



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA

“ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS
PRIMARIA DIRIGIDA AL PÚBLICO”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARIANA DÍAZ PRADO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ

REVISORA: DRA. CARMEN MERINO GAMIÑO

COMITÉ DE TESIS:

LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ

DR. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOZA



MÉXICO D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*“No estamos aquí para impedir que las personas mueran,
estamos aquí para hacer que mueran con una sonrisa”*

Madre Teresa de Calcuta (1910- 1997)

Agradecimientos:

A Dios, por darme la existencia y mostrarme tu presencia de manera irrefutable Porque has sido medicina creadora cuando el mundo se ha venido abajo y he tenido ganas de rendirme. Porque desde hace 6 años me puse en tus manos y me has llevado exactamente a donde debo de estar.

A Papá por ser mi “superhéroe”. Por tus noches de desvelo y cuidar mi sueño. Por enseñarme que de día trabajabas por tus ideales y de noche trabajabas por tu familia. Por creer siempre en mis proyectos, por la guitarra, por la caja de pintura y por la psicología. Por enseñarme a vivir la vida y con tu ejemplo hacerme una mujer de bien. Porque me enseñaste que todo es posible cuando el espíritu es fuerte. Porque aunque ya no te puedo oír no has dejado de enseñarme. Porque somos un equipo.

A mamá por todas esas mañanas en que venciste al sueño por nosotras y nos enseñaste con pequeñas batallas que la diferencia está en la voluntad. Por ser ese ejemplo de fortaleza y trabajo. Porque si alguien me ha enseñado a reconstruir después de la crisis eres tú. Por hacernos saber en cada segundo que siempre encontrarás un “cómo seguir” porque somos tu “para quien”. Porque si tengo confianza en el mundo es por tu amor inagotable. Porque con tu ejemplo me has enseñado a ser una buena persona.

A mi “hermana”, Faby, porque la casa es más segura contigo y las risas más completas. Por no dejarme nunca, ni a pesar de las maestras o la vida. Porque eres mi ejemplo de determinación, inteligencia y nobleza. Porque eres el ángel personal que Dios me mandó para ser testigo de mi vida. Porque si voy de tu mano SIEMPRE sé que todo estará bien. Porque correría por la playa con un puño de arena por ti y tu moverías el mundo por mi. Porque me haces saber que no estoy sola.

A la familia Lam Díaz y Lam Chávez: Tía Telos, Mabel, Mike, Raquel, Andy y Analy porque las palabras jamás serán suficientes. Porque ustedes representan la mano de Dios en medio de la crisis, el abrazo, la sonrisa. Por compartir cada lágrima y cada triunfo ¡Porque Tía los “Clubes de Mickey” dieron resultado!

A la Dra. Luz Ma. Rocha por sus consejos, su paciencia, su dirección, por haber tenido las palabras exactas que me permitieron que hoy esto sea una realidad. Porque sus palabras han forjado mi carrera y mi carácter. Por ser ejemplo de disciplina, excelencia y fuerza.

A Patty, por haber empezado este camino conmigo hace 21 años y seguirlo escribiendo juntas. Por tu eterna paciencia conmigo y el cálculo diferencial. Por ser siempre testigo y faro. Por llorar y celebrar conmigo. Porque haciendo la mezcla perfecta nuestras perspectivas distintas se han encontrado para tener las palabras adecuadas en los momentos indicados. Gracias siempre a ti y a tu familia.

A Lili “Chay” porque la Psicología contigo es “la vida misma”. Porque el mundo suena más emocionante cuando lo soñamos juntas. Porque la psicología nos encontró y nosotras hemos encontrado la vida. Por tus tardes de consuelo y las noches de risas. Por hacer eco de mi discurso y entenderlo más haya de lo pronunciado. Porque de verdad eres mi “soul sister”.

A Laura G "Mi abu" por haber sido siempre la voz que me acompañó en esto. Porque esto también es tuyo. Porque la amistad tiene tu nombre por apellido. Por tu música clásica y tus noches de desvelo conmigo intentando vencer al sueño cada vez. Por tus tardes y minutos para convencerme. A tu familia también gracias, por sonar como la voz que necesitaba para volver a aterrizar.

Al final tenías razón "esto fue divertido". Por creer en mi.

A Miri y Fer porque de a poco hemos ido tejiendo la vida, y lo que soñamos juntas un día hoy se va haciendo realidad. Por enseñarme a asustar el miedo con la risa. Por ser la familia que elegí y elegirme como parte de la suya. Por haberme demostrado en una sola noche que la verdadera amistad es saberse segura en un abrazo.

A Ely por haber creído en mí incluso antes de que yo lo hiciera. Por hacerme confiar que tu sueño un día sería realidad. Porque ese sueño me salvo y hoy empieza a ser verdad.

Gracias a Azul, Yael, Adriana y Edna, "Zitella" porque aunque el tiempo pasa, son aquellos que nos vieron enfrentar a nuestros primeros monstruos quienes saben el verdadero significado de los puntos finales de cada capítulo. Gracias por acompañarme hasta ahora.

A la familia Prado porque son el lugar de donde vengo. Especialmente a Pao por ser hermana mayor y entender mejor que nadie lo que estaba pasando. Porque tus abrazos y compañía fueron cura y contacto con el mundo. Porque me hiciste saber que sabías lo que sentía.

A Dulce por enseñarme cada día con actos que un buen líder es ante todo alguien que sabe ser una buena persona. Por darme tu cariño, tu apoyo y creer incansablemente en mí. Porque conocerte ha marcado mi vida. Por demostrarme que la familia es también la gente que un día nos encontramos y decidimos querer.

A Rosa Mary y Clau por escucharme y enseñarme a hacer las preguntas correctas. Por ser mis ejemplos de lo que la psicología debe y puede hacer. Por lo que me dejan ver de mí cuando me reflejo en sus ojos. Por mostrarme el camino, confiar en mi e impulsarme a seguir.

Al equipo de Cenyelitzli: Lala, Su, Ceci, Yaz, Maribel, Ivonne, Juanita y Gaby por su cariño, por permitirme compartir tiempo e historias. Por ser mi plataforma y mi casa. Especialmente gracias al P. Cipriano Sánchez por permitirme formar parte de ese proyecto para saber que se puede hacer la diferencia; y a Mariluz, por haberme visto hace casi 3 años y haber confiado en mí, porque no voy a olvidar de donde vengo.

A Vale, Eric, Clau, Vicky porque con ustedes la psicología tiene nombre y apellido, risas, anécdotas, porque ustedes vuelven mi vida más interesante. Porque la locura es más poética cuando la escucho de su voz.

A Edurne, Dorleta, Javi, Mark, Maite y Ekaitz, porque mi mundo cambio de perspectiva y se volvió más grande cuando los conocí. Porque conocerlos me significará siempre un cambio de rumbo, la decisión y el coraje para hacerlo.

A Paula, Pili y Mariana por habernos encontrado, por su ayuda, porque me demuestran que la distancia es solo una referencia geográfica cuando se ha compartido y marcado el Camino. Porque me enseñaron que “curamos nuestra herida, cuando curamos la herida del otro”. Porque me acompañaron a aprender que si se pudo “eso”, se puede siempre.

A Monica, Raquel, Raquel, Eva y Andres por las historias compartidas, las crisis intervenidas y porque en este vuelo me han ayudado siempre a encontrar el espacio para aterrizar. Porque en medio de nuestros contrastes las bicis y la risa suenan invariablemente en el mismo tono.

A Gonza, por todas esas notas que llevan tu nombre, y que hicieron que el plasmar los pensamientos fuera un baile con las ideas. Por estar siempre. Porque me tomó un viaje y unas horas conocerte para enriquecer para siempre mi vida.

To Rebecca, you thought me one of the most important advices I could have ever receive, “Focus and patience”. To me, meeting you represents. a whole new way of thinking and of being. Thank you for making me feel that there are no walls when you have knowledge and will.

A Analy, José y Ruben porque conocerlos es aprender de mil vidas en una sola conversación. Por su cariño, su apoyo y su oído. Por darme plataforma tan lejos de casa y mostrarme que “es posible”.

Y finalmente a todas las personas y situaciones que intentando hacer el bien o el mal en mi vida siempre me han llevado a una evolución de mi misma.

Les dedico cada noche de cansancio y cada pequeña batalla. Les dedico cada vez que tuve que vencerme a mi misma, cada examen desde aprender a recortar, hasta el cálculo integral y este mismo trabajo. Esto también es suyo. ¡Esto es la suma de todo y todos! ¡Gracias, gracias, gracias!

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1: DE LA CRISIS Y SUS CARACTERÍSTICAS.....	11
1.1 ¿Qué es una Crisis?.....	11
1.2 Características de la Crisis.....	13
1.3 Tipos de Crisis.....	15
1.4 Fases de la Crisis.....	23
1.5 Mecanismos de enfrentamiento de la Crisis.....	25
1.6 Conclusiones del capítulo.....	28
CAPÍTULO 2: DE LA RESOLUCIÓN DE LA CRISIS.....	30
2.1 ¿Y después de la crisis qué?.....	30
2.2 Intervención en Crisis desde un aspecto general.....	32
2.3 Antecedentes de la Intervención en Crisis.....	34
2.4 Objetivos de la Intervención en Crisis.....	38
2.5 Herramientas para la Intervención en Crisis.....	39
2.6 La Intervención en Crisis en el campo de la acción.....	47
2.7 Intervención en primera ayuda psicológica inmediata.....	54
2.8 Intervención en Crisis por teléfono.....	59
2.9 Terapia Breve.....	61
2.10 Conclusiones del Capítulo.....	64
CAPÍTULO 3: PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.....	67
3.1 Programa Somos tu Familia.....	68
3.2 Programas de Intervención en Crisis por teléfono.....	77
3.3 Conclusiones del capítulo.....	87
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA INMEDIATA.....	89
4.1 Frecuencia de las llamadas y herramientas utilizadas para la difusión del programa “Somos tu Familia”.....	89

4.2 Zonas de mayor demanda del programa “Somos tu Familia” dentro del territorio de México.....	92
4.3 Organismos de canalización del programa “Somos tu Familia” ...	93
4.4 Motivos de consulta de las llamadas recibidas por el programa “Somos tu Familia”.....	95
4.5 Descripción actual y propuesta para la atención de las llamadas por el programa “Somos tu Familia”.....	97
4.6 Conclusiones del capítulo.....	111
CONCLUSIONES.....	114
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
TABLAS Y GRÁFICAS	
TABLA 4.1. Frecuencia de llamadas y herramientas de difusión del programa.....	90
GRÁFICA 4.1 Frecuencia de medio de difusión del programa.....	91
TABLA 4.2 Frecuencia de llamadas por zona.....	92
GRÁFICA 4.2 Frecuencia de llamadas por zona.....	93
TABLA 4.3 Frecuencia de organismos y programas de canalización.....	93
GRÁFICA 4.3 Frecuencia de organismos y programas de canalización.....	95
TABLA 4.4 Frecuencia de llamadas por motivo de consulta.....	96
GRÁFICA 4.4 Frecuencia de llamadas por motivo de consulta.....	97
ANEXOS.....	123
ANEXO A “Tabla de registro propuesta de los/las usuarios(as) de la Línea de Atención en Crisis del programa Somos tu Familia”.....	124
ANEXO B “Tabla de registro actual de los /las usuarios(as) de la Línea de Atención en Crisis del programa Somos tu Familia”.....	127
ANEXO C “Directorio de instituciones del programa Somos tu Familia”.....	129
ANEXO D “Muestra de Boletín del programa Somos tu Familia”.....	131

RESUMEN

En el presente trabajo hice una exposición acerca de lo que se define como “Crisis” desde términos psicológicos, las características de la misma, y la forma en que se debe hacer una intervención en ella, con el fin de analizar la situación actual de un programa llamado “Somos tu Familia”, que actúa en la Ciudad de México brindando Intervención en Crisis por teléfono, e hice una propuesta para su estructuración y mejora de sus servicios. Tomé en cuenta como principales autores a Caplan, Slaikeu, Pittman y Fernández y Rodríguez. Observando a través de los datos recolectados en las hojas de *Excel* del programa los meses y lugares de procedencia de mayor frecuencia de llamadas, los medios de difusión, las canalizaciones y los motivos de consulta, notándose que marzo fue el mes de mayor demanda, que la zona de procedencia más frecuente fue Iztapalapa, que el medio de difusión más efectivo fueron los “boletines”, que se hicieron más canalizaciones al “Centro de Atención Familiar” de la asociación, y que el motivo más frecuente de llamadas fueron “Adicciones (Alcoholismo)” y “Problemas de pareja”. Para la intervención en crisis establecí que la herramienta elemental para este tipo de atención es la narrativa del sujeto, lo cual genera ciertas ventajas, como el hecho de que la persona pueda permanecer en el anonimato y con esto sienta más libertad de hablar, y ciertas desventajas, como el que la persona pueda interrumpir la comunicación en cualquier momento que lo desee, cerrando con esto una oportunidad más de atención. También establecí que a pesar de tratarse éste de un programa emitido por una organización católica, no se hacen diferencias en el tratamiento que se da a este público respecto al público en general.

Trabajé esta propuesta en dichos puntos identificados y consideraciones, y en la bibliografía aquí expuesta.

INTRODUCCIÓN

Las “crisis” son hoy en día un tema conocido. El saber acerca de cómo funciona una crisis, cómo llevar a cabo una intervención en ella y como manejarla, ha sido ya estudiada.

Cada día estos términos se nos vuelven más familiares y con ello el miedo que tenemos de enfrentarnos a situaciones que nos pongan en sensación de “crisis” no se reduce, pero si se conoce, y dado que la información muchas veces nos da poder para ser y hacer; entonces nos informamos más, con el fin de estar lo más preparados posible si es que un día llega el momento de usar esa información.

Situaciones que puedan desencadenar “crisis” suceden en todo momento y a todas las personas, no hay excepciones, nadie está exento. Son situaciones ante las cuales el individuo se ve a sí mismo como un ser desvalido, desprovisto de herramientas, ante un evento que sucede de manera repentina y que resulta amenazante para la persona. “Reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno” (Caplan, 1964).

Frank Pittman (1990) hace una distinción en cuatro categorías de los tipos de “crisis” de desarrollo que podemos encontrar: circunstanciales, estructurales y de desvalimiento.

Las dos primeras tienen que ver con lo que le sucede al individuo. Se refiere a las “crisis de desarrollo” como a todas aquellas que obedecen a causas que tengan que ver con la adaptación ante los cambios de sí mismo o de personas cercanas, relacionadas con el curso normal del ciclo vital de las esas personas; mientras que las “crisis circunstanciales” se refieren a lo que sucede de manera inesperada, y que no tienen que ver con el curso natural, sino que simplemente irrumpen en la vida de alguien sin previo conocimiento de que ocurrirían.

Las últimas dos categorías, tienen que ver con estados de malestar o incomodidad, que se viven dentro de la familia. Así las “crisis estructurales” se refieren a las que ponen a prueba las fuerzas internas del sistema, donde no se han sabido resolver previamente de manera eficaz, los problemas generando mayor tensión. Las “crisis de desvalimiento” son aquellas donde

uno de los miembros del sistema es disfuncional o depende de algún otro, y esto mantiene unida a la familia por los cuidados que requiere, sin embargo cuando se presenta una situación externa estresante, como la necesidad de una ayuda más especializada, se genera una sensación de desvalimiento ante la cual el sistema siente que no tiene el control y por tanto produce la “crisis”.

Ante este tipo de situaciones, todos tenemos distintas formas de combate, estas formas se denominan: *mecanismos de enfrentamiento*, los cuales se tratan “de todo aquello que nos protege de la descompensación psicológica y fisiológica” (Cohen, 1999). Estos mecanismos pueden ser natos, y tienen que ver más con las reacciones naturales que seguimos cuando algo así nos ocurre. Aunque podemos reaccionar de manera positiva o negativa ante los acontecimientos, algo que siempre determinará cómo procesaremos las crisis y el hecho de que podamos obtener algo positivo de ellas, será la posibilidad de tener o buscar redes de apoyo eficaces que permitan crear una perspectiva distinta de la realidad que en dicho momento nos tiene confundidos y amenazados.

Mientras la persona va encontrando una nueva forma de enfrentarse a lo que le sucede, la red social la “soporta” de tal manera, que le permite sobrevivir mientras encuentra opciones para adaptarse. Aquí radica la importancia de las redes sociales, entendiéndolas como un grupo de personas unidas por algún tipo de relación, y el poder encontrarlas o crearlas en caso de que no se tengan.

El ser humano va dejando de sentirse solo cuando se da cuenta de que es contenido por un grupo. Necesita ser escuchado y visto para ir comprendiendo un mundo que de pronto ha dejado de entender.

Es en este momento donde la “Intervención en Crisis” juega un papel importantísimo, porque como lo dice el nombre de este proceso, se interviene en el momento primario en que están dándose los hechos amenazantes. Lo que se intenta a través de este procedimiento, es reencaminar a la persona, devolverle sus funciones básicas.

Slaikeu (1984) menciona que este tipo de intervenciones cuenta con dos momentos: la primera ayuda psicológica inmediata, y la terapia breve para

crisis. La primera se refiere a los esfuerzos realizados encaminados a proporcionar el primer apoyo, a reducir letalidad y a facilitar el acceso a otros recursos de ayuda; mientras que la terapia breve en crisis se refiere a los momentos posteriores, brindados éstos sí exclusivamente, por expertos en la salud mental.

Una intervención puede ser hecha por cualquier persona que se encuentre en el momento en que suceda la “crisis” sin importar si tiene una preparación experta o no, y es que tras un momento como éste, el objetivo será devolver a la persona a la homeostasis que lo vuelva funcional. Sin embargo, a pesar de que las personas pueden no contar con una preparación profesional, si se ha visto que son quienes conforman las redes sociales que los acercan a opciones viables y efectivas del tipo de ayuda que se requiera en ese momento.

En esto radica la importancia de diseñar y mejorar programas dedicados a la atención primaria en todos los niveles y en su versión de atención telefónica, ya que muchas veces las personas no quieren o no pueden asistir de manera personal con profesionales en éstas áreas, así que deciden hacerlo a través de una vía mucho más accesible e inmediata: el teléfono. De esta forma, se brinda la atención de primer orden. La contención e intervención podrá dar lugar a un mejor saneamiento de las personas para la resolución posterior del o de los conflictos.

Para los programas que realizan la intervención en crisis a través del teléfono, la única herramienta con la que pueden contar es la narrativa del sujeto, es decir que debido a que un lenguaje corporal es inobservable por la naturaleza del servicio, su única fuente de información será el testimonio que la otra persona brinde a través de su discurso, así como su entonación y pausas. Con ello se podrá saber a que categoría de “crisis” pertenece lo que le sucede, así como si sus elementos se vinculan con factores internos y/o externos, porque aunque todos los tipos de “crisis” tienen como objetivo devolver a la persona la funcionalidad, el saber cual es la fuente principal y las cogniciones que rodean al sujeto, ayudarán al otro a comprender como puede intervenir en ellas.

Los programas que brindan esta clase de atención, tienen que estar bien documentados y estructurados por el tipo de servicio que brindan, ya que el cómo sea tratada una “crisis al momento en que sucede”, determina las futuras implicaciones de la misma en la vida de los individuos.

OBJETIVO DEL ANÁLISIS

El objetivo principal de este trabajo, es hacer el análisis necesario de los factores que consolidan un programa llamado “Somos tu Familia”, el cual brinda atención de primera ayuda psicológica inmediata por teléfono, para fortalecer las áreas que el programa requiera, para contar con las características necesarias en este nivel de atención para la población mexicana de esta ciudad. Por los fines que persigue, el programa debe buscar contar con los elementos que brinden a los usuarios la sensación de seguridad de ser tratados por un equipo preparado y de ayuda eficaz durante sus situaciones de crisis.

Para ello se utilizará la documentación del tema de Intervención en Crisis, tomando en cuenta principalmente los trabajos realizados por Karl Slaikeu (1984), Alberto Fernández y Beatriz Rodríguez (2002), y Frank Pittman (1990) quienes han realizado diversos trabajos acerca de la intervención en momentos de crisis, y la desarrollan desde puntos de vista prácticos para intervenciones psicoterapéuticas individuales y grupales.

Por otra parte, tomaré en cuenta otros programas de atención psicológica inmediata por teléfono que han funcionado dentro de la Cd. de México, tomándolos como modelos en este tipo de atención. Igualmente intentaré identificar- a través de los registros del programa *Somos tu Familia* - algunos factores que se consideran determinantes para consolidar el programa como un programa de ayuda real y eficaz.

Algunos de los focos que se contemplan son: 1. analizar el mes del año en que el programa Somos tu Familia recibe más llamadas, 2. las zonas con mayor frecuencia de donde las recibe, 3. la herramienta más útil a través de la cual dicho programa hace difusión de sus servicios, 4. los motivos de consulta más frecuentes según la propia clasificación del programa, y 5.

personas o instituciones a las que se han realizado mayor número de canalizaciones.

Igualmente describiré el procedimiento de intervención psicológica inmediata actual brindado por el programa “Somos tu Familia” y haré una propuesta a partir de la biografía revisada y otros programas que brindan este mismo tipo de atención.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación pretende, como ya mencioné, hacer un análisis de las labores que se han venido realizando en un programa de atención al público llamado “Somos tu Familia”, ya que a pesar de que a través de él se ha venido otorgando la primera ayuda psicológica inmediata por teléfono, se considera que para mejorar la eficacia y la atención, así como seguir haciéndolo crecer, se requiere analizar y estructurar el programa para que el servicio sea realmente enfocado a la atención en crisis y su oportuna canalización.

El programa fue creado hace 6 años, con el propósito de ser una respuesta para la inminente necesidad de petición de ayuda en situaciones de crisis para la comunidad religiosa católica de la Ciudad de México. En nuestro país en el año 2010 según las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se registraban 112, 336, 538 millones personas en todo el territorio nacional, donde en el distrito federal la población total era de 8, 851, 080 personas y de ellas 7, 299, 242 profesaban la religión católica, mientras que en el Estado de México habitaban 15, 175, 862 personas, siendo 12, 958, 921 personas las que profesan la religión católica. Esto representa que a pesar del crecimiento de otras religiones, la de mayor frecuencia entre los habitantes de la ciudad sigue siendo la católica.

Hablar del número de personas que profesan esta religión es un indicativo de muchas cosas; de la forma de pensar de las personas, de las ideas que guían en muchas ocasiones la toma de decisiones de las personas, así como la escala de valores con que actúan. Las personas cuando se encuentran en estados de *crisis* buscan aquellas opciones que en medio de éstas les puedan dar una respuesta segura y que si estuvieran en un estado de

equilibrio tal vez tomarían. Buscan instituciones serias y que vayan acordes a su modo de pensar y de creer. Buscan medios o redes que sean lo más familiares posibles a su modo de concebir la vida, ya que cuando todo es desorganización lo que se busca es certeza.

Es necesario mencionar que en este programa las intervenciones psicológicas no se verán modificadas o condicionadas por el hecho de provenir de una institución católica, sino que simplemente se toman como características, el dirigirse al tipo de población que profesa la religión católica, no como limitación, sino como la particularidad que haría a cierto tipo de personas acercarse a esta opción. El factor religión no es una excluyente para recibir la atención por parte del programa, y por lo tanto se brinda la intervención a cualquier persona que marque el número telefónico en busca de ayuda, ya que el programa no tiene excluyentes ni en religión, género, edad o condición social. Es un programa dirigido al público en general que brinda un servicio objetivo, profesional y humano.

“Somos tu Familia” representa un programa de atención psicológica promovido en un sector de la población de la Ciudad de México, que se consolida como el único que brinda la primera ayuda psicológica inmediata por teléfono para el público católico de ésta localidad. Por esta razón debe analizarse y reestructurarse con el fin de mejorar su servicio que resultará en beneficio de la población que se acerque al mismo, principalmente público católico que considera los mismos valores e ideología, sin exclusión de ningún tipo al público en general.

PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo el presente trabajo, fue necesario hacer una revisión de la bibliografía existente de este tema, sobre todo, considerando a los teóricos Karl Slaikeu, con su descripción de las crisis y su establecimiento de la Intervención en Crisis; Frank Pittman, con la descripción general que hace de los tipos de crisis, haciendo consideraciones sistémicas, lo cual favorece a este programa por el tipo de población al que va dirigida, la familia; y Alberto Fernández y Beatriz Rodríguez, mencionan los factores más relevantes para

una intervención efectiva, considerando un proceso terapéutico de cuatro fases.

También indagué la forma en que se organiza y procede, de manera general, en la intervención en crisis por: a) el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), b) el Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastre de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), c) Línea Origen Pro Ayuda a la Mujer, y la línea de intervención telefónica de crisis de la Ciudad de Seattle, los cuales son programas que brindan una atención de primera ayuda psicológica inmediata para la Intervención en Crisis por teléfono.

Identifiqué, igualmente, ciertas características de la población atendida en el programa “Somos tu Familia”, con el fin de determinar mejor las acciones que podrían llevarse a cabo para mejorar la atención que se brinda, como una especie de diagnóstico.

La información para llevar a cabo lo anterior, la obtuve mediante las hojas de datos utilizadas por el programa, las cuales son hojas de registro empleadas por el personal profesional para la recepción de las llamadas. Ésta información obedeció únicamente a las recibidas durante en el periodo comprendido de mayo de 2011 a abril de 2012, debido a que es el periodo donde se ha llevado un mejor registro de las llamadas durante la existencia del programa.

CAPÍTULO 1: DE LA CRISIS Y SUS CARACTERÍSTICAS

“La crisis: en la serenidad de la retrospectiva fingimos creer que, surgiendo como un todo, nos ha sorprendido. Es una de las características de la crisis aparecer así, imprevistamente y en la pasividad de lo único”(Käes,1979, p.12)

El ser humano está constantemente en la búsqueda de un equilibrio entre su interior y el ambiente. Siempre quiere “estar bien”, y de hecho buscar tener “su mundo” lo más estable posible, con las menores sorpresas, intentando siempre que la mayor parte de aquello que le pertenece o a lo que pertenece, esté bajo su control.

Sin embargo esta medida desesperada de control es una fantasía, ya que desde teorías físicas del universo hasta las mencionadas por Erikson acerca del Desarrollo Humano, muestran que el universo (y por tanto el hombre que forma parte de él) siempre tenderá a la entropía (al desorden) y que, por lo tanto, deberá estar siempre preparado para las diversas situaciones que tenga que enfrentar.

Así deberemos esperar que la mayor parte de las cosas que le ocurran a lo largo de la vida, salgan de su control, entonces deberá estar siempre conciente de que ocurrirán a través de su vida distintos momentos de “crisis” y consecuentemente deberá estar preparado para ellas.

1.1 ¿Qué es una Crisis?

La crisis según Caplan (1964, citado en Fernández y Rodríguez, 2002, p. 15) “Son experiencias normales en la vida. Reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno”; son también, según José Navarro (2011) respuestas psicológicas que tenemos a lo inevitable con carácter amenazante, lo cual puede ser muy malo, o puede ser crítico.

La crisis puede ser un momento de cambios radicales, representa la pérdida de nuestro equilibrio, es intempestiva e inquietante, trastorna el

mundo que la persona tenía por conocido hasta ese momento y lo convierte en algo que le resulta incomprensible y ante el cual se siente indefenso.

La sensación de sentirse rebasado por la circunstancia, incapacitado y sin habilidades para la resolución se adueña de la mente y el espíritu de quien las vive, provocando con esto estrés, ansiedad, tensión y en algunos casos depresión. “Se siente como un abismo entre el pasado que ya no es vigente y un futuro que todavía no está constituido” (Brito, 2000, p.47)

Es el desafío que se nos encara, la ruptura de lo de siempre con situaciones hasta entonces hipotéticas. Es “la desaparición de las antiguas garantías del orden de todo sistema vivo, de lo humano” (Käes, 1979, p.10) para dar rienda suelta a una nueva construcción de realidad.

Sin embargo, a pesar de lo terrible que la descripción anterior suena, no todo es tan desafortunado, porque también es verdad que es a partir de este momento que nos vemos obligados a hacer un alto, una pequeña pausa y hacemos una análisis real y puntual de las situaciones, y también aunque es verdad que *todas* “las crisis son negativas, es la forma en que se procesa la crisis lo que la clasifica en positiva o negativa” (Navarro, 2011), pues “la gravedad de la crisis no se relaciona con la gravedad del estresor sino con la de su percepción por el individuo” (Rapoport, 1962 citado en Fernández y Rodríguez, 2002, p.15)

Es indispensable entonces que entendamos que crisis aunque en castellano no sea sinónimo de cambio, en la vida real sí lo es, y que aceptemos que toda aquella perturbación derivada de la crisis, no representa otra cosa que no sea un paso más hacia la adaptación.

Erik Erikson (1974) se refiere a esta circunstancia como aquella “que designa un momento crucial, un punto crítico necesario en el que el desarrollo debe tomar una u otra dirección, acumulando recursos de crecimiento, recuperación y diferenciación ulterior” (Erikson, 1974).

Es aquí donde se ponen a prueba todas nuestras habilidades, lo que hemos aprendido en nuestros años anteriores, nuestro comportamiento en situaciones que se nos imponen como una realidad ante la cual no podemos dar vuelta, nuestros valores, deseos más interiores, nuestra voluntad de

aferrarnos a la vida o no, y también nuestra capacidad e inteligencia para pedir ayuda o no.

En las crisis es donde a pesar de la pena, la amargura, la ansiedad, y la preocupación, descubrimos muchas veces una parte hasta ese momento desconocida de nosotros, que tiene que ver con una fuerza interna que nos definirá para el resto de nuestros caminos, o con una forma distinta de ver la vida.

Este periodo es tan breve como significativo. Pone a prueba lo que somos, nuestras redes de apoyo, nuestras cogniciones. Nos enfrenta más que nunca a nuestra trascendencia, a nuestra condición como seres humanos, como seres finitos. Nos enfrenta a la garantía de la muerte y al mismo tiempo de la vida.

Como se ha dicho en algunas ocasiones representa más bien un catalizador, porque es inevitable el hecho de que tras un momento como estos y a pesar de los esfuerzos de volver hacia el mismo equilibrio que existía antes de la crisis, una persona vuelva a ser la misma, es imposible, y por consiguiente siempre se llevará a cabo ese cambio que se mencionaba.

1.2 Características de la Crisis

Ricardo Mordeno (2003) agrupa en tres tipos, las características que acompañan este tipo de situaciones, las cuales, como él menciona, van en función de la modalidad de respuesta del individuo:

- Manifestaciones emocionales: Tales como embotamiento, depresión, aislamiento, indefensión, culpa por haber sobrevivido (al desastre o situación), ira, desesperación, sensación de “encontrarse fuera de control”, ansiedad, agitación e hiperactividad. Menciona que pueden ocurrir dos o más de estas emociones al mismo tiempo, y que no predominan mucho tiempo las unas sobre las otras.

Como toda emoción son más bien de corta duración y obedecen a ciertos mecanismos de defensa como reacción a estímulos ambientales.

- Manifestaciones cognitivas: Es posible encontrar manifestaciones cognitivas focalizadas en un deterioro del funcionamiento atencional normal (estrechamiento del foco atencional y dificultad para desarrollar una actividad atencional mantenida), así como la presencia de síntomas de desorientación y de dificultad para tomar decisiones. Es frecuente la aparición de fenómenos de "flashback" sobre la situación vivida y, en algunos casos, puede darse la presencia de una amnesia completa o parcial del episodio.

-Manifestaciones fisiológicas: Resultan características las manifestaciones habitualmente presentes en los ataques de pánico, tales como taquicardia y la sudoración. La fatiga es otro síntoma frecuentemente identificado en las personas que se encuentran en un estado de crisis.

-Manifestaciones conductuales: Muchas manifestaciones conductuales observables en una persona en estado de crisis vienen determinadas por el estado emocional y fisiológico en el que se encuentran. Así es habitual la presencia de llanto, la emisión de gritos, las explosiones de ira, el abandono, etc. Además, dada la incapacidad manifiesta para hacer frente a la situación mediante las estrategias de afrontamiento no adaptativas, tales como el abuso de drogas, la comisión de actos antisociales, la pérdida de la sensibilidad hacia los problemas de los otros, etc.

Todas estas son características que se deben saber distinguir, ya que siempre un tratamiento será eficaz en la medida que lo fue el diagnóstico, y aunque es en algunas ocasiones obvia la intervención que se debe hacer dada la naturaleza del tema que se trata, parece importante mencionarlas nuevamente para poder hacer una distinción en casos donde se trate de una crisis o de una situación que ya ha tenido tiempo de reflexionarse y que no ha encontrado su forma de adaptación.

1.3 Tipos de Crisis

A pesar de que las reacciones ante la crisis se tratan de manera generalizada porque dependen más del individuo en sí y de su historia personal, también en muchas ocasiones la magnitud con que se manifiestan a menudo se verán condicionadas por el origen de su causa. Por ello y debido a que se tienen que tener en cuenta todos los escenarios posibles, es que es indispensable conocer los tipos de crisis a los que una persona puede estar expuesta a lo largo de su ciclo vital.

Frank Pittman (1990) distingue Cuatro Categorías de Crisis:

1. Crisis circunstanciales
2. Crisis de desarrollo
3. Crisis estructurales
4. Crisis de desvalimiento

Los primeros dos tipos de crisis tienen que ver con el individuo, y se explican a partir de él, no como sujeto aislado sino como actor protagónico que repercute en un sistema pero en el cual se destaca lo que sucede en el interior de él, más que su interacción con otros. Mientras que los últimos dos tipos pertenecen a una explicación de fuerzas extrínsecas e intrínsecas que se juegan dentro de un sistema familiar.

Cada una de las categorías se explica mejor a continuación:

1.3.1 Crisis circunstanciales

Este tipo de crisis son de carácter mucho más imprevisible y se refieren a lo que sucede en el ambiente del individuo. “Abarcan una alteración psíquica y de la conducta ante la pérdida o la amenaza de pérdida de los elementos básicos (físicos, sociales y socioculturales que están interrelacionados)” (Pinilla, 2008, p.249). Se caracterizan por presentarse de forma azarosa, catastrófica y sin precedentes. Tienen la cualidad de que el factor desencadenante tiene poco o nada que ver con el proceso de maduración del individuo o su ciclo vital, y más que ver con las expectativas que el individuo tenía de sí mismo, o de la vida.

Karl A. Slaikeu (1996, p.67) menciona sus características principales como:

1. Aparición repentina. Porque parecen atacar todas al mismo tiempo desde ninguna parte.
2. Imprevisión. A pesar de saber que las crisis por situaciones del ambiente pueden existir, tendemos a tener la fantasía de que no nos sucederán y, por lo tanto, no podemos prepararnos con antelación a su acontecimiento.
3. Calidad de urgencia. Por su irrupción inesperada, suelen amenazar la vida física y psicológica de las personas, por ello deben atenderse e intentar resolverse lo antes posible para que la amenaza ceda o disminuya.
4. Impacto potencial sobre comunidades enteras. Debido a que algunas crisis circunstanciales atacan a comunidades enteras o a grandes grupos de personas como en desastres naturales, se debe tener la capacidad o la conciencia de que se deberá atender a un gran número de gente de manera eficaz simultáneamente y en un periodo relativamente corto
5. Peligro y oportunidad. Las crisis circunstanciales al tener calidad urgente y altamente amenazante, como se mencionaba con anterioridad, tiene un alto peligro inminente en el cual se encuentra la persona, sin embargo hay que recordar que en estas circunstancias la persona que se encuentra en crisis también está más susceptible al cambio por lo cual deberá comenzar a reorganizarse y con ello podrá crear o recrear un mundo de oportunidades.

Algunos ejemplos de este tipo de crisis son muerte (accidente, suicidio, etc.) a “tiempo o a destiempo” (Weisman, citado en Slaikeu, 1996, p.80); enfermedad crónica o repentina, ser víctimas de algún ataque de violencia o crimen (de manera literal fuera y dentro de casa), desastres naturales (venidos como su nombre lo dice de las fuerzas normales de la naturaleza, y

también los provocados por el hombre), guerras o pérdida de la estabilidad económica y/o familiar.

Todas estas crisis pueden impactarnos directamente de manera personal, o a algún miembro importante de nuestro círculo social (familia, amigos, etc.) que repercuta como daño hacia nosotros sin ser necesariamente los agentes directos de la crisis.

1.3. 2. Crisis de desarrollo

Todos sabemos el tipo de circunstancias “negativas” o cambios a los que tendremos que enfrentarnos dependiendo de nuestra edad, momento familiar, condiciones, factores sociales y particularidades. Todos estamos expuestos a que las distintas etapas por las que vamos pasando se nos conviertan en crisis, porque “en su origen mismo, la entrada en el mundo es una entrada en la crisis, es decir una perturbación múltiple” (Käes, 1979, p.11), sin embargo, su previsibilidad no nos hace la mayor parte de las veces, estar listos para saber como reaccionar. No le quitan el factor desequilibrante y perturbador que tiene.

Este tipo de crisis se refiere a esos momentos que tienen que ver con el transcurso de crecimiento y el proceso de maduración normal de una persona. Tiene que ver con su ciclo vital y los distintos obstáculos que debe enfrentar en cada etapa. Representa “una situación causada internamente, la cual puede deberse a convulsiones fisiológicas asociadas con el desarrollo, las transiciones de roles, etc... No presentan una conducta determinada, pero pueden tener implicaciones en el área intelectual y afectiva” (Caplan, 1964 p.82, citado en Pinilla, 2008, p. 249)

Son de carácter universal, aunque también dependen de cómo se vivan los factores socioculturales en los que se encuentra el sujeto.

Erikson (1985) realiza uno de los estudios más importantes del desarrollo humano. La importancia de este estudio radica en que observa y describe las crisis previsibles de cada una de las etapas de la vida de una persona. Él menciona que todo ser humano se encontrará constantemente

enfrentándose a la resolución de crisis dada por el estado de ambivalencia entre dos resultados. Hace una división de ocho etapas donde uno de ellos resultará adaptativo y otro desadaptativo, y la buena resolución dependerá de la capacidad que se tenga de asumir la cualidad de la primera (adaptativa) sobre la segunda (desadaptativa).

Las etapas mencionadas por Erikson son:

-Etapas 1: Confianza versus desconfianza. Ésta depende de la capacidad de la madre de atender las necesidades del bebé. Va aproximadamente del momento cero al primer año de vida. Se establece que si la madre atiende de manera eficiente las necesidades del bebé, entonces éste podrá desarrollar sentimientos de confianza. Por el contrario, si las necesidades no son satisfechas, entonces generará actitudes de desconfianza.

-Etapas 2: Autonomía versus vergüenza y duda: Se dice que dura aproximadamente desde el primer año de vida hasta los tres. Es una etapa donde comienza a vislumbrarse la curiosidad que acompañará al ser en los próximos años. “Existe la necesidad en esta etapa de crearse una seguridad, de investigar y de cometer errores, si fuera necesario” (Hough, 1996, p.63). Se resuelve desadaptativamente cuando los padres son incapaces, de manera voluntaria o involuntaria, de dar seguridad y permiso para explorar. Entonces el niño pierde la confianza en sí mismo y por ende toda libertad e independencia que pudo haber obtenido en esta etapa se ve frustrada.

-Etapas 3: Iniciativa versus culpabilidad: Una vez que el niño ha aprendido en etapas anteriores a tener confianza en sí mismo, entonces es capaz de tomar la iniciativa de emprender proyectos propios. Siente la necesidad de hacer cosas por sí mismos, pero si acaso falla en su intento el resultado que emerge es la culpa.

Esta etapa es crucial para la vida adulta del individuo, ya que es aquí donde aprende a tomar decisiones.

-Etapa 4: Aplicación versus inferioridad: Es la etapa de los años escolares. El niño tiene un deseo de aprender, y busca oportunidades para desarrollar competencias básicas. Si éstas no se le dan, pierde el interés, repercute en su interés por conseguir objetivos, y lo va llevando sigilosamente hacia sentimientos de inferioridad.

-Etapa 5: Identidad versus no saber quién se es: Se podría decir que es la edad de la adolescencia ya que abarca aproximadamente de los 12 a los 18 años. La persona se encuentra primero en la búsqueda de su identidad y luego en la defensa de obtener la independencia de esa identidad, es decir que se encuentra luchando con independizarse de la infancia que va dejando atrás y camina directo hacia el alcance de una etapa de adultez. El resultado desadaptativo de esta etapa sería que el adolescente se vea frustrado en el encuentro con su identidad, y jamás sepa “quién es” en realidad.

-Etapa 6: Intimidad versus aislamiento: Se busca crear lazos íntimos con otros. Cuando esto no se obtiene la persona es invadida por sentimientos de soledad que finalmente lo llevan a la desesperación y aislamiento

- Etapa 7: Productividad versus estancamiento: Son los años que van más hacia la mitad de la vida de una persona, cuando debe hacerse cargo de otros, como niños y adolescentes. Se tiene la sensación de que se debe conseguir algo concreto en la vida, lo cual crea una motivación por lo externo y por el trabajo. Sin ese objeto de deseo externo la persona fácilmente puede llegar a quedar estancada y perder el sentido de su vida.

- Etapa 8: Integridad versus desesperación: Hacia los últimos años de la vida es inevitable que no se haga una retrospectiva de lo que la persona ha hecho. De esta forma las personas que se encuentran en

una edad más avanzada, y que comienzan a hacer una evaluación de las metas que han alcanzado y las que no, si la persona ha podido lograr lo que se había propuesto, entonces esta etapa será simplemente de aceptación, de lo contrario se encontrará desesperado ante los sentimientos y emociones de pérdida aunado a los duelos presentes contra los que tiene que enfrentarse, pues definitivamente esta etapa del ciclo vital está marcada por pérdidas de toda índole.

Las etapas que Erikson describe son fundamentales para comprender lo que va teniendo que enfrentar una persona, sin embargo, yendo hacia ejemplos concretos de las situaciones que podemos ver en una persona como sistema abierto que se implica como parte de otros subsistemas, podemos mencionar los que se dan en el desprendimiento de la familia de origen, la formación de la pareja, su nueva etapa de adaptación en el matrimonio, el nacimiento de hijos, el ingreso de los hijos a la escuela, la adolescencia (que en algunos casos se presenta de manera simultánea a la menopausia o andropausia de los padres, lo cuál aumenta las tensiones del sistema), la vejez, duelos relacionados a la pérdida del trabajo y seres queridos, así como también la pérdida de las propias funciones, la autonomía y la conciencia, llegado el momento, de asumir la muerte propia. Todo lo anterior forma parte de aquello por lo que generalmente tiene que pasar una persona a lo largo de su vida, por lo tanto se puede esperar que acontezca.

Dice Frank Pittman (1990) que “en cada estadio de desarrollo es inevitable una crisis de algún tipo” (p.33) y que “la familia tiene la obligación de adaptarse a la cambiante capacidad funcional o al estado emocional de la persona que entra en la nueva etapa de desarrollo” (p. 33)

Algo muy importante que es mencionado por el mismo autor, es que estos tipos de crisis al formar parte inevitable de todo ciclo vital normal, no se pueden detener y que por tanto, lo único que se debe hacer es comprenderlas para poder contenerlas, apaciguarlas y coordinarlas, puesto que la crisis sólo se da en los casos en los que la familia no cuenta con la

estructura suficiente para incorporar los cambios que se dan en el nuevo estadio de desarrollo en el que se encuentra la persona que entra a una nueva etapa de maduración.

1.3.3. Crisis estructurales

Pittman (1990) se refiere a esta clase de crisis como aquella que pone a prueba las fuerzas existentes dentro de la familia.

Para poder explicarla se hace alusión a los terremotos, ya que al igual que ellos aunque no existan tensiones externas perceptibles, las tensiones internas sí pueden estar profundamente susceptibles o estresadas.

Una cualidad de este tipo de crisis es que frecuentemente se encuentre más bien oculta y que sea recurrente puesto que presuntamente se ha presentado con anterioridad y no se ha sabido resolver, o de lo contrario no se presentaría nuevamente.

Las crisis estructurales en muchas ocasiones tienen que ver con pautas de comunicación que la familia ha adoptado para su funcionalidad, con lo cual asumimos que muchas veces la crisis presentada no es crisis y, por lo tanto, los prestadores de servicios de salud se ven altamente confundidos ante situaciones como éstas.

El mismo autor menciona que “la mayoría de las familias verdaderamente patológicas padecen crisis de este tipo. Son las más difíciles de tratar, puesto que la crisis no es un esfuerzo para producir un cambio sino, en rigor, un esfuerzo para evitar que el cambio tenga lugar” (Pittman, 1990, p.37)

Ejemplos de esto los podemos encontrar en familias con miembros alcohólicos, violentos, que hayan realizado algún intento de suicidio, etc. Familias donde generalmente uno de los miembros es señalado como problema, y que representa el síntoma de un sistema decadente y anormal que encuentra su sustento de existencia en la necesidad de mantener la patología del miembro estigmatizado.

Estos tipos de crisis suelen ser recurrentes por la falta de una resolución adecuada desde la primera vez que se presenta. Como hemos

leído las crisis representan cambios, nuevas oportunidades de adaptarse y concebir el mundo pero si no se toma de esta manera y se da una resistencia al cambio que permita dejar de reforzar los factores que generan la crisis, el proceso desequilibrante y perturbador es magnificado. Entonces imaginando un sistema en que la familia se encuentre dedicando todos sus esfuerzos a oponerse al cambio, a tratar de que las cosas continúen siendo del modo en que las conocen porque de otra manera no saben como tratarlas, jamás llega a una adaptación eficaz y todas sus tensiones quedan sin resolver generando mas tensión intrínseca y la falta de herramientas para la resolución de circunstancias futuras.

1.3.4. Crisis de desvalimiento

Este tipo de crisis también está más relacionada con las interacciones que existen dentro de un sistema familiar.

Según lo que explica Frank Pittman (1990), este tipo de crisis se da cuando uno o más de los miembros de una familia es disfuncional o depende de algún otro.

De este modo, ese miembro que es el “enfermo” mantiene “unida” a la familia a través de su sintomatología, puesto que por los cuidados y atenciones que requiere, es indispensable que el sistema familiar permanezca unido y sin grandes cambios, debido a que la situación que tengan que enfrentar (llámese vejez, enfermedad en niños o en algún miembro de la familia) ya representa una amenaza total y fulminante a la estabilidad del grupo.

En circunstancias como ésta los recursos de la familia se agotan, así que la familia debe decidir una de dos cosas: o se rinde y deja caer al miembro en “desventaja”, o solicita ayuda externa, y dado que somos seres sociales que buscan vivir en grupo por la sobrevivencia de cada una de sus unidades es mucho más probable que se busque ayuda externa a que se de por vencido un sistema que además encuentra su sustento y razón de unidad en el miembro señalado.

De ahí viene el nombre de este tipo de crisis, pues al tener que atenerse a los deseos y necesidades de factores externos, más cosas salen

de su control y por consecuencia se encuentran mucho más en desventaja o sensación de desvalimiento.

Menciona que “la crisis de desvalimiento más grave tiene lugar cuando la ayuda que se necesita es muy especializada o difícil de reemplazar” (Pittman, 1990, p. 40) y esto es por lo vulnerable que se encuentra la familia a “la indefensión y a los factores extrínsecos tensionantes que le superan” (Pittman, 1990, p.41) y que “la más típica y obvia se origina en el trato con personas cuya incapacidad física o mental es reciente y aún no ha sido del todo aceptada” (Pittman, 1990, p.41), es decir cuando aún no se entienden las nuevas normas, roles y exigencias que la situación desconocida traerá a la familia.

Igualmente que las crisis estructurales, en este tipo de situaciones la familia se resiste al cambio, lo evita, no lo quiere e intenta a toda costa que no suceda, ocasionando algunas veces, si el terapeuta tiene un mal manejo, alianzas entre los miembros de la familia en contra del profesional de la salud que se encuentra brindándoles atención.

A pesar de las similitudes de las que se habla entre las crisis estructurales y las de desvalimiento, la diferencia entre ambas se encuentra en que éstas últimas centran su “esperanza” en ayuda externa ante la cual se perciben a sí mismos como desprotegidos, mientras que las crisis estructurales están volcadas por completo en las fuerzas internas del sistema, los miembros se mantienen totalmente impermeables, ajenos a todo aquello que no pertenezca a la estructura conocida.

1.4 Fases de la Crisis

La vida es un continuo estado de presentación y resolución de momentos que pueden generar crisis. La persona se encuentra normalmente en una situación homeostática donde de pronto algo sale de su control y él tiene que echar mano de sus recursos internos y externos para solucionarlo de la mejor manera. Gerald Caplan (1964) hace un planteamiento para distinguir cuatro fases a través de las cuales una crisis evoluciona.

1.4.1 Fase 1

El individuo se observa a sí mismo ante una situación totalmente extraña y desconocida. Es la “primera reacción” por lo tanto deberemos esperar que sea más bien de tipo emocional y que obedezca a la forma natural y personal del individuo al afrontamiento al estrés. Se siente impactado ante una situación que “por algún motivo” siente que no puede resolver de la manera habitual.

1.4.2 Fase 2

Durante esta fase ya se ha intentado hacer uso de algunas estrategias de intervención pero si el estímulo negativo persiste y no se ha tenido resultado, entonces la tensión aumenta y se tiene la sensación de desvalimiento. La persona poco a poco va teniendo la idea de fracaso, lo que le puede llevar a estados de depresión. Así al encontrarse alterada busca salir de la crisis, incluso a pesar de que no la haya resuelto.

1.4.3 Fase 3

Aquí la tensión se encuentra ya en niveles altos de elevación. Se ha tenido ya la oportunidad de utilizar las viejas estrategias conocidas, que si bien no han dado resultado, representan la verdadera “oportunidad”, es decir, que la persona al no obtener los resultados esperados con las estrategias conocidas, ha tenido que reinventar y/o reinventarse significando esto la obtención de nuevas herramientas, técnicas y redes de apoyo.

1.4.4 Fase 4

O bien, fase final. Si la crisis hasta este punto no ha sido resuelta a pesar de los intentos, si “el problema continúa y no puede resolverse con la reparación de la necesidad, o evitarse con la resignación a la insatisfacción o la distorsión perceptiva, la tensión se eleva hasta el punto de la ruptura. Se produce entonces una importante desorganización del individuo con resultados graves” (Caplan, 1964, citado en Fernández y Rodríguez, 2002, p. 15)

De esta forma se puede concluir que la crisis no siempre se resuelve de la manera más constructiva para el individuo, pues también puede terminar como refiere Caplan con una ruptura, por ejemplo a través de un brote psicótico o de un suicidio. No siempre se obtienen herramientas para el futuro de un individuo, sino que puede llegar a resultarle tan amenazante y tan frustrante la experiencia en la que se ha vislumbrado que carece de recursos de afrontamiento, y la única salida que encuentra ante la crisis es esta ruptura con la realidad a través de la forma que sea.

Por esta razón, resulta necesario saber al menos un poco de las características de los mecanismos de enfrentamiento que tiene una persona ante situaciones estresantes.

1.5 Mecanismos de enfrentamiento de la Crisis

Para poder comenzar a hablar de los mecanismos de enfrentamiento a los que recurrimos las personas ante la crisis, primero es necesario definir a que se refiere este término.

Cuando la persona se encuentra ante una crisis, así como ante el estrés, toma una conducta llamada de enfrentamiento, esto con el fin de intentar controlar, evitar o postergar la situación. Estas conductas dependen de las herramientas tanto intelectuales como emocionales que se han adquirido a lo largo de la vida. Se diría que es aquí donde se aplica la frase “no importa lo que suceda sino lo que la persona hace con lo que le sucede”.

Ante una crisis, el sentimiento es de una total indefensión, se pierde la capacidad de reaccionar a algo que en otro momento o siendo otra persona podría resolver sin representar mayor problema y entonces puede tomar una de dos actitudes. La más destructiva es cuando “extrapola su convicción de incompetencia e ineficacia desde el evento concreto a todas las áreas de su vida” (France 1997, citado en González, 2001, p.4) llevándolo a una visión de futuro limitada y poco benéfica para el crecimiento individual; o bien una más constructiva como el hecho de saber que es absolutamente una experiencia transitoria que pasará sin afectar realmente más que al hecho concreto afectado. Sin embargo para poder tomar una de las dos actitudes antes escritas, se deben tener ciertos mecanismos de enfrentamiento.

En estos mecanismos se ve involucrada nuestra capacidad de comunicación, así como nuestra autoestima, sin dejar de lado la relevancia que tienen los recursos sociales como redes de apoyo que pueden facilitar u obstaculizar la resolución de la crisis.

“Las estrategias (o mecanismos) de enfrentamiento se basan en un conjunto de estructuras complejas de pensamientos y conductas, a fin de producir reacciones idóneas ante un problema, para evitar que las respuestas internas sigan siendo dolorosas” (Cohen, 1999, p.19). En conclusión, estas estrategias se refieren a todas aquellas conductas que lleven a la adaptación. Como refiere Raquel Cohen (1999, p.20), “se trata de todo aquello que nos protege de la descompensación psicológica y fisiológica”, pues son un conjunto de reacciones donde también tienen lugar algunos procesos de evaluación cognoscitivos, emocionales y perceptuales.

También menciona que a pesar de que como individuos cada uno actúa de manera particular, algunas de las conductas más generales esperadas son por ejemplo:

- Evitación
- Alteración
- Manejo
- Prevención
- Control de la expresión emocional inapropiada

Entonces, para enfrentar la crisis se pueden tomar alguno de estos tres caminos diferentes:

- a) Cambiando la fuente de tensión o estrés. Para ello es necesario conocer las causas y una vez ubicadas se intentan evitar los objetos amenazantes.
- b) Redefinir la situación estresante para poder controlar las emociones desagradables, manejando el significado y la gravedad del problema, lo que da a la persona la sensación de que el agente de crisis no es tan grave como solía creer. En esta redefinición se hace un análisis de la situación y entonces la persona hace las distinciones apropiadas que le permiten enfatizar lo positivo y discriminar la parte negativa.

- c) Se hace uso de elementos internos para que el individuo pueda tener dentro de límites manejables la situación y con esto recupere el control de la situación. “Abarca una serie de respuestas tales como negación, retraimiento, aceptación pasiva, optimismo excesivo, evitación o incluso hasta pensamiento mágico, entre otras” (Cohen, 1999, p.21).

La utilidad de estos mecanismos radica en que la persona puede comenzar a usar y crear estrategias para mantener su equilibrio, para recuperar el control. Además se intenta conservar la autoestima, se fortalecen o renuevan las relaciones interpersonales, se redefine la personalidad, se toman decisiones y hay una necesidad de movilización. El autorreconocimiento de las emociones, así como las cogniciones, y aprender a actuar de manera más reflexiva y menos impulsiva.

Todas las anteriores son algunas habilidades que pueden ayudar a una sana adaptación, una adaptación positiva. Pero ¿qué pasa cuando el individuo para volver al equilibrio posterga o evita los factores estresantes? La respuesta es que se utilizan habilidades negativas de enfrentamiento, tales como negar de manera excesiva, venganza, furia, conducta excesivamente dependiente, uso de conductas hiperritualistas sin propósito, fatiga, conductas impulsivas, adicciones, malos recursos externos (redes sociales deficientes), incapacidad de comunicación asertiva, recurrencia frecuente en la fantasía y mal juicio de realidad.

Las estrategias que el individuo utilice para afrontar la crisis marcarán la forma en que viva la adaptación y los duelos, haciendo de esta experiencia una de las más terribles, o la más grande oportunidad de aprendizaje. Por esta razón debe buscarse que las habilidades de enfrentamiento sean efectivas para que la persona después de haber pasado por una experiencia desagradable pueda obtener algo que sea benéfico para su desarrollo y maduración, y no al contrario, pues el momento ya ha sido lo suficientemente incómodo.

Caplan (1989, citado en Macías, 2004,p.18) menciona que las estrategias efectivas de enfrentamiento se pueden resumir en siete:

1. Explorar activamente conflictos reales y buscar información.
2. Expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración.
3. Pedir ayuda activamente a otros.
4. Descomponer los problemas en fragmentos manejables y translaborar uno a la vez.
5. Estar consciente de la fatiga y las tendencias que proporcionan la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos por seguir adelante en tantas áreas del funcionamiento como sea posible.
6. Controlar los sentimientos cuanto se pueda (aceptándolos cuando sea necesario), ser flexible y estar dispuesto a cambiar.
7. Confiar en sí mismo, en otros, y tener un optimismo básico sobre los resultados por venir.

Entonces, deberemos concluir de todo esto, que lo importante no es tanto lo que le sucede a la persona, sino cómo lo resuelve, sus recursos, su perspectiva y posición ante la situación y, sobre todo, la forma en que la resuelve.

1.6 Conclusiones del Capítulo

He expuesto aquí los tipos de crisis existentes, no con el fin de que se inventen nuevas formas para evitarlas, ya que se acepta que toda crisis representa una oportunidad de aprendizaje, que los sentimientos generadores de escisión que cohabitan en una persona en momentos como éste son el resultado de tensiones entre la exigencia de cambio y la incapacidad de adaptación.

Si la persona pierde la oportunidad de resolver positivamente la crisis, dejará de lado su inteligencia y capacidad para adquirir nuevas herramientas para el futuro, dando como resultado únicamente una mayor acumulación de tensión. Si las habilidades que utiliza para la resolución son negativas, entonces se podrá esperar que la persona tenga una visión de futuro mucho

más reducida, y si por el contrario estas herramientas de enfrentamiento son positivas, será una persona en constante reinención creativa de sí misma.

Dice Michel Foucault (1987) citando a Aquiles Tacio en “Las aventuras de Leucipe y Clifonte” cuando habla de la importancia de la premonición en los sueños que “la divinidad se complace a menudo en revelar en sueños el futuro de los hombres, no para que eviten así las desgracias, pues nadie puede ser más fuerte que el Destino, sino para que soporten más holgadamente su sufrimiento”. Por ello exponer aquí las razones por las que una persona podría estar en una situación de emergencia debiéndose a factores internos, del ambiente, o de fuerzas que se contraponen en un ambiente familiar y el cómo puede responder conductualmente ante ellas, sólo representa una forma más de saber lo que podríamos esperar y con ello se soporte “más holgadamente el sufrimiento” o el desequilibrio, para la creación de nuestros espíritus como aquello que se ha formado a través del tiempo y con la fuerza que sólo el aprendizaje de los años y el pasar de los días le van dando a esas situaciones que una vez llamamos “crisis” y que hoy sólo han dejado una nueva versión de la persona para ser persona.

Por lo tanto, habiendo establecido las generalidades de las situaciones de crisis, es posible entonces abordar el cómo se debe actuar para su procesamiento y solución creativa. Durante el siguiente capítulo expondré las formas en las que los profesionales de la salud y personas que brindan este tipo de ayuda intervienen para una sana resolución con el fin de establecer lo que se debería tomar en cuenta en un programa que brinda una primera ayuda psicológica inmediata.

CAPÍTULO 2: DE LA RESOLUCIÓN DE LA CRISIS

La crisis multidimensional. “No dejamos de enfrentarla creando sobre los recientes escombros nuevas garantías: por un lado, recurriendo al pasado, a las formas regresivas de protección que constituyen nuevas garantías de inmortalidad... y por el otro...recurriendo a la experimentación creadora de nuevos estilos de relación y de expresión...a la invención de nuevos equilibrios” (Käes, 1979, p.10).

La crisis sucede. Un evento desorganizador y catastrófico ha invadido el mundo de la persona ante el cual ha reaccionado de diversas formas y ha comenzado a tomar ciertas decisiones. Algunas estrategias le han funcionado, otras en cambio que solían tener resultado lo han dejado con una profunda sensación de desesperanza. La persona ha debido hacer uso de recursos internos y externos, y ha descubierto los propios límites de su persona. Sin embargo algunas veces y a pesar de los esfuerzos, el agente de crisis no ha desaparecido y continúa amenazando la vida y/o la integridad de la persona. La situación sigue fuera de control y el mundo antiguamente conocido y ordenado hoy es causa de ansiedad pues se siente rebasado por una vida donde antes la persona era dueño de su dirección, y en cambio ante la nueva situación se ve a sí mismo como un perfecto extranjero sobre tierra conocida.

Ante esto, se puede tomar uno de dos rumbos posibles: o se continúa por la vida sintiéndose intruso de su propio camino (se recomienda revisar “Mecanismos de enfrentamiento” del Capítulo 1 de este trabajo), o se recurre a la “invención de nuevos equilibrios”, decidiendo entonces que es momento de obtener nuevas estrategias, es momento de translaborar. Ahora el siguiente paso es investigar el “¿Cómo?”

2.1. ¿Y después de la Crisis qué?

En el capítulo anterior vislumbramos un poco el panorama tras la crisis. planteamos las fases por las que se espera que la persona pase, así

como algunas conductas que el individuo asumirá para comenzar la reconstrucción o recreación de sí mismo.

El primer paso para regenerar es la evaluación de los daños. Es posible entonces que la persona sienta que sus cogniciones y emociones le “están jugando una broma” y así surge la pregunta obligada: “¿Y esto como lo supero?” Kåes (1979) respondería a ello que con “regulación psicosocial”, ya que “el reemplazo psíquico que asegura la continuidad del adentro depende vitalmente del reemplazo psicosocial que, desde afuera, establece la función de contenedor y la matriz grupal de la identidad” (p.12), es decir que aquello que funciona como el norte de una brújula para una persona en crisis que se encuentra sumamente confundida en medio de un millón de ideas y emociones encontradas, será la regulación psicosocial (amigos, familia, conocidos, instituciones, todo aquello que pertenezca a la sociedad de la que la persona forma parte) que si bien muchas veces no le “dice a la persona lo que tiene que hacer”, si representa un medio de catarsis que le ayuda a tener contención y con ello tener una perspectiva diferente de los hechos.

Por medio de distintas teorías psicológicas sabemos la importancia que tiene el pronunciar el discurso al “otro” para elaborar la resolución de los conflictos, o simplemente para esclarecer los panoramas. En palabras coloquiales se diría “hablar es curativo”. Dicho de este modo se puede comprender mejor la importancia que juegan los factores psicosociales en el rol de contención que representa muchas veces el primer paso hacia la resolución de los conflictos.

A veces la persona no busca que su medio le de una solución, únicamente desea ser escuchada, sentir que cuenta a pesar de las circunstancias con redes sociales que la sostienen cuando debe enfrentar situaciones que le superan, y esto viene desde épocas milenarias, basta recordar que así fue como se fue poblando el mundo, dado que está en la naturaleza del humano el ser social y por instinto de protección moverse en grupo.

Además de elaborarse el discurso, el que la persona cuente con estos operadores sociales que son su recurso comunitario de resiliencia, le permite sentirse apoyada, no abandonada, no despojada, con lo cual la visión de futuro comienza a ser mucho más positiva.

He ahí la importancia de contar con redes psicosociales que sean un sustento real que tenga la persona. He ahí el reto para las instituciones, el de representar una verdadera opción efectiva.

2.2. Intervención en crisis desde un aspecto general

Para comenzar a hablar acerca de esto, es necesario primero definir a que se refiere este término: “Intervención en Crisis”, es “un procedimiento específico cuyo objetivo principal es modificar una relación de fuerzas en lucha que forman la crisis, incrementando la probabilidad de inclinar la balanza hacia el lado positivo” (González, 2001, p.9) ya que como dijera Caplan (1964, citado en Rodríguez y Vega, 2002, p.11) “pretende influir en los momentos que exigen cambios más o menos bruscos en el modo de organizar el comportamiento”

Si entonces pensamos de esta forma acerca de este tipo de intervención, veremos que es una ayuda que se puede brindar a otro, de las más importantes que existen en el ciclo de vida por el que va pasando una persona. Es una forma más a través de la cual se le salva la vida a alguien, porque un ser humano puede continuar teniendo signos vitales pero con miedos absolutos de su existencia y sus retos, sintiéndose sólo como una sombra, pero en cambio si se le ayuda a encontrar una nueva forma de concebir la realidad, entonces no pasará por la vida como sin ganas de vivirla, sino asumiendo los retos, responsabilidades y gratificaciones que implica el pasar por distintas experiencias que finalmente lo forman.

Los profesionales de la salud son principalmente los que deben estar listos para realizar este tipo de intervenciones, conocer los métodos y las formas, hacerse expertos en el arte de devolver el orden en medio del caos. Sin embargo en ocasiones, intervenir no corresponde únicamente a quien está preparado, sino a quien está en el lugar y momento preciso.

“La crisis produce la necesidad de buscar apoyo, de encontrar refuerzo y confortación, y la perturbación, a su vez, la necesidad de crear nuevas regulaciones que produzcan placer” (Käes, 1979, p. 14) esta es la verdadera razón por la que buscamos una intervención en crisis.

Para brindar esta intervención de manera efectiva, primero debemos tener claros los objetivos sobre nosotros mismos. Es ahí donde como prestadores de este tipo de ayuda se debe hacer la pregunta ¿Qué clase de vida quiero salvar? Es la oportunidad de ayudar a que ese vértice que le obliga a alguien a cambiar el rumbo por el que ha ido, y le exige más de sí mismo lo ayude a ir a un bien, a ser creativo.

Es la oportunidad de ayudar a que alguien que tal vez no se atrevía a escribir su propia historia, comience a hacerlo convencido de lo que quiere ser y hacer, porque “la propuesta de la intervención en crisis se basa en este doble carácter: amenaza y oportunidad” (Fernández y Rodríguez, 2002, p.11) sin importar si se es experto en la materia o la situación nos ha puesto en ese momento ahí por mera coincidencia.

Cierto es que un apoyo oportuno y adecuado puede amortiguar los impactos del evento vital o traumático. Existirán menos secuelas de estrés post-traumáticas si en el momento en que ocurre el evento y se genera la crisis hay una intervención adecuada que le ayude a la persona a procesar todo lo que le está ocurriendo.

Usando la metáfora de aquel que se encuentra perdido en mar abierto, con toda la angustia, el miedo, la inseguridad y la falta de certidumbre. Sin sentir el fondo, algo de donde aferrarse o una tabla o salvavidas (recurso) que le de al menos “esperanza” de tener una evidencia de un futuro, será posible entender la situación que vive una persona en crisis y entonces preguntarse “¿Qué necesita alguien que se encuentra en dicha situación?”

Haciendo referencia únicamente a lo que corresponde como labor a los especialistas de la salud, se podrá decir que “las cualidades del psicoterapeuta son cruciales para este tipo de trabajo, por la extrema susceptibilidad del paciente a la calidad de la relación y su fácil influenciabilidad externa” (González, 2001, p.9), es decir, por un lado es cuando la persona se encuentra más dispuesta al cambio, y por el otro no se

debe olvidar que la regla de oro con que se rige sobre todo esta clase de intervención será actuar siempre con visión humanitaria para “conectar con la necesidad básica que tiene la persona en crisis” (Navarro, 2011) Tener siempre en mente que tratamos con *personas* cuyas necesidades básicas se ven amenazadas, porque eso es en realidad lo que está generando toda esta avalancha de emociones incontrolables.

2.3 Antecedentes de la Intervención en crisis

2.3.1 Antecedentes prácticos ¿Qué dio origen a esta clase de intervención?

Para comprender mejor los objetivos que se persiguen con la intervención en crisis es necesario revisar un poco la evolución que ha tenido este campo.

En 1963 el presidente John F. Kennedy daba un mensaje acerca del tratamiento que hasta entonces se tenía con respecto a la discapacidad intelectual y las enfermedades psiquiátricas. Este mensaje fue conocido como el “Acta Kennedy” y lo que se buscaba a través de él era crear conciencia y levantar la voz ante esta clase de enfermedades de las que en ese momento se tenía una visión de total pesimismo y resignación (en muchos países y culturas estas ideas no han perdido vigencia). A través de él se hablaba del tratamiento, prevención y rehabilitación para las personas que tenían este tipo de padecimientos. El fin era involucrar a la sociedad para que, en lugar de aislar a las personas que de por sí tenían que vivir con una afección que ellos no habían elegido, tomaran parte de la responsabilidad que les confería el pertenecer a un sistema social.

Fue aprobada en ese mismo año el “Acta de los Centros Comunitarios de Salud Mental”(citado en Slaikeu, 1984 p.8) en la que se enfatizaba la importancia de la intervención temprana. Su fin era de carácter más bien preventivo, pues se buscaba contener los problemas menores para que no se desarrollaran y poderles dar atención cuando aun existía solución.

Al despertarse toda esta nueva concepción acerca de los tratamientos y la responsabilidad social, comenzaron a surgir distintos programas concientes de la importancia de la implicación de la sociedad en la ayuda temprana para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Así surgió en

Estados Unidos un programa llamado Centro de Tratamiento de Emergencias, la cual era más bien un grupo de profesionales que brindando atención las 24 horas del día a través del teléfono o de comunicación directa con la policía intentaban brindar una atención inmediata en ésta área.

El procedimiento era que “un equipo de dos especialistas era enviado a la escena de la crisis, ya fuera a una casa, un motel, o la esquina de una calle. En muchas ocasiones, la policía llegaba previamente para asegurar la escena antes de llamar al programa. Después de la intervención de emergencia algunas de las personas involucradas eran vistas en las oficinas para darles un seguimiento al tratamiento. El rapport se establecía en un tiempo breve, significa que muchos de los nuevos clientes podían obtener rápidos y duraderos beneficios de la experiencia de tratamiento” (Everstine, 2006, p.25).

Slaikeu (1984) menciona que el primer servicio de orientación por teléfono del que se tiene registro, ocurrió en 1906 en Nueva York llamada “Liga Nacional Salvar una Vida”, y que fue en el Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles donde se desarrollaron las técnicas para realizar una intervención por teléfono y prevenir suicidios.

Para la elaboración de este análisis, he considerado que todos los programas anteriores debían ser nombrados, ya que representan las bases sobre las que se fue formando esta nueva modalidad de apoyo, y a partir de las cuales se fue creando bibliografía que más tarde sirven para crear, implementar y fortalecer programas que funcionarán de manera efectiva para la resolución de problemas que requieran apoyo más inmediato, más breve, de primer orden.

2.3.2 Antecedentes teóricos ¿En qué teorías se basa?

Todos los términos, la forma de intervenir, la identificación puntual de los pasos a seguir para una correcta intervención que requiere de toma de decisiones más inmediata entre muchas otras interrogantes que se fueron descubriendo y resolviendo, fue la bibliografía que fue escribiéndose a partir del interés que despertó el estudio de estos temas.

Según Moos (1976, citado en Slaikeu, 1984, p.9) las cuatro influencias teóricas de la crisis son:

- “La evolución y adaptación de Charles Darwin”, que habla acerca de la lucha por la existencia de los organismos relacionado al medio en que viven. La supervivencia del más apto.
- “La realización y desarrollo humano”, refiriéndose a la motivación y el impulso. Carl Rogers y Abraham Maslow lo describen mejor cuando se enfocan en sus estudios de autorrealización y crecimiento positivo.
- “El enfoque de Erikson” al desarrollar su teoría de la crisis y las ocho etapas del desarrollo del ciclo vital (mencionadas en el *Capítulo 1* del presente trabajo).
- Los datos empíricos acerca del manejo de estrés en humanos.

Tener el conocimiento de lo que establecen estas cuatro influencias teóricas resulta fundamental para la Intervención en Crisis en tanto que vinculadas en una misma idea el hombre necesita aprender a sobrevivir y hacerse fuerte para lograr una autorrealización que en muchas ocasiones se da por las herramientas que se adquieren a través del enfrentamiento de distintas crisis que se dan a lo largo de la vida de una persona.

Lindemann es considerado la primera persona en abordar los efectos psiquiátricos de una situación de crisis en cuanto a su tratamiento intensivo breve. Sin embargo fue Caplan quien consolidó estas ideas y las estructuró en estudios preventivos. Él hablaba de “prevención primaria”, “secundaria” y “terciaria”.

Se refería a la “prevención primaria” como aquella que disminuía la frecuencia en la presentación de casos de trastorno mental. Decía que “no se trata de evitar que enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda la población” (Slaikeu, 1984, p.11) porque aunque es natural que se enfermen las personas, se deberá hacer el intento porque sean el menor número de personas posibles las que lo hagan.

La “prevención secundaria” tenía como propósito ser una opción de “tratamiento y diagnóstico precoz” es decir que el tiempo en el que los

miembros de una comunidad pudieran ser atendidos se redujeran a través de la creación de medios para dichos fines.

La “prevención terciaria” por su parte, establece lo que involucra la facilitación de la rehabilitación. Caplan se refería con ello a que si la causa ya existía y ya era parte de la vida de las personas, entonces lo que debía hacerse era actuar sobre las consecuencias que era aquello sobre lo que aun podían tomarse decisiones. Dejar de observar el pasado y las lamentaciones, y actuar sobre el aquí y el ahora.

A pesar de que los tres constructos son altamente importantes para el desarrollo de las teorías que siguieron al tratamiento en crisis, Caplan hace un profundo énfasis en la “intervención primaria”, ya que concreta las bases para el establecimiento de programas de este tipo de intervención. Es decir la génesis de las prevenciones.

Menciona entonces que “la posibilidad de hacer prevención primaria se apoya en tres características de los periodos críticos” (*Fernández y Rodríguez, 2002, p. 12*) :

- a) “El desenlace de la crisis no depende tanto de los factores antecedentes como de la interacción de factores que operan durante la crisis.”
- b) “Durante la crisis el sujeto experimenta una gran necesidad de ayuda.”
- c) “Durante la crisis el sujeto es más susceptible a la influencia de los otros.”

Y entonces propone dos tareas para los programas que se dediquen a la prevención primaria (*Fernández y Rodríguez, 2002*)

1. Asegurar los aportes básicos
2. Ayudar a enfrentar la crisis

Proponiendo dos formas de actuar, a través de la acción social o a través de la acción interpersonal. La primera de ellas se refiere a la acción de todos los implicados en la sociedad más a nivel institucional, es decir los que no hacen la intervención de manera personal pero que se encuentran

implicados en el proceso de facilitación del otorgamiento y creación de estos programas; mientras que el segundo se refiere a la intervención que se da cara a cara.

Más tarde Slaikeu (1984, p.12) describe la Intervención en Crisis como “la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis” y menciona que tiene dos aspectos:

- la primera ayuda psicológica inmediata
- la terapia breve para crisis.

La primera ayuda psicológica inmediata es descrita como la que se brinda por la gente que está cercana a la persona que está viviendo la crisis, mientras que la terapia breve es más bien otorgada por especialistas y personas entrenadas en la materia.

2.4 Objetivos de la Intervención en Crisis

De esta forma se fueron delineando los objetivos que debían perseguir todos aquellos implicados en brindar éste tipo de apoyo, ya que para que la atención sea más efectiva se debe tener siempre claro ¿Que es lo que se busca con la intervención? Esta pregunta debe ir dirigida tanto al que acompaña en la situación, como al que la vive, ya que ambos deben tener mucha claridad en lo que se persigue al buscar ayuda, con el fin de no crear falsas expectativas, que siembren un estado de desaliento.

Dicen Fernández y Rodríguez (2002) que los objetivos deben ser limitados y realistas, ya que los que son ambiciosos se traducen en situaciones de frustración y decepción, y en el peor de los casos, acaban enfrentando a la persona a situaciones para las que no está capacitado.

En cuanto a la Intervención en Crisis por sí misma, Slaikeu (1984) menciona que tiene el objetivo de reducir la probabilidad de efectos debilitantes y aumentar la probabilidad de crecimiento o destreza para el individuo. Con esto se establece que la crisis debe verse como la oportunidad del cambio, y que debe ser el especialista quien ayude a la contención de las emociones de las primeras fases de la crisis y las encamine a la resolución positiva de la misma.

Ahora, el mismo autor, cuando se refiere específicamente a la “intervención de primer orden” o “primera ayuda psicológica” fija tres objetivos fundamentales:

1. Proporcionar apoyo
2. Reducir la letalidad
3. Facilitar el acceso a otros recursos de ayuda

Otros autores, Millar e Iscoe (1963, citado en Slaikeu, 1984, p.27) hacen énfasis en las consecuencias de la resolución de una crisis. Ellos dicen que la solución que se lleve a cabo tendrá implicaciones en el futuro de la persona porque si es satisfactoria dotará al individuo de seguridad y una personalidad más fuerte e integrada. También mencionan que es posible saber como una persona ha resuelto sus crisis si observamos su estado de salud mental actual.

Una crisis sucede, el individuo se desintegra y el tiempo no se detiene por mucho que la persona lo desee. La intervención debe llevarse a cabo de manera rápida porque las consecuencias de la crisis se comienzan a vivir de inmediato y deben integrarse a la vida de la persona como experiencia evolutiva.

Para que el experto entrenado en intervenir en una crisis pueda llevar a cabo su labor, debe considerar varios hechos que rodean a la persona, además de identificar las variables que contiene la situación con el fin de buscar que la experiencia sea integradora. “La atención al entorno durante el proceso de intervención es importante porque todas las crisis implican algún tipo de interacción entre un ser humano y otras personas” (Slaikeu, 1984, p.40).

2.5 Herramientas para la Intervención en Crisis

2.5.1 La evaluación

Como en toda intervención, se busca la causa, el origen para poder encontrar el objeto causante que pone en movimiento al organismo, así como la evaluación del entorno del sujeto para contextualizar la situación y no darle sentido a lo que de otra forma podría representar la simple presentación de hechos aislados.

Muchas veces se considera que por haber estudiado algunos temas, o tener un título el experto en salud mental conoce todas las respuestas. Sin embargo no hay engaño más grande que éste, sobre todo en materias como la que ahora se aborda, ya que los seres vivos siempre están en constante evolución o de lo contrario perecen, y por lo tanto no se puede contar con todas las respuestas (sin mencionar el hecho de que cada caso es distinto), por ello es necesario comenzar a preguntar, ir desde el cuestionamiento más básico con el fin de comprender realmente a la persona. En este tipo de intervención no se puede tener miedo a las respuestas. No se puede tener miedo de hacer las preguntas necesarias dado que esto es lo único que da la información para hacer una intervención efectiva.

Cuando en el apartado anterior “¿Y después de la Crisis qué?” mencionaba la “evaluación de los daños”, hacía referencia a las cogniciones de la persona, las cuales se deben evaluar para conocer como era el funcionamiento previo al momento de la crisis a nivel cognitivo y con ello tener una clase de certeza de la forma en la que se debe intervenir en la situación. Se evalúa entonces no solo lo que con la crisis ha quedado destruido o a medio paso, sino lo que antecedió el mundo estructurado del individuo y que hoy ya no le resulta efectivo para la resolución de sus conflictos, todo esto con el fin de encontrar la falla, el punto de fisura, la inflexión que causa el desequilibrio. Una vez que se ha determinado todo lo anterior, junto con el suceso precipitante, entonces es momento de comenzar a hacer discurso con lo que ha sucedido y “averiguar lo que éste significa para la persona en crisis” (Slaikeu, 1984, p.20).

La evaluación es el arma más importante para una buena intervención, por ello aquí se mencionan algunos puntos a considerar para una evaluación que contemple la mayor parte del panorama en que vive la persona en crisis:

- a) La intervención de las cogniciones y emociones precedentes hacia la situaciones que pudieron ser crisis en el pasado pero que tal vez no lo fueron, o que lo hayan sido y que las haya resuelto (como ha resuelto situaciones similares en el pasado);

- b) El presente de la persona ¿Cuál es la situación? ¿En qué es diferente? ¿Por qué si ha resuelto otras esta le causa tanto desequilibrio?;
- c) El entorno de la persona, tanto en su pasado como en el presente (sus redes de apoyo);
- d) ¿De donde proviene el agente estresor?;
- e) ¿Quién lo apoya? ¿Cuál es su red de apoyo?; ¿Por qué decidió pedir ayuda en este momento? (¿Hace cuánto sucedió el factor estresante y por qué lo manifiesta hasta ahora?)
- f) ¿Qué es lo que ha hecho hasta ahora para enfrentar el problema? (Para determinar cuáles han sido las estrategias previas que se han tomado y que han fallado y cuáles podrían funcionar)
- g) Su biografía e historia de sucesos significativos (no sólo en cuanto a situaciones similares a la crisis, sino a eventos que hayan marcado su vida aunque aparentemente no tengan relación alguna. Fechas, lugares, momentos, detalles que la persona recuerde y que nos dicen mucho de cómo concibe la realidad. Para este último punto también es recomendable utilizar un genograma para determinar fechas y pautas transgeneracionales).

Finalmente, es importante tener siempre presente que “no trabajamos con verdades, sino con lo que el individuo vea como real” (Bermejo, 2011). Eso determinará la urgencia de la intervención en crisis, el *triage*¹, ya que no es tan determinante “¿Qué fue lo que le sucedió a la persona?” como lo es “¿Qué tan desequilibrante y disfuncional le está resultando ser?” “Lo que define a un problema como tal es el hecho de ser susceptible de una solución” (Fernández y Rodríguez, 2002, p. 39) y en este sentido que la persona vea que es susceptible de una solución. Por ejemplo si una persona tiene un daño físicamente menor pero le causa más desequilibrio que alguien que tiene uno considerado como “más grave”, atenderemos primero a aquel

¹ “Acción o proceso realizado por el personal sanitario cualificado conducente a la clasificación de pacientes que demandan una atención sanitaria de urgencia, tanto hospitalaria como extrahospitalaria, con el fin de brindar en el menor tiempo posible la mejor atención sanitaria a cada paciente, priorizando al paciente que presente mayor gravedad” (Jiménez, L. Y Montero F.J., 2010)

que aun teniendo el daño menor, tiene menos herramientas para afrontarlo y es el que podría tener una mala resolución que le genere más conductas desadaptativas en el futuro. No es que no se le vaya a dar atención al segundo mencionado, sino que la urgencia en la atención debe ir vinculada al grado de desequilibrio que ocasiona a la persona dado que se encuentra más impedido.

Es muy importante recalcar la importancia que tiene el contactar con el individuo de modo que se sienta considerado “persona” con todo lo que ello significa, ya que como menciona D. Everstine (2006), muchos profesionales de la salud con el fin de conservar un estatus y demostrar su capacidad como especialistas y todo el conocimiento que han adquirido, intentan crear toda clase de misterios alrededor de sus métodos y de sí mismos, lo cual ocasiona una falta de empatía y de credibilidad, porque en estas situaciones lo que la persona necesita es saber que aun es vista y escuchada por alguien, necesita sentir que hay una red que la apoya. Si esto no llegara a suceder de esta forma, si no hay una red externa que rescate del medio de desorganización a la persona, entonces el individuo continuará confundido prolongando los agentes de crisis, generando el círculo vicioso de mayor ansiedad, mas crisis y finalmente provocar resolución a través de una de dos posibilidades, a través de habilidades negativas o a través de la disociación de la persona que da lugar a los trastornos de la personalidad.

2.5.2 La comunicación como consideración para la intervención

En esta secuencia de ideas mencionaré que para poder contactar con el “otro”, se deben tener en cuenta las formas en las que se da la comunicación entre personas.

Paul Watzlawick (1964, citado en Everstine 2006) fue uno de los principales autores de la “Teoría de la Comunicación y del Constructivismo radical”. Tras años de observar la conducta y de investigar a la sociedad y sus grupos. Él propuso cinco axiomas a través de los cuales explica como sucede la comunicación humana:

1. Una persona “no puede NO comunicar”, esto es, un mensaje es una unidad comunicacional, al continuo intercambio de mensajes se le llama interacción. Si se toma por cierta esta afirmación entonces se deberá entender que a pesar de que no haya una interacción, siempre habrá un mensaje, y por ende siempre será imposible no emitir un mensaje, “no comunicar”, porque la unidad del mensaje depende solamente de una persona más allá de la recepción del mismo, aunque la recepción del mensaje si condiciona la concepción de la relación del emisor y el receptor.
2. La comunicación humana es un fenómeno a multinivel. El contexto será aquí relevante para definir la comunicación que se lleve a cabo, porque si la concepción que se tiene del mensaje emitido y recibido condiciona a la relación entonces se debe tomar en cuenta tanto el mensaje como información, como el medio de entrada para que lo que comunicamos sea recibido por el otro lo más similar posible a lo que queremos transmitir ya que esto no sólo constituye una condición sine qua non de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente relacionada con la propia percepción del otro acerca de sí mismo y la idea que tiene del mundo, así que está por demás recalcar que el contexto viste al mensaje y le da dirección, de ahí la importancia para considerarlo.
3. “La definición de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes” (Rizo, 2007, p.12). Para poder dar un paso hacia delante es necesario revisar un poco hacia atrás para recordar el camino que ya ha sido recorrido, encontrando en ello habilidades que le permitan tener un poco de certeza. Por ello ordenar y puntualizar el orden en que han sucedido las cosas resulta en ocasiones fundamental para algunas personas en determinados momentos, y cuando esto no está claro o se pone en duda por otro, genera enojo que viene de la molestia de sentirse confundido en una historia cuyo protagonista es cuestionado. Este enojo

desencadena múltiples discusiones dificultando y creando fisuras en la comunicación efectiva.

4. La comunicación es digital y analógica. Esto quiere decir que es complementaria en estos dos sentidos. Por un lado se dice que es digital porque cuenta con signos regidos bajo una lógica adecuada, poderosa y compleja que carece de semántica de relación, necesita tener un lado analógico (lo no verbal, como posturas, gestos, inflexiones en la voz, etc.) que posee la semántica necesaria. Si hay algún fallo en alguna de estas condiciones, deberá creerse que habrá un fallo en la comunicación eficaz
5. Toda la comunicación es simétrica o complementaria. Basándose en las similitudes o diferencias de los que participan en la interacción. Uno de ellos ocupará el papel primario y el otro el secundario, y viceversa la mayor parte de las veces a lo largo de toda la interacción.

Es necesario también hacer un énfasis en el hecho de que no todo lo que se comunica será entendido como se emite; y por otra parte, que puede haber diferencias entre lo que es real y lo que la persona asume como real, ya que “mucho de lo que la mayoría de nosotros consideramos como realidad consiste en la suma total de nuestra llegada personal, y absolutamente único, conjunto de opiniones” (Everstine, 2006, p.16), esto determinará la forma de comunicación y de entender lo que se está viviendo.

Muchos conflictos surgen por la falta de consideración del mundo del otro. Las personas al ser incapaces de concebir perspectivas e ideas más allá de las que viven y han asumido como ciertas, se cierran ante toda posibilidad de diferencia creando tensiones, conflictos, aislamientos y grietas en las relaciones.

Retomando la importancia de estudiar la comunicación y los axiomas propuestos por Watzlawick para una efectiva intervención, debe mencionarse que todo lo antes expuesto debe llevarse sumamente aprendido, ya que aquel que no comprende la forma en que se da la comunicación y el hecho de que muchas veces deberá trabajar con personas que no comparten su

misma visión de las cosas, solo le traerá frustraciones y conflictos tanto para el que presta la ayuda de intervención, como el que la recibe.

Se debe comprender la realidad del otro, su pasado, su contexto, su historia de vida y características personales, así como sus relaciones y la forma en que cree que es percibido por el mundo, con el fin de establecer una mejor comunicación con el otro que facilite que los mensajes emitidos por ambas partes (emisor y receptor) sean captados de la manera más fidedigna posible para establecer la plataforma que de pie a una mejor intervención.

Un clínico no deberá ser juez en ningún momento, al contrario, su papel debe ser, con mente abierta y sin perder los objetivos, tratar de comprender la “visión del mundo” del otro y hablar de una forma congruente a ello.

Cuando esto se hace, y se logra observar dicha visión, muy probablemente se encontrará discrepancia entre la realidad y lo que la persona asume como real, ahí es labor del clínico tomar una de las dos opciones que tiene: “(1) cambiar las condiciones reales que pertenecen a la persona; o (2) luchar para cambiar la visión del mundo de la persona en crisis” (Everstine, 2006, p.20). Aunque aparentemente decidir por la primera opción parezca tener resultados más pronto y efectivos, muy probablemente se pueda decir que en el mayor número de casos es más bien una trampa que seduce, ya que el cambiar la visión del mundo de la persona, pese a que parezca más complicado, es con el tiempo la medida que brinda más beneficios para la vida futura, mientras que si se cambian las condiciones reales de la persona, ante tales cambios bruscos, lo que se generará será un sentimiento de desconfianza y ansiedad.

2.5.3 De la conducta en la crisis hacia su resolución

Cuando una persona está en crisis, ésta debe sentir que la escuchan, la aceptan, entienden y apoyan para disminuir los niveles de ansiedad (Pinilla, 2008) y no puede sentirse así si no existe una buena empatía con el receptor. Para crearla, no sólo es necesario la buena voluntad del experto sino que se tenga conciencia de cuales son las emociones que se esperan por el momento en que se encuentra pasando la persona.

Monica García (2007) menciona que en situaciones de desastres, los vínculos con los demás se modifican o establecen con la gente que les ayuda, y que según Lindy y Grace (1985, citado en García, 2007) esta fase altruista puede ser para mitigar los efectos del estrés del desastre en las víctimas.

Hay una combinación de euforia que calma la sensación de pérdida, pues el ser humano se siente protegido y acompañado, con lo cual provee al individuo de una sensación de invulnerabilidad que le da la seguridad de haber sobrevivido a la muerte. Así se van buscando los apoyos de las redes sociales de la persona, sobreponiéndose a la crisis y enfocándose en la ayuda a los que se encuentran alrededor de él y que requieren de su ayuda o apoyo.

Sime (1994, citado en García, 2007) plantea dos modelos de comportamiento humano en situaciones de emergencia. Uno es llamado el “modelo de las ciencias físicas”, mientras que el otro “modelo de las ciencias sociales” (p.103)

El primero “asume el movimiento de los individuos en situaciones de emergencia como si se tratase de un rodamiento de bolas caracterizados por patrones de conductas irracionales como las conductas de pánico y la competitividad por el acceso a la salida” (Sime, 1994, citado en García, 2007, p.103), es decir que explica de manera mucho más conductual el cómo se comportará una persona cuando se vea amenazada. Acción-reacción.

El “Modelo de las ciencias sociales” por otra parte, establece que la persona no solo reacciona, sino que pone en juego todas las cogniciones, valores y pensamientos en función de los grupos sociales a los que pertenece y el rol que tiene en cada uno de ellos, racionalizando lo que le sucede antes de dar una respuesta.

Quarantelli (1981, citado en García, 2007) combina ambos modelos y asume que la conducta de acción-reacción donde tienen lugar las respuestas de pánico y competitividad se dan cuando aumenta la amenaza, pero que al mismo tiempo los vínculos sociales y la búsqueda por desempeñar un rol dentro de ellos también aumenta. Sin embargo menciona que no todas las situaciones de crisis obedecen a la combinación de ambos modelos, ya que

cuando los umbrales de amenaza aumentan, también aparece la conducta individualista de instinto de protección.

2.6 La Intervención en Crisis en el campo de acción

Recordando que una persona es más susceptible al cambio y sus prejuicios se ven mitigados cuando se encuentra en medio de estas situaciones se debe entender esto como la mejor oportunidad para reconstruir y sensibilizar a una persona.

De las herramientas más importantes que tiene un terapeuta es “la narrativa” ya que, como lo mencionan Fernández y Rodríguez (2002, p.19), es a partir de ella “que se puede proponer, una nueva narrativa que incluya y haga posible la intervención en crisis” ya que por ella “el terapeuta trata de rastrear, los indicios que permitan articular la transformación del problema inicialmente formulado en la demanda en términos de la irrupción de una exigencia nueva que desborda los mecanismos de afrontamiento habituales del sujeto y exige el desarrollo de nuevos recursos” (Fernández y Rodríguez, 2002, p.46).

Ellos mismos describen lo que se llama “Narrativa de la Crisis” y mencionan que para que comience a abrirse un canal de comunicación e incluso exista una adherencia terapéutica, durante la narrativa que hace el paciente se tienen que encontrar “puntos de anclaje” que pertenezcan a su narrativa dominante. Sólo así la persona comenzará a vislumbrar el camino a través del cual puede ser ayudado.

También la narrativa que el asistente maneje al momento de intervenir será cuestión de ser analizada y cuidada, ya que es a partir de ella que el sujeto en crisis comenzará a crear conceptos acerca de lo que le sucede que harán eco en como se resuelva la crisis.

Volviendo la atención hacia los mencionados puntos de anclaje se debe evaluar si la persona ya contaba con un razonamiento previo satisfactorio; si la crisis se atribuye a algún problema de índole físico, psicológico y/o sociocultural; si la persona ya ha resuelto algunos problemas de manera satisfactoria previamente y la visión que tiene de la ruptura, incluso como se percibe a sí mismo dentro del problema.

Una vez que se han creado los puntos de anclaje y la persona está más abierta al cambio, es momento en que se lleva a cabo lo que ellos llaman “acompañamiento que tiene como objetivo marcar la narrativa del paciente” (Fernández y Rodríguez, 2002, p.21) para crear una serie de significados y perspectivas distintas acerca de la realidad. Cuando el terapeuta y el paciente se despiden, lo hacen con esta resignificación dada por la intervención, esperando que la vida del paciente sea distinta.

La intervención en crisis se basa en los modelos de terapia breve, esto es debido a que en situaciones críticas se carece de tiempo y hay que actuar de manera más inmediata, como se describirá más adelante.

Hay autores que sugieren que el tiempo de acción es de 1 a 6 sesiones (Aguilera y otros, 1974; Burgess y Baldwin, 1981, citados en Sliakeu, 1984) porque en estas situaciones cada segundo es clave para la resolución, ya que entre más tiempo pasa la efectividad y la apertura al cambio van disminuyendo bañadas en parte por una sensación de desesperanza.

Por otra parte, en cuanto al desempeño del asistente en situación de crisis, se identifican dos áreas: efectividad clínica y técnica (Fowler y MacGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; McGee, 1974 citados en Sliakeu, 1984, p.106). “La primera se refiere a la capacidad del consejero para mostrar empatía, autenticidad y cordialidad hacia el paciente. La efectividad técnica se refiere a la capacidad del consejero para evaluar la mortalidad en casos de suicidio, sondear recursos, hacer las consultas adecuadas y cuestiones parecidas”.

De esta forma el asistente debe aprender ciertas técnicas y reglas para saber como comportarse durante la intervención en crisis.

Fernández Liria y Rodríguez Vega (2001) consideran un proceso terapéutico llevado a cabo en cuatro fases, las cuales se distinguen de la siguiente manera:

1. Fase de indicación
2. Fases iniciales
3. Fases intermedias

4. Terminación

Cada una de ellas cuenta con objetivos y tareas propias.

1. Fase de indicación

Durante esta fase, se refiere al “conjunto de acciones que se llevan a cabo desde el momento en que tenemos conocimiento de la demanda de un potencial paciente... hasta que tomamos la determinación de intentar abordar su problema a través de una intervención psicoterapéutica” (Fernández y Rodríguez, 2002, p.29).

En ella se realizan cuatro preguntas:

- ¿Es oportuna la consideración de una indicación psicoterapéutica ahora?
- ¿Es viable una intervención psicoterapéutica?
- ¿Estaría indicada una intervención psicoterapéutica para actuar sobre este problema?
- ¿Es preferible una intervención psicoterapéutica?

Con ello se determina si es necesario canalizar hacia alguna otra instancia que brinde la ayuda que el consejero o persona que otorga la primera ayuda no puede brindar, y que en caso de que así sea se tomen las acciones pertinentes. También es posible a partir de dichas preguntas, indicar si la persona en crisis cuenta con las habilidades y apertura necesaria para ser intervenida, de lo contrario cualquier intento será fallido o habrá mucha más resistencia, ya que no se percibe una necesidad real de ayuda por parte del individuo en crisis. Además de que algunas intervenciones requieren como primera necesidad algún otro tipo de ayuda, no siempre de carácter psicológico, puede ser legal, médico, eclesial o económico. Ahí es cuando se debe determinar si se continúa con la intervención psicológica. No se debe olvidar que lo primordial para este tipo de ayuda es conectar con la necesidad básica del paciente.

2. Fase inicial

Una vez que se ha determinado que es posible una intervención a partir de la evaluación que se hizo previamente en la fase de indicación, se puede proceder a la fase inicial, donde se plantea lo que es conocido

como *encuadre*. Esta fase se refiere a “la parte del proceso psicoterapéutico que transcurre entre el momento en el que se realiza la indicación de la intervención psicoterapéutica y aquel en el que se establece el contrato por el que paciente y terapeuta acuerdan sobre qué y cómo van a trabajar durante el resto del tratamiento” (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001 citado en Fernández y Rodríguez, 2002)

Según estos autores, esta fase cuenta con tres objetivos:

- a) La evaluación y correspondiente formulación del caso (incluye plan de actuación).
- b) La construcción de la alianza de trabajo.
- c) El acuerdo de un contrato.

Para el primer objetivo de esta fase, se recomienda revisar el apartado de “La evaluación” previamente escrito en el desarrollo de este trabajo.

Sin embargo retomando lo anteriormente expuesto, la evaluación en este sentido se hace enfocado a cual será el plan de acción que se llevará a cabo, y se comprende entonces que la formulación del caso es resultado de esta previa evaluación, tanto del problema, de la demanda, las posibilidades de intervención, contexto e incluso la contratransferencia que ocasiona en el consejero o experto. Es importante considerar como lo refieren los autores de este modelo de intervención, que muchas veces la queja o demanda no se tiene clara al principio, y que es durante el proceso de valoración que tanto la persona que brinda esta primera ayuda como la persona en crisis realizarán un trabajo conjunto para la construcción de la misma. Igualmente la queja inicial muchas veces durante el proceso de intervención, va cambiando a medida que se va resolviendo, de esta forma será distinta la demanda inicial a la final.

La formulación del caso va vinculada a la percepción que la persona tenga del problema, a lo que vea como desgracia, como impedimento y es fundamental que se tenga establecido ya que “es la operación básica sobre la que se cimienta la posibilidad de construir un plan de ayuda” (Fernández y Rodríguez, 2002, p.39)

También el hecho de contextualizar el problema resulta ser una gran herramienta para la resolución del mismo, ya que en ocasiones puede existir ganancia neurótica, la cual en su mismo nombre define lo altamente reforzante que puede ser, porque los síntomas del problema pueden agravarse o alargarse debido al beneficio que representa para el individuo en crisis.

Es en este punto donde se debe plantear como se conseguirán los objetivos propuestos y hacer un pronóstico de lo mismo. Todo ello es posible hacerlo como parte del segundo de los objetivos de esta etapa la “alianza de trabajo”, la cual según Greenson (1967, citado en Rodríguez y Fernández, 2002, p.63) se define como “la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica”. En la alianza de trabajo debe existir un acuerdo del vínculo, del trato, de los objetivos, de las tareas, de todo aquello que establezca el modo en que se trabajará durante la resolución de la crisis con el fin de que ambos se encuentren concientes y dentro del mismo canal de comunicación.

Por último, se considera de vital importancia entablar un “contrato” (tercer objetivo de esta etapa) ya sea de manera explícita o implícita, ya que es un instrumento terapéutico que además funciona para tener mejor control acerca del proceso. Se sugiere que se enfoque por lo menos en dos áreas: la de foco (la que contiene la pauta principal del problema), al encuadre (normas básicas, horario, costo, personas incluidas, lugar, detalles que necesiten ser explícitos para el prestador del servicio y para el paciente). A través de los tres objetivos planteados en esta etapa, se logrará tener mayor claridad en el proceso de ayuda y un proyecto real y claro acerca de lo que se puede obtener.

3. Fase intermedia

Es en esta fase donde se lleva a cabo la construcción de las pautas y el cambio.

Las pautas por un lado se refieren a la narrativa del paciente, incluyéndola como un problema y como un factor de repetición. “Una pauta problema

es una narrativa construida entre terapeuta y paciente, que describe la experiencia del paciente o pacientes como la repetición de un modo insatisfactorio de relación consigo mismo, o con los otros significativos, en el contexto de una cultura” (Fernández y Rodríguez, 2002, p.69). Así la pauta se define en cuanto a la experiencia y en cuanto a la similitud con otras situaciones que han tenido lugar en el pasado y que en ese momento parecen repetirse.

En cuanto al cambio que se persigue como objetivo previamente establecido, se refiere al cambio en cuanto a la pauta del problema, la cual debe, hacia el final del proceso, haber cambiado de ser paralizante hasta aprovechar la situación para crear un nuevo equilibrio para el individuo. Esta nueva pauta debe tener ciertas características, como ir de acuerdo a los valores de la persona, ser diferentes a la propuesta del paciente (para que el síntoma no se sostenga), ser creíble y realista para que sea aceptable, debe integrar los elementos personales del mundo del individuo para que esté prevenido y preparado para las exigencias que vendrán como consecuencia del cambio, no debe venir como propuesta del prestador de ayuda porque podría no ir al tiempo de la persona y con ello no haber un verdadero encuentro que haga evidente el profundo respeto que se tiene por el tiempo y la evolución del otro.

Como lo mencionan los mismos autores de este modelo Rodríguez y Vega (2002) “la tarea del terapeuta no es ofrecer una versión determinada del problema sino cuestionar la consistencia de la versión inicialmente planteada por el paciente y ayudarlo a explorar posibles significados alternativos de los elementos que la integran” (p.93). Así mismo, establecen tres variables de las que depende que el cambio se produzca en cualquier intervención y que se deberán tener en cuenta: “(1) Las referentes a la relación terapéutica, (2) las referentes al paciente”, y (3) las variables del terapeuta.

Beitman y Yue (1999, citado en Fernández y Rodríguez, 2002) establecen que para que el cambio continúe, es necesario abandonar las pautas problema, iniciar y aumentar (tanto la presencia como la duración)

de las pautas funcionales, y mantener dichas pautas funcionales. Así mismo proponen tres niveles de cambio en la psicoterapia

- I. De primer orden: Pone en marcha un comportamiento nuevo, el sistema no cambia.
- II. De segundo orden: Aparecen nuevas reglas de comportamiento
- III. De tercer orden: Se ha aprendido a aprender, es decir que se los cambios ocurren sin necesidad de que el terapeuta esté presente

4. Fase de terminación

Esta fase suele generar angustia tanto para el paciente, como en algunos casos para el prestador de ayuda, ya que se habla del desprendimiento y muchas veces la persona “no sabe si estará lista para continuar sola, sin ayuda”. Para ello se debe tener presente lo que se hace al finalizar cualquier proceso terapéutico (Fernandez Y Rodriguez 2001, citado en Fernández y Rodríguez, 2002):

- a. Evaluar el resultado de la terapia y acordar la terminación del proceso
- b. Evaluar y potenciar los beneficios terapéuticos y la capacidad de funcionar independientemente
- c. Prever los efectos de terminación del proceso, así como los posibles problemas previsibles dados por la separación
- d. Prever recaídas y circunstancias que justificarían que el individuo acuda a terapia de nuevo.

Aunque los objetivos no se hayan logrado en su totalidad es posible dar por terminado el proceso si el paciente es capaz de enfrentarse al mundo con independencia emocional. Esta última fase puede irse vislumbrando paulatinamente, irla planteando al paciente con el fin de que vaya comprendiendo y asimilando que se encuentra listo y que es lo suficientemente funcional para continuar resolviendo de manera independiente, esto le dará incluso una sensación de seguridad sobre sí mismo, el problema y su medio.

Este modelo ha sido propuesto para una intervención breve, para una intervención en crisis.

Como he expuesto, es de carácter mas puntual y aunque no deja de lado el objetivo de dotar de herramientas a la persona, no tiene como finalidad acompañar por mucho tiempo a la persona indagando en su pasado o en el replanteamiento total de los cuestionamientos de la vida del individuo.

El modelo actúa más sobre una situación específica hasta el momento en que le da solución y le quita a la persona la sensación paralizante y desequilibrante de la crisis, le da la oportunidad de volver a funcionar y reencontrarse a sí mismo en medio del caos. Este modelo establece el método a seguir en una Intervención en Crisis en general, se podría decir que establece la forma de actuar para el terapeuta o consejero cuando brinda lo que Slaikeu llamó la “intervención de segunda instancia”, sin embargo no se ha mencionado que hacer en esa primera ayuda psicológica inmediata que es lo que se debe hacer cuando se brindan los llamados “primeros auxilios psicológicos”.

2.7 Intervención en primera ayuda psicológica inmediata

Los primeros auxilios psicológicos, se refieren a la atención que se brinda de manera inmediata ante una situación de urgencia. Son más efectivas al principio de la crisis y pueden ser brindadas por todo tipo de asistentes e incluso parte del entorno psicosocial de la persona, no necesariamente un experto en salud mental.

Todas las acciones emprendidas deben ir dirigidas a reestablecer el equilibrio emocional de la persona, al afrontamiento efectivo del estrés en el momento en que se está dando la crisis a través de pasos concretos.

Según Diego Nuñez (2005) en su “Manual de primeros auxilios psicológicos y emocionales” dirigido a bomberos voluntarios de la Ciudad de Buenos Aires, el trato hacia la persona al brindar la ayuda inmediata, debe ser firme y respetuoso por la naturaleza de las circunstancias. Debe ofrecer a la persona la sensación de sentirse protegida, que sus reacciones no están siendo juzgadas, contar con una evaluación de las capacidades y limitaciones de la persona o grupo, ofrecer tanto información como diversas opciones acordes a

la situación que vive entre las que pueda sentir que elige y brindar un seguimiento. También es importante ayudar a que la persona establezca objetivos concretos con acciones definidas para que le de una noción de presente y futuro.

Las crisis no se superan, lo que se hace es aprender a vivir con lo que dejan ¿Pero como aprenderemos a vivir con lo que dejan si en algunos casos desde el primer momento jamás se tuvo un buen procesamiento de la crisis? Tres objetivos concretos son determinados para esta situación son: (Slaikeu, 1984)

- I. Proporcionar apoyo
- II. Reducir la mortalidad
- III. Ser enlace con fuentes de asistencia

A continuación se explican cada uno de ellos:

I. Proporcionar apoyo

Se ayuda a la persona a saber que cuenta con apoyos para la resolución del problema, que no está solo. Le es posible escucharse y expresar toda clase de sentimientos que una vez expresados, podrán ser reconocidos por la persona en quien habitan.

II. Reducir la mortalidad

Al ser una crisis, está latente el carácter destructivo de la misma. Es en este punto que se precisa que esta intervención se encamina a salvar vidas o los posibles daños a la integridad física y/o mental que pudieran estar presentes en estas circunstancias.

III. Ser enlace con fuentes de asistencia

Previamente se establecen las necesidades del problema y se jerarquiza la importancia de áreas de atención. Así de ser necesario se realiza la canalización pertinente a otras agencias o áreas encargadas del tipo de atención que se requiera y que se considere adecuada a la situación. Podría llegar a temerse que la persona no continúe su tratamiento con las instancias a las que se le refiere, sin embargo si el contacto y la

intervención, tanto como la comunicación y el establecimiento de objetivos donde la persona ha vislumbrado su problema real ha sido bueno, deberá esperarse que la persona tenga una conciencia de su problema, y vaya con pasos concretos hacia la resolución de sus conflictos.

El mismo autor plantea cinco componentes a través de los cuales brindar una atención de primeros auxilios psicológicos

1. Realizar un contacto psicológico
2. Analizar las dimensiones del problema
3. Sondar posibles soluciones
4. Asistir en la ejecución de pasos concretos
5. Seguimientos para verificar el progreso.

Cada componente se describe a continuación:

1. *Realizar un contacto psicológico*, es importante para este punto tomar en cuenta la Teoría de la Comunicación de Watzlawick (1964, citado en Everstine 2006) señalada previamente en el desarrollo de este capítulo.

Para ello es necesario hacer uso de la empatía, y alude a la acción de escuchar tanto el hecho que la persona describe, como sus sentimientos. Cuando la persona ha podido reconocer los sentimientos que le evocan la situación, muchas veces los niveles de ansiedad disminuyen y se puede comenzar la intervención. En algunas ocasiones, si la atención se está brindando en persona, es posible hacer contacto físico, el cual en ocasiones cuando la palabra resulta ineficiente, suele brindar una sensación de apoyo y con ello ser mas eficaz.

2. *Analizar las dimensiones del problema*. Se considera importante para este punto consultar lo relatado en el apartado “La evaluación” expuesto previamente, donde se brinda más información al respecto.

Nuevamente se hace presente la importancia de la evaluación como herramienta de intervención, teniendo como guía la Teoría de la crisis, cuya premisa es que toda crisis tiene un agente catalizador que la precipita.

Para poder analizar las dimensiones que está teniendo el problema al momento de la intervención, es necesario considerar tres aspectos:

- Pasado inmediato (acontecimientos previos que condujeron a la crisis y el modo de actuar de la persona antes de la crisis);
- presente (la situación presente, fortalezas, debilidades, etc); y
- futuro inmediato.(refiriéndose a las dificultades que pudieran darse referentes a la crisis en el futuro).

Esta etapa de intervención tiene como objetivo principal jerarquizar las necesidades del individuo “dentro de dos categorías: conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata; y conflictos que pueden dejarse para después” (Slaikeu, 1984).

Esta indagación no siempre necesita ser tan dirigida, muchas veces esta información es brindada por la persona en crisis de manera que no se tiene que preguntar por ello, pero el experto si debe tener presentes estas áreas y objetivos para que pueda esclarecer la situación que se vive y que funcione como herramienta para la planeación de una estrategia de resolución.

3. *Sondear posibles soluciones.* Teniendo a la situación como en un mapa mental, es posible reconocer cuales serían las soluciones que podrían funcionar y cuales no.

El prestador de ayuda solo puede sugerir que hacer, nunca imponer lo que cree que debería hacerse, ya que si lo hace pierde credibilidad y empatía o se corre el peligro de que la persona no comprenda las alternativas que tiene o no las vea como factibles (igual que en el modelo de Fernández y Rodríguez, 2002, previamente mencionado). El asistente debe ayudar a que la persona genere alternativas, a analizar las opciones (sus beneficios y desventajas) y orientar en la jerarquización de las acciones que se lleven a cabo.

La premisa es que la persona deberá hacer cuanto más pueda hacer por sí mismo, actuando de manera más activa sólo cuando la capacidad del individuo en crisis esté sumamente deteriorada. El papel del

asistente es actuar como impulsor de la generación de ideas haciendo énfasis en sus fortalezas más que en sus debilidades.

Así como se deben observar las posibles soluciones, se deben observar los posibles obstáculos ya que tenerlos en cuenta, generará una mayor responsabilidad por ambas partes (tanto del asistente como de la persona en crisis), encausando el plan de acción hacia uno que contemple todos los posibles panoramas.

4. *Asistir en la ejecución de pasos concretos.* Objetivo concreto: “dar el mejor paso próximo” (Slaikeu, 1984)

El asistente debe ayudar a ejecutar las soluciones que se ha determinado como optimas, tanto para las necesidades inmediatas, como para las que sean de menor importancia. Si la situación de crisis amenaza la vida o interfiere con la capacidad del individuo para tomar decisiones, será menester del asistente tomar una actitud más directiva, de lo contrario, como ya ha sido previamente señalado, solo fungirá como facilitador, es decir que aunque cuenta con el apoyo y orientación del asistente, el principal responsable de las decisiones que se toman es la persona en crisis.

5. *Seguimientos para verificar el progreso.* El objetivo de esta etapa es completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos. El asistente deberá especificar un plan de seguimiento con los suficientes detalles basado en la información que ha obtenido, para que puedan seguir manteniendo contacto tanto por si surge el caso de una necesidad, como para verificar que se estén cumpliendo los objetivos.

El proceso es constantemente verificado, en cada etapa, al tomar una u otra decisión. Si no se completan las etapas, no se puede proseguir a la siguiente hasta que se haya completado, o de lo contrario deberá regresarse a la etapa anterior. “El proceso continúa entonces a través de

las posibles soluciones, la acción concreta y el seguimiento” (Slaikeu, 1984, p.127)

2.8. Intervención en Crisis por teléfono

A pesar de que se ha tenido una amplia descripción acerca de la intervención en crisis, y lo que debe hacer un asistente para auxiliar en el proceso de brindar la primera ayuda psicológica misma, es necesario hablar de las especificaciones que tiene cuando se hace a través de una línea telefónica, donde la única herramienta que se tiene es la voz y la narrativa del paciente.

El objetivo primordial al brindarse esta ayuda, es “crear tantas direcciones potenciales como sea posible, con el fin de actuar sobre las necesidades urgentes, identificadas anteriormente” (Slaikeu, 1984, p.362). Cuando una persona llama por teléfono, esta acción nos habla del hecho de que ésta muy probablemente ya ha intentado resolver la crisis a través de otros medios que le han resultado ineficientes, o que no lo ha hecho pero porque para ella no representan una verdadera opción de ayuda, entonces ha tenido que buscar apoyo externo para la resolución.

Hacer el contacto a través de la línea telefónica tiene varias ventajas, así como desventajas.

Entre las ventajas que se pueden nombrar, están:

-Que se conserva el anonimato de ambos individuos (individuo en crisis y asistente), lo cual se cree que genera mayor soltura en la persona, resultando en una obtención más fácil de información.

-Reduce la dependencia. Este punto tiene que ver también con el anonimato del asistente, ya que al no conocerlo de manera personal, puede ser incluso canalizado o atendido por otra persona en alguna otra ocasión, y tener el mismo resultado sin crear esta ansiedad o fantasía de que “sólo el asistente que ya le ha ayudado” puede “volver a sacarla de la crisis”.

-Accesible para la mayor parte de la población. Muchas personas tienen dificultades para desplazarse, sobre todo en ciudades tan grandes como lo es la Cd. De México, o sus situaciones particulares (violencia,

discapacidad, etc.) no les permiten salir de sus hogares, así el hacerlo vía telefónica les brinda la oportunidad de resolver las crisis de manera más inmediata sin correr riesgos, siendo una opción también para aquellos que están apunto de cometer suicidio u homicidio, que necesitan ser intervenidos en el momento.

-Disponibilidad en cualquier momento del día. Se espera que una línea de atención en crisis cuente con asistentes las 24 hrs. del día o la mayor parte del día para que con ello exista siempre disponibilidad para los usuarios, y que además esta ayuda tenga el mínimo de tiempo de espera.

-El asistente puede realizar notas de lo que se le está diciendo en el momento en que se lo están diciendo sin que el otro se sienta intimidado. Debido a que no existe un contacto visual, el asistente que se encuentra atendiendo a la persona, puede realizar notas acerca de lo que la persona le va diciendo, a las cuales más tarde puede recurrir tanto para plantear las posibles soluciones, como para entender mejor el mapa mental que debe tener de la situación, o para la correcta canalización o seguimiento.

La principal desventaja que se puede nombrar es que el sujeto en crisis puede interrumpir la comunicación cuando él lo desee, es decir que si no se siente comprendido, así como él fue el que comenzó la interacción (al llamar por teléfono), así él puede terminarla cuando lo decida y con ello agotarse una opción mas para el individuo dejándolo con la sensación de que no existe forma de solucionar lo que le ocurre generando tal vez más ansiedad.

Como ya he dicho, la voz es la principal herramienta del asistente para realizar la intervención. A través de ella puede brindar una sensación de calma que contrarreste la angustia y/o ansiedad del paciente. El asistente debe poner mucha atención en la forma en que dice las cosas, debe aprender a controlar y modular su voz para que aunado a una correcta empatía, den como resultado la creación de un canal de comunicación que permita la intervención.

En los modelos propuestos por Fernández y Rodríguez, y Slaikeu, se menciona que el asistente debe aprender a escuchar los hechos, así como los sentimientos y emociones que evocan en la persona, el fin es que sienta que alguien lo escucha, lo comprende, lo acompaña. En este sentido los

silencios no tendrán el mismo significado que el que tienen cuando se tiene la asistencia de modo personal, ya que un silencio aquí puede representar tanto que la persona está comprendiendo lo que se le está diciendo, como no saber como expresarse, o que ha tenido algún problema en la comunicación. Los silencios aquí entonces, no pueden ser tan interpretables como lo serían si la asistencia fuera cara a cara.

La narrativa del paciente es la otra herramienta indispensable para este tipo de atención (se recomienda leer el apartado previo de “La evaluación como herramienta”). Ya he fijado anteriormente la importancia de la misma en cualquier intervención, sin embargo siendo un poco más específicos, a través de preguntas abiertas es posible crear un panorama acerca de las dimensiones del problema.

Como resultado de esta intervención, el asistente puede ser nuevamente facilitador o directivo, refiriéndose en este segundo caso a que si la situación lo amerita, se haga contacto con alguna otra parte del medio de la persona, que le pueda brindar el apoyo de manera personal, o bien, enviar atención especializada a su hogar en casos muy extremos.

Cuando la intervención en crisis por teléfono comenzó a realizarse, no se consideraba ni importante ni factible darle un seguimiento a la atención que se había brindado, sin embargo a medida que este campo se fue ampliando, se hicieron evidentes los beneficios que tendrían tanto para el asistente como para la persona en crisis el hacerlo. A uno le sirve para realizar más investigaciones que ayuden a perfeccionar la ayuda que brinda, sus procedimientos y teorías al respecto, mientras que al otro le da una retroalimentación para saber si ha cumplido los objetivos inmediatos, si ha vuelto a caer en crisis como resolverla, dotándolo de seguridad y apoyo.

2.9. Terapia Breve

Una vez que he expuesto la manera en como se brinda la primera ayuda psicológica inmediata, me resulta necesario hablar de la Terapia Breve, la cual se considera es el paso a seguir para las personas que

requieran continuar con un tratamiento una vez que han recibido una Intervención en Crisis.

Leopold Bellak (1986) desarrolló una aproximación a la terapia breve, derivado de la necesidad que encontró en el año de 1946 tras la Primera Guerra Mundial de atender psiquiátricamente a los veteranos en corto tiempo, es decir en un número de sesiones de tres a seis y la llamo Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia. Ésta “se enfoca en lo que ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible” (Bellak, 1986, p. 5).

Este tipo de terapia toma en cuenta principalmente la Teoría Psicoanalítica, la Teoría del aprendizaje y la Teoría de los Sistemas. Fue desarrollado por Bellak dada la suma de su experiencia y aprendizaje clínico acumulado. Suele recomendarse para aquellos que cuenten con una capacidad de insight ya que si no cuentan con ella, difícilmente se podrán observar resultados. En ella se debe definir previamente la meta que se va a perseguir de manera concreta, y dada su naturaleza de breve requerirá mayor actividad mental por parte del paciente y del clínico mismo.

Debido a que este enfoque cuenta con la influencia de la Teoría de los Sistemas, para utilizarla resulta necesario considerar los “sistemas sociales, étnicos, económicos y generales. Estos determinan el estilo de comunicación que hay que tener en mente con respecto a lo que es patológico y lo que se encuentra dentro de la norma del paciente en particular” (Bellak, 1986, p.2) pues dichos factores determinarán lo que resulta patógeno o no para la realidad del paciente.

Este enfoque considera cinco sesiones de intervención y una de seguimiento, es decir un total de seis sesiones máximo por paciente donde se intentará conseguir la meta concreta inicial propuesta. Los objetivos de dichas sesiones propuestas en este enfoque desarrollado por Bellak (1986) serán propuestas a continuación:

-*Sesión inicial o Primera sesión*: es la más importante. Se intenta obtener la primera impresión, se indaga acerca de la historia del síntoma principal, la historia del paciente y de su familia, se mencionan los síntomas secundarios, se hace una evaluación del yo, se establece la alianza terapéutica, el contrato

terapéutico y se hace una breve revisión de la sesión y una planificación para la siguiente. Proveer una agenda al principio de las sesiones puede resultar muy provechoso, ya que puede incluir los detalles que se hayan dejado pendientes y revisar así las tareas que se dejaron al paciente.

-Segunda sesión: Exploración más amplia, con el fin de lograr un mejor cierre y reexaminar las bases para elegir áreas y métodos de intervención.

-Tercera sesión: Hacer un intento especial por trans-elaborar lo que se ha aprendido hasta entonces. Puede ser un buen momento para realizar una terapia con otros miembros de su red social (pareja, familia o amigos) en caso de que se considerara necesario.

-Cuarta sesión: Dedicada a comprender más acerca de los problemas del paciente, agregar insight e intervenir en cualquier otra forma necesaria. De nuevo habrá una discusión acerca de la terminación y de las reacciones ante esto.

-Quinta sesión y última sesión regular: El paciente se ocupa de reseñar el periodo completo de tratamiento y se trans-elabora cualquier material adicional que se haya obtenido. Siempre es importante intentar cerrar la terapia con una relación positiva, para este fin el terapeuta debe intentar tomar un rol más humano para que el paciente vea que se le considera como un igual porque se piensa que ha aprendido a resolver sus conflictos. Se habla en esta sesión de los posibles obstáculos que enfrentará por el cambio, con el fin de no favorecer la dependencia a la terapia, y se le intenta tranquilizar señalándole que en caso de ser necesario puede recurrir nuevamente a recibir terapia adicional ya sea con el clínico que le ha atendido hasta ahora o con otro que se le será presentado en ese momento.

-Sexta sesión o sesión de seguimiento: Se lleva a cabo un mes después. Se intentará verificar la calidad de los logros terapéuticos y se llevarán a cabo las disposiciones acordadas con ello.

Es importante que se establezca una relación entre sesión y sesión para dar la sensación de continuidad y no de tratarse de episodios aislados que no permitan la generalización del aprendizaje que se intenta dar sobre la resolución de conflictos al paciente.

Entonces la proposición básica de la Terapia Breve consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial (Bellak, 1986).

Si se ha intentado hacer una Intervención en Crisis y se ha visto que se requiere más bien de una Terapia Breve y aún así no funciona, se puede intentar utilizar técnicas como la narración de un problema en particular preguntándole de sus emociones y cogniciones al momento de la resolución para ayudarle a adquirir el insight. Si a pesar de los esfuerzos del clínico y de las técnicas que utilice durante la terapia breve se considera que no hay mejorías, entonces se busca que asista a una Terapia no de tipo breve sino donde pueda explorar más a fondo sus síntomas y su historia que siguen manteniendo su malestar, y si se continúa sin mejorías solamente de considerarse necesario como último recurso se referiría entonces a que el paciente reciba una atención de tipo psiquiátrica donde pueda disponer de medicación.

2.12. Conclusiones del Capítulo

“Yo me bajo en atocha
Yo me quedo en Madrid”
(Sabina J, 2004)

Así establecía Joaquín Sabina su dolor ante los acontecimientos en el tren de Atocha en Madrid en el año 2004 donde tantas personas perdieron la vida como resultado del mayor ataque terrorista del que se tenga memoria en Europa.

Esta frase no es sino la máxima representación del entendimiento del dolor ajeno. Esta frase significa quedarse con el otro, significa “quiero que me suceda lo que te sucedió, y si me he de morir, quiero que sea contigo” (Navarro, 2011). Simboliza la máxima prueba de empatía lo cual es, como he expuesto a lo largo del presente capítulo, la herramienta más importante para hacer una buena intervención en crisis en las necesidades básicas alteradas de la persona.

Durante este capítulo ha sido posible tras analizar lo que genera una crisis (mencionado a lo largo del capítulo 1 “De las Crisis y sus características”), puntualizar cuales son las acciones que deben llevarse a cabo por parte de profesionales de la salud y personal que brinda este tipo de ayuda desde un aspecto generalizado en situaciones de desastre hasta el aterrizaje por fin a una atención psicológica por teléfono.

He revisado la historia de la evolución de este campo, sus objetivos, sus herramientas más importantes (evaluación y narrativa- voz), los obstáculos que podrían tenerse en la comunicación a través de la teoría de Watzlawick, las fases de intervención mediante el modelo propuesto por Rodríguez y Vega, así como más específicamente el modelo de atención de primera instancia propuesto por Slaikeu. He revisado los componentes y los objetivos inmediatos para esta clase de intervención, y he mencionado este tipo de Intervención en Crisis utilizando la modalidad de vía telefónica. Finalmente expuse de manera general los objetivos y manera de proceder de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia, con el fin de establecerla como el siguiente paso a dar tras una primera ayuda psicológica inmediata en caso de que se considere necesaria.

La revisión de los temas abordados a lo largo de este capítulo resultan de vital importancia para todo aquel que quiera iniciarse en la carrera de asistir a los demás a través de Intervención en Crisis.

Una intervención eficaz sembrará las bases sobre las que se puede edificar un futuro o por el contrario destruir todo atisbo de esperanza en el individuo en crisis. Esa es la importancia del trabajo que se hace en este campo, tener la oportunidad de acompañar desde el momento mismo en que surge la necesidad.

Como Joaquín Sabina establece con la frase antes mencionada, el dolor o la preocupación ante la necesidad del otro evoca el lado más humano de ser persona, y le lleva a la comprensión más primaria de la existencia de la realidad y de la muerte. Así, teniendo presente el sentido humanitario hay que tomar la responsabilidad social que convierte a la persona en un ser diferente, y sumando la inteligencia ocuparse en emplearla hacia “sanar la herida del otro”.

Habiendo conocido las generalidades de cómo deben ser llevadas a cabo las intervenciones en crisis, resulta entonces necesario llevarlo al terreno de la práctica para consolidar las teorías de lo que ya he señalado, es por ello que durante el desarrollo del próximo capítulo expondré tanto el programa , “Somos Tu Familia”, que quiero analizar y fortalecer por medio del presente trabajo, como otros programas que brindan igualmente la primera ayuda psicológica inmediata por medio de la vía telefónica.

Los programas que se describirán son: Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), Línea Origen Pro Ayuda a la mujer, Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastre de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Programa de Intervención telefónica de Crisis de la Ciudad de Seattle.

A través de la exposición de dichos programas busco conocer la manera en que trabajan algunos programas dedicados a este tipo de atención, para conocer los aciertos que han tenido e implementarlos en el programa “Somos tu Familia” para su consolidación.

CAPÍTULO 3: PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

“¿Es tarde?

Es tarde pero es nuestra hora.

Es tarde pero es todo el tiempo que tenemos a mano para hacer el futuro...

Es tarde pero es de madrugada si insistimos un poco”

(Mons, P. Casaldáliga citado por Rivas, 2011)

¿Cuántas instituciones en México se han creado con el fin de ayudar a los demás y se han quedado plasmadas en papel únicamente como proyectos teniendo que ceder ante las dificultades que tiene el formarse como organizaciones de ayuda? ¿Cuántos organismos de asistencia que existen en realidad representan una opción viable y genuina de atención a las necesidades del otro? ¿Cuántas personas han tenido que desistir ante una realidad en la cual no encuentran alternativas de panoramas distintos al que se les presenta?

Estas preguntas son reflexiones que muchas veces se hacen cuando se piensa en las instituciones que funcionan especialmente en la Ciudad de México para la resolución o la atención a personas que buscan algún medio externo que les brinde el apoyo que no encuentran en ningún sitio y que buscan desesperadamente.

Muchas veces es verdad que los problemas no pueden solucionarse de manera instantánea, sin embargo el encontrar instituciones que den información, canalización o que simplemente hagan sentir que la persona es escuchada en algún lugar, parece imposible, sobre todo si la persona se encuentra en un estado de crisis.

Pero si hay poca atención para la persona en crisis ¿quién se ocupa de atenderlo como parte de un sistema social llamado familia?

A continuación presentaré un panorama general del programa “Somos tu Familia”: sus antecedentes, su situación actual y los obstáculos que ha enfrentado para irse consolidando. Este panorama brindará una idea acerca del trabajo que en él se realiza para identificar las áreas de debilidad del programa, así como sus oportunidades y con ello continuar trabajando en su

mejora. También presentaré de manera general otros programas que igualmente brindan ayuda psicológica inmediata por teléfono para conocer la forma en que brindan el tratamiento y con dicha experiencia fortalecer el programa “Somos tu Familia”.

3.1. Programa “Somos tu Familia”

3.1.1 Antecedentes del Programa

En el año 2006 comienza a plantearse la idea de realizar un proyecto. Este proyecto aun no tenía nombre, pero surgía de la necesidad que cada día se hacía más evidente por los temas que amenazaban la situación de la familia en México y la ayuda insuficiente que existía en este rubro.

Se asigna al proyecto el nombre “Cenyliztli”, palabra que proviene del vocablo náhuatl y se compone de dos partes: “cen” que significa uno, unidad, lo mismo; y “yeliz” que significa esencia. Unidas estas dos partes “Cenyliztli” quiere decir “los que tienen una misma esencia” (Cenyliztli, 2006).

Por las razones anteriores se decidió que el desarrollo de esta asociación debía estar definida por lo menos en tres rubros:

- la difusión de los valores a través de medios de comunicación.
- la enseñanza de los valores de la familia a través de conferencias.
- la atención a las personas y familias que estuvieran pasando por un periodo de crisis.

Las áreas de trabajo serían medios de comunicación, responsabilidad social y familia.

De este modo surge el proyecto “Orientadores Familiares”, a partir de una reunión que tuvo lugar el 19 de febrero de 2007, y aunque no se tenía claro si era un programa que debía ser parte de Cenyliztli, o si debía ser un programa independiente, sí estaba determinado a ser un “programa de responsabilidad social que ofreciera el servicio de apoyo integral a las familias para conseguir su unión y bienestar, ofreciendo una ayuda directa e inmediata a la familia para que en las zonas donde no tienen la posibilidad de acercarse a este tipo de ayuda, brindándoles apoyo y opciones de bienestar “hubiera alguien que las escuchara y diera la terapia apropiada para

recomponer la estructura familiar principalmente a causa de las crisis de familia y de pareja, de violencia intrafamiliar y adicciones“ (Cenyzelitzli, 2007). Entonces los asesores(as) estarían encargados de brindar orientación, consejería y ser centros de escucha para todo aquel que se acercara a la parroquia a solicitar una ayuda de este tipo.

El 26 de marzo de ese mismo año se decide nombrar este proyecto como “Somos tu Familia” el cual estaría integrado como un programa perteneciente a “Cenyzelitzli”, y para el 30 de abril ya se tenía un ideal de cómo debía estar estructurado:

- Cuatro profesionales de la salud
- Ocho orientadores(as) (cada orientador(a) podía tener hasta 25 sesiones a la semana, es decir 100 al mes aproximadamente)
- Ocho asesores(as) por orientador(a)

Con esto la estructura social del programa contaría con un total de 76 personas participando en ella, donde cada parte tendría su función definida.

La intención era buscar que los/las cuatro profesionales implicados(as) estuvieran especializados(as) cada uno(a) en diferentes áreas: pareja, familia, violencia intrafamiliar y adicciones. Estos profesionales formarían la coordinación técnica, mientras que los/las orientadores(as) familiares aconsejarían y apoyarían (¿qué hacer?) y los/las asesores(as) familiares orientarían y apoyarían a las personas en crisis (¿a dónde ir?). Todos los grupos se reunirían semanalmente para tener una supervisión y de esta forma brindar un mejor servicio y preparación a los miembros integrantes del programa.

Este proyecto está vinculado a la Pastoral Familiar de la Arquidiócesis de México, por lo tanto se buscaba que los/las asesores(as) pudieran llevar a cabo su labor en las parroquias del Distrito Federal en México.

La Arquidiócesis cuenta con 850 parroquias, por lo cual se estimó que se necesitarían por lo menos 1064 personas para poder atender las necesidades de las familias dentro de esta Arquidiócesis.

Para dar difusión al programa se haría circular dentro de algunos colegios de la ciudad un folleto para dar a conocer su existencia y que

algunas madres de familia interesadas se sumaran tomándolo como un apostolado.

También hubo comunicación con el Instituto Juan Pablo II y la Universidad Anáhuac, México, para que el programa pudiera estar registrado dentro de su red de Servicio Social y con esto ser una alternativa para los/las alumnos(as) que así lo quisieran, con la opción de que al terminar este periodo si habían demostrado sus capacidades entonces pudieran ser parte del programa como un trabajo de medio tiempo.

En ese mismo año, comienza a plantearse la elaboración y diseño del contenido de 52 folletos dominicales que serían repartidos en las parroquias del Distrito Federal relacionados con temas que tuvieran que ver con el actuar de la familia y algunas recomendaciones para ello. Así mismo se sugiere publicitar “Somos tu Familia” a través de un espacio que se daría en un programa de radio, y con mantas y posters colocados fuera de las parroquias y de las oficinas de la Arquidiócesis para darlo a conocer a los miembros de las comunidades.

Para el día 7 de noviembre de 2007 ya se habían nombrado tres coordinadores(as). En la sexta, séptima y octava vicaría de la Arquidiócesis de la Ciudad de México los cuales estarían encargados de ser los puentes de comunicación entre la Coordinación Técnica del programa y los/las asesores(as).

Una vez que se tuvo a los/las primeros(as) coordinadores(as), se comenzaron a establecer algunas prioridades para consolidar el programa como una opción de ayuda. Estas serían constituir vínculos o alianzas tanto con instituciones psiquiátricas como con psiquiatras particulares a los cuales se pudiera referir casos. Así mismo se ofrecería este servicio de atención psicológica y/o emocional a las empresas como alternativa que pudieran sumar a sus programas de responsabilidad social, y con el que muchas veces no cuentan por ser una atención considerada de índole más específica, pero que es parte fundamental del bienestar integral de los empleados.

Más tarde, atendiendo a la necesidad de buscar y crear vínculos con otras organizaciones dedicadas a diferentes rubros en la ayuda de las personas, se crea un “Directorio de Instituciones” a las cuales se podría

canalizar a los/las asesorados(as) en situaciones de emergencia, sin embargo se vio que muchas de las instituciones que se encontraban dentro de ese directorio eran incompatibles con el perfil que maneja “Somos tu Familia”, entonces comenzó a plantearse la fundación de una clínica propia de Cenyeliztli con profesionales de la psicología que fueran totalmente en la línea de pensamiento” (Cenyeliztli, 2008).

Para integrar los grupos de asesores(as) necesarios, los/las colaboradores(as) enviados(as) por los párrocos y las personas que se hubieran enterado mediante la difusión a través de los folletos repartidos en escuelas y clubes, deberían formarse antes de brindar asesorías mediante un curso de inducción dividido en dos sesiones teóricas, tras de las cuales se haría un examen teórico y una entrevista (realizada por la Coordinadora Técnica del programa, la cual debía ser forzosamente Psicóloga).

Si se determinaba que estos candidatos(as) a asesores(as) eran aptos, entonces formarían parte del equipo recibiendo un gafete con el número de asesor que eran y que los avalaba como parte del programa, así como una supervisión de sus casos y formación continua en diversos temas de interés.

Los/las asesores(as) eran primeramente capacitados(as) en técnicas de la entrevista, asesoría familiar (temas que no requirieran un proceso terapéutico profesional), y canalización hacia profesionales o instituciones de los casos que lo requirieran

El primer curso de inducción tuvo lugar en las oficinas centrales de la Arquidiócesis de México los días 24 y 1^a de Diciembre de 2007. Al iniciar se les entregaba una carpeta de trabajo con una hoja de registro (que debían entregar al finalizar la sesión para que la Coordinación Operativa tuviera sus datos), copias de hojas para hacer expedientes y dar seguimiento, un formato para controlar las ausencias de sus asesorados y por último recibos.

Ese curso tuvo como resultado solamente siete personas aprobadas, tres reprobadas y dos más no podían colaborar con el programa.

Es importante señalar que “desde el principio se estableció que asistir a capacitación no significa que ya estén dentro del programa” (Cenyelitztli, 2008), ya que después deberían aprobar las subsecuentes evaluaciones.

En uno de los cursos posteriores, se dio el caso de que una persona que necesitaba ayuda acudió directamente al curso, lo cual fue discutido en una reunión posterior, y lo que se acordó para que esta situación no ocurriera de nuevo fue: “se le darán instrucciones a la recepcionista para que lleve una libreta con el registro de llamadas. También se le darán los datos de los coordinadores para que dependiendo de la Vicaría de la que llama la persona, se remita con ellos y no se triangule la información” (Cenyelitztli, 2008).

Esto no porque el programa fuera únicamente dedicada a la capacitación de asesores(as), sino porque en el momento en que era llevado a cabo un curso de inducción, no se le podía brindar la ayuda óptima a la persona en crisis, no eran las condiciones ideales para darle atención.

De cualquier modo este evento representa el primer momento en que se comienza a ver la necesidad de atender crisis a través de la vía telefónica, y ser resuelta a través de brindar atención, información y/o canalización.

Quince días más tarde de haber sucedido esto, ya existía el reporte de algunos casos referidos a la oficina central de Cenyelitztli a través de la vía telefónica. Por ello se decidió definitivamente instruir a la recepcionista y a las demás personas que colaboraban en la asociación para que cuando respondieran una llamada hicieran el registro de la misma. También se les otorgaron a los/las colaboradores(as) de Cenyelitztli los datos de los/las coordinadores(as) para que dependiendo de la Vicaría de la que se comunicaban, la persona fuera canalizada con el correspondiente a la zona más cercana de la cual se comunicaban. Se sugirió la creación de una línea de atención gratuita específica conectada a las oficinas, y que por la noche fueran conectadas a las casas de algunos miembros del consejo para que una vez que se afianzara el equipo de especialistas, fueran estos los que atendieran las llamadas con el fin de brindar una ayuda de tiempo completo, aunque este proyecto nunca se llevó a cabo.

Para el 11 de junio de 2008 se tenía el registro de que 78 personas que habían llamado pidiendo ayuda, habían sido canalizadas, se contaba con un Directorio de Instituciones dividido por delegación, y 89 asesores(as) aprobados(as) en toda la Arquidiócesis.

3.1.2 *Objetivos de la Asociación a la que pertenece el Programa*

Cenyeliztli busca “formar, fortalecer y defender a la familia en sí misma y en cada uno de sus miembros, y de este modo ayudar en la construcción de una sociedad comprometida y justa” (Cenyeliztli, 2006), pues reconoce que es ésta la génesis del cambio social, pues es la primera sociedad de la que el individuo forma parte y en la que se va creando.

La institución plantea que esto intenta hacerlo a través de diversas formas:

- a) Formación en valores: Apoyando las necesidades que la familia plantea para su unión y bienestar, para que con ello se pueda dar una transmisión de los valores a futuras generaciones
- b) Atención y ayuda emocional y psicológica: Trabajando con la familia a través de las circunstancias en que es mas vulnerable
- c) Vinculación: Apoyando y colaborando con instituciones que se encuentren a favor de la ideología y bajo la misma línea de pensamiento que Cenyeliztli
- d) Capacitación: Formando y capacitando a los integrantes de la asociación para el beneficio de la sociedad

Los objetivos de la asociación son:

- Realizar estudios para identificar y prevenir riesgos y daños a la institución familiar y promover servicios para su atención.
- Elaborar, desarrollar, aplicar y evaluar programas para promover la satisfacción de las necesidades psicosociales de la familia y sus miembros.
- Elaborar, desarrollar y evaluar programas para promover los valores y cualidades de las familias mexicanas.

- Formar y capacitar a personal voluntario técnico y profesional en las ciencias de la familia.
- Promover, organizar, dirigir y evaluar servicios de orientación, consejería y atención profesional psicológica, pedagógica y medica relacionados.
- Promover y organizar espacios de vinculación entre los servicios asistenciales, las organizaciones de la familia y los servicios de la comunidad.

Para llevar a cabo estos objetivos, hace uso de varias estrategias como elaborar un diagnóstico de los riesgos y daños de las familias por región y zona, la utilización de un directorio de servicios e instituciones que den atención a diversos problemas para canalización, elabora y difunde diversas publicaciones y conferencias de temáticas actuales de interés público con las que la población pudiera sentirse identificada, promueve núcleos de orientación y apoyo familiar por región y zona, promueve y vincula servicios de atención profesional y psicológica, y promueve la obtención de fondos para el cumplimiento de las metas y la subsistencia del programa.

Busca tener un impacto a nivel personal, familiar y comunitario, ayudando a la integración de la persona fortaleciendo desde su trinchera al autoestima, estabilidad y felicidad del individuo para que con ello la estructura familiar se vea beneficiada y esto haga un impacto en el ambiente permitiendo que se vuelva una atmósfera de cooperación, integración y superación.

A través de él se busca apoyar y complementar la labor del párroco, promoviendo núcleos de orientación y apoyo familiar por vicaría, decanato y parroquia.

3.1.3. *Situación actual del programa “Somos tu Familia”*

“Somos tu Familia” continúa persiguiendo los mismos objetivos que se planteó desde un inicio y forma parte de los programas de Cenyelitzli.

Como todo organismo en construcción ha tenido varias crisis para poderse consolidar, sin embargo las ha superado fortaleciéndose y

haciéndose de miembros experimentados y comprometidos que comprendan la labor del programa, perfilando una atención cada vez mas profesional e incluso planteándose objetivos que no se habían propuesto al inicio.

Actualmente cuenta con una directora, con una coordinación del área operativa (encargada de todo lo referente a la operatividad del programa, así como abrir espacios en algunas parroquias donde aún no se cuenta con él), un área técnica (encargada de reclutar a los candidatos(as) a asesores(as), evaluarlos(as), dar supervisión de los casos, hacer un análisis de las problemáticas por zona, canalizar a las personas a través de las llamadas tanto a instituciones y a otros programas internos de la asociación “Cenyzlitzli” como hacia los asesores(as), y fortalecer el Directorio de Instituciones), y 65 asesores(as) activos en toda la Arquidiócesis que brindan atención en las Parroquias

Al mismo tiempo la clínica con profesionales en psicología que se había planteado desde un principio ha logrado consolidarse a partir del 19 de abril del 2010 llamándose “Centro de Atención Familiar” (CAF) a donde también se hacen canalizaciones.

La atención a empresas por medio de psicólogos y la difusión a través de un boletín semanal es una realidad. Este boletín no solo es difundido a través de las publicaciones que se entregan con el periódico eclesiástico “Desde la Fe”, sino que también es publicado cada sábado en el periódico “Excelsior” de divulgación nacional.

En cuanto a los/las asesores(as), son capacitados(as) mediante un curso de inducción, como desde el principio fue planteado, sin embargo el curso ya no es únicamente de dos sesiones, sino que es de nueve, tras la cual se hace una evaluación psicológica, un examen teórico y una entrevista con la coordinadora del área. Así se determina si los/las candidatos(as) son aptos(as) para ser asesores(as), y si son aprobados(as) entonces pueden continuar su formación que es impartida de manera continua un sábado al mes de 9:30 a 14:00 hrs. durante tres años, después de los cuales se les da

una certificación de que han concluido el programa y que son asesores(as) capacitados(as) y avalados(as) por “Somos tu Familia”.

Respecto a la atención psicológica inmediata por teléfono, se ha avanzado mucho, ya que como mencioné en los antecedentes de la asociación, antes no se consideraba como una prioridad en el programa, sin embargo ahora se sabe que es la primera instancia donde la persona contacta y determina si le funciona o no el programa, y que de ello depende si continua con el mismo, o si busca ayuda en otra organización o se da por vencido y continua viviendo con el problema como parte de su vida.

Es en las oficinas centrales, específicamente en el área técnica donde éstas llamadas son referidas para que puedan recibir información acerca del programa y también ser atendidas en cuanto a sus crisis o el problema por el que están llamando. La atención únicamente es brindada por la coordinadora y la asistente del área técnica, y en algunas ocasiones, cuando la situación lo amerita o lo permite, por la directora del CAF, todas ellas profesionales en psicología.

El registro de las llamadas ya no es llevado a cabo únicamente a través de una libreta, sino que se ha sistematizado una hoja del programa *Excel* donde se escribe toda la información que podría ser útil para realizar el seguimiento oportuno de los casos y formarse también en esta área la investigación.

3.1.4. *Obstáculos para el programa*

De los obstáculos que se tuvieron que superar para la consolidación de los primeros grupos de asesores(as) fue que algunos sacerdotes aun estaban renuentes a enviar personas que colaboraban con ellos en sus parroquias a que formaran parte del programa, ya que eran escépticos de los beneficios que podría traer a sus comunidades y por otra parte mencionaban que no conocían la labor que se realizaba, y que la formación que recibían las personas no se revertía en ninguna clase de apoyo para sus parroquias por la falta de compromiso que había con las personas que finalizaban el curso.

Así mismo los donativos económicos que recibe la asociación se redujeron por la situación de crisis mundial y el programa ha tenido que replantear su operatividad, intentando ser lo más autosustentable posible, sin embargo la capacitación de los asesores(as) es una prioridad para los miembros directivos y no quieren que esta se vea mermada, ni tampoco que se eleve el costo por la atención que reciben los individuos y familias en crisis.

El mismo compromiso por los miembros de las comunidades y la crisis que vive la iglesia como institución que cada día va perdiendo miembros, ha constituido un impedimento para continuar incrementando las filas del equipo de asesores.

Por último, como ya he dicho, se ha reestructurado el programa, ya que se había hecho evidente que no se estaba brindando una ayuda eficaz, y que algunas circunstancias habían rebasado la visión que se tenía de la asociación, ya que había crecido, por la necesidad inminente de las familias, de manera apresurada, por lo cual decide replantearse la formación y aprobación de muchos asesores para brindar un servicio de atención ya no solo de cantidad sino ahora también de calidad.

3.2 Programas de Intervención en Crisis por teléfono

3.2.1 SAPTEL como Institución Modelo en Intervención en Crisis por teléfono

En México en el año de 1985 como resultado de los terremotos que sumieron a la Ciudad en un profundo desastre, se fundó una línea de atención de emergencias, la cual resultaba ser la primera en su tipo en este país.

Esta línea es llamada Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL/CEM/FMSM), la cual constituyó un servicio de orientación, información y canalización para la comunidad que se brindó a aproximadamente 700 personas.

Debido a que esta atención había sido pensada más como medida emergente por los acontecimientos del temblor de 1985, y que más bien representaba una prueba para ver que tan factible y necesaria resultaba ser una línea de este tipo de atención para la población en México, este servicio

es suspendido ese mismo año por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y por la Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM) ambas instituciones responsables del programa.

Tras hacerse un análisis de los resultados, en julio de 1987 este sistema de atención es reabierto por dos años más donde se atendieron cerca de 4000 casos. Más tarde el 15 de agosto de 1992 se instaura el primer curso de capacitación para consejeros de SAPTEL, siendo desde el 12 de octubre a la fecha un programa dedicado a la atención de apoyo psicológico por teléfono y capacitación de nuevos consejeros para la atención en este mismo ámbito, tan es así que el 30 de noviembre del año 2002 se inauguraron las instalaciones de SAPTEL Cruz Roja Mexicana en la colonia Polanco en la Ciudad de México.

SAPTEL ha sido un programa que se ha ido formando tras ver la necesidad de la población mexicana en este tipo de atención. Cuenta con el apoyo de Cruz Roja Mexicana, la Secretaria de Salud, la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM) y el Gobierno Federal a través del Consejo Nacional y Centro de Adicciones (CONADIC).

La atención es brindada a los y las habitantes de la Ciudad de México, Área Metropolitana y ocho estados de la República, las 24 hrs del día los 365 días del año a través de 16 líneas telefónicas de número (+52) 52 59 81 21 y (+52) 01 800 472 78 35 sin costo para el interior de la república.

Ha llegado a contar con 80 supervisores(as) (doctores(as), maestros(as) y licenciados(as) en Psicología), 90 consejeros(as) (que cubren tres turnos distintos: de 7 a 15 hrs; de 15 a 23 hrs; y de 23 a 7 hrs) ocupando un espacio físico de cuatro cubículos subdivididos.

Sus objetivos principales son:

- Brindar información relacionada a salud mental en los niveles primario preventivo, secundario o de tratamiento, o terciario o de rehabilitación.
- Apoyar en casos de emergencia psicológica
- Canalizar o funcionar como enlace entre el individuo en crisis y la institución pertinente para el tipo de atención que requiera.

-Ser terreno fértil para la investigación a través de sus mecanismos de evaluación de problemáticas con el fin de ser modelo de acción en intervención en crisis para programas dentro de México y América Latina.

Este programa cuenta internamente con una clasificación en subgrupos o comités en los cuales los consejeros tienen asignadas ciertas actividades cuando no se encuentran realizando guardias, algunos de ellos son: dirección operativa, directorio, asistencia, servicio social, archivo, papelería y coordinación de guardia.

Los consejeros(as) son convocados a través de la página web con que cuenta SAPTEL, y con carteles dentro de las instituciones educativas a nivel superior, es decir en universidades privadas, así como en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) e Instituto Politécnico Nacional (IPN) que son instituciones de educación pública. Esto da a los y las estudiantes o pasantes de psicología y trabajo social la oportunidad de integrarse al equipo de consejeros(as) para que obtengan experiencia clínica directa.

Una vez que se convoca a todos aquellos interesados(as) en asistir al curso de capacitación, y que éstos hayan reunido los requisitos necesarios que pide el programa (cuestionario de por qué quiere formar parte de SAPTEL y entrega de autobiografía). Se les pide que asistan al curso de capacitación, el cual deben tomar de manera obligatoria.

El curso de capacitación es de 56 horas (14 sesiones de 5 ½ horas cada una), una vez a la semana durante tres meses, siendo la mitad de carácter teórico y la otra mitad de supervisión conjunta con un experto que funge como coordinador de la misma acerca de una llamada que se haya recibido. Los temas que se abordan en esta primera capacitación son:

1. Bienvenida y presentación de servicio.
2. El desafío de adaptación positiva a la modernidad.
3. Modelo SAPTEL de intervención en crisis por teléfono.
Primera Parte
4. Psicopatología. Examen mental y diagnóstico psiquiátrico.

5. Psicopatología. Teoría general y especial de la neurosis y de las psicosis.
6. Técnicas de intervención en situaciones de emergencia y crisis. Conceptos fundamentales.
7. Técnicas de intervención en situaciones de emergencia y crisis. Generalidades técnicas.
8. Técnicas especiales de intervención en crisis: Atención a víctimas de violación.
9. Técnicas especiales de intervención en crisis: Atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
10. Técnicas especiales de intervención en crisis: Depresión y suicidio.
11. Técnicas especiales de intervención en crisis: Otras disfunciones del control de la sexualidad y la agresión.
12. Modelo SAPTEL de intervención en crisis por teléfono. Segunda parte.
13. Capacitación operativa: Normatividad en SAPTEL. (Inicio de la participación en guardias y de la supervisión en pequeño grupo como observadores).
14. Dinámica de integración.

Cuando el curso concluye, se les hace una evaluación a los candidatos(as) a consejeros(as) a través de un examen teórico de los temas que se vieron, una entrevista y un *role playing*. Todo esto con el fin de saber si el o la candidata(o) cuenta con las habilidades necesarias para la atención de crisis ya que hay que recordar que del otro lado del teléfono tratamos con personas en un estado alto de sensibilidad.

Si el/la candidata(a) es aceptado(a) dentro del equipo de consejeros(as) de SAPTEL, entonces deberá acudir a sus supervisiones, a la guardia a la que se haya comprometido y a una capacitación continua, estas tres de manera obligatoria mientras permanezca como consejero activo.

SAPTEL tiene como política la intervención a través de máximo 20 llamadas por teléfono, y para ello sigue un modelo de atención de cinco fases

de acuerdo a la cantidad de llamadas que se distinguen (Gaytan, 1993 citado en Ramírez, 2004):

- *Primera fase:* (Primera llamada) Se sigue el prototipo de atención individual donde se hace una evaluación de lo que se busca, así como del estado actual de la persona (revisar apartado de “La evaluación” ubicado en el capítulo 2 de este mismo trabajo)
- *Segunda fase o bien de continuidad:* Se pone en práctica alguna técnica de acuerdo al enfoque del consejero.
- *Tercera fase:* (Abarca desde la tercera llamada hasta la número 20) La crisis ya se encuentra más o menos controlada. A partir de la llamada número 20 se considera que lo que se brinda es terapia Breve la cual se puede hacer según la corriente que maneje la institución.
- *Cuarta fase:* El usuario las hace dependiendo de la circunstancia y problemática
- *Quinta fase o Seguimiento:* (Últimas tres llamadas) Representa el final de la intervención previamente pactado desde la primera llamada.

Durante la presentación que se hace en la primera llamada, el/la consejero(a) debe brindar por lo menos los siguientes datos: saludo, nombre de Institución a la que llama y nombre de consejero(a) y luego solicitar a la persona en crisis que brinde su nombre, edad y lugar desde donde realiza la llamada.

Para brindar atención el/la consejero(a) cuenta con un expediente o cédula de registro para cada uno de sus casos (en ella se anota la historia clínica de la persona y se utilizan las claves del manual del consejero) un directorio de referencias, y libros de registro para anotar cada día el tipo de llamada que se recibió.

SAPTEL también cuenta con una lista clasificadora de motivos de consulta manifiestos, y estos ayudan a determinar el grado de afectación y alteraciones que tiene la persona para analizar cuál es el tipo de ayuda óptima para ella y si por sus síntomas psiquiátricos y su juicio de realidad verdaderamente está muy afectada.

Al final de la llamada se anota el número del expediente, su nombre, el número del consejero(a) que le atendió, el tipo de respuesta o reacción que tuvo el/la consejero(a), grado de credibilidad de la información recibida y calificación global de severidad en atención del caso. Cada mes el consejero(a) entrega a su coordinador(a) de guardia el control de sus llamadas.

De este modo SAPTEL ha cumplido uno de su objetivo principal, el cual es ser modelo de implementación en México en esta clase de atención, ya que cuenta con toda una estructura, objetivos y visión para continuar vigente.

3.2.2. Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastre de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México

Este programa es liderado por el Profesor Jorge Álvarez experto en Intervención en Crisis y la atención que brinda es de carácter multimodal. Como SAPTEL, también se ofrece al público en general pero que se acerque a la Facultad de Psicología de la UNAM.

Se da atención a víctimas de desastres naturales y organizativos, intervención en crisis a las personas que a su vez brindan intervención en crisis, y en este mismo sentido también brinda la oportunidad del manejo del *burnout*. Igualmente elabora tutoriales interactivos dentro del programa International Bioethical Information System con la Universidad de Buenos Aires y la UNESCO, así como una aproximación a la ciberpsicología con escenarios de desastres naturales.

Para acceder a este programa lo único que se debe hacer es marcar al número 5622 2321 (para recibir información acerca de cuestiones administrativas) o 5622 22 88 (para recibir la atención de un(a) profesional). Cuenta con seis líneas abiertas de Lunes a Viernes de 8 a 20 horas.

El *script* mencionado por los miembros del programa al atender una llamada es: “Call Center de apoyo psicológico. Buenas tardes, te atiende (nombre del profesional) ¿Con quien tengo el gusto?” Después se le menciona que este es un servicio que da apoyo psicológico gratuito y que tiene derecho a seis llamadas, una cada semana, a partir de ese momento.

También se le menciona que la atención puede durar entre 20 y 40 minutos, lo cual se le repite después durante la llamada para que esté consciente del tiempo.

Se cuenta con una ficha de registro donde se anotan los datos generales de la persona que llama (nombre, edad, ocupación, teléfono, lugar de donde llama, como se enteró del servicio, motivo de llamada, edo. Civil y nivel de estudios). Además de que el profesional debe llenar la ficha, también debe realizar un reporte una vez concluida la llamada. En él deberá decir el motivo de consulta, mencionar el encuadre, el posible diagnóstico, acciones efectuadas por el/la prestador(a) del servicio, estrategia empleada y se hace la aclaración de que los datos son confidenciales según el reglamento de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

En caso de que la llamada sea acerca de una situación de tipo legal entonces se le informa a la persona que será canalizada con las instancias correspondientes que puedan brindarle la ayuda que realmente necesitan.

En las llamadas posteriores se utiliza lo que se estableció como posible diagnóstico y acciones efectuadas, así como revisar si la persona cumplió con las tareas asignadas en la llamada anterior y como se sintió al respecto.

Estos reportes son archivados por día y por el tipo de llamada que se dio para después poder realizar estadísticas de los motivos de consulta. En este sentido se ha visto que el motivo de consulta más frecuente a la fecha es “infidelidad”.

Este programa está protegido por la Autonomía de la UNAM.

En caso de que una vez concluidas las seis llamadas, la persona quiera continuar su proceso terapéutico, se le da la opción de continuar de manera presencial con la atención en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, ubicado en el sótano del edificio D de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Las líneas son atendidas por estudiantes y pasantes de la carrera de Psicología de la UNAM, donde cada cuatro horas se cambia de turno. Se les ha brindado un entrenamiento para dar primeros auxilios psicológicos y detectar síntomas de estrés agudo y estrés post-traumático para favorecer

adaptativamente los mecanismos de enfrentamiento y las redes sociales de las personas.

3.2.3 *Linea Origen Pro Ayuda a la Mujer*

En 1994 Mariana Baños trabajó en Chimalhuacán donde percibió la realidad de las mujeres de las familias mexicanas, en el sentido de que en México siete de cada 10 mujeres son víctimas de maltrato, seis mueren de forma violenta (cuatro por homicidio y dos por suicidio).

Ante esta realidad ella vio la necesidad de crear una fundación llamada Origen Pro Ayuda a la Mujer sin fines de lucro, laica, apolítica, con tendencia humanista y que tuviera como misión elevar la calidad de vida de las mujeres mexicanas.

El objetivo general de esta fundación es ayudar a la rehabilitación emocional y psicológica de las mujeres que se encuentren en crisis, especialmente como producto de la violencia que viven.

Desde un inicio se planteó realizar esta labor a través de programas distintos:

1. *Casa Origen*: Centro comunitario que ofrece a las mujeres cursos, talleres y conferencias para su desarrollo personal y profesional, así como servicios de salud preventiva a mujeres de escasos recursos. Cuenta con el servicio de guardería y kinder para los hijos(as) de las mujeres que trabajen, y también con consultorios de atención psicológica, el cual se encuentra ubicado físicamente en Av. Sur 12 #513 Col. Agrícola Oriental.
2. *Línea Pro Ayuda a la Mujer*: la cual es una línea telefónica gratuita de apoyo psicológico, medico y legal con profesionales y consejeros especialistas en intervención en crisis capacitados dentro de la misma fundación.

(Para los fines de este trabajo, se pondrá especial atención en este segundo punto, es decir en la línea de atención telefónica.) Precisamente por la situación de violencia que se percibió en las comunidades, y al ver esto como una realidad inminente de muchas mujeres mexicanas que requerían de ayuda pero que por su situación no podían acudir en busca de la misma por el miedo que les provocaba salir de sus hogares por las consecuencias

que esto pudiera tener en sus familias o pareja, se creó como ya fue mencionado una línea telefónica de apoyo. Esta línea recibe el nombre de “Línea Pro Ayuda a la mujer” y cuenta con la posibilidad de dar un seguimiento personalizado, es decir que se establecen citas telefónicas de manera semanal entre la persona en crisis y el especialista. Se hace a través de un software donde se cuenta con cada expediente de cada familia que ha sido atendida y ayudada, lo cual permite hacer mediciones cuantitativas y cualitativas del avance terapéutico que estén teniendo.

El número al que se pueden comunicar las personas para acceder a este apoyo es 01 800 01 516 17 o al 5520 4421 de Lunes a Viernes de 8:00 a 20:00 horas.

En casos en que el caso requiera ser canalizado, el directorio de la institución, cuenta con 5 096 instituciones y 3 300 abogados.

Desde agosto del año 2000 a la fecha, se han atendido 246 434 llamadas y se han atendido 102 239 casos. Las llamadas tienen una duración promedio de 45 minutos.

3.2.4. Línea de Intervención telefónica de crisis de la Ciudad de Seattle

Si retomamos los antecedentes de la atención psicológica por teléfono, recordaremos que este tipo de atención tuvo sus inicios en Estados Unidos. Así al haber tenido la oportunidad de un mayor acercamiento con la Ciudad de Seattle pareció importante tener una referencia de cómo se brindaba esta atención actualmente en una ciudad perteneciente al país que fue génesis de la primera ayuda psicológica inmediata.

Esta línea de atención fue creada hace más de 48 años, y actualmente cuenta con 241 voluntarios(as) psicólogos(as) y sociólogos(as) que sean estudiantes o graduados de dichas carreras.

El objetivo que persigue no es solamente canalizar a las personas con servicios que puedan ayudarles o darle seguimiento a su situación, sino enseñar a las personas a tener una mejor perspectiva de la situación en la que viven, además de dirigirles en como pueden acceder a los servicios de ayuda y como funcionan éstos.

Al iniciar la llamada telefónica si los operadores se encuentran ocupados, lo primero que atiende la llamada es una grabación que anuncia que los operadores se encuentran ocupados pero que si la persona está llamando por una situación de crisis inminente entonces marque en dicho momento el 911 (número de emergencias de Estados Unidos) y será canalizado. En caso de no ser una emergencia entonces se le pide que espere en la línea. Este mensaje se repite cada treinta segundos para dar a la persona la sensación de que está siendo atendido. Una vez que el/la operador(a) contesta, entonces él da su nombre y el nombre de la institución para después preguntar el nombre a la persona que llama, su código postal y la parte del Estado desde donde la persona está llamando. Una vez obtenidos estos datos entonces el operador pregunta “¿En que puedo ayudarle?” y se comienza la intervención.

La llamada es gratuita y puede durar en promedio de 10 a 20 minutos y si después de la intervención por teléfono la persona sigue necesitando de ayuda, entonces se le da una lista de lugares que podrían servir para la solución de su situación.

Esta línea de intervención también cuenta en su página de Internet con un servicio de Chat donde las personas pueden acceder a la atención si es que no pueden comunicarse por teléfono. También es atendido por voluntarios capacitados.

La línea de atención en Crisis brinda un servicio de 24 horas los 365 días del año. Cada día se reciben 300 llamadas por teléfono. Tan solo en el 2011 se respondieron cerca de 104 000.

El reporte anual que brinda este programa demostró que en el año 2011 64% demostraron una reducción en el sentimiento de desolación, 74% aprendieron a resolver sus problemas por sí mismos y 89% expresaron agradecimiento por la ayuda que se les había brindado. 70% tenían alguna enfermedad mental y 24 % de ellos no contaban con un proveedor de atención para su salud mental. De las 3 159 personas que consideraban el suicidio como una opción, el 77% accedió a no hacerlo mientras la Línea de Intervención en Crisis les ayudaba a encontrar alguna otra solución.

Actualmente las personas están comenzando a llamar también por asuntos más especializados como ayuda legal, lo cual representa el 10% de las llamadas que reciben. En estos casos se cuenta con especialistas que se aseguran que la información que se da para las necesidades especiales de la gente sea precisa.

Este programa de atención, también cuenta con una línea especializada para adolescentes, en la cual colaboran adolescentes voluntarios capacitados para escuchar a sus iguales. Las razones principales por las que los adolescentes llaman a esta línea es salud emocional, estrés, enfermedades mentales, auto-laceraciones y suicidio.

Se cuenta también con reuniones semanales de sobrevivientes de suicidio, y los cursos de capacitación para voluntarios(as) se brindan en los meses de Marzo, Junio, Agosto y Octubre

3.3. Conclusiones del Capítulo

México es un país lleno de diversidad, tanto en su clima, flora, fauna como en su gente. Tan solo en la ciudad según los reportes del *Instituto Nacional de Estadística y Geografía* (INEGI) en el año 2010 contaba con 8, 851, 080 millones de habitantes, mientras que en el Estado de México contaba con 15, 175, 862 millones, con un terreno tan vasto y con una dicotomía económica y social que representa un reto para todo aquel que quiera investigar y servir a las comunidades. La población católica en estos estados son 7, 299, 242 millones de personas en la Ciudad de México y 12, 958, 921 en el Estado de México.

“Somos tu Familia” lleva ya una carrera de construcción de más de seis años, aunque la idea de formarla estuvo maquinándose desde mucho tiempo antes en la mente de personas que hoy son los fundadores de un proyecto que aun se consolida y que aunque tiene claros sus objetivos, no ha llegado a vislumbrar todos sus alcances y explotar todas sus capacidades.

Las familias mexicanas necesitan respuestas, necesitan ser escuchadas y frente al panorama de violencia que se vive en el país deben existir más instituciones dedicadas a rescatar la riqueza de las personas que lo habitan. Esta es la labor que ha decidido asumir “Cenyeliztli” brindando

atención a través de diversos programas, específicamente hablando, a través de “Somos tu Familia”.

Aunque entiende que el camino es largo y que aun queda mucho trabajo por hacer y obstáculos que entender, cada día va sumando proyectos y entendiendo la realidad de las necesidades que aparecen como resultado de muchos años de atención ineficaz y despreocupaciones por parte de instituciones y de la sociedad.

Este capítulo se refiere a la construcción y consolidación de una asociación que se forjó ante el estado emergente en que vive la familia, con una pérdida de valores importante amenazada por diversos factores. Asociación que ha tenido muy claro que su objetivo es la ayuda de las familias mexicanas, y que de a poco ha ido creciendo, que no se ha dado por vencida a pesar de los obstáculos que ha encontrado, que conoce muy bien sus limitaciones, pero entiende que hacen falta instituciones de apoyo a la familia.

También he expuesto aquí otros programas e instituciones que ya representan en México y Estados Unidos una ayuda real, consolidada y eficaz con múltiples programas de atención que complementan la primera ayuda psicológica inmediata que brindan por medio del teléfono. He descrito brevemente sus antecedentes, objetivos y formas de trabajar de cada uno para plantear los diferentes modos de intervenir y con ello identificar las áreas de oportunidad y aciertos del programa “Somos tu Familia” para crear una propuesta que incluya tanto los aciertos que ha tenido, como los que han tenido otros programas y que podrían complementarlo.

En el siguiente capítulo analizaré a partir de los resultados que arrojan las llamadas el modo actual en que “Somos tu Familia” brinda su apoyo, y haré una propuesta a partir de los capítulos antes observados.

CAPÍTULO 4: ANALISIS Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA INMEDIATA

En este capítulo tengo como objetivo mostrar los resultados que ha tenido el programa “Somos tu Familia” a través de un vaciado de los datos recolectados de las llamadas recibidas durante el periodo comprendido de mayo de 2011 a abril de 2012. Este periodo es comprendido de esta manera debido a que antes de mayo de 2011 no se contaba con un sistema estructurado para la recolección de sus datos, y hasta abril de 2012 por la realización del presente trabajo.

Presento datos de la cantidad de llamadas, el medio de difusión que ha sido más efectivo para dar a conocer el programa, la zona de la Ciudad de México desde donde se han recibido más llamadas, así como las instituciones y programas a los que se ha hecho un mayor número de canalizaciones para dar seguimiento, y por último el motivo de consulta por el que más personas se comunican. Esto permitirá saber cuales son los puntos a reforzar y las áreas de oportunidad en las que debe trabajar el programa para fortalecerse y brindar una mejor atención. También estableceré la estructura actual del programa, con una propuesta (que comprende la grabación inicial, espera para ser atendidos, atención de la llamada, establecimiento de primer contacto, recolección de datos y evaluación, construcción de alianza de trabajo, creación de nuevas pautas para la intervención, terminación, establecimiento de tareas y objetivos concretos, canalización, seguimiento, espacio físico para atención de llamadas de este programa, horario de atención cuando el programa no está disponible, y otros medios de atención) de cómo podría mejorar el programa para brindar atención psicológica inmediata más efectiva

4.1. Frecuencia de las llamadas y herramientas utilizadas para la difusión del programa “Somos tu familia”

A continuación presento la tabla (4.1) donde muestro el número de llamadas mes con mes de mayo de 2011 a abril de 2012, así como el medio

de difusión a través del cual las personas se han enterado de la existencia del programa.

NÚMERO DE LLAMADAS Y MEDIO A TRAVÉS DEL CUAL CONOCIERON EL PROGRAMA										
MES	# DE LLAMADAS	RADIO			BOLETINES ¹	EXCELSIOR	MANTA	ASESOR	OTRO ²	TOTAL
		M	V	TOTAL						
mayo-11	150	17	2	19	107	3	0	1	20	150
jun-11	138	8	4	12	111	3	1	0	11	138
jul-11	106	9	0	9	79	1	2	2	13	106
agos-11	111	6	2	8	87	1	0	0	15	111
sept-11	90	8	2	10	58	3	0	1	18	90
octu-11	114	3	0	3	91	1	1	2	16	114
novi-11	167	4	1	5	132	3	4	0	23	167
dici-11	63	0	0	0	58	0	0	0	5	63
ener-12	168	3	1	4	131	3	1	1	28	168
febr-12	155	4	1	5	124	3	0	2	21	155
marz-12	200	8	2	10	158	8	0	1	23	200
abri-12	149	2	1	3	118	4	0	4	20	149
TOTAL	1611	72	16	88	1254	33	9	14	213	1611

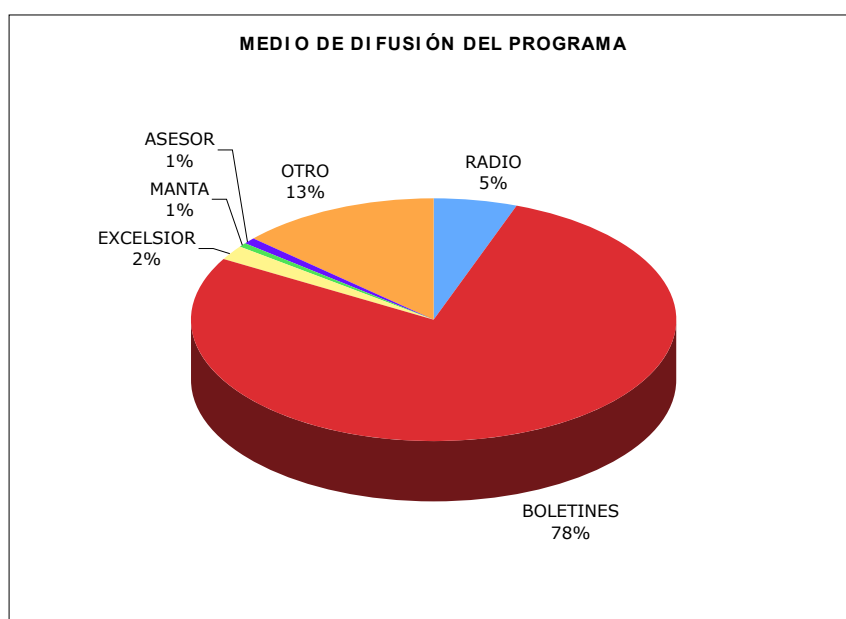
Tabla 4.1 Frecuencia de llamadas y herramientas de difusión del programa

Como se puede observar, el total de llamadas comprendidas durante este periodo fue de 1611. Así el mes en el que mayor llamadas se recibieron fue *marzo de 2012* (200 llamadas), y en el que menos se obtuvieron fue *diciembre de 2011* (63 llamadas). En este sentido es importante mencionar que durante los meses referidos existieron dos periodos vacacionales, los cuales fueron de 21 de diciembre a 2 de enero, y 1 a 8 de abril, es decir que en el mes de diciembre y enero hubieron 9 días laborales en los que el servicio estuvo interrumpido, y en abril 5 días laborales.

¹ Includo en Anexo 4

² Se refiere a medios como recomendaciones de amigos, familiares y párrocos, búsqueda por Internet del programa, y referencia de otras asociaciones.

El medio de difusión más referido fue los “Boletines” con un número de 1254, los cuales se reparten domingo a domingo en las parroquias de la Ciudad de México, y el menos referido por los solicitantes fue la “Manta” con un total de nueve, esta manta es colocada fuera de algunas de las parroquias del Distrito Federal. Se debe aclarar que cuando se menciona al periódico “Excelsior” se hace referencia a los artículos del programa “Somos tu Familia” que salen publicados en este periódico de circulación nacional cada sábado. En cuanto al “Radio” como medio de difusión, se refiere al espacio que se cuenta en un programa matutino y uno vespertino de la estación “Radio Centro” 1030 de AM, en los programas “Hombre Nuevo” y “Edificando a la familia mexicana” respectivamente, donde el programa es mencionado en repetidas ocasiones porque miembros de “Somos tu Familia” colaboran en el mismo. Aquí se puede distinguir que el “Radio matutino” ha hecho mayor eco del programa (72 referencias) que lo que ha hecho el “Radio vespertino” (16 referencias). Para observarlo se puede notar la gráfica 4.1.



Gráfica 4.1 Frecuencia de medio de difusión del programa

En esta gráfica, el porcentaje más alto en cuanto a medios de difusión del programa corresponde a un 78% a través del “Boletín”, seguido de la categoría de “Otro”, con un 13%, de igual forma otros medios corresponden a un porcentaje mínimo como lo es la radio con un 5%, el periódico con un 2% y manta y asesor con un 1% respectivamente.

4.2. Zonas de mayor demanda del programa “Somos tu familia” dentro del territorio de México

A continuación la siguiente tabla (4.2) informa del número de llamadas recibidas por las zonas desde donde los usuarios refirieron estar emitiendo las llamadas.

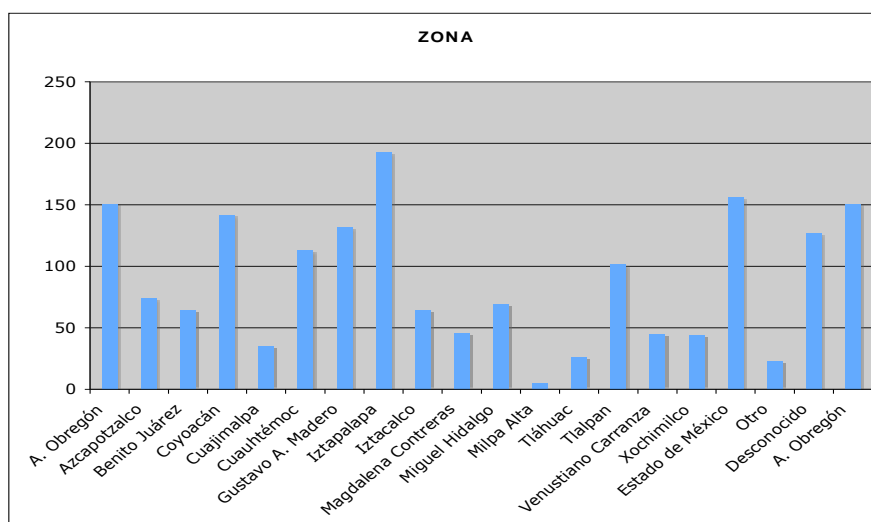
Debido a que este programa opera principalmente dentro de la Ciudad de México, se utilizó la división delegacional que opera dentro de la misma, es decir que las zonas se refieren a las 16 Delegaciones que comprenden el territorio del Distrito Federal. También se encuentra mencionado el Estado de México, como uno solo sin hacer la división que éste tiene en Municipios, y otro apartado que se refiere como “Otro” que comprende todos aquellos lugares desde donde se recibieron llamadas y que se encuentran dentro del territorio nacional pero no dentro del territorio de la Ciudad de México o Estado de México.

ZONA			
A. Obregón	151	Miguel Hidalgo	69
Azcapotzalco	74	Milpa Alta	5
Benito Juárez	64	Tláhuac	26
Coyoacán	142	Tlalpan	102
Cuajimalpa	35	Venustiano Carranza	45
Cuauhtémoc	113	Xochimilco	44
Gustavo A. Madero	132	Estado de México	156
Iztapalapa	193	Otro	23
Magdalena Contreras	46	Desconocido	127
Miguel Hidalgo	69		

Tabla 4.2 Frecuencia de llamadas por zona

De este modo la tabla 4.2 indica que las zonas donde se tuvo mayor demanda dentro de la Ciudad de México fueron las delegaciones de “Iztapalapa” con un total de llamadas de 193 y “Álvaro Obregón” con 151

llamadas. También se distingue que el lugar donde menos demanda tuvo el programa corresponde a la zona de “Milpa Alta” con solamente 5 llamadas, lo cual es muy representativo si se toma en comparación con los números presentados de recepción de llamadas en otras Delegaciones y zonas. Para observarlo de manera más gráfica puede observarse la gráfica 4.2.



Gráfica 4.2 Frecuencia de llamadas por zona

4.3. Organismos de canalización del programa “Somos tu Familia.”

A continuación en la tabla (4.3) aparecen los datos obtenidos en cuanto a las referencias o canalizaciones que el programa hizo hacia otras instituciones o programas que se consideró eran los óptimos para dar seguimiento a las situaciones de los solicitantes dependiendo de sus motivos de consulta.

CANALIZACIÓN	
A SESOR	365
Centro de Atención Familiar (CAF)	805
LÍNEA Somos Tu Familia (STF)	14
Centro de Integración Juvenil (CIJ)	170
Centro de Prevención y Atención en Adicciones (CEPREAA)	44
Alcohólicos Anónimos (AA)	34

AL-ANON	33
Instituto Nacional de Psiquiatría (INPSIQ)	111
OTRO³	265

Tabla 4.3 Frecuencia de organismos y programas de canalización

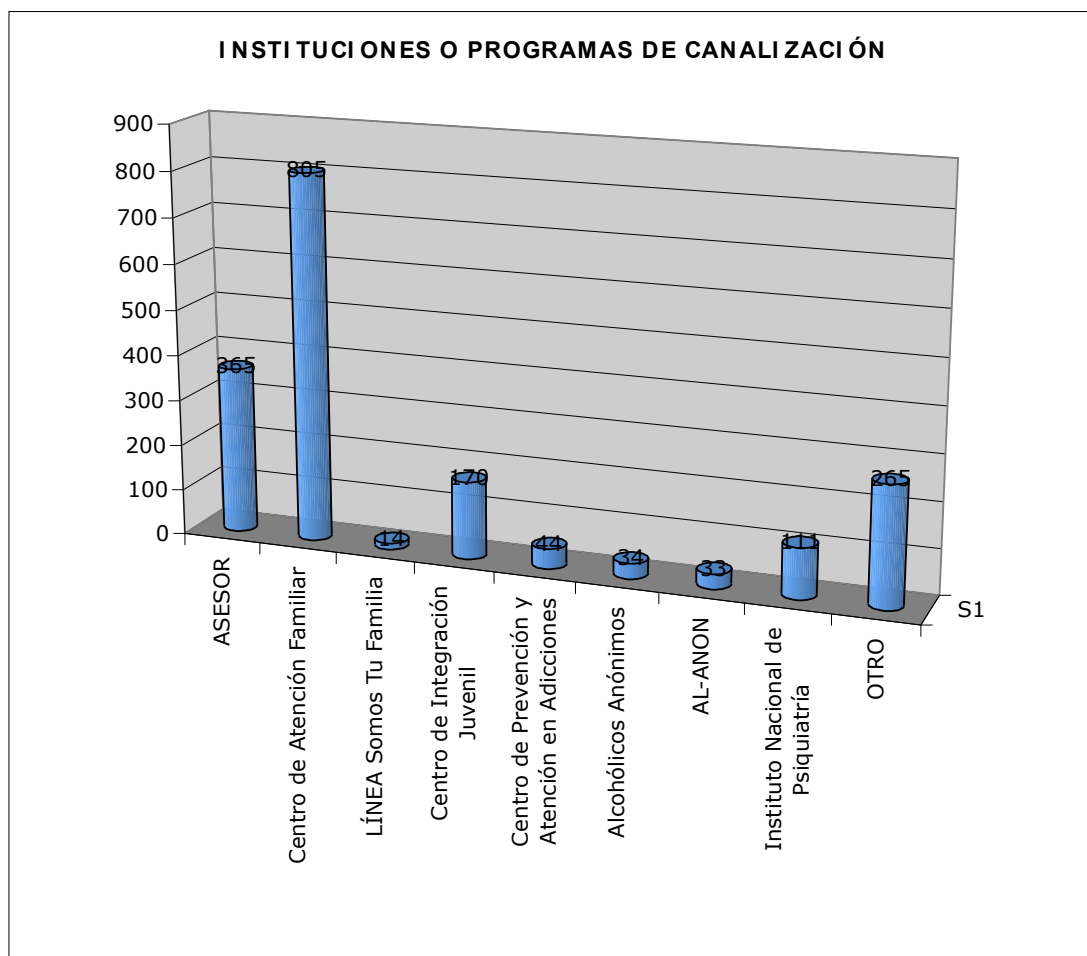
De un total de 1611 llamadas recibidas por el programa podemos observar en la tabla 4.3 del lado izquierdo los organismos a los que son canalizadas o derivadas las personas que llaman solicitando ayuda al programa, mientras que del lado derecho se observan los números de llamadas canalizadas.

Observando los datos, podemos concluir entonces que el lugar al que han sido mayoritariamente canalizadas las personas, es hacia el “Centro de Atención Familiar” (CAF) con un total de casos de 805. Este Centro pertenece a la misma Asociación “Cenyzelztlí”, y también es parte del programa “Somos tu Familia”. Comenzó a brindar servicio el día 19 de abril del 2010 para dar un mayor seguimiento a los casos con especialistas que contaran con una formación más humanista que es la misma tendencia que tiene la asociación.

En cuanto a otros lugares de canalización, también se muestra un alto número referido a los asesores del programa preparados por la asociación con un total de 365 casos.

El programa que muestra según los números que menos canalizaciones ha recibido es la “Línea Somos Tu Familia” (STF) con un total de 14 casos. Lo anterior se puede observar en la siguiente gráfica (4.3):

³ Ver Directorio anexo (Anexo 3) para conocer los programas u organizaciones consideradas para canalización y con las que el programa ha establecido contacto, pero que se hace en la minoría de los casos.



Gráfica 4.3 Frecuencia de organismos y programas de canalización

4.4. Motivos de consulta de las llamadas recibidas por el programa “Somos tu familia”

A continuación aparece en la tabla 4.1 la clasificación de los motivos de consulta por los cuales los usuarios refirieron estarse comunicando al programa, y que representan los detonantes de sus situaciones de crisis.

Esta clasificación esta dada de esta manera debido a que se observaron los motivos por los cuales las personas referían estarse comunicando, y se englobaron en clasificaciones más generales con el fin de otorgar un conteo a las llamadas recibidas.

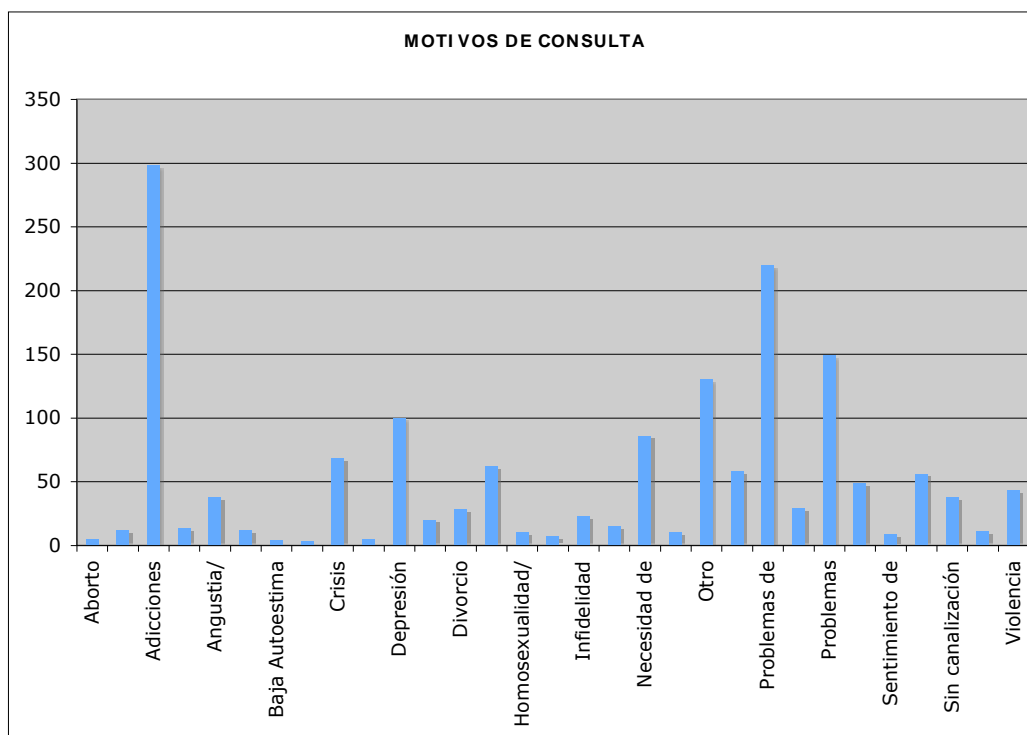
MOTIVO DE LLAMADA			
Aborto	5	Ideación suicida	7
Abuso sexual	12	Infidelidad	23
Adicciones (alcoholismo)	298	Intento de suicidio	15
Agresividad	13	Necesidad de escucha	86
Angustia/ ansiedad	38	Obesidad/ Tx de alimentación	10
Asesoría legal	12	Otro	130
Baja Autoestima	4	Problemas de conducta	58
Bajo rendimiento/ Bullying	3	Problemas de pareja	220
Crisis adolescente	68	Problemas de salud	29
Culpa	5	Problemas familiares	149
Depresión	100	Problemas psiquiátricos	49
Disfunción familiar	20	Sentimiento de soledad	9
Divorcio	28	Separación	56
Duelo	62	Sin canalización (no es posible comunicarse de nuevo)	38
Homosexualidad/ Identidad sexual	10	Violencia de pareja	11
		Violencia de genero e intrafamiliar	43

Tabla 4.4 Frecuencia de llamadas por motivo de consulta

Como se puede observar en la tabla 4.4 el motivo de consulta más recurrente por el que las personas refirieron estarse comunicando fue “Adicciones”⁴ (298 llamadas) y “Problemas de pareja” (220 llamadas), y las

⁴ Se incluye en esta clasificación la adicción al alcohol mejor conocida como “Alcoholismo”

menos solicitadas fueron “Bajo rendimiento académico” o “Bullying” (3 llamadas) y “Baja autoestima” (4 llamadas). Se puede observar más gráficamente en la siguiente gráfica (4.4):



Gráfica 4.4 Frecuencia de llamadas por motivo de consulta

Los motivos de consulta no necesariamente los estaban viviendo directamente las personas que se comunicaban con el programa, sino que también se trataban de familiares, amigos o conocidos de las personas que lo estaban padeciendo y que buscaban información para poder brindar más opciones a la persona que se encontraba viviendo en la situación de crisis.

4.5. Descripción actual y propuesta de la atención de las llamadas por el programa “Somos tu familia”

A continuación hago una descripción de como el Programa “Somos tu Familia” brinda actualmente la atención de la primera ayuda psicológica inmediata, y del otro lado la propuesta de cómo mejorar cada punto descrito. Este tipo de atención en crisis no se limita solamente al público católico de la Ciudad de México, es decir que no debe considerarse esta característica como exclusiva o limitante para brindar ayuda psicológica sino al contrario

como una característica de un programa psicológico que intenta ser respuesta facilitadora para un público “desatendido”. De esta forma la intervención psicológica que se haga no será excluyente o sesgada hacia una forma de pensamiento, sino que será objetiva e integradora de los estudios de Intervención en Crisis que se han hecho.

Para plantear la presente propuesta tomé en consideración la bibliografía presentada en capítulos anteriores, así como los programas de atención en Crisis previamente expuestos.

DESCRIPCIÓN ACTUAL	PROPUESTA
GRABACIÓN INICIAL	
<p>La llamada es recibida por una máquina contestadora que contiene una grabación que menciona lo siguiente: “Estas llamando a Cenzelitzli. Nuestros horarios de atención telefónica son de Lunes a Viernes de las 9:00 a las 15:00 horas. Tu llamada es muy importante para nosotros. Queremos ayudarte. Si conoces el número de extensión márcalo ahora, si no lo sabes la recepcionista en un momento te atenderá”</p>	<p>La llamada puede recibirse por la misma máquina contestadora que igualmente contenga una grabación, sin embargo esta grabación también debería mencionar que si la persona desea comunicarse a la Línea de Atención en Crisis marque un cierto número directo (mencionado en la grabación) asignado para atender las situaciones de crisis. Para que de este modo no pase la llamada en ningún momento por el/la recepcionista, sino de manera directa y con ello se reduzca el tiempo de espera de las personas para su atención.</p>
ESPERA PARA HACER ATENDIDOS	
<p>Las personas esperan en la línea con un fondo musical hasta que son atendidas por algun(a) profesional</p>	<p>Mientras las personas esperan ser atendidas, cada 30 segundos o un minuto debería presentárseles un mensaje auditivo que diga que su</p>

	<p>llamada está siendo atendida y que en caso de que se trate de una emergencia marque en ese momento el número de emergencias de la Cruz Roja a nivel nacional para México el cual es 065. Así la persona se va a sentir atendida y no pensará que fue abandonada en la línea, y en caso de que tenga una emergencia, será canalizada directamente con una línea de emergencias.</p>
<p>ATENCIÓN DE LA LLAMADA DESPUÉS DE LA GRABACIÓN INICIAL</p>	
<p>Las llamadas son atendidas por la Asistente del Área Técnica y por la Coordinadora del Área Técnica. Se cuenta únicamente entonces como máximo con dos líneas de atención por personas que entre sus múltiples tareas ejecutivas, al mismo tiempo deben atender llamadas de personas en crisis.</p>	<p>Las llamadas deberían ser atendidas por un Área del programa dedicada únicamente a esta tarea. Deben incrementarse las líneas de recepción de llamadas para esta área, ya que algunas veces las personas deben esperar a ser atendidas, y si esperan mucho tiempo sienten que fueron abandonadas en la línea y cuelgan sin recibir atención o seguimiento y sin que el/la profesional pueda comunicarse después debido a que no se cuenta con sus datos puesto que nadie ha podido pedírselos.</p>
<p>Una vez que la persona espera en la línea después de la grabación, y dado que no conoce a que número de extensión comunicarse, es atendida por la recepcionista (que no</p>	<p>La llamada debe ser recibida directamente por profesionales y/o voluntarios(as) que cuenten con las habilidades para este tipo de intervención de primera ayuda</p>

<p>es profesional en psicología y no ha recibido nunca capacitación para intervención en Crisis), quien a su vez canaliza la llamada al Área Técnica, preferiblemente con la Asistente del Área Técnica (una sola persona) o en su defecto con la Coordinadora del Área Técnica (una sola persona).</p>	<p>psicológica inmediata, y que estén dedicados únicamente a la tarea de la recepción de las llamadas de personas en Crisis para que la labor de atención no sea distraída por ninguna otra tarea que se tenga en el momento y esté siempre concentrada en brindar la mejor atención para la crisis</p>
<p>ESTABLECIMIENTO DE PRIMER CONTACTO</p>	
<p>Se saluda a la persona y se le pregunta “¿En que puedo ayudarle?” La persona expresa su motivo de consulta y el/la profesional hace las preguntas que considere pertinentes dependiendo a la intervención que necesite hacerse para conocer mejor la situación de la persona.</p>	<p>Se debe saludar a la persona, mencionando primero el nombre del voluntario(a) o profesional que está atendiendo la llamada con el fin de crear más empatía y una sensación más personal y humana.</p>
<p>Muchas veces el nombre de la persona se le pregunta hasta después de que ha expresado su motivo de consulta (a menos que la persona lo mencione desde el inicio sin necesidad de que el profesional le pregunte).</p>	<p>Desde el inicio de la llamada al momento en que el profesional se presente debería preguntársele a la persona “¿Con quien tengo el gusto?” o una pregunta similar que dé pie para que la persona mencione su nombre y a partir de allí hablarle a la persona por su nombre.</p> <p>Después de ello sería importante preguntar el teléfono de la persona explicándole que esto se hace en caso de que se corte la llamada como una medida de precaución</p>

	<p>para que puedan comunicarse con ella.</p> <p>Igualmente es importante que estos datos sigan registrándose en una hoja de datos de <i>Excel</i> (Anexo 1) donde se anotará todo el historial de la llamada de la persona dentro del programa “Somos tu Familia”, así como sus datos generales. Se propone también que se le asigne a la persona un número de expediente, que se debe dar a conocer al usuario, para que en caso de que vuelva a llamar se cuente con este número que ayudará a tener acceso al historial de la persona y hacer más fácil futuras intervenciones, para su atención con el/la mismo(a) profesional u otro(a).</p> <p>Una vez que se hagan estas preguntas de protocolo si podría procederse a la exposición del motivo de consulta y a la intervención de la crisis por parte del voluntario o profesional</p>
<p>DE LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS Y EVALUACIÓN</p>	
<p>Todas estas observaciones son anotadas en la sección de motivo de llamada de la hoja de datos en <i>Excel</i> (Anexo 2) que actualmente utiliza el/la profesional para la recepción de las llamadas.</p>	<p>Igualmente debe seguirse preguntando a la persona “¿En qué puedo ayudarle?” para conocer el motivo de consulta, el cual también será anotado en la hoja de datos de <i>Excel</i> antes señalada (Anexo 1), así</p>

	<p>como el tipo de Crisis (según la clasificación de Pittman -1990, retomada en el capítulo 1) Será importante para este punto, tomar en cuenta lo señalado durante el Capítulo 2 en el apartado de “La evaluación”, donde entre otras cosas se menciona preguntarle a la persona “¿Cómo ha resuelto situaciones similares en el pasado?, ¿Cuál es su situación actual?, ¿Por qué esta situación es diferente? ¿Cuáles son sus redes de apoyo en el presente?” ¿De donde proviene el agente agresor? ¿Por qué decidió pedir ayuda en este momento? ¿Qué es lo que ha hecho hasta ahora para enfrentar el problema? Y algunas otras preguntas referentes a su biografía e historia de sucesos significativos.</p>
<p>Una vez que la persona comunica el motivo por el cual se comunica, se le pregunta su nombre, algún número telefónico donde se puedan comunicar con la persona posteriormente, la zona desde donde llama, el lugar a donde se considere adecuado canalizar a la persona dependiendo de su motivo de consulta. Todo esto es anotado en la misma hoja de datos de <i>Excel</i> donde se anotó el motivo de la llamada,</p>	<p>Esto ya fue previamente señalado, y se propone que se haga en etapas anteriores de la llamada.</p>

<p>donde también se anota la fecha, hora y quien atendió la llamada en caso de que se necesiten aclaraciones o seguimientos posteriores.</p>	
<p>CONSTRUCCIÓN DE ALIANZA DE TRABAJO</p>	
<p>No se hace de manera explícita, únicamente se le explica que el programa cuenta con un “Centro de Atención Familiar” y con la posibilidad de hacer canalizaciones. Nunca se mencionan citas posteriores pues la atención de la “Línea de Atención de Somos tu Familia” es algo que funciona solo en casos muy específicos donde la persona no tenga otra opción de ayuda y de verdad lo necesite, sin embargo no se considera una verdadera opción de atención a las personas pues falta estructurar mucho este programa.</p>	<p>Para poder comenzar la intervención en crisis, será necesario tomar en cuenta las cuatro fases propuestas por Fernández y Rodríguez (2001): fase de indicación, fase inicial, fase intermedia y terminación.</p> <p>Como se plantea en este proceso, se debe establecer en la primera etapa, un “contrato” terapéutico, es decir mencionarle a la persona que llama, las acciones que serán emprendidas a partir de ese momento, las cuales puede ser canalización o intervención por medio de una “terapia breve” por teléfono en sesiones posteriores. Debe identificarse la que se considera como “la pauta principal del problema”, los puntos de anclaje mencionados por Fernández y Rodríguez (2002) así como las normas básicas (horario, personas incluidas y detalles de cómo se llevará a cabo la llamada) para establecer la forma en la que se trabajará. Si después de hacer las cuatro preguntas mencionadas por</p>

	<p>los mismos autores, retomados en el Capítulo 2 del presente trabajo, se considera que el caso es conveniente tratarlo a través de terapia breve, entonces se le dará una cita (de preferencia una por semana) por teléfono, y se le explicará que la intervención no tiene costo, pero que tendrá una duración máxima de seis sesiones de 45 minutos máximo, tras las cuales si se considera que la situación no ha sido resuelta entonces se canalizará a otro programa u organismo que pueda ayudarle.</p>
<p>CREACIÓN DE NUEVAS PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN</p>	
<p>No se hace de manera explícita, ni se hace de manera estructurada. Los casos son más bien canalizados e informados más que ayudar a construir nuevas pautas de comportamiento.</p>	<p>Una vez que se ha establecido la alianza de trabajo y se ha identificado la pauta principal del problema, deben entonces construirse nuevas pautas para generar el cambio.</p> <p>El objetivo se debe establecer previamente, y si no se ha hecho entonces debe hacerse en este momento.</p> <p>En cuanto a la construcción de nuevas pautas, se debe buscar que éstas sean acordes a los valores de la persona, que sean diferentes a la propuestas del paciente, que sean creíbles y realistas, y debe provenir</p>

	<p>del paciente (aunque sea el profesional el que ayude a llegar hasta la construcción de esa nueva pauta) para que con ello pueda integrar los elementos personales del usuario. Como se ha dicho anteriormente, debe tomar en cuenta los “puntos de anclaje” señalados por Fernández y Rodríguez (2002).</p>
<p>HACIA LA TERMINACIÓN</p>	
<p>No se realiza una evaluación de la llamada con lo cual se desconoce si ha sido efectiva. Únicamente se puede inferir si la llamada ha causado algún impacto mediante la narrativa del paciente que en ocasiones se percibe más satisfecha o insatisfecha con la atención.</p>	<p>Se debe evaluar si la intervención ha sido efectiva, esto puede hacerse preguntando a la persona “¿Cuáles serán las acciones que tomará una vez que la llamada sea concluida?” Esto también con el fin de reforzar las decisiones que hayan sido tomadas durante la llamada. Se deben exponer también las posibles circunstancias que harían que la persona se sintiera en crisis nuevamente y hablar de lo que se debe hacer ante ellas. Se debe potenciar sobre todo la capacidad de funcionar de manera independiente.</p>
<p>ESTABLECIMIENTO DE TAREAS Y OBJETIVOS CONCRETOS</p>	
<p>No se establecen tareas concretas en la mayor parte de los casos.</p>	<p>Es muy importante que se establezcan tareas y objetivos concretos debido a la naturaleza de este tipo de atención, ya que la persona en crisis necesita enfocarse en acciones concretas y casi</p>

	inmediatas por la desorganización que le provoca la situación.
CANALIZACIÓN	
Se le brindan a la persona los datos correspondientes del organismo o programa al cual se considera pertinente para el seguimiento y especialización del caso.	Se le deben brindar a la persona los datos correspondientes del organismo o programa al cual se considere pertinente para dar seguimiento al caso, explicando a la persona el por qué se le está canalizando y el procedimiento a seguir con dicha asociación.
PROCESO DE SEGUIMIENTO	
No se da un seguimiento y en muy pocas ocasiones se vuelve a atender a una misma persona a través de la Línea.	Después de que la persona haya hecho la llamada, sería óptimo asignarle una clasificación tipo <i>triage</i> ⁵ para dar seguimiento por teléfono según su urgencia y peligrosidad para el usuario. Así los casos que se encuentren como primordiales, se les debería de dar un seguimiento más constante y con menos lapso de tiempo entre llamada y llamada que haga el/la profesional o voluntario(a). Mas casos deberían ser canalizados a la “Línea de Atención Familiar” porque representa una atención más económica, cómoda y conveniente para muchos usuarios que se encuentran en situaciones

⁵ “Acción o proceso realizado por el personal sanitario cualificado conducente a la clasificación de pacientes que demandan una atención sanitaria de urgencia, tanto hospitalaria como extrahospitalaria, con el fin de brindar en el menor tiempo posible la mejor atención sanitaria a cada paciente, priorizando al paciente que presente mayor gravedad” (Jiménez, L. Y Montero F.J., 2010)

	<p>especiales de vida, y cuando así fuere el caso deberían ser atendidos preferentemente por la persona que los atendió en su primer acercamiento, es decir que busquen programarse las “citas” de atención telefónica para dar un mejor seguimiento.</p>
<p>SEGUIMIENTO CON OTRAS ORGANIZACIONES O PROGRAMAS</p>	
<p>Una vez que las personas son canalizadas a otra organización o programa, se desconoce si la persona se ha comunicado con ellos, y se desconoce las acciones que las personas emprenden respecto a su situación de crisis después de haberse comunicado con “Somos tu Familia”, es decir que una vez que el/la usuario(a) cuelga el teléfono (salvo algunas excepciones donde las personas por voluntad propia vuelven a comunicarse con “Somos tu Familia”) se pierde comunicación con él/ella y se desconoce su paradero.</p>	<p>Una vez que se haga una canalización debería hacerse saber a las organizaciones o programas si bien no diario si cada semana, las personas y el número de canalizaciones que se les hicieron para que ellos(as) continúen con la comunicación o lo haga el programa “Somos tu Familia”, de esta manera se podría tener una mayor idea de las acciones que emprenderá la persona en crisis o de quien continuará atendéndole una vez que ha sido canalizado.</p>
<p>PREPARACIÓN ACADÉMICA DE PROFESIONALES Y VOLUNTARIOS</p>	
<p>Se espera que los/las profesionales que atienden las líneas sean psicólogos(as) preparados(as) que puedan hacer uso de sus conocimientos en esta materia para la atención vía telefónica. Nunca se</p>	<p>A pesar de que se sepa que los/las profesionales cuentan con conocimientos en el área de psicología, debería de darse una capacitación respecto a la Intervención en crisis y a su atención</p>

<p>dan mesas de discusión de los casos atendidos ni supervisiones.</p>	<p>a través del teléfono, así como respecto a cómo intervenir de manera concreta en los casos presentados como motivos de consulta (que ya se han presentado en la asociación) especialmente en los más recurridos que son “Adicciones (Alcoholismo)” y “Problemas de pareja”.</p> <p>También deben organizarse mesas de discusión y supervisión de los casos atendidos incluso con los/las profesionales que forman parte del “Centro de Atención Familiar” que son especialistas. Esto serviría para dar una mayor retroalimentación y así mejorar el servicio y la atención que representa para la mayoría el primer acercamiento que tienen con el programa.</p>
<p>DEL ESPACIO FÍSICO PARA LA ATENCIÓN DE LAS LLAMADAS EN CRISIS</p>	
<p>Las llamadas son atendidas por los miembros del Área Técnica únicamente, los cuales se encuentran en una misma oficina que pertenece al Área Técnica del programa “Somos tu Familia”.</p>	<p>Si el grupo de voluntarios(as) o profesionales se expande deberá buscarse un área física específica para la recepción de las llamadas, donde se pueda contar con mayores condiciones y no ser interrumpidas mientras las llamadas están siendo recibidas.</p>
<p>HORARIO DE ATENCIÓN</p>	
<p>El horario de atención de las llamadas es de Lunes a Viernes de</p>	<p>El horario de atención de las llamadas debería ser las 24 hrs. Los</p>

<p>9:00 a 15 hrs. Contando con dos periodos vacacionales (época navideña-9 días hábiles- y semana santa -6 días hábiles) durante el año.</p>	<p>365 días del año. No es necesario que en un principio se cuente con muchos voluntarios(as) para la atención las 24 hrs del día, pero si al menos con una persona que pueda atender en un principio las llamadas de los/las usuarios(as), ya que para la presencia de las crisis no existe horario ni vacaciones. Es importante que si el programa “Somos tu Familia” quiere consolidarse, esté siempre disponible para los/las usuarios(as) y no únicamente en un horario de oficina. Esto dará a los/las usuarios(as) la sensación de ser realmente atendidos y sentir la seguridad y confianza de contar con un apoyo en el momento en que lo necesiten.</p>
<p>ATENCIÓN AL USUARIO CUANDO EL PROFESIONAL O VOLUNTARIO NO ESTÁ DISPONIBLE</p>	
<p>Cuando no hay un(a) profesional que atienda la llamada, se cuenta con una grabación que menciona lo siguiente “Estas llamando a Cenyeliztli, por el momento no podemos atenderte. Tu llamada es muy importante para nosotros por favor déjanos tu nombre y teléfono y nos comunicaremos contigo”. Acto seguido suena un tono tras el que se espera que la persona deje sus datos para que después el/la profesional</p>	<p>Esto no debería suceder. Debe haber al menos un(a) profesional o voluntario(a) disponible siempre, para la atención de las llamadas durante las 24 horas del día.</p>

<p>pueda comunicarse.</p> <p>Muchas veces cuando la persona deja el recado en la máquina contestadota, es imposible volverse a comunicar con la persona, porque deja sus datos de manera incorrecta o porque la grabación de la recepción de la llamada es mala o porque simplemente los tiempos de el/la profesional y del usuario(a) no compaginan y entonces se abandona el intento por comunicarse con la persona sin haberlo canalizado.</p>	
<p>OTROS MEDIOS PARA BRINDAR PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA INMEDIATA</p>	
<p>Algunas veces los/las usuarios(as) se comunican vía e-mail a través de la página de Internet de la Asociación. En él describen brevemente su situación y sus datos generales. El/la profesional le escribe de regreso, dándole opciones de canalización y describiéndole brevemente el proceso a seguir.</p>	<p>Debería crearse una línea de <i>ciberchat</i> instantáneo donde los usuarios en situación de crisis pudieran ser atendidos(as) con solo ingresar a la página y entablar una conversación por <i>Chat</i> con un(a) profesional o voluntario(a). Esto se sugiere debido a que muchas veces los/las usuarios(as) se encuentran en el trabajo o en situaciones de vida que no les permiten hablar por teléfono o hacer una amplia redacción de sus casos, y el hacerlo por medio de un <i>Chat</i> instantáneo facilitaría su atención y permitiría una ayuda más efectiva y mayor seguimiento. También en esta</p>

	modalidad podrían establecerse las citas con los/las profesionales o voluntarios(as) que les atendieron en un primer acercamiento con el programa, y debería estar abierto igualmente 24 horas al día los 365 días del año.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.6. Conclusiones del capítulo

En el presente capítulo expuse los datos recolectados de las llamadas recibidas por el programa “Somos tu Familia” mediante la recepción de llamadas en el periodo comprendido entre mayo de 2011 a abril de 2012. Así observé que el mes del año donde más llamadas se recibieron fue “marzo de 2012” y en el que menos fue “diciembre de 2011”. Que el medio de difusión del programa más efectivo fueron los “Boletines” que se reparten domingo a domingo en las parroquias, y el que menos fueron las “Mantas” colocadas fuera de algunas de las parroquias de la Ciudad de México. En este mismo sentido observé que las menciones hechas en el programa de “Radio matutino” tuvieron más impacto en la difusión del programa que lo que lo hicieron las hechas en el programa de “Radio vespertino”.

Que la zona de demanda más recurrente fue Iztapalapa y Álvaro Obregón, y que la que menos fue Milpa Alta.

Que el programa al que se hace más canalizaciones de los usuarios es el “Centro de Atención Familiar” y al que menos es la “Línea Somos tu Familia”.

Por último observé que el motivo de consulta más recurrente fueron las “Adicciones (Alcoholismo incluido dentro de esta categoría) y “Problemas de pareja” y los menos mencionados fueron “Bajo Rendimiento escolar/ Bullying” y “Baja autoestima”.

Teniendo en cuenta estos datos y todo el marco referencial expuesto en los capítulos previos, así como otros programas de Intervención en Crisis por teléfono anteriormente señalados, trabajé en una descripción de la recepción actual de las llamadas del programa “Somos tu Familia”, así como en una

propuesta puntualizada de las áreas de oportunidad en que se puede trabajar para la mejora del programa. En la propuesta tomo la Intervención en Crisis principalmente desde la definición de Slaikeu (1984), y menciono, de manera general, que la Línea de Atención en Crisis del programa debería tener un número directo mencionado en la grabación inicial para que las personas puedan comunicarse sin necesidad de ser atendidas por la recepcionista, simplificando con esto tiempos y esfuerzos; que mientras las personas esperan a ser atendidas se debe contar con una grabación que mencione un número de emergencia en caso de que la situación lo requiera, y que este número deberá ser vinculado con el número de emergencias de la Cruz Roja a nivel nacional 065; que las llamadas deben ser atendidas desde el inicio directamente por profesionales o voluntarios(as) dedicados(as) únicamente a esta tarea; que se debe mencionar el nombre del voluntario(a) o profesional desde el inicio para crear mayor empatía, así como pedir sus datos generales que deben ser anotados en un registro en una hoja de *Excel* (Anexo 1), después de lo cual se asignará a la persona un número que será su número de expediente; que se debe hacer una recolección de datos y evaluación de los mismos, clasificando la crisis según la descripción de Pittman (1990) y haciendo otras preguntas que se consideran importantes para saber más acerca de la situación de crisis; que se debe crear una alianza de trabajo, para continuar la efectiva intervención, para lo que se toma en cuenta las fases propuestas por Fernández y Rodríguez (2002); que debe identificarse la pauta principal para la creación de nuevas pautas que sean acordes a la persona; que debe evaluarse si la intervención fue efectiva para reforzar la intervención y prevenir recaídas; que se deben establecer tareas y objetivos concretos; que en caso de hacer canalización, debe explicarse el por qué se hace y dar correctamente todos los datos; que se le debe dar un seguimiento a los casos, canalizando más de ellos a la “Línea de Atención Familiar”, y tener mayor comunicación con otras organizaciones o programas para que el seguimiento sea mucho más efectivo; que se debe dar a los/las profesionales o voluntarios(as) mayor preparación académica, así como mesas de discusión y supervisión de los casos; que debe contarse con un espacio físico exclusivo para esta línea; que el horario de atención debe ser las 24 horas los

365 días del año donde la atención debe estar siempre disponible para el/la usuario(a) y que se debe crear una línea de *ciberchat* para los casos donde les sea más fácil comunicarse por este medio a los/las usuarios(as)

En el siguiente capítulo expondré las conclusiones de los resultados aquí planteados, así como la conclusión general del presente trabajo que resulta de la elaboración del mismo.

CONCLUSIONES

Durante los capítulos previos, revisamos la bibliografía referente a las características de las Crisis tomando en cuenta a diferentes autores especialistas en la atención en Crisis, así como otros programas que brindan su servicio de Intervención en Crisis por teléfono.

Consideré importante para la creación de la propuesta de este programa contemplar a Slaikeu (1984) quien mencionaba las características principales de este tipo de situaciones, así como a Erikson (1985) para entender de mejor manera las crisis de desarrollo que se pueden encontrar a lo largo del ciclo vital de una persona. También, debido a la naturaleza del programa, que tiene como objetivo ayudar a las familias más que a individuos aislados, es importante hacer un énfasis en la perspectiva que toma Pittman (1990) para la categorización de las Crisis, ya que él menciona no solo las categorías de desarrollo y circunstanciales, sino también introduce las estructurales y de desvalimiento, que describen las crisis que pueden suceder cuando el individuo es parte de un sistema como la familia.

En el análisis de los motivos de consulta durante el capítulo previo a éste, si se toma en cuenta esta descripción de Pittman (1990) acerca de los tipos de crisis, observaremos que el más frecuente que se recibe es el llamado de tipo estructural, donde se cuenta con un familiar con adicciones, y que según él se presentan en la mayoría de las familias verdaderamente patológicas.

Tomando en cuenta la descripción de las características de las crisis según Slaikeu (1984), el programa “Somos tu Familia” debería tener una atención de 24 horas los 365 días del año, ya que las crisis, como he mencionado, se presentan simplemente sin importar el horario de las instituciones. Debe brindar, como también lo menciona este autor, la estrategia que tome lugar en el momento de desorganización grave, resultado de la crisis, es decir la Intervención en Crisis.

Käes (1979) menciona la importancia de las redes sociales en un estado de crisis, por ello este programa debe buscar además de la difusión que ya se le da, el seguir buscando medios como más anuncios en el radio,

medios en televisión, *links* con otras páginas de Internet y *posters* en escuelas y universidades, así como ser lo más efectiva posible durante su tratamiento para que las personas que reciben ayuda sean después otro medio de difusión.

Si se toman en cuenta las fases de la crisis como las ha descrito Gerald Caplan (1964) se esperará entonces que el usuario se comunique a la línea de atención telefónica del programa mientras se encuentre en la segunda o tercera fase, es decir cuando haya hecho uso de algunas estrategias propias que le hayan resultado ineficaces hacia la resolución de la situación, y con ello esté en busca de nuevas herramientas, técnicas y redes de apoyo. Entonces la intervención en este punto debe buscar ser efectiva, ya que siguiendo esta misma descripción de Caplan si la situación no ha sido resuelta entonces el individuo puede caer en niveles graves de desorganización

En una intervención en crisis, la persona junto con el/la profesional o voluntario(a) deberá construir nuevas pautas de funcionamiento, para ello será importante retomar lo mencionado por Cohen (1999) acerca del enfrentamiento de la crisis. Debe buscar la redefinición de la situación estresante y utilizar elementos internos para que el individuo pueda manejar la situación para que la persona aumente sus elementos internos potenciales y con ello disminuir los efectos de la crisis sobre la persona.

También como ha sido mencionado por Fernández y Rodríguez (2002) una vez que se han comenzado a construir las pautas, entonces se debe buscar que los objetivos durante la intervención sean limitados y realistas para no crear falsas expectativas durante el proceso.

La propuesta de Bellak (1986), al desarrollar la Terapia Breve puede ayudar a saber cuales deben ser los objetivos de la creación de las nuevas pautas antes mencionadas, es decir que debe buscar desaprender y reaprender de la manera más eficaz posible, sin embargo, debe recordarse que este tipo de terapia está recomendada para aquellos que tengan capacidad de insight, aunque no por ello se dejará de dar una atención a las personas que requieran más dirección, ya que a este último tipo de personas

se les deberá dar un seguimiento más constante y más cercano para que la intervención sea efectiva.

Si se toma en cuenta la definición de prevención primaria según Caplan (1964), la cual busca disminuir la frecuencia en la presentación de casos de trastorno mental, entonces se debe entender que el programa “Somos tu Familia” a través de su Línea de Intervención en Crisis, debe actuar sobre este tipo de prevención, la cual tiene dos tareas propuestas: asegurar los aportes básicos y ayudar a enfrentar la crisis; y actuar a través de sus dos formas: a través de la acción social y a través de la acción interpersonal.

Mencioné que debido a que la atención propuesta por este trabajo es brindar una primera ayuda psicológica inmediata a través del teléfono, la narrativa del paciente es lo único con lo que se cuenta para poder conocer a la persona, así se deben recordar los axiomas propuestos por Watzlawick (1964) en cuanto a la comunicación, ya que conocerlos ayudará al profesional a comprender la interacción que tendrá con el usuario y como se manejará ante ellas para lograr intervenciones más efectivas.

Algunos autores (Fowler y MacGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; McGee, 1974 citados en Sliakeu, 1984) mencionan que el desempeño del asistente debe estar enfocado en la efectividad clínica y técnica, es decir que puedan mostrar empatía y cordialidad, la parte humana, y que al mismo tiempo sean capaces de evaluar la mortalidad y sondear los recursos de la persona. El programa “Somos tu Familia” ya cuenta con esta visión humanista para brindar atención, pero lo que debe entonces trabajar más es en sus procedimientos, es decir en su efectividad técnica.

La propuesta del tiempo de acción para la intervención que expuse en este trabajo contempla el enfoque de la Terapia Breve expuesta por Bellak (1986), el cual considera cinco sesiones de intervención y una de seguimiento, tras lo cual si no ha funcionado la intervención entonces se sugiere la canalización hacia otro organismo o programa. También contempla las cuatro fases propuestas por Fernández Liria y Rodríguez Vega: indicación, iniciales, intermedias y terminación e integra para ellos los cinco componentes de Slaikeu para brindar primeros auxilios: realizar un contacto

psicológico, analizar las dimensiones del problema, sondear posibles soluciones, asistir en la ejecución de pasos concretos y seguimientos para verificar el progreso.

Para la realización de este trabajo traté, a través de distintos medios, tener acceso a los manuales del programa SAPTEL, lo cual resulto altamente difícil aunque finalmente fue posible hacer también la revisión del manual “Sistemas de Salud y Medicina a Distancia SAPTEL- SI Medica Tel”, el cual fue realizado por personal de SAPTEL y es el utilizado para realizar las intervenciones en este programa. También fue posible acceder a una tesis que exponía la forma en que el programa trabaja. Siendo así y observando la importancia que éste programa tiene como el primero en su rubro en actuar en México, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en su facultad de Psicología debería contar con una copia del manual de esta institución en su biblioteca para que los estudiantes e interesados pudieran tener acceso a él.

Así sugiero que también otros programas desarrollados en la facultad, como el programa del Dr. Jorge Álvarez, la “Línea de Atención para Víctimas de Desastres” también deberían contar con una copia de sus manuales dentro de la biblioteca de la UNAM por la importancia que tiene para la formación de los alumnos como futuros profesionales de la salud mental en diferentes áreas.

Para la propuesta de este trabajo tomé en cuenta no solo la teoría sino también la forma de actuar de otros programas que brindan primera ayuda psicológica inmediata. Con ello establecí una propuesta que contempla los diferentes tipos de crisis, su tiempo de acción, la manera de establecer y mantener la comunicación, la evaluación y recolección de datos, la construcción de la alianza de trabajo, el cómo crear nuevas pautas para la intervención, la forma de canalización así como el proceso de seguimiento, hasta el espacio físico para la atención de llamadas, horario de atención y otros medios innovadores para comenzar a brindar este tipo de atención, puesto que hay que recordar que la forma en la que una crisis sea tratada determina futuras implicaciones en las vidas de los individuos.

SUGERENCIAS

- El programa debe tener como objetivo ayudar, a través de sus profesionales y voluntarios, el que la persona reconozca las manifestaciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales de las crisis mencionados como parte de su intervención en crisis.
- Durante el periodo de mayo 2011 a abril 2012 se puede observar a través de los motivos de consulta referidos, que los cuatro tipos de crisis propuestos por Pittman (1990), han estado presentes propuestos, sin embargo los más recurrentes fueron “Adicciones (Alcoholismo)” y “Problemas de pareja”, entonces recomiendo tener una mayor preparación por parte de los/las profesionales y voluntarios(as) en la atención de estos temas.
- El profesional o voluntario que atiende la línea de atención en crisis deberá estar informado de las crisis de desarrollo, para conocer cuales son las que se encuentran dentro de la normalidad y cuales requieren de una atención especial. Ambas deben ser intervenidas y tratadas, pero el conocerlas ayudará a tener una noción más clara de la manera de qué debe hacerse.
- La atención que brinde la línea de atención en crisis del programa “Somos tu Familia” debe darse 24 horas los 365 días del año.
- Se esperará que las personas que se comuniquen a la Línea de Atención Familiar se encuentren en una situación donde la crisis en la Fase 2 o 3 según la descripción de Caplan (1964), por ello debe ser efectiva ya que si no, puede causar daños mayores en la persona.
- Los objetivos principales de esta Línea de Atención deben ser: proporcionar apoyo, reducir la letalidad y facilitar el acceso a otros recursos de ayuda.
- Debe hacerse énfasis a la narrativa del paciente y la evaluación ya que son las armas más importantes para lograr la intervención.
- Observé que el medio de difusión “Boletines” y su distribución está directamente relacionado con el número de llamadas que recibe el

programa en busca de ayuda, entonces debe hacerse una mayor distribución de los mismos.

- Buscar mayor difusión del programa a las áreas más apartadas de la Ciudad de México como son “Milpa Alta” y “Cuajimalpa” para que también éstas áreas tengan acceso a este programa
- Acrecentar el directorio de organizaciones y programas para la canalización de casos para brindar más opciones a los usuarios.
- Estructurarse la Línea de Atención “Somos tu Familia” para que sea un medio real para la canalización de casos para aquellas personas que no puedan acudir de manera física al “Centro de Atención Familiar” o con un “Asesor”, los cuales se observó fueron los programas a los cuales se hizo la canalización de manera más recurrente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bellak, L. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México. Ed. El Manual Moderno.
2. Bermejo, P. (2011). *La familia como sistema*. Redaccion [power Point]. España.
3. Brito, Cabtree L. R. (2000). *Aplicación de la Logoterapia en la intervención en crisis*. Revista Mexicana de Logoterapia N°47.
4. Caplan G. (1980). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós
5. Cohen, R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres: guía para instrucciones*. México. Ed. El Manual Moderno: Organización Panamericana de la Salud.
6. Erikson, E. H. (1974). *Identidad, Juventud y Crisis* (2ª Ed). Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
7. Erikson, E. H. (1985). *El ciclo vital completado*. México. Ed. Paidós.
8. Everstine, D. (2006). *Strategic interventions for people in crisis, trauma and disaster*. New York, E.U. Ed. Routledge.
9. Fernández, A.,Rodríguez B. (2002) *Intervención en Crisis*. Madrid, España, Ed. Síntesis.
10. Foucault, M. (2001). *Historia de la Sexualidad. Vol. 3 La Inquietud de sí*. (12ª Ed en español). México. Ed. Siglo Veintiuno Editores.
11. García, M., Gil J.M., Valero M. (2007). *Psicología y desastres: aspectos psicosociales*. España. Ed. Universitat Jaume.
12. González, J. L. (2001). *Psicoterapia de la Crisis*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Año XXI- Julio/Sept. 2001- p. 35.53. Recuperado a la fecha 4 de abril, 2012, de http://www.acosomoral.org/pdf/psicoter_crisis.pdf
13. Hough, M. (1999). *Técnicas de orientación psicológica*. Madrid, España. Ed. Narcea.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Población de México. Recuperado a la fecha 8 de junio, 2012, de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/default.aspx?tema=me&e=09>

15. Jiménez, L., Montero, F.J. (2010). *Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. (4ª Ed.). Barcelona, España, Ed. Elsevier.
16. Käes, R. (1979). *Crisis, ruptura y superación*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Cinco.
17. Macías, P. A. (2007). *Taller para interventores en Crisis y/o personal de primer contacto para la Atención en Víctimas de un Desastre*. (Tesina inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México.
18. Moreno, R., Peñacoba C., González-Gutierrez J.L., Ardoy J. (2003). *Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis y Emergencia*. Madrid, España. Ed. Dykinson.
19. Navarro, J. (2011). *Intervención en Crisis*. Redacción [power Point]. España.
20. Nuñez, D. O. (2005). *Primeros auxilios psicológicos y emocionales*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Dunken.
21. Pinilla, M. (Ed) (2008). *El cuidado de lo humano en el contexto universitario. Aportes de un equipo de psicólogos*. Bogotá, Colombia. Ed. Pontificia Universidad Javeriana
22. Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona, España. Ed. Paidós.
23. Puente, F. (2007). *Sistemas de Salud y Medicina a Distancia SAPTEL-SI Medica Tel*. México. Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental A.C.
24. Ramírez, D.A. (2004). *Intervención en Crisis: Modelo de atención del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL)*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México D.F., México.
25. Rivas, R. (2011). *Visión esperanzada de la Realidad Actual en América Latina*. Redacción [power Point]. España.
26. Rizo, M. (s.f.) *El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación*. Recuperado a la fecha 25 de abril, 2012, de <http://www.portalcomunicacio.com/download/17.pdf>
27. SAPTEL. (s.f.). México. Recuperado a la fecha 6 de mayo, 2012, de <http://www.saptel.org.mx/antecedentes.html>
28. Slaikeu, K. (1984). *Intervención en Crisis: Manual para práctica e investigación*. México D.F., México. Ed. Manual Moderno.

29. Soto ,G. (2009). *Intervención en Crisis*. Puebla, México. Recuperado a la fecha 25 de abril, 2012, de <http://www.gruposerhumano.com/crisis.htm>

Referencias varias:

30. Minutas recuperadas de los Archivos de la Institución *Cenyeliztli*
31. -*Minuta del año 2006*. Área de Medios
32. -*Minuta del 19 de febrero, 2007*. Área de *Somos tu Familia*
33. Minuta del 12 de marzo de 2008. Área de *Somos tu Familia*
34. -Minuta del 30 de abril de 2008. Área de *Somos tu Familia*

ANEXOS

Anexo A	“Tabla de registro propuesta de los/las usuarios(as) de la Línea de Atención en Crisis del programa Somos tu Familia”
Anexo B	“Tabla de registro actual de los/las usuarios(as) de la Línea de Atención en Crisis del programa Somos tu Familia”
Anexo C	“Directorio de instituciones del programa Somos tu Familia”
Anexo D	“Muestra de Boletín del programa Somos tu Familia”

Anexo A
 “Tabla de registro propuesta de los/las usuarios(as) de la línea de Atención en Crisis del programa Somos tu Familia”

Datos Generales	
NO. DE EXPEDIENTE	HORA Y FECHA DE LLAMADA
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLAMA	TELÉFONO
EDAD	RANGO
Niño 0 a 10 años	
Adolescente 11 a 19 años	
Adulto Joven 20 a 40 años	
Adultez media 40 a 65 años	
3ª Edad 65 años en adelante	
Desconocida	SEXO
Masculino	
Femenino	ESTADO CIVIL
Soltero	
Casado	
Viudo	
Unión libre	
Divorciado	
Separado	
Relación homosexual	
Desconocido	OCUPACIÓN

Datos Generales	
ESCOLARIDAD	
Primaria	
Primaria Trunca	
Secundaria	
Secundaria Trunca	
Carrera Técnica	
Preparatoria	
Preparatoria Trunca	
Licenciatura	
Licenciatura Trunca	
Maestría/Doctorado	
Otro	
<i>Desconocido</i>	
DELEGACIÓN	
A. Obregón	
Azcapotzalco	
Benito Juárez	
Coyoacán	
Cuajimalpa	
Cuauhtémoc	
Gustavo A. Madero	
Iztapalapa	
Magdalena Contreras	
Miguel Hidalgo	
Milpa Alta	
Tláhuac	
Tlalpan	
Venustiano Carranza	
Xochimilco	
Estado de México	
<i>Desconocido</i>	

Continuación Anexo A

Clasificación de la Situación de Crisis:	
TIPO DE CRISIS	MOTIVO DE CONSULTA
Circunstancial	Adicciones Ansiedad Autoestima Depresión Duelo Manejo de emociones
De Desarrollo	
Estructural	
De Desvalimiento	
Alcoholismo	
Sustancias	
Farmacéuticos	
Juego	
Internet	
Pornografía	
Angustia	
Ataques de Pánico	
Baja	
Inseguridad	
Edo. De ánimo depresivo	
Trastorno depresivo	
Duelo no resuelto	
Estrés postraumático	
Esquizofrenia	
Fobias	
Identidad de Género	
Agresividad	
Culpa	
Dudas/ Confusión	
Enojo	
Estrés	
Frustración	
Ira	
Sentimiento de Vacío	
Soledad	
Tristeza	

Clasificación de la Situación de Crisis:	
MOTIVO DE CONSULTA	
Otros	Problemas Familiares Problemas de pareja Tx Alimenticio Tx de la Infancia Tx de Suicidio Violencia
Prob. Religioso/ Espiritual	
Necesidad de escucha	
Amalgamada	
Abuso Físico	
Abuso Sexual	
Conducta Antisocial	
Económicos	
Falta de límites	
Hijos parentalizados	
Maltrato grave	
Negligencia	
Celotipia	
Comunicación	
Divorcio	
Económico	
Infidelidad	
Separación	
Anorexia	
Bulimia	
Obesidad	
Aprendizaje	
Encopresis	
Enuresis	
TDA/H	
Rebeldía	
Conducta antisocial	
Nihilismo	
Tx. Afectivo Bipolar	
Tx. Limítrofe de la personal	
Tx. Obsesivo Compulsivo	
Tx. Del sueño	
Ideación suicida	
Intento de suicidio	
Abuso sexual	
Acoso Sexual	
Bullying	
Intrafamiliar	
Mobbing	
Noviazgo	
Pareja	
Falta información	

Continuación Anexo A

Intervención de Línea de atención en Crisis "Somos tu Familia"													
Fecha de inicio	Nombre de profesional o voluntario que atiende la llamada	1ª LLAMADA										CANALIZACIÓN	
		Agente agresor	¿Por qué decide pedir ayuda ahora?	Acciones emprendidas previamente para solucionar la situación	Redes sociales de apoyo	Sucesos del pasado importantes	Observaciones	Pautas nuevas a construir	Tarea u objetivo concreto	Cita acordada o acciones que se emprenderán	Si	No	¿A dónde?

Intervención de Línea de atención en Crisis "Somos tu Familia"																					
2ª LLAMADA				3ª LLAMADA				4ª LLAMADA				5ª LLAMADA				SEGUIMIENTO		CANALIZACIÓN DESPUÉS DE SEGUIMIENTO			
Fecha	Cambios a partir de 1ª llamada	Observaciones	Tarea u objetivo concreto	Fecha	Nuevas pautas de funcionamiento	Observaciones	Tarea u objetivo concreto	Fecha	Insight	Reacciones hacia terminación	Observaciones	Tarea u objetivo concreto	Fecha	Reseña del proceso según el usuario	Posibles obstáculos del futuro	Observaciones	Acuerdos	Fecha	Verificación de logros terapéuticos	Si	No

Anexo B

“Tabla de registro actual de los/las usuarios(as) de la Línea de Atención en Crisis del programa Somos tu Familia”

Registro de llamadas y contactos						
No.	FECHA	HORA	NOMBRE	TELÉFONOS	CORREO ELECTRÓNICO	MOTIVO DE LLAMADA

ZONA														Se entero por:													
Alvaro Obregón	Azacapotzalco	Benito Juárez	Coyoacán	Cuajimalpa	Cuauhtémoc	GAM	Iztapalapa	Iztacalco	Magdalena Contreras	Miguel Hidalgo	Milpa Alta	Tláhuac	Tlalpan	V. Carranza	Xochimilco	Edo. México	Otro	Desconocido	RADIO		BOLETIN	Excelsior	Manta	Asesor	No soy un e-mail	Desconocido	Otro
																		M	V								

Continuación Anexo B

REFERIDO A:										
Asesor	CAF	Linea STF	Otro	CEPREAA	AA	AL-ANON	INPsiquiatría	Se le dejó recado o pendiente por ser canalizado (mail)	Bufete Jurídico Gratuito	OTRO
			CIJ							

HORARIO DE PREFERENCIA	LLAMADA ATENDIDA POR	REFERIDO PARA ATENCIÓN A:	OBSERVACIONES	ACUDIÓ A LLENAR SOLICITUD	Terapeuta CAF
------------------------	----------------------	---------------------------	---------------	---------------------------	---------------

Anexo C

“Directorio de instituciones del programa Somos tu Familia”

TIPO DE ATENCIÓN	ORGANISMO O PROGRAMA	TELÉFONO DE CONTACTO
3ª edad	Fundación Caritas	5615 7006/ 5615 7202 ext.206
Aborto y Mujeres	Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C.	5260 3178/ 5260 8859
Abuso sexual	Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos sexuales	5575 5461/ 5200 9634
Adicciones	Centro de Integración Juvenil	52 12 12 12
Adicciones	Fundación Ama la Vida	5276 0426
Adicciones	Drogadictos Anónimos	5579 1908
Alcoholismo	Alcohólicos Anónimos	52 64 24 06
Alcoholismo	AL-Anon	5208 9607/ 5208 9667/ 5208 2170
Ayuda legal	Bufete Jurídico Gratuito Social	5523 1014/ 5523 1054
Discapacidad	Fundación Humanista de Ayuda a Discapacitados I.A.P. (FHADI)	5272 4972
Familia	Instituto Mexicano de Investigaciones en Familia y Población (IMIFAP)	5598 5673
Hospitalización	Centro de Acompañamiento y Recuperación integral	5761 4845
Hospitalización	Asociación de Enfermeras Gratuitas a Domicilio	5523 6952
Hospitalización	Servicios Médicos de la Delegación Xochimilco	5334 0600 ext. 3803
Hospitalización	Asociación Mexicana para la Salud (AMSSAC)	5573 3460/ 5513 1065
Intervención en Crisis	SAPTEL	5259 8121/ 01800 472 7835
Mujeres	Instituto Nacional de las Mujeres	5212 2831/ 5512 2762
Mujeres	Centro de apoyo a la Mujer "Margarita Magón" A.C.	5519 5845
Mujeres	Fundación Alianza a favor de la Mujer del DF, I.A.P.	5591 1043
Mujeres	Codependientes Anónimas (CODA)	5611 5981
Mujeres	Yoliguani	5251 8586/ 5251 4829
Padres de Familia	Bienestar e Integración Familiar I.A.P. (BIFAM)	5568 5232
Psiquiatría	Hospital Psiquiátrico Dr. Juan Navarro	5573 4844/ 5573 2855
Psiquiatría	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino de Álvarez	5573 1500/ 5573 1550/ 5573 0387/ 5573 0388
Psiquiatría	Instituto Nacional de Psiquiatría	4160 5000

Continuación Anexo C

Tanatología	Asociación Mexicana de Tanatología	5575 5995/ 5575 5996
Terapia Psicológica	Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG)	5515 1041
Terapia Psicológica	Círculo Psicoanalítico Mexicano A.C. (C.P.M.)	5211 8763
Terapia Psicológica	Instituto de Terapia Familiar (CENCALLI)	5564 2109
Terapia Psicológica	Centro de Enlace Familiar, A.C. (CEF)	5658 3372
Terapia Psicológica	Instituto Personas	5611 5520/ 5615 0173
Terapia Psicológica	CORA	5559 8450/ 5559 8451/ 5575 8264
Terapia Psicológica	Relaciones Constructivas A.C.	5590 2727
Terapia Psicológica	CORAZONAR Abriendo Senderos hacia la Reconciliación A.C.	5698 4966
Terapia Psicológica	Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM	6522 2309
Trastornos alimenticios	Grupo Amigos de Ayuda Mutua	5530 9784
Violencia a la mujer	Fundación Origen	5520 4421/ 01800 01516 17
Violencia intrafamiliar	Unidad de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) Cuajimalpa	5812 2521
Violencia intrafamiliar	Unidad de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) Miguel Hidalgo	5590 4817/ 5579 1699
Violencia intrafamiliar	Unidad de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) Venustiano Carranza	5552 5692
Violencia intrafamiliar	Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar	5200 9000
Violencia intrafamiliar	Unidad de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) Magdalena Contreras	5681 2734
Violencia intrafamiliar	Unidad de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) Milpa Alta	5844 1921
Violencia intrafamiliar	Unidad de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) Tláhuac	5842 5553

Anexo D

“Muestra de Boletín del programa Somos tu Familia”

COMISION ARQUIDIOCESANA DE PASTORAL FAMILIAR



En los hogares donde se vive con violencia, se vive con vergüenza y ante esta surge la culpa, el aislamiento. Afortunadamente ya no es válido el dicho de “la ropa sucia se lava en casa”. Ser víctima de violencia es algo que no se puede ni se debe ocultar.

¡Acércate a nosotros!
La familia es un lazo tan fuerte que no te dejará caer.

Si tienes problemas:

- Con tu pareja
- Con tus padres, hermanos, algún familiar o amigo
- Con el alcohol o las drogas
- De salud o alimentación

Si nos necesitas o nos quieres ayudar:

Comunicate con nosotros.
“Somos tu Familia” es un programa de Cenyeliztli, Unidos por la Familia
Tel. 5536 1676
o pregunta por nosotros en tu parroquia.
www.somostufamilia.com

Rosa María Rodríguez

- Lic. en Psicología
- Maestría en Terapia Familiar
- Psicoterapeuta y Directora del Centro de Apoyo Familiar “Somos tu Familia”

Papá: Ya No Le Pegues a Mamá
Rosa María Rodríguez

Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INMUJERES), 40.5 por ciento de las madres de 15 años y más, casadas o en unión libre, declaró haber padecido al menos un incidente de violencia por parte de su pareja. Esto significa que 4 de cada 10 mujeres han sufrido violencia.



Año 3 De Familia a Familia **45**

Continuación Anexo D

La violencia expresa una situación de abuso de poder que causa daño en el abusado, en el que abusa y en aquellas personas cercanas, sobre todo en los hijos, que son quienes viven en la misma casa y por lo tanto se vuelven testigos involuntarios de estos actos, no importa si no están presentes en el momento preciso en que ocurre, ni si se hace todo lo posible por ocultarlo (negarlo o encerrarse). No hay forma de evitar que se den cuenta, convirtiéndose también en víctimas. Esto se agrava, pues cuando el sufrimiento de las personas involucradas no ha sido verbalizado y/o socialmente reconocido, es muy probable que se exprese a través de comportamientos violentos sobre otros. Así encontramos a menores que practican bullying, a madres violentadas que maltratan a sus hijos o a los futuros adultos que ejercen la violencia.



En hogares donde la madre sufre violencia, los hijos presentan algunos de los siguientes signos:

- Angustia, miedo y desconfianza
- Problemas de aprendizaje, sobre todo por una atención dispersa
- Baja autoestima
- Aislamiento, gran dificultad para socializar
- Baja tolerancia a la frustración
- Padecen de enfermedades con frecuencia (la situación que viven suele deprimir su sistema inmunológico)
- Problemas de conducta tanto en casa como en la escuela
- Se sienten permanentemente amenazados y están en tensión constante

La persona que ejerce violencia busca todo tipo de justificaciones para su conducta: "hoy tuve un mal día ... Es que tú me provocaste ... Los niños me desesperaron". Al principio quien sufre la agresión compra estas ideas, incluso ella misma las nombra, pues es muy difícil reconocer ante sí misma y ante los demás que permanece al lado de un hombre que constantemente la lastima. Esto es favorecido también por el mismo ciclo de violencia, ya que después de un evento sigue el arrepentimiento, las disculpas, los regalos y la promesa de que nunca volverá a suceder, hasta que vuelve a repetirse.

Solo que con el tiempo la violencia se vuelve más frecuente, más intensa y la mujer violentada cada vez se siente más temerosa, más aislada de quien puede ayudarla y tan devaluada, que no ve salida alguna. No debemos olvidar que cada hombre es responsable de su propia violencia y cada mujer es responsable de su propia seguridad.



En la mayoría de los casos se presentan ciertos indicadores de tensión que avisan que puede aparecer un ataque violento. En ese momento hay algunas medidas que las autoridades recomiendan seguir y que pueden ser de utilidad; estas son:

Si puede salir vaya a la delegación más cercana y presente una denuncia.

Si el ataque es inevitable, procure protegerse la cara y la cabeza.

Acuerde con sus vecinos o familiares alguna señal, para que la ayuden si lo necesita.

Si no puede llamar a la policía o el agresor le impide salir, abra puertas y ventanas, grite, pida socorro, haga ruido.

Tenga siempre a mano los teléfonos que pueda necesitar y una cartera con sus documentos y algo de dinero.

Enseñe a sus hijos/as a conseguir ayuda y a protegerse cuando comiencen episodios violentos.