

17



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

"EL PSICOLOGO EN LA ORIENTACION POR
TELEFONO EN LOCATEL Y SAPTEL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ARTEAGA MARTINEZ MONICA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. JOSE ESTABAN VAQUERO CAZARES
COMITE DE TESIS: LIC. ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVIN
LIC. EDY AVILA RAMOS



TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

JUNIO, 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INDICE

	Pág.
CONTENIDO	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1. ORIGENES DE LA INTERVENCION EN CRISIS	6
1.1 Orígenes de la intervención en crisis y las primeras clínicas de atención por teléfono	6
1.2 Servicios de atención psicológica por teléfono en otros países	8
1.3 Servicios de atención psicológica por teléfono en México	9
CAPITULO 2. CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCION EN CRISIS	15
2.1 Concepto de crisis	15
2.2 Supuestos teóricos que sustentan la teoría de la crisis	18
2.3 Técnicas de intervención en crisis	19
2.3.1 Intervención en crisis de primer orden	21
2.3.2 Intervención en crisis de segundo orden	26
2.3.3 Psicoterapias breves: modalidades de la intervención en crisis	32
CAPITULO 3. LA ORIENTACION PSICOLOGICA POR TELEFONO	39
3.1 Importancia de la orientación psicológica por teléfono	39
3.2 Perfil del psicólogo en la intervención en crisis por telefónico	43
CAPITULO 4. CENTROS DE ORIENTACION PSICOLOGICA POR TELEFONO LOCATEL Y SAPTEL	52
4.1 Metodología	53
4.2 Servicio Público de Localización Telefónica LOCATEL, área de psicología	54
4.2.1 Antecedentes	54
4.2.2 Características generales de la institución	55

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2.3	Bases operativas	59
4.2.4	Selección e ingreso	60
4.2.5	Capacitación inicial y continua	64
4.2.6	Marco teórico – metodológico	66
4.3	Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono SAPTEL	75
4.3.1	Antecedentes	75
4.3.2	Características generales de la institución	75
4.3.3	Bases operativas	77
4.3.4	Selección e ingreso	78
4.3.5	Capacitación inicial y continua	79
4.3.6	Marco teórico – metodológico	80
CAPITULO 5. PROPUESTA DE TRABAJO SOBRE LA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA POR TELÉFONO EN LOCATEL Y SAPTEL.		89
5.1	Conclusiones	89
5.2	Propuesta	93
5.3	Referencias bibliográficas	97

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Agradecimientos

A Dios:

Por darme la oportunidad de vivir y disfrutar cada momento de mi vida al lado de mi familia; porque me permite comprender que dentro de cada experiencia de dolor y alegría, siempre hay un aprendizaje valioso.

A mi padre:

Por ser una persona que siempre me entusiasmo a seguir adelante ante los obstáculos; porque me enseñaste el valor de la discreción, la paciencia y la humildad para convivir con los demás; porque para mi eres un ejemplo a seguir por todo tus conocimientos e inteligencia y por todo el amor que siempre me has dado, gracias, papá.

A mi madre:

Por ser una mujer admirablemente triunfadora en todo, que me enseñó con sus actos que la vida debe de vivirse con intensidad amando a todos los que nos rodean; porque con tu afán de sobrevivir y luchar contra muchas adversidades no se puede dudar que en este mundo lo que uno se proponga lo puede lograr; porque sabes ser mi mejor amiga y mi mejor maestra de la vida, gracias, mamá.

A mis padres:

Por darme todo su apoyo y comprensión en cada momento de mi vida; porque sin ustedes no habría podido ser lo que ahora soy y porque ustedes son el motivo para que siga luchando con fe y esperanza en todo lo que me proponga, gracias, los amo mucho.

A Araceli:

Mi hermana mayor, por escucharme y comprenderme siempre; y porque en cada momento cuando necesito de tus consejos estás ahí impulsándome a seguir creyendo en todo lo que me propongo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Corina:

Por todo el apoyo que me has dado como hermana y amiga, y por compartir muchas experiencias conmigo que nunca olvidaré; por demostrarme tu sensibilidad ante los momentos difíciles y porque me enseñas con tus actos, que aunque parezca difícil y tedioso el camino siempre se puede salir adelante.

A Laura:

Mi hermana menor, por ser una niña que me transmite alegría y por acompañarme y ser mi amiga en muchos momentos de mi vida; por darme tu apoyo y comprensión siempre cuando más lo necesité y porque siempre se que contaré contigo para todo.

A Adriana:

Por ser como una hermana que siempre me ha impulsado con sus consejos a seguir adelante, por disfrutar conmigo muchos momentos tristes y alegres y por ser una amiga admirablemente confiable y sincera, gracias, te quiero mucho.

A mis cuñados:

Eloy y Jorge, por el apoyo que me han dado y porque me han enseñado por medio de sus experiencias que se puede sobrevivir ante la adversidad, y porque en ustedes se que tengo a unos mejores amigos.

A mis sobrinos:

Hafid y Jaquelin, porque gracias a sus sonrisas, travesuras e inocencia, paso momentos muy agradables; y porque gracias a que los he visto crecer junto a mí, existen motivos para seguir adelante aprendiendo de su pequeño mundo, los quiero mucho.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis amigos (as):

Anayeli, Delia, Gaby, Miriam, Adrian, Martín, Alejandro, Maki, Israel, Gustavo, Joel, Ernesto, Aideé, Graciela, Bety, Lucy, Memo, Fabiola y muchos más; con quienes he podido compartir muchas experiencias de estudio, de diversión, de cansancio, de aburrimiento, de duda, de frustración, de fracaso y triunfo; a todos ellos les agradezco su amistad incondicional y todos los momentos que hemos pasado, los quiero mucho y les deseo toda la suerte del mundo.

A mis profesores:

Quienes con su profesionalismo me enseñaron el valor del conocimiento y me guiaron en mi carrera con sus consejos.

A toda la gente:

Que directa o indirectamente me apoyó y me dio consejos en algún momento de mi vida. Gracias.

Mónica Arcaza Martínez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación consistió en conocer todos aquellos elementos teórico-metodológicos que permiten identificar el papel que tiene el psicólogo en la orientación por teléfono en LOCATEL y SAPTEL, dando una serie de propuestas de trabajo que permiten enriquecer y complementar su labor.

El motivo de realizar la siguiente investigación se debió a que hoy en día es de suma importancia que dentro del campo de la salud mental constantemente se estén evaluando los cambios que se van dando dentro de la práctica del psicólogo, ya que sólo así, se pueden identificar cuáles son los alcances y las limitaciones de los elementos con los que cuenta, además de detectar las nuevas necesidades que se van dando en nuestra sociedad.

Para llevar a cabo lo anterior, se realizó una revisión teórica de las condiciones históricas en las que nació la intervención en crisis, mostrando el desarrollo en diversos países de las primeras clínicas y los centros de apoyo. Posteriormente se hace una descripción de las características de la teoría de la crisis y los elementos que la conforman para dar intervención, así también se mencionan todas aquellas características que permiten identificar el papel del psicólogo ante la orientación por teléfono. Finalmente se realiza una investigación práctica sobre los elementos que permiten identificar claramente al orientador por teléfono en LOCATEL y SAPTEL, instituciones que actualmente operan en la Ciudad de México ofreciendo un servicio de orientación y apoyo psicológico por teléfono de forma gratuita, las 24 horas del día todo el año; para ello, se llevó a cabo una entrevista personalmente con los encargados del área de psicología de cada institución, realizando a su vez una revisión teórica-metodológica de los procedimientos que se llevan a cabo en cada institución.

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación fueron que el psicólogo que ejerce la orientación psicológica por teléfono, es aquel que proporciona escucha y atención psicológica a todas aquellas personas que llaman y que se encuentran ante un problema emocional, necesidad o duda. Entre los recursos con los que debe contar el orientador para ejercer su función están: la de tener habilidad para establecer empatía, escuchar de forma activa, preguntar, dar contención emocional, conducir la conversación y ordenar el discurso propio y del interlocutor, todo ello con la finalidad de dar una intervención rápida y eficaz.

Por otra parte, se encontró que el psicólogo ante la orientación por teléfono en LOCATEL y SAPTEL realiza actividades de evaluación e intervención mediante la aplicación de un modelo de atención específico, que se encuentra conformado de manera integral por un marco teórico, metodológico y normativo, basado en la intervención en crisis y la terapia breve. Entre las actividades genéricas que realizan los orientadores para complementar su función de orientador están las de participar de forma constante en actividades de supervisión, difusión, capacitación, sistematización y documentación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Ves cosas y dices: "Por qué? Pero yo sueño cosas que nunca fueron y digo: "Por qué no?".
-George Bernard Shaw

Con el paso del tiempo el individuo se ha visto inmerso en un mundo que camina bajo el rubro de la globalización e industrialización. Debido a ello, los cambios que se han generado en la vida del hombre han sido muchos modificando en diversas formas el estilo de vida. Para el hombre el poder adaptarse de forma rápida a todos estos cambios ha sido difícil, puesto que estos se han venido dando de forma drástica y compleja. La dificultad de sobrellevar estos cambios y las etapas que de por sí el hombre tiene que pasar a generado como consecuencia que se desarrollen altos índices de estrés y frustración que deterioran la calidad de vida del individuo.

En la actualidad la gente cada día es más consciente del valor que tiene la salud mental y exige cada vez más servicios con relación a su cuidado. El aumento sobre la demanda de los servicios de salud mental se ha venido dando drásticamente en el presente, sobrepasando la forma típica de solución. Debido a ello, el trabajo clínico en el campo de la psicología ha tenido que modificarse para adaptarse a los cambios del mundo moderno, creando nuevas alternativas para la atención rápida de los problemas emocionales que aquejan a la gente. Un tipo característico del nuevo trabajo clínico es la intervención en crisis por teléfono, requerido en un marco urbano y tecnológico con fines de orientación psicológica.

Este tipo de intervención psicológica por teléfono se ha venido adaptado al campo de la psicología debido a sus diversas características, entre ellas están: la de proporcionar seguridad: en el sentido de no estar frente a frente a la hora de llamar y solicitar atención, lo cual proporciona mayor confianza para expresar sin ninguna reserva la problemática existente; anonimato, requisito importante para que las personas puedan adquirir la seguridad mencionada, mediante el acuerdo de la confidencialidad de la información proporcionada; también la rapidez con que se puede atender a las personas antes de que desarrolle una cronicidad o resistencia a la terapia es un factor importante dentro de la intervención psicológica por teléfono, ya que la mayoría de las personas sólo solicitan una terapia en momentos de crisis y una vez superado el trance, problema o situación desaparece la motivación para seguir explorando profundamente los problemas.

Este estilo de trabajo clínico de intervención en crisis por teléfono ha venido desarrollándose actualmente en diversos países como una alternativa de terapia, siendo influido por diversos centros que fueron creados para la prevención del suicidio en Nueva York en los años 50'. Con el desarrollo de las primeras clínicas y debido al mayor número de demandas estos centros que en sus inicios dieron atención para casos de suicidio se fueron ampliando rápidamente a diversos sectores de la población en Estados Unidos teniendo una gran relevancia. Con ello, y debido a que se fue reconociendo la importancia del proporcionar ayuda pronta vía telefónica a todas aquellas personas que se encontraban

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en problemas, diversos países fueron adaptando este tipo de atención en diversos sectores de su ciudad, implementando con ello nuevas técnicas de intervención y ampliando el servicio de ayuda para casos de suicidio con la atención a diversos tipos de problemas. Así también la atención que era antes proporcionada por personal voluntario y comunitario fue cambiando por personal de diversas profesiones tanto del área médica como psicológica, de trabajo social y legal.

Es así, como con el conocimiento de las nuevas técnicas para la atención a las crisis, la atención psicológica por teléfono se fue abriendo paso para la atención inmediata de las personas con problemas emocionales, generando mayores alternativas de solución y de prevención para todas aquellas personas que no podían asistir a un centro especializado por falta de medios o de recursos.

Para poder determinar la importancia de dar atención a las crisis la estructura teórica que rige hasta ahora es la de Caplan (1964, en Slaikou, 1996) y su teoría de las crisis, quien conceptualizaba a una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

En la definición de crisis de Caplan basada en la teoría de la crisis se mencionaba que todos los seres humanos podemos estar expuestos en ciertas ocasiones a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia de "otros" significantes).

La teoría de la crisis hasta ahora está considerada por varios autores como aquella con principios empíricos susceptibles de explicar sucesos que han ocurrido y predecir otros. La teoría de la crisis es un conjunto de principios o hipótesis que han recibido la atención de profesionales e investigadores.

Las influencias teóricas que soportan la teoría de la crisis, han venido desarrollándose desde años atrás donde se ha tratado de explicar de diversas formas como es que el hombre se adapta a su medio, en primer lugar encontramos a la teoría de la crisis de Charles Darwin sobre la evolución y la adaptación de los animales a su ambiente. La idea de Darwin de la supervivencia del más apto, analiza la lucha por la existencia entre los organismos vivos, en relación con su medio. Las ideas de Darwin condujeron al desarrollo de la ecología humana cuya hipótesis característica es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio (Slaikou, 1996).

Una segunda influencia se orienta en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano. Las preguntas básicas conciernen a la motivación y el impulso. La idea de Freud de que la motivación es un intento por reducir la tensión,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, fue desafiada por teóricos como Rogers (1961) y Maslow (1954, en Slaikou, 1996) quienes hicieron énfasis en la realización y crecimientos positivos del hombre. Ambos se enfocaron en la tendencia de los seres humanos hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer experiencias y ampliar sus horizontes. La premisa es congruente con Buhler y otros en que la conducta humana es intencional, y está constantemente dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas.

Por otra parte el enfoque de Erikson, del ciclo vital del desarrollo proporcionó una tercera influencia capital para la teoría de la crisis. La visión de Erikson con respecto a las crisis estaba representada en ocho etapas del desarrollo en las cuales en cada una de ellas se presenta un nuevo reto, transición o crisis. La teoría de las etapas de Erikson supuso que con cada transición el desarrollo subsecuente estaba en línea, es decir, en un punto crítico.

Una cuarta influencia sobre la teoría de la crisis surgió de datos empíricos sobre cómo los humanos luchaban con el estrés vital extremo. Los estudios en este ámbito incluyen luchar con traumas de los campos de concentración, la muerte repentina del cónyuge u otros parientes, la enfermedad, etc. Estos estudios demostraron cómo los individuos pueden enfrentar ciertos traumas o crisis durante el transcurso de la vida.

Sobre la base de estas influencias teóricas y a diversas investigaciones la teoría de la crisis ha podido establecer hipótesis clave, y organizarlas en una estructura teórica general dentro de la cual pueden analizarse las crisis circunstanciales y del desarrollo y el proceso de intervención en sí mismo. Teniendo en cuenta que dentro del resultado de las crisis: existen tres posibles resultados, el cambio para mejorar, empeorar o regresar a los niveles previos de funcionamiento.

Para evitar el empeoramiento, según varios autores la intervención en crisis es un elemento importante cuando existe un mal funcionamiento de habilidades y estrategias para resolver un problema en caso de crisis.

Si bien las técnicas de intervención en crisis se han venido desarrollando constantemente desde la aparición de los primeros centros de prevención del suicidio, teniéndose a la intervención en crisis como un enfoque preventivo, dirigida a asistir a la gente en el manejo de las crisis vitales. La intervención en crisis se ha considerado como un elemento importante puesto que puede prevenir la aparición de psicopatologías en etapas posteriores.

Con el desarrollo de las instituciones que proporcionan apoyo psicológico por teléfono se ha permitido que se desarrollen técnicas especiales para la atención de las crisis, la capacitación del personal ante el teléfono también ha sido de fundamental importancia, pues existe un incremento sobre la demanda de servicios especializados que den atención de forma inmediata para evitar mayores consecuencias.

En el entorno a la salud pública, la prevención es un elemento importante para evitar mayores consecuencias, teniendo tres formas diferentes: la prevención primaria que se encamina a reducir la incidencia de trastornos; la prevención secundaria que busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos; y la prevención terciaria, encaminada a reparar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el daño hecho mucho tiempo después del suceso original. En este contexto la intervención en crisis es prevención secundaria puesto que es un proceso que tiene lugar después de que los sucesos críticos de la vida han ocurrido (Cortes, 1997).

La intervención en crisis finalmente puede entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a métodos de mejoría (prevención primaria) antes de que ocurran los sucesos críticos de la vida y por otro a las estrategias de tratamiento (prevención terciaria) bien administradas después de que los sucesos de crisis y sus consecuencias han ocurrido. La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis. Sus aspectos importantes consisten en que puede manejarse como la primera ayuda psicológica inmediata (cuando es proporcionada por los individuos más cercanos al suceso: parientes, amigos, etc.) y otra es cuando se utiliza una serie de técnicas especializadas para dar intervención en crisis emocional con la ayuda de guardianes comunitarios, consejeros y terapeutas, esta última intervención requiere de gente especializada en el manejo de crisis para reducir la probabilidad de efectos debilitantes y aumentando la probabilidad de crecimiento o destreza en el individuo.

Las terapias breves han sido hasta ahora desarrolladas de manera práctica para intervenir en el momento de crisis, de cualquier índole, los primeros esbozos de la psicoterapia breve nacen hacia finales de los años cincuenta, principios de los setenta, en Palo Alto California como consecuencia de la interacción de los grupos de investigación liderados por Gregory Betson y Donald Jackson quienes confirmaron un modelo de estudio en las relaciones humanas (Weaklan y Seagal, 1994).

La psicoterapia breve se define como el tratamiento en la extensión y la frecuencia de las entrevistas, así como la totalidad de la interacción las cuales se ajustan al mínimo necesario de sesiones para obtener las metas más viables para el paciente. Se utiliza lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo que pueda llevar una vida más satisfactoria. Sus metas son la eliminación o alivio del síntoma sin intentar la reconstrucción de la personalidad.

La psicoterapia breve es también una terapia focalizada; la cual se dirige hacia determinada problemática del paciente, que adquiere prioridad por su urgencia o importancia, las intervenciones pueden durar entre 6 y 10 sesiones. Su objetivo es eliminar en forma inmediata el factor perturbador.

Otra forma de psicoterapia breve es la que desarrollaron los autores como Bellak y Small, (1980) los cuales practican lo que ellos llaman psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de enfoque psicoanalítico. La psicoterapia breve y de emergencia es una interacción simbólica entre terapeuta y paciente, guiada hacia un cambio benéfico para el paciente, que exige al terapeuta opere partiendo de hechos firmemente asentados, hipótesis bien fundamentadas y del máximo orden en cuanto a la precisión del pensamiento y de la economía de la intervención.

Con el desarrollo de estas terapias se puede ver que actualmente se cuenta con los recursos suficientes para que las personas que presentan una crisis puedan ser atendidas con eficacia, disminuyendo la alta tasa de muertes provocadas por un momento de crisis que no

fue atendida y resuelta a tiempo. Por ello es muy importante que el personal a cargo de la atención psicológica por teléfono para casos de crisis se encuentre preparado, tanto en el conocimiento de las crisis, esto es, sus características y tipos como de las técnicas y herramientas para solucionar de forma inmediata y eficaz cualquier problema emocional.

En la Ciudad de México han nacido diversas instituciones que ofrecen orientación psicológica por teléfono, entre ellas están: LOCATEL y SAPTEL, instituciones que nacieron en diferente momento y en diferentes circunstancias, pero que actualmente actúan proporcionando ayuda psicológica por teléfono para la atención de diversos problemas emocionales. La relevancia que ha tenido cada una de estas instituciones ha sido debido a diversos factores como: la de proporcionar un servicio gratuito para toda la Ciudad de México, Área Metropolitana y algunos estados de la República Mexicana las 24 horas del día todo el año, contando con personal capacitado del área de psicología quienes a la hora de atender ofrecen orientación, apoyo psicológico y apoyo de emergencia e información sobre algunas dependencias e instituciones.

Con el nacimiento de nuevos servicios e instituciones en el campo de la salud mental hoy en día es muy indispensable que se lleve a cabo una evaluación y/o seguimiento de estos servicios que se proporcionan a la comunidad, surgiendo para el psicólogo una mayor participación y compromiso, para evaluar constantemente los cambios que se van dando en el campo de la psicología.

El poder identificar cuáles son los efectos de las nuevas alternativas de terapia, es muy importante pues sólo así se podrá aportar nuevos conocimientos teórico-prácticos a la ciencia psicológica y se podrá a su vez identificar los alcances y limitaciones de esta nueva modalidad de terapia. Por tal motivo es importante identificar el papel del psicólogo en este tipo de servicios identificando para ello las actividades que realiza, esto es, cuáles son sus funciones, los objetivos que persigue, cuál es el tipo de capacitación que recibe antes de ingresar al teléfono, de qué enfoque se parte, cuáles son los aspectos teóricos metodológicos con los cuáles se trabaja para dar la atención de forma inmediata y eficaz.

El objetivo de este trabajo es describir el papel del psicólogo en la orientación por teléfono en LOCATEL y SAPTEL y proponer una alternativa de trabajo.

CAPITULO 1

ORIGENES DE LA INTERVENCION EN CRISIS

*El unico limite para nuestra comprension del mañana
serán nuestras dudas del presente.
-Franklin Delano Roosevelt*

1.1 Orígenes de la intervención en crisis y las primeras clínicas de atención por teléfono

Son varias las circunstancias que dieron origen a la intervención en crisis. En la mayoría de los casos en que se realizaron intervenciones terapéuticas de urgencia, la naturaleza de la situación requería acciones o atención inmediata, y por lo regular se trataba de tal cantidad de individuos que no era posible atenderlos con los recursos terapéuticos acostumbrados, además, resultaba sumamente difícil recopilar tantos antecedentes personales.

Hasta ahora cuatro importantes situaciones han influido en el actual movimiento de intervención en crisis: el tratamiento de neurosis traumáticas durante la Segunda Guerra Mundial; las intervenciones en las etapas de duelo con Lindemann; el desarrollo de los primeros grupos contra el suicidio y el movimiento de las clínicas gratuitas.

La primera etapa del origen de la intervención en crisis se establece cuando debido a los trastornos y al estrés que provocó la Segunda Guerra Mundial se diseñan nuevos métodos de tratamiento para poder atender a un gran número de soldados que padecían neurosis debido al estrés. Tan pronto como era posible, se sometía al individuo a un tratamiento a corto plazo después de haber ocurrido el colapso y antes de que los nuevos patrones de conducta inadaptados se consolidaran e incorporarán en el ajuste total del soldado.

Entre los métodos utilizados para evitar que se afectara la autoestima de los soldados, se sugería que el sujeto permaneciera en su unidad, asignándole tareas que no le causarían tanto estrés. Estas primeras formas de intervención fueron muy eficaces para aliviar síntomas neuróticos y para prevenir patrones de conducta inadaptados. Además, sirvieron para confirmar uno de los principios de la teoría sobre la crisis: que la intervención en el momento en que aparece la alteración no sólo es eficaz, sino también preventiva (Grinker y Spiegel, 1944 y 1945; Kardiner, 1941, en Weiner, 1992).

La siguiente etapa que identifica el origen de la intervención en crisis es el trabajo sobre la teoría del duelo, la cual fue creada por Lindemann, quien hizo una recopilación sobre las reacciones de duelo que tuvieron las personas que perdieron familiares en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

incendio del club nocturno Coconut Grove en Boston, el 28 de noviembre de 1942, incendio considerado como uno de los más grandes de la historia.

La obra de Lindemann y su colaborador, Caplan, contribuyeron en la formulación de la teoría sobre la etapa de duelo, influyendo con ello, en la creación de las primeras clínicas para casos de crisis. Generalmente, estas clínicas eran patrocinadas por, y en algunas ocasiones estaban anexadas a hospitales ya establecidos. Antes de 1954 Caplan empezó un proyecto relativo al estudio de las crisis en el Family Guidance Center, en Harvard, y poco después, todavía en la primera mitad de los años cincuenta, aparecieron otras clínicas para atender casos de crisis en Galveston; en la Bellak's Trouble-Shooting en Elmhurst, Nueva York; en la Langeley Porter Clinic, en San Francisco, en el Benjamin Rush Center, en los Ángeles; en el Cincinnati General Hospital y en Massachusetts General Hospital, en Boston.

Con el nacimiento de estas organizaciones surgen diversos movimientos que se unen para prevenir el suicidio. Entre los movimientos más destacables por esta función se encuentra el organizado en la Gran Bretaña en 1953, llamado grupo de "protectores" o "Movimiento Samaritano" dirigido por el reverendo Chad Varah. Esta agrupación civil se propuso prevenir el suicidio, y para ello ofrecía compañía a la gente que se encontraba en una situación de crisis (Weiner, 1992).

A su vez en 1958, en Los Ángeles se estableció el primer centro para la prevención del suicidio. El éxito de estas agrupaciones se logró gracias a la aplicación de algunas innovadoras medidas clave, que después se incorporaron al movimiento de intervención en crisis. Éstas incluían el uso de la comunicación telefónica como medio básico para atender en cualquier momento a las personas que necesitaban ayuda, la ampliación de los servicios durante las 24 horas del día toda la semana y la colaboración de empleados no profesionales para atender en forma inmediata y personal a los pacientes (Helig, Farberow, Litman y Shneidman, 1968, en Slaikau, 1996).

Fue así que durante 1960 y 1970 en los EE.UU. se establecen diversos centros de atención para crisis; entre ellos destacan: Los Angeles Suicide Prevention, Crisis Service, Erie County (Buffalo) Suicide Prevention and Crisis Service, entre otros. El objetivo de dichas instituciones consistió en proporcionar asistencia necesaria para el manejo de las crisis a los individuos que no tenían a donde acudir.

Posteriormente y conforme se demandaban cada vez más estos servicios, este tipo de centros que se dedicaban en un inicio a la prevención del suicidio empezaron a tratar diversos problemas, como: atención a homosexuales, orientación antialcohólica, servicio telefónico de urgencia para casos de abuso, problemas de farmacodependencia, enfermedades venéreas y programas de orientación de urgencia. Si bien, algunas organizaciones de este tipo habían sido atendidas por médicos, psicólogos y trabajadores sociales, muchas de ellas estaban constituidas por ciudadanos comunes y estudiantes (Weiner, 1992).

1.2 Servicios de atención psicológica por teléfono en otros países

Con el éxito que tuvieron las primeras instituciones y con la implementación y desarrollo de nuevas técnicas de intervención en crisis, las clínicas de atención psicológica se han ido extendido en diversos países del mundo.

Uno de los países que han iniciado proyectos de esta índole, entre muchos más, es Nueva Zelanda la cual ha creado servicios de "counseling" por teléfono desde los años 60', teniendo un número considerable de llamadas a partir de que se inició en especial las realizadas por mujeres. Entre los servicios más importantes que tiene este centro es la "Línea de ayuda a niños" en Christchurch la cual brinda orientación a todos los niños que tienen dificultades con su familia, casos de abuso o de abandono (Marquez, 1993).

En Inglaterra a partir de 1984 se inició un proyecto de trabajo telefónico interdisciplinario entre maestros, trabajadores sociales, abogados, médicos, visitantes domiciliarios y otras agencias de trabajadores sociales, utilizando anuncios en servicios públicos y radio con el fin de mejorar la comunicación entre el niño y su familia (Bustos, 1989).

En Alemania se establecieron centros de ayuda psicológica en diversas zonas geográficas. Hasta ahora posee más de 50 servicios llamados "Seelsorge" difundidos a través de radio, prensa y televisión. Los prestadores de este servicio le dan prioridad a la comunicación bajo el enfoque de la terapia no directiva centrada en la persona.

Actualmente en este servicio de ayuda por teléfono han colaborado más de 2600 personas desde 1973 y, a medida que pasa el tiempo, están disminuyendo los voluntarios por especialistas. Entre las modalidades que ha tenido este tipo de servicio se incluyen desde exponer el caso por teléfono, por carta o por computadora hasta una visita domiciliaria. Los motivos de consulta más frecuentes son el aborto, desempleo, soledad, problemas psicológicos, dependencia al alcohol o suicidio. Hasta la fecha se han recibido más de 300.000 llamadas al año, aumentando su incidencia en la noche (Bustos, 1989).

En Suiza se tiene un amplio repertorio de números telefónicos de urgencia que distribuye a su población, entre ellos figuran los números telefónicos de los servicios para casos de crisis. En Londres existen centros samaritanos apoyados por tres estaciones de televisión, dos periódicos nacionales y veinte locales. En este país también existe servicio por carta.

En España, entre otros, se encuentra el servicio de "el teléfono de la esperanza" que es un programa evangélico que trata de ayudar y escuchar a todas aquellas personas que se encuentran en crisis (Aguilar, 1992).

En Francia existe una asociación llamada "Amitié France", que edita una revista llamada S.O.S. y agrupa a más de 40 servicios telefónicos en todo el país, de los cuales más

de 30 poseen servicio las 24 horas. La atención es exclusivamente telefónica y está centrada principalmente en la prevención del suicidio (Slaikeu, 1996).

En Tokio, Japón, un servicio telefónico llamado "Inochi" No Denwua" dirigido por el pastor Kikuchi y trabajado por 300 colaboradores cristianos y de otras religiones, debidamente seleccionados y entrenados, atienden diversos problemas psicológicos. Actualmente reciben más de 80 llamadas al día.

En Buenos Aires Argentina, se creó desde hace quince años, un centro de asistencia para suicidas (C. A. S.), que funciona las 24 horas de día, proporcionando ayuda telefónica gratuita. El personal que atiende las líneas está conformado por voluntarios no profesionales anónimos que atienden a través del teléfono y en una sola entrevista terapéutica a todo aquel que llama a este centro. Este servicio posee una sola línea telefónica de atención al público con una extensión para supervisión del caso y otra línea de uso interno administrativo.

Actualmente con la demanda que han tenido este tipo de servicios de orientación y apoyo psicológico por teléfono, se han creado cada vez más instituciones en diversos países de Norteamérica, Europa, Sudamérica y algunos países del Asia. En la obra de Haywood y Laute, informan que en 1980 existían aproximadamente 500 centros en las distintas zonas y geografías en diversos países (Bustos, 1989).

1.3 Servicios de atención psicológica por teléfono en México

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En México, los antecedentes de servicios de ayuda nacional son muy escasos y se ignoran muchos datos. Según el Dr. Mark Zúñiga (cit. en Bustos, 1989) informó que en los años setentas surgió el primer servicio de ayuda telefónica llamado Asociación Mexicana de Auxilio al Desesperado (A.M.A.D.), el cual fue una tentativa realizada por el Dr. Gallardo. En donde, él y su esposa contestaban llamadas y posteriormente, se comunicaban con los usuarios.

Otra tentativa fue la realizada por la Sra. Gainor (voluntaria) en una iglesia de Las Lomas de Chapultepec. En donde un grupo de personas de habla inglesa y algunos bilingües se entrenaron con el propósito de establecer en la ciudad de México una rama de los samaritanos. Su meta en un inicio, era dar un servicio de ayuda telefónica en inglés todos los viernes a partir de las 5:00 p.m. hasta las 12:00 p.m. del día domingo. Este servicio, posteriormente se pensó en dar también en español, pero ambos intentos fracasaron debido a la falta de apoyo económico y comunitario (García, 1992).

En junio de 1967 a enero de 1972 el Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de emergencia de Coyoacán, brindaba ayuda médica y psicológica a través del teléfono y en consulta. El equipo de trabajo estaba integrado por tres psiquiatras, una psicóloga clínica, una trabajadora social y una secretaria que hacía un recorrido y revisaba los libros en el hospital detectando a las personas que estaban en intento suicida. Cuando llegaba a ocurrir un intento suicida acudía un médico del servicio a la cama del paciente para informarle que

se le deseaba ayudar y en casi todos los casos se aceptaba la ayuda, la cual consistía en darles psicoterapia breve y de emergencia, administrándose en algunos casos medicamentos y levantándose notas de cada caso.

Con este proyecto se llegaron a atender un total de 500 personas de diferentes niveles socioeconómicos y de diversas creencias. Una vez que el paciente era dado de alta, continuaba en consulta externa. Además de lunes a viernes de 16:00 a 20:00 horas, los pacientes podían seguir estableciendo comunicación telefónica cuando se presentaran situaciones críticas (Bustos, 1989).

También en el hospital la Raza, en la sección de Cardiología se implementó desde hace tiempo un sistema de comunicación telefónica entre pacientes con afecciones cardiovasculares con el fin de que se tranquilizaran unos a otros en caso de presentarse alguna situación que produjese estrés en el paciente y lo angustiara de tal manera que pudiese causarle un paro cardíaco (Bustos, 1989).

Con estas primeras agrupaciones, entre otras, es como se han ido creando los primeros servicios de ayuda psicológica por teléfono para casos de crisis en la Ciudad de México, aunque debido a la falta de apoyo económico, estos centros en su mayoría no siguieron con su proyecto. En la actualidad y gracias a que la gente exige cada día más servicios que ofrezcan ayuda psicológica para tratar diversos problemas emocionales, se han venido creado diversas agrupaciones en sus diferentes modalidades, que ofrecen sus servicios para dar apoyo psicológico por teléfono con personal voluntariado y de diversas profesiones. Entre las instituciones que destacan por ofrecer un servicio para casos de urgencia y de apoyo emocional e información están: los Centros de Integración Juvenil (CIJ), el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), la Línea Telefónica de Información y Orientación sobre SIDA (TELSIDA), la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) y el Servicio Público de Localización Telefónica LOCATEL, entre otras.

Centros de integración Juvenil

Esta agrupación nació con el propósito de ofrecer información sobre espacios para la atención de la farmacodependencia, en 1978. La asociación civil denominada Centros de Integración Juvenil (CIJ) puso a disposición de la población un número telefónico gratuito en un horario matutino, atendido por especialistas en Trabajo Social. Conforme transcurrieron años se creó el Servicio de Orientación e Información (SOI) vía telefónica de CIJ, y se amplió el horario de atención incorporándose especialistas en Psicología.

A partir de 1998 el SOI cambia de nombre por el Servicio Telefónico de Orientación en Adicciones (STOA) y amplía sus objetivos, proporcionando tanto orientación e información como la atención e intervención cuando se requiere, el modelo de atención del STOA está basado en procedimientos de Psicología Clínica y Psicoterapia, entre los que destacan la información, la orientación, la contención, el apoyo, los señalamientos, la confrontación y la intervención en crisis. Sus metas son el acompañamiento y el enlace

institucional. Actualmente operan con los teléfonos: 52865995 y 55343435 las 24 horas del día todo el año (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel. 2000).

Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL)

Si bien es cierto que muchos organismos, tanto gubernamentales como no gubernamentales, ofrecían información (y en algunos casos orientación) vía telefónica, no es sino hasta 1985 que se hace necesario formalizar la atención telefónica con el Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPT) para ofrecer a sobrevivientes del terremoto de la Ciudad de México un espacio para expresar sus emociones ante la pérdida de familiares, amigos, patrimonio, integridad física o simplemente para externar su sensación de inseguridad. La Federación Mundial de la Salud Mental (FMSM) y la UNAM coordinaron este programa de apoyo psicológico por teléfono; sin embargo, su funcionamiento fue interrumpido de manera constante hasta su desaparición.

A partir de 1992 la benemérita Cruz roja Mexicana y la FMSM acuerdan dar continuidad al proyecto SAPT que se había desarrollado en la UNAM, e instalar el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por teléfono (SAPTEL), cuyos objetivos son proporcionar un servicio efectivo y oportuno de apoyo en problemas emocionales, promover un mayor bienestar emocional y vincular a los usuarios (en particular a aquellos con recursos económicos limitados) con los servicios existentes del área metropolitana. Su horario de servicio actual son las 24 horas del día todo el año, operando con diversas líneas con el teléfono: 52598121 (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel. 2000).

Línea Telefónica de Información y Orientación sobre SIDA (TELSIDA)

En abril de 1988, el Consejo Nacional de Prevención y Lucha contra el SIDA comenzó a operar en la Ciudad de México una línea telefónica de información y orientación sobre esta enfermedad (TELSIDA), cuyas funciones tienen un lugar intermedio entre las líneas de crisis y las líneas que sólo brindan información.

TELSIDA tiene como objetivo principal proporcionar información actualizada sobre el proceso de infección por VIH y referir a los usuarios a los diferentes servicios relacionados con el SIDA que están disponibles en el área metropolitana; sin embargo, dadas las características e implicaciones personales y sociales de la epidemia del SIDA, también se ofrece acompañamiento y contención a personas que atraviesan una crisis emocional.

Hasta el momento TELSIDA atiende de lunes a viernes de 9:00 a 21:30 horas, el servicio es gratuito, confidencial y proporcionado por profesionales de la salud integral, algunos son empleados de la institución y otros voluntarios. Sus teléfonos son: 56667432 52074077 y también ofrecen orientación e información desde el interior de la República con

los siguientes teléfonos: 018007120886 y 01800712 0889 (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel, 2000).

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF)

De 1994 a 1999, la **PGJDF**, por medio del Centro de Terapia de Apoyo operó el servicio telefónico de información, orientación e intervención en crisis a víctimas de violencia sexual, **CETATEL**. Las personas usuarias eran atendidas por psicólogas que ofrecían información sobre las áreas y departamentos de la **PGJDF** para la atención de los delitos contra la integridad y el normal desarrollo psicosexual del individuo, información sobre otros organismos para la atención integral de personas agredidas sexualmente y apoyo emocional a personas que se encontraron en crisis.

En 1999 se integran los servicios de **CETATEL** a la línea **VICTIMATEL**, con el propósito de extender el apoyo y la orientación a víctimas de cualquier delito violento o de violencia intrafamiliar, aplicando el modelo de la intervención en crisis.

VICTIMATEL proporciona atención las veinticuatro horas durante todo el año de manera confidencial y gratuita. Ofreciendo también información sobre algunas instituciones, el teléfono actual es: 55 755461 (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel, 2000).

Servicio Público de Localización Telefónica LOCATEL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

LOCATEL, fue creado en 1979 con el propósito de localizar personas extraviadas y ofrecer información sobre bancos de sangre. Ante la frecuente demanda de apoyo de la población usuaria, **LOCATEL** incorpora la atención a las crisis emocionales desencadenadas por los sismos ocurridos en septiembre de 1985 y en respuesta a la diversidad de necesidades y requerimientos de la ciudadanía su servicio se diversificó; de modo que en la actualidad existen más de 40 servicios agrupados en cuatro vertientes.

- Programa de Apoyo a la Seguridad Pública que integra la recepción de reportes de vendedores de drogas, centros de prostitución, bandas organizadas y otros delitos.
- Programa para la Participación social que incluye la recepción de comentarios, quejas, sugerencias y agradecimientos de los diferentes organismos gubernamentales del Distrito Federal.
- Programa, accidentadas, información sobre trámites y requisitos de procedimientos oficiales, así como otros servicios informativos.
- Programa de Atención y Orientación Social, se compone por los servicios especializados de Servicio médico, Asesoría Psicológica y Asesoría Jurídica, así como los servicios Niñotel, De joven a joven, Línea mujer, Nutritel y Línea

dorada de información Ciudadana que contempla la localización de personas extraviadas.

El servicio de Locatel sigue operando actualmente con el teléfono: 5658 11 11, el cual está conformado por diversas líneas y servicios.

Entre otras agrupaciones que han nacido a principios de 1990 que también ofrecen sus servicios de orientación e información y canalización sobre problemas específicos para la ciudadanía se encuentran:

Acercatel quien cuenta con el teléfono 018001101010 y es parte de Fundación Casa Alianza México, de la agrupación **Quiera** de la Asociación de Banqueros de México y Avantel. Está agrupación nació desde 1999 debido a la unión de esfuerzos de varias instituciones para crear una agrupación que actuara en defensa de las niñas, niños y jóvenes de la calle. Su programa está conformado por la terapia centrada en el cliente y es llevado a cabo por diversos profesionales, entre ellos psicólogos y trabajadores sociales para dar intervención vía telefónica a aquel que lo solicite las 24 horas del día todo el año.

Otra agrupación más sobre esta línea, es la de **Vive Sin Drogas** la cual nació a finales de 1999, y ofrece orientación, información y canalización a las personas que estén interesadas en el tema de las adicciones o que tengan algún problema con ellas. El personal está conformado por licenciados en trabajo social y psicología y dependen del CONADI Centro Nacional Contra las Adicciones y de la Secretaría de Salud. Su servicio se ofrece las 24 horas del día todo el año con cobertura en todo el país. Su teléfono en servicio es: 018009112000 (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel, 2000).

Hasta aquí se ha hablado de los orígenes de la intervención en crisis y la orientación psicológica por teléfono, citándose varias agrupaciones por mencionar algunas, que han intentado dar un servicio vía telefónica a todas aquellas personas que soliciten apoyo y que se encuentran con algún problema emocional. Actualmente se puede decir, que en México operan diversas agrupaciones que ofrecen sus servicios de orientación psicológica por teléfono e información en horarios específicos y las 24 horas del día todo el año, y que han tenido mucha relevancia, la funcionalidad de cada una de ellas ha dependido de los objetivos que tienen, de los programas y personal empleado, así como la población y sectores a quienes quieren ayudar; entre otras características. Lo cierto es que cada vez más, se crean diversas agrupaciones que tratan de ofrecer ayuda a todas aquellas personas que se encuentren en problemas, ya sean niñas, niños, jóvenes y público en general y que persiguen un mismo objetivo: ayudar a prevenir mayores riesgos en la salud mental.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En resumen, en este apartado se describieron los antecedentes más relevantes de la intervención en crisis, los cuales son identificados por los datos encontrados, a partir de los años 50' con la Segunda Guerra Mundial y los aportes sobre la teoría del duelo con Lindemann y Caplan (1964, en Slaikou, 1996).

A partir de ahí, se menciona la creación de las primeras clínicas y la creación de diversas agrupaciones que aplican la intervención en crisis para prevenir el suicidio, las cuales en sus inicios estaban conformadas por personal comunitario y algunos trabajadores

sociales. Posteriormente y debido a su demanda se fueron creando más agrupaciones e instituciones en diferentes países del mundo que ofrecían sus servicios las 24 horas del día todo el año a aquellas personas que tenían alguna crisis, empleando para ello personal profesional del área médica, psicológica y social e incrementando el uso de técnicas para dar intervención en crisis.

Con la implementación del teléfono, estas agrupaciones tuvieron mayor demanda ya que el servicio podía darse de forma inmediata. De ahí que las clínicas y/o agrupaciones que en sus inicios sirvieron para ayudar a prevenir el suicidio: modificaron sus servicios atendiendo diversos problemas, como: atención a homosexuales, orientación antialcohólica, servicio telefónico de urgencia para casos de suicidio, problemas de farmacodependencia, enfermedades venéreas y programas de orientación de urgencia, entre otros.

Finalmente para llegar a identificar los antecedentes más relevantes de la intervención en crisis y la orientación psicológica por teléfono en México, se hace un recuento sobre las primeras agrupaciones que existieron en este país, las cuales nacieron gracias a la preocupación por escuchar y ayudar a todas aquellas personas que tenían algún problema de tipo emocional. En sus inicios tuvieron una gran demanda aunque posteriormente se fueron suspendiendo debido a la falta de apoyos económicos y administrativos, de ahí que en los años 80' y debido a los grandes cambios que ha habido en México sobre todo económicos, sociales y de desastre natural, se establecen nuevas instituciones para dar apoyo y orientación psicológica de forma gratuita las 24 horas del día todo el año a todas aquellas personas que se encuentren en crisis o que requieran alguna información, entre ellas se encuentran por mencionar algunas: Los Centros de Integración Juvenil; TELSIDA; VICTIMATEL.; SAPTEL y LOCALTEL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 2

CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCION EN CRISIS

*Todas nuestras crisis nos dan la oportunidad de renacer,
de reinventarnos como individuos, de elegir,
el tipo de cambios que nos ayudaran
a desarrollarnos y a realizarnos
con mayor plenitud.
-Mesa 'O'Neill*

2.1 Concepto de crisis

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Durante el transcurso de la vida del ser humano ocurren diversas experiencias que le ayudan a desenvolverse en el mundo en que vive, cuando ocurren sucesos inesperados como la muerte de un ser querido, un asalto, una violación, la pérdida del empleo, una enfermedad o simplemente un cambio inesperado dentro de su vida, la experiencia puede volverse difícil llegando a tener un desequilibrio emocional que puede ser intolerable para el sujeto, provocando en muchos casos, un estado de crisis.

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

Cohen (1999) menciona que una crisis es un periodo crucial o momento decisivo en la vida de una persona que en muchos casos tiene consecuencias físicas y emocionales. Una crisis es un periodo limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio súbito y significativo en la situación vital del individuo. Este cambio da lugar a la necesidad de ajustes internos y al uso de los mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo.

Para Dixon (1987), una crisis puede ser el resultado de tensión súbita o la acumulación de numerosos problemas de tal manera que los mecanismos normales de enfrentamiento llegan a ser sobrepasados. Es una interrupción en lo que podría considerarse un estado uniforme. Se caracteriza por ser temporal y por definición autolimitada, que puede conducirse hacia alguna resolución o puede resultar en un estado de disfunción crónica. Una crisis no necesariamente implica patología; si bien es un estado de ambivalencia y confusión, y quizá patogénico, pero una persona en crisis no tiene necesariamente trastornos mentales. Las crisis corresponden de cierta forma a un momento

de dependencia, pero esta dependencia, es una dependencia situacional causada por un evento o situación peligrosa o cierta vulnerabilidad personal y no debe confundirse con dependencia caracterológica. La crisis a menudo son momentos en los cuales las personas están más receptivas a recibir ayuda.

Para Caplan (1964 en Slaikau, 1996), una crisis puede desembocar en crecimiento o en deterioro dependiendo de la severidad del suceso precipitante y de los recursos personales con los que cuenta el individuo, ya sean innatos o moldeados a través de las experiencias de la vida, de allí que, algunas personas están mejor dotadas que otras para enfrentar las tensiones que provoca una crisis.

Etimológicamente la palabra crisis significa en griego decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión o discernimiento.

En el término chino la palabra crisis "weili" se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, circunstancias que ocurren al mismo tiempo.

Dentro de la teoría de la crisis se explica el concepto de homeostasis, la cual mantiene al individuo en un estado de relativa estabilidad psicosocial. Las estrategias usuales que una persona utiliza son para ajustarse o adaptarse ante los problemas cotidianos. Cuando se presentan situaciones especialmente difíciles, el individuo acciona los mecanismos que le han resultado eficaces en ocasiones anteriores; pero cuando estos mecanismos no funcionan la persona entra en un estado de incapacidad (Slaikau, 1996).

Erickson (1968, cit. en Kaes, 1979) distingue dos tipos de causas de crisis: causas externas, caracterizadas por la presencia de una situación conflictiva en el medio circundante; y las causas internas (crisis de desarrollo, según Erickson) las cuales son aquellas que aparecen normalmente en el transcurso del crecimiento: las crisis de nacimiento, la pubertad, la adolescencia, adultez y vejez.

Entre las características que describen a una crisis emocional y que conforman la teoría de la crisis, se encuentran según Slaikau (1996) que:

1. El proceso de una crisis tiene que ver con los *sucesos precipitantes* los cuales pueden ir desde: la muerte del cónyuge, la separación marital, la muerte súbita de un familiar cercano, lesiones personales o una enfermedad grave, un fracaso económico, un secuestro; hasta la jubilación, un embarazo, cambio de trabajo o de residencia.

Las primeramente anunciadas facilitan la crisis por sí mismas; las segundas deben de contemplarse en el marco del desarrollo del individuo, en donde cada etapa de desarrollo se relaciona con ciertas tareas y adaptaciones, cuando hay interferencia en su realización, es probable una crisis.

2. El impacto de un suceso particular depende del tiempo, la intensidad, la duración, la secuencia y el grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo.

3. Cada suceso precipitante adquiere significado distinto para el individuo. Para las personas, una crisis puede significar:
 - Una amenaza a las necesidades instintivas o al sentido de integridad física y emocional.
 - Una pérdida, como la de una persona, habilidad o aptitud
 - Un reto que amenaza las capacidades del individuo
4. Las crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo que altera sentimientos, pensamientos, la conducta y funcionamiento físico.
5. La base de la crisis descansa en la idea de que una persona relativamente estable reacciona ante una crisis con una sensación de casi total congoja para luego adaptarse o mal adaptarse en el curso del proceso. Uno de los aspectos más obvios de la crisis es el desequilibrio emocional grave, con sentimientos de cansancio y agotamiento, sentimientos de desamparo, sentimientos de confusión, síntomas físicos (palpitaciones, cefaleas, trastornos digestivos) ansiedad, insomnio, desorganización del funcionamiento laboral, familiar y social.
6. Los estados de crisis producen vulnerabilidad y sugestibilidad en el individuo, en otras palabras existe una reducción de las defensas que sirven para que la persona esté abierta a nuevas conceptualizaciones e información que le ayudará a entender lo que está sucediendo.
7. El estado de crisis se caracteriza por un trastorno en el enfrentamiento. Las herramientas o formas de solucionar un problema se vuelven ineficaces, pues se perturban los recursos que dispone la persona para resolver un problema, una persona en crisis se siente atada e incapaz de abordar circunstancias nuevas inestables.
8. El estado de crisis se caracteriza por tener un límite de tiempo el cual puede mitigarse o resolverse en un periodo de cuatro a seis semanas o más dependiendo de la resolución.
9. El estado de crisis se caracteriza por cuatro etapas que van del impacto a la solución:
 - a) La primera etapa es cuando la crisis empieza a manifestarse y el sujeto experimenta tensión emocional y desorganización. Aquí se utilizan los mecanismos de adaptación que se han aprendido.
 - b) La segunda etapa, debido a que sus intentos fracasan, se genera una mayor desorganización.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- c) La tercera etapa se caracteriza por un nivel de tensión que aumenta con rapidez, y una intensa movilización de recursos tanto internos como externos. Aquí, la persona solicita ayuda, o cambia su dirección o metas. Si a pesar de todo esto no logra resolver la crisis ni reducir la tensión, entonces aparece:
- d) La cuarta etapa de este proceso: la desorganización difusa de la personalidad y quizás el colapso emocional.
10. Dentro de un estado de crisis existen tres posibles resultados: el cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento.
11. La resolución final de las crisis depende de numerosos factores: la gravedad del suceso precipitante, los recursos materiales, los recursos personales del individuo (fuerza del Yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales de que se disponga.
12. Las crisis no tienen lugar en el vacío, ni de forma aislada, sino que están inmersas dentro de un contexto en el que vive la persona (familia y comunidad) y en, particular, en las interacciones con subsistemas diversos.
13. La persona constituye un sistema conformado por varios subsistemas, cuyo funcionamiento incluye cinco rubros: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo (CASIC) los cuales pueden ser afectados cuando existe una crisis.

Puntualizando lo anterior, se entiende que un período de crisis, es un período que afecta la conducta del individuo, generándole un incremento en la tensión y desorganización, que provoca ineficiencia e impotencia por el fracaso al emplear intentos de solución, al suceder esto, el individuo debido a su incapacidad para actuar recurre a apoyos exteriores que pueden garantizar ya sea, el éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefiniéndose el problema, o bien, creando una mayor desorganización de la personalidad si no se actúa a tiempo.

Si bien es cierto que, a pesar de que las crisis no son las mismas para cada individuo, y que no todas las crisis requieren de apoyo terapéutico profesional para su resolución, en algún momento de la vida de todo ser humano se esta expuesto a vivir un estado de crisis.

2.2 Supuestos teóricos que sustentan la teoría de la crisis

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Para entender los elementos que conforman la teoría de la crisis es preciso revisar algunas teorías que explican a las crisis que acompañan al ser humano durante el transcurso de su vida, desde diferentes puntos de vista (Slaikou, 1996).

1. En primer lugar se encuentra la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. En ella, Darwin sugiere que el desarrollo de la

ecología humana cuenta con un mecanismo adaptativo esencial en relación con su medio. Estas ideas fundamentan la explicación de solucionar la crisis, ya que al poder adaptarse el ser humano a otros medios lo cual genera cambios, también puede adaptarse o solucionar en otras circunstancias su modo de vivir.

2.- Una segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano, las preguntas básicas conciernen a la motivación y el impulso: ¿qué mantienen activa a la gente y con qué fin? La idea de Freud de que la motivación es un intento por reducir la tensión, fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, fue desafiada más tarde por teóricos como Rogers (1961) y Maslow (1964, en Slatkeu, 1996), quienes enfocaron ambos aspectos en las personas hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes.

El estudio de Maslow sobre personajes contemporáneos e históricos como: Abraham Lincoln, Albert Einstein, Jame Adams y Eleanor Roosevelt; revela modos de vida caracterizados por la espontaneidad, interés social y altruismo, amistades, independencia relativa de influencias culturales, habilidad para resolver problemas y una amplia forma de referencia o perspectiva de ver la vida. La premisa de autorrealización del hombre es congruente también con el énfasis de Buhler (1992), en donde se afirma que la conducta humana es intencional, y constantemente está dirigida hacia logros y propósitos que pueden volverse súbitamente inalcanzables o inalcanzables.

3.- El enfoque de Erickson (1963, en Slatkeu, 1996) sobre el desarrollo del ciclo de vida, muestra la tercera influencia teórica para la teoría de la crisis. Desde su punto de vista cada una de las ocho etapas en las que el autor maneja el proceso de desarrollo proveen un nuevo reto, transición o crisis y a su vez proporciona una alternativa para la teoría psicoanalítica original, que sugiere que la esencia básica de la vida está en los sucesos de la primera infancia y la infancia misma.

La teoría de la crisis está sustentada por la psicología del desarrollo de Erickson, el cual afirma la idea de que la crisis y las principales transiciones de la vida, son los principales ingredientes con los que se conforma la misma.

4.- La cuarta influencia sobre la teoría de la crisis proviene de datos empíricos sobre cómo los humanos abordan el estrés extremo de la vida, estudios en este ámbito incluyen los traumas en campos de concentración, muerte repentina de un cónyuge y parientes, cirugía mayor, desastres o agonía de un niño.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2.3 Técnicas de intervención en crisis

La urgencia con la que se deben atender ciertos problemas que se presentan en la vida real, y la incapacidad de un individuo para enfrentarlos de manera satisfactoria, son los elementos que conforman la esencia de una crisis. Una intervención cuyo objetivo sea

aliviar la crisis, o mejor aún, ayudar a la persona para que pueda proceder con decisión, evitará otras o quizás más graves consecuencias.

Las técnicas de intervención terapéutica hasta ahora han sido utilizadas para ayudar a las personas que pasan por un proceso de crisis, estas tienen la finalidad de prevenir los efectos negativos, además de ayudar a la persona a que integre dentro de su vida la crisis para lograr tener una mejor calidad de vida y salud mental.

Desde la perspectiva conductual se considera que la salud mental va en relación con el debilitamiento y/o eliminación de los hábitos inadaptativos del sujeto, y el inicio así como el fortalecimiento de otros, que le permitan al individuo una mayor adaptación a su medio circundante (Cortes, 1997).

Con la psicoterapia existe la opción de que se puedan eliminar o modificar los malos hábitos inadaptativos que repercuten en la salud mental del individuo.

La psicoterapia es la asistencia psicológica que consiste en poner los conocimientos teórico-prácticos al servicio del individuo, Procurando resolver conflictos y lográndose obtener una reestructuración y funcionamiento adecuado de la personalidad del mismo: posibilitando así, tener un mejor desarrollo personal y experiencias de placer y felicidad (Kleinke, 1994).

La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. La psicoterapia es una relación de trabajo entre terapeuta y cliente dirigida a encontrar soluciones para los problemas del cliente que sean más ventajosas que las que utiliza hasta el momento (Kleinke, 1994).

Para Wolberg (1954, en Knobel, 1987) la psicoterapia es una forma de tratamiento de los problemas de naturaleza emocional en la cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objetivo de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes; de intervenir en patrones perturbados de conducta y de promover un crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad.

Wolpe (1993) menciona que la intención principal de toda psicoterapia es eliminar, o por lo menos disminuir de manera significativa, patrones de conducta aprendidos que ocurren de manera consistente y que son desventajosos para quien los exhibe. Además de que la cantidad considerable de estos hábitos inadaptativos son de origen emocional, y que por lo general involucran miedo, que es núcleo de toda neurosis-enfermedad.

Por lo tanto, se puede considerar que el objetivo de una psicoterapia es el de conducir al paciente a cambiar su modo de percibir, elaborar, interpretar y comunicar la realidad de tal forma que pase de una relación disfuncional a una relación funcional. En términos concretos la salud mental puede ser entendida como el nivel de funcionamiento de una persona antes de experimentar una conducta disfuncional o maladaptativa que le impidan desenvolverse óptimamente dentro de su entorno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de la psicoterapia, entre las técnicas utilizadas para ayudar a las personas a que restablezcan su estado emocional y su integridad en caso de crisis, se encuentra la intervención en crisis.

La intervención en crisis es un proceso que se aplica en el momento de ocurrencia de una crisis o después de que se halla presentado, dicha intervención puede llevarse a cabo una o varias ocasiones, y puede ser proporcionada por cualquier persona o por un profesional, todo esto con la finalidad de ayudar a que el involucrado recupere su equilibrio emocional (Sánchez-Barranco, 1999).

Desde sus inicios la intervención en crisis ha tenido un enfoque preventivo. En el entorno de la salud pública, la prevención puede tomar tres formas (Bloom, 1977; Caplan, 1964, en Slaikou, 1996). La prevención primaria que se encamina a reducir la incidencia de los trastornos; la prevención secundaria que busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos; y la prevención terciaria, encaminada a reparar el daño hecho mucho tiempo después de que los sucesos críticos de la vida han ocurrido.

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a métodos de mejoría (prevención primaria) antes de que ocurran los sucesos críticos de la vida y por otro a las estrategias de tratamiento (prevención terciaria) bien administradas después de que los sucesos de crisis y sus consecuencias han ocurrido. Si bien la intervención en crisis puede ser la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave (Sánchez-Barranco, 1999).

De acuerdo con Gaitán (1993), la intervención en crisis puede darse en dos formas: intervención en crisis de primer orden, llamada también terapia de emergencia o primeros auxilios psicológicos y intervención en crisis de segundo grado, llamada también terapia de crisis.

2.3.1 Intervención en crisis de primer orden

Los sinónimos o derivaciones de esta intervención son primeros auxilios psicológicos o terapia de emergencia.

El apoyo de emergencia podría entenderse tentativamente como la protección, favor, ayuda, auxilio, que se ofrecen ante una ocurrencia o accidente que sobreviene, es decir, cualquier evento inesperado.

Small (1997) adoptó el término de emergencia o primeros auxilios psicológicos como una medida psicoterapéutica, útil para auxiliar a los pacientes temporalmente incapaces de resolver por sí mismos una situación.

Para Slaikou (1996) el apoyo de emergencia es lo mismo que intervención en crisis y se define como: Un proceso dirigido a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso

traumático, de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore, y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida) se incremente.

La cualidad de la intervención en crisis de primer orden, es que se proporciona ayuda en el instante mismo de la crisis y puede ser proporcionada por las personas que se encuentran en el momento, estas pueden ser desde un maestro, un compañero, un transeúnte, un socorrista, hasta gente especializada como un médico.

La intervención de primer orden o de emergencia es una intervención breve que puede llevar desde algunos minutos hasta horas, dependiendo del grado de desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y la capacidad del ayudante (Slaikeu, 1996). Sus objetivos son limitados al enfrentamiento de situaciones y la tarea específica consiste en:

1. **Proporcionar apoyo:** Cuando una persona enfrenta problemas que le son agobiantes es necesaria la ayuda de alguien que le brinde la oportunidad de ser escuchado, con gran cordialidad, en un ambiente de confianza donde pueda expresar su angustia y cólera.

2. **Reducir la mortalidad.** Salvar la vida de una persona que se encuentra en crisis, y prevenir de lesiones físicas es uno de los objetivos principales de esta intervención, ya que es común que durante la crisis las personas se sientan desesperadas orillándose a tomar decisiones drásticas que pueden llegar desde agredirse a sí mismas y a familiares, hasta causarse la muerte, de ahí la necesidad de brindar el apoyo necesario y aislar a la persona de los peligros.

3. **Vincular a la persona con recursos de apoyo:** Identificar con precisión las necesidades críticas y realizar la referencia apropiada también es otro de los objetivos de esta primera ayuda. La finalidad consiste en que se tomen las medidas apropiadas para la resolución de la crisis enlazando a la persona con un profesional.

Slaikeu (1996) menciona por su parte, que la primera ayuda psicológica sigue un modelo básico de solución de problemas la cual puede llevarse a cabo por cinco pasos:

- a) **Contacto psicológico:** La persona que presta ayuda debe de escuchar los hechos y sentimientos y utilizar exposiciones reflexivas para que de esa manera la persona en crisis sienta y sepa que se está escuchando lo que expresa. La conducta del ayudante es la de establecer un contacto psicológico invitando a la persona a platicar y a expresar lo que siente, estando de manera tranquila y controlada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- b) **Revisión de las dimensiones del problema:** Este componente se enfoca en tres tiempos: pasado, presente y futuro; cada tiempo tiene que ser explorado con relación al suceso y con las personas involucradas. En este momento es importante establecer las fuerzas y debilidades, que abarcan actividades y rutinas, amigos y familiares con los que se cuentan para ayudar. Aquí también se hace una estimación de la mortalidad revisando los intentos previos de algún plan suicida-homicida, etcétera.
- c) **Exploración de las soluciones posibles:** Consiste en la identificación de alternativas para dar solución a las necesidades inmediatas y posteriores, explorando aquellos intentos previos de solución que no resultaron, dando nuevas alternativas. El objetivo es ayudar a disminuir la impotencia y la angustia estimulando al paciente.
- d) **Determinación para una decisión concreta:** El paciente que no esté en casos extremos en donde se requiere tomar decisión rápida, puede ser alentado a enfrentar la crisis, ayudándolo a tomar decisiones para actuar conscientemente. Aquí el papel del ayudante debe de limitarse a ser el facilitador.
- e) **Seguimiento:** Este punto es importante para saber hasta qué grado llegó el paciente a su recuperación, si tuvo alguna recaída o si hubo progreso alguno. La información puede ser obtenida de forma personal y/o vía telefónica. El objetivo es completar la retroalimentación y determinar si se realizaron los objetivos de la primera ayuda psicológica. Si se resolvió el problema con esta primera ayuda, la terapia termina ahí, sino se recurre a la terapia de segundo orden o terapia de crisis.

Es importante que en una intervención en crisis se sepa distinguir el tipo de crisis a la que se está enfrentando el sujeto, pues sólo así podemos decidir si es necesario orientar o referir al sujeto hacia un tratamiento más especializado. Para Weiner (1992) existen dos tipos de crisis que se observan en los centros o clínicas donde se atiende este tipo de urgencias y que es importante tomar en cuenta, estas son: casos de crisis de origen no psicológico y casos de terapia de crisis.

La clarificación de esta distinción se encuentra en el grado que una persona invierte en una posible situación de crisis. El sujeto percibe los acontecimientos de manera "autista", en el sentido de que su percepción está muy influida por necesidades y valores personales. Si alguien es un "necesitado" o sea que requiere mucho apoyo externo para mantener su

autoestima, cualquier situación de estrés, por ligera que sea, puede orillar a una crisis. Por el contrario, si una persona es relativamente independiente y tiene un buen concepto de sí misma, aun las circunstancias de mayor estrés no constituirán una amenaza para su autoestima (Weiner, 1992).

Cuando se trate de una situación de crisis al sujeto se le orientará para que enfoque los factores que precipitaron la crisis y explore nuevas formas potenciales de adaptación para enfrentarla. Si la capacidad de ajuste de alguien no se ve amenazada por una situación de estrés, le conviene la intervención de crisis pero no la terapia de crisis. El propósito no es restablecer la homeostasis psíquica puesto que no se ha perdido el desequilibrio. Más bien, enseñar al individuo a localizar y utilizar los recursos disponibles, es decir, satisfacer las necesidades no psicológicas de la situación. Esto puede significar algo tan simple como buscar un lugar donde alguna persona pueda pasar la noche, o una tarea más complicada como ofrecer información acerca de los servicios que proporcionan las dependencias estatales (Weiner, 1992).

Es importante aclarar que la función de quienes encargan de hacer este tipo de intervención, aunque quizás no es tan espectacular como la de los terapeutas de crisis, no debe considerarse como una actividad de segunda categoría. Pese a que se trate problemas de índole no psicológica, se debe evaluar a fondo la situación de estrés para determinar que la crisis no es psicológica, o que el origen del estrés es ajeno al yo y no parte del comportamiento habitual del individuo.

Para identificar una crisis Golan (1969, citado en Weiner, 1992) comenta que, si bien el personal de esta área a veces atiende a pacientes con problemas bien definidos, lo más frecuente es que se enfrentan a una "situación problemática ambigua y multifacética" difícil de conceptualizar. En la mayoría de los centros donde se realiza esta intervención, el número de sesiones que se dedican a un individuo está en función del tiempo y personal disponibles. Sin embargo, lo más importante es recalcar que no es necesario ni conveniente atender a la mayor parte de los casos por un período muy prolongado. Por tanto, primero se debe determinar si una intervención directiva y limitada, como por ejemplo, ayudar al sujeto a encontrar albergue, a cristalizar una decisión tomada previamente, u otras similares, restituirá el funcionamiento de la persona al nivel que presentaba antes de la crisis o se necesitará de más intervención. La consideración esencial que justifica seguir dando terapia a alguien, es saber que esto le beneficiará tanto por la terapia en sí, como por la consecuente relación con el terapeuta. Para tomar una decisión con respecto a si se beneficia la persona con la intervención que se le dio o no, se deben de tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1. *Viabilidad.* ¿Puede el sujeto enfrentar de manera eficiente los problemas con la ayuda temporal de un apoyo externo? Es decir, ¿son dichos problemas principalmente internos y tiene capacidad el sujeto para resolverlos?
2. *Capacidad de autoexamen.* ¿Es capaz el individuo de examinar junto con el terapeuta la situación problemática, y de hacerlo desde una perspectiva

en que considere que él mismo contribuyó en cierta medida a crear dicha situación?

3. **Motivación.** ¿Tiene el individuo la motivación o los recursos personales que le permitan actuar por sí mismo? ¿Está dispuesto a que lo guíe un terapeuta? ¿Qué ha hecho hasta ahora para resolver sus problemas?
4. **Contraindicación.** ¿Actualmente recibe terapia en otra parte el sujeto? En general, cuando se da el caso de que un paciente en crisis está recibiendo terapia desde antes, no es conveniente establecer un nuevo contrato terapéutico.
5. **Estructura de la personalidad.** ¿Podría perjudicar en alguna forma la relación terapéutica (que es directiva por naturaleza) al funcionamiento funcional del individuo?. Cuando un cliente recibe un tratamiento muy prolongado, existe el riesgo de que se le defina un "paciente" que necesita mucha ayuda de otros; esto produce actitudes negativas hacia sí mismo, que son resultado indeseable de la intervención. Crear dependencia en una persona que se precia de ser "fuerte" puede causar peores conflictos que aquellos por los que el cliente buscó ayuda.
6. **Problemas intrapsíquicos.** Quizás lo más característico de los clientes que resultan candidatos ideales para la terapia de crisis es que sus problemas son, en gran medida, intrapsíquicos, por lo cual su autoestima se encuentra muy deteriorada. En estos casos, es necesario enfocar los problemas desde una perspectiva psicodinámica y recurrir a tratamientos de índole introspectiva.
7. **Antecedentes de tratamiento.** Es importante explorar cualitativa y cuantitativamente las experiencias terapéuticas pasadas del cliente. Esta es una variable de utilidad para que el terapeuta decida si es recomendable la terapia de crisis. Si un sujeto tiene una larga historia de tratamientos fallidos, es probable que se trate de un "probador de doctores" que abandona la terapia cuando empieza a parecerle fatigosa, o un intelectual obsesivo que considera a la terapia como un fin en sí mismo y no como un medio para conseguir el cambio deseado. En estos casos, conviene que el terapeuta averigüe con cuidado qué se esperaba de dichos tratamientos, qué trataba de lograr el cliente, qué funcionó y qué no y por qué. En estas circunstancias, es bueno que el terapeuta determine si el problema actual es similar al anterior, qué factores beneficiaron entonces al sujeto, y qué recursos se aprovecharon para resolver la dificultad.
8. **Costo-beneficio.** El beneficio que se puede obtener al emplear el personal disponible para atender a este cliente en particular ¿justificará el costo? Es difícil contestar esto (e incluso que se lo pregunten a sí mismos los terapeutas). Existen pocos criterios bien definidos para juzgar qué es un

beneficio potencial. Lo habitual es que los escasos recursos disponibles sean la base para determinar el tratamiento a seguir. El terapeuta de crisis o el encargado de las entrevistas de ingreso tiene que reflexionar en esto antes de asignar personal a un caso específico.

Tomando en cuenta estos aspectos se puede distinguir mejor la problemática del sujeto, lográndose dar una mejor y rápida atención, lo cual es fundamental dentro de un servicio de orientación telefónica.

2.3.2 Intervención en crisis de segundo orden

La segunda intervención es la que se proporciona en días o semanas y/o meses siguientes al suceso, la intervención de terapia es proporcionado por un profesional en un periodo corto, mediano o largo según sea el caso. A está se le denomina intervención de segundo orden, o terapia de crisis.

La intervención en crisis de segundo orden, o terapia de crisis, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que tiene como objetivo la resolución de la crisis, esto es, consiste en ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de su vida, estableciendo mejores condiciones personales para enfrentar el futuro (Slaikeu, 1996).

Este proceso de traslaboración es un esfuerzo mucho más extensivo que los primeros auxilios psicológicos, y que requiere más tiempo y un nivel más alto de entrenamiento.

Slaikeu (1996) menciona que no todos los que experimentan una crisis vital necesitan de una terapia para resolverla. Muchos individuos traslaboran la crisis por sí mismos, al beneficiarse del consejo de amigos, las lecciones recordadas del pasado o de las estrategias de enfrentamiento aprendidas sin la ayuda de un terapeuta. Pero a muchos otros, de cualquier modo no les va muy bien, de ahí que se capta la atención de los profesionales para ayudar a resolver la crisis.

Este autor menciona también que este tipo de terapia en crisis requiere de mayor tiempo y más entrenamiento y habilidades del ayudante, que en tal caso será un psicoterapeuta. Su procedimiento es denominado "Terapia multimodal de la crisis" de Lazarus (1976, 1981, en Slaikeu, 1996), la cual se estructura en cinco tareas para la resolución de la crisis que inciden en las siguientes modalidades del CASIC (aspecto conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo) que involucran actividades del paciente y estrategias terapéuticas; la descripción de cada una es la siguiente:

1. Aspecto conductual

La indagación de este sistema se refiere a la actividad del paciente, en particular a las actividades del trabajo y otros patrones vitales importantes que incluyen el ejercicio, los patrones de dieta y sueño y el uso de drogas, alcohol y tabaco. Al valorar el funcionamiento conductual de un paciente, se da atención a los excesos y carencias, antecedentes y consecuencias de los comportamientos clave y las áreas de particular fortaleza y debilidad.

2. Aspecto afectivo

Incluyen un rango completo de los sentimientos que un individuo puede tener acerca de cualquiera de estos comportamientos, de un incidente traumático o de la vida en general. También se da atención a la valoración de la adecuación social, o a la competencia entre afecto y las distintas circunstancias de la vida.

3. Funcionamiento somático

Se refiere a todas las sensaciones corporales, como el tacto, oído, olfato, gusto y visión; así como información sobre el funcionamiento físico en general. En situación de crisis, los aspectos que son dignos de considerar son los problemas físicos (somáticos) que pudieran precipitarla.

4. Modalidad interpersonal

Incluye datos sobre la cantidad y calidad de relaciones sociales entre un paciente y su familia, amigos, vecinos y trabajadores. Se pone atención al número de contactos en cada una de estas categorías, y en la naturaleza de las relaciones, en particular el papel que juega el paciente con distintos allegados (como un igual, como un líder, pasivo/dependiente, etc..).

5. Modalidad cognitiva

Aquí se incluyen las imágenes o representaciones mentales con respecto a la vida, los recuerdos sobre el pasado y las aspiraciones para el futuro, así como las reflexiones no controladas de manera relativa, tales como sueños diurnos o nocturnos.

Entre otras características que se deben de tomar en cuenta a la hora de aplicar este tipo de intervención es la descrita por Weiner (1992) la cual se basa en cuatro objetivos básicos:

1. **Alivio de síntomas.** El alivio de síntomas es en sí misma una meta obligada. El término síntoma alude a cualquier malestar que induzca al sujeto a buscar tratamiento. Puede tratarse de alteraciones en la conducta de ejecución o de comunicación, o de estados de aflicción subjetiva.

2. **Restablecimiento del ajuste del individuo.** Este objetivo abarca tres metas. El alcance de las sesiones terapéuticas y las modificaciones planeadas dependerán de las perspectivas que se tengan. Estas tres metas son:

- a) Prevenir una mayor descompensación;
- b) Restablecer el nivel de ajuste que existía antes de la crisis; y
- c) Recuperar el nivel óptimo de funcionamiento.

La conveniencia de elegir la meta a) depende en gran medida de los objetivos que tiene el cliente cuando solicita la terapia de crisis, y de que tan dispuesto y franco se muestra en la intervención. La consecución de la meta b) o c) depende en gran parte de la habilidad del terapeuta, en particular para manejar la crisis como consecuencia de la forma inadecuada en que el cliente enfrenta las situaciones, y ayudarlo a adquirir una amplia variedad de mecanismos de adaptación adecuados.

3. **Descubrimiento de los factores precipitantes.** Al iniciar cualquier forma de terapia, por lo regular se encuentran factores precipitantes que precedieron e influyeron para que una persona decidiera solicitar ayuda. No obstante, éstos son aún más importantes cuando alguien está en crisis. Es imprescindible que el terapeuta descubra a la brevedad cuáles son los factores que desencadenaron la crisis, pues es aquí donde inicia la intervención en crisis. Estos factores siempre existen, aunque su forma y significado exacto no sean evidentes y estén disimulados.
4. **Determinación del origen de la crisis con base en experiencias pasadas y problemas presentes de la personalidad.** Cuando existen factores precipitantes obvios como la muerte de un familiar, guerras o desastres es fácil determinar las causas de la crisis, pero cuando no los hay es importante sondear los sucesos pasados que no fueron resueltos, pues el colapso psicológico puede sobrevenir después de algún tiempo de que se han acumulado los efectos de varios sucesos adversos.

Captan (1966, en S্লাikeu, 1996) por su parte propone para la intervención un modelo denominado enfrentamiento afectivo para crisis que consiste en siete características para su resolución:

1. Explorar el evento desencadenante de la crisis y la forma en como lo enfrenta el sujeto.
2. Permitir al sujeto la expresión sin reserva de sentimientos positivos, negativos, frustración, etcétera.
3. Brindar ayuda a corto plazo y largo plazo, así como buscar ayuda de otros.

4. Ayudar al individuo a abatir los problemas haciéndolos manejables y tratables, trabajando con cada uno de ellos.
5. Estar consciente de la fatiga y tendencias que propicien la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos por solucionar el conflicto.
6. Ayudar al sujeto a dominar sus sentimientos hasta donde sea posible, a que sea reflexivo y a que esté dispuesto a cambiar.
7. Hacer que el sujeto vuelva a confiar en sí mismo y en otros.

Slaikau (1996) menciona que la intervención en crisis también debe de tener en cuenta los siguientes elementos para que sea efectiva:

- ◆ Establecer rapport.
- ◆ Utilizar un tono de voz tranquila y suave que muestre interés en el otro.
- ◆ Utilizar el nombre del paciente, no tener miedo a preguntar, aclarar, ubicarlo en tiempo y espacio (aquí y ahora).
- ◆ Explorar fantasías ¿qué esperas a que suceda?. Analizando con ello lo ocurrido.
- ◆ Investigar cuáles son las necesidades de la persona: hablar, dialogar con otro.
- ◆ Proporcionar ayuda y comprensión de lo que sucede.
- ◆ Ayudar a la solución de crisis.

Otra forma de intervención es la que propone Malugani (1993) en tres pasos con orientación psicoanalítica para actuar con personas en estado de crisis:

1. Fase inicial

Identificar el síntoma principal (objetivo)
 Determinar la estructura del yo.
 Llevar una alianza terapéutica (cooperación)

2. Fase intermedia

Esta consiste en la movilización de las partes sanas del paciente, es decir, de sus energías latentes y de las potencias escondidas presentes en todo ser humano.

3. Fase final

Esta parte del tratamiento va ligada al resultado obtenido en el plano del yo y, por otro, al hecho de que el paciente haya logrado adquirir los medios psicológicos que le permitan afrontar por sí mismo su actuación alterada.

La meta consiste en ayudar al paciente a tal punto en el que ocurran cambios espontáneos que lo habiliten para continuar funcionando y para que logre por sí mismo los resultados deseables.

Para Feria y Rivera (1994) existe una ruta a seguir para dar atención en caso de crisis:

1. La ayuda en caso de crisis se enfocará en los detalles de la crisis y en su evolución y pronóstico subsecuente.
2. Se mantendrá el potencial durante toda la crisis para que haya crecimiento del individuo a través de un entrenamiento efectivo.
3. A las personas se les recibirá con una perspectiva ecológica en sus ambientes humanos y naturales, ya que estos pueden tener efectos de crisis sobre el individuo.

Algunos autores opinan que no todos los pacientes son tratables con la terapia de crisis. Golberg (1973, cit. en: Butcher, Stelmachers y Maudal, 1992) clasifica los siguientes tipos de diagnósticos como tratables con la terapia de crisis:

- a) Reacciones depresivas graves
- b) Estados de psicosis agudas;
- c) Estados de excitación hiperactiva;
- d) Reacciones agudas de ansiedad y pánico
- e) Reacciones agudas de histeria;
- f) Intoxicaciones de diversa índole;
- g) Manifestaciones graves de temor e histeria por violación;
- h) Ansiedad provocada por alguna separación;
- i) Piromanía;

Bellak y Small (1980) mencionan que cuando se trata de una reestructuración del carácter y de la personalidad extensiva la psicoterapia rápida no es el tratamiento que se elige, sino más bien una psicoterapia prolongada.

Wolberg (1965, en: Butcher y colaboradores, 1992) señalan que el tratamiento a corto plazo puede ser eficaz si se trata de:

- a) Pacientes cuyo colapso es reciente y cuya estructura y defensas de la personalidad les han permitido desenvolverse bien antes de la enfermedad.
- b) Si la meta es curar una alteración aguda en una personalidad crónica.
- c) Si el objetivo es reconstruir la personalidad en casos que no encuadran o que no pueden beneficiarse con la terapia a largo plazo.

Otro de los puntos para tomar en cuenta en la intervención en crisis: además de distinguir quienes son aptos para alguna intervención en crisis consiste en diferenciar entre la evaluación y el diagnóstico. El diagnóstico psiquiátrico formal no es particularmente útil en esta terapia y de hecho puede ser perjudicial, en el sentido de que influye para que el terapeuta busque y tome medidas contra una "patología crónica", y pase por alto los sucesos que provocaron la crisis y que pueden ser controlados. Pese a que muchas veces se piensa que una reacción de crisis, es producto de la personalidad. Existen testimonios derivados de estudios en los cuales se ha tratado de predecir el resultado de una situación de estrés con base únicamente en la personalidad que no apoyan esta idea (Aita, 1949; Bibring, 1961; Glass, 1956; Kaplan, 1968; cit. en Weiner, 1992).

Durante la intervención de crisis se debe, en la práctica, centrarse en el problema más que en el diagnóstico. Al señalar varios tipos de diagnóstico como los más apropiados para la terapia de crisis se pasa por alto un punto esencial: que la conveniencia de este tratamiento particular no depende del tipo de individuo sino de la situación. En este sentido, cualquier tipo de diagnóstico o de personalidad es idóneo para esta terapia, según lo que le suceda al sujeto en un momento determinado. Por tanto, es posible que una misma persona requiera una intervención de crisis, terapia de crisis, e incluso psicoterapia reconstructiva a largo plazo, en diferentes etapas de su vida. Sólo hay que tomar en cuenta que en la terapia de crisis el progreso depende más de la capacidad y motivación del sujeto para recobrar su nivel anterior de funcionamiento, que de su clasificación diagnóstica.

La evaluación también es otro de los aspectos importantes de tomar en cuenta en una intervención en crisis. Knobel (1987), se opone a que se inicie cualquier tipo de psicoterapia si antes no se han reunido todos los datos que se requieren para la evaluación. Aunque debido a la índole de la situación de crisis, a las limitaciones de tiempo y a la necesidad de que la intervención terapéutica se inicie cuanto antes, es imposible que el terapeuta realice una evaluación detallada que no forme parte del tratamiento mismo. Por lo que se sugiere que se tomen las siguientes medidas para realizar tanto la evaluación como la intervención alcanzando con ello ambos objetivos:

1. Establecer una relación con el paciente.
2. Reunir los datos necesarios para la evaluación que permitirá determinar el tratamiento conveniente.
3. Formular de manera tentativa el problema, e integrar el conflicto precipitante a la estructura de la personalidad. Esto implica elaborar una hipótesis funcional del precipitante y el consecuente peligro que representa para el individuo.
4. Ofrecer al cliente cierta perspectiva del problema, lo que incluye explicarle sus mecanismos de adaptación adecuados e inadecuados en relación con dicho problema.
5. Explorar nuevas formas de adaptación para que el sujeto enfrente la dificultad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Diseñar una estrategia para conseguir las metas acordadas y formular un contrato terapéutico si se juzga que es necesario un tratamiento de varias sesiones.
7. Ponerse de acuerdo para visitas futuras.

El seguimiento durante la intervención forma parte de la retroalimentación tanto del orientador como del usuario así que para la terapia breve este punto es muy adecuado para llevarse a cabo, ya que los contratos terapéuticos que se lleguen a formular pueden ser lo bastante concretos por el tipo de terapia como para que el terapeuta se asegure que se han seguido las estrategias de cambio conductual.

Weiner (1992) recalca que es fundamental hacer un cuidadoso seguimiento en el caso de individuos que han tratado de suicidarse. Aunque con el seguimiento no se previene el suicidio, se puede comunicar al cliente que su bienestar es importante y que existen opciones de tratamiento.

Aunque el seguimiento de pacientes individuales está muy ligado a la meta general de valorar lo logrado en el centro de crisis. La supuesta importancia que se da a la evaluación de los programas terapéuticos es tan irreal como la que se recibe el seguimiento; en la mayor parte de las instituciones los resultados dejan mucho que desear, ya que en muy pocas ocasiones se lleva un procedimiento formal que permita un análisis cuantitativo (Bloomfield y colaboradores, 1971, en Weiner, 1992).

2.3.3 Psicoterapias breves: modalidades de la intervención en crisis

Hoy en día la psicoterapia ha demostrado que, para ser eficaz y práctica (para buscar soluciones rápidas), no necesariamente tiene que ser larga, sino simplemente tiene que ser eficaz y directiva, que genere cambios y beneficios en un menor tiempo, para ello la psicoterapia breve se ha ido desarrollando poco a poco y ha tenido que ser aceptada por los terapeutas debido a las grandes necesidades que tiene la sociedad y a la funcionalidad que ésta ha tenido dentro del campo de la psicoterapia (Balin, 1985).

Entre los principales motivos que se tienen para dar psicoterapia breve están:

1. Existe un aumento en la demanda de servicios psicoterapéuticos por parte del público que no se ve compensada por un incremento comparable del personal especializado disponible, esta situación tiende a agravarse debido a que el público adquiere más y más conciencia de la accesibilidad y de la efectividad de la psicoterapia, existiendo la necesidad de crear programas gubernamentales que pretendan poner servicios al alcance de sectores numerosos de la población, y a la proliferación de los planes de seguros de asistencia mental.

2. Las terapias breves desempeñan un papel preventivo o limitador tanto para las situaciones menores como para las agudas y crónicas.
3. Las crisis y las tensiones propias de la vida de la mayoría producen una demanda urgente de intervención rápida.
4. La ineludible amenaza de catástrofes imprevisibles exige disponer de medios de asistencia rápidos y efectivos.
5. La psicoterapia breve es la única clase de tratamiento considerada efectiva por algunos profesionales.
6. Ciertos ambientes exigen la aplicación de psicoterapias breves, debido a que en ellos no es posible el contacto prolongado con el paciente
7. Diversas razones hacen que ciertas personas sólo sean capaces de aceptar la asistencia en un clima que se asocie con procedimientos breves y de emergencia, similares a los de clínica médica

Para Levenson (1997), la psicoterapia breve, a corto plazo o de tiempo limitado se está convirtiendo en la tendencia del futuro. Para ella, existen multitud de razones importantes que determinan esta evolución. Entre ellas está la de prevenir mayores desajustes en el individuo debido a que se puede dirigir prontamente hacia las soluciones.

Por todo, ahora las psicoterapias breves se pueden adaptar de forma ideal a la satisfacción de necesidades. A ellas se les puede confiar la mayor parte de la tarea de prevención primaria y secundaria, aunque también a la que corresponde a la prevención terciaria, o sea a la reducción al mínimo de la cronicidad.

Para Small (1997), la psicoterapia breve debe de interpretarse no como una negación del lugar y las funciones propias de los tratamientos más prolongados, sino como una nueva alternativa en la práctica privada que ha traído muchos beneficios.

Garner (1956, cit. en Gutiérrez, 1999) define a la terapia breve como un tratamiento en el que la extensión y la frecuencia de las entrevistas, así como la duración total de la intervención, tiene que ajustarse al mínimo necesario para conseguir metas más viables para quien las consulta.

Bellak y Small (1980) consideran que la terapia breve se enfoca al manejo de síntomas tratando de restablecer la situación psicodinámica del paciente en la medida de lo suficiente para que ésta se mantenga en funcionamiento y continúe el proceso de duración.

La psicoterapia breve integra un número amplio de formatos que varían en muchas de sus características básicas, aunque comparten un anclaje dinámico común, y la característica de la brevedad del tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Entre las características que posee toda terapia breve independientemente del modelo referencial están:

1. La resolución del problema que le preocupa al paciente.
2. El trabajo focalizado en el problema
3. Utilización de procedimientos terapéuticos caracterizados por su flexibilidad.
4. El desempeño de un rol activo por parte del terapeuta

El concepto de foco alude al centro principal del conflicto que, resuelto por acción directa y específica, deja de lado los aspectos de la personalidad resolviendo el problema. La terapia focal y la terapia breve son prácticamente expresiones sinónimas que se caracterizan por la actitud, la planificación y el "foco" (Farré y Hernández, 1992).

Haley (1996) observa que al concentrarse en los síntomas, el terapeuta obtiene mayor poder y la mejor oportunidad para generar cambios. Esto es, lo que más interesa al cliente es el problema presentado, cuando el terapeuta trabaja con esto, puede obtener una gran cooperación.

En general, se sostiene que el cambio se puede lograr con más facilidad si su meta es razonablemente pequeña y está claramente enunciada. Weaklean y Seagal (1974) señalan que cuanto el paciente ha experimentado un cambio pequeño pero definido en la naturaleza aparentemente monolítica del problema que es más real para él, esa experiencia conduce a más cambios autoinducidos en ese ámbito de la vida, y a menudo también en otros, es decir, se inician círculos benéficos.

Entre los antecedentes de las psicoterapias breves, se tiene que éstas se empiezan a desarrollar a partir de las primeras aplicaciones psicoterapéuticas en situaciones de emergencia llevadas a cabo por Lindemann en 1942, quien integra tanto los aportes teóricos psicoanalíticos de Ferenczi y Erikson como los de la teoría de las crisis de Caplan. Alexander y French por su parte, en 1946 impulsan el desarrollo de esta terapia, creando los primeros lineamientos de la terapia breve. Michale Balian y David Malan entre otros, también desarrollaron las formas de terapia de tiempo limitado basadas en los principios psicodinámicos. Estos esfuerzos aumentaron vertiginosamente durante las siguientes décadas, que también apreciaron el florecimiento de los métodos cognitivo-conductuales, los cuales junto con la psicoterapia psicodinámica, constituyen en la actualidad el grupo de terapias a corto plazo que hoy en día se aplican (Small, 1997).

Entre los diversos modelos de psicoterapia breve que se derivan del psicoanálisis está el de Bellak y Small (1980), llamado Psicoterapia Breve o de Emergencia. En este tipo de terapia objetivo principal es proporcionar alivio sintomático hasta un punto en que se pueda dejar al tiempo hacer el resto, esto es, proporcionar la ayuda para resolver el síntoma que en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ese momento afecta al paciente. Su formato es de cinco sesiones (número orientativo, y por tanto flexible) a razón de una por semana en principio.

Los elementos que identifican a la psicoterapia breve o de emergencia se describen de la siguiente forma:

1. Para la psicoterapia breve o de emergencia PBIU, los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar ansiedad, conflicto déficit, entre más limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones, mayor será el trastorno que exista de la personalidad y viceversa. El tratamiento es un intento por ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad, con los conflictos que existen entre ésta y los impulsos, así como las introyecciones defectuosas.
2. La PBIU se enfoca en lo que se ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprender y reaprenderse del modo más eficaz posible.
3. La PBIU se enfoca, y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible para las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes.
4. La psicoterapia experimentada, breve intensiva y de urgencia se realiza tomando en cuenta todas las defensas y posiciones psicológicas del Yo.
5. Se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta (uno debe comprender al paciente de la manera más completa posible, desde todos los puntos de mayor ventaja y después introducir las variables que logren una adaptación más eficaz).
6. Se establece un punto central para comprender en forma precisa por qué el paciente acude a consulta en ese día en especial, cuándo inició su problema, en su pasado inmediato, y cuándo y en qué forma parecida existió su problema en su historia personal anterior.
7. Se establece también un punto entre la causalidad o continuidad entre el presente y el pasado y las muchas conexiones teóricas de los sistemas en el presente, así como comprender la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente: con ello, se intenta establecer continuidad entre los síntomas o problemas de personalidad que se presentan y los conflictos o defectos que se tienen. Pues, para comprender la especificidad en que representa el síntoma, se tienen que entender todas las fuerzas más importantes que coadyuvaron a producir el síntoma particular.
8. La eficacia de la PBIU consiste en la aproximación enfocada y sistemática.

9. Los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del centro de atención inmediato de la terapia, ya que toda la estructura adaptativa del paciente puede cambiar favorablemente.
10. Las indicaciones para la PBIU son amplias, seleccionando el problema para tratamiento y no al paciente.

En este sentido, la psicoterapia breve o de emergencia PBIU puede utilizarse para la prevención primaria, secundaria tanto para la terciaria, en amplio rango de trastornos. Como en todas las situaciones agudas; es apropiada con cierta cantidad de tacto para alguien que acaba de sufrir la pérdida de un familiar cercano o ha estado en un grave accidente, aunque no es factible hacer demasiadas interpretaciones; pidiendo comentarios al respecto. Cierta comprensión, apoyo emocional y la promesa de ayuda futura, es lo adecuado al principio. Cuando las circunstancias lo permiten, se tiene que intentar ver la situación catastrófica en relación con la situación vital de la persona y el suceso que la provocó.

Otro modelo que existe dentro de la terapia breve es el modelo de Psicoterapia breve sistémica (escuela de Palo alto) la cual se basa en eliminar o aliviar el síntoma sin intentar la reconstrucción de la personalidad (De Shazer, 1991). Este enfoque nace hacia finales de los cincuenta y con ello se han desarrollado diversos tipos de psicoterapia breve, los primeros grupos de investigación en este campo fueron liderados por Gregory Betson y Donal Jackson quienes conformaron un modelo de estudio en las relaciones humanas, las características se basan en:

- El aquí y ahora
- Da gran importancia a las pautas de interacción
- Define al problema como una conducta presente, indeseada y que es persistente
- Subrayan que la solución del problema a contribuido mantenerlo de manera que la solución se convierte en problema.

Independientemente de los modelos existentes de terapia breve el objetivo básico común de todos consiste en llevar la situación terapéutica a un determinado síntoma. Teniéndose metas selectivas donde se debe tener coherencia y operatividad para la planificación de objetivos. Ya que al propiciar una centralización en la tarea o mejor dicho llevar una focalización del problema se puede hacer más efectiva la actividad terapéutica en función de las metas seleccionadas.

Para la elección por parte del terapeuta de una situación problema y del foco consiguiente para su abordaje preferencial en un tratamiento breve depende, entre otros factores, de sus criterios personales y experiencia previa.

Levenson (1997) comenta al respecto que los estudiantes, deben adquirir una base de conocimientos de los principios terapéuticos, siendo necesario que participen activamente en la difícil tarea de encarar la práctica terapéutica en todas las sesiones terapéuticas.

Para esto, el estudiante deberá aprender a manejar situaciones prácticas muy específicas que deberán ser presentadas y dirigidas en vivo. Pues, tanto el terapeuta como el paciente necesitan asirse a la idea de un abanico restringido para lograr la brevedad. El empleo de metodologías bastante explícitas para generar temas centrales es uno de los principales pilares de la técnica de formulación moderna de la psicoterapia breve.

Hasta aquí se ha visto la importancia de la psicoterapia breve en la actualidad y su funcionalidad en la prevención de muchos desajustes emocionales: Sin duda su desarrollo ha sido lento pero positivo, aunque es necesario recalcar que a pesar de la importancia de la psicoterapia breve, la formación ha sido mucho menos investigada y comprendida que las técnicas de terapia breve. Los esfuerzos por enseñar terapia breve como forma de psicoterapia han sido bastante escasos. Y debido a que cada vez más existen centros de asistencia tanto pública como privada que dan servicio a la población basados en la terapia breve, existe una gran necesidad de una mejor preparación de los profesionales.

En resumen, en este capítulo se describió el concepto de crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad para abordar situaciones particulares. Las crisis pueden desembocar en crecimiento o en deterioro dependiendo de la severidad del suceso precipitante y de los recursos personales con lo que cuenta el individuo.

Sobre la base de este concepto se describieron las características que conforman y que permiten identificar a un estado de crisis, como: Los sucesos precipitantes, el tiempo, la intensidad, la duración, la secuencia y el grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo, el significado tiene del suceso y los sentimientos que acarrea (cansancio y agotamiento, sentimientos de desamparo, sentimientos de confusión, síntomas físicos, ansiedad, insomnio, y desorganización en el funcionamiento de la vida en ámbito laboral, familiar y social.

El concepto de crisis es analizado sobre la base de cuatro teorías que explican desde diferentes puntos de vista a las crisis del ser humano, entre ellas están, la de Charles Darwin quien habla sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente, la de Rogers y Maslow (1964, en Slaikou, 1996), quienes enfocan a las crisis de ser humano como el momento decisivo para la autorrealización y el enriquecimiento de experiencias, la de Erickson en 1963, con las ocho etapas del desarrollo, y el reto de cada una de ellas; y finalmente, se menciona a la teoría de la crisis, la cual explica a las crisis del ser humano por medio de datos empíricos.

Partiendo de estos datos, se hace énfasis en las diversas técnicas que existen dentro de la psicología para poder ayudar a las personas que pasan por un momento decisivo y crítico en su vida, entre ellas se mencionan a las técnicas de intervención en crisis, las cuales son nada más que un proceso que se aplica en el momento de ocurrencia de una crisis o después de que se halla presentado.

Existen dos tipos de intervención dependiendo del momento de la crisis, la intervención de crisis de primero orden o primeros auxilios la cual puede ser aplicada por cualquier persona y sirve para salvar la vida de las personas que se encuentran en un estado

de desorganización y la intervención en crisis de segundo orden, la cual es aplicada por personas especializadas, y puede ser llevada por más tiempo dependiendo del problema y se enfoca básicamente al síntoma.

Así también se menciona la importancia del diagnóstico y del seguimiento dentro de la intervención en crisis mostrando de antemano las consideraciones que se deben hacer antes y después de efectuar una intervención de esta índole.

Finalmente, se describen los elementos que tienen las terapias breves, las cuales hoy en día dentro de la psicoterapia han demostrado ser una herramienta eficaz y práctica para buscar soluciones rápidas. Si bien, se menciona que este tipo de intervención requiere de personas capacitadas debido a la rapidez y directividad que se requiere tener en la terapia, por lo que se hace un énfasis en las características de la terapia breve mostrando de alguna manera los elementos que un orientador necesita para aplicarla.

CAPITULO 3

LA ORIENTACION PSICOLOGICA POR TELEFONO

*Dad palabras al dolor, la pena que no habla
murmura en el fondo del corazón, y lo invita a romperse.*
-Machetti

3.1 Importancia de la orientación por teléfono

La psicología hoy en día ha tenido diversas transformaciones gracias a las condiciones en que se desenvuelve la sociedad. Actualmente la demanda en el campo de la salud mental ha aumentado considerablemente debido a muchos factores como: el aumento de la población, el aumento de desastres naturales, los desajustes económicos, el desempleo y la inseguridad pública, etc. Este tipo de situaciones entre otras, ha llevado al hombre a tener que adaptarse rápidamente al medio que lo rodea, lo cual muchas veces es imposible debido a la velocidad en que ocurren estos cambios. A consecuencia de todo esto, se desarrollan altos niveles de estrés y frustración que desajustan de forma grave la calidad de vida del ser humano.

Para el campo de la psicología el tiempo es un factor muy importante pues en la vida del hombre donde todo corre a grandes velocidades, se demandan servicios que atiendan de forma inmediata a sus necesidades emocionales. Actualmente con la implementación del teléfono dentro del campo de la psicoterapia, las demandas de apoyo y orientación psicológica pueden ser satisfechas en gran medida.

La orientación por teléfono dentro de la psicoterapia ha venido conformándose como una nueva herramienta debido a sus múltiples características y beneficios. Durante la década de los noventa proliferó de manera importante la creación de múltiples servicios que proporcionan vía telefónica información, orientación y ayuda en diversas áreas de atención a la población. Actualmente el teléfono es considerado como una de las herramientas más importantes y valiosas que facilitan la atención directa, adecuada y accesible para los individuos que requieren de una intervención específica, surgiendo como una alternativa nueva en comparación con los servicios cara a cara, obediendo a la necesidad de prestar soporte o ayuda en condiciones especiales.

"...El teléfono... cuenta con una serie de ventajas que lo convierten en un medio propicio para la ayuda a los demás; es por ejemplo, un medio de fácil acceso que acorta distancias y que reduce los problemas de tiempo. Es además, un medio que, a través de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

voz, pone en contacto a dos personas, en donde una de ellas puede convertirse en un acompañante de la otra, aliviando sus tensiones y reduciendo sus sentimientos de angustia y soledad..." (Bautista, 1994, p.77).

Los servicios de orientación psicológica por teléfono, se basan en el modelo de intervención en crisis y la característica más distintiva de la consejería telefónica es que la ayuda que se ofrece a una persona tiene lugar sin el beneficio de los indicios no verbales, de lo hablado entre el operador de la línea y el usuario (contenido) y de la forma en qué lo dicen (tono o intención) (Slaikeu, 1996).

Para Lester (1977, en Slaikeu, 1996) entre los mayores beneficios que tiene el uso del teléfono dentro la orientación psicológica están:

✓ **Mayor control del paciente al contacto por teléfono.** En la orientación cara a cara, el horario, lugar y duración del contacto ya está asignada y el terapeuta da pie a la terminación del mismo. En la orientación por teléfono se equilibra este diferencial de fuerzas, y se le da más peso al paciente. Éste no sólo comienza la interacción terapéutica o de ayuda, sino que también es libre de terminar con ella en cualquier momento.

✓ **Protección de la identidad.** La posibilidad de proteger la identidad facilita una mayor revelación de sí mismo y apertura por parte de muchos de los que llaman.

✓ **Anonimato del orientador.** Los orientadores también son anónimos, un hecho que facilita la transferencia positiva. Al estar ausentes las señales visuales, existe una mayor oportunidad para el orientador en cuanto a cumplir con la fantasía de quien llama con respecto a cuál sería el orientador ideal, lo que no ocurre en la situación cara a cara.

✓ **Reducción de la dependencia hacia el orientador.** La orientación por teléfono reduce la dependencia de alguien que llama con respecto a un orientador individual, y la transfiere al servicio clínico o de orientación. La mayoría de quienes llaman reciben la petición de dar sólo su nombre de pila, y con ello se desestimula la dependencia de un solo orientador.

✓ **Accesibilidad y costo.** La orientación por teléfono es única en su accesibilidad. La mayoría de las personas tienen un teléfono (o el acceso expedito a alguno) y el costo de su uso es bajo. La accesibilidad es determinante para los pacientes en crisis, especialmente para aquellos que son suicidas u homicidas, y para aquellos que están incapacitados para abandonar sus hogares (los ancianos o quienes están físicamente discapacitados).

✓ **Disponibilidad del servicio.** Si tomamos en cuenta que los servicios tradicionales de psicoterapia están comprendidos dentro de un horario

establecido, en la orientación por teléfono el servicio está disponible en cualquier momento, en el día o la noche. La mayoría de los servicios de esta índole están abiertos las 24 horas del día, todo el año, lo cual significa que la asistencia está disponible, con el mínimo absoluto de tiempo de espera.

Además de los beneficios que tiene el uso del teléfono en la psicoterapia, existe un factor muy importante que determina su funcionalidad, que es el de la prevención, ya que por medio de esta herramienta, la gente tiene más posibilidad de acceder de forma rápida a un servicio psicológico, evitándose así mayores consecuencias.

"...La atención telefónica puede prestar una protección temporal, quizá hasta vital tal como ocurre con intentos suicidas, en otras circunstancias puede impedir que crisis emocionales alcancen características graves o crónicas..." (Rodríguez. 1995, p. 3).

La investigación sobre estos servicios de salud permite obtener datos de los tipos de usuarios y las características de la consulta que presentan, y ha demostrado que los servicios de orientación telefónica son altamente eficaces para la resolución de problemas, especialmente cuando se trata de casos sobre suicidio, problemas relacionados con la mujer y de maltrato a niños (Ocaña, 1997).

Knickerbocker (1973, en Cortés, 1997), realizó un estudio en el que examinó el nivel de ansiedad y depresión de quien hace la llamada telefónica durante los primeros y últimos 30 segundos, encontrando una reducción de los estados emocionales negativos del paciente, relacionado con la calidad de la conversación establecida con el trabajador del centro de emergencias.

La demanda y funcionalidad de los servicios de orientación psicológica por teléfono hasta ahora ha tenido resultados satisfactorios. Sus elementos y la forma de organización tienen mucho que ver, según varios autores hay algunas características que permiten identificar a un servicio de intervención psicológica por teléfono (Bleach y Cliabon, 1974; Delworth y otros, 1972; Haywood y Leuthe, 1980; McCord y Packwood, 1973; McGee, 1974; Motto, 1979; cit. en Slaikcu, 1996).

1. La implementación de una o varias líneas telefónicas, la mayoría de este tipo de centros tiene varias de ellas, anunciadas por lo regular bajo diferentes nombres en las columnas de los anuncios clasificados de los periódicos y el directorio telefónico. Aunque se insiste que también debe de existir una línea independiente para gestiones que no sean de emergencia sino que se utilice generalmente para llamar a los voluntarios, a otras instituciones, o a unidades de rescate.
2. Se requiere de personal profesional o voluntario, para trabajar en los teléfonos.
3. Se requiere llevar una supervisión adecuada de los casos que se llevan en la intervención y la aportación de datos para la investigación.

4. Se hace necesaria la conservación de los registros para permitir la contabilidad de la institución (con el número y tipo de llamadas durante cada mes) para facilitar la planeación durante los periodos de trabajo más intenso, y como ayuda para mejorar los servicios para los usuarios que repiten la utilización del servicio.
5. Es importante tener asociación en red con otras instituciones comunitarias para facilitar la canalización de los usuarios en línea.
6. Se enfatiza llevar seguimientos para saber el beneficio de la terapia o el requerimiento de otro tipo de tratamiento e intervención.

En cuanto a la forma en que se traslada la orientación psicológica por teléfono a la práctica depende de los objetivos que tenga cada institución, de su programa, de su amplitud, marco normativo y conceptual, misión, instalaciones destinadas al mismo; personal asignado, a quienes estará dirigido los programas, y el apoyo económico que se dispone para la organización de un centro o clínica de intervención en crisis.

Weiner (1992) menciona por su parte que es importante tener en cuenta el tipo de programa que se lleva a cabo dentro de una institución de intervención en crisis, puesto que es importante que incluya una gran variedad de situaciones problemáticas, desde las muy urgentes y que ponen en peligro la vida, hasta las que se pueden ser atendidas el día siguiente en el horario normal. Ya que no es correcto considerar que algunos de estos casos que no son urgentes sean un caso erróneo o abusivo de los servicios de crisis sólo porque no se apegan a la definición teórica de crisis, ya que gran parte del programa está diseñado para tales casos "inesperados". Puesto que el único concepto unificador que distingue a los servicios de crisis es que no están programados.

En lo particular la mayoría de los programas de crisis incluyen varios servicios, ya sea que se proporcionen dentro de la organización, o en diversas instituciones de la comunidad como parte de otros programas. No obstante, el personal de un centro de crisis relativamente importante debe de estar preparado para todo tipo de crisis. De no ser así, en especial en las ciudades donde existen muchas instituciones de crisis, puede suceder que los clientes sean referidos de un lugar a otro en vez de darles tratamiento apropiado.

La elección del personal que ofrece intervención en crisis por teléfono en la mayoría de veces depende tanto de factores administrativos como del presupuesto disponible o preferencias del director del programa. Por lo regular, la mayor parte del personal se desempeña casi siempre como trabajadores genéricos de salud mental, y nadie ha podido demostrar aún que tipo de personal o determinada disciplina profesional sea mejor que otra. lo cierto es que es necesario que al menos parte del personal tenga conocimientos profesionales de salud mental y experiencia en psicoterapia, porque aún un título en trabajo social o en psicología clínica no bastan para garantizar la capacidad para dirigir intervenciones en crisis y tratamientos de crisis conductuales (Weiner, 1992).

De cierta manera, el personal de los programas de crisis no sólo debe de conocer a fondo la teoría, los principios y técnicas generales de crisis, sino, además las características

y necesidades particulares de diversas poblaciones objetivo, como son las de sujetos homicidas o violentos, personas cuya peligrosidad potencial es considerable, individuos con ideas suicidas, víctimas de delito y desastres naturales, pacientes desahuciados, afligidos o que han perdido a un ser querido, clientes cuya crisis se deriva de alcoholismo o la farmacodependencia, y muchas otras más. Por ello es importante que, para dar atención en este tipo de clínicas o centros conviene disponer de personas que posean entre ellas de una amplia variedad de niveles para atender la diversidad igualmente extensa de los problemas que presentan los pacientes. Ya que como menciona Weiner (1992) en diferentes momentos el personal debe ofrecer seguridad y apoyo, información, mediación, condescendencia, oportunidades de desahogo, participación activa al escuchar e incluso amistad temporal, así como una terapia de crisis rigurosa en cuanto a su técnica. Por ello, para obtener mayores resultados (y la mayor costeabilidad), el nivel y tipo de intervención deben corresponder al nivel y la clase de adiestramiento del personal.

3. 2 Perfil del psicólogo en la intervención en crisis por teléfono

La importancia de tomar en cuenta la preparación y /o capacitación del personal de intervención en crisis ante un servicio telefónico consiste en la urgencia con la que se deben atender ciertos problemas que se presentan en la vida real, y la incapacidad de un individuo para actuar ante ellos. Una situación de crisis es aquella en que es inminente algún suceso infortunado y de desorganización, por lo que es importante actuar con rapidez y eficiencia. Una intervención cuyo objetivo sea aliviar la crisis, o mejor aún, ayudar a la persona para que pueda proceder con decisión, evitará otras o quizás más graves consecuencias.

Las líneas telefónicas gratuitas en las que se brinda orientación psicológica y ayuda para superar conflictos constituyen no sólo una novedosa práctica solidaria sino que también se convierten en espacios imprescindibles para contener a las personas con problemas psicosociales y suplir así la limitada eficiencia de los servicios públicos.

Quien responda al teléfono y suene como una desconocida voz amiga cuando alguien llama porque está triste o deprimido, a cualquier hora del día o de la noche, es un signo alentador. Si además tiene el oído entrenado y la preparación necesaria para contener la angustia de alguien que tuvo el valor de pedir ayuda, aunque sea para recibirla vía telefónica, el propósito está cumplido: se trata de brindar escucha profesional y orientación sobre los criterios elementales de resolución de un conflicto a quienes atraviesan una crisis emocional.

En un centro para casos de crisis, la gente que acude a la entrevista inicial se encuentra muy confundida emocionalmente porque después de probar "todos los demás recursos posibles" ha fracasado. Por lo regular está desesperada y necesita que alguien le ayude a encontrar una solución. Llega con ideas preconcebidas sobre la labor del terapeuta de crisis, o se halla tan preocupado por la situación que casi se sorprende al percatarse de que está tratando su vida privada con un extraño.

Bellak y Small (1965, en Weiner, 1992) señalan que, la intervención en crisis debe efectuarse en el periodo más corto posible, por lo que puede ser conducida por personal improvisado. Pero debido a la rapidez de acción que se requiere y al tiempo tan limitado con que se cuenta, la terapia de crisis debe estar a cargo de un terapeuta preparado, capaz y directivo.

Actualmente en los centros para crisis se ha venido integrando personal profesional del área de psicología para ejercer el rol de terapeuta en crisis, en nuestro país la implementación de servicios de atención para crisis es nuevo, y se ha venido ampliando de diversas formas para dar atención tanto a problemas específicos como generales, creándose de esta manera nuevas necesidades para la preparación del terapeuta en crisis.

Al respecto, Calderón y Meléndez (1993) mencionan que es necesario establecer un perfil del terapeuta que conozca y maneje los modelos terapéuticos empleados en situaciones de emergencia y crisis, con la finalidad de seleccionar psicólogos que manifiesten tener aptitudes y actitudes hacia este tipo de experiencia clínica.

Marquez (1993), por su parte señala, que el psicólogo en su ejercicio profesional debe de tener objetivos claros tanto del sistema como de su plan de intervención; mostrando un compromiso real con el paciente y sobretodo con el papel que está desempeñando; su rol debe de ser activo, aún en conductas que requieren una actitud pasiva (escuchando); éste debe de tener habilidades para obtener y dar la retroalimentación en el momento mismo y final de la entrevista.

Para Knobel (1987) debe existir por parte del terapeuta una verdadera disposición o disponibilidad interna terapéutica, que no se puede desarrollar si no existe un verdadero "eros terapéutico". De la misma forma, el terapeuta debe de tener conciencia del principio de realidad de su tarea para poder ayudar realmente a la persona que por sus conflictos lo busca. El poderse identificar con quien lo consulta y al mismo tiempo, observar lo más objetivamente posible su propia conducta y la de su paciente, benefician en mucho el trabajo del psicólogo.

Whitehorn y Betz (1962, en Cortés, 1997) consideran que el terapeuta que tiene más éxito es aquel que es capaz de captar el significado de las comunicaciones verbales de los pacientes, así como de sus motivaciones internas y tienden a encauzar sus esfuerzos para ayudar a que las personas logren patrones de ajuste mejores, mostrándose más expresivos con sus pacientes.

A este tipo de terapeuta por lo regular se le han adjudicado y exigido características como las siguientes: empatía, respeto, experiencia, credibilidad, compromiso, cordialidad, estatus, creatividad, conductas de sociabilidad, que sepa diseñar y evaluar programas de intervención, que muestren habilidades para saber escuchar y observar, así como que sea persuasivo y sistemático.

Contrariamente, los que más fracasos han tenido son aquellos que se muestran inclinados a concentrarse en la naturaleza de la psicopatología y en los síntomas presentes

del paciente, mostrando un comportamiento pasivo e interpretando los significados de las conductas de las personas.

Aunándoles el hecho de mostrar excesiva preocupación, hacer exclamaciones de sorpresa, criticar al paciente, hacer promesas falsas, agobiarlo con dificultades personales, discutir con aquel sobre asuntos políticos o religiosos, rechazarlo, manifestar intolerancia e impaciencia, interrumpir inadecuadamente, tomar notas de manera excesiva y manipular objetos deliberadamente.

Para Guy (1995), el psicólogo debe de estar familiarizado y sentirse cómodo ante una amplia gama de emociones humanas, tanto las propias como también las de los demás. Ya que cuando se está consciente de las propias emociones, un individuo es más capaz de establecer libremente con los demás una relación interactiva y recíproca, como requiere la práctica psicoterapéutica.

Weiner (1992) menciona que en muchos centros para casos de crisis los profesionales pueden ofrecer buenos servicios como interventores en casos de crisis, siempre y cuando demuestren que tienen o pueden adquirir las habilidades que requiera la situación. A continuación se sintetizan los requisitos que se consideran esenciales para esta labor:

1. El terapeuta de crisis debe de contar con la capacidad de empatía que le permita comprender los problemas del paciente tal como éste los experimenta.
2. El terapeuta de crisis debe mostrarse humanitario e interesado por el conflicto que éste experimenta, pero a la vez proceder sin perder un segundo para reunir la información que necesita.
3. El terapeuta debe de tener una conducta comprometida y objetiva cuando interviene en la situación de tratamiento, ya que esto permite percatarse de las distintas resoluciones que hay que tomar sin que interfieran la ineficiencia e inactividad que invaden al cliente.
4. El terapeuta debe ser capaz de escuchar con atención y de manera selectiva para detectar lo que tiene relación con el problema que se trate, y lograr que los individuos renuentes o que se expresan con dificultad debido a su estado emocional le proporcionen la información que necesita.
5. El terapeuta debe estar al mando en todo momento, es decir, tiene que tener una actuación activa; por tanto, es imprescindible que tenga experiencias y haya adquirido habilidad para captar con rapidez las dificultades, determinar la dinámica que las encierran y poner en práctica medidas acertadas. Una síntesis que contenga una serie de hechos esenciales y algunas observaciones permite que el cliente integre los elementos que el terapeuta juzga importantes, y corrija o añada datos para que éste tenga una idea precisa de la situación.

6. El terapeuta debe de proporcionar información veraz cuando se presenten casos donde la gente tenga información tergiversada. Aquí el terapeuta no debe de ser un experto, pero si tiene que tener la información necesaria y veraz.
7. El terapeuta tiene que ser directo y firme cuidando la proporción de comentarios que hace al paciente en comparación con los suyos. Hay que evitar comentarios superfluos y las interpretaciones que no vienen al caso; es mejor quedarse callado que hacer observaciones poco pertinentes y preguntas inútiles.
8. El terapeuta debe de tener la habilidad de fijar límites. En ocasiones no basta que el terapeuta se muestre comprensivo y reflexivo cuando organiza u orienta al sujeto. La conducta destructiva, amenazas de suicidios o homicidios, de individuos psicóticos, tienden a sobrepasar límites. Por lo que el terapeuta necesita establecer reglas explícitas para detener dichas conductas inadaptadas.
9. El terapeuta en crisis debe tener la habilidad para manejar las técnicas catárticas las cuales influyen mucho para generar el cambio de conducta deseado. El terapeuta debe de fomentar la expresión de emociones con libertad logrando que el cliente "experimente sus emociones, las examine, se "compentetre" con ellas y las sienta en su totalidad.
10. El terapeuta de crisis debe ser flexible e intuitivo en relación con las funciones que tenga que desempeñar para lograr reorientar como es debido al paciente en sus aspectos cognositivo y conductual. Es decir, que según las exigencias de cada situación, sepa cuándo tiene que ofrecer apoyo o confrontar, ser amistoso o antagonico, aceptar o rechazar las ideas del cliente, y así sucesivamente.
11. El personal de los programas de crisis no sólo debe de reconocer a fondo la teoría, los principios y técnicas generales de crisis, sino además, las características y necesidades particulares de diversas poblaciones objetivo, como son las de sujetos homicidas o violentos y personas cuya peligrosidad potencial es considerable.
12. El terapeuta debe tener experiencia para evaluar los problemas, conflictos, cualidades y recursos del sujeto en el marco de la situación de crisis en que éste se encuentra. Este requisito es el más importante pero el que menos se cumple. A la mitad de la entrevista, o incluso antes, el especialista en crisis ya debe de haber formulado (aunque sea en forma tentativa) el problema, con lo cual pueda decidir si el cliente necesita una intervención inmediata o una terapia de crisis. Debe poder valorar aspectos tales como nivel de funcionamiento premórbido, estado mental, probabilidades de suicidio y motivación para el cambio. Si bien no se requiere que sea un diagnosticador psiquiátrico especializado, debe saber bastante sobre el significado clínico de las principales conductas o síntomas.
13. El terapeuta de crisis debe estar al día o con una base de datos a la mano en lo que respecta a los servicios disponibles en la comunidad, ya que estos representan opciones para referir a los clientes. Además deben conocer las diversas disposiciones

administrativas y legales relacionadas con los casos que se pueden representar (por ejemplo requisitos categóricos para proporcionar la ayuda, legislación sobre maltrato de menores de edad, ordenamientos sobre reclusión por enfermedad mental, y derechos de emancipación).

14. Es recomendable que el terapeuta de crisis pertenezca al grupo subcultural o contracultural de quienes recurren a determinado centro.

Gómez del Campo (1994) señala ciertas habilidades y actitudes que el terapeuta debe de tomar en cuenta para proporcionar apoyo de emergencia a una persona en crisis:

- a. Actitud positiva incondicional, lo cual involucra una aceptación cálida y genuina de cada aspecto de la experiencia de la persona.
- b. Congruencia, correspondencia entre lo que la persona piensa, siente y hace. "ser uno mismo".
- c. Empatía, esto es, comprender la experiencia del otro desde su propia visión del mundo.
- d. Confrontación, comunicar al otro las discrepancias que se observan entre lo que piensa y lo que dice; entre lo que se siente y lo que dice; entre lo que dice y lo que hace; entre sus palabras y su lenguaje corporal; entre su autoimagen y la forma en que los demás lo ven y entre la vida que lleva y la que se quiere llevar. Esta comunicación debe de hacerse una vez que se ha establecido un nivel profundo de empatía.
- e. Asertividad, capacidad para autoafirmarse y defender los propios derechos sin agredir a los demás; pues es una habilidad que ejercitará y modelará en su interacción con la persona que requiere el apoyo.
- f. Habilidades para facilitar la solución de problemas, conocimiento y aplicación de técnicas que permitan la definición del problema en términos de necesidades, la búsqueda de soluciones, la evaluación de cada opción, establecer un plan de acción, la ejecución del plan, la evaluación del proceso de solución de problemas.
- g. Habilidades para la entrevista clínica y técnicas de evaluación psicológica sencillas y rápidas de aplicar y calificar.
- h. Habilidades para la investigación evaluativa, que el profesional conceptualice su práctica como un proceso de investigación y evaluación, y organice y sistematice su información.

- i. Manejo de diversas técnicas gestálticas, ya que son útiles en el trabajo directo de las emociones de las personas y para el cierre de asuntos inconclusos, como procesos de duelo. Ejemplos de las técnicas son: la inducción del afecto, el uso de la silla vacía, la fantasía dirigida o autodirigida, etcétera.
- j. Conocimiento y aplicación de otros recursos técnicos que enriquezcan su desempeño profesional y puedan emplearse con efectos positivos en el enfrentamiento de las crisis, tales como: la bioretroalimentación, la hipnosis, la biblioterapia, el control del dolor, la desensibilización sistemática, la inhaloterapia, la meditación y las derivadas de otras disciplinas.

Con estas características en cuanto al campo de intervención en crisis se refiere, el psicólogo se ve obligado a llevar una preparación más exhaustiva tanto teórica como práctica para poder dominar de forma eficaz y rápida las técnicas y los procedimientos que se llevan a cabo en una institución que ofrece sus servicios de atención, apoyo e información a todas aquellas personas que se encuentren ante un problema emocional.

Para Kleinke (1994) una buena forma de perfeccionar las competencias psicoterapéuticas consiste en primer lugar, en estar conscientes de los errores comunes de las intervenciones, para ello el autor hace una descripción de los errores que deben de ser considerados por el terapeuta a cargo de una intervención en crisis:

1. *Desear ser apreciado por el cliente.* A los terapeutas novatos a menudo les preocupa el hecho de que las sesiones de la terapia pueden ser incómodas y generar sentimientos de ira, tristeza, ansiedad y hostilidad de los clientes. Es importante abordar con los clientes los sentimientos de una manera terapéutica y sin personalizar los mismos.
2. *Ser pillado en intelectualizaciones.* Esto es especialmente difícil de evitar con los clientes que tienen un estilo intelectualizante. El terapeuta debe de intentar alterar el enfoque hacia los sentimientos y experiencias del cliente, especialmente en el aquí y el ahora.
3. *Embarcarse en comportamientos inadecuados.* Divagar, reírse nerviosamente y las revelaciones personales no suelen ser por lo general apropiadas en una sesión de terapia.
4. *Pretender curar prematuramente al cliente.* A menudo los terapeutas novatos se sienten presionados por la necesidad de hacer algo por el cliente. Los terapeutas deben evitar la tentación de empujar al cliente hacia "la curación" antes de comprender por completo su problema y evaluar su capacidad y motivación para el cambio.

5. *Centrarse en otras personas distintas al cliente.* A veces los clientes señalan que sus problemas son debidos a otras personas en sus vidas. Cuando esto ocurre, el terapeuta debe volver a centrar la atención sobre el cliente.
6. *Hacer demasiadas preguntas.* Los terapeutas novatos a menudo caen en la trampa de hacer demasiadas preguntas porque no han aprendido a utilizar las competencias verbales.
7. *Mantenerse en aspectos superficiales.* Los terapeutas necesitan encontrar el equilibrio entre empujar a los clientes hacia niveles más profundos de experiencia y sentimiento por un lado, y respetar sus vulnerabilidades, por otro. Los terapeutas deben estar dispuestos a asumir riesgos. Son precisamente los aspectos sensibles del cliente que hay que abordar en terapia.
8. *Dificultad para tratar aspectos relacionados con la contratrasferencia.* Una competencia fundamental es reconocer los sentimientos personales hacia el cliente sin exhibirlos en la sesión de terapia.
9. *Evitar o no permitir el tiempo suficiente para terminar.* La terminación es una parte esencial de la terapia y necesita ser planificada por los terapeutas y los clientes.

Con todos estos puntos se tiene que, los psicólogos que se entrenan para la intervención en crisis por teléfono deben de contar con el objetivo de disminuir lo máximo posible las consecuencias negativas de un suceso inesperado. Para ello el psicólogo debe de contar con una serie de técnicas específicas que le permitan trabajar en diversos casos de crisis de forma breve y eficaz.

Ya que para que las intervenciones sean efectivas es necesario evaluar primeramente las necesidades y los recursos con los que se cuenta, haciendo un mapeo de las condiciones presentes e implementando un tratamiento que tenga varios objetivos, entre ellos, la de restablecer el funcionamiento psíquico, reducir el estrés e introducir certidumbre frente al caos y la desorganización. Orillando en su mayor parte a que la persona pueda recobrar su nivel de actuación anterior a la crisis, creando las condiciones para que tengan lugar los cambios que favorezcan la absorción del impacto.

En la intervención en crisis el procedimiento que teóricamente se debe de seguir consiste en hacer todas las preguntas pertinentes hasta conocer a fondo la situación y comprender sus motivaciones. Una forma de lograrlo es investigando principalmente lo que provoca la mayor angustia o ansiedad, si existe depresión y el posible manejo de duelos; que es lo que pudiera generar el mayor sentimiento de culpa y, el nivel de tolerancia a la frustración del individuo (Weiner, 1992).

Las presiones de tiempo y la urgencia de la situación no son motivo suficiente para ignorar las normas que deben seguirse para que una entrevista clínica resulte satisfactoria. El terapeuta debe de ser prudente y permitir que sea el cliente quien proporcione los antecedentes psicológicos y no él.

Por otra parte, es importante mencionar que en los servicios de atención psicológica por teléfono uno de los factores a considerarse en todo momento durante la intervención por teléfono es indiscutiblemente la voz, ya que será el único medio por el cual se dirigirá la intervención. La voz es un elemento importante para lograr los objetivos de este componente, para que el paciente se sienta comprendido, aceptado, o para que un aire de calma comience a reemplazar a la agitación y al estado de confusión del estado de crisis, el orientador en su tono de voz necesita ser tranquilizante o calmante. Una recomendación es que los que se entrenan para la orientación por teléfono escuchen las grabaciones de sus propias voces, recibiendo retroalimentación de otros entrenandos sobre el impacto del tono de voz, la velocidad y los aspectos semejantes cuando hablan con un usuario en crisis. En lugar de dejarse atrapar por la angustia de un ciudadano que llama (que con frecuencia se refleja en un nivel alto de voz y una velocidad rápida en la conversación), los entrenandos deben de aprender a contestar con un habla atenta, calmada y controlada (Kleinke, 1994).

Además deberá ponerse atención al diferente papel desempeñado por el silencio en la orientación por teléfono, por oposición a lo que ocurre en las controversias cara a cara. Puesto que, sin las señales no verbales como los gestos faciales y el movimiento corporal sobre una silla, por ejemplo, el silencio por teléfono es mucho más ambiguo tanto para el orientador como para el que llama (Blumenthal y otros, 1976; en Slaikau, 1996).

Kleinke (1994) menciona que para el dominio de las competencias verbales es importante que los terapeutas se integren lo mas prontamente posible a la práctica. Estas competencias parecen aprenderse más fácilmente cuando se anima a los estudiantes a estudiarlas, ensayarlas mentalmente y a practicarlas después en entrevistas simuladas. Tras la práctica, éstas competencias llegan a hacerse tan automáticas, que los terapeutas experimentados apenas se darán cuenta que ya las están utilizando.

Durante la constante intervención clínica, es de esperar que los terapeutas desarrollen constantemente una imagen objetiva de sus competencias clínicas durante la intervención y después de ella. El participar en la discusión de casos y recibir supervisión son las mejores formas de evaluar sus competencias para estar conscientes de los efectos que producen en otros, tanto en su estilo como en su personalidad.

En síntesis, los terapeutas que ofrecen un servicio de orientación psicológica por teléfono deben de tener las competencias necesarias para transmitir preocupación y sensibilidad del otro lado del teléfono, al igual que, la habilidad para mantener su compostura en situaciones de crisis, y ser firmes al desafiar y confrontar cuando sea preciso a la persona que llama.

En resumen, se analizó la importancia que ha tenido hoy en día la orientación psicológica por teléfono, la cual en el presente es una herramienta más para la psicoterapia, ya que por medio del teléfono y la implementación de nuevas técnicas, es posible intervenir

de forma inmediata sin tener que acudir a un consultorio en caso de un suceso inesperado que provoca sentimientos de preocupación y desesperación.

De ahí la necesidad de remarcar los aspectos más importantes que tiene la utilización del teléfono dentro de la psicoterapia, mostrando tanto sus aspectos externos a la hora de utilizarlo como medio de orientación psicológica y sus aspectos internos a la hora de organizar una institución que ofrece apoyo de esta índole, la cual debe de tener en cuenta diversos elementos como: el tipo de programa que debe de llevarse, los materiales, el personal y algunos elementos más que son esenciales para poder dar un servicio de intervención en crisis por teléfono.

En cuanto al personal que labora en este tipo de instituciones se hace un notable énfasis en la preparación que debe de tener el psicólogo en esta área, para cubrir el perfil como orientador psicológico por teléfono, mencionando los elementos más importantes que debe de tener en cuenta un orientador ante el teléfono, teniendo en cuenta tanto en la forma de intervenir como en la forma de evaluar y dar seguimiento.

Por otra parte se hace mención de los errores más comunes que se comenten cuando se inicia como orientador mencionando la importancia de las competencias verbales, las cuales deben de estar en constante práctica para dominarlas.

Finalmente se retoman algunos aspectos más sobre la forma de dar psicoterapia y se menciona la importancia de llevar una constante supervisión tanto grupal como personal para poder detectar y mejorar aquellos aspectos débiles que se tienen en las intervenciones.

CAPITULO 4

CENTROS DE ORIENTACION PSICOLOGICA POR
TELEFONO, LOCATEL Y SAPTEL

*No podemos ayudar a otro a subir una montaña
sin acercarnos a la cima nosotros mismos.
-Gerd H. Norman Shwartzkopf*

Para poder hablar del papel del psicólogo ante la orientación por teléfono es necesario hacer un análisis que muestre la forma en la cual se constituye como tal, conociendo tanto las bases sobre las cuales surge esta nueva actividad del psicólogo como los elementos que intervienen en su quehacer. La identificación de sus funciones y la preparación con la que se cuenta tanto inicial como continua, nos permitirá en otras palabras conocer el perfil de este profesional en el área de orientación por teléfono.

La importancia de indagar el papel del psicólogo ante la orientación por teléfono consiste en que hoy en día es muy indispensable que se lleve a cabo una evaluación y/o seguimiento de los servicios de salud mental que se proporcionan a la comunidad. Actualmente y debido a los grandes cambios sociales existe una gran demanda de servicios que proporcionen atención inmediata ante problemas emocionales. Debido a ello, se considera de suma importancia que el psicólogo se comprometa a seguir evaluando su labor constantemente y a seguir preparándose y actualizándose con respecto a las nuevas necesidades que va teniendo la sociedad.

En la presente investigación el objetivo consiste en describir el papel que ejerce el psicólogo ante la orientación por teléfono en dos instituciones que operan actualmente en la Ciudad de México, esto es, LOCATEL y SAPTEL, las cuales iniciaron sus servicios en diferente momento y en diversas circunstancias, la primera institución inicio en 1979 como un medio de localización e información para toda la población, pero debido a la demanda de servicios de atención psicológica, LOCATEL integró en 1985 el servicio de atención psicológica por teléfono para diversos sectores de la población como: mujeres, niños, jóvenes y ancianos. En la actualidad posee diversas líneas de atención psicológica por teléfono llamadas: Niñotel, De Joven a joven y Línea mujer. La segunda institución inició sus servicios a partir de 1985 debido al terremoto que asoló a la Ciudad de México, proporcionando ayuda y escucha vía telefónica a todas aquellas personas que se encontraban afectadas, a partir de ahí SAPTEL ha tenido diversas fases en su evolución conformándose actualmente como un sistema de apoyo psicológico por teléfono, ofreciendo sus servicios como LOCATEL las 24 horas del día todo el año de forma gratuita a todas aquellas personas que se encuentren ante un problema emocional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La característica esencial de escoger a estas dos instituciones para investigar el papel del psicólogo como orientador psicológico por teléfono consistió en saber que en ellas opera personal del área de psicología quienes ejercen como orientadores o consejeros telefónicos ante casos de crisis, además de contar para ello con un programa teórico metodológico que especifica todas aquellas funciones que el psicólogo debe de realizar ante una intervención en crisis. Asimismo, se detectó inicialmente que en cada una de estas instituciones se cuenta con un programa de capacitación tanto inicial como continua para preparar a los psicólogos que inician esta nueva actividad. De ahí la necesidad de investigar todos aquellos elementos que conforman el trabajo del psicólogo como orientador telefónico.

4.1 Metodología

Para realizar la siguiente investigación se realizó una entrevista con el personal encargado del área de cada institución en la cual se estudió la función y los procedimientos que se llevan a cabo en cada una de ellas, así también se revisó material teórico-metodológico con el cual cuenta cada institución para capacitar a los psicólogos que inician su papel como orientadores ante el teléfono.

El procedimiento para obtener la entrevista fue llevado a cabo mediante una solicitud vía telefónica para entrevistar personalmente a los encargados del área de cada institución.

En SAPTEL la entrevista y los materiales fueron otorgados por el licenciado Javier Ramos Cruz, quien es actualmente el coordinador del área de investigación científica de SAPTEL.

En LOCATEL la entrevista y los programas fueron otorgados por la licenciada Mirta Claudia Mejía Ortega, JUD del servicio de psicología.

Los puntos perseguidos dentro de esta investigación durante la entrevista y la revisión de materiales de LOCATEL y SAPTEL consistieron en lo siguiente:

- Antecedentes
 - Características generales de la institución
 - Bases operativas
 - Selección e ingreso
 - Capacitación inicial y continua
 - Marco Teórico - Metodológico
-

4.2 Servicio Público de Localización Telefónica LOCATEL, área de psicología

4.2.1 Antecedentes

LOCATEL es un organismo desconcentrado del Gobierno del Distrito Federal, que proporciona un servicio de atención telefónica para dar información, orientación y apoyo a la población del área metropolitana. Fue creado en 1979 con el propósito de localizar personas extraviadas y para ofrecer información sobre bancos de sangre. Ante la frecuente demanda de apoyo de la población usuaria, LOCATEL incorpora la atención a las crisis emocionales desencadenadas por los sismos ocurridos en septiembre de 1985 y en respuesta a la diversidad de necesidades y requerimientos de la ciudadanía su servicio se diversificó; de modo que en la actualidad existen más de 40 servicios agrupados en cuatro vertientes: (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel, 2000).

- Programa de Apoyo a la Seguridad Pública que integra la recepción de reportes de vendedores de drogas, centros de prostitución, bandas organizadas y otros delitos.
- Programa para la Participación social que incluye la recepción de comentarios, quejas, sugerencias y agradecimientos de los diferentes organismos gubernamentales del Distrito Federal.
- Programa de información, que incluye la localización de personas extraviadas, accidentadas y detenidas; localización de vehículos accidentados o robados, información sobre trámites y requisitos de procedimientos oficiales, así como otros servicios informativos.
- Programa de Atención y Orientación Social, se compone por los servicios especializados de Servicio médico, Asesoría Psicológica y Asesoría Jurídica, así como los servicios Niñotel, De joven a joven, Línea mujer, Nutritel y Línea dorada de información Ciudadana que contempla la localización de personas extraviadas.

4.2.2 Características generales de la institución

Objetivo General:

El objetivo de LOCATEL es proporcionar a la ciudadanía vía telefónica, información, asesoría y apoyo con relación a temas, problemas o necesidades que surgen de vivir en una ciudad tan grande como el Distrito Federal.

Los servicios de LOCATEL están dirigidos a todos los grupos de la población: hombres, mujeres, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, de todos los estratos sociales y niveles culturales. Incluyen información general sobre eventos o situaciones características de la ciudad o asesoría especializada de profesionales en la psicología, las relaciones humanas, la medicina, la nutrición y el derecho.

Programas de Locatel en el área de psicología

En lo que concierne al área de psicología de LOCATEL se encuentran diversos tipos de servicios los cuales se identifican como: Niñotel, De Joven a Joven y Línea Mujer, este último está conformado por dos áreas más, que son la de atención jurídica y médica en las cuales se ofrece apoyo especializado a cualquier persona que solicite hablar con un especialista en psicología.

Antecedentes de Niñotel

Este servicio inicia en LOCATEL con la coordinación con la PGJDF, el DIF Nacional y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), considerando la incidencia creciente del maltrato infantil en México reportada por diferentes instituciones (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel, 2000).

Objetivo General de Niñotel: Promover el desarrollo y el bienestar de la niñez y su familia.

Objetivos específicos:

- Ofrecer al infante y su familia información, asesoría y apoyo psicológico para el mejoramiento de la relación entre ambos y sus condiciones de vida.
- Brindar apoyo emocional al infante y a su familia en situaciones de crisis emocional.

- Recibir las denuncias del maltrato infantil realizadas por lo niños, las niñas o el público en general y canalizarlas a la institución pertinente para su atención. Esto es, reportar su situación y recibir apoyo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) o de la PGJDF.
- Realizar el seguimiento de las denuncias recibidas.
- Proporcionar al infante los principios básicos de autocuidado para la prevención de cualquier tipo de abuso.
- Poner al alcance del infante y su familia la infraestructura social, pública y privada, potenciado los beneficios que ésta pueda brindar.

Antecedentes De Joven a Joven

El servicio De joven a joven se inserta a LOCATEL el primero de abril de 1998 y junto con Niñotel y Línea mujer (creado posteriormente) se integran en el área de Apoyo Psicológico.

De joven a joven ya tenía experiencia desde tres años y medio como parte del Consejo Nacional de Población y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Inició su operación el 23 de noviembre de 1994 como una estrategia de información, educación y comunicación, a partir de un convenio de colaboración entre ambas instituciones, con los siguientes propósitos:

- Contribuir a la prevención de embarazos no planeados en la población adolescente.
- Coadyuvar a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA, entre la población juvenil.
- Proporcionar elementos informativos y de orientación a las y los adolescentes y jóvenes para favorecer una toma de decisiones autónoma y consciente en materia de prácticas sexuales y uso de anticonceptivos.

Aunque inicialmente se ofreció el servicio durante 12 horas diarias, a los cinco meses de su inauguración, se extendió a las 24 horas del día. Para desempeñar su trabajo con calidad, las y los profesionales de la orientación telefónica recibieron inicialmente capacitación especializada sobre los aspectos biosociales de la adolescencia y algunas estrategias de ayuda telefónica.

Con modificaciones estructurales del DIF y la imposibilidad del CONAPO para mantener en su estructura una instancia operativa, el servicio De joven a joven terminó ubicándose en LOCATEL (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel, 2000).

Actualmente el servicio plantea los siguientes objetivos:

Objetivo General: Coadyuvar al desarrollo y al bienestar integral de los y las adolescentes y jóvenes.

Objetivos específicos:

- Propiciar el enriquecimiento de los procesos de toma de decisiones relacionadas con la operación de los proyectos de vida de las y los adolescentes y jóvenes.
- Ofrecer a las y los adolescentes y jóvenes una instancia de contención básica ante situaciones de emergencia.
- Propiciar que las y los adolescentes y jóvenes conciban la comunicación intergeneracional y con las instituciones como recurso de apoyo para sus decisiones y acciones.
- Poner al alcance de las y los adolescentes y jóvenes la infraestructura social, pública y privada, y potenciar los beneficios que ésta puede brindar.

Antecedentes de Línea Mujer

El 30 de junio de 1988 se crea Línea mujer, un servicio de LOCATEL que ofrece escucha, orientación y apoyo médico, legal y psicológico a todas las personas que deseen hablar de manera confidencial sobre sus retos, inquietudes, problemáticas y dudas relacionadas con su ser hombre o mujer.

Entre sus objetivos específicos están: la prevención, detección y atención de situaciones de violencia familiar; así como la promoción de relaciones equitativas entre hombres y mujeres, a partir del conocimiento y respeto de los derechos humanos de cada persona, independientemente de su sexo.

Las demandas de apoyo expresadas por las personas usuarias permiten conocer las preocupaciones y problemáticas de las mujeres, de ahí que se desprenden los siguientes objetivos:

Objetivos Generales:

- Coadyuvar al mejoramiento de la calidad de vida de mujeres y hombres mediante el logro de relaciones de equidad.
- Contribuir a la detección, prevención y atención oportunas de la violencia familiar.
- Ofrecer atención integral a las personas usuarias del servicio.

Objetivos Específicos:

Ofrecer a la población asesoría veraz y oportuna que contribuya a:

- Prevenir la violencia contra la mujer en todas sus manifestaciones mediante la promoción de valores que realcen la dignidad de la persona, el respeto y la tolerancia a las diferencias, la solidaridad social y la equidad.
- Atender de forma inmediata y profesional a las mujeres víctimas de violencia en la familia, en el trabajo o en la pareja, cubriendo los aspectos legales, psicológicos y de salud.
- Favorecer el enlace de las mujeres víctimas de violencia familiar y sus hijos con las instituciones que ofrecen atención y albergue.
- Impulsar la participación igualitaria de la pareja en las decisiones relativas a la planificación familiar y promover el derecho de las personas a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos.
- Promover la igualdad de derechos y obligaciones para hombres y mujeres en el seno de la familia, así como estimular la participación compartida de la familia en el trabajo doméstico y extradoméstico, en un marco de relaciones de corresponsabilidad.
- Prevenir y detectar de manera oportuna el cáncer cérvico uterino y mamario, así como las infecciones de transmisión sexual.
- Asegurar a las mujeres el pleno disfrute de todos los derechos humanos reconocidos en los instrumentos nacionales e internacionales, lo que implica defenderlos, protegerlos y combatir las prácticas de violación de los mismos.

Línea mujer ofrece los servicios a la población bajo tres componentes:

Atención a la salud. Un equipo de médicos y médicas generales ofrece información y asesoría, vía telefónica, con la finalidad de aclarar dudas en torno al desarrollo físico, así como para la detección y tratamiento oportuno de padecimientos relacionados con la salud en general y en particular con la salud sexual y reproductiva.

Atención jurídica. Un equipo de abogadas y abogados ofrece información y asesoría para aclarar dudas respecto a procesos legales, gestión de denuncias y al conocimiento y ejercicio de los derechos y obligaciones que tenemos como ciudadanos y ciudadanas.

Atención psicológica. Un equipo de psicólogos y psicólogas proporciona información y asesoría sobre toma de decisiones, contribuye mediante un proceso de diálogo a que los usuarios/as del servicio desarrollen habilidades sociales de su curso de vida (asertividad, establecimiento de límites y acuerdos, autoestima y manejo de valores entre otras).

Asimismo, brinda apoyo y contención de emergencia ante situaciones de crisis emocionales. Las áreas están estrechamente relacionadas debido a que las situaciones e inquietudes de los usuarios usuarias generalmente son multidimensionales (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel, 2000).

4.2.3 Bases operativas

Los servicios De Joven a Joven junto con los de Niñotel y Línea Mujer, pertenecientes al área de Psicología, realizan sus actividades bajo un espacio aproximado de 40 metros cuadrados con diez equipos de cómputo y teléfonos distribuidos en una tabla continua (tipo escritorio) que hace contacto con las paredes del lugar.

En los equipos de cómputo se maneja una base de datos extensa de diversas instituciones, así como el registro de información en donde se tabulan diversas variables como: identificación del tipo de usuario, variables sociodemográficas, temática de consulta, descripción de los casos, etc.

La disposición de los equipos permite el aprovechamiento del espacio, para evitar la distracción de las y los orientadores y brinda la posibilidad de comunicarse con sus compañeros de trabajo cuando requieran apoyo durante alguna llamada.

Capacidad de atención

La atención se proporciona durante las veinticuatro horas durante todo el año. Para la atención de los tres servicios se cuenta con 32 psicólogos y psicólogas que proporcionan orientación telefónica; cinco profesionales que realizan actividades de supervisión y una más como responsable de la coordinación de actividades de planeación, operación, seguimiento y evaluación del área.

El turnos asignados y la distribución de personal en LOCATEL se encuentran de la siguiente manera:

TORNOS	ASIS. JURID.	PSICOLOGIA	SERV. MEDICO	TOTALES
Matutino	4	9	2	14
Vespertino	2	9	4	14
Nocturno A	0	4	2	6
Nocturno B	0	4	2	6
Sábados, do- Mingos y días festivos	2	6	3	11

Tabla 1. Turnos asignados y distribución de personal en LOCATEL

El número de personas por turno corresponde al número de líneas disponibles para atender las llamadas en el área, aunque en el caso de los turnos matutino y vespertino existe una persona libre para realizar funciones de apoyo, tales como cubrir horas de descanso cuando aumenta el flujo de llamadas.

Los turnos nocturnos A y B trabajan dos noches por dos de descanso de manera alterna durante la semana.

Todo el personal atiende las llamadas de los tres servicios con el propósito de optimizar los recursos humanos y técnicos del área, para lo cual se mantiene constantemente en capacitación para atender a cada población desde sus particularidades.

Durante los turnos matutino y vespertino se concentra la mayor parte de la demanda, por lo que se hace la distribución de personal para garantizar la mayor cobertura posible. Cuando no existe demanda de atención en algún servicio, estas líneas telefónicas se comparten o se combinan para atender otros motivos propios del área que no forman parte de algún servicio en especial.

4.2.4 Selección e ingreso

El personal que ofrece el servicio de apoyo psicológico en LOCATEL en cualquiera de sus áreas participa cada día de su jornada en una actividad de comunicación con los usuarios y usuarias. Su perfil debe de obedecer al propósito de promover una comunicación horizontal con las personas usuarias, basada en los marcos conceptual, normativo y metodológico del servicio; además de ofrecer atención fundamentada en el manejo teórico y práctico de las temáticas consultadas frecuentemente por la población.

Para LOCATEL, la existencia de un perfil del orientador es la base de las acciones de reclutamiento, selección y capacitación del personal del servicio. Por ello, se presentan a continuación las características, habilidades y recursos necesarios de los profesionales interesados en atender a toda persona que solicite el servicio de orientación psicológica por teléfono.

- **Profesión:** Para trabajar en cualquier área del servicio de apoyo psicológico de LOCATEL, es indispensable haber concluido los estudios de licenciatura en psicología. Ya que esta carrera cubre los conocimientos mínimos y la comprensión de los procesos afectivos, cognoscitivos y comportamentales del ser humano.
- **Edad:** No existe una edad mínima ni máxima para realizar la actividad de orientación telefónica, para LOCATEL son más importantes las habilidades y las actitudes.
- **Sexo:** El personal es de ambos sexos para que las personas usuarias puedan elegir la voz que en principio les inspire mayor confianza. Sin embargo, no es un requisito para realizar orientación telefónica el ser hombre o mujer.
- **Conocimientos:** Para LOCATEL el manejo de la entrevista como base para sostener un diálogo telefónico y las técnicas y recursos para escuchar de forma activa, preguntar, conducir una conversación y ordenar el discurso propio y el del interlocutor son requisitos prioritarios para la interacción telefónica.

Así también la promoción de habilidades sociales en la solución de problemas, toma de decisiones, fortalecimiento de la autoestima, manejo de valores, comunicación asertiva y manejo de sentimientos.

Preferentemente se pide que se tenga cierta experiencia en el manejo de información y aplicación de la intervención en crisis hasta que se haya participado en un proceso de autoanálisis psicológico que significa la apertura hacia la revisión del comportamiento propio, elemento básico de los procesos de crecimiento y desarrollo profesional

➤ **Habilidades y Actitudes:**

- Capacidad de empatía
- Capacidad de escuchar y dialogar
- Habilidad para sintetizar y transmitir contenidos a través del discurso del usuario(a)
- Creatividad para promover diversas soluciones, respuestas o alternativas ante una situación o problema.
- Capacidad de autocritica y actitud abierta a nuevos procesos de aprendizaje
- Apertura al trabajo multidisciplinario.
- Habilidad y conocimientos respecto al manejo de personas en situación de crisis.
- Capacidad de reconocer y diferenciar sus posturas y valores personales.

- **Experiencia Laboral:** la experiencia del servicio ha mostrado que es más fácil encontrar este perfil entre personas involucradas previamente en actividades de orientación y asesoría, así como en trabajo con grupos como facilitadores de talleres.
- **Disponibilidad de horario:** El servicio se encuentra disponible las 24 horas durante todo el año y se ha observado que existen momentos y etapas específicas donde aumenta bruscamente la demanda de llamadas; por lo tanto, es conveniente contar con una cartera de personas con posibilidades de ingresar en cualquier momento a los turnos y horarios donde las solicitudes de apoyo de las personas usuarias sean más frecuentes. Y para la asistencia a cursos y reuniones de capacitación, evaluación y documentación

Proceso de selección

El proceso de selección se fundamenta en la evaluación de la potencialidad de las y los aspirantes a trabajar en el área de Psicología de LOCATEL; a partir de algunas estrategias e instrumentos para observar aquellas habilidades susceptibles de desarrollar mediante ejercicio y entrenamiento.

Para corroborar el perfil de las personas aspirantes al puesto de orientador u orientadora telefónica del servicio de apoyo psicológico en cualquiera de sus áreas de LOCATEL, se realizan diversas acciones agrupadas en cuatro fases que funcionan como filtro de quienes poseen el mayor número de elementos en cuanto a conocimientos, actitudes habilidades y capacidades.

Primera fase: reclutamiento de aspirantes

Llamadas por teléfono: aquí se recaban mediante una breve exploración del perfil, los intereses y la experiencia profesional de la persona que llama. Si reúnen los elementos generales, se le proporcionan los datos del lugar donde acudirán a entregar su curriculum vitae profesional.

Distribución periódica de convocatorias: Otro medio para ingreso al servicio de orientación telefónica consiste en convocar por medio de un ejemplar a diferentes centros de formación profesional especializada y organizaciones donde se desarrollan actividades de orientación y asesoría psicológica y educativa.

Segunda fase: revisión y selección curricular

Una vez concentrados los currícula vitarum de las personas interesadas, el equipo de supervisión y coordinación del servicio realiza una lectura minuciosa de cada uno y selecciona aquellos que contengan los siguientes elementos:

4. Licenciatura en Psicología concluidos
5. Prácticas y servicio profesional relacionado con las actividades de orientación y asesoría o trabajo voluntario en organizaciones e instituciones de atención social.
6. Congruencia en la trayectoria profesional

La fase termina cuando se contacta telefónicamente con los aspirantes y se acuerda fecha y hora para entrevista inicial.

Tercera fase: entrevista inicial

La primera entrevista es realizada por el personal del área de selección y capacitación de LOCATEL y consiste en la exploración de las actitudes y habilidades para comunicarse de los aspirantes.

Mediante un guión de preguntas sobre el área familiar, relaciones interpersonales, autoconcepto, tiempo libre, desempeño escolar y laboral y proyecto de vida profesional, es posible que quien entrevista identifique sus recursos personales para el trabajo en grupo y para vincularse con las personas, tanto en una relación afectiva como profesional. También es posible detectar algunos aspectos relacionados con la autoestima, asertividad y valores de los aspirantes.

La entrevista generalmente concluye con la aplicación de algunas pruebas e inventarios para determinar capacidades analítico sintéticas, formas de razonamiento, actuación bajo presión, así como algunos elementos proyectivos que permitan ampliar los temas de la entrevista.

Cuarta fase: detección de habilidades para la interacción

Las habilidades para establecer una relación de apoyo con padres, madres, adolescentes, niños y niñas son evaluadas durante una entrevista con dos personas mediante la actuación de un simulacro de llamada en el que los interlocutores se sientan en dos sillas colocadas de espaldas con el propósito de identificar sus estrategias para dialogar sin observar al otro. Una de ellas representa el papel de usuario y la otra funge como observadora del proceso mientras el aspirante establece la comunicación y proporciona la asesoría con sus propios recursos.

Esta estrategia permite determinar si el aspirante presenta algunas de las características del perfil, sin embargo, el proceso sólo se completa hasta que se ofrece un espacio de retroalimentación, una vez concluida la supuesta llamada. La retroalimentación consiste en realizar una serie de preguntas al aspirante sobre su desempeño en el ejercicio (cómo inicio el contacto, cuál era la demanda del usuario y lo que realizó para satisfacerla); así como sus observadores respecto a las características del usuario.

La observación de todo el proceso permite al aspirante autoexplorar sus recursos personales y profesionales en un proceso de asesoría, y a quienes evalúan, detectar por una parte las actitudes y el manejo de valores, y por otra, las potencialidades del evaluado para interactuar vía telefónica.

Las y los aspirantes que reúnen mayor número de requisitos del perfil se integran a un grupo y participan en un curso de capacitación inicial.

4.2.5 Capacitación inicial y continua

Como el primer paso en la construcción de su perfil como orientadoras y orientadores telefónicos y como último filtro de proceso de selección, las y los aspirantes participan en un curso de cuarenta horas cuya finalidad es promover el conocimiento de los objetivos, así como el marco conceptual y metodológico de los servicios del área de psicología.

Los objetivos específicos de dicho curso son que las y los participantes:

7. Conozcan los objetivos y estrategias del servicio de apoyo psicológico de LOCATEL.
8. Identifiquen y analicen los conceptos de curso de vida, proyecto de vida y equidad de género dependiendo del contexto.
9. Reconozcan las características particulares de la relación orientador-usuario.
10. Analicen las características de los niveles de acción y las fases del modelo de interacción.
11. Ejerciten las habilidades básicas del orientador para el desarrollo de la interacción con las y los usuarios.
12. Analicen los abordajes de los motivos de consulta recurrentes, previa reflexión a análisis de las temáticas básicas para atender de manera oportuna y veraz a las personas usuarias.
13. Analicen los aspectos operativos del servicio.

Antes de iniciar la capacitación se entrega a los y las participantes una carpeta cuyos contenidos básicos se relacionan con las principales demandas de apoyo de cada área de servicio de apoyo psicológico:

1. Revisión y análisis de los diferentes temas abordados en el servicio.

2. Conocimiento y análisis del marco conceptual

Derechos humanos
 Curso y proyecto de vida
 Perspectiva de género
 Aprendizaje significativo y desarrollo de habilidades

3. Conocimiento y análisis del marco metodológico

Modelo de interacción telefónica
 Desarrollo de habilidades para orientación telefónica
 Principales abordajes.

4. Aspectos operativos

Recepción y elaboración de reportes de maltrato
 Manejo de la base de datos
 Manejo del Directorio de instituciones

Tabla 2. Programa de capacitación teórico-práctico de Locatel

La dinámica del curso es totalmente participativa y utiliza técnicas vivenciales para el manejo de los temas, así como los simulacros de llamada y la retroalimentación como principales estrategias para el entrenamiento de habilidades.

En cuanto a la capacitación continua el personal del área de Apoyo Psicológico por Teléfono de LOCATEL en cualquiera de sus áreas participa constantemente en actividades de capacitación para el desempeño profesional de su actividad y para la integración grupal. El servicio utiliza dos estrategias de capacitación continua: talleres de reflexión grupal y sesiones de retroalimentación.

Talleres de reflexión grupal

Hasta el momento se han considerado los intereses de las y los orientadores telefónicos para definir los objetivos de trabajo, objetivos relacionados con el abordaje de alguna temática (sexualidad, adicciones, violencia, trastornos de alimentación) o la aplicación de alguno de los enfoques transversales (perspectiva de género, curso y proyecto de vida, educativo-preventivo o derechos humanos) durante la interacción con los usuarios. Para cumplirlos, se invitan especialistas de otras instituciones, se revisan materiales y documentos sobre los temas, se analiza la relación de los contenidos y se culmina con algún ejercicio de integración de los aspectos reflexionados en el taller y se incorporan a las estrategias de atención del servicio.

Retroalimentación de la interacción telefónica orientador-usuario

Durante la retroalimentación se promueve que el orientador sea más observador de su forma de interactuar en la línea, a partir de cuestionamientos y señalamientos sobre aspectos metodológicos para que refuercen su buen desempeño, y sobre aquellos que obstaculizan su relación con el usuario. De este modo, el orientador se da cuenta de lo que hace, cómo lo hace, lo que espera de la interacción, así como del tipo de recursos personales que tiene para conseguirlo y cuáles otros requiere incorporar.

La autoexploración generada en esta actividad marca la diferencia entre la respuesta mecánica a una llamada y la respuesta interactiva, creativa, que enriquecerá el desarrollo no sólo del usuario que se ha comunicado al servicio, sino también del orientador.

4.2.6 Marco teórico-metodológico

En el servicio de apoyo psicológico de LOCATEL el sustento conceptual está basado en la diversidad de temas de tratamiento que se encuentran amalgamados, integrados y relacionados con cuatro ejes transversales que le dan sentido, orden e intencionalidad a las acciones. Cada uno aporta a la atención telefónica elementos conceptuales particulares: la perspectiva de curso de vida ofrece puntos para entender el contexto sociocultural de la ocurrencia de eventos o situaciones de vida; el enfoque educativo preventivo provee de intencionalidad formativa de las acciones; el enfoque de derechos humanos se convierte en un referente de indicadores universales cuya satisfacción es garantía de calidad de vida; el enfoque de género brinda una herramienta fundamental para análisis y de construcción de la realidad. La relación de los cuatro ejes constituye el marco de referencia de la práctica cotidiana de la atención telefónica, una visión a través de la cual orientadoras y orientadores guían sus observaciones, análisis, participaciones y apoyos.

En cuanto al marco metodológico en LOCATEL se propuso implementar el Modelo de Interacción Telefónica en los servicios de Niñotel. De joven a joven y en la Línea mujer los cuales comparten similitudes en cuanto al procedimiento, aunque conforme a sus objetivos y particularidades de cada área existen algunas subdivisiones.

El Modelo de Interacción Telefónica es un esquema de comunicación muy útil tanto en llamadas de personas adultas como con jóvenes, niños y niñas. Su estructura contempla todas las esferas de desarrollo del ser humano: afectiva, intelectual y social, y se basa en un enfoque educativo y en el apoyo emocional constante, y es flexible pues permite a las y los profesionales de la orientación ajustarla conforme a su formación y a las necesidades de la persona usuaria (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel, 2000).

El modelo hace referencia a un proceso evolutivo construido a partir de la interacción entre los interlocutores, en el que ambos generan aprendizajes. Por consiguiente, al inicio de

una nueva llamada se encontrarán en otro nivel de aprendizaje respecto al principio de cualquier llamada anterior.

El modelo se conforma de cuatro fases consecutivas y acumulativas, donde la fase previa es una condición necesaria para el desarrollo de la subsecuente. Esto es, cada fase se compone de momentos significativos para la consecución del objetivo general. Las etapas poseen un nombre particular y son definidas por su objetivo durante el proceso de interacción, por las acciones que realiza el orientador conjuntamente con el usuario, así como por los recursos disponibles por parte del orientador para llevar a cabo las acciones (Servicio Público de Localización Telefónica Locatel, 2000).

Como procesos subyacentes a la interacción telefónica se encuentran la empatía, la escucha activa y la contención emocional, los cuales se mantienen durante toda la llamada.

Las fases del modelo son:

- **Fase I. Preparación para la interacción.** Alude a todas aquellas condiciones ambientales, profesionales, fisiológicas y emotivas que el orientador atiende antes de recibir una llamada con el propósito de sentirse cómodo y dispuesto para interactuar con el usuario.
- **Fase II. Establecimiento del objetivo específico de la demanda del usuario.** Contiene las acciones que permiten a los interlocutores conocer con claridad y de manera concreta el objetivo específico de la demanda del usuario, así como sus implicaciones sobre el curso de vida de éste.
- **Fase III. Elaboración de un plan de acción para lograr el objetivo específico de la demanda del usuario.** Involucra acciones dirigidas a facilitar en el usuario la construcción de un plan de acción congruente con su proyecto de vida, a lograr el objetivo específico de su demanda, así como a desarrollar las habilidades necesarias para llevar a cabo dicho plan.
- **Fase IV. Conclusión de la interacción.** Está constituida por acciones que permiten concluir la llamada, rescatar el aprendizaje generado durante el proceso de interacción y realizar un cierre de la comunicación.

DESCRIPCION DE LAS FASES DEL MODELO DE INTERACCION TELEFONICA

Fase I. Preparación para la interacción

Etapa 1: Preparación para la interacción

Objetivo: Generar condiciones óptimas para que el orientador pueda actuar con el usuario

Acciones:

- A. *Preparación de condiciones ambientales.* Consiste en mantener un espacio ambiental óptimo para dialogar con el usuario. Para ello prepara sus materiales de trabajo y se revisa el equipo de cómputo y telefonía.
- B. *Preparación fisiológica.* El orientador cubre necesidades básicas y mantiene condiciones de salud favorables antes de iniciar la jornada de trabajo.
- C. *Preparación emotiva.* El orientador se desprende de sentimientos o contenidos de la llamada anterior para poder interactuar con otra persona en la llamada siguiente y contempla la posibilidad de atender cualquier tipo de demanda, ya sea una broma, insulto o que requiera contención por su alta carga emocional.

Además, procura mantener contacto consigo mismo a fin de discernir las emociones que le genera cada llamada y utiliza los espacios de retroalimentación para expresar los sentimientos o dudas respecto al manejo integral, las técnicas empleadas o las preguntas realizadas durante la interacción (esta fase requiere de tiempos variables sin necesidad de presentarse en toda llamada o jornada de trabajo).

Recursos: espacio físico confortable, materiales de trabajo en buen estado, satisfacción de necesidades, retroalimentación, técnicas de concentración, de descarga y contención emocional.

Fase II. Establecimiento del objetivo específico de la demanda

Etapa 1: Establecimiento de la comunicación

Objetivo: Crear un ambiente de confianza y respeto entre los interlocutores

Acciones:

- A. *Presentación del servicio.* La presentación se realiza hablando de manera cálida, y se invita al usuario a conversar acerca de su situación. Cuando el usuario se muestra temeroso para iniciar una conversación, el orientador (con la finalidad de proporcionarle confianza) le indica que el servicio proporciona orientación y asesoría sobre los temas de interés como lo que le gusta o disgusta de su familia, de sus amigos, del maltrato infantil, y cosas que puedan preocuparle, de manera gratuita, anónima y confidencial.

Si el usuario no se siente en confianza, el orientador facilita la expresión de sentimientos

en torno al motivo de la llamada en forma directa.

- B. *Establecimiento de la escucha activa.* La escucha activa consiste en atender con cuidado los mensajes del usuario, sus emociones manifiestas en las inflexiones de voz, risas, suspiros, llanto y el contenido de su discurso, con el propósito no sólo de entender las palabras, sino de ligar los significados, las formas y contenido.

Además, el orientador atiende los ruidos ambientales que rodean al usuario con la finalidad de determinar si se encuentra en un teléfono público, en compañía de otra persona o si el ambiente en donde se encuentra puede representar un riesgo para él.

- C. *Determinación de la pertinencia de priorizar la contención emocional:* se ofrece contención emocional en esta fase con el objetivo de reducir la angustia, si la hubiere, especialmente en situaciones de crisis, para permitir el desarrollo de la comunicación. Cuando existe angustia o bloqueo del pensamiento en el usuario es necesario facilitar la expresión de emociones, sentimientos y temores para continuar de manera fluida el proceso de comunicación.

Cuando el usuario es un niño o una niña siempre es útil tanto aceptar sus sentimientos, como señalarles el nombre de cada sentimiento: tristeza, enojo, frustración, decepción, soledad o algún otro, según sea el caso.

Recursos: El reflejo de los hechos, el parafraseo, las metáforas, las interjecciones, validación de los sentimientos e ideas, la adecuación del discurso, la modulación de la voz.

Etapa 2: Focalización

Objetivo: Establecer la demanda del usuario

Acciones:

- A. *Identificar el motivo de la llamada.* Generalmente los usuarios expresan concretamente lo que les motiva a llamar, cuando no es así, la tarea del orientador consiste en determinar la situación particular que preocupa o inquieta al usuario mediante preguntas directas que le faciliten manifestar los eventos ocurridos.
- B. *Identificar la demanda del usuario.* La demanda hace énfasis en lo que el usuario espera lograr a partir de la interacción con el orientador, a partir de su motivo de consulta. Cuando el usuario es un niño o niñas se hacen preguntas que les ayuden a explorar mejor su situación, evitando los "porqué" y utilizando el "cómo" y el "para qué". Si se manejan fantasías en el discurso, la tarea del orientador consiste en incorporarlas al diálogo.

Aquí es necesario que el motivo de consulta y la demanda queden perfectamente claros tanto para el orientador como para el usuario antes de pasar a la siguiente etapa.

Recursos: El reflejo, parafraseo, la formulación de preguntas directas sobre el suceso, para determinar el tiempo el modo y el lugar en dónde ocurrió. Las preguntas ayudan a delimitar,

aclarar y a precisar la situación central de la conversación.

Etapa 3: Determinar el objetivo específico de la demanda

Objetivo: Comprender los aspectos relacionados con la demanda del usuario y reconocer los límites y posibilidades de acción disponibles en el aquí y ahora, tanto para el usuario como para el orientador

Acciones:

- A. **Identificar factores de riesgo.** Es importante que el usuario tenga un panorama real sobre el evento que ésta viviendo y tome en cuenta todos los aspectos que pueden afectar su integridad física y emocional o le puedan ayudar al enfrentamiento positivo de su situación.

Existe una gama de factores de riesgo en la comunidad, escuela, familia y de la propia persona, considerarlos permite al orientador priorizar sus acciones e impulsar un proceso de prevención con base en la definición de mecanismos protectores. En todos los casos siempre ocupará el primer lugar la salvaguardía de la integridad física y emocional de las personas usuarias y cuando sea necesario se solicitará el auxilio de los servicios de emergencia de LOCATEL, mientras el orientador acompaña telefónicamente al usuario.

- B. **Identificar recursos personales y sociales.** Los recursos personales se refieren a las habilidades conocimientos y actitudes del usuario que le puedan ayudar a resolver su situación. Los recursos sociales se refieren básicamente a las personas e instituciones accesibles al usuario que pueden ser un apoyo para enfrentar su demanda.
- C. **Identificar expectativas de su proyecto de vida.** Se refiere a la identificación de los planes de vida del usuario en los diferentes ámbitos donde estén relacionados con la demanda planteada en la llamada. El proyecto de vida es el eje que da significado a los eventos de las personas y guía de las decisiones de todas las personas. Los niños y las niñas pueden definir claramente lo que esperan en su vida con su familia, en la escuela, con sus amistades y en su desarrollo personal como infantes.
- D. **Identificar y establecer límites y alcances del servicio.** Ocasionalmente las demandas de los usuarios del servicio rebasan los límites del servicio e incluyen solicitudes como conocer personalmente al orientador. En tales casos la estrategia del orientador es mencionar al usuario que sus demandas exceden a los lineamientos y normas internas de l servicio, y por tanto, no puede ayudarlo en su solicitud inicial. Al mismo tiempo, ofrecerá como alternativa la referencia de alguna institución u otro servicio.

Recursos: Formulación de preguntas directas para precisar el contexto de la demanda y el uso de la imaginaria, técnica que ayuda a la persona usuaria a proyectar sus acciones y decisiones en el futuro, tomando en cuenta las circunstancias por las que está pasando y los criterios establecidos en el marco normativo del servicio.

Etapa 4. Replanteamiento de la demanda del usuario

Objetivo: Confirmar o reformular la demanda

Acción:

Quando se mantiene la demanda se continúa con los momentos subsecuentes del modelo; la búsqueda de alternativas y toma de decisiones.

En otras ocasiones el interés del usuario puede cambiar una vez que el orientador, con sus preguntas, ha facilitado la visualización de riesgos y las implicaciones de la demanda original y es necesario que ambos acuerden el replanteamiento de la demanda de tal manera que tenga una mayor congruencia con sus expectativas y necesidades.

La reformulación otorga gran dinamismo al proceso, pues, en cualquier momento de la llamada, ésta pueda tomar un rumbo distinto.

Recursos: El reflejo, el parafraseo y preguntas directas.

Fase III. Elaboración de un plan de acción para satisfacer la demanda del usuario

Etapa 1: Construcción y elección de alternativas

Objetivo: Generar conjuntamente con el usuario para atender su demanda con base en sus habilidades y recursos.

Acciones:

- A. *Exploración de alternativas.* El orientador promueve en el usuario la exploración de acciones realizadas con anterioridad, o aquellas pensadas con el propósito de lograr su objetivo.
- B. *Elaboración de nuevas alternativas.* El orientador y el usuario generan conjuntamente otras alternativas y retoman las experiencias anteriores semejantes, aunque realizan cambios, ajustes o le dan un sentido distinto. Ante la incapacidad temporal de un usuario en fase de impacto postraumático o por crisis psicótica, el orientador propone directamente opciones muy concretas. En ambos casos cada una de las alternativas se evalúa conforme a sus ventajas, desventajas, ganancias, pérdidas y posibles consecuencias para el curso y proyecto de vida del usuario.
- C. *Elección de la alternativa.* El usuario elige la alternativa más conveniente y viable, es decir, aquella posible de llevar a cabo y que sea congruente con sus habilidades personales, sus recursos y su proyecto de vida.
En el caso de maltrato o alguna denuncia se opta por la realización de un reporte, en el cual el orientador aplica un protocolo con los siguientes datos:

- Nombre, sexo, edad y media filiación de la persona usuario.

- Nombre sexo, edad y media filiación de las o los generadores de maltrato.
- Datos completos (dirección y referencias) del domicilio donde sucede el maltrato.
- Descripción de los tipos de violencia utilizados por las o los generadores.

D. **Responsabilización de la decisión.** El orientador promueve la responsabilidad del usuario en su elección y señala la importancia de realizar un proceso similar al anterior cuando sea necesario tomar decisiones en cualquier momento de la vida.

Recursos: Lluvia de ideas, la imaginación, la evaluación de las alternativas en términos de considerar ventajas y desventajas, la metáforas y la información para desmitificar ideas.

Etapa 2. Elaboración de un plan para ejecutar la alternativa

Objetivo: Promover en el usuario la organización de las acciones a realizar a partir de la alternativa elegida

Acciones:

- A. **Desglose del plan.** Durante el diálogo, el orientador promueve en el usuario el desglose de la alternativa elegida y su planeación es decir, determina cómo llevará a cabo la alternativa y el mejor momento para realizarlo.
- B. **Alternativa de consecuencias.** El orientador promueve en el usuario la anticipación de las posibles consecuencias al instrumentar su plan de acción y lo invita a prever las estrategias de enfrentamiento pertinentes.
- C. **Identificación de recursos sociales.** El orientador promueve en el usuario la identificación de los recursos sociales que le facilitarán llevar a cabo su plan de acción, tales como el apoyo de algún familiar, amistad, vecino, y la asistencia a alguna institución entre otros; asimismo le señala al usuario la importancia de conocer y hacer uso de las redes sociales ante eventos inesperados en el curso de vida.
- D. **Identificación de las habilidades necesarias.** El orientador acompaña al usuario en la identificación de la habilidad o habilidades necesarias para desarrollar su plan de acción, entre las que se encuentran las siguientes:
 - Manejo de información específica.
 - Comunicación asertiva
 - Autoestima
 - Toma de decisiones
 - Uso de apoyos sociales
 - Manejo de sentimientos

Recursos: La capacidad de los interlocutores para organizar las actividades del plan de acción de manera concreta, secuenciada y clara para ambos, así como la habilidad para identificar lo que se quiere, lo que se tiene y lo que se necesita de una manera autocrítica y objetiva.

Etapa 3: Desarrollo de habilidades necesarias para ejecutar la alternativa

Objetivo: Promover y ejercitar las habilidades necesarias para que el usuario ponga en práctica su plan

Acciones:

- A. **Rescate de habilidades.** El orientador retoma las habilidades del usuario, las refleja y promueve que éste las explote para su propio beneficio, con la intención de motivarlo a fortalecerlas.
- B. **Desarrollo de habilidades.** El orientador y el usuario desarrollan las habilidades necesarias para llevar a cabo la alternativa, mediante la aplicación de técnicas que permitan al usuario experimentarlas y reforzarlas. Con los niños y las niñas resulta fácil el manejo de la imaginación y la aplicación de fantasías, su capacidad creativa los hace muy buenos interlocutores. En este momento son muy útiles algunos ejercicios que contribuyan a la autoexploración del usuario donde se le señalen sus habilidades y potencialidades; el orientador motiva a ejercitarlas previa valoración de las ventajas y desventajas de su aplicación, y dirige durante la interacción telefónica el ensayo de las que le permitirán realizar su plan.
- C. **Planteamiento de posibilidades de aplicación de la habilidad.** El orientador y el usuario mencionan la gama de situaciones en las cuales el segundo puede aplicar las habilidades trabajadas, con ello se avanza en el rescate del aprendizaje de la llamada y de su posible aplicación ante otras eventualidades.

Es durante esta etapa cuando el usuario se percata de su poder para actuar, del conjunto de recursos que ha desarrollado en su vida y la importancia de fortalecerlos para conseguir sus metas.

Recursos: juego de roles, el ensayo conductual y el ensayo imaginado. Las tres tienen en común la proyección de situaciones imaginarias muy parecidas a las que vivirá la persona usuaria. Otro recurso lo constituye la referencia institucional.

Fase IV. Conclusión de la interacción

Etapa 1: Resumen

Objetivo: Retroalimentar el proceso de interacción

Acciones:

- A. **Retroalimentación de la experiencia del usuario.** Consiste en la manifestación de sentimientos, ideas, dudas, inquietudes, compromisos y propuestas por parte del usuario surgidas a partir de su propia experiencia.
- B. **Establecer las bases para el seguimiento (cuando sea necesario).** El seguimiento consiste en la petición expresa del orientador u orientadora para que la persona usuaria vuelva a comunicarse al servicio sólo en casos donde la situación lo amerite como pueden ser los siguientes: Llamadas en las que se ofreció una referencia institucional con la finalidad de recibir información respecto a:
 - Llamadas en las que se ofreció una referencia institucional. El propósito es conocer la opinión de las personas respecto a la calidad del servicio recibido; costos, horarios, tiempo de espera o para conocer si hubo modificación en los datos sobre la institución ofrecidos por el personal de cualquier servicio de apoyo psicológico de LOCATEL.
 - Cuando se detectan factores de riesgo físicos, psicológicos y emocionales que requieren seguimiento por parte del orientador, con la intención de corroborar la disminución o desaparición de los factores de riesgo.
 - Cuando el usuario avisa que va a interrumpir la llamada y se detectaron riesgos.
 - En situaciones donde se requiere acompañar al usuario en su plan de acción.
 - Cuando se realizó un reporte de maltrato y se requiere saber si el domicilio de la persona (niño o niña) maltratada ya fue visitado o si persiste la situación.

Cabe aclarar que en estas situaciones siempre es el usuario quien se comunica nuevamente al servicio, pues para mantener las condiciones de confidencialidad y en muchos casos de anonimato, el orientador no le solicita nombre completo, domicilio o teléfono; salvo en situaciones donde se realizó el reporte de maltrato.

- C. **Recuperación de datos estadísticos.** El orientador solicita los datos del usuario para el sistema de registro. Es importante recordar el carácter de anonimato y confidencialidad de la llamada, así como respetar la decisión del usuario cuando no desee proporcionarlos.
- D. **Difusión del servicio.** Consiste en reiterar la información sobre los servicios, características del servicio, tales como el anonimato, la confidencialidad y su funcionamiento durante las 24 horas durante todo el año.
- E. **Despedida.** Esta acción se refiere a una despedida cordial, acompañada de la verificación con el usuario del término de la llamada.

Recursos: Entre los recursos que sirven de apoyo a las etapas y acciones de esta fase está la modulación de la voz para hacer un cierre cálido, la empatía y la capacidad de escuchar el balance final de la persona usuaria.

4.3 Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono SAPTEL

4.3.1 Antecedentes

El sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono SAPTEL/CEM/FMSM se constituye como un servicio definitivo de orientación e información y canalización, después de haber pasado dos etapas anteriores a la evaluación. La primera de ellas surgió 48 horas después de ocurridos los sismos de 1985, atendiendo satisfactoriamente alrededor de 700 personas con daños psicológicos como angustia, depresión, soledad, nerviosismo, relación interpersonal deficiente, y alto grado de estrés.

La segunda etapa del servicio (julio de 1987) atendió aproximadamente a 400 personas, de las cuales una cuarta parte se canalizaron a otras instituciones y organismos no gubernamentales, entendiéndose de esta manera que el grueso de esta población fue atendida por SAPTEL. Cabe mencionar que estas etapas se constituyeron por iniciativa conjunta de la Facultad de Psicología de la UNAM y la Federación Mundial de Salud Mental.

La tercera etapa del sistema, se inaugura el 12 de octubre de 1992 y hasta la fecha sigue cumpliendo con sus actividades. SAPTEL es el resultado conjunto de la Cruz Roja Mexicana y la Federación Mundial de Salud Mental, actualmente a partir de mayo del 2001 el Gobierno Federal a través del Consejo Nacional y el Centro de Adicciones CONADIC participan conjuntamente con SAPTEL (Gaitán, 1993).

4.3.2 Características generales de la institución

SAPTEL Cruz Roja Mexicana es un servicio gratuito efectivo de orientación, referencia y apoyo psicológico o emocional por teléfono que presta sus servicios principalmente para la población de la Ciudad de México y área Metropolitana. Se realiza con la meta de proveer atención continua y constante en el manejo de emergencias psicológicas y crisis emocionales las 24 horas del día y los 365 días del año.

Función:

La función de SAPTEL Cruz Roja Mexicana FMSM tiene como finalidad beneficiar a la comunidad actuando en diferentes formas:

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

✓ Primario preventivo

- ✓ Secundario o de tratamiento
- ✓ Terciario o de rehabilitación

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

3.-Apoya psicológicamente en casos de emergencia con programas de intervención en crisis.

Objetivos Generales:

- Proporcionar un servicio efectivo y oportuno de orientación y apoyo en problemas emocionales para la población de la Ciudad de México y área Metropolitana, en particular aquellos con aquellos con recursos limitados.
- Promover un mayor bienestar emocional al aumentar la gama de servicios en salud mental y proveer la instancia que vincula a los usuarios con los servicios existentes.

Objetivos Específicos:

- Ofrecer un servicio satisfactorio por teléfono de psicoterapia de apoyo y corta duración para situaciones de emergencia emocional y urgencia psicológica.
- Promover y propiciar que grupos específicos y de alto riesgo, como son mujeres niños y niñas y personas de escasos recursos económicos, se beneficien de este servicio.
- Fungir como enlace entre usuarios y servicios de salud mental de diversa índole: instituciones públicas y privadas, así como de voluntarios y de autoayuda.
- Establecer un sistema continuo de evaluación científica y técnica que nos permita identificar la problemática específica en salud mental de los habitantes de la Ciudad de México, así como desarrollar modelos específicos de intervención para dicha problemática. Para que una vez demostrada la utilidad de SAPTEL Cruz Roja Mexicana, favorecer la instalación de servicios similares en otras ciudades del país y /o del continente.

4.3.3. Bases operativas

La conformación del personal que presta sus servicios en SAPTEL consta actualmente con más de 80 supervisores, entre ellos Doctores, Maestros y Licenciados en Psicología quienes forman parte de la capacitación y supervisión de los nuevos integrantes y de los consejeros al teléfono.

SAPTEL cuenta con 16 líneas telefónicas, 10 de ellas dentro del Distrito Federal y 6 de ellas con el 01 800 para los estados de Baja California y Oaxaca, todas ellas funcionando las 24 horas del día todo el año.

El área donde opera el consejero es de aproximadamente es de 50 metros cuadrados, en donde se encuentran diversos escritorios y teléfonos. Los materiales de trabajo con los que cuenta el consejero de SAPTEL, es el expediente. El cual es la historia clínica de los usuarios del servicio, en ella se anotan diversos datos por medio de claves; como los de identificación, motivo de consulta, examen mental, sintomatología específica, aspectos emocionales de la relación de trabajo, así como su diagnóstico de presunción, tratamiento y pronóstico, cierre de llamada y datos del consejero

Otros de los materiales de trabajo son: el directorio el cual cuenta con diversas referencias sobre instituciones de todo tipo ubicadas en diversos puntos de la Ciudad. Así también se cuenta con varios libros de registro para anotar durante el transcurso del día el tipo de llamada que se hizo, esto es, llamada de primera vez, de seguimiento y otras.

Los consejeros que operan en las líneas forman alrededor de 90 personas cubriendo diversos turnos y la asignación de horas depende de la razón social que cada consejero haya escogido, así como el horario. El total de guardias con las que opera SAPTEL son cinco durante todo el día con un tiempo de cuatro horas cada una, a excepción del horario nocturno el cual es de ocho horas y de asignación variable.

Guardias	Horarios	No. de consejeros
01	7:00 a 11:00	De 3 a 4 consejeros en cada turno
02	11:00 a 15:00	
03	15:00 a 19:00	
04	19:00 a 23:00	
05	23:00 a 7:00	

Tabla 3. Horarios y consejeros del servicio en SAPTEL

En SAPTEL la organización interna del sistema se estructura y clasifica en varios subgrupos o comités y coordinaciones. Por mencionar algunos se encuentran la dirección operativa, directorio, asistencia, servicio social, archivo, papelería, coordinaciones de guardia etcétera. De esta manera, todos los consejeros además de asistir a sus guardias

tienen asignadas otras actividades según el comité o coordinación al que pertenezcan, aunado a la asistencia obligatoria del curso de capacitación y/o seminario clínico, efectuado cada viernes de 16:00 a 18 pm; así como a su respectiva asesoría de grupo pequeño.

4.3.4 Selección e ingreso

En SAPTEL se brinda la oportunidad a los estudiantes y egresados de la carrera de psicología a participar como consejeros en la intervención psicológica por teléfono, los requisitos para ingresar a esta institución son los siguientes:

- **Profesión:** Para ingresar como consejero en SAPTEL, es indispensable tener por lo menos el 70% de la carrera de psicología en su mejor caso haber concluido los estudios de licenciatura en Psicología.
- **Edad:** Para SAPTEL no existe una edad mínima ni máxima para realizar la actividad de orientación telefónica.
- **Sexo:** El personal es de ambos sexos, para que el usuario decida de mejor manera al consejero que le inspire confianza.
- **Conocimientos:** Aunque no es obligatorio tener una manipulación en técnicas de intervención en crisis, puesto que la capacitación va dirigida a ello, es importante que se tenga algún conocimiento de ellas y ciertas habilidades para la entrevista.
- **Habilidades y Actitudes:**
 - Capacidad de empatía
 - Capacidad de escuchar y dialogar
 - Habilidad para sintetizar y transmitir contenidos a través del discurso del usuario(a)
 - Creatividad para promover diversas soluciones, respuestas o alternativas ante una situación o problema.
 - Capacidad de auto crítica y actitud abierta a nuevos procesos de aprendizaje
 - Apertura al trabajo multidisciplinario.
 - Habilidad y conocimientos respecto al manejo de personas en situación de crisis.
 - Capacidad de reconocer y diferenciar sus posturas y valores personales.
- **Experiencia Laboral:** Aunque en SAPTEL es importante que se tenga cierta experiencia en intervención en crisis o en la implementación de talleres en los cuales se hayan manejado ciertas técnicas, se da la oportunidad a que el egresado de la carrera de psicología aprenda el manejo de ellas mediante la capacitación y la práctica.
- **Disponibilidad de horario:** En SAPTEL es importante contar con tiempo disponible para ofrecer un servicio de apoyo que actúa las 24 horas del día todo el año, aunque el tiempo y las horas que se le dedican dependen de la razón social que el consejero tenga,

esto es, voluntariado, de servicio social o de prácticas profesionales, es indispensable disponer del tiempo suficiente para asistir a los cursos de capacitación, a la asesoría de grupo pequeño y los seminarios que se efectúan cada viernes para revisar casos con diferentes enfoques teóricos.

Proceso de selección

En SAPTEL el proceso de selección e ingreso consiste en convocar mediante un ejemplar a todas aquellas personas que hayan egresado de la carrera de psicología o que se encuentran con el 70% de los créditos de la carrera para participar en el curso de capacitación. Los requisitos que se solicitan además de pertenecer a la carrera de psicología consisten en llenar un cuestionario en el cual se menciona el interés de ingresar a esta institución y los conocimientos previos que se tienen, así también se les solicita una autobiografía en donde especifiquen lo más relevante de toda su trayectoria de vida.

Al curso de capacitación previa se permite la entrada prácticamente a cualquier persona, pero no todos con derecho a acceder a la atención al público cuando terminan. Ya que los solicitantes habrán de pasar por una entrevista de evaluación realizada por miembros autorizados por el Consejo Regional que sirve como el primer filtro en el proceso de selección de consejeros telefónicos en SAPTEL. Además durante el desarrollo del curso, la participación de los postulantes es el elemento de juicio para que los profesores evalúen sus aptitudes individuales, además de considerarse elementos formales como las asistencias y puntualidad.

4.3.5 Capacitación inicial y continua

En SAPTEL el curso de capacitación tiene una duración de 56 hrs., al cual se asiste una vez por semana. La mitad de estas horas se dedica a la capacitación teórica, mientras que la otra mitad consta de sesiones de supervisión conjunta de casos, en donde los profesores ilustran las diversas técnicas de intervención adecuadas para cada situación dada.

El curso de capacitación continua inicia a continuación del curso de capacitación previa y es obligatorio que el consejero asista mientras permanezca activo en el servicio. La meta es seguir participando en las sesiones de supervisión inscribiéndose cuando ya se está en teléfonos a un grupo de supervisión de grupo pequeño para obtener la retroalimentación.

En el curso de capacitación se trata de revisar ciertos temas de mayor relevancia, haciendo revisión de diversas técnicas para poder acceder en casos de emergencia, además de profundizar en la técnica adecuada para la elaboración de la historia clínica, con la meta de contar con expedientes completos. Este proceso incluye la instrucción en el método de llenado de la cédula de registro.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Por otra parte, cuando las posibilidades de espacio lo permitan, el consejero deberá integrarse grupos de estudio en los que se pueda profundizar en temas específicos lo que en muchas ocasiones resulta indispensable para realizar la labor con eficacia.

Los temas que conforman la primera parte del curso de capacitación teórico-práctico consiste en el siguiente programa:

<i>Sesiones</i>	3: 30 a 4:30 pm	4:30 a 6:00pm	6:00 a 8:00 pm
1	Bienvenida	Especificación grupal	Seminario clínico
2	Atención Telefónica	Módulo de Atención	Seminario clínico
3	Técnica de entrevista	Intervención en crisis	Seminario clínico
4	Terapia Breve	Relación de pareja	Seminario clínico
5	Sexualidad	Atención de emergencia	Seminario clínico
6	Tanatología	Farmacología	Seminario clínico
7	Depresión	Suicidio	Seminario clínico
8	Adicciones	Historia Clínica/ Cédula de registro I	Seminario clínico
9	Psicosis	Perversiones	Seminario clínico
10	Estrés postraumático	Violación	Seminario clínico
11	Asesoría jurídica	Violencia Intrafamiliar	Seminario clínico
12	Capacitación operativa	Historia Clínica/ Cédula de registro 2	Seminario clínico
13	Cierre del curso	Evaluación del llenado de la historia clínica	Seminario clínico
14	Especificación de horarios	Consideraciones últimas sobre la intervención	Seminario clínico

Tabla 4. Programa de capacitación teórico-práctico de SAPTEL

4.3.6 Marco teórico-metodológico

En SAPTEL, existe la necesidad de resolver problemas concretos en corto tiempo, de ahí de utilizar un procedimiento clínico de terapia breve la cual se deriva del psicoanálisis y de la teoría de intervención en crisis. La técnica ha sido modificada para adaptarse con cualquier enfoque. En ella se establece un número limitado de sesiones (1-20 o más en su caso) y se trabaja con un problema específico, bien delimitado, en donde el terapeuta tiene una participación muy activa para que el paciente se centre en el problema a resolver, evitando la regresión y las interpretaciones de transferencia.

Desde el punto de vista, importante para decidir la técnica de trabajo, es preciso clasificar el motivo de consulta en dos categorías no excluyentes.

- A. Urgencia psicológica
- B. Emergencia emocional

Conceptuaremos homeostasis en el sentido de Cannon, como el principio fundamental del equilibrio de los sistemas vivos. Todo ser requiere, para estabilizar sus constantes fisiológicas, un balance específico entre tres principios fundamentales: constancia, dinámica y cambio.

Todo principio de equilibrio debe sustentarse sobre la base de elementos constantes, conformando un entorno lo suficientemente predecible como para poder operar en él. A la vez todo ser vivó, en tanto que persiste a través del tiempo, debe contar con la flexibilidad suficiente como para ajustarse a la gran cantidad de cambios que ocurren, tanto en el medio externo como en el medio interno del sistema, producto de asociados a este mismo paso del tiempo. Por ello, el ser humano tiene que adaptarse al movimiento y cambio para poder afrontar con posibilidades de éxito los retos o amenazas del sistema representados en la diversidad de circunstancias (Gaitán, 1993).

En SAPTEL, el concepto de crisis es abordado siguiendo algunos preceptos como: un sujeto entrará en crisis cuando pierda su equilibrio homeostático, o cuando considere su estabilidad seriamente amenazada.

Las crisis del desarrollo, que se presentan en todo ser vivo, son comúnmente un resultado de percibir o sentir amenazada su homeostasis. Los eventos traumáticos son verdaderos desestabilizadores de la armonía de la vida del sujeto. Una situación traumática indica la incidencia sobre el sistema de un factor externo altamente desestabilizador, mientras que un reto del desarrollo puede originarse también en el mundo interno del sujeto por ejemplo como factor hormonal del crecimiento.

Típicamente, estos factores anti-homeostáticos, determinantes de "homeolisis" despiertan en el sujeto, entre otras cosas, una lesión o falla temporal en el funcionamiento de diversas estructuras o habilidades. El que el origen de la amenaza agresiva o de la agresión efectiva se encuentre, desde el punto de vista del sujeto, en su mundo externo, provoca reacciones hacia el entorno y lesiona funciones y/oicas correspondientes. Por otra parte, el que la fuente sea percibida como interna, obliga a profundizar en la conflictiva interestructural (ello/yo/super-yo) (Gaitán, 1993).

Es cierto que tal descripción representa un modelo simple general, y que la mayoría de las veces ambas "situaciones" se presentan imbricadas, sin embargo, siempre puede ser posible determinar las características comunes que allanan el camino interno y externo del individuo para la comprensión de la crisis.

En este caso, en SAPTEL se describen dos tipos de crisis que permiten diferenciar el estado de la crisis:

La urgencia psicológica (A) queda definida como un desequilibrio psicológico intenso (o amenaza de lo mismo) 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 para dar apoyo emocional en cualquiera de sus diversas modalidades, según cada caso particular.

Por emergencia emocional (B) se entiende una respuesta sistémica del individuo a un desequilibrio psicodinámico íntimamente relacionado con procesos del mundo interno, consciente o inconsciente, del sujeto. Ante esta situación, el procedimiento seguido en SAPTEL consiste en hacer todas las preguntas pertinentes hasta conocer a fondo la situación y comprender sus motivaciones (Gaitán, 1993).

La investigación adecuada de la situación, aunada al dominio de los temas detallados a continuación, son herramientas de gran valor para la determinación del tipo de crisis:

- a) Factores relacionados con la angustia
- b) Elementos depresivos
- c) Manejo de duelos
- d) Factores asociados al sentimiento de culpa
- e) El nivel de tolerancia a la frustración relacionado con el grado de evolución de proceso primario a proceso secundario del pensar en la resolución de conflictos.

Cada uno de estos elementos debe ser indagado conocido y reintegrado al usuario en forma de palabras, permitiéndole acceso a la información que había estado vedada para su conciencia, brindándole la posibilidad de un orden nuevo que lo lleve a poder realizar tomas de decisión adecuadas.

En SAPTEL la técnica específica de realizar nuestra meta debe siempre estar respaldada por un cuerpo teórico más o menos sistematizado.

El modelo de SAPTEL de apoyo psicológico y de intervención en crisis contempla cinco fases, que se distinguen entre sí, según la cantidad de llamadas.

FASE 1. Primera llamada

FASE 2. Segunda llamada

FASE 3. Sigüientes llamadas, hasta la número veinte.

FASE 4. De la vigésimo primera llamada en adelante

FASE 5. Seguimiento. Últimas tres llamadas

En la fase de la primer llamada se utiliza una técnica de atención universal. Esta es de gran importancia en SAPTEL, porque ofrece una imagen homogénea al público usuario; y ello solamente puede lograrse si todos los terapeutas ejecutan las mismas acciones más o menos en el mismo orden durante la primera llamada, los elementos que se contemplan son los sigüientes:

Presentación: determinación de la naturaleza de la llamada; motivo de consulta manifiesto: exposición del usuario; investigación con respecto a tratamientos; psicoterapéuticos a los que haya acudido o en los que se encuentre actualmente; ficha de identificación; motivo de consulta: semiología de signos y síntomas; examen mental; sintomatología específica y cierre de la llamada.

En la correspondiente segunda fase, si el usuario decide seguir con el terapeuta durante la primer llamada, se pacta con el terapeuta la siguiente sesión, en las cuales se van indagando más datos con referente al motivo de consulta y a su vez se realiza la intervención correspondiente: según el tipo de enfoque.

Para SAPTEL, no todas las crisis son iguales, y no se puede esperar los mismos resultados para todas ellas. En general, se diferencian dos tipos: aquellas productos de desafíos y retos normales, y otras cuyo origen se encuentra directamente en el mundo interno del usuario, tal vez sobre estructuras psicopatológicas. Para ambas formas, las primeras dos fases propuestas en el modelo SAPTEL constituyen una buena técnica de intervención en crisis.

En las llamadas siguientes, hasta la veinte que identifica a la fase III y que se aplica cuando el efecto de la crisis ha aminorado y solamente se requiere profundizar sobre algunos aspectos que limitan todavía la capacidad del individuo para actuar ante su medio, el modelo de atención consiste en la aplicación de la terapia breve, desde diferentes enfoques, según la corriente teórica que se maneja en supervisión.

En la fase IV se atiende las llamadas del usuarios si el caso lo amerita y dependiendo de la problemática y circunstancias ya que el grado de efectividad de la técnica decrece varios puntos si llevan a cabo más intervenciones, si el caso lo requiere se contempla referir a la persona hacia algún modelo de atención psicoterapéutica cara a cara y en últimos casos se sigue con esta alternativa de psicoterapia por teléfono.

La fase V de seguimiento: se lleva a cabo siempre al final de cualquier forma de intervención lo cual es preciso pactar hasta tres entrevistas de seguimiento.

Descripción de cada una de las fases del modelo de SAPTEL

FASE I. Primera llamada

1. Motivo de consulta manifiesto: exposición del usuario.

Se promueve al usuario a que verbalice por medio de preguntas directas su problemática con el propósito de que descargue la tensión emocional. Identificando con ello, los esfuerzos que se han hecho anteriormente para resolver la crisis, valorando el

estado y grado de involucramiento de aquellas funciones y/oicas que se relacionan con el proceso.

2. Investigación con respecto a tratamientos psicoterapéuticos a los que haya acudido o en los que se encuentre actualmente.

Una vez que se ha permitido al usuario tal exposición de los hechos, que algunas veces se acompaña ya de elementos catárticos o abreactivos, se verifica tanto si el usuario cuenta o ha contado con psicoterapia externa como si ya ha llamado antes a SAPTEL, la finalidad de investigar esto, consiste en no invadir el trabajo de otro consejero dentro o fuera de SAPTEL.

La única razón válida para seguir esta consulta será confirmar la presencia de crisis cuando, en lo posible, el usuario ha constatado la inaccesibilidad temporal de su consejero telefónico o psicoterapeuta habitual.

3. Ficha de identificación

Mediante la investigación del motivo de consulta se procede a investigar en esta fase la cantidad posible de datos si la situación lo permite.

La información que aquí se indaga es: nombre, sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, lugar de origen, domicilio actual, número de personas con quien vive, número de habitaciones y nivel de ingresos y fuente de referencia.

4. Motivo de consulta. Semiología de signos y síntomas

5.

Al retomar esta indagación, se suele tener un nuevo significado de la problemática del usuario, por lo que se retoma lo manifestado con un interrogatorio dirigido para obtener una idea clara de todas las características de los signos y síntomas relacionados con la crisis: intensidad, duración y frecuencia, historia, las circunstancias en que aparece y con las que se mitiga o desaparece, la carga afectiva con la que se asocian, etcétera.

En el registro del motivo de consulta, es también de importancia técnica distinguir la procedencia de los elementos perturbadores del equilibrio homeostático, para saber si en ellos predominan elementos del mundo interno o del mundo externo del sujeto. A las situaciones del primer tipo se le denomina: Urgencias psicológicas y en el segundo caso emergencias emocionales.

En las urgencias psicológicas la técnica de intervención en crisis consiste en:

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

En las emergencias emocionales psicológicas la técnica de intervención en crisis consiste en:

- a. Determinar tanto el tipo (libidinal o agresivo) como las demás características del impulso con que lidia el sujeto.
- b. Detectar el tipo y la eficacia de los mecanismos de defensa a los que recurre en sus intentos de solución del conflicto: una forma de averiguar esto es pedir al sujeto que relate aquellas experiencias previas que asocia con el acontecimiento actual.
- c. Reforzar u optimizar el funcionamiento de estos mecanismos de defensa con la finalidad, al igual que en las urgencias, de restablecer al menos un

- estado igual al existente antes de que se presentara la crisis.
- d. Evaluar y coadyuvar en el restablecimiento de la normalidad en funciones tales como la angustia y la culpa.
 - e. Determinar el estado de los procesos de duelo, cuando los haya.

7. Examen mental.

Una vez alcanzado el punto en que el consejero telefónico sabe perfectamente bien a qué está el usuario llamándole como de todo aquello que le pasa, o sea que ha realizado la semiotecnia descrita en el número anterior, debe determinar el grado o la extensión en que la crisis ha afectado el equilibrio homeoestático del usuario.

Investigar este punto ayuda a determinar si la crisis ha afectado las funciones de prueba y juicio de realidad. Si resulta el caos en que hay severa crisis, es imperativo considerar la necesidad de referirlo a tratamiento psiquiátrico.

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

8. Sintomatología específica

En este punto se reflejan las alteraciones finas del desequilibrio, más frecuentemente relacionadas con ajustes normales del proceso de adaptación a los cambios, y con trastornos neuróticos de la personalidad en individuos funcionales.

Los temas específicos son: síntomas somáticos: fatiga; aumento de la atención en las funciones corporales; consumo de hipnóticos durante la última

semana; alteraciones en el dormir, irritabilidad, ideas obsesivas, suda obsesiva o rituales, ánimo depresivo. disminución de la concentración, ansiedad y fobias.

Al registrar todos estos datos en la Cédula de Registro el consejero telefónico tiene ya una idea clara de la problemática y es capaz de establecer un diagnóstico de presunción, que debe estar apoyado por alguna de las dos clasificaciones aceptadas internacionalmente.

9. Cierre de la primera llamada.

El cierre contiene elementos de retroalimentación de lo que se habló en el transcurso de la conversación, teniendo como elementos acordar la siguiente cita, la hora y la fecha y su número de expediente, así como el nombre del orientador y los horarios de guardia de éste.

El término de la llamada será igualmente registrada en la Cédula de Registro con los siguientes puntos: número de expediente, nombre y número de consejero, tipo de respuesta-reacción del consejero telefónico: presencia y ausencia de rapport y momentos catárticos o abreactivos durante la intervención. Grado de credibilidad de la información recibida; calificación global de severidad; pronóstico y tipo de aproximación terapéutica utilizada en la atención del caso.

Fase II. Segunda llamada

Aquí se establecen los parámetros que normen el encuadre de trabajo necesario para realizar la intervención breve que proceda. Tales parámetros varían en función de la aproximación teórica que sustenta la técnica, y que es dada por cada supervisor.

Fase III. Siguietes llamadas, hasta la vigésima

En lo que respecta al Apoyo Psicológico y la

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

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

Fase IV. Siguietes llamadas, hasta la vigésima

Este tipo de intervención deberá de ser considerada como psicoterapia por teléfono y habrá de ser registrada con parámetros extra para determinar tanto su validez como su efectividad.

Para llegar a esta fase se realiza un profundo estudio y consulta de caso para tomar una mejor alternativa ya sea para referir al usuario o para plantear otra forma de intervención psicoterapéutica.

Fase V. Seguimiento. Últimas tres llamadas

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

Estas sesiones se realizarán con aquellos usuarios que, en las preguntas de cierre, hayan estado de acuerdo en dejar de ser anónimos y por tanto aceptaron proporcionar datos reales con respecto a su nombre y teléfono.

La iniciativa de hacer la primera llamada se seguimiento, quince días de la llamada considerada como última, se contacta hasta los 45 y 90 días después de la última llamada, aunque no sea su consejero de primer contacto, ni el que siguió el caso la última vez.

CAPITULO 5

PROPUESTA DE TRABAJO SOBRE LA ORIENTACION PSICOLOGICA POR TELEFONO

*Largo es el camino de la enseñanza por medio de teorías;
breve y eficaz por medio de ejemplos.
-Séneca*

5.1 Conclusiones

Mediante la revisión anterior de todos aquellos elementos teórico metodológicos que se llevan acabo en SAPTEL y LOCATEL, se pudo identificar las cualidades más sobresalientes del papel que tiene el psicólogo ante la orientación psicológica por teléfono, encontrándose que:

SAPTEL y LOCATEL son instituciones que operan las 24 horas del día todo el año ofreciendo apoyo psicológico por teléfono a todas aquellas personas que llaman y que se encuentran ante un problema de tipo emocional y requieren apoyo psicológico o alguna información, el servicio es gratuito y la cobertura que abarcan es en toda la Ciudad de México y el área Metropolitana, así también en algunos estados de la República operando con el 01800 en el caso de SAPTEL.

En cada una de estas instituciones se encontró que las personas que operan como orientadores por teléfono son profesionales del área de psicología tanto titulados como pasantes los cuales tienen como funciones principales la de proporcionar escucha, orientación psicológica, apoyo de emergencia y enlace institucional, a todas aquellas personas que llamen y que se encuentren ante un problema, necesidad o duda.

La escucha se percibe cuando la persona que habla para pedir ayuda siente que es escuchada sin intervenciones verbales constantes de parte del orientador, atendiendo con respeto su discurso y manteniendo en alerta los recursos de apoyo.

La orientación se percibe cuando la demanda del usuario/a gira en torno a la solicitud de información específica, quien atiende facilita el proceso de orientación en el cual explora nociones sobre el tema de la persona que llama, además de incorporar información clara y sencilla en el curso de la conversación para que el usuario o usuaria lo vincule con su experiencia, construya poco a poco nuevos conceptos y pueda satisfacer su necesidad de información.

La asesoría psicológica se realiza cuando los usuarios/as solicitan apoyo para enfrentar situaciones problemáticas de su vida cotidiana. En estos casos requiere saber qué

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hacer y cómo actuar. pues, aun cuando sean circunstancias cotidianas generan malestar emocional.

La asesoría psicológica se ofrece con el propósito de ayudar a la persona que llama para a) definir con claridad su preocupación y la manera cómo esta afecta a su estabilidad; b) para identificar tanto los riesgos de la propia situación y de su contexto, como de sus recursos para enfrentarlos; c) para elegir la mejor alternativa para afrontar su dificultad, preocupación o problema; así como d) diseñar un plan de acción inmediata.

El apoyo de emergencia se percibe cuando el personal de orientación ofrece apoyo ante situaciones de emergencia. esto es, ante algún evento que provoca en los usuarios y las usuarias reacciones emocionales y de comportamiento que afectan considerablemente su capacidad para tomar decisiones y enfrentar su vida cotidiana. Este apoyo consiste en acompañarles en la clarificación de sus emociones y en la generación de acciones inmediatas que reduzcan los riesgos emocionales y físicos. En este tipo de apoyo las instituciones como SAPTEL y LOCATEL cuentan con servicios de emergencia para enviar previo consentimiento de los interesados apoyo de ambulancias, patrullas o bomberos. La metas del apoyo de emergencia consisten en evitar cualquier circunstancia que atente con la vida del individuo en crisis dando apoyo psicológico en la línea mientras se hace uso de los recursos para emergencias.

En enlace institucional se identifica cuando es necesario complementar la atención brindada por teléfono. promoviendo el acercamiento de los usuarios/as a las diferentes instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales que proporcionan servicios especializados o de interés. Para esto cada institución cuenta con un directorio compuesto de aproximadamente 300 instituciones que proporcionan servicios de salud, orientación educativa, laboral o legal; atención a la violencia familiar y sexual; psicoterapia; talleres de desarrollo humano, entre otros.

Para LOCATEL y SAPTEL el psicólogo que ejerce la orientación psicológica por teléfono. tanto para proporcionar escucha, atención psicológica o de emergencia, es aquel quien cuenta con recursos para establecer empatía, escuchar de forma activa, preguntar, dar contención emocional, conducir la conversación y ordenar el discurso propio y la del interlocutor, realizando actividades de evaluación e intervención mediante la aplicación de un modelo de atención específico, conformado de manera integral por un marco teórico, metodológico y normativo basado en la intervención en crisis y la terapia breve.

En LOCATEL y SAPTEL entre las actividades genéricas que también permiten identificar el papel del psicólogo ante la orientación psicológica por teléfono están las de participar de forma constante en actividades de supervisión, difusión, capacitación, sistematización y documentación, todo ello, con el fin de complementar sus funciones y a fin de ampliar sus experiencias como orientadores por teléfono.

Hasta aquí se han mencionado los elementos comunes que tiene LOCATEL y SAPTEL. que identifican el papel del psicólogo ante la orientación psicológica por teléfono, en cuanto a las diferencias se encontró que de manera particular en cada una de éstas

instituciones los procedimientos tanto para seleccionar y emplear al tipo de personal como el tipo de capacitación y seguimiento son aplicados de forma diferente.

Por ejemplo en LOCATEL se emplea personal del área de psicología titulados, con conocimientos y experiencias previas sobre intervención en crisis y el manejo en la aplicación de técnicas sobre habilidades sociales como: solución de problemas, toma de decisiones, fortalecimiento de la autoestima, manejo de valores, comunicación asertiva y manejo de sentimientos. De ahí que la selección y el procedimiento de ingreso y capacitación es más exhaustiva. La capacitación consta de la implementación integral de los procedimientos teóricos, metodológicos y normativos, los cuales mediante la revisión de ellos se encontró que se encuentran claramente especificados, así como los procedimientos y técnicas a aplicar independientemente del modelo teórico al cual se enfoquen los orientadores.

En LOCATEL el diálogo con el profesional del servicio de apoyo psicológico se visualizó como un espacio de comunicación humana que facilita la autoexploración, el descubrimiento de habilidades, la construcción de conocimientos, la expresión y manejo de emociones, así como de acompañamiento para apoyar procesos de toma de decisiones y para diseñar o replantear un proyecto de vida.

Los enfoques que responden al cumplimiento de los objetivos de cada programa de LOCATEL están dirigidos al curso y proyecto de vida, al enfoque preventivo, de derechos humanos y la perspectiva de género, quedando claro que la relación del individuo con su entorno debe verse de manera holística donde se contemplan de manera integral todos aquellos cambios visualizando tanto las oportunidades como los límites del cambio y de las situaciones inesperadas.

Por otro lado se encontró que en LOCATEL se manejan programas específicos dirigidos a los jóvenes, mujeres, niños y niñas. La constante actualización y revisión de ellos en LOCATEL es de suma importancia, por ello, en esta institución el personal tiene el compromiso durante su estancia de ejercer diversas funciones, entre ellas la más importante es la de comprometerse a la asistencia de la supervisión tanto grupal como individual para el análisis de los casos, también el proceso de autoanálisis es un requisito importante para LOCATEL ya que por medio de él se puede llegar al conocimiento propio enfatizando los procesos de crecimiento y de desarrollo profesional.

En cuanto a la infraestructura con el que opera el orientador en LOCATEL, se pudo visualizar que cuentan con el inmueble cómodo para operar así como de diversos materiales actualizados, entre ellos está la base de datos de información estadística que permite conocer los tipos de problemas y necesidades que la gente tiene, así también se cuenta con un sistema de cómputo actualizado que permite registrar la información inmediatamente y solicitar información sobre varias instituciones.

SAPTEL, por su parte cuenta con personal que inicia su carrera como profesional de psicología quienes son supervisados por una gama amplia de profesores experimentados, aquí todos las personas que egresan de la carrera tienen la oportunidad de contar con la capacitación en intervención en crisis, aunque no todos con derecho a ingresar como

consejeros puesto que se requieren pasar ciertos lineamientos para ingresar. La capacitación continua consiste en asistir a seminarios como a supervisiones de grupo pequeño lo que permite que el psicólogo este en constante aprendizaje desarrollando tanto la práctica como la teoría.

En SAPTEL de igual manera se cuenta con una base de procedimientos teóricos, metodológicos y normativos, que sirven de alguna manera para organizar las funciones del orientador psicológico por teléfono, en ellos se encontró que son manejados todos los conceptos bajo el enfoque del psicoanálisis y la teoría de la crisis, aunque existe la apertura para interpretar los problemas bajo otros enfoques teóricos, de primer instancia la gente que ingresa tiene que conocer algunos términos y conceptos para entender la metodología. Las personas que logran ingresar como orientadores psicológicos por teléfono de igual manera que LOCATEL tiene que asistir a los seminarios clínicos una vez por semana para obtener de esta manera retroalimentación sobre el análisis de diversos casos desde diferentes perspectivas teóricas. En la supervisión de grupo pequeño consiste en analizar diversos casos bajo un enfoque teórico específico, así también se permite revisar los errores las dudas y los aciertos que como orientadores se va teniendo a la hora de estar frente al teléfono.

Por otra parte, los programas y manejo de temáticas que se manejan en SAPTEL son llevados de forma abierta sin contemplar programas específicos como es el caso de LOCATEL quien tiene programas específicamente dirigidos a los niños, jóvenes y mujeres, en SAPTEL las temáticas sólo se manejan directamente en la supervisión o en talleres.

Finalmente en SAPTEL el registro de los casos, generalmente se lleva a cabo en expedientes que se llenan de forma manual, así también como la información sobre instituciones, pues aún no se cuenta con un sistema cómputo que agilice el trabajo de los orientadores.

Hasta aquí se trató de explicar mediante una descripción no tanto abarcativa todos aquellos elementos que intervienen en el trabajo del psicólogo ante la orientación psicológica por teléfono en LOCATEL y SAPTEL, instituciones que se identifican por ofrecer sus servicios de intervención en crisis por teléfono, las 24 horas del día todo el año, de forma gratuita, con personal del área de psicología.

Con los elementos aquí encontrados se puede decir en conclusión que, el psicólogo que ejerce esta nueva actividad en cada una de estas instituciones posee una serie de funciones que le ayudan de alguna forma a adquirir las habilidades y competencias que se requieren en este campo. La constante capacitación, supervisión y práctica son la base para que pueda desarrollar su papel como orientador. Si bien se puede decir que, el trabajo que aquí realiza el psicólogo a diferencia de la terapia llevada a cabo dentro de un consultorio con el paciente de frente a frente no es muy diferente pero si se requiere tener dominadas en mayor grado ciertas competencias, como son: las de escucha y las verbales. Así también las habilidades de evaluación e intervención deben estar mayormente desarrolladas, ya que en un centro donde se atienden casos de emergencia es muy necesario tener cierta experiencia para poder actuar de manera rápida y eficaz. Aunque, el psicólogo que ingresa a una institución que ofrece servicios de orientación por teléfono puede contar con una serie de posibilidades y oportunidades que le permiten ampliar de cierta forma sus experiencias

como psicólogo clínico tanto en el área de intervención por teléfono como la que es llevada a cabo en un consultorio, es muy importante que lleve una constante práctica y supervisión, para visualizar de manera clara donde están las limitaciones. Finalmente es importante mencionar que en instituciones como LOCATEL y SAPTEL en donde se atienden una diversidad de casos y se revisan una variedad de temas, se tiene la oportunidad mediante el ejercicio de diversas funciones de obtener mayor conocimiento y mayor experiencia por la práctica directa ante el teléfono y por la retroalimentación que se obtiene dentro de la capacitación continua y las supervisiones. Sin embargo, existe la necesidad de que el psicólogo al ingresar a este campo se encuentre inicialmente preparado, para ello es necesario que las instituciones evalúen constantemente al personal que ingresa como orientador al teléfono, porque sólo así se podrá detectar tanto las limitaciones como los alcances que se están teniendo y también se estarán detectando las nuevas necesidades que la sociedad va teniendo.

5.2 Propuesta de trabajo sobre la orientación por teléfono en LOCATEL y SAPTEL

A continuación con el propósito de enriquecer el trabajo del psicólogo ante la orientación por teléfono se presentan las siguientes propuestas con base a las necesidades específicas de cada institución:

LOCATEL

- Ampliar la cobertura de atención hacia diferentes estados de la República Mexicana con el 01800.
- Ampliar su propaganda y difundir mayormente los programas con los que cuenta mencionando quienes participan (psicólogos, médicos y abogados) cómo y a quienes pueden ayudar.
- Crear cursos de capacitación sobre las temáticas de mayor demanda para la comunidad egresada de la carrera de psicología, con el fin de conocer qué es lo que está pasando en nuestra sociedad y de esta manera tener un proceso inicial en la intervención en crisis.
- Vincular a los orientadores con personal de otras instituciones para intercambiar experiencias y generar propuestas de atención.
- Integrar en el servicio, personal del área de psicología de diferentes niveles profesionales con mayor experiencia en la atención de casos, para retroalimentar directamente y apoyar a todos aquellos que ingresan en el servicio como orientadores.

- Continuar con la selección minuciosa de personal que ingresa al servicio con el objetivo de mantener la calidad de la atención telefónica.
- Mantener la actualización de equipos y materiales de trabajo para optimizar el trabajo de los psicólogos ante la orientación por teléfono.
- Ampliar las estrategias de tratamiento implementando con ello nuevas técnicas de intervención.
- Continuar con la aportación de los datos que se obtienen en esta nueva modalidad de terapia a la investigación científica para ayudar a la creación de programas de prevención comunitaria.
- Implementar procedimientos de terapia breve para aquellos casos de mayor urgencia, en vez de canalizarlos a otras instituciones.
- Implementar programas específicos para casos de desastres en donde es necesario atender de emergencia a una gran cantidad de población.
- Llevar a cabo una evaluación sobre la satisfacción del usuario, para elevar la calidad de la atención.

SAPTEL

- Informar a la población usuaria el tipo de servicio que se ofrece y para quienes, está dirigido.
- Implementar programas específicos para dar respuesta a las necesidades de poblaciones con mayor demanda, en el caso de los niños, mujeres y ancianos.
- Vincular la información con diversas instituciones para la creación de cursos y talleres y para retroalimentar a los orientadores con otras técnicas y procedimientos implementadas en otras instituciones.
- Implementar programas específicos para casos de desastres en donde es necesario atender de emergencia a una gran cantidad de población.
- Evaluar las habilidades de los consejeros directamente ante el teléfono con el fin de darle una retroalimentación más objetiva.
- En la capacitación detallar más en los aspectos metodológicos para reforzar los elementos de la atención por teléfono.

- Contar con personal de diversas áreas del campo multidisciplinario para apoyar ante algún problema inesperado o a la hora de evaluar algún caso inesperado, por ejemplo: cuando se está medicado o cuando se presenta un caso de urgencia psiquiátrica. Esta colaboración es muy deseable, porque en una institución con cobertura amplia tiende a recibir una diversidad de situaciones que no pueden ser manejadas de forma independiente por el psicólogo.
- Asignar números o líneas telefónicas para casos de extrema urgencia como suicidio, violación o maltrato a niños, haciendo obligatorio el seguimiento de ellos.
- Integrar en el servicio, personal del área de psicología de diferentes niveles profesionales con mayor experiencia en la atención de casos para retroalimentar directamente y apoyar a todos aquellos que ingresan en el servicio como orientadores.
- Llevar a cabo una selección minuciosa del personal que ingresa al servicio con el objetivo de mantener la calidad de la atención telefónica.
- Proporcionar incentivos a todos aquellos que colaboran como orientadores ante el teléfono.
- Implementar material con mayor tecnología, esto es, contar con computadoras y programas de registro actualizados para agilizar el trabajo de evaluación y registro.
- Aplicación de encuestas sobre la satisfacción del usuario para el mejoramiento de la calidad de la atención.
- Invitación abierta a cursos y talleres sobre los temas de mayor demanda a la comunidad estudiantil.
- Evaluar el tipo de aproximación teórica que aplican los orientadores para determinar la rapidez y eficacia en la resolución de los problemas.
- Establecer un programa de capacitación que le garantice al consejero un panorama preciso de lo que se va a encontrar cuando se esté frente al teléfono.
- Fomentar el proceso de autoanálisis en los orientadores para llegar al conocimiento propio y enfatizar los procesos de crecimiento y de desarrollo profesional.

- En la capacitación hacer revisión sobre los antecedentes de los servicios de intervención en crisis, describiendo con ello las características y los tipos de crisis.
- Continuar con la aportación de los datos que se obtienen en esta nueva modalidad de terapia a la investigación científica para ayudar a la creación de programas de prevención comunitaria.

Referencias Bibliográficas

Aguilar, A. (1992). "SAPTEL. Los reclamos de los suicidas" El Heraldo. Año. XXVIII, No. 9725 11 de Noviembre. México, D.F.

Bautista, F. (1994). Propuesta para el establecimiento de un Servicio de Apoyo psicológico por Teléfono en la Universidad Autónoma Metropolitana. Tesis de licenciatura en psicología. México, UAM.

BellaK, L. y Small L. (1980). Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Pax.

Buhler, K. (1992). Crisis en Psicología Madrid España: Morata.

Butcher, J.; Stelmachers, Z. y Maudal, G. (1992). Métodos en psicología clínica. México: Limusa.

Bustos, M. y Acosta, R. (1989). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: motivo de consulta Tesis de licenciatura en psicología. México, UAM.

Calderson, S. y Meléndez, A. (1993). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: ¿Quién llama los viernes por la noche? XIII Coloquio de investigación, Sección de cartel. Carrera de psicología. México, UNAM.

Cohen, E. (1999). Salud mental para víctimas de desastres; Manual para trabajadores. México: El Manual Moderno.

Cortes, F. (1997). La efectividad del sistema de apoyo psicológico por teléfono desde el punto de vista del paciente y el terapeuta. Tesis de licenciatura en psicología. México, UNAM.

De Shazer, S. (1991). Claves para la solución en terapia breve. México: Paidós.

Dixon, L. (1987). Working with people in crisis. Ohio, Merrill.

Farré, L. y Hernández, V. (1992). Psicoterapia psicoanalítica focal y breve: una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado. México: Paidós.

Feria, I. y Ribera, I. (1994). Sistema de apoyo psicológico por teléfono: una alternativa para la intervención en crisis. Tesis de licenciatura. México, UNAM.

Gaitán, A. (1993). Tratamiento, seguimiento y canalización en psicoterapia breve y de emergencia por teléfono. Primer encuentro sobre Psicología de emergencia en México. Mayo.

Gaitán, A. (1993). Manual de procedimientos de SAPTEL. Programa conjunto de la Cruz Roja Mexicana y Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial de Salud Mental. Basado en: Manual para el llenado de la cédula de registro del SAPT. Puente, F. Y Bustos, L. Sistema de apoyo psicológico por teléfono. Cruz Roja Mexicana.

García, E. (1992). Cruz Roja Mexicana, Servir Mejor. México: Nuevo Siglo.

Gómez del Campo, E. (1994). Intervención en crisis: Manual para el entrenamiento. México: Valdés editores.

Guy, D. (1995). La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. Buenos Aires, Argentina: Paidós

Gutiérrez, F. (1999). Terapia Breve, Hipnosis Ericsioniana, PNL, terapia de orientación sistémica, psicología transpersonal. Tomo I. Comp. C.E.F.A.P.: México.

Haley, J. (1996). Terapia para resolver problemas. España: Amorrortu

Kaes, R.; Missenard A. (1979). Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal. Buenos Aires, Argentina: Cinco.

Kleinke, L. (1994). Principios comunes en psicoterapia Bilbao: Deslelé de Brouwer.

Knobel, M. (1987). Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. México: Paidós.

Levenson, H. (1997). Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado. Bilbao: Deslelé de Brouwer.

Marquez, O. (1993). Desastres: Efectos psicosociales y alternativas de intervención (vivencias, técnicas y humanas del terremoto de 1985 en la clínica de Ampag). México, UAEM.

Malugani, M.(1993). Las psicoterapias breves Barcelona, España: Herder.

Ocaña, C. (1997). Descripción de un modelo de atención primaria de la salud reproductiva: el servicio de orientación telefónica. Tesis de maestría. Carrera de Psicología. México, D. F.: UNAM.

Rodríguez, I. (1995). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: Historia, Investigación e Implementación. Tesina de licenciatura. Carrera de Psicología., México, D. F.: UNAM.

Sánchez-Barranco, R. A.; Sánchez-Barranco V. (1999). "Un modelo psicológico de intervención en crisis". Psiquis, 20 (2): 77-82.

Servicio Público de Localización Telefónica LOCATEL, (2000). Línea Mujer: Atención y apoyo integral: Una experiencia de servicio telefónico. México, D.F.

Servicio Público de Localización Telefónica LOCATEL, (2000). Modelo de Interacción Telefónica. Guía para la atención. México, D.F.

Servicio Público de Localización Telefónica LOCATEL, (2000). Niñotel: Atención para niñez y su familia. Una experiencia de servicio telefónico. México, D.F.

Servicio Público de Localización Telefónica LOCATEL, (2000). De Joven a Joven: Espacio de diálogo y reflexión. Una experiencia de servicio telefónico. México, D.F.

Slaikau, K. (1996). Intervención en crisis. México: Manual Moderno.

Small, L. (1997). Psicoterapias breves. México: Granica.

Weaklan, J. y Seagal, L. (1994). La táctica de cambio. Como abreviar la terapia. Barcelona: Herder.

Weiner, I. (1992). Intervención en crisis y terapia de urgencia. Métodos de Psicología Clínica. México: Limusa.

Wolpe, J. (1993). Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas.
