

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Aplicación de un protocolo de intervención con familias en contexto de ASPO por pandemia.

Wainstein, Martin.

Cita:

Wainstein, Martin (2020). *Aplicación de un protocolo de intervención con familias en contexto de ASPO por pandemia. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/282>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/GUa>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS EN CONTEXTO DE ASPO POR PANDEMIA

Wainstein, Martin

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Se presenta un protocolo de intervención, mediante comunicación virtual, para el abordaje de familias en situación de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio por COVID-19. Se trabajó con consultas de familias a dos Programas de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. El objetivo de las intervenciones fue orientar a las figuras parentales acerca de las dificultades presentadas en el funcionamiento cotidiano en condiciones de aislamiento durante el evento. Las intervenciones, se realizaron fundamentalmente sobre los adultos con niños a su cargo durante 73 días, entre el 20/03/20 y 01/06/20, entendiéndose que la familia puede operar como agente de prevención de la salud mental en condiciones de vulnerabilidad psicosocial. El protocolo distingue tres niveles de intervención: sistema parental, sistema familiar y contexto eco-sistémico. Está organizado en una cédula que permite identificar la constitución y las condiciones de vida socio-educativas y habitacionales de las familias afectadas y una guía de intervención. Se exploraron indicadores comportamentales, cognitivos, interaccionales y de interacción con el entorno. Se propusieron 10 pautas orientadas a generar la disminución del malestar familiar, los niveles de ansiedad que de ello se derivan y a atenuar las eventuales consecuencias posteriores a los sucesos abordados. Se fueron realizando evaluaciones parciales continuas de disminución del malestar.

Palabras clave

COVID-19 - Familias - Protocolo - Intervención

ABSTRACT

INTERVENTION PROTOCOL WITH FAMILIES IN PANDEMIC SOCIAL ISOLATION

An intervention protocol is presented, through virtual communication, to approach families in a quarantine situation MPSI (Mandatory Preventive Social Isolation) by COVID-19. We worked with family consultations to two Extension Programs of the Faculty of Psychology of the University of Buenos Aires. The objective of the interventions was to guide the parental figures about the difficulties presented in daily functioning in isolation conditions during the event. The interventions were carried out mainly on adults with children in their care for 73 days, between 03/20/20 and 06/01/20, understanding that the family can operate as a mental health prevention agent in vulnerable con-

ditions psychosocial. The protocol distinguishes three levels of intervention: parental system, family system and eco-systemic context. It is organized in a certificate that allows the identification of the constitution and the socio-educational and living conditions of the affected families and an intervention guide. Behavioral, cognitive, interactional and environment interaction indicators were explored. 10 guidelines were proposed aimed at generating a decrease in family discomfort, the levels of anxiety that derive from it, and mitigating the possible consequences after the events addressed. Continuous partial evaluations of decreased discomfort were carried out.

Keywords

COVID-19 - Families - Protocol - Intervention

Introducción

El objetivo general de la actividad de extensión universitaria es articular la Universidad pública con la comunidad en la cual está inserta, realizando contribuciones concretas a problemas y necesidades sociales. Los Programas de Extensión permiten transferir a la sociedad los conocimientos que surgen de la articulación de la actividad con la docencia y la investigación, y permite a los docentes poner en marcha, a través de un trabajo de campo, aquello que se enseña en el interior de las aulas, permitiendo a los alumnos tomar contacto con las realidades concretas que fueron aprendidas en forma teórica, a través de las clases formales y los textos escritos.

Por medio de convenios, la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, establece relaciones de complementación y cooperación académica, científica y cultural con instituciones públicas y privadas, tanto nacionales como internacionales. Los autores coordinamos dos Programas de Extensión a través de la Secretaria de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario: "La Familia como Agente de Prevención para la Salud Mental: Programa de Asesoramiento y Orientación a Familias", a cargo de la Dra. Valeria Wittner y "Intervenciones con Familias y Organizaciones en Contextos de Vulnerabilidad Psicosocial", a cargo del Dr. Martin Wainstein. Estos programas tiene como objetivo general la orientación psicológico-social de familias con niños (criterio UNICEF, de 0-18 años) que solicitan apoyo por algún tipo de problema.

El Problema

A comienzos de la actividad anual de los Programas, en marzo de 2020, se desató en la República Argentina la epidemia de coronavirus (COVID-19), que poco después se transformaría en una pandemia planetaria. Ambos Programas se venían trabajando desde varios años anteriores a través de una ONG, la Fundación Gregory Bateson (IGB) y en ellos se llevaba un registro del trabajo realizado con un conjunto de familias que se contactaron en los últimos cuatro años. A partir de ese registro y una vez definida por las autoridades nacionales y universitarias la finalización de las actividades presenciales en la Universidad, en las escuelas y la puesta en marcha de un plan de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), ambos programas se reorientaron hacia una acción de apoyo a eventuales necesidades de las familias registradas en el sistema de admisión y también a las que pudieran requerir ayuda a partir de las nuevas circunstancias.

El primer problema a resolver era como establecer un protocolo de trabajo sustentable con personas que normalmente consultan por vía telefónica o a través de la página web de la institución, solicitando una consulta que definimos como de Atención Primaria, que luego canalizamos mediante una admisión presencial. Siendo que esta última posibilidad estaba coartada, se decidió utilizar aplicaciones de plataformas usuales de video llamada, según fuera más factible para los solicitantes, a quienes se les enviaba el *link* configurado para una conexión directa. En general las familias contaron con teléfonos de configuración suficiente para responder a este tipo de conexión.

Una segunda cuestión era si seguíamos trabajando con el marco teórico con que veníamos haciéndolo o las circunstancias realmente novedosas de una pandemia, que se presentaban como más críticas requerían una modificación. Decidimos mantener los criterios de trabajo que veníamos utilizando para el afrontamiento de consultas por crisis vitales o por impactos externos en las familias desde el comienzo de nuestros trabajos, pero adaptándolos a las demandas específicas.

En general un número importante de consultantes en Atención Primaria presenta algún tipo de trastorno mental. En un estudio, ya algo antiguo, pero que entendemos mantiene su plena validez, realizado por la O.P.S/O.M.S. en centros de salud de 15 países del mundo, se determinó que además de los trastornos mentales más o menos severos (depresión, trastornos de ansiedad y dependencias a alcohol y otras drogas) muchos consultantes de Atención Primaria presentan crisis emocionales con síntomas de ansiedad y/o depresión acompañados con frecuencia de alteraciones de la conducta. Estas crisis son originadas por problemas de salud pero también *por situaciones de vida*. A esto se le considera una *crisis situacional*, y su característica esencial es que son generadas por acontecimientos estresantes repentinos o inesperados en muchos casos de menor impacto que una pandemia como enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica, accidente, pérdida de un ser querido,

cambios, conflictos familiares, laborales o económicos (Rodríguez ed., 2007).

Crisis situacional

Nuestro marco teórico más general podría denominarse un *enfoque situacional de las crisis* y el estado del arte sintetizarse en las siguientes ideas básicas:

Una primera formulación de la teoría de las crisis, en forma específica ante situaciones catastróficas ambientales, pertenece a Eric Lindemann (1944) quien estudió y distinguió las respuestas normales y sus etapas, de las respuestas mal adaptativas que se ven en los posteriores trastornos mentales patológicos. Lindemann observó que *al cabo de seis semanas el malestar inicial estaba siendo superado normalmente, o bien que aparecían síntomas psicológicos o psicosomáticos*. Años después, Caplan (1964) agregó al concepto de crisis el estado que aparece cuando una persona o familia enfrentan un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales, que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que han utilizado en el pasado. Sobreviene entonces *un periodo de desorganización, malestar y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones, que pueden ser exitosas o bien suelen ser fallidas*.

La *crisis situacional* se presenta así, como un estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos psíquicos habituales de la persona para enfrentar problemas.

En estas circunstancias las respuestas relacionadas con situaciones críticas deben entenderse como normales, temporales y pueden aliviarse con técnicas de intervención oportunas y a corto plazo. Ante situaciones difíciles, que en algunos casos llevan a que las personas o las familias vean superados sus recursos, una gran mayoría de los afectados con el tiempo recuperaran sus estados emocionales anteriores. Las intervenciones que realice un especialista debieran orientarse en esta dirección: evitar lo más posible los daños posteriores. Quienes desarrollan síntomas patológicos con posterioridad son los que no han completado el ciclo de la aflicción, ciclo que puede extenderse o complicarse, si se define desde el experto lo que está ocurriendo como algo patológico o se lo vincula necesariamente con sucesos de vida anteriores. Estos conceptos surgieron muy tempranamente cuando el psiquiatra e investigador Erich Lindemann, realizó el seguimiento de las víctimas sobrevivientes y de los familiares de un incendio en un local bailable llamado *Coconut Grove*, en Boston, EEUU, en 1944. Allí se inicia lo que podría denominarse la historia oficial de la intervención en crisis. Lindemann descubre que la mayoría de los afectados con el tiempo no tenían consecuencias notables y que quienes desarrollaban síntomas patológicos eran los que no habían completado *el ciclo de la aflicción*. Este ciclo lo definía como una alteración intensa pero momentánea del concepto de sí-mismo y de la autoestima; la emergencia de miedos,

temores y fantasías que pueden llegar a fuertes grados de irracionalidad; la expresión de tristeza, angustia y/o alteraciones del ánimo; aparición de impulsividad e ira, proyectada o desplazada hacia el suceso causante, el sistema hospitalario, el personal de salud, la familia o dirigida hacia sí mismo; apareciendo conductas tales como irritabilidad y mutismo que la mayoría de las veces se reprimen por temor y posibles comportamientos evasivos a través del sueño y las fantasías.

La respuesta adecuada del equipo de salud resultaba en crear una relación empática y de ayuda tanto con el paciente como con la familia, para acompañar el recorrido con medidas simples dirigidas a reorganizar las conductas cotidianas.

El encuadre de atención

Establecimos para el Programa un encuadre de atención semanal o quincenal, o en fecha a pautar, mediante una conexión de 30 minutos fijada dentro de una banda horaria ofrecida a los consultantes de tres horas en horarios de mañana y tarde. Los participantes recibían por uno de sus mails un consentimiento informado en base al modelo que utilizamos en proyectos de investigación, el cual era leído por los adultos de la familia, compartido con los menores y devuelto por la misma vía al equipo extensionista.

La entrevista de admisión consideró una evaluación mediante un inventario de varios ítems relacionados con la situación y conducta de los integrantes de la pandemia/cuarentena familiar, subdivididos en áreas: vivienda, estructura familiar, queja o malestar, costumbres hogareñas, situación económica actual.

1. Cantidad de personas que conviven en la vivienda: familia nuclear, extensa, multifamiliar, otro.
2. Tipo de vivienda: casa, departamento, PH, lote compartido, estabilidad en la vivienda. Otro.
3. Espacios descubiertos, balcón francés, balcón, balcón terraza, terraza, patio interno, patio externo, jardín, parque. Otro.
4. Cantidad de ambientes : 1 ambiente integrado a cocina, baño externo, 1 ambiente , 2 ambientes, 3 ambientes, 4 ambientes, 5 o más ambientes, garaje. Otro.
5. Genograma de los convivientes: tipo de familia, nombres, edades, estatus familiar, rol en la familia, participación o no en actividad laboral, disponibilidad de lugar para actividades personales (estudiar, dormir, estar solo), sociograma de vínculo emocional entre miembros. Otro.
6. Tipo de relación relacionada o surgido a partir del ASPO: conyugal, parental, fraterno, alianzas, coaliciones, autonomía personal, intimidad. Otros.
7. Tipo de relación relacionada o surgido a partir del ASPO en la pareja parental: autonomía personal, cambios en el rol en la familia, intimidad de la pareja, apoyo mutuo. Otro.
8. Chequeo de áreas comprometidas durante la cuarentena en la familia: laboral, escolar, relación con la familia extensa, cohabitación, horarios de comer, horarios de dormir, en tareas específicas (escolares, laborales, domésticas), ordenamiento

dela vajilla, uso de la cocina, usos del baño (s), uso y manejo de la heladera, cocinado y preparación de comidas, compras de alimentos, compras de otras cosas, lavado de vajilla, ordenar camas y habitación (es), limpieza de ambiente (es) y baño (s), ordenamiento, lavado y planchado de ropa. Otro.

9. Percepción de incomodidad, malestar o estrés a partir del ASPO (escala personal 0-10).
10. Situación económica real actual de la familia respecto de antes del ASPO. Expectativa acerca del tema económico. Presencia de desocupación laboral.

Modelo de intervención

El modelo está dirigido a auxiliar a una persona y/o familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso traumático de modo que disminuya la probabilidad de efectos negativos como daños físicos, psicológicos y se incremente la probabilidad de convertir el evento en una experiencia adaptativa que favorezca el surgimiento de habilidades, opciones y perspectivas no previstas. Este tipo de intervención supone introducirse de manera activa en la situación vital de la familia y ayudarla en forma directiva a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio funcional.

Principios sistémicos de la intervención en crisis

La Psicología Clínica Sistémica cuenta con varios modelos basados en evidencia (TBE) de terapia sistémica breve (TSB), siendo un abordaje de elección en el tratamiento de situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las familias puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas.

Las relaciones cercanas son la piedra angular de la capacidad de recuperación y la felicidad individual y familiar y su bienestar social. Dependiendo de los recursos relacionales y las experiencias de las personas dentro y fuera de la familia, los pequeños problemas pueden amplificarse en serios, y los relativamente serios pueden negociarse de manera constructiva (Asen, 2002) . La salud mental y otras preocupaciones se asocian frecuentemente con dificultades relacionales. Las relaciones cercanas a veces provocan problemas. Otras veces crean síntomas bajo la tensión. Sin embargo, las relaciones cercanas también pueden ser clave para ayudar a las personas a recuperarse de las dificultades y mejorar sus vidas.

Hace ya muchos años que hay evidencia de que trabajar con familias y otros grupos que enfrentan dificultades, en lugar de únicamente con el niño, joven o adulto que se considera que tiene "el problema", está demostrando ser efectivo en una gama extraordinariamente amplia de problemas y circunstancias, incluyendo adicciones, salud mental en adultos, niños y adolescentes, incluyendo esquizofrenia (NICE, 2002b), depresión (NICE, 2004a) , trastornos alimenticios (NICE, 2004b) , trastorno bipolar (NICE,2006), trastornos obsesivos compulsivos (NICE 2005a) y PTSD (NICE 2005b) ,problemas de comportamiento de

niños y adolescentes, abuso físico y negligencia infantil, separación parental y divorcio, abuso sexual, violencia doméstica, problemas de atención y exceso de actividad, auto-lesiones (NICE 2004c), problemas transgeneracionales y otras dificultades de relación, impacto de la pobreza y la marginación social, incluida la asociada con la raza y el origen étnico. enfermedad en la familia (NICE,2004d), problemas de familias ensambladas (NICE (2004c).

La experiencia de crisis por ASPO es un periodo de riesgo para la familia que pide ayuda, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. La respuesta del equipo en estos casos pone énfasis en la oportunidad para reducir ese riesgo y aprovechar la motivación de la familia para trabajar un nuevo modo, alternativo, de afrontamiento con las circunstancias.

El objetivo que se plantea es recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado como el que tenía antes del incidente que precipitó la consulta que le permita superar el momento crítico creativamente.

A partir de la evaluación inicial es importante valorar que recursos y que debilidades tiene la familia como sistema y sus subsistemas, en cuanto a su funcionalidad existente antes de la consulta. Del mismo modo se deben evaluar las intervenciones estratégicamente según los niveles de permeabilidad de la conducta que hagan más factible el cambio.

Después de hecho el análisis, la estrategia es ayudar a las personas y las familias a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis y afrontarla. El objetivo es dar un siguiente paso, el mejor que se pueda dada la situación. Es importante recordar que la persona tiene que hacer lo más que sea capaz de hacer por sí-mismo/a en forma gradual. La TSB incluye reformulaciones del relato de la situación, propuestas de tareas comportamentales y reacomodamientos de las relaciones interpersonales de tal modo que se incremente la eficacia del afrontamiento de la situación. La información acerca de qué está vulnerado en la vida familiar se complementa con la información acerca de qué es aún funcional.

En el trabajo con familias afrontando la ASPO se implementaron tres aspectos de los primeros auxilios psicológicos que dan dirección a la actitud del equipo asistente (Slaikeu, 1996, 2000): *proporcionar apoyo, reducir la morbi-mortalidad, favorecer un contacto con las fuentes de asistencia.*

El apoyo se basa en la premisa de crear un vínculo de presencia con la familia, aunque sea virtual, favoreciendo la empatía y un diálogo que cree una atmósfera en la que los temores, las iras, las ansiedades y otras emociones puedan expresarse y ser trabajadas con el psicólogo libremente.

En las circunstancias de ASPO *la posibilidad de reducir esas emociones* previene sobre eventos de violencia domestica como la violencia de género o el castigo de los menores . Es frecuente, que en condiciones de aislamiento y hacinamiento aparezcan conductas que conduzcan al daño físico como golpear a los hi-

jos o al cónyuge, o aun a las autolesiones o suicidio. En estos casos una meta determinante para los primeros auxilios psicológicos es, entonces, intervenir para minimizar las posibilidades destructivas y desactivar la situación de crisis.

La intervención en crisis en un Programa de este tipo es una intervención breve, pero muchas veces si bien es exitosa en el sentido de salvar las circunstancias, no es suficiente para una resolución sustentable del problema. Es así que, *antes que tratar de resolver el problema completo de manera inmediata, el terapeuta fije con precisiones las necesidades de una derivación de la familia o de algún o algunos miembros a una terapia focalizada en problemas particulares que exceden a los activados por la consulta de crisis.*

Una vez revisados estos tres aspectos de manera general, es importante concretizar cuáles son los primeros auxilios psicológicos que se aplican en los momentos iniciales de la consulta (Slaikeu, 2000), ya que la aplicación de estos, le permitirá a la persona afrontar de manera eficiente y eficaz la situación de emergencia, que de otra manera lo hubiera dejado paralizado o inutilizado.

Los primeros auxilios psicológicos

Generalmente las familias que consultaron en el periodo, a poco de realizarse las preguntas del protocolo de evaluación inicial mostraron una exacerbación de las dificultades que solían manifestarse previamente de un modo más aceptable, pero que el ASPO puso en evidencia de un modo que supero sus posibilidades de afrontamiento.

Las condiciones creadas a la familia por el ASPO las sometía en general a situaciones críticas. La suspensión de las actividades escolares y la imposibilidad de abandonar la casa familiar con los niños separó la educación del colegio como institución de socialización secundaria, indispensable para el adecuado desarrollo evolutivo de estos. Educación que si bien se mantuvo por vía virtual, se convirtió en una sobrecarga para las figuras parentales, especialmente cuando uno solo de los progenitores estaba a cargo de los niños.

Comportamientos simples en un contexto complejo

En un contexto de atención con canales de comunicación reducidos, un periodo de trabajo corto (tres o cuatro encuentros de 30 minutos) , las intervenciones debían ser simples y buscar afectar aspectos centrales de la convivencia en condiciones de aislamiento social. El uso de una guía de intervención es nominal y no exhaustivo y su seguimiento depende de lo evaluado previamente en la (s) entrevista (s) iniciales; debiéndose adaptar con sentido común a las condiciones referidas por la familia. Con estas premisas el trabajo se orientó por el siguiente protocolo de intervención.

1. Un primer aspecto importante es la relación de la familia con el mundo externo; especialmente *la comunicación recibida a través de los medios* discriminando la cantidad en tiempo y la calidad de fuentes de información confiables sobre la

marcha de la pandemia.

2. Un segundo aspecto es reflexionar sobre la *inutilidad del enojo o la ira* con la situación (pandemia y/o el ASPO). Entender esas respuestas, la ira, el enojo, como soluciones intentadas fallidas e inadaptables a una situación necesaria y obligatoria; es una de las medidas que disminuye la ansiedad y la sensación de indefensión, si se complementa con una reorientación de la atención hacia tareas más adaptativas a la situación.
3. Definir el *uso del espacio en la vivienda*: distribución equitativa según necesidades de cada uno (estudio, trabajo, esparcimiento, higiene, etc.)
4. Definir la *distribución del tiempo*: acuerdos sobre horarios de dormir, inicio del día, comidas, entretenimiento, estudio, trabajo, higiene personal, limpieza del hogar, etc.)
5. *Distribución y organización de tareas*: en este aspecto las intervenciones incluyen dos aspectos críticos en las familias, *los esquemas de género*, “las mujeres saben más de eso y deben estar más comprometidas que los hombres en lo doméstico” y la idea de que los niños “no pueden hacer nada en la casa”. Estas tareas incluyen compras, cocinar, poner la mesa, lavar la vajilla, hacer las camas, limpiar la casa, realizar reparaciones simples, mantener acomodada la ropa, manejo y paseo de mascotas, realización de algún tipo de actividad física, acceder cuanto sea posible a la luz solar y a la naturaleza; alimentarse bien y mantenerse hidratado; mantener redes de contacto social y contención con familiares y amigos etc. Definir el ASPO como la tarea que más esfuerzo requiere.
6. Establecer un *cronograma de actividades semanales* que permita discriminar horarios, días y fechas, separando días laborables de días feriados o domingos: esta discriminación se pierde en el ASPO.
7. Tratar de mantener *límites claros entre lo que es conyugal o parental* (según sea el caso), y lo fraterno: esto refiere a la cohabitación, la responsabilidad parental en la disciplina hogareña.
8. Establecer criterios de *vestimenta cotidiana*: es común la tendencia a permanecer con la misma ropa y especialmente con la ropa con la que se durmió durante el día.
9. Establecer un *régimen de alimentación* en horarios y tipo de comidas para evitar conductas alimentarias inadecuadas por exceso o carencias.
10. Establecer en lo posible el *respeto de espacios y tiempos de soledad*: eso en general es difícil y depende de la vivienda poder aplicarlo.
11. De haber *pareja conyugal* es importante mantener espacios y tiempo propios: las condiciones de vida en ASPO precipitan las dificultades que pueda tener una pareja en tanto tal y en cuanto al manejo de las reglas de crianza.

Conclusiones

El trabajo con familias es complejo. A menudo, los niños y adultos con los que trabajamos tienen muchas dificultades serias para negociar y llegar a consensos. Un niño que se niega a hacer determinada tarea, puede simplemente no tener las palabras, la seguridad o la comprensión para explicar que teme que su papá golpee a su mamá si no está allí para protegerla. La capacidad para leer las pistas, reconocer la interacción compleja de las relaciones familiares y ofrecer intervenciones efectivas que desarrollen las fortalezas, la resiliencia y la comprensión de las personas entre sí, no son fáciles de lograr por medios virtuales, tampoco les es fácil ayudarse entre sí a personas que están conviviendo en condiciones extremas como un largo aislamiento.

Se puede decir que toda persona a lo largo de su vida puede vivir alguna situación de crisis y que si no la afronta de manera acertada requerirá una intervención que le permita restablecer su nivel de funcionamiento y es a través de intervenciones simples que podríamos llamar de primeros auxilios psicológicos que se logra esto.

La experiencia recientemente realizada trabajando en estas condiciones, cuya evaluación a la fecha, corresponderá a otro trabajo en elaboración, permite una evaluación inicial positiva sobre la influencia de intervenciones y medidas de organización familiar con familias sometidas a condiciones extremas sobre las de ASPO, de las que no existieron antecedentes en nuestra vida como terapeutas.

BIBLIOGRAFÍA

- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238
- Caplan, G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1964.
- Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45.
- Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74.
- Lindemann, E. (1944). *Symptomatology and management of Acute Grief*, Reprinted from *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148; tomado del archivo de la NYU <http://www.nyu.edu/classes/gmoran/LINDEMANN.pdf>
- NICE (2002b) Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence.
- NICE (2004a). Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence.
- NICE (2004b). Eating Disorders; Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. London: National Institute for Clinical Excellence.

- NICE (2004c). Self-harm. The Short-term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-harm in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence.
- NICE (2004d). Type 1 Diabetes: Diagnosis and Management of Type 1 Diabetes in Children and Young People. London: National Institute for Clinical Excellence.
- NICE (2005). Depression in children and young people: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence.
- NICE (2005a). Obsessive-compulsive disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. London: National Institute for Clinical Excellence.
- NICE (2005b). Post-traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence.
- NICE (2006). Bipolar Disorder: The Management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Rodríguez, J. ed. (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, ISBN 978 92 75 32829 3 <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2803/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf?sequence=1>
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis*. (2ª ed.) México: Manual Moderno. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Stratton (2005). Report on the Evidence Base for Family Therapy. Association for Family Therapy. www.aft.org.uk
- Stratton (2009). Report on the Evidence Base for Family Therapy. Association for Family Therapy. www.aft.org.uk