANEACIÓN

III.1.1 Detección De Necesidades De Capacitación (DNC).

Ya mencionamos que debido al carácter rotatorio del puesto de Terapeuta Telefónico del SAPTEL, la detección de necesidades no puede realizarse comparando el ideal del puesto contra la ejecución real. Por tanto, la propuesta se enfocará a la Descripción del Puesto, determinando las características y conocimientos necesarios como lo plantean Smith (1990).

Retomando el organigrama del Sistema (anexo 1), los puestos para los que se realizará la propuesta de capacitación son dos : Terapeuta Telefónico y Coordinador de Guardia, que si bien realizan una actividad similar, presentan características distintas : el primero es de recién ingreso, no cuenta con experiencia ni conocimientos, su nivel de capacitación será inicial o introductorio ; el segundo cuenta ya con conocimientos básicos y experiencia por lo que el nivel de capacitación será intermedia y, dado que tendrá a su cargo el desempeño de los terapeutas telefónicos de su guardia, debe contar también con conocimientos enfocados a la supervisión de personal.

La descripción de ambos se encuentra en el anexo 3.

Con estas descripciones podemos responder a las siguientes cuestiones :

1. En QUÉ se va a capacitar para desempeñar correctamente un puesto de trabajo.

Básicamente en los conocimientos específicos y en el desarrollo de habilidades necesarias de las que ya hemos hablado en los capítulos I y II y que se desarrollan en el apartado denominado "Temario".

2. QUIÉNES de los trabajadores que desempeñan un mismo puesto de trabajo, requieren capacitación.

Todos los terapeutas, dividiendo a la capacitación en **Inicial** para los terapeutas de nuevo ingreso y **Continua** para los terapeutas que ya laboran en el sistema con el fin de formarlos como Coordinadores de Guardia.

3. CUÁNTA profundidad de aprendizaje requiere cada trabajador para que domine su especialidad, ya sea en el terreno de los conocimientos, de las habilidades o de las actitudes.

Como ya se mencionó, en la capacitación Inicial el nivel será introductorio, y en la capacitación Continua, será intermedio y avanzado (los contenidos se especifican más adelante en el apartado correspondiente).

4. CUANDO y en qué orden serán capacitados según las prioridades y recursos disponibles.

Ambas deben llevarse a cabo de manera simultánea ; para este efecto será necesario contar con aulas o espacios suficientes para dividir al grupo de terapeutas según el

nivel de capacitación en que se encuentren, o bien, dada la limitación que tiene el Sistema en cuanto al uso de las aulas de Cruz Roja, organizar las fechas y horarios de los cursos de acuerdo a los espacios y recursos disponibles.

III.1.2 Establecimientos de Objetivos.

Tomando en cuenta la distinción en Capacitación Inicial y Continua, los objetivos son los siguientes :

CAPACITACIÓN INICIAL

OBJETIVO GENERAL

Que el aspirante describa la misión, funciones y objetivos del SAPTEL, y cuente con los conocimientos necesarios para brindar una adecuada intervención psicoterapéutica telefónica a los usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Que el capacitando sea capaz de describir qué es el Sistema, de dónde surge, cómo actúa y a quién va dirigido.
- II. Que el participante enliste por lo menos 5 elementos teóricos necesarios para enfrentar situaciones específicas y pueda iniciar su labor al teléfono.
- III. Que el participante aplique correctamente la Cédula de Registro para llevar una secuencia adecuada durante la llamada recibida.

CAPACITACIÓN CONTINUA

OBJETIVO GENERAL

Que los terapeutas en servicio reafirmen y amplíen sus conocimientos teóricos y prácticos, desarrollando las habilidades necesarias tanto para brindar terapia telefónica como para supervisar personal

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Que el participante realice un buen examen psicológico de la persona que llama, para definir la modalidad de intervención.
- II. Que el participante enliste y utilice al menos 10 elementos teóricos necesarios para manejar situaciones que requieran una intervención terapéutica más profunda.

III. Que el participante desarrolle y aplique las habilidades necesarias en la acción terapéutica, e identifique fantasías propias y condiciones que pueden afectar el resultado de la intervención.

IV. Que el participante integre la teoría con la práctica telefónica, brindando alternativas de intervención y realimentación.

III.1.3 Elaboración de Planes y Programas.

De acuerdo con lo anterior, el Plan de Capacitación propuesto contempla dos Programas :

1. Capacitación Inicial
2. Capacitación Continua

Por cuestiones de tiempo, dentro del temario de la primera se contemplará únicamente lo que se *debe* saber (qué es SAPTEL, técnicas de intervención psicológica, la modalidad telefónica, ética telefónica, entre otros), mientras que en la segunda se aumentará lo que se *debería* y se *podría* saber (elementos teóricos, modelos de intervención en otros países, código ético del psicólogo, entre otros).

La secuencia en ambas será de lo general a lo particular y de lo conocido a lo desconocido, no obstante es importante tomar en cuenta que aunque todos los futuros terapeutas cuentan con una formación similar, ésta no es igual en todos los casos ya que, como se mencionó anteriormente, los aspirantes provienen de distintas instituciones e incluso en algunos casos de distintas carreras, es por esto que para la capacitación inicial partiremos de temas básicos con un nivel introductorio a fin de unificar criterios.

Para la **capacitación inicial** proponemos el siguiente **TEMARIO** :

- I. Qué es el SAPTEL
 1. Antecedentes Mundiales
 2. Antecedentes en México
 3. Cruz Roja Mexicana
 4. Misión SAPTEL
 5. Objetivos del Sistema
 6. Organización
 7. Cómo ayuda el SAPTEL
 - 7.1 Información
 - 7.2 Canalización y Referencia

7.3 Consulta

8. Emergencia Psicológica
9. Crisis Emocional
10. Combinaciones entre ambas

II. Consulta Telefónica

1. Particularidades de la atención vía telefónica
 - 1.1 Ventajas y desventajas
 - 1.2 Confidencialidad
 - 1.3 Ética en la atención telefónica
2. Principales motivos de consulta. Psicopatología
3. Técnicas de intervención en Crisis (Generalidades)
 - 3.1 Generalidades técnicas (abreacción y catarsis, rapport, etc.)
 - 3.2 Atención a víctimas de violencia intrafamiliar
 - 3.3 Depresión y suicidio
 - 3.4 Disfunciones de la sexualidad y la agresión
 - 3.5 Atención a víctimas de violación
4. Introducción a la Psicoterapia Breve (Técnica)

III. Introducción a la Cédula de Registro

1. Tipo de llamada (primera vez o seguimiento)
2. Ficha de identificación
3. Motivo de consulta manifiesto
4. Examen mental
5. Sintomatología específica
6. Diagnóstico clínico
7. Resultados obtenidos (impresiones terapéuticas)

IV. Práctica de la atención telefónica

1. Sociodrama

Para la **Capacitación Continua**, se propone el siguiente **TEMARIO** :

I. La Cédula de Registro - continuación - Examen Mental

1. El discurso
2. Alteraciones en el contenido del pensamiento
3. Contenido Afectivo
4. Alteraciones de la sensopercepción
5. Alteraciones de la memoria
6. Trastornos de orientación
7. Atención y concentración
8. Inteligencia
9. Código ético del psicólogo I

II. Psicoterapia Breve

1. Definición
2. Lineamientos
3. Diferentes abordajes terapéuticos
4. Técnica en psicoterapia breve de orientación psicoanalítica
 - 4.1 Transferencia y surgimiento de la neurosis transferencial
 - 4.2 Estimulación de la regresión
 - 4.3 El proceso de elaboración
 - 4.4 La modificación de objetos internos a través de la proyección e introyección como mecanismos fundamentales.
- 4.5 5. Código ético del psicólogo II

III El terapeuta telefónico

1. Actitudes y habilidades
2. Fantasías del terapeuta
3. Condiciones ambientales
4. Condiciones del paciente
 - 4.1 Personales
 - 4.2 Contextuales
5. Código ético del psicólogo III

IV. El Coordinador de Guardia

1. Lineamientos operativos de Cruz Roja Mexicana
2. Lineamientos operativos del SAPTEL
3. Supervisión de Personal
4. Situaciones imprevistas
5. Apoyo psicológico personal a comités y/o departamentos de la Cruz Roja Mexicana
6. Código ético del psicólogo IV

V. Realimentación y rediseño

Los cursos serán impartidos por el grupo de Supervisores que colaboran con el SAPTEL de forma voluntaria, por los directivos del mismo y por los Coordinadores de Guardia que cuenten con más experiencia en el servicio telefónico.

Para cada curso debe existir un manual y los directivos del Sistema, junto con el instructor, serán responsables de elaborarlo. El Departamento de Capacitación conservará un ejemplar de cada uno con el fin de evaluar su estructura, la congruencia entre lo escrito y los temas impartidos y el aprendizaje adquirido por los participantes.

La duración de cada programa será de tres meses, por lo que la duración de los cursos deberá acoplarse a este tiempo ; dado que el grado de complejidad de cada curso es variable, será responsabilidad conjunta tanto del instructor como del Departamento de Capacitación establecer el tiempo para cada curso y, de acuerdo a ello, elaborar el calendario del programa.

Cada programa debe integrarse como taller con el fin de que exista un seguimiento entre teoría y práctica y el aprendizaje sea más sencillo y permanente.

III.1.4 Presupuestos.

Como ya mencionamos, el SAPTEL cuenta con la colaboración de expertos en algunas de las materias consideradas en el temario, que colaboran de manera voluntaria, esta situación propicia que el costo de la instrucción sea reducido.

Así mismo, la Cruz Roja Mexicana presta sus instalaciones y equipo, sin embargo debemos considerar algunos insumos que será necesario comprar y/o alquilar : equipo especializado ; instalaciones, si las de Cruz Roja no son suficientes o no están disponibles, o la contratación de personal especializado para impartir algunos temas.

El Departamento de Capacitación deberá evaluar estos factores, conocer los insumos con los que cuenta SAPTEL estimando si son suficientes, para calcular el presupuesto que será necesario invertir a fin de llevar a cabo el Plan de Capacitación y cumplir los objetivos planteados.

III.2 ORGANIZACIÓN

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo al modelo de Pinto Villatoro (1996) consideraremos la organización del departamento de capacitación el cual debe contar con una estructura orgánica y funcional ya que es básico para la correcta operación del Programa de Capacitación y porque en SAPTEL no se cuenta con dicho departamento.

III.2.1 Estructura del Departamento.

Para este efecto, el Sistema debe contar con una persona que tenga los conocimientos, habilidades y experiencia suficiente para llevar a cabo el control del área, y, como el resto de la función operativa, el Departamento se formará con los terapeutas que hayan recibido instrucción y cuenten con conocimientos de capacitación y que posean habilidades para desarrollarse dentro del área.

El Departamento de capacitación debe ser un área de apoyo a la organización que proporcione los elementos necesarios - conocimientos, habilidades y actitudes - a los integrantes del Sistema para que desempeñen las labores encomendadas con eficiencia y así lograr que el SAPTEL cumpla con su misión.

III.2.2 Políticas y Procedimientos.

Las políticas y procedimientos de capacitación deben ser elaborados por el Departamento de Capacitación y aprobados por los directivos. Para efectos del presente trabajo, enunciaremos de manera general las políticas que consideramos esenciales y, como ejemplo, estableceremos únicamente las actividades que se seguirán en el proceso de Ejecución.

Se proponen las siguientes políticas :

1. La capacitación es obligación y derecho de todos los terapeutas del SAPTEL
2. La capacitación inicial es requisito obligatorio para cualquier aspirante al Sistema
3. Para emprender el servicio telefónico es requisito aprobar la evaluación de la capacitación inicial.
4. El Plan de Capacitación está sujeto a modificaciones, previa evaluación de las mismas, en cualquier momento.

Y los siguientes procedimientos :

Proceso de Ejecución :

1. Una vez que los candidatos a terapeutas han sido evaluados por el área de selección y demuestran contar con el potencial necesario, serán informados de la fecha y hora del curso de capacitación inicial.
2. El Departamento de Selección⁴ entregará al de Capacitación una lista con los nombres de los capacitandos.
3. De acuerdo con dicha lista, el Departamento de Capacitación solicitará y acondicionará el aula destinada para el curso con el mobiliario y equipo necesario.

⁴Actualmente en SAPTEL no existe un Departamento de Selección como tal, sin embargo le llamamos así al conjunto de terapeutas que entrevistan y evalúan a los candidatos

- 4 Contactará al instructor o capacitador para cada sesión, informando el número de participantes, lugar, fecha y horario, confirmando su asistencia.
5. El primer día entregará a cada participante su gafete e indicará en dónde se encuentran los servicios necesarios (baño, teléfono, etc.)
6. Al inicio de cada sesión tomará lista de los participantes.
7. Durante el evento, revisará que se desarrolle de acuerdo a lo previsto.
8. Al finalizar cada evento revisará que el aula quede en condiciones adecuadas.

Es indispensable que tanto políticas como procedimientos queden asentados en el Manual de Procedimientos del Departamento de Capacitación.

Este documento se vuelve indispensable para garantizar la continuidad de las acciones del Departamento de Capacitación considerando que sus integrantes serán renovados constantemente por la naturaleza rotatoria del puesto "terapeuta telefónico".

III.2.3 Personal en el Departamento.

Como se mencionó anteriormente, el departamento estará integrado por los terapeutas que reúnan los requisitos de conocimientos y habilidades necesarias ; en cualquier comité operativo existe un promedio de 7 terapeutas, número promedio también para el Departamento de Capacitación. Serán coordinados por la persona experta y recibirán una capacitación especializada en un principio por el mismo Coordinador y más tarde por medio de cursos abiertos impartidos por la empresa que el Coordinador del Departamento apruebe.

III.2.4 Recursos Materiales.

Los apoyos didácticos tales como pintarrón, proyector, rotafolios, pantalla, televisión, videocasetera y aulas serán proporcionados por Cruz Roja Mexicana. Los plumones, hojas, etc. serán comprados por SAPTEL.

El material de apoyo para cada sesión será responsabilidad del instructor.

III.3 EJECUCIÓN

III.3.1 Contratación de Servicios.

Como ya se mencionó, los temas serán expuestos por instructores internos, sin embargo debemos considerar algunos externos, por ejemplo para los integrantes del Departamento de Capacitación.

En este caso, será necesario evaluar a los instructores independientes o empresas capacitadoras de acuerdo con su experiencia, su disponibilidad en relación con el calendario elaborado por el Departamento de Capacitación, los recursos con los que cuenta el SAPTEL (infraestructura y presupuesto) y lo que ofrece el capacitador, para así definir cuál es la mejor opción.

III.3.2 Desarrollo de Programas.

Este punto depende de que los anteriores se hayan realizado correctamente. En este momento se debe contar ya con la logística necesaria para iniciar el evento. Con el fin de que no quede sin contemplar algún detalle será necesario elaborar una lista checable en la que se incluyan cada uno de los elementos necesarios para la realización del evento.

Dentro de este apartado debe contemplarse también la inauguración y clausura del evento ; en los programas propuestos ambas estarán a cargo del Director del Proyecto, y en caso de que no le sea posible, se recurrirá al siguiente nivel en el organigrama.

III.3.3 Coordinación de Eventos.

En un primer momento estará a cargo del Responsable del Departamento de Capacitación aunque posteriormente, cuando los integrantes del área se encuentren capacitados, podrá delegarlo en quién él considere pertinente.

III.3.4 Control Administrativo.

El Departamento de Capacitación diseñará la formatería requerida para registrar, entre otros aspectos, al personal capacitado y por capacitar, instrumentos para evaluación de reacción y llevará un estricto control de las listas de asistencia y de los registros presupuestales. Estos datos permitirán elaborar reportes acerca del funcionamiento del área, mismos que se entregarán tanto al Director del Proyecto como a quién él estime conveniente.

III.4 EVALUACIÓN

El Departamento de Capacitación elaborará los instrumentos de medición para evaluar los cuatro criterios que propone Kirkpatrick (Smith, 1990) .

1. **Reacción**, cuestionarios al final de cada día o del evento en su totalidad. Los resultados de estos cuestionarios serán parte de la macroevaluación.
2. **Aprendizaje**, pruebas de desempeño o escritas, como se propone en el apartado de microevaluación.
3. **Conducta**, se verifica si han ocurrido cambios en la actuación del capacitando dentro de su ambiente laboral esta la realizarán los supervisores y los coordinadores dentro de las guardias.
4. **Resultados**, dado que este criterio es a nivel organizacional, se utilizarán los registros y controles internos de la institución (reportes estadísticos - número y datos de los pacientes atendidos, número de llamadas consecutivas, resultados) con el fin de buscar cambios a este nivel.

III.4.1 Microevaluación

Para evaluar el proceso de enseñanza - aprendizaje en ambos programas proponemos dos tipos de evaluación, una teórica y una práctica.

Dentro de la parte teórica, se utilizará primero la técnica de pretest - postest, que mide las variaciones sufridas en el aprendizaje. El pretest consiste en aplicar un cuestionario o una prueba de habilidades para medir la situación en la que se encuentra el capacitando antes de iniciar el curso; el postest consiste en aplicar el mismo instrumento después de realizado el curso. La diferencia de resultados entre uno y otro proporciona el cambio logrado por la aplicación del curso (Calderón, 1990)

Posteriormente se aplicará un examen global de conocimientos. Se establecerá un mínimo aceptable de calificación que será de 8.5, los terapeutas que no alcancen esta puntuación tendrán que repetir el curso inicial Únicamente podrán cursarlo dos veces, si en la segunda evaluación no alcanzan esta calificación mínima no serán aceptados en el Sistema. Los terapeutas que alcancen esta puntuación iniciarán el servicio.

Por lo que respecta a la evaluación práctica, se realizarán ejercicios como el sociodrama en la que un participante actuará como terapeuta y otro como paciente o bien, el instructor será quien actúe como paciente, y posteriormente, se asignará un supervisor que estará presente en las guardias y corroborará que la atención brindada se realice conforme a lo aprendido. Este supervisor puede ser cualquiera de los instructores internos.

Para realizar la evaluación práctica durante las guardias será necesario diseñar un formato con el propósito de asignar calificaciones y llevar un mejor control.

III.4.2 Macroevaluación

En este apartado se realizará una evaluación al Sistema de Capacitación en sí, acerca de los cursos, de los instructores y de la coordinación. Esta evaluación se realizará de manera inmediata al concluir cada programa con una evaluación de reacción que consta de cuestionarios de opinión acerca de los tres aspectos ; y posteriormente, con el seguimiento de cada curso, se evaluará la función del Departamento de Capacitación en la medida en que se alcancen los objetivos propuestos.

III.4.3 Seguimiento

En el entendido de que el seguimiento se hace para verificar la aplicación de los conocimientos adquiridos por capacitación en la práctica o, en su caso, corregir y ajustar los programas, para SAPTEL proponemos lo siguiente .

Por medio de entrevistas con los supervisores de casos y coordinadores de guardia, observación directa, análisis de índices, etc., el departamento de capacitación verificará los avances en el mejoramiento del trabajo y, si la hubo, la reducción de problemas.

Se realizarán además diversas actividades de seguimiento como seminarios, talleres y programas individuales o grupales.

Por lo tanto, las técnicas para realizarlo serán la observación directa por parte del (o los) supervisor(es), cuestionarios o exámenes escritos y la revisión de casos.

Esta última es muy importante ya que constituye una evaluación del servicio prestado y de la aplicación de los conocimientos adquiridos y al mismo tiempo es la realimentación al terapeuta.

III.4.4 Costo - Beneficio

En un principio se realizó una estimación de costos en comparación con el beneficio esperado, en esta etapa se realizará la medición real, este proceso se repetirá cada vez que se concluya un ciclo, para este efecto será necesario medir los alcances del Sistema durante el transcurso de los Programas de Capacitación y compararlos con los obtenidos previamente.

Este análisis permitirá hacer los ajustes pertinentes a ambos Programas ya que, como mencionamos anteriormente, implica una nueva DNC, con lo que el ciclo reinicia.

Para resumir lo anterior, se utilizarán dos Cartas Descriptivas, una para cada Programa, pues este documento permite indicar con la mayor precisión posible, las etapas básicas de todo proceso sistematizado, descritas anteriormente (Huguet, 1980):

- a) la planeación
- b) la realización
- c) la evaluación

El uso de dichas cartas facilita la tarea del instructor porque especifica, entre otras cosas, el contenido del curso y sugiere los procedimientos y recursos que se pueden emplear; proporciona la secuencia que puede seguirse y ofrece recomendaciones para evaluar. Al mismo tiempo evita la improvisación garantizando que el curso fue preparado con todos sus detalles antes de ser impartido.

Por otro lado, es una garantía de que todos los capacitandos que participen adquirirán un aprendizaje semejante cuantas veces se imparta el mismo curso. Esta cuestión tiene especial importancia en el SAPTEL por el carácter rotatorio del personal del que ya se ha hablado.

Dado que la elaboración de estas cartas debe implicar un trabajo colectivo de cada una de las partes que intervienen en el proceso educativo (Departamento de Capacitación e instructores), a continuación se proponen, de manera general, las correspondientes al Plan descrito en este capítulo

CARTA DESCRIPTIVA PARA EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN INICIAL

| | | |
|------------------|---------------------|-----------|
| Título del curso | Fecha y horario | Sesión N° |
| Instructor | Duración estimada : | 30 horas |

| OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | TEMAS | TÉCNICA DIDÁCTICA | APOYO | TIEMPO PARCIAL | TIEMPO ACUMULADO | EVALUACIÓN |
|---|---|--|--------------------------------------|--|--|------------------|-----------------------|
| Que el aspirante describa la misión, funciones y objetivos del SAPTEL, y cuente con los conocimientos necesarios para brindar una adecuada intervención psicoterapéutica telefónica a los usuarios. | I. Que el capacitando sea capaz de describir qué es el Sistema, de dónde surge, cómo actúa y a quién va dirigido. | I. QUÉ ES EL SAPTEL 1 Antecedentes Mundiales 2 Antecedentes en México 3 Cruz Roja Mexicana 4. Misión SAPTEL 5. Objetivos del Sistema 6 Organización 7 Cómo ayuda el SAPTEL 7.1 Información y Referencia 7.3 Consulta 8. Emergencia Psicológica 9. Crisis Emocional 10 Combinaciones entre ambas | Expositiva Preguntas y respuestas | Pintarrón Rotafolios | 3 horas | 3 horas | Examen oral y escrito |
| | II Que el participante enliste por lo menos 5 elementos técnicos necesarios para enfrentar situaciones específicas y pueda iniciar su labor al teléfono | II CONSULTA TELEFÓNICA 1 Particularidades de la atención vía telefónica 1.1 Ventajas y desventajas 1.2 Confidencialidad 2. Principales motivos de consulta. Psicopatología 3 Técnicas de intervención en Crisis (Generalidades) | | Expositiva Lectura comentada Sociodrama Preguntas y respuestas Corrillos | Pintarrón Rotafolios Proyector de acetatos | 6 horas | 9 horas |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|-----------------|---|
| | <p>III. Que el participante aplique correctamente la Cédula de Registro para llevar una secuencia adecuada durante la llamada recibida</p> | <p>3.1 Generalidades técnicas (abreacción y catarsis, rapport, etc.) 3.2 Atención a víctimas de violencia intrafamiliar 3.3 Depresión y suicidio 3.4 Distuciones de la sexualidad y la agresión 3.5 Atención a víctimas de violación</p> <p>2 Introducción a la Psicoterapia (Técnica de)</p> <p>III INTRODUCCIÓN A LA CEDULA DE REGISTRO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Tipo de llamada (primera vez o seguimiento) 2 Ficha de identificación 3 Motivo de consulta manifiesto 4. Examen mental 5 Sintomatología específica 6. Diagnóstico clínico 7. Resultados obtenidos (impresiones terapéuticas) | <p>Expositiva</p> <p>Preguntas y respuestas</p> | <p>Pintarrón</p> <p>Rotafolios</p> <p>Proyector de acetatos</p> | <p>10 horas</p> | <p>19 horas</p> <p>Examen escrito y sociodrama</p> <p>Supervisión directa y supervisión de casos.</p> |
| | <p>IV. PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA</p> <p>1 Sociodrama</p> | <p>Sociodrama</p> | <p>11 horas</p> | <p>30 horas</p> <p>Supervisión directa al realizar su labor</p> | | |

CARTA DESCRIPTIVA PARA EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTINUA

| | | | |
|------------------|--|---------------------|-----------|
| Título del curso | CAPACITACIÓN CONTINUA PARA TERAPEUTAS EN SERVICIO DEL SAPTEL | Fecha y horario | Sesión N° |
| Instructor | | Duración estimada : | 60 horas |

| OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | TEMAS | TÉCNICA DIDÁCTICA | APOYO | TIEMPO PARCIAL | TIEMPO ACUMULADO | EVALUACIÓN |
|--|--|---|--|---|----------------|------------------|---|
| <p>Que los terapeutas en servicio reafirmen y amplíen sus conocimientos y prácticos, desarrollando las habilidades necesarias tanto para brindar terapia telefónica como para supervisar personal.</p> | I. Que el participante realice un buen examen psicológico de la persona que llama, para definir la modalidad de intervención | <p>I. LA CÉDULA DE REGISTRO - CONTINUACIÓN - EXAMEN MENTAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 El discurso 2 Alteraciones en el contenido del pensamiento 3 Contenido Afectivo 4 Alteraciones de la sensorcepción 5 Alteraciones de la memoria 6. Transtornos de orientación 7. Atención y concentración 8 Inteligencia 9. Código ético del psicólogo I | <p>Expositiva</p> <p>Sociodrama</p> <p>Lecturas comentadas</p> | <p>Pintarrón</p> <p>Rotafolios</p> | 10 horas | 10 horas | <p>Examen oral y escrito.</p> <p>Supervisión de expedientes.</p> <p>Supervisión de casos</p> |
| | II Que el participante enliste y utilice al menos 10 elementos teóricos necesarios para manejar situaciones que requerirán una intervención terapéutica más profunda | <p>II. PSICOTERAPIA BREVE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definición 2. Lineamientos 3 Diferentes abordajes terapéuticos 4 Técnica en psicoterapia breve de orientación psicoanalítica 4.1 Transferencia y surgimiento de la neurosis transferencial | <p>Expositiva</p> <p>Lectura comentada</p> <p>Sociodrama</p> <p>Preguntas y respuestas</p> | <p>Pintarrón</p> <p>Rotafolios</p> <p>Proyector de acetatos</p> | 15 horas | 25 horas | <p>Examen escrito</p> <p>Sociodramas</p> <p>Técnica pretest-postest</p> <p>Exposiciones</p> <p>Supervisión de casos</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|-----------------|-----------------|---|
| | <p>4.2 Estimulación de la regresión</p> <p>4.3 El proceso de elaboración</p> <p>4.4 La modificación de objetos internos a través de la proyección e introyección</p> <p>5. Código ético del psicólogo II</p> | <p>4.2 Estimulación de la regresión</p> <p>4.3 El proceso de elaboración</p> <p>4.4 La modificación de objetos internos a través de la proyección e introyección</p> <p>5. Código ético del psicólogo II</p> | <p>Expositiva</p> <p>Preguntas y respuestas</p> <p>Sociodrama</p> <p>Lluvia de ideas</p> | <p>Pintarrón</p> <p>Rotafolios</p> <p>Proyector de acetatos</p> | <p>20 horas</p> | <p>45 horas</p> | <p>Examen escrito Sociodrama.</p> <p>Supervisión de casos</p> |
| | <p>III. Que el participante desarrolle y aplique las habilidades necesarias en la acción terapéutica, e identifique fantasías propias y condiciones que pueden afectar el resultado de la intervención</p> | <p>EL TERAPEUTA TELEFÓNICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actitudes y habilidades 2. Fantasías del terapeuta 3. Condiciones ambientales 4. Condiciones del paciente <p>4.1 Personales</p> <p>4.2 Contextuales</p> <p>5. Código ético del psicólogo III</p> | <p>Sociodrama</p> | <p>Pintarrón</p> <p>Rotafolios</p> <p>Proyector de acetatos</p> | <p>15 horas</p> | <p>60 horas</p> | <p>Examen oral y escrito</p> <p>Sociodrama</p> <p>Supervisión directa</p> |
| | <p>IV. Que el participante integre la teoría con la práctica telefónica, brindando alternativas de intervención y realimentación</p> | <p>EL COORDINADOR DE GUARDIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lineamientos operativos de Cruz Roja Mexicana 2. Lineamientos operativos del SAPTEL 3. Supervisión de Personal 4. Situaciones imprevistas 5. Apoyo psicológico personal a comités y/o departamentos de la Cruz Roja Mexicana 6. Código ético del psicólogo IV | <p>Sociodrama</p> | <p>Pintarrón</p> <p>Rotafolios</p> <p>Proyector de acetatos</p> | <p>15 horas</p> | <p>60 horas</p> | <p>Examen oral y escrito</p> <p>Sociodrama</p> <p>Supervisión directa</p> |
| | <p>V REALIMENTACIÓN Y REDISEÑO</p> | | | | | | |

CONCLUSIONES

El **objetivo general** del presente trabajo fue el siguiente :

Sentar las bases para la implementación de un Proceso de Capacitación en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono.

El objetivo se cumplió, pues a lo largo de este trabajo hemos establecido los principios administrativos: planeación, organización, ejecución y evaluación, que constituyen la base para la instrumentación de un proceso formal de capacitación en el SAPTEL. Tomamos como punto de partida el modelo administrativo que propone Roberto Pinto Villatoro, el cual hemos expuesto resumidamente en el capítulo III, de la página 42 a la 71.

El seguir un proceso riguroso, nos dará la posibilidad de evaluar cada una de sus partes. La evaluación a su vez, nos permitirá realizar los ajustes necesarios en dicho proceso, tales como la elaboración de una DNC puesto - persona, para buscar la optimización del mismo. En las cartas descriptivas (páginas 68 a 71), al final del capítulo III, presentamos de forma gráfica el proceso de capacitación propuesto en las páginas 54 a 67.

Para la correcta ejecución de dicho proceso de capacitación es necesario incorporar un Departamento cuya función sea específicamente llevarlo a cabo y que cuente, para tal efecto, con los conocimientos y facilidades para cumplir con las cuatro partes del proceso (planeación, programación, ejecución y evaluación), de acuerdo a lo expuesto en las páginas 49 y 61.

El seguimiento riguroso del proceso evitará que los esfuerzos de capacitación se desvíen del objetivo principal y se conviertan en un gasto de recursos - materiales, humanos y financieros -.

Los **objetivos específicos** fueron los siguientes.

- **Justificar la importancia del trabajo realizado por el SAPTEL, para satisfacer demandas de la sociedad.**

El objetivo se cumplió pues a lo largo del capítulo I determinamos las características del Sistema : de la página 9 a la 12 hablamos de la psiquiatría preventiva con lo que ubicando su papel dentro del ámbito de la salud mental ; posteriormente, de la página 17 a la 29 describimos el procedimiento que se sigue al atender una llamada y, en el capítulo II, enunciamos las formas de tratamiento de mayor utilización dentro del Sistema.

- **Poner de manifiesto la necesidad de una adecuada administración, en especial de los recursos humanos en toda organización y en especial en el SAPTEL.**

Este objetivo se cumplió al mencionar, con base en la Teoría de Sistemas (Pág. 42), la interacción entre las diferentes áreas que conforman al SAPTEL y, por otro lado, la descripción del proceso de capacitación (Pág. 42 a 44) que se sigue en diversas organizaciones tanto públicas como privadas¹ con lo cual argumentamos la necesidad de que el SAPTEL, como una institución de apoyo a la comunidad (Pág. 12), cuente también con una administración adecuada y con un Sistema de Capacitación.

- **Proponer el diseño de un plan de capacitación para terapeutas del SAPTEL, que vaya de acuerdo a las necesidades del Sistema.**

Este objetivo también se cumplió: una de las características principales del modelo de capacitación propuesto es que permite su aplicación en el corto plazo, al tomar como base los recursos materiales, financieros y humanos con los que actualmente cuenta el SAPTEL. (Pág. 51 a la 67).

Por otro lado, con los elementos clínicos mencionados en los primeros dos capítulos y la DNC. análisis de puestos y de tareas, indicamos el contenido mínimo que debe considerarse en la elaboración de los programas de capacitación.

Por esta razón, consideramos que la propuesta cubre las necesidades iniciales del Sistema.

Con la elaboración del presente documento, nos dimos cuenta de algunas situaciones que consideramos importante comentar como sugerencia para un mejor desarrollo del SAPTEL como institución.

COMENTARIOS

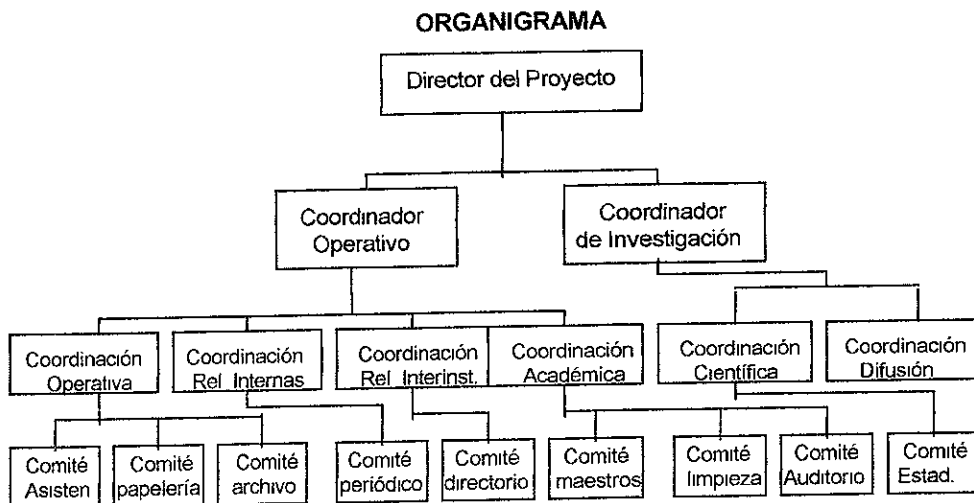
- A pesar de que el SAPTEL ha probado su eficacia en repetidas ocasiones, no se han logrado aún todos los objetivos que se plantearon al iniciar la tercera fase, es necesario realizar una evaluación al Sistema en todas sus partes para determinar la causa y poder entonces plantear una solución.

¹ Lo cual podemos afirmar ya que hemos tenido contacto con responsables de capacitación de instituciones públicas como la Delegación Xochimilco y la Dirección de Capacitación de la Dirección General de Administración y Desarrollo de Personal (DGADP) del GDF y de iniciativa privada tales como Embotelladora Mundet, Hewlett Packard, 3M México, Marinela y Bimbo, entre otras, en las cuales se lleva a cabo un proceso de capacitación similar al propuesto en este trabajo.

- ☛ Uno de los grandes problemas del Sistema es la falta de una organización como tal, en todos sus recursos : materiales, financieros y humanos. Consideramos que esta es una de las causas por las que el Sistema no ha logrado los objetivos propuestos, y no cuenta con recursos suficientes para atender a la población potencialmente demandante y, por tanto, no se le puede dar la difusión adecuada.
- ☛ Para lograr lo anterior es indispensable que, en primer lugar el SAPTEL se asuma a sí mismo como una institución, lo que implica necesariamente contar con una administración formal, un organigrama definido y áreas especializadas que contribuyan a un mejor desempeño y al desarrollo de sus recursos humanos.
- ☛ Si el SAPTEL es una institución dedicada a la salud mental debe contar con procesos definidos en todas sus áreas, el Departamento de Capacitación no es la excepción.
- ☛ El presente trabajo se enfoca a uno de los subsistemas del sistema "administración de los recursos humanos" : la capacitación ; no obstante existen otros más que aún falta definir como es el reclutamiento y selección de terapeutas.
- ☛ Un factor importante que imposibilita la institucionalización del SAPTEL es la falta de un grupo de terapeutas especializados ya que una organización con una población rotatoria no podrá alcanzar un nivel de eficiencia, es necesario considerar un grupo base de terapeutas especialmente entrenados en la atención psicológica por teléfono, que cuenten con un trabajo remunerado que garantice estabilidad profesional y económica y que, a su vez, le de la oportunidad al Sistema de exigir a sus empleados un trabajo profesional.
- ☛ Con los registros obtenidos de la efectiva atención brindada, el SAPTEL estará en condiciones de solicitar más apoyos.
- ☛ El SAPTEL es una institución única en su especie, a pesar de que existen diversas instancias dedicadas a la salud mental y, por otro lado, múltiples líneas telefónicas de apoyo a la comunidad, SAPTEL es la única que ofrece ambos : apoyo psicológico vía telefónica.
- ☛ Por lo anterior, el Sistema es una excelente fuente de múltiples investigaciones de diversa índole, para lo cual debe contar con registros confiables.
- ☛ Constituye también una instancia de formación y especialización para profesionistas en el área clínica de la salud mental.
- ☛ Consideramos que con la operación del Plan propuesto, el SAPTEL contará con personal calificado capaz de brindar el servicio que la población requiere, aumentando la eficiencia del mismo, logrando así su misión.

ANEXO I

ORGANIZACIÓN INTERNA DEL SAPTEL²



DOCUMENTOS UTILIZADOS EN SAPTEL

Cédula de Registro. Es un documento clave pues proporciona al terapeuta la secuencia que debe seguir en la llamada para conocer el motivo de consulta latente (el que no expresa el paciente) y el tratamiento que se debe administrar. Este documento se describe más ampliamente en el capítulo I.

Libreta de Registro. En ella se registran los datos tanto del usuario como de la llamada, con el fin de llevar un control estadístico, se divide en 17 columnas :

1. Número de llamada.- es consecutivo y se inicia la numeración cada mes.
2. Tipo de llamada.- puede ser de información, canalización, primera vez o seguimiento.
3. Número de expediente.- es consecutivo y sólo se da a las llamadas de primera vez.
4. Nombre del paciente.- se registra el nombre o pseudónimo que el usuario dio.
5. Edad.
6. Sexo
7. Estado civil.

² Vigente hasta 1996, después de esta fecha no se ha tenido acceso a la información por lo que partimos de los datos con que se cuentan hasta ese momento

8. Motivo de consulta I.- es el motivo de consulta manifiesto, se anota la clasificación de acuerdo a la Cédula de Registro.
9. Motivo de consulta III.- es la situación en que se encontraba el interesado (crisis emocional o emergencia psicológica)
10. Fuente de información.- que puede ser radio, prensa, T.V., terceras personas u otro
11. Hora de inicio de la llamada.
12. Hora de terminación de la llamada.
13. Duración en minutos de la llamada
14. Turno en que se atendió.
15. Fecha.
16. Número de terapeuta
17. Nombre del terapeuta

Bitácora. En este documento se hace un resumen de la guardia en general, se registran acontecimientos importantes y/o cualquier comentario de importancia para el Sistema. Es un documento que sirve para la comunicación interna.

CÉDULA DE REGISTRO (REVERSO)

Enfases Mental

- | | |
|--|--|
| 15. Discurso espontáneo _____ | 16. Ritmo del discurso _____ |
| 17. Alteraciones discurso _____ | _____ |
| 18. Alteraciones contenido pensam. _____ | _____ |
| 19. Contenido Afectivo _____ | _____ |
| 20. Alteraciones senso-percepción _____ | _____ |
| 21. Alteraciones Memoria _____ | _____ |
| 22. Trastornos Orientación _____ | 23. Atención y Concentración _____ |
| 24. Inteligencia _____ | 25. Grado de reconocimiento problema _____ |

Sintomatología Específica

- | | |
|---|-------------------------|
| 26. Síntomas Somáticos _____ | 27. Fatiga _____ |
| 28. Aumento atención funciones corporales _____ | 29. Hipótesis _____ |
| 30. Alteraciones en el dormir _____ | 31. Irritabilidad _____ |
| 32. Obsesiones-compulsiones _____ | 33. Ansia depres _____ |
| 34. Disminución concentración _____ | 35. Ansiedad _____ |
| 36. Despersonalización _____ | 37. Fobias _____ |

Diagnóstico

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| 38. 9ª Clasificación O.M.S. _____ | 39. Agregado _____ |
| 40. D.S.M. III - R _____ | 41. Agregado _____ |
| 42. Dx. asignado en supervisión _____ | _____ |

Datos del Terapeuta

- | | |
|---|-------------------------|
| 43. Nombre _____ | 44. N° _____ |
| 45. Procedencia _____ | 46. Guardia _____ |
| 48. Supervisa este caso _____ | 47. N° Supervisor _____ |
| 49. Respuesta reacción _____ | SI NO |
| 50. Catarsis _____ | SI NO |
| 51. Abreacción _____ | SI NO |
| 52. Rapport _____ | SI NO |
| 53. Credibilidad de la información _____ | _____ |
| 54. Calificación global de severidad _____ | _____ |
| 55. Profundidad de la Alianza Terapéutica _____ | _____ |
| 56. Tipo de aproximación terapéutica _____ | _____ |

Comentarios

ANEXO 3

DESCRIPCION DE PUESTO³

PUESTO: *Terapeuta Telefónico*
REPORTA A: *Coordinador de Guardia*

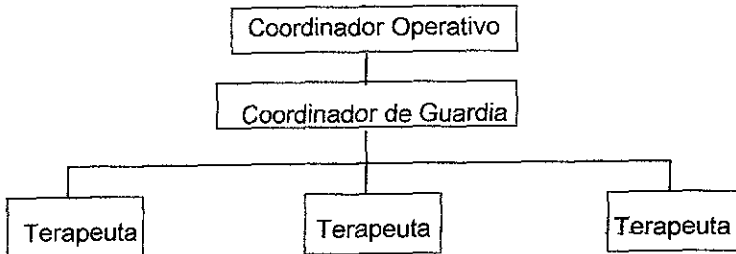
FUNCIÓN GENERAL DEL PUESTO

Brindar a la comunidad un servicio de asistencia psicológica vía telefónica en situaciones de emergencia o crisis emocional.

OBJETIVO DEL PUESTO

Proporcionar al usuario un servicio oportuno y de calidad.

ORGANIZACIÓN



INSTRUMENTOS DE TRABAJO

a) Condiciones de trabajo

Sitio: cubículo

Ambiente: ruido ambiental (automóviles y Servicio de Urgencias del Hospital)

Temperatura: ambiente

b) Equipo de trabajo

Teléfono, computadora, materiales y útiles de oficina.

³ Fuente: Manual de Procedimientos SAPTEL y entrevistas con Coordinadores de Guardia

Para este puesto existen 4 horarios.

- 1a. Guardia : 7:00 a 11:00 Hrs.
- 2a. Guardia : 11:00 a 15:00 Hrs.
- 3a. Guardia : 15:00 a 19 :00 Hrs.
- 4a. Guardia . 19:00 a 7.00 Hrs.

No. de plazas: en promedio 5 por cada turno. Cada terapeuta realiza 2 guardias por semana.

PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PUESTO

- ☞ Contestar las llamadas que entren durante su guardia
- ☞ Realizar la entrevista telefónica de acuerdo con la Cédula de Registro
- ☞ Brindar el apoyo necesario de acuerdo con el motivo de consulta y las condiciones del usuario
- ☞ Requisitar la Cédula de Registro correspondiente y abrir un expediente asignándole número consecutivo.
- ☞ Anotar los datos solicitados en la Libreta de Registro.

RESPONSABILIDADES

- ☞ Brindar un servicio rápido y eficiente al usuario.
- ☞ Requisitar correctamente la Cédula de Registro con el fin de llevar un adecuado seguimiento.
- ☞ Registrar los datos correspondientes para llevar un adecuado control estadístico.
- ☞ Integrar un expediente por cada paciente atendido.

ESPECIFICACIONES DEL PUESTO

Datos Generales:

Edad: 22 a 26 años

Características personales: Habilidad para proporcionar una adecuada atención psicológica, sensibilidad, capacidad de empatía, atención, concentración, discreción, honestidad, iniciativa, lealtad, inteligencia promedio.

Conocimientos específicos: Intervención en crisis, terapia breve, técnica de intervención en casos específicos.

Escolaridad: 70% de créditos de la licenciatura en psicología.

Experiencia: no necesaria.

DESCRIPCION DE PUESTO

PUESTO: *Coordinador de Guardia*
REPORTA A: Coordinador Operativo

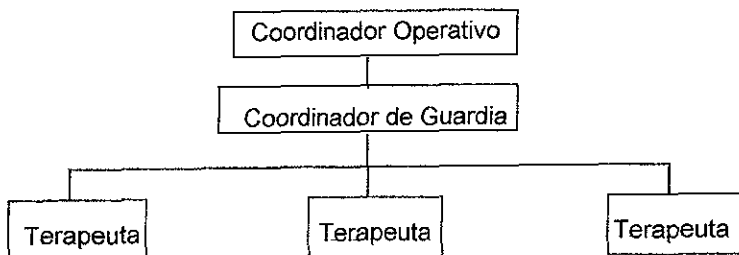
FUNCIÓN GENERAL DEL PUESTO

Supervisar y coordinar el trabajo de los terapeutas telefónicos de la guardia a cargo y brindar a la comunidad un servicio de asistencia psicológica vía telefónica en situaciones de emergencia o crisis emocional.

OBJETIVOS DEL PUESTO

- ☞ Garantizar que el trabajo de los Terapeutas a cargo se realice conforme a las normas, políticas y lineamientos establecidos.
- ☞ Proporcionar al usuario un servicio oportuno y de calidad.
- ☞ Comprobar que todos los terapeutas lleven un control de las llamadas recibidas, registrando los datos en los formatos indicados, es decir, que lleven a cabo las actividades que tienen asignadas.

ORGANIZACIÓN



INSTRUMENTOS DE TRABAJO

a) Condiciones de trabajo

Sitio: cubículo

Ambiente ruido ambiental (automóviles y Servicio de Urgencias)

Temperatura: ambiente

b) Equipo de trabajo

Teléfono, computadora, materiales y útiles de oficina.

Control de asistencia y formato de cambio de guardia.

Para este puesto existen 4 horarios:

- 1a Guardia : 7:00 a 11:00 Hrs.
- 2a. Guardia : 11:00 a 15:00 Hrs.
- 3a. Guardia : 15:00 a 19 :00 Hrs.
- 4a. Guardia : 19:00 a 7:00 Hrs.

No. de plazas: en promedio 2 por cada turno. Cada Coordinador realiza dos guardias por semana.

PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PUESTO

- ☞ Recibir, por parte del Coordinador de la guardia anterior, el Formato de Cambio de Guardia en el que se especifica la cantidad y condiciones del material del Sistema
- ☞ Registrar la hora de llegada de todos los terapeutas de la guardia.
- ☞ Distribuir equitativamente las llamadas que entren durante su guardia entre los terapeutas telefónicos.
- ☞ Realizar las entrevistas telefónicas que le corresponden de acuerdo con la Cédula de Registro.
- ☞ Brindar el apoyo necesario de acuerdo con el motivo de consulta y las condiciones del usuario.
- ☞ Requisar la Cédula de Registro correspondiente y abrir un expediente asignándole número consecutivo.
- ☞ Anotar los datos solicitados en la Libreta de Registro.
- ☞ Revisar que los terapeutas registren sus llamadas y lleven el número de expediente consecutivo
- ☞ Preparar la entrega de guardia para el siguiente Coordinador.
- ☞ Escribir una memoria de la guardia en la Bitácora o bien, asignar a un terapeuta para que la escriba.
- ☞ Auxiliar a los terapeutas en caso de dudas o problemas durante o después de una llamada
- ☞ Proporcionar apoyo psicológico a los terapeutas en caso necesario
- ☞ Informar al Comité correspondiente en caso de que algún material se agote o se averíe

RESPONSABILIDADES

- ☞ Que el servicio proporcionado sea rápido y eficiente.
- ☞ Revisar que se requirieran correctamente las Cédulas de Registro con el fin de llevar un adecuado seguimiento.

- ☞ Revisar que se registren los datos correspondientes para llevar un adecuado control estadístico.
- ☞ Mantener las instalaciones, material y equipo en condiciones adecuadas.
- ☞ Mantener la integridad psicológica de los terapeutas a cargo.

ESPECIFICACIONES DEL PUESTO

Datos Generales:

Edad: 24 a 26 años

Características personales: Liderazgo, habilidad de supervisión, habilidad para proporcionar una adecuada atención psicológica, sensibilidad, capacidad de empatía, atención, concentración, discreción, honestidad, iniciativa, lealtad, inteligencia superior al promedio.

Conocimientos específicos: Intervención en crisis, terapia breve, técnica de intervención en casos específicos, supervisión de personal, habilidad en conducción y manejo de grupos.

Escolaridad. 100% de créditos de la licenciatura en psicología.

Experiencia. 1 año proporcionando atención telefónica.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerknecht, E. (1962) Breve Historia de la Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Universitaria
- Basaglia, F. (1984) La mayoría marginada. México. Fontamara.
- Bellak, L. (1988) Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. México. El Manual Moderno.
- Bellak, L. Small, L. (1969) Psicoterapia Breve y de Emergencia. México: Pax.
- Biblioteca Salvat de Grandes Temas (1993) Psiquiatría y Antipsiquiatría. México: Salvat.
- Brenner, Ch. (1977) Elementos fundamentales del Psicoanálisis. Argentina: Libros Básicos.
- Bustos, L. (1989) Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono: motivos de consulta. Tesis de Licenciatura México: UNAM.
- Calderón Córdova, H. (1990) Manual para la administración del procedimiento de capacitación. México : Limusa.
- Calderón Narvaez, G. (1981) Salud Mental Comunitaria. México: Trillas.
- Caparrós, A. (1980) Historia de la Psicología Barcelona : CEAC
- Cooper, D. (1978) La gramática de la vida. Barcelona: And.
- Coordinación Operativa de SAPTEL, Comité de Estadística (1994) Reporte Estadístico, 1993 México
- Craig y Bittel (1971) Manual de Entrenamiento y Desarrollo de Personal. México : Diana

- De Shazer, S. (1986) Claves para la solución en terapia breve. Argentina: Paidós.
- Etchegoyen, H. (1988) Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Argentina: Amorrortu.
- Foucault, M. (1964) Historia de la locura en la Epoca Clásica. México. Fondo de Cultura Económica.
- Fromm, E. (1984) La condición humana actual. México: Paidós .
- Fromm, E. (1956) Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gago Huguet, A. (1980) Elaboración de Cartas Descriptivas : Guía para preparar el programa de un curso. México : Trillas.
- Gaitán A. (1993) Manual de Procedimientos del SAPTEL. México, D.F.
- Gómez del Campo, J. (1992) Intervención en las Crisis: Manual para el entrenamiento. México: Universidad Iberoamericana
- Guinsberg, E. (1976) Sociedad, salud y enfermedad mental. Puebla . U. A. de Puebla.
- Jackson, W. (1977) Diccionario Hispánico Universal. México: Jackson Inc. Editores.
- Knobel, M. (1987) Psicoterapia Breve. Argentina: Paidós
- Laing, R.D. (1976) Las cosas de la vida. Barcelona: Grijalbo.
- Millenson, R. (1982) Principios de Análisis Conductual. México: Trillas.
- Morris, Ch. (1992) Psicología un nuevo enfoque. México : Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A
- Pinto Villatoro, R (1992) Saber Enseñar, Manual de Entrenamiento para Instructores de Empresa. México : CECSA

- Pinto Villatoro, R. (1996) Apuntes del Seminario Formación de Administradores de Capacitación. México : CAPINTE
- Reyes Ponce, A (1985) Administración de Empresas, Teoría y Práctica. México : Limusa.
- Reza Trosino, R. (1995) El ABC del Administrador de la Capacitación. México . Panorama Editorial, S.A. de C.V.
- Richard, P. (1993) Escuchando palabras, devolviendo... Tesis de Licenciatura. México: UAM- Xochimilco.
- Sánchez, H. (1974) La lucha en México contra las enfermedades mentales. México: Fondo de Cultura Económica.
- Salama, H. (1991) Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas. México: Manual Moderno.
- Sillamy, Norbert. (1970) Diccionario de la Psicología. España : Larousse.
- Slaikeu, K. (1984) Intervención en Crisis. México: El Manual Moderno.
- Small, L. (1986) Psicoterapias Breves. México: Gedisa.
- Smith, Barry J. (1990) El ABC de la Capacitación Práctica México : Mc.Graw Hill
- Soto Jaimes, Griselda. (1983) Aspectos fundamentales sobre el hospital de día en hospitales psiquiátricos. Tesis de licenciatura. México. UNAM.
- Stafford-Clark, D. (1968) Psiquiatría Moderna. Buenos Aires: Paidós.
- Szendre, E N & Jose P.E. "Telephone Support By Elderly Volunteers to Inner-City Children" Journal of Community Psychology. Volume 24, April 1996. Pages 87 to 96
- Szasz, G. & McLoughlin, Fr. "Return of Sexual Functioning Following Penile Replant Surgery" Archives of Sexual Behavior. Volume 19, No. 4, 1990. Pages 343 to 348
- Terry, G. (1978) Principios de Administración. México : CECSA

Virel, A. (1977) Vocabulario de las Psicoterapias. España. Gedisa.

Zellhuber, A.M. (1995) Manual de Intervención en Crisis para el Sistema De Joven a Joven. México, D.F.