



UNAM IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“FORMACIÓN A PSICÓLOGOS EN INTERVENCIÓN  
EN CRISIS, EMERGENCIAS PSICOLÓGICAS Y  
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS”**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
**RODRIGO MARTÍNEZ LEÓN**

Directora: Dra. **CAROLINA SANTILLÁN TORRES TORIJA**

Dictaminadores: Dr. **ANGEL CORCHADO VARGAS**

Dra. **ANABEL DE LA ROSA GÓMEZ**



**Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México, 2019**



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.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme brindado la oportunidad de aprender y adquirir conocimientos para desarrollarme profesional y personalmente.

A Lilia y Francisco, les estoy inmensamente agradecido por todo su amor, su apoyo incondicional, nada de esto sería posible sin ustedes, los amo. Gracias por todo.

A Paco, Ale y Majo, gracias por guiarme a lo largo de la carrera y por estar ahí cuando lo necesito, por ser un gran hermano, por la paciencia que me han tenido y por haberme dado la dicha de ser tío, los quiero mucho.

A Laura, mi tía por ser parte importante de la persona que soy, por la paciencia que me ha enseñado a desarrollar, le agradezco por cuidar de mí.

A Berenice, Pedro, Ivonne, Isla, Yazmín, Mario, Nataly, Mayra, Neftali, Elizabeth, Rodrigo, Ernesto, Benjamín y Angie, les agradezco mucho la amistad que me han brindado a lo largo de todos estos años, por todos sus consejos y por el apoyo que me han brindado, los quiero mucho.

Dra. Carolina, mi asesora de tesis, gracias por haberme aceptado como su tesista, por compartir su tiempo, sus conocimientos y por orientarme durante este proceso.

Dr. Angel, profesor, le agradezco por todas sus enseñanzas, charlas, consejos, el apoyo que me ha brindado y su valiosa amistad.

## ÍNDICE

Introducción.....1

### **Capítulo I Psicología Clínica, Estrés y Suicidio**

1.1 Psicología clínica..... 3

1.2 Matrícula y egresados ..... 4

1.3 Estrés, estrés agudo y estrés postraumático..... 9

1.4 El suicidio ..... 14

### **Capítulo II Modelos de intervención en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios psicológicos.**

2.1 Intervención en crisis... ..... 17

2.2 Modelos de Intervención en crisis.....20

2.3 Diferencias y similitudes de los modelos de intervención ..... 33

### **Capítulo III Formación a psicólogos en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios psicológicos.**

3.1 Importancia de los programas de intervención en situaciones altamente estresantes.....36

3.2 Programas de formación a psicólogos ..... 38

### **IV Método**

4.1 Planteamiento del problema.....42

4.2 Pregunta de investigación ..... 42

4.3 Objetivos .....42

4.4 Tipo de estudio.....42

4.5 Diseño..... 43

4.6 Participantes..... 43

4.7 Criterios de selección ..... 43

4.8 Materiales.....43

4.9 Procedimiento ..... 43

## **V. Resultados**

|  |           |
|--|-----------|
| 5.1 Programa de intervención en crisis a víctimas de desastres naturales y sociorganizativos.....      | 44        |
| 5.2 Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio de la F.E.S Iztacala.....                               | 46        |
| 5.3 Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL)..... | 51        |
| <b>VI. Discusión y conclusiones.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>Referencias.....</b>  | <b>64</b> |

## INTRODUCCIÓN

En México, las situaciones de riesgo de acuerdo con Álvarez (2011) son parte de la cotidianidad de la ciudad, la violencia, la inseguridad, el crimen organizado, las extorsiones, las muertes y heridos, los accidentes, entre otras. Son eventos altamente estresantes para la población en general y las instituciones gubernamentales se ven rebasadas al momento brindar atención de calidad, debido a varios factores.

En primer lugar, Bellak y Small (1980) refieren la escasez del personal capacitado para responder ante las necesidades del individuo en situaciones de crisis o emergencias. Por lo que la existencia de servicios enfocados a cubrir dichas necesidades, es prioritaria para la población. Además, el creciente aumento de problemáticas como el suicidio, el estrés o las crisis representan un reto para el área de la salud mental, pues requieren de una atención especializada y de continua investigación.

Por lo tanto, es necesario contar con herramientas adecuadas que permitan a los profesionales intervenir en momentos delicados. Para Gómez del Campo (1994), la creación de una especialización en intervención en crisis, es una aportación para la preparación de psicólogos profesionales de alta calidad científica con el objetivo de extender los servicios de salud a las personas que más lo necesitan. En este sentido, el trabajo que realiza el psicólogo en dichos contextos implica una gran responsabilidad.

Por lo cual, aquellos psicólogos que se dedican a tratar con crisis o situaciones de emergencia requieren de un entrenamiento específico. Sin embargo, según Eguiluz (2010), en ninguna escuela o universidad del país, se contempla la necesidad de formar a psicólogos especialistas que piensan dedicar sus esfuerzos a atender personas que sufren una crisis.

A partir de lo expuesto anteriormente es fundamental resaltar la importancia de formar psicólogos especializados en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios psicológicos. Es por ello que, el objetivo del presente trabajo consiste en describir y comparar las características de algunos programas de formación a psicólogos en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios psicológicos, así como conocer los fundamentos

básicos de la intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos de los programas de formación.

El presente trabajo se compone de tres capítulos. El primer capítulo está compuesto por la definición, la labor y los alcances de la psicología clínica, haciendo referencia a la situación actual en cuanto a la matrícula de las tres diferentes facultades que imparten la carrera de psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, incluyendo a los egresados y sus principales áreas de inserción laboral. Posteriormente se describen algunas problemáticas de la salud mental y la importancia de formar psicólogos que puedan responder a estas situaciones.

En el segundo capítulo se define el concepto de crisis, así como la descripción de sus efectos y los diferentes tipos de crisis. Así mismo, se puntualizan de manera breve los eventos que llevaron a desarrollar la estrategia de intervención en crisis. Además se describen algunos modelos de intervención en crisis tomando en cuenta sus postulados y su aplicación.

Finalmente, en el tercer capítulo se destaca la importancia de formar psicólogos en intervención en crisis. Se describen tres diferentes programas de formación a psicólogos en esta estrategia, se detallan los aspectos teóricos y aplicados de cada uno de los programas y por último se presenta la discusión y conclusión del trabajo.

## **CAPÍTULO I. Psicología Clínica, Estrés y Suicidio**

En el presente capítulo se exponen en términos generales la definición, la labor y los alcances de la psicología clínica aplicada en el campo de la salud. Posteriormente, se hace referencia al panorama actual de la situación de la carrera de Psicología en las tres facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la cual se incluye, el número de matrícula de las distintas facultades, así como el número de egresados.

Por otro lado, también se mencionan las principales áreas de inserción laboral de los egresados de la carrera, siendo la psicología clínica una de las opciones donde más psicólogos ejercen realizando labores propias de la psicología, en comparación con otras áreas (Vargas, 2011).

Por último, se refiere una breve descripción de algunas problemáticas de la salud mental como son el estrés y el suicidio y de la importancia de capacitar a psicólogos para su intervención.

### **1.1 Psicología Clínica.**

El interés del ser humano por conocer el por qué hace lo que hace lo ha acompañado a lo largo de su historia. Como refiere Vargas (2006), principalmente, su atención se ha centrado en observar a aquellos individuos que no se comportan como la mayoría de los demás.

Dependiendo del lugar y momento histórico, han surgido diferentes formas de estudiar, explicar, detectar y tratar a dichas personas. En ese sentido la psicología ha intentado explicar la génesis de los comportamientos de los individuos de manera general.

Sin embargo, como la psicología es una disciplina que surgió a partir de otras tantas como la filosofía, la fisiología, la biología y las ciencias sociales, no tiene varios campos de acción. Debido a esto, la psicología opera en diferentes escenarios, es por ello que existen diversas áreas de aplicación como son: el área educativa, social, organizacional, ambiental, educación especial, de la salud, jurídica y clínica, siendo esta última la rama de la psicología que proporciona servicios de salud mental hacia los individuos.



Se puede definir a la psicología clínica como un campo de aplicación tecnológica de la psicología fundamentada en principios y procedimientos metodológicos validados empíricamente. Su objetivo fundamental, de acuerdo con Vargas (2006) es “llevar el conocimiento científico a la resolución de situaciones valoradas por las personas como dificultades”(p. 60).

La tarea principal del psicólogo clínico es restaurar la salud mental de la persona, dotarla de habilidades para que pueda adaptarse por sí sola, y así evitar futuros desajustes conductuales o emocionales (Santacreu, 1991).

## **1.2 Matrícula y Egresados.**

El número de licenciados en psicología en México ha aumentado de forma exponencial en los últimos 30 años (Colina, 2016), y con ello los conocimientos, las áreas de aplicación y las nuevas problemáticas que requieren de un profesional en psicología para contextos específicos.

La formación de psicólogos en la Universidad Nacional Autónoma de México, pretende instruir profesionales de la Psicología con una pluralidad de enfoques (Colina, 2016), y que al egresar, el psicólogo pueda ser capaz de incorporarse al mundo laboral en las áreas: social, educativa, clínica, educación especial y laboral.

En años recientes, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), refiere que la carrera de psicología concentra a más del 40% de la matrícula en las universidades del país (García y Velázquez, 2016). Lo cual supone un aumento en el número de facultades y escuelas que imparten dicha disciplina, generando a su vez, un aumento en el número de psicólogos egresados que pueden incorporarse en el mercado laboral.

Para Salas y Murillo (2013), los egresados son un subsector que depende de la productividad del país, a través de competencias desarrolladas por este grupo es más sencilla su adaptación a los cambios que experimentan las economías globales.

La inserción laboral, para los psicólogos egresados en México resulta desfavorable, el número de egresados es mayor que el número de ofertas laborales, lo que representa un problema a nivel nacional (García y Velázquez, 2016).

En el caso de los estudiantes de psicología de la UNAM, la ANUIES (2016) reportó la matrícula, egresados y titulados de las tres facultades que imparten la carrera de psicología en la UNAM, como lo muestra la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Matrícula, egresados y titulados de psicología por Facultades de la UNAM.*

| <u>Facultad</u>              | <u>Matrícula<br/>Hombres</u> | <u>Matrícula<br/>Mujeres</u> | <u>Matrícula<br/>Total</u> | <u>Egresados<br/>Hombres</u> | <u>Egresados<br/>Mujeres</u> | <u>Egresados<br/>Total</u> | <u>Titulados<br/>Hombres</u> | <u>Titulados<br/>Mujeres</u> | <u>Titulados<br/>Total</u> |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Facultad<br>de<br>Psicología | 617                          | 2,035                        | 2,652                      | 151                          | 568                          | 719                        | S/D                          | S/D                          | S/D                        |
| FES<br>Zaragoza              | 773                          | 1,466                        | 2,239                      | 191                          | 371                          | 562                        | S/D                          | S/D                          | S/D                        |
| FES<br>Iztacala              | 939                          | 1,916                        | 2,855                      | 152                          | 405                          | 557                        | 111                          | 328                          | 439                        |

*Nota:* S/D= Sin Datos. Fuente: ANUIES (2016).

Los datos en la Tabla 1 muestran que el número de personas que egresan son 1,838, lo que representa el 23.72% de la matrícula total de las tres facultades. En lo que respecta al número de titulados, AUNIES (2016), sólo presentó información para FES Iztacala. Los titulados representan el 78% con respecto al número de egresados totales de dicha facultad. Aquellos egresados saldrán en busca de un trabajo relacionado con la profesión que estudiaron, sin embargo, según algunos autores (Colina, 2016; García & Velázquez, 2016; Salas & Murillo, 2013) estudiar la licenciatura no asegura tener un trabajo que corresponda al perfil de la profesión que se estudió, ni tampoco su salario.

En el caso de los psicólogos, las principales áreas de aplicación profesional para las cuales se requieren psicólogos son el ámbito organizacional, educativo y clínico (Vargas, 2011; Reyes & Velázquez, 2016) por lo que es probable que los egresados se inserten al mundo laboral por dichas áreas.

La psicología clínica es un área donde se realizan, en su mayoría, intervenciones psicológicas, en comparación con la organizacional o educativa, en las cuales los psicólogos desempeñan funciones que no son netamente de su profesión. Es necesario el cuestionar si en realidad se está respondiendo a las necesidades sociales en lo que respecta a servicios psicológicos en los diferentes lugares del país (Colina, 2016).

La sociedad mexicana afronta situaciones de importancia que requieren del conocimiento psicológico. Por ejemplo, solución de conflictos interpersonales o la intervención psicológica en situaciones de estrés en la población en general. Las nuevas realidades incitan al psicólogo profesional a acudir a los lugares donde están los problemas y ofrecer alternativas de solución. En lugar de limitarse a pedir un lugar para desempeñar trabajos de lo que supuestamente saben hacer los psicólogos (Zarzoza, 2015).

El psicólogo clínico, tiene una de sus mayores influencias en el campo de la salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la salud mental se define como:

El bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus

potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. (p. 7).

Dentro de la salud mental se pueden clasificar cuatro niveles de intervención: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.

La intervención primaria se refiere a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en la cual se realiza modificación de conductas de riesgo, así como modificación ambiental. La intervención secundaria se aplica a la reducción de los efectos de los trastornos en la conducta de los individuos.

La intervención terciaria se realiza para prevenir la incapacitación de la persona de un trastorno establecido; y la intervención cuaternaria consiste en la rehabilitación con la finalidad de impedir un mayor deterioro, después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en decrementar la inhabilidad o incrementar habilidades de afrontamiento (Salleras, citado en Cardozo y Rondón, 2014; Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

Estos niveles de intervención así como el quehacer de la psicología aplicada al campo de la salud mental se han modificado a través de los años. En un principio los psicólogos se dedicaban únicamente a tareas de evaluación o en el mejor de los casos, mencionan Reynoso-Erazo y Seligson (2005), psicoterapia como apoyo a las intervenciones de naturaleza médica. Sin embargo con la aparición de nuevos modelos de intervención, se desarrollaron técnicas y procedimientos basados en evidencia experimental.

En el campo de la salud mental, el psicólogo clínico, realiza sus intervenciones con base en un enfoque teórico y metodológico científico, basado en evidencias experimentales, ya sea el enfoque conductual, humanista, interconductual o cognitivo-conductual, el cual suele ser el más utilizado por los psicólogos clínicos (Vargas, 2011), sin embargo, cabe mencionar al psicoanálisis como un método de intervención en el campo de la salud mental.

El enfoque conductual o terapia de la conducta se basa sobre el supuesto de que toda conducta, ya sea adaptada o desadaptada, es aprendida y mantenida por sus consecuencias. Toman importancia a las conductas observables y al ambiente que las produce, lo cual dio como resultado una terapia empírica y fundamentada en la investigación experimental (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012; Sánchez, 2008).

Además, Vargas (2006) argumenta que, la participación del enfoque conductual en el ámbito clínico ha contribuido con técnicas de modificación de conducta, análisis conductual aplicado y psicoterapias conductuales. Las técnicas más utilizadas por estos psicólogos son: relajación, desensibilización sistemática, ensayo conductual, entrenamiento asertivo, manejo de contingencias, autocontrol, terapia de exposición, entre otras.

Por su parte, el enfoque cognitivo conductual, gracias a su grado de efectividad ha cobrado importancia en el ámbito clínico. Es un modelo de terapia basado en las cogniciones y conductas del presente de la persona, siendo una terapia práctica y de corta duración, se apoya de mediciones psicométricas e indicadores objetivos de progreso (Sánchez, 2008). La Terapia Cognitivo- Conductual (TCC), para Vargas (2006) representa un conjunto de conceptos cognitivos con metodología del enfoque conductual.

Desde su aparición, han surgido diversas variantes de la TCC, entre ellas sobresalen: Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), de Ellis (*Razón y Emoción en Psicoterapia, 1973*) y la reestructuración cognitiva, de Beck (*Terapia Cognitiva de los Trastornos de la personalidad, 1979*). Entre la técnicas más utilizadas destacan: reestructuración cognitiva, solución de problemas, inoculación del estrés, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).

Para el enfoque interconductual (Vargas, 2010), no es correcto hablar de terapias o tratamientos psicológicos, consiste de un ejercicio tecnológico de la psicología. Establece que no existen problemas psicológicos, sino una dimensión psicológica en los problemas sociales. Para ello es necesario utilizar técnicas para modificar la valoración del problema, parten de la premisa que al modificar un elemento cualquiera de la interacción, ésta cambia. Por lo que solo es necesario cambiar las interacciones adecuadas para poder producir un cambio, en un tiempo breve y efectivo (Vargas, 2010).

En cambio para el enfoque humanista (Imbernón & García, 2009) el comportamiento de una persona es intencional de acuerdo con la percepción que tiene de sí misma y del mundo. Por lo que el psicoterapeuta solo puede comprender a un cliente cuando es capaz de situarse en su lugar para percibir el mundo desde su perspectiva. La relación psicoterapeuta-cliente (Imbernón & García, 2009) es el medio para realizar procesos de transformación y cambio en

la persona, también se otorga más importancia a las actitudes del terapeuta que a las técnicas concretas.

Por otro lado, el psicoanálisis a pesar de no ser considerado una intervención psicoterapéutica científica, también ha destinado esfuerzos en materia de salud mental, como Galende (1997) menciona, el psicoanálisis rompe con la tradición psiquiátrica, ya que es opuesta a los objetivos preventivos. Ha sido, a partir de las nuevas concepciones de salud mental, que el psicoanálisis ha comenzado a participar en instituciones como una terapia de prevención de trastornos, por medio de lo que Galende (1997) refiere como “la aplicación rigurosa del método analítico a pacientes del sector público” (p. 206).

El psicoanálisis consiste de una metodología introspectiva de asociación libre y de exploración del inconsciente que no se ajusta al método científico (Sánchez, 2008), pone énfasis en la relación con del paciente con su pasado personal. Desde este enfoque, la enfermedad mental es concebida como funcional, ya que constituye un intento de ajuste, de resolución de conflictos que en el pasado no fueron solucionados.

Como se ha mencionado, la sociedad mexicana enfrenta situaciones de gran importancia en el campo de la salud mental como resultado de factores biológicos, sociales y psicológicos. En ese sentido, la psicología clínica ha dedicado esfuerzos desde distintos enfoques a investigar, evaluar, diseñar e intervenir en problemáticas cada vez más comunes en la población como es el caso del estrés y sus consecuencias, así como el creciente aumento de suicidios en jóvenes.

### **1.3 Estrés, estrés agudo y estrés post-traumático**

Una tarea vital para la investigación en el campo de la salud mental y en especial para la psicología clínica actual, es desarrollar, como sugieren Domínguez, Valderrama, Olvera, Pérez, Cruz, & González (2002), estrategias e intervenciones psicológicas efectivas para enfermedades asociadas con procesos inmunológicos, como es el caso del estrés, en el cual, se encuentran involucrados el sistema nervioso y el sistema endócrino, los cuales contribuyen a perpetuar el equilibrio biológico y fisiológico (Bensabat & Selye, 1994).

Para la comunidad que dedica sus esfuerzos al área de la salud, el estrés ha sido un tema de interés y una preocupación debido a los efectos en la conducta y

salud de los individuos (Naranjo, 2009). El estrés no es un fenómeno novedoso, ha existido a lo largo de la historia de la humanidad. Lo novedoso del tema, es que se ha hecho más psicológico y emocional que físico, y por lo tanto, el conocer las posibles causas, también es un campo novedoso en la salud mental (Bensabat & Selye, 1994; Sapolsky, 2013).

Para el padre del estrés, Selye (citado en Bensabat & Selye, 1994), el estrés es definido como “la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga” (p.19). Es decir, tanto una emoción agradable como desagradable producen estrés, debido a que en ambos casos existe una respuesta no específica del organismo.

A dicha respuesta también se le conoce como Síndrome General de Adaptación (SGA) y gracias a esto, somos capaces de adaptarnos a las diferentes circunstancias de la vida. Por lo que, la enfermedad y el envejecimiento prematuro, en ocasiones, es consecuencia de una desadecuada o excesiva adaptación.

Para Selye (1936), el SGA en su manifestación general consta de tres fases:

- Reacción de alarma
- Fase de resistencia, y
- Fase de agotamiento.

Por lo general, la mayor parte de los esfuerzos físicos y/o psicológicos de adaptación provocan manifestaciones en las primeras dos fases. Primero, las personas se encuentran en un estado de alerta y posible sufrimiento. Sin embargo, después de un corto período ocurre la etapa de adaptación, además, el agotamiento derivado de esta fase no siempre es total o irreversible, ya que afecta a una parte determinada del cuerpo y basta con reposo para recuperar el estado normal (Bensabat & Selye, 1994).

El problema, para Sapolsky (2013) radica en que para los humanos el estrés puede no ser algo pasajero. A diferencia de otros organismos, basta con que una persona comience a preocuparse, para activar las mismas respuestas fisiológicas y neurológicas, las cuales tienen efectos negativos en la salud cuando se provocan de manera crónica por razones psicológicas, es decir, cuando la persona percibe algún evento de su entorno como amenazante o que pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1991). A esto se le puede denominar

estrés crónico, aumentando las probabilidades de dañar al sistema inmunológico e incrementa el riesgo de una enfermedad (Sapolsky, 2013).

Varios autores (Seyle, 1936; Bensabat & Selye, 1994; Sapolsky, 2013; Naranjo, 2009; Domínguez et al., 2002) coinciden en que el estrés es un proceso normal de estimulación y respuesta para la vida. Como se ha mencionado anteriormente, las causas del estrés pueden ser cualesquiera que el individuo perciba como amenazantes o exijan un exceso de adaptación física, psicológica y biológica. Dichos autores (Bensabat & Selye, 1994; Sapolsky, 2013; Naranjo, 2009; Domínguez et al., 2002) sugieren que existen factores que posibilitan el estrés,

como lo indica la Tabla 2:



**Tabla 2**

*Factores alimenticios, físicos, ambientales, interpersonales, cognitivos y familiares asociados al estrés.*

---

| <u>Factores alimenticios</u>                 | <u>Factores físicos</u>                  | <u>Factores ambientales</u>                                      | <u>Factores Interpersonales</u>                                 | <u>Factores Cognitivos</u>                                  | <u>Factores Familiares</u>   |
|--|--|--|---|---|--|
| Exceso de azúcar, sal, café, tabaco, alcohol | Enfermedad<br>Hambre<br>Cansancio físico | Ruido<br>Tránsito<br>Contaminación ambiental                     | Dificultades para comunicarse<br>Evaluaciones (trabajo/escuela) | Pensamientos negativos<br>Frustración<br>Emociones intensas | Enfermedad de alguno de los integrantes<br>Dificultades económicas<br>Cambios frecuentes del medio ambiente (mudanzas)<br>Divorcio |
| Insuficiencia de proteínas                   | Insomnio                                 | Cambios climáticos<br>Inseguridad pública<br>Desastres naturales | Muerte de alguien cercano                                       |   |  |

---

Fuente: Creación propia.

Sin embargo, durante la vida del ser humano también existen eventos estresantes que pueden tener consecuencias graves, los cuales afectan de manera considerable la salud y la vida en general de los individuos. En nuestro país en el año 2002, cerca del 68% de la población había sido expuesta a un evento altamente estresante según lo reportaron Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos, Zambrano y Fleiz (2002), por lo que es probable que algunas de ellas hayan presentado síntomas de estrés agudo o post-traumático.

Tanto el estrés post-traumático (TEPT), como el estrés agudo (EA), son definidos por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (por sus siglas en inglés DSM-V, 2013), como trastornos que aparecen después de una experimentar, ser testigo o enfrentar eventos que involucran una amenaza real de muerte, daño físico o amenazas a la integridad de la persona o de otros.

Por un lado, el estrés agudo puede implicar una respuesta disociativa y evitativa al trauma, incluye respuestas de miedo intenso, desesperanza u horror y solo se puede diagnosticar hasta un mes después (Friedman, 2015). El DSM V propone que el trastorno de estrés agudo representa un conjunto reconocible de síntomas que constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de TEPT; Mientras que el TEPT refleja perturbación que ha durado más de un mes de presentar las respuestas del estrés (Brewin, Andrews, Rose, Kirk & Phil, 1999).

Tanto el estrés agudo como el TEPT comparten algunas características sintomáticas, como lo reporta Brewin, Andrews, Rose, Kirk & Phil (1999), y Friedman (2015):

- Reacciones físicas: tensión, fatiga, nerviosismo, insomnio, reacciones de sobresalto, latidos acelerados del corazón, náuseas, pérdida de apetito y cambio en el deseo sexual.
- Reacciones interpersonales: desconfianza, irritabilidad, abstinencia y aislamiento, sensación de rechazo o abandono; ser distante o ser demasiado controlador.
- Reacciones emocionales: shock, miedo, pena, ira, resentimiento, culpa, vergüenza, impotencia, desesperanza y afecto restringido.
- Reacciones cognitivas: confusión, desorientación, disociación, indecisión, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, auto-culpa y recuerdos no deseados.

Estas reacciones pueden variar de leves a severas. En algunos casos, hay evidencia de más síntomas clínicos, tales como: recuerdos intrusivos, evitación marcada, disociación, afecto restringido, ataques de pánico, agitación intensa, incapacidad ansiedad, depresión severa y reacciones de duelo (Friedman, 2015).

Sin duda, el estrés es un factor que modula aspectos emocionales y físicos de los individuos, ya sea de manera benéfica o adversa. Es de suma importancia prestar atención a los eventos vitales, así como la forma en que las personas perciben, procesan e interpretan dichos acontecimientos (Domínguez, 1994; Sapolsky, 2013; Lazarus & Folkman, 1991). Personas capacitadas, en especial los psicólogos pueden brindar atención en momentos críticos de los individuos, siempre y cuando cuenten con los conocimientos y habilidades necesarias para poder intervenir en situaciones traumáticas o específicas como lo es el suicidio.

#### **1.4 El suicidio.**

El suicidio es la segunda causa de muerte entre personas de 19-25 años de edad a nivel mundial, además la mortalidad por suicidio supera la mortalidad total causada por guerra y homicidios. Más de 800,000 personas se suicidan al año, es decir, una persona se quita la vida cada 40 segundos, de acuerdo con información de la OMS (2013).

En el caso de México, en el año 2016 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó que del año 2000 al 2014, la tasa de suicidio aumentó de 3.5 a 5.2% por cada 100,000 habitantes. Se registraron 6,337 de suicidios en 2014, lo que representa el 1% del total de la muertes ocurridas y registradas en ese año, colocándose así como la décimo cuarta causa de muerte en México. Al igual que la tendencia mundial, en nuestro país el suicidio va en ascenso, por ello, es fundamental dedicar esfuerzos en detectar e intervenir en aquellas personas que estén en riesgo de cometer suicidio.

A pesar de que es un acto que se ha desarrollado a lo largo de la historia de la humanidad, su estudio se remonta a finales del siglo XIX con la obra de Émile Durkheim "*El Suicidio*". Durkheim definió dicha acción como: "todo caso de muerte que resulte directa o indirecta de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, quien sabe que debía producir ese resultado" (p. 1)(citado en Morfín & Ibarra, 2015).

Sin embargo, no hay una claridad conceptual, esto se debe a que el suicidio es fenómeno complejo que constituyen comportamientos no secuenciales o indispensables (Eguiluz, 2010). En psicología se le conoce como comportamiento suicida a un conjunto de conductas y pensamientos autodestructivos, como son:

- Ideación suicida.
- Contemplación activa del suicidio.
- Planeación y preparación del suicidio.
- Tentativa de suicidio, es decir, el acto deliberado de quitarse la vida sin un resultado mortal.
- Suicidio consumado (Morfín & Ibarra, 2015; Eguiluz, 2010).

Además, como lo refieren varios autores (Torres, Espinosa, Sandoval & Eguiluz, 2017; Eguiluz, 2010; Morfín & Ibarra, 2015; Eguiluz, 2010; Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006) el suicidio es un fenómeno multifactorial, que incluye factores biológicos, genéticos, psiquiátricos, psicológicos, familiares, económicos, sociales, políticos y culturales.

Es por ello que es necesario estudiar dicho fenómeno desde un enfoque multidisciplinario y poder crear estrategias de detección e intervención temprana en la población considerada de riesgo, como lo proponen los autores antes mencionados.

Un grupo de riesgo suicida es aquel conjunto de personas que por sus características específicas tiene altas probabilidades de cometer un acto suicida en comparación de las personas que no se encuentran incluidos en tales grupos (Pérez, citado en Eguiluz, 2010), en el caso de la población mexicana, el grupo de mayor riesgo son los jóvenes.

Santillán, Espinosa, Sandoval y Eguiluz (2017) sostienen que existen razones por las que es necesario atender a los jóvenes. En primer lugar porque tienen alto riesgo de desarrollar un trastorno mental, según Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet y colaboradores (citado en Santillán, Espinosa, Sandoval y Eguiluz, 2017) al menos el 15% de los mexicanos entre los 19 a los 24 años llega a presentar algún trastorno. Esta población representa más del 25% de la población total del país de acuerdo con el INEGI (INEGI, 2016).

También los jóvenes se encuentran expuestos a diversos cambios en su vida, la vida escolar, la vida laboral por mencionar algunos, pueden ser considerados

como altamente estresantes para esta población en particular (Santillán, Espinosa, Sandoval y Eguiluz, 2017).

Aunque es una gran problemática de salud pública, es una realidad que gran parte de la población mexicana afronta situaciones estresantes de manera continua, la escuela, el trabajo, la delincuencia, los accidentes, problemas de relación de pareja, son algunos ejemplos. La importancia radica en que tanto el estrés como el comportamiento suicida, producen un gran malestar físico y psicológico, tanto para la persona que lo experimenta, como para sus seres queridos y las personas de su entorno.

Por lo tanto, es fundamental diseñar y desarrollar investigaciones, protocolos e intervenciones encaminadas a atender las necesidades de la sociedad en materia de salud mental, sobre todo a la población de riesgo, en este caso, los jóvenes.

Asimismo, es importante tener en cuenta que existen situaciones altamente estresantes que son casi imposibles de prevenir, como son los desastres naturales, presenciar o experimentar algún suceso violento o la pérdida de un ser querido. Sin embargo, es posible minimizar los efectos de un evento altamente estresante cuando se cuentan con los recursos necesarios para evitar que se convierta en un trastorno como lo son el trastorno de estrés postraumático, depresión o incluso, conductas suicidas.

## **Capítulo II. Modelos de intervención en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios psicológicos.**

### **Intervención en Crisis**

En el presente capítulo se define el concepto de crisis a partir de la descripción de los efectos y los diferentes tipos de crisis. Además se menciona de manera breve los sucesos que llevaron a desarrollar y consolidar a la intervención en crisis como una estrategia efectiva para disminuir los efectos de acontecimientos altamente estresantes. Más adelante se describen cuatro diferentes modelos de intervención en crisis tomando en cuenta, por un lado, los postulados de su teoría, y por otro lado, su aplicación y sus técnicas. Finalmente se exponen algunas diferencias y similitudes que comparten estos modelos.

#### **2.1 Intervención en crisis**

Las personas normalmente cuentan con estrategias de adaptación que les ayudan a manejar las situaciones de la vida cotidiana (Weiner, 1992). Sin embargo, en el transcurso de la vida, se pueden presentar situaciones adversas e inesperadas de gran magnitud, las cuales pueden tener consecuencias negativas en la salud mental de los individuos, en psicología tal situación se le conoce como crisis. Algunos autores identifican dos tipos de crisis (Bellak & Small, 1980; Slaikeu, 1996; Álvarez, 2011):

1. Por un lado, las crisis del desarrollo son aquellas por las que todos los humanos atraviesan en la vida, de alguna manera son predecibles, y se refiere a algunos sucesos de la infancia y la adolescencia. Pueden identificarse como crisis evolutivas, donde surgen cambios internos en el individuo y las soluciones dependen en su mayoría de los cambios o acciones de otra persona.
2. Por otra parte, las crisis circunstanciales son aquellas que no son predecibles, generan malestar emocional y surgen a partir de súbitas modificaciones en la vida del individuo.

Varios autores (Caplan, citado en Weiner, 1992; Slaikeu, 1996; Bellak & Small, 1992; Salazar, Caballo & González, 2007) señalan que una crisis ocurre cuando una persona se enfrenta a una situación que no puede afrontar con sus

métodos acostumbrados de solución de problemas, generando desorganización y confusión en las personas. Caplan (citado en Weiner, 1992) describe cuatro fases de una situación de crisis:

- Cuando la situación se comienza a generar, el individuo experimenta tensión emocional y desorganización, a pesar de esto, el sujeto intenta superarla con sus mecanismos de adaptación que ha aprendido.
- Resultado de los fracasos provocados por una deficiente adaptación, existe mayor desorganización en el individuo.
- La persona se caracteriza por su rápido aumento en su nivel de tensión y su intensa movilización de recursos tanto internos como externos, por lo general, es en este momento donde las personas solicitan ayuda.
- Desorganización difusa de la personalidad y quizás el colapso emocional (Weiner, 1992).

De acuerdo con Echeburúa y De Corral (2007), el daño psicológico está determinado por la gravedad del evento, el carácter inesperado, el daño físico o el grado de riesgo y las consecuencias de dicho evento. De tal manera que, una intervención psicológica cuyo objetivo es atender situaciones de crisis y que además pretende minimizar sus efectos y prevenir trastornos mentales tiene como nombre intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos o emergencias psicológicas.

Esta modalidad surgió a partir de la necesidad de realizar intervenciones terapéuticas de urgencia en situaciones complejas (Weiner, 1992). Entre los antecedentes de la intervención en crisis se encuentran cuatro importantes sucesos alrededor del mundo según Weiner (1992):

- Tratamiento de neurosis traumáticas durante la segunda guerra mundial: las consecuencias que dejó a su paso este evento se pueden traducir en un gran número de personas que desarrollaron diversos trastornos y estrés. Por lo que, fue necesario crear estrategias de intervención psicológica de gran alcance y poco tiempo. Se diseñaron métodos de tratamiento en soldados que padecían lo que en ese entonces se denominaba como neurosis debido al estrés. Tales intervenciones resultaron efectivas en aliviar síntomas “neuróticos” y prevenir conductas desadaptadas.

- El trabajo de Erich Lindemann (*Symptomatology and Management of Acute Grief*, 1944) acerca del incendio del Coconut Grove en Boston, el cual, presta atención a la intervención psicológica en personas que sobrevivieron a un suceso traumático (Weiner, 1992). Observó y comparó las respuestas de las personas y concluyó que la duración de tales respuestas dependen de la forma en que cada individuo manejaba su aflicción (Weiner, 1992). Posteriormente, Caplan (colaborador de Lindemann) en 1964 afirmó que las crisis tratadas de manera deficiente pueden tener consecuencias negativas en la salud mental de los individuos, como el desarrollo de algún trastorno (Slaikeu, 1996). Estos trabajos influyeron en la creación de las primeras clínicas para casos de crisis.
- Prevención del suicidio: Según Weiner (1992), el suicidio es la forma más evidente del estado de crisis en las personas. Es por ello que en 1953, en Gran Bretaña se organizó el grupo “protectores”, el cual tenía como propósito prevenir el suicidio y ofrecían atención a aquellas personas en situación de crisis. Años más tarde, en Los Ángeles, E.U.A, se inauguró el primer centro para la prevención del suicidio. Se incorporaron técnicas innovadoras que después fueron incorporadas al movimiento de intervención en crisis, como son la intervención vía telefónica para atender a cualquier hora a las personas, los 365 días del año, además de entrenamiento a personas no profesionales que pudieran atender de manera inmediata a una persona en crisis.
- Movimiento de las clínicas gratuitas: A partir de los cambios que sucedieron en el campo de la salud mental a finales de la década de 1960, se abrieron algunas clínicas que tenían como objetivo proporcionar asistencia para el manejo de crisis a aquellas personas que no tuvieran a dónde ir o que fuesen un grupo con características específicas como derechos homosexuales, personas con problemas con abuso de alcohol, servicio telefónico de emergencia, problemas de farmacodependencia. Estos servicios contaban con médicos, psicólogos y trabajadores sociales, sin embargo, muchas de estas clínicas estaban conformadas por voluntarios no capacitados.



## **2.2 Modelos de Intervención en Crisis**

Los factores que han influenciado a la intervención en crisis son diversos y en la actualidad, ya no es considerada como una intervención de último recurso, siendo ahora una opción más conveniente para resolver problemas específicos y a corto plazo (Weiner, 1992; Bellak & Small, 1980). Además en tiempos más recientes (Gantiva, 2010) la intervención en crisis es aplicada con más frecuencia por otros profesionales, como lo es el personal médico, policía, fuerzas armadas, bomberos, miembros de rescate y trabajadores sociales.

Como se mencionó, fue a partir de los trabajos de Caplan y de Lindemann (Citado en Weiner, 1992) que se describen las características de las crisis. Posteriormente, diversos autores comenzaron a diseñar estrategias, procedimientos y técnicas de intervención dependiendo de su orientación teórica y como resultado, el número de modelos de intervención en crisis ha aumentado con el paso de los años (Salazar, Caballo & González, 2007).

A pesar de que los diferentes autores se refieran al tema de las crisis, cada uno lo nombra de diferente manera. Mientras algunos autores utilizan el concepto de intervención en crisis (Caplan & Lindemann, citado en Weiner, 1992; Slaikeu, 1996; Salazar, Caballo y Gonzalez, 2007), otros suelen referirse como terapia breve, de emergencia o respuesta al trauma (Bellak & Siegel, 1982; Bellak & Small, 1980; Rubin & Bloch, 2001).

El principal objetivo, en la mayoría de los casos, consiste en restablecer al individuo al nivel previo de su funcionamiento, ayudándolo a que tome medidas concretas para enfrentar la crisis mediante el manejo emocional y el inicio del proceso de solución de problemas (Slaikeu, 1996; Bellak & Small, 1980; Álvarez, 2011). A continuación se presentan cuatro diferentes modelos de intervención en crisis, en los cuales se describen sus principales postulados y el procedimiento de su intervención en situaciones de crisis.

### **Modelo de Bellak (1980).**

Este autor retoma la definición de Caplan & Lindemann (citado en Weiner, 1992) acerca de las crisis. Éstas amenazan la integridad de los individuos e incluso pueden traumatizar, cuando las situaciones están más allá de las capacidades individuales de la persona (Bellak & Small, 1980). Las crisis pueden desarrollarse a partir de súbitas modificaciones sociales que soporta el individuo.

A pesar de esto, las crisis también movilizan los recursos de la persona y con ello, motivación para aprender nuevas formas de afrontar las situaciones de la vida.

Para este modelo llamado Terapia Breve y de Emergencia o Urgencia (Bellak & Siegel, 1983; Bellak & Small, 1980) no hay diferencias conceptuales y teóricas entre el modelo de intervención en crisis y la terapia breve y de emergencia, ya que estos autores consideran que la mayoría de los pacientes van a consulta cuando se encuentran en una crisis.

Es decir, tanto la persona en crisis como las que acuden a terapia, por lo general, son presionadas por la necesidad de solución. La tensión y ansiedad son altas y la motivación nace del descontento de los intentos fallidos de soluciones.

El modelo se basa principalmente en la teoría psicoanalítica, retomando la teoría de la personalidad y la psicopatología; del aprendizaje, en términos de predicción y control de la conducta; y de sistemas, comprendiendo al individuo como un sujeto que interactúa con otro y está insertado en un contexto.

Por un lado, los síntomas que presenta el paciente son los intentos de resolver la situación, conformados de ansiedad e intentos fallidos (Bellak & Siegel, 1983), mientras menos habilidades para afrontar la crisis tenga el paciente, más trastornos existen en la personalidad.

Bellak y Small (1980) conciben a la psicoterapia como un proceso de aprendizaje y cada psicoterapia consiste en problemas de aprendizaje por parte del paciente, sin embargo, las conductas adaptativas pueden ser aprendidas, ya sea en terapia y/o dentro de un medio social, étnico y familiar, la finalidad de la psicoterapia es la modificación de la conducta para que el paciente pueda afrontar la crisis con éxito.

Bellak y Siegel (1983) proponen 10 principios básicos para realizar una intervención de emergencia:

1. La terapia breve comparte similitudes con la terapia tradicional.
2. Para la terapia breve es primordial entender la totalidad del paciente, tener gran conocimiento y hacer algo que pueda marcar la diferencia.
3. En lugar de seleccionar pacientes, se seleccionan problemas y objetivos, es decir, cualquier persona puede recibir terapia breve, ya que se enfatiza en la situación del paciente y no en su condición.

4. La terapia breve se basa en una historia exhaustiva de la situación que prevalece en el paciente, tomando en cuenta su situación social y es entendida mediante conceptos psicoanalíticos.
5. Las personas con pocos conocimientos de psicodinamia pueden ser entrenados en terapia breve y de emergencia.
6. Modelo de medicina de urgencia como paradigma de la terapia breve y de emergencia, es decir, así como la medicina de urgencia utiliza un conjunto de conocimientos aplicados a una situación, la terapia breve también retoma saberes de distintos enfoques psicológicos para aplicarlos en situaciones específicas.
7. La terapia breve no se limita a la eliminación del síntoma, a pesar del tiempo, existe la posibilidad de que el paciente mejore a niveles mayores a su estado premórbido.
8. La terapia breve puede ser eficaz para la prevención en todos los niveles de intervención.
9. Dentro de los aspectos administrativos de este modelo, se sugiere que la terapia breve sea el tratamiento de entrada en las clínicas.
10. Es importante que el terapeuta no descuide su salud mental mientras atiende a otros.

El psicoterapeuta tiene que contar con la habilidad de percibir cada comunicación significativa, mientras formula con rapidez comunes denominadores, recaba la mayor cantidad de información posible.

De manera casi simultánea tiene que decidir cuál será la intervención más benéfica para el paciente, el terapeuta en esta modalidad, no tiene tiempo de esperar un "insight", debe crearlo y si esto no ocurre, tiene que inventar alternativas. Ya que, para algunos pacientes, la terapia breve es "imposible", porque existen algunas personas con poca capacidad de "insight" y suelen ser más difíciles de tratar, a partir de la comprensión del paciente, puede ser derivado a alguna otra modalidad de terapia y/o disciplina.

### **Intervención.**

Para Bellak y Small (1980), la intervención no solo debe consistir en retornar al paciente a su estado anterior a la crisis, debido a que podría limitarse al paciente a obtener mejores niveles de adaptación.

La terapia breve debe cumplir sus metas en el corto plazo que vaya de una a seis sesiones, cada una del tiempo acostumbrado (45-60 min.)

El modelo de Bellak (Bellak & Small, 1980; Bellak & Siegel, 1983), está diseñado para intervenir en seis sesiones:

1. La primera sesión suele ser la más importante, es necesario realizar una historia exhaustiva sobre lo que le ocurre al paciente, el motivo principal y los secundarios. Indagar cuándo y en qué situación comenzaron los síntomas y por qué el paciente decidió ir a terapia en ese momento. Además, es fundamental que el paciente esté informado de cómo funciona una psicoterapia.

La mayor parte del tiempo de la sesión es destinada para la historia del paciente, hábitos, relaciones familiares y de pareja, condiciones de vida, económica, cultural y étnica. También es necesario que exista claridad en la dinámica y estructura de los problemas del paciente, así como sus ventajas y responsabilidades.

Por su parte, el terapeuta comenzará a planear el método de intervención y la secuencia del mismo, es recomendable además, dar una opinión general, apoyada de ejemplos, señalar comunes denominadores, es decir, la forma en la cual ha enfrentado situaciones similares.

2. En la segunda sesión se comenzará indagando sobre lo que el paciente pensó, sintió y soñó en la semana, recomendable indagar sobre los sueños de la persona, ya que pueden revelar información acerca de la transferencia y del problema. Por otro lado, la sesión es para realizar una mayor exploración y se iniciará una intervención estratégica, ya sea por urgencia o por facilidad.

3. Se continúa con el mismo proceso que en la sesión anterior, además de comenzar a trabajar con lo que el paciente ha aprendido y es momento de intervenir sobre cualquier situación de ansiedad de separación, por lo cual, es prudente mencionar al paciente que es probable que la siguiente sesión pueda sentirse peor debido al miedo.

4. En esta sesión se dedica la atención a lograr “insights” en el paciente e interviniendo en las situaciones emergentes, se le pide al paciente que interrelacione las sesiones anteriores, para mantener continuidad entre todas las sesiones.

5. Se comienza preguntando al paciente acerca de cómo se ha sentido y posteriormente se le pide que haga un repaso de todo lo acontecido en terapia, es

en este momento donde el terapeuta da fin al tratamiento, a menos de que no existe una mejora en el paciente, se pretende terminar con una relación positiva. Por último se le pide al paciente que se ponga en contacto con el terapeuta un mes después, se le indica al paciente que en caso de ser necesario vuelva a terapia, sin embargo, sería mejor que no lo necesitara.

6. Esta sesión se realiza un mes después, en la cual se indaga sobre la calidad de los logros terapéuticos y se realizan los cambios que sean necesarios.

Las técnicas que suele utilizar el modelo (Bellak & Siegel, 1983) se encuentran:

-Interpretación (desde el modelo de psicoterapia dinámica, sin embargo también se puede utilizar otro tipo de interpretación).

-Catarsis

-Pruebas proyectivas.

-Psicoeducación.

-Actividades sublimatorias.

-Fármacos psicoactivos.

-Técnicas de relajación.

### **Modelo de Slaikeu (1996)**

Slaikeu (1996) definió las crisis como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas” (p.16).

Las crisis suelen tener comienzos que son identificables, ya que algunos sucesos son devastadores para la gran mayoría de las personas. Para Slaikeu (1996), los aspectos más evidentes de una crisis en un individuo son el trastorno emocional grave o el desequilibrio emocional, sentimientos de tensión, ineficacia y desesperanza. Este autor retoma la mismas fases que Caplan (citado en Weiner, 1992), las cuales ya han sido mencionadas anteriormente (véase en Caplan). Es necesario mencionar que la crisis de acuerdo con este modelo, solo tiene tres escenarios, mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento, sin embargo, de acuerdo con la ley de Hansel, la efectividad de los servicios de emergencia aumentan cuando se atienden lo más próximo a la crisis.

Desde esta propuesta se retoma la Teoría General de Sistemas de Ludwig von Bertalanffy, ya que propone la observación del contexto en el que vive la persona y en las interacciones entre el individuo, subsistemas y el medio. Además, de adopta y modifica el planteamiento de Lazarus (citado en Slaikeu, 1996), se considera a una persona como un sistema cuyo funcionamiento Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo (CASIC), por lo que el clínico debe realizar evaluación en cada una de las áreas para determinar la respuesta de la persona en diferentes contextos.

El modelo de Slaikeu (1996) plantea dos formas de intervención, en primer lugar los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) o Terapia de primer instancia pretende proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona a otra instancia de ayuda.

Por otro lado, la Terapia para Crisis o Terapia de Segunda instancia pretende que el paciente integre el suceso a su vida de manera funcional y sea capaz de enfrentar el futuro. A diferencia de los primeros auxilios psicológicos, la terapia para crisis, requiere de más aptitudes y entrenamiento, además de un espacio específico donde atender al paciente (Slaikeu, 1996).

### **Intervención.**

De acuerdo con el propio Slaikeu (citado en Álvarez, 2011), la intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona a soportar un suceso traumático con la finalidad de disminuir sus efectos e incrementar la posibilidad de crecimiento, en primer lugar, lo más recomendable es utilizar la terapia breve, por razones temporales y económicas. A pesar de eso, el autor distingue dos estrategias de intervención.

Por un lado la intervención de primera instancia o Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) tienen como objetivo principal, reestablecer al individuo para que pueda enfrentar la crisis, además de submetas como ofrecer apoyo, reducir la mortalidad y enlazar con las fuentes de asistencia. Su procedimiento consta de cinco componentes con un objetivo para cada uno.

1. Realizar el contacto psicológico. El cual consiste en hacer que el paciente se sienta comprendido, aceptado y apoyado por el terapeuta, reducir la intensidad del aturdimiento y reactivar la capacidad de solución de problemas. En este

sentido, Slaikeu (1996) propone que es posible tocar al paciente siempre y cuando sea una situación intensa.

2. Examinar las dimensiones del problema. El objetivo es indagar en todo lo relacionado a la crisis, el pasado inmediato y el presente, en los cuales se examina el funcionamiento CASIC del individuo así como sus recursos personales y externos, por último se plantean las decisiones del futuro inmediato, se jerarquizan las necesidades.

3. Analizar las posibles soluciones. La finalidad es identificar posibles soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores, a través de la Indagación acerca de los intentos de solución, examinar lo que el paciente puede hacer, a partir de ello, se pueden proponer nuevas alternativas, así como redefinición del problema y un nuevo comportamiento.

4. Asistir en la ejecución de acción concreta. El objetivo consiste en ejecutar las soluciones planteadas, depende de la mortalidad y si la persona es capaz de actuar en su beneficio.

En caso de que la mortalidad sea baja y la persona capaz de ejecutar por sí sola la acción, entonces el terapeuta puede tener una actitud facilitadora, en caso opuesto, es decir, que la mortalidad sea alta y el paciente no sea capaz de ejecutar acciones, entonces el terapeuta tendrá que ser directivo y se podrá contar con algún familiar para llevar a cabo tales acciones.

5. Seguimiento. Asegurarse de la retroalimentación en las tres submetas, además de poner en movimiento la siguiente fase si se satisficieron con las soluciones inmediatas y la acción concreta que se tomó y si se realizó el enlace para las necesidades inmediatas.

La intervención de segunda instancia o terapia para crisis se refiere a un proceso terapéutico breve que tiene la finalidad de resolver la crisis, basándose en la terapia multimodal de Lazarus (citado en Slaikeu, 1996), la cual analiza los aspectos conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo. Su procedimiento se compone de tres acciones concretas:

1. Valoración, de los subsistemas CASIC; el terapeuta debe ser capaz de valorar el impacto de la crisis en todos los sistemas de funcionamiento, así como la interrelación que mantienen entre ellos, valorar las fortalezas y debilidades durante la crisis, además, la valoración debe incluir las variables del entorno social en el que se desenvuelve el individuo.

-En primer lugar se evalúa el sistema Conductual se refiere a los patrones de comportamiento antes y durante las crisis.

-El sistema Afectivo se refiere a los sentimientos derivados de los comportamientos que se mencionaron.

-El sistema Somático se refiere al funcionamiento físico en general.

-En el sistema Interpersonal se valora las relaciones con los diferentes grupos con lo que interactúa con el individuo.

-Por último el sistema Cognoscitivo se refiere a las representaciones mentales acerca del pasado o futuro, los sueños, autoimagen, filosofía de la vida, etc.

2. Tratamiento; consiste en primer lugar traducir el perfil CASIC en tareas de resolución de crisis, las cuales son:

-Supervivencia física, no solo quiere decir que los pacientes permanezcan vivos, además de mantener la salud física durante los periodos de tensión, en esta tarea las técnicas sugeridas son el otorgar PAP al paciente, además de enseñar diversas técnicas de relajación, como control de la respiración, relajación muscular, entrenamiento autogénico.

-Expresión de los sentimientos relacionados con la crisis, consiste en identificar y expresar los sentimientos de manera socialmente apropiada, la técnica utilizada será la escucha activa.

-Dominio cognoscitivo de la experiencia completa, donde el paciente desarrolle una comprensión real del suceso, comprender la relación entre la crisis y las creencias, expectativas y metas del paciente, así como adaptar o cambiar creencias, autoimagen y planes futuros. Las técnicas utilizadas en esta tarea son la reestructuración cognitiva, biblioterapia, toma de decisiones, autodiálogo, imaginación guiada, técnicas paradójicas y detención de pensamientos.

- Ajustes conductuales/interpersonales que se requieren para la vida, es necesario realizar cambios en los patrones cotidianos, así como en las relaciones interpersonales, las técnicas utilizadas son entrenamiento en asertividad, ensayo conductual, entrenamiento en habilidades sociales.

3. Evaluación del resultado, consiste en dar seguimiento, en la cual se analizan los subsistemas CASIC para determinar la resolución de la crisis.



### **Modelo de Rubin y Bloch (2001)**

Para Rubin y Bloch (2001) es necesario retomar la teoría de crisis de Caplan y Lindemann (anteriormente mencionada) y poner énfasis en las potencialidades del individuo, ya que las personas disponen de una gran cantidad de recursos internos para abordar las crisis. Sin embargo y a diferencia de Caplan y Lindenmann, Rubin y Bloch (2001) mencionan que no solo los pacientes pueden tener alguna crisis, sino que cualquier persona, bajo circunstancias específicas puede experimentar algún episodio de crisis.

De acuerdo con Rubin y Bloch (2001), si los profesionales de la salud actúan en el momento en que las crisis se vuelven abrumadoras para las personas, se puede ayudar a que los clientes intenten mejores soluciones. De lo contrario, el cliente puede desarrollar conductas desviadas como intentos de solución y llegar convertirse en un paciente, y por ende, requerir de intervención psiquiátrica o terapia tradicional.

Los principales postulados de la teoría de intervención en crisis y respuesta al trauma (Rubin & Bloch, 2001) son: las personas en crisis son individuos con un funcionamiento normal que se encuentran necesitados de un guía durante tal periodo de adversidad; las crisis son acontecimientos que pueden ocurrirle a cualquier persona y éstas cuentan con potencialidades para resolver dichas situaciones, poniéndole atención a aquello que el individuo puede aportar a la situación para ayudarse a sí mismo, en lugar de sus patologías. Sin embargo, son conscientes que estas se pueden desarrollar como resultado de la situación de crisis, ya que el impacto psicológico del trauma o de alguna crisis puede experimentarse de forma inmediata, a corto y/o a largo plazo (Rubin & Bloch, 2001).

Su modelo de respuesta general de corte humanista, es llamado Relación-Evaluación-Remisión, para ponerlo en funcionamiento, dividen los factores de relación en dos tipos: actitudinal y técnico.

Por un lado la relación actitudinal se refiere a la evaluación y la remisión. Y por el otro, la relación técnica se refiere a la definición del problema y su resolución, la acción y las actividades, la aproximación a las redes de apoyo (Rubin & Bloch, 2001).

## **Intervención.**

De acuerdo con los autores, el modelo Relación-Evaluación-Remisión es un proceso para influir en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio. El objetivo consiste en aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes y reactivar las capacidades latentes y manifiestas (Rubin & Bloch, 2001).

Para iniciar una intervención desde este modelo, primero es necesario establecer un acercamiento, identificando el estado en el que se encuentra el usuario, tomando en cuenta las actitudes básicas que Rogers (citado en Rubin & Bloch, 2001) sugiere (aceptación positiva incondicional, empatía y congruencia).

- Acercamiento.

Por lo general, hay dos tipos de acercamientos básicos centrados en la emoción y el problema:

-Si la persona se encuentra “dilatada” (grita, camina de manera incontrolada, etc.), entonces el acercamiento deberá ser físico (voz relajada y autoritaria, dando mensajes tranquilizadores).

-Si la persona se encuentra muy reservada, el acercamiento se centrará en la emoción y se hará lo posible para provocar la expresión de éstas.

Una vez que el terapeuta ha podido acercarse con el cliente, es primordial establecer una relación que genere un ambiente seguro para la persona. En ese sentido Rubin y Bloch (2001) mencionan que establecer la relación consta de actitudes y de técnicas:

- Relación actitudinal:

-Marcar el ritmo de la relación y modificar si es necesario.

-Validar y normalizar.

-Respetar diferencias individuales y culturales.

-Crear clima de esperanza.

- Relación técnica:

-Estimular reacciones emocionales reservadas y aminorar las expresiones cognoscitivas dilatadas.

-Definir el problema y desarrollar la resolución de este.

-Explorar las habilidades anteriores de afrontamiento.

-Enseñar una nueva habilidad o mecanismo de afrontamiento.

-Planificar conjuntamente actividades.

- Evaluación.

Consiste en determinar la situación de riesgo de la persona, planificar una intervención psicológica o en caso de que se requiera, una intervención farmacológica o realizar un diagnóstico (Rubin & Bloch, 2001), en la evaluación se consideran diversos aspectos:

-Urgencia. Determinar la situación de riesgo de la vida de la persona.

-Severidad. Identificar el nivel de impacto de la crisis en el individuo.

-Adecuación de la respuesta. La manera en que la persona ha respondido ante la crisis.

-Recursos internos. La manera en que la persona se ha enfrentado a situaciones complicadas y cómo las ha resuelto.

-Recursos externos. El sistema de apoyo del cliente, familiares, amistades, conocidos, escolares, etc.

-Recursos comunitarios. Se refiere a todo lo que existe para ayudar al cliente en ese momento de crisis, como las instituciones donde se puede brindar apoyo gratuito. En caso de desastres, la ayuda suele ser brindada por los mismos integrantes de la sociedad.

-Recursos espirituales. Se refiere al sistema de creencias de la persona.

- Técnicas.

No verbales:

-Escucha Activa.

Verbales:

-Imaginería visual.

-Liberación de ira.

-Reforzadores positivos.

- Remisión.

Este modelo, está diseñado sólo para responder a situaciones de emergencia, es decir, no se propone un seguimiento, ya que para Rubin y Bloch (2001) es prudente remitir al cliente. Por lo tanto, se recomienda tener una lista de recursos comunitarios (incluyendo apoyo legal, hasta grupos de apoyo).

### **Modelo de Salazar, Caballo & González (2007)**

Retoman la definición de crisis propuesta por Slaikeu (1996) (véase en el apartado de Slaikeu). Dichos eventos pueden ser percibidos como altamente

estresantes, ya que por lo general las personas no están preparadas para para ellos (Salazar, Caballo & González, 2007).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se distingue por describir lo que ocurre durante una crisis a nivel conductual, cognitivo, fisiológico y emocional. De manera conductual, la persona encuentra que sus repertorios habituales no son efectivos para resolver la situación, por lo que, modifica algunos comportamientos, aunque en muchos casos, tampoco suelen ser efectivos (Caplan, citado en Salazar, Caballo & González, 2007).

La alteración cognitiva es significativa en el individuo, debido a que éste percibe la situación como algo amenazante, negativo o insuperable y en la que no se puede hacer nada. Percibe que hay asuntos en los que debe tomar decisiones y adoptar comportamientos que no desea o que piensa que no puede hacer (baja expectativa de autoeficacia). La persona se expone a escoger entre alternativas percibidas como negativas y a perder aquellas que son valoradas como positivas, aumentando los niveles de temor ante la posibilidad de actuar de manera errónea (Salazar, Caballo & González, 2007).

En cuanto a las respuestas fisiológicas de la persona, es normal que presenten los síntomas del estrés agudo que pueden ser: miedo intenso, desesperanza u horror (Friedman, 2005), como consecuencia del evento.

Normalmente, las personas según Lazarus y Folkman (1991) tienen una primera reacción emocional natural (congelamiento, huida o lucha) a un acontecimiento crítico que suele ser característica de sus maneras de enfrentar eventos estresantes en su vida.

Sin embargo, en ocasiones pueden existir variaciones, que van desde tener dificultades para aceptar el suceso, hasta experimentar sentimientos de enojo, pueden aparecer preguntas y reproches, esto puede llevar a rechazar cualquier tipo de ayuda, además de dar cuenta de su limitación para comprender el evento y su poca percepción de control.

En TCC existen conceptos fundamentales (Salazar, Caballo & González, 2007):

1. Terapia estructurada. A las personas en crisis, les puede ayudar el saber cómo se llevará a cabo el proceso de las terapias, en qué consistirán, el número de sesiones, el propósito de las mismas. Esto se debe a que la persona puede sentir un mayor grado de control en el proceso de reestructurar su vida.

2. Directividad. El clínico es quien debe guiar el proceso a través de alentar al paciente a encontrar soluciones a su situación, esto puede hacer sentir a la persona apoyo y orientación por parte del terapeuta.
3. Trabajo conjunto. Tanto paciente como clínico deben asegurarse que cuentan con lo necesario para llevar a cabo las sesiones, por su parte el clínico no debe perder de vista el papel activo del paciente
4. Enfoque Proactivo. Es necesario asumir que la solución de problemas es la principal estrategia y tener la habilidad de anticipar aquellos que pudieran aparecer. Es una perspectiva preventiva de tipo educativo, donde el paciente puede aprender en todo momento estrategias de afrontamiento.
5. Perspectiva ecológica. El clínico debe tener en cuenta que el paciente está inmerso en una familia, comunidad y sociedad, por lo que es necesario que todos los sistemas se vean involucrados en su intervención.
6. Eficacia. Está dada en las intervenciones por la maximización de ganancias y minimización de pérdidas de acuerdo con las elecciones que realizó el paciente.

### **Intervención**

La intervención en crisis desde esta perspectiva permite evaluar el grado de una crisis, reconocer momentos por los que atraviesa un individuo, así como el nivel de funcionamiento, características del suceso para determinar la pertinencia de sus intervenciones (Salazar, Caballo & González, 2007).

La intervención del psicólogo debe conocer y/o participar en los planes de evaluación de conductas asociadas a las crisis y posteriormente su intervención tiene cuatro objetivos, los cuales son secuenciales, es decir, para cada fase de la intervención se tiene un objetivo.

1. Construcción de una relación terapéutica de ayuda para las crisis, en la cual consideran el contacto con la persona y ser empático, transmitir sensibilidad, manejar silencios, entender sin juzgar, emparejar su estilo de comunicación con el sujeto, validar sentimientos.
2. Conocer y evaluar las dimensiones de las crisis, del suceso que lo desencadenó, del impacto a nivel personal, social y contextual, pedir aclaraciones y evitar las interpretaciones de los hechos. El terapeuta debe mantener un equilibrio entre el apoyo y la protección del individuo para evitar la dependencia

del paciente; uno de los aspectos a los que es necesario prestar atención es la aparición de ideas, acciones o planes suicidas.

3. Comunicar con el individuo y la comunidad afectada, para obtener algún nivel de control y predicción de lo ocurrido y sus consecuencias.

4. Desarrollar y fortalecer estrategias de afrontamiento que le permita hacer frente a la situación, para disminuir resultados negativos; para ello, el terapeuta debe indagar sobre las alternativas que utiliza la persona para disminuir el malestar emocional, esto también puede ser aprovechado para dar retroalimentación sobre sus maneras de afrontamiento, posteriormente se iniciarán la enseñanza de nuevas estrategias que pudieran ser funcionales para el individuo.

Una vez que toda la información ha sido recabada, es necesario fomentar en el individuo el sentido de la autoeficacia, así como las herramientas que le servirán para afrontar y manejar la situación.

Las técnicas más utilizadas en estos procesos son: solución de problemas, reestructuración cognitiva y relajación.

### **2.3 Diferencias y similitudes de los modelos de intervención**

A partir de la descripción de los modelos, es importante resaltar algunas similitudes y diferencias sobre los modelos de intervención en crisis. En primer lugar, los diferentes modelos de intervención en crisis, surgieron retomando el trabajo de Caplan y Lindemann sobre la importancia de intervenir en la población después de un evento estresante. Los primeros modelos aquí presentados surgieron en la década de los 80 y 90 (Bellak y Small, 1980; Bellak y Siegel, 1983; Slaikeu, 1996).

Sin embargo, con el transcurso de los años se han modificado los modelos a partir de algunas orientaciones teóricas, en el caso de Rubin y Bloch (2001), el modelo humanista y por otro lado Salazar, Caballo y González (2007), el modelo cognitivo conductual, los cuales han diseñado estrategias y técnicas de acuerdo a sus respectivos enfoques teóricos tomando en cuenta los mismos principios de intervención que propusieron los modelos anteriores.

Por otro lado, es necesario aclarar que una intervención, no es sinónimo de una terapia, ya que ésta se caracteriza por su estructura, evaluación, profundidad y el tiempo que se requiere para llevarla a cabo como lo indica Gantiva (2010). En

el caso de los PAP, todos los autores coinciden en que cualquier persona previamente entrenada puede otorgarlos, siempre y cuando se encuentre en condiciones de hacerlo y tenga en cuenta los cuatro principales objetivos que son:

- Reducir riesgo de muerte
- Proporcionar apoyo
- Reestablecer al individuo a su fase previa de funcionamiento
- Enlazar a otra instancia de ayuda.

Esto se debe a que como lo indica Parada (2012), la intervención en crisis se distingue de los PAP, por sus procedimientos específicos para cada una de las sesiones que se tienen planeadas (excepto el modelo de Rubin y Bloch, 2001), las cuales requieren de habilidades de psicólogos entrenados (Slaikeu, 1996). Por lo tanto, es recomendable que la intervención en crisis sea realizada exclusivamente por un psicoterapeuta o especialista en el tema (Salazar, Caballo y González, 2007).

A pesar de que la mayoría de los autores sugieren que es recomendable realizar intervenciones breves, los modelos operan a partir de objetivos específicos a cumplir, ya sea para otorgarle al individuo herramientas que le sean útiles a la hora de afrontar la situación de crisis o para ser un agente de apoyo hasta que ésta sea resuelta.

Cada autor, de acuerdo con su respectivo modelo determina los objetivos en función de las variables que identifican, las cuales no en todos los casos son las mismas. Mientras algunos modelos se basan en teorías psicoanalíticas, aludiendo al pasado del individuo en relación a la crisis actual (Bellak, 1980), algunos otros se basan en teoría de sistemas y del aprendizaje (Slaikeu, 1996), con la finalidad de entender los efectos que las crisis tienen en el contexto del individuo, otros más definen su intervención desde el modelo cognitivo-conductual, enfocándose en la interpretación que tiene el individuo de la crisis y cómo afecta a su funcionamiento fisiológico, cognitivo y conductual (Salazar, Caballo & González, 2007; Rubin & Bloch, 2001).

Por otro lado, tanto el modelo de Bellak (1980), como el de Slaikeu (1996) proponen el seguimiento como forma de comprobar que la intervención realizada haya sido efectiva o para conocer el estado del individuo.

En el caso de Rubin y Bloch (2001), el modelo no está diseñado para dar seguimiento, pues su objetivo consiste en remitir a las personas a los servicios

correspondientes; y por último, el modelo de Salazar, Caballo y González (2007), tampoco refiere algún tipo de seguimiento.

Sin importar el modelo a utilizar, la importancia tanto de los PAP como de la intervención en crisis recae en la disminución de los efectos negativos, así como de la prevención de algún trastorno posterior.

En un país como México, donde las situaciones altamente estresantes son parte de la cotidianidad, la utilización de estas estrategias podrían tener efectos positivos en la salud mental de los habitantes.

Para que los psicólogos puedan intervenir de manera efectiva, se requiere de entrenamiento en conocimientos y competencias específicas.

Por esta razón es necesario conocer las características de los programas de formación, así como el entrenamiento de dichas estrategias y en especial a psicólogos en formación, con la finalidad de responder a una serie de demandas sociales como son las crisis, las catástrofes, los eventos vitales y altamente estresantes.



## **Capítulo III. Formación a psicólogos en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios psicológicos en la UNAM.**

En el presente capítulo se resalta la importancia de programas de atención a la sociedad en situaciones altamente estresantes o de emergencia. Posteriormente se define el concepto de programa y sus principales características. Además se refieren algunos elementos a considerar para programas de formación a psicólogos. Finalmente se describen tres diferentes estrategias de intervención con sus respectivos programas de formación a psicólogos en PAP, dos de ellos forman parte de la UNAM y uno más siendo un programa de atención telefónica (SAPTEL).

### **3.1 Importancia de los programas de intervención en situaciones altamente estresantes**

En México, diariamente un gran número de individuos son afectados por incidentes y/o desastres, los cuales tienen como efecto un desajuste emocional y en su comportamiento. Una situación de desastre, como menciona Sainz (citada en Costa, 2017), no es solamente por cuestiones naturales, ya que algunos pueden ser provocados por los humanos.

Álvarez (2011) agrupa tanto desastres naturales como provocados en la categoría de desastres socio-organizativos, los cuales son considerados como “eventos perturbadores a nivel social donde queda rebasada la capacidad de respuesta del Estado” (p. 6), entre ellos se pueden mencionar algunos como:

- Los sismos
- El crimen organizado
- La inseguridad pública
- Problemas hidrometeorológicos
- Muertes o heridos circunstanciales
- Accidentes técnico-industriales

Por su parte, el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED, 2016) sugiere que las situaciones de emergencia crean problemas en el individuo y en la sociedad, es por ello que cuando existe una situación que irrumpe con la

cotidianeidad de las personas, éstas pueden experimentar estrés, temor o ansiedad.

Por ende, se debe tener en cuenta que para intervenir ante tales situaciones no sólo es necesaria la atención a la salud física del individuo y las pérdidas materiales, sino también atender las consecuencias psicológicas (Sainz, citada en Costa, 2017), y para responder a la demanda de servicios de emergencia, se requiere de personal capacitado en primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.

A pesar de que en los programas de formación en psicología de las diferentes facultades que imparten dicha licenciatura en la UNAM (Facultad de Psicología, 2008; Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2015; Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 2010), no se contemple la formación de psicólogos entrenados para brindar PAP ni tampoco intervención en crisis; en al menos dos facultades (Facultad de Psicología y Facultad de Estudios Superiores Iztacala), se han creado programas de atención y entrenamiento para dar respuesta a situaciones de emergencia.

Por un lado se encuentra el Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Sociorganizacionales (PICVDNS) de la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, el cual entrena a psicólogos en intervención en crisis y brinda cursos a diferentes instituciones sobre primeros auxilios psicológicos.

Por otro lado, se encuentra el programa de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, que de igual manera, entrena a psicólogos en atención al suicidio e intervención en crisis, además otorga entrenamiento a jóvenes en "Guardianes de Emergencias Psicológicas".

Además, en la Ciudad de México, algunas instituciones también brindan y entrenan a psicólogos y otros profesionales de la salud en PAP e intervención en crisis entre las que se encuentran, principalmente, el Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL).

Cada programa entrena a los psicólogos con una metodología diferente, debido a que cada estrategia atiende a poblaciones con características específicas y tanto las habilidades como los conocimientos que se requieren varían de una estrategia a otra, dando como resultado, psicólogos entrenados que

tienen como objetivo en común el atender una problemática en materia de salud mental.

### **3.2 Programas de formación a psicólogos**

Fernández (2001) define a los programas como “un conjunto específico de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente en una realidad social específica que tiene como finalidad la resolución de un problema que atañe a un conjunto de individuos” (p.23).

Un programa tiene dos características esenciales (Fernández, 2001): ha sido previamente especificado y diseñado. Estas características hacen referencia a los elementos que las constituyen: por un lado se encuentran los recursos humanos y materiales (coordinador del programa, entrenadores, terapeuta, el tiempo de entrenamiento, material de lectura, escalas, etc); y por otra lado se encuentra la planificación, que conlleva una temporalización del entrenamiento y de la intervención (número de sesiones, tiempo de cada sesión, tiempo de permanencia de los entrenados en la estrategia, etc).

El problema, según Fernández (2001) es que algunas veces se le llama “programa” a una serie de acciones que no cumplen con las características previamente señaladas. A pesar de esto, existen otros términos que pueden ser considerados homólogos a este concepto, tales como: políticas, proyectos o intervenciones. Su diferenciación depende del grado de complejidad que componen a la estrategia, siendo las políticas las estrategias más complejas, seguidas de los programas, posteriormente se encuentran los proyectos y por último las intervenciones.

En términos metodológicos, un programa supone tratamiento, es decir, un conjunto de manipulaciones que han sido diseñadas para ser implementadas en una realidad socioambiental aplicadas a unidades, en este caso a individuos (Fernández, 2001). En este sentido, los programas de formación educativa se configuran a partir de los recursos humanos y materiales disponibles, además del diseño de las sesiones de entrenamiento y la utilización de diversas estrategias metodológicas de enseñanza, dando como resultado la adquisición de conocimientos y habilidades de los alumnos.

Por otra parte, Companioni (2015) reporta que desde hace algunos años las universidades enfrentan el reto de ampliar su capacidad de respuesta a las

crecientes exigencias de una sociedad con problemáticas complejas, llevando a modificar los planes educativos de las distintas disciplinas, dichos cambios requieren de una rigurosa evaluación para ser aprobados y posteriormente aplicados.

Sin embargo, cuando se presentan acontecimientos que requieren de la atención médica y/o psicológica en ese momento, tanto las instituciones del sector público como privado buscan resolver la situación creando estrategias de intervención de emergencia (Álvarez, 2011). Las cuales, posteriormente crean entrenamientos dirigidos exclusivamente a psicólogos profesionales, egresados y en algunos casos, a alumnos que estén por concluir su formación universitaria.

Esto se debe a dos principales razones; por un lado, tanto psicólogos profesionales como egresados buscan este tipo de estrategias para adquirir, mejorar o perfeccionar sus conocimientos y habilidades (Ludgate, 2016); y por otra parte, para la adquisición y el desarrollo de habilidades en estas estrategias es necesario contar con conocimientos básicos en psicología clínica.

No obstante, este tipo de entrenamientos no comparten las mismas características que un programa de formación académica, por lo tanto, no se pueden evaluar de igual manera. De acuerdo con Ludgate (2016), no existe la suficiente información para determinar cuáles son los componentes a evaluar en este tipo de entrenamientos, a pesar de esto, el autor retoma algunos elementos que de acuerdo con su investigación han resultado ser efectivos en entrenamientos a psicólogos que ya han concluido su formación académica.

En primer lugar, es necesario considerar el objetivo del programa (Fernández, 2001; Ludgate, 2016) el cual puede ser para brindar la adquisición de conocimientos, enseñar habilidades de intervención en contextos determinados o ambos, ya que dependiendo del objetivo de la formación las estrategias de enseñanza son diseñadas, planeadas y aplicadas.

En ese sentido, Ludgate (2016) divide las estrategias de enseñanza dependiendo del objetivo del entrenamiento. En el caso del conocimiento, este se compone de la teoría, los métodos, la evidencia y de la aplicación, de acuerdo con lo que ha reportado, las estrategias más efectivas para enseñar conocimientos son:

1. Lecturas
2. Clase

### 3. Modelaje

#### 4. Demostración (observación de sesiones o videos)

Por otro lado, la adquisición de habilidades requiere de otro tipo de estrategias que se adquieren a partir de poner en práctica lo enseñado y requieren tiempo. Se compone de la observación, ensayos conductuales, práctica (con el propio entrenado, con compañeros o con usuarios) y retroalimentación, de acuerdo con el autor las estrategias más efectivas son:

1. Ejercicios de Roles
2. Ejercicios de experiencia propia
3. Autorreflexión
4. Práctica

Sin embargo, para un programa que busca la adquisición de conocimientos y de habilidades es necesario utilizar métodos didácticos que permitan al entrenado entender como el contenido teórico se relaciona con la práctica, en estos casos en particular se debe tomar en cuenta la duración de las sesiones prácticas.

Este tipo de programa está compuesto por las estrategias anteriores tanto de adquisición de conocimiento como el desarrollo de habilidades además se debe contar con materiales de caso, interacción del entrenador-entrenado y la promoción del aprendizaje continuo, según Ludgate (2016), las estrategias más recomendables son:

Para conocimiento:

1. Seminario
2. Programas en línea (podcast o webcast)
3. Videos
4. Lecturas guiadas

Desarrollo de habilidades específicas:

1. Ejercicios de Roles (entrenador-entrenado y entrenado-entrenado)
2. Demostración o modelado con discusión
3. Retroalimentación
4. Componentes reflexivos

Este tipo de entrenamientos muestra que se puede desarrollar significativamente una habilidad a partir de la descripción de un comportamiento particular y es seguido de un video o una demostración, además de preguntar a

los entrenados que identifiquen habilidades y sugerir respuestas alternativas con el fin de generar aprendizaje activo.

El último punto de la adquisición de habilidades es la supervisión, para ello, Ludgate (2016) toma en cuenta el tipo (individual o grupal), la frecuencia y la duración (durante el entrenamiento o después de este), sin mencionar el procedimiento más efectivo.

Como se ha mencionado, algunas estrategias requieren de mucho mayor tiempo que otras, por lo que es evidente que se debe tomar en cuenta la duración del programa de formación, ya sea breve (de 60h o menos), intermedio (61-137h) o extensivo (137h en adelante). Lo que determina la duración del programa es el número de sesiones y la duración de cada una de ellas.

Finalmente, para la evaluación es importante considerar que se realiza tanto para los entrenados como para el entrenamiento. Por un lado, Muse y Mcmanus (2013) proponen la evaluación a los entrenados en cuatro aspectos fundamentales:

1. El conocimiento adquirido
2. El conocimiento que el entrenado tiene sobre la práctica
3. Como demuestra el conocimiento
4. Como lo aplica.

La utilización de cuestionarios o escalas que permitan medir la adquisición de conocimientos son necesarias en la evaluación durante el entrenamiento y después. Además de que el supervisor debe evaluar al paciente para evaluar las habilidades del entrenado.

Y por otro lado, la evaluación del entrenamiento se refiere a la calidad del plan de entrenamiento a partir de cuatro ejes:

1. La comprensión de los entrenados
2. La satisfacción de los participantes
3. La adquisición de conocimientos y habilidades
4. Cambios de conducta en el mundo real y con los pacientes.

Este tipo de evaluación por parte de los entrenados, permite a los programas mostrar con datos la adquisición de conocimientos y habilidades, además de mostrar a futuros entrenados las habilidades que se desarrollan a partir del programa, la finalidad es la mejora del programa de entrenamiento.

## **IV. Método**

### **4.1 Planteamiento del problema, justificación teórica**

En recientes años, las problemáticas como el suicidio, el estrés y las crisis han ido en aumento. Por su parte, el Instituto Nacional de Psiquiatría (2010) y la American Psychological Association (2017) refieren que a pesar de la existencia de tratamientos psicológicos con efectividad demostrada, algunos individuos prefieren servicios alternativos y por otro lado, de la población que recibe tratamiento, por lo general tarda un tiempo considerable en ser atendida.

Dichas instituciones han publicado guías clínicas (INP, 2010; APA, 2017), como respuesta a una necesidad de capacitación en intervenciones efectivas y basadas en evidencia con la intención de que más profesionales de la salud mental cuenten con las herramientas suficientes para brindar atención oportuna y de calidad. Ante dicha necesidad de formación, algunos programas de intervención en crisis y emergencias psicológicas ofrecen entrenamiento.

Lo que se pretende en este trabajo es describir y comparar los diferentes programas de formación en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios.

### **4.2 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las características, diferencias y similitudes de los programas de formación a psicólogos en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios psicológicos?

### **4.3 Objetivos**

Objetivo General

Describir y comparar los diversos programas de formación a psicólogos en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios psicológicos.

#### **4.3.1 Objetivos Específicos**

Conocer las diversas estrategias de enseñanza que emplean los programas de entrenamiento.

Conocer los protocolos de intervención de un programa cara a cara y un programa vía telefónica.

### **4.4 Tipo de estudio**

Esta investigación se caracteriza por ser un estudio comparativo. De acuerdo con Krause (1995), dicho estudio refiere la cualidad de lo que se estudia, ya que

se describen sus características y sus relaciones entre ellas. El método comparativo tiene como objetivo la búsqueda de similitudes y diferencias.

#### **4.5 Diseño**

No experimental, documental y transversal

Al ser un tipo de estudio comparativo no se manipulan variables, la información ha sido recabada mediante la consulta de manuales de entrenamiento y videos de youtube; también es transversal, ya que tiene como objetivo describir las características de un fenómeno en un momento único (Krause,1995).

#### **4.6 Participantes**

Se eligieron tres programas de formación a psicólogos en intervención en crisis, emergencias psicológicas o primeros auxilios psicológicos de los cuales solo dos fueron comparados, ya que cumplían con los siguientes requisitos.

#### **4.7 Criterios de selección**

Los programas de formación, debían reunir los siguientes criterios:

- Que el programa formara egresados.
- Que existiera literatura (manuales de entrenamiento, descripción de contenidos) o video donde se describan los requisitos para ingresar al entrenamiento, la descripción del entrenamiento y el proceso de selección de los voluntarios.

#### **4.8 Materiales**

Se consultaron los manuales de entrenamiento del CREAS, de SAPTEL, artículos de revistas y videos de YouTube.

#### **4.9 Procedimiento**

Se realizó la búsqueda de información en internet, tesis, manuales de entrenamiento, videos de youtube y se describieron los tres programas seleccionados. Como cada programa atiende a poblaciones diferentes y por diversos medios, los entrenamientos difieren en sus programas de formación.

Sin embargo, para realizar la comparación, se tomaron como referencia los elementos propuestos por Fernández (2001), Ludgate (2016) y Muse y Mcmanus (2013) para describir las características que cada programa utiliza para entrenar a los psicólogos.



## V. Resultados

### 5.1 Programa de intervención en crisis a víctimas de desastres naturales y sociorganizativos (PICVDNS)

De acuerdo con Álvarez en una entrevista para la Dirección de Comunicación Social (2017), el programa fue creado poco después del sismo de 1985. Sin embargo, fue reactivado hasta el año de 1997 debido a los estragos causados por el huracán Paulina en el Estado de Guerrero. A partir de ese momento, Álvarez (2011) menciona que el programa se ha mantenido y participado en diferentes acontecimientos con el objetivo de “solucionar las crisis individuales, grupales y el restablecimiento del funcionamiento del individuo y la sociedad antes, durante y después del evento crítico” (p. 7).

En la actualidad, el programa ha participado en brigadas de atención psicológica en eventos críticos tanto en México como en el extranjero (Álvarez, 2011). Según Álvarez (2011), el programa está conformado por académicos, alumnos, egresados y voluntarios de la Facultad de Psicología de la UNAM, ya que “el nivel de respuesta se centra en la formación de recursos humanos” (p. 8). Por lo cual, cuenta con dos opciones formativas. La primera es un curso de primeros auxilios psicológicos para cualquier persona que esté en contacto con víctimas y por otro lado, entrenamiento a psicólogos en intervención en crisis (Álvarez, 2011).

Dentro de la búsqueda de información, el programa no refiere la utilización o adaptación de algún modelo psicológico en específico para el entrenamiento de los psicólogos, sin embargo, Álvarez (2011) sugiere cuatro principios clínicos:

- Oportunidad: el cual se refiere a que una vez que ocurre una crisis, existe la posibilidad de reducir sus efectos negativos, siempre y cuando los servicios de emergencia se encuentren disponibles de manera inmediata.
- Metas: recuperar el nivel de funcionamiento de la persona y potencializar su capacidad creativa para superar la crisis.
- Valoración: en este aspecto, retoma la evaluación CASIC, complementando con la información sobre lo que aún es funcional para el individuo.
- Tiempo de la intervención: Dependiendo del grado de afectación del individuo, es la duración de la intervención, lo cual puede durar desde minutos a horas.

Además retoma los componentes estratégicos de los PAP del modelo de Slaikeu (1996):

- Contacto psicológico
- Analizar dimensiones del problema
- Sondear posibles soluciones
- Asistir en la ejecución de pasos concretos
- Seguimiento para verificar progreso

Por último, Álvarez (2011) propone algunas recomendaciones necesarias para las personas que brindan PAP:

- No apresurar a la persona
- Hablar de temas relacionados con la crisis
- No prometer aquello que no es posible
- Ofrecer al diálogo un sentido de esperanza
- De ser necesario, solicitar datos de identificación al final de la intervención
- Establecer un compromiso de búsqueda de ayuda de acuerdo a las necesidades del individuo.

### **Operatividad del programa**

Álvarez (2011) propone dos diferentes estrategias de intervención, ambas se inician en el momento en que alguna autoridad solicita su participación en el lugar, a continuación se describe el primer procedimiento:

1. Una vez que el programa se encuentra en el lugar solicitado, los psicólogos comienzan a realizar la detección de personal que esté en condiciones de recibir entrenamiento en primeros auxilios psicológicos, con el objetivo de detectar a los líderes de la comunidad, así como a los docentes, personal de rescate o ayuda humanitaria, que puedan y quieran capacitarse en PAP.
2. Posteriormente, los psicólogos ofrecen un curso de capacitación en intervención en crisis y PAP, con el objetivo de entrenar a las personas en PAP y a los psicólogos que puedan comprobar sus estudios en Intervención en Crisis.
3. Después se realiza un modelamiento directo en el campo de acción, esta acción contiene cuatro diferentes objetivos, por un lado el conformar brigadas de intervención; por otro lado mostrar a las personas recién entrenadas el trabajo con las personas afectadas; así como, realizar el desahogo emocional, llevando a

cabo técnicas de relajación; por último, emplear y utilizar el directorio de canalización en caso de ser requerido.

4. Más tarde se realiza la entrega de informes a las autoridades correspondientes, en el cual se reporta sobre la situación que atendieron, el motivo de las consultas, el número de personas atendidas, los seguimientos realizados y el número de personas capacitadas.

5. Por último se realiza el seguimiento de dos formas distintas: ya sea que los responsables y colaboradores del programa regresan al escenario para brindar asesoría a las personas y psicólogos asesorados; o también se hace uso de las TIC's, que puede ser vía telefónica, internet, Skype, con la finalidad de responder al grupo autogestivo.

Álvarez (2011), además propone otra intervención no inmediata, es decir, intervención semanas después de ocurrido el evento estresante, el procedimiento a seguir es el siguiente:

1. De igual manera se inicia la búsqueda y capacitación de personal que esté en condiciones de brindar PAP e intervención en crisis.
2. Realizar visitas domiciliarias, con la finalidad de tener contacto directo con los afectados. Para los psicólogos es necesario detectar la presencia de síntomas (con base en el DSM) de TEPT en la comunidad.
3. Brindar atención grupal e individual, según sea requerido.
4. Capacitar a los padres en el manejo de TEPT.
5. Obtener información general de la comunidad mediante cuestionarios sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas afectadas.

## **5.2 Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio de la F.E.S Iztacala**

El proyecto CREAS (Eguiluz, 2013; Santillán, 2015) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala forma parte del Centro de Apoyo y Orientación Para Estudiantes (CAOPE) y surgió como una necesidad de atención a la población estudiantil. Siendo el resultado de investigaciones acerca de conductas suicidas en jóvenes de secundaria (Eguiluz y Ayala, 2014) preparatoria (Eguiluz, Juárez, Carrasco, Cruz, Rosales y Córdova, 2003) y universidad (Eguiluz y Vilchis, 2014), las cuales revelaron que existen estudiantes con alto riesgo suicida, alto riesgo de depresión y un porcentaje bajo (21.5%) sobre la percepción de su bienestar.

El manual de entrenamiento del CREAS (Santillán, 2015) reporta que el proyecto está conformado por egresados de la carrera de psicología tanto del sistema presencial como del Suayed y son entrenados durante seis meses y supervisados semanalmente.

La intervención de los voluntarios del CREAS está basada en el modelo cognitivo de terapia para paciente suicidas propuesto por Wenzel, Brown y Beck (2009), debido a que las técnicas de este enfoque han mostrado más evidencia de mejoría de sintomatología depresiva, trastornos de ansiedad o conductas del espectro suicida.

Además, el proyecto está diseñado para dar atención multidisciplinaria, por lo tanto, colaboran de manera permanente con el departamento de psiquiatría, así como el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) y Terapia Familiar Sistémica.

Los egresados que desean formar parte del programa, envían una solicitud en la página electrónica del CREAS y toman un curso en línea (Youtube) compuesto por 20 sesiones de dos horas, en las cuales se incluye material extra para que el egresado profundice en los temas sugeridos, a continuación se presenta el temario utilizado por el programa (CREAS Iztacala, 2017):

Tema 1. Algoritmo de atención en la estrategia Crisis, Emergencias y atención al suicidio (CREAS)

Tema 2. Primeros auxilios psicológicos y entrevista motivacional

Tema 3. Principios de terapia cognitiva

Tema 4. Terapia sistémica

Tema 5. Trastornos de la ansiedad

Tema 6. Depresión y suicidio

Tema 7. Terapia cognitiva para conductas asociadas al suicidio

Tema 8. Conceptualización y reestructuración cognitiva

Tema 9. Trastornos límite de la personalidad

Tema 10. Terapia Familiar sistémica

Tema 11. Suicidio y perspectiva de género

Tema 12. Las conductas asociadas al suicidio, la perspectiva desde la psiquiatría

Tema 13. Protocolo para la atención de casos de violencia de género en la UNAM

Tema 14. Trastorno límite de la personalidad y Trastorno de estrés postraumático

Tema 15. Terapia Familiar sistémica: modelo estructural

Tema 16. Reestructuración cognitiva

Tema 17. Salud mental en situaciones de desastre

Tema 18. Primeros auxilios psicológicos enfocado a desastres naturales

Tema 19. TEPT Principios generales sobre su tratamiento usando terapia de exposición narrativa

Por otro lado, el CREAS, también ofrece otro tipo de entrenamiento, dirigido a la población en general llamado “Guardianes de Emergencia”, que tiene como objetivo capacitar a personas sobre la prevención del suicidio. De acuerdo con Santillán, Chávez, García, Meza, Flores y Escalante (En prensa), el entrenamiento ha sido exitoso en “la impartición de conocimientos, la construcción de habilidades, y para moldear actitudes relacionadas con el suicidio” (p.8).

La capacitación tiene una duración de aproximadamente dos horas, en las cuales, se busca motivar al alumnado a pedir ayuda en materia de salud mental o que al menos cuenten con algunas conductas de autocuidado y sean capaces de identificar a personas en riesgo de realizar conductas del espectro suicida (Santillán, Chávez, García, Meza, Flores y Escalante, En prensa).

### **Operatividad del programa**

Una vez concluido el entrenamiento los egresados responden una evaluación y aquellos que cuenten con más del 80% de las respuestas correctas tendrán una entrevista de evaluación con la supervisora del programa. De igual manera aquellos que muestren tener habilidades y conocimiento suficiente para ingresar al programa estarán en un primer momento como observadores en las sesiones de psicoterapia, y posteriormente se les asignarán casos (Santillán, Chávez, García, Meza, Flores y Escalante, En prensa).

Dentro del manual de entrenamiento del CREAS, Santillán (2015) indica el procedimiento que consiste en dos intervenciones dependiendo el tipo de situación que el usuario reporte, ya sea terapia de sesión única de emergencia o entrevista motivacional.

El protocolo del CREAS aplica para todos alumnos de la comunidad de la FES Iztacala que solicitan el servicio vía internet o de manera presencial. Sin embargo, la prioridad del programa es atender a los alumnos que han intentado o piensan realizar suicidio o por alguna situación de crisis, para todos los casos, a

los usuarios se les asigna un voluntario en menos de 48 horas, el cual llevará a cabo las sesiones posteriores.

El programa considera dos diferentes situaciones para la intervención. En el caso de que el usuario requiera de una sesión de emergencia acude en crisis directo al CREAS. O en el caso de que se presente dentro de la institución un intento suicida, entonces el voluntario realizará sesión única de emergencia que consta de primeros auxilios psicológicos.

Por otro lado, para aquellos usuarios que no se encuentran en situación de crisis, el protocolo inicia en el día y la hora en la cual acordaron el usuario y el voluntario y se realiza el procedimiento de entrevista motivacional y en caso de que se requiera, primeros auxilios psicológicos.

1. Primera sesión. Los objetivos de esta sesión consisten en identificar las expectativas del usuario, determinar el nivel de sintomatología presente por medio de instrumentos, además de reforzar las fortalezas, recursos y habilidades que le han ayudado.

1.1 Primeros auxilios psicológicos (terapia de sesión única de emergencia/primer sesión). El procedimiento utilizado para realizar PAP ha sido retomado del modelo de la Universidad Autónoma de Barcelona (2015):

Consta de cuatro acciones:

1. Contener
2. Informar
3. Normalizar
4. Consolar

1.2 Entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999).

Independientemente del procedimiento a utilizar, ya sean PAP o entrevista motivacional, en el transcurso de la primera sesión se le informa al usuario sobre el consentimiento informado y el límite de confidencialidad, con los cuales deberá estar de acuerdo para continuar con las sesiones. Al finalizar la sesión, el voluntario deberá escribir notas referentes a lo sucedido en sesión.

En el caso de que el voluntario considere que el usuario requiere evaluación psiquiátrica se le hace la invitación de asistir con una especialista dentro del plantel de manera gratuita, en caso de que no lo requiera o que el usuario no lo considere necesario, se continúa con terapia cognitivo conductual.

1. Segunda sesión. El A-B-C de terapia cognitivo-conductual

Consiste en la explicación del modelo cognitivo conductual de Ellis denominado ABC que “resume la relación que tienen los eventos, situaciones, recuerdos, en los pensamientos, creencias, interpretaciones y cogniciones y estos finalmente en las consecuencias ya sea conductuales, emocionales o fisiológicas”, (Santillán, En prensa). Y durante una crisis se activan en las personas pensamientos e interpretaciones, las cuales activan respuestas fisiológicas y emocionales. De acuerdo con Santillán (En prensa), explicar al usuario el modelo con el que se le atenderá al usuario, permite ayudarlo a comprender las diferentes interpretaciones que otras personas tienen ante el mismo evento, ya sean de mayor o menor intensidad, así como la relación que tienen sus interpretaciones, con las consecuencias fisiológicas y emocionales.

### 3. Protocolos de atención

A partir de los motivos de consulta que se han documentado, CREAS Iztacala (2017), ha identificado al menos cuatro diferentes trastornos que se presentan con más frecuencia en la población de la facultad.

Por lo tanto, el programa cuenta con procedimientos específicos para cada uno de los posibles casos, cada uno diseñado para tener una duración de seis sesiones. A continuación se describe cada una de las sesiones programadas según el protocolo de intervención propuesto por Santillán (2015).

#### 1. Trastorno límite de la personalidad. Protocolo de Linehan

- Sesión 3. Habilidades básicas de conciencia
- Sesión 4. Habilidades de efectividad interpersonal
- Sesión 5. Habilidades de regulación de las emociones
- Sesión 6. Habilidades de tolerancia al malestar

#### 2. Sintomatología ansiosa (trastornos de la ansiedad) o estrés postraumático.

- Sesión 3. Psicoeducación
- Sesión 4. Técnica de relajación
- Sesión 5. Terapia de exposición
- Sesión 6. Reestructuración cognitiva

#### 3. Depresión o sintomatología depresiva

- Sesión 3. Incremento de actividades agradables
- Sesión 4. Reestructuración cognitiva
- Sesión 5. Distorsiones cognitivas

- Sesión 6. Habilidades en solución de problemas
4. Suicidio. Protocolo de Beck
- Sesión 3. Plan de seguridad
  - Sesión 4. Conceptualización cognitiva
  - Sesión 5. Incremento de actividades agradables
  - Sesión 6. Habilidades de afrontamiento

### **5.3 Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL)**

La UNAM no es la única institución que brinda atención gratuita a la población en materia de salud mental y de servicios de emergencia, el Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL) es “un programa atendido por psicólogos seleccionados, entrenados, capacitados y supervisados con la finalidad de proporcionar servicios de apoyo psicológico, referencia e intervención en crisis vía telefónica” (SAPTEL, 2018).

SAPTEL es un servicio que nació con un propósito “servir a los mexicanos habitantes de la capital del país en desgracia y dañados psicológicamente” (p. 116) a causa de los terremotos de 1985.

Comenzó operando vía telefónica, brindando atención a distancia y operado por psicólogos voluntarios, logrando atender alrededor de 700 personas con algún trauma psicológico consecuencia del sismo (Mancera, 2009).

Con el paso de los años, SAPTEL se ha modificado continuamente, siendo hoy un referente obligado de la formación de psicoterapeutas especializados en atender situaciones de crisis por teléfono.

En ese sentido, el servicio tiene como objetivo principal “ser una alternativa real para las personas, fundamentalmente de escasos recursos económicos o con dificultad para desplazarse a una consulta y que logren bienestar emocional” (p.119).

Mancera (2009) menciona que los voluntarios psicólogos o trabajadores sociales que desean integrarse a este proyecto deben tener al menos un 70% de créditos cubiertos de sus respectivas tareas.

Los aspirantes cursan un programa de capacitación teórica y práctica que tiene una duración de 14 sesiones de aproximadamente cinco horas, una vez por



semana durante tres meses. Posterior a esto, los consejeros que atenderán en SAPTEL son seleccionados mediante una evaluación de desempeño y una entrevista clínica.

Una vez elegido el aspirante, éste comienza a brindar atención al público durante un mínimo de nueve meses, sin embargo, continúa en un programa de capacitación permanente, el cual consta de asistencia a seminarios (Mancera, 2009).

De la misma manera, dentro de los seminarios, los consejeros son supervisados por un profesor-supervisor cada semana y cuentan, además, con supervisión conjunta, donde se revisan casos clínicos, previamente elegidos.

Como se ha mencionado, para SAPTEL (Mancera, 2009), la capacitación se divide en dos momentos diferentes, el curso de capacitación previo y la capacitación permanente para los consejeros elegidos. Los temas que se desarrollan dentro del primer curso siguiendo el modelo de Slaikeu son los siguientes (SAPTEL, 2018):  
Presentación del servicio.

1. El desafío de adaptación positiva a la modernidad.
2. Modelo SAPTEL de intervención en crisis por teléfono. Primera parte.
3. Psicopatología. Examen mental y diagnóstico psiquiátrico.
4. Psicopatología. Teoría general y especial de las neurosis y psicosis.
5. Técnicas de intervención en situaciones de emergencia y crisis. Conceptos fundamentales.
6. Técnicas de intervención en situaciones de emergencia y crisis. Generalidades técnicas.
7. Técnicas especiales de intervención en crisis: atención a víctimas de violación.
8. Técnicas especiales de intervención en crisis: atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
9. Técnicas especiales de intervención en crisis: depresión y suicidio.
10. Técnicas especiales de intervención en crisis: otras disfunciones del control de la sexualidad y la agresión.
11. Modelo SAPTEL de intervención en crisis por teléfono. Segunda parte.

## **Operatividad del programa**

Posterior al último tema, los aspirantes habrán de pasar por una entrevista realizada por miembros autorizados por el Consejo Regional, además durante el desarrollo del curso, la participación es el elemento de juicio para que los profesores evalúen aptitudes individuales. Los voluntarios elegidos dan inicio a las respectivas guardias divididas en cuatro diferentes horarios y como observadores en pequeños grupos de supervisión.

La capacitación permanente inicia después del entrenamiento previo y es obligatoria durante el periodo en el que el consejero se encuentre brindando servicio, el objetivo de esto, es que los consejeros profundicen sobre las técnicas adecuadas para la elaboración de historias clínicas y expedientes (Mancera, 2009).

De manera general, SAPTEL (Mancera, 2009) divide sus intervenciones en crisis dependiendo de la naturaleza del problema, es decir, si los elementos que perturban al individuo son externos, entonces lo denominan como urgencias psicológicas; por el contrario, si la perturbación tiene más elementos internos, entonces se le conocen como emergencias psicológicas.

Para el caso de las urgencias psicológicas, la intervención en crisis tiene como objetivos:

- Determinar el grado de desequilibrio causado por un elemento externo.
- Ayudar en el ejercicio de las funciones trastornadas.
- Buscar herramientas para restituir las funciones disminuidas.
- Contribuir en el restablecimiento del individuo.
- Guiar en la resolución de los procesos emocionales.
- Conocer los síntomas y determinar presencia de TEPT.

En el caso de las emergencias psicológicas la intervención en crisis que propone el servicio busca atender aquellos desequilibrios emocionales del usuario, enfocándose en los siguientes objetivos:

- a. Determinar tanto el tipo de impulsos con los que se enfrenta el individuo, así como sus características.
- b. Detectar el tipo y eficacia de los mecanismos de defensa a los que el individuo ha recurrido en sus intentos de solución.
- c. Optimizar el funcionamiento de tales mecanismos de defensa, con la finalidad de restablecer al individuo a su estado previo a la crisis.

- d. Evaluar y ayudar en el restablecimiento de la normalidad en funciones de angustia y culpa.
- e. Determinar el estado de los procesos de duelo.
- f. Evaluar la naturaleza de las relaciones de objeto.

Sin embargo, también existen situaciones, en las cuales mediante el discurso del individuo, los consejeros detectan que el usuario requiere de otro tipo de intervención, ya sea presencial o de tipo psiquiátrica, para lo cual recomiendan canalizar al individuo a otras instituciones.

Con el objetivo de ofrecer a la población una intervención de calidad (Mancera, 2009), se considera primordial obtener mediante metodología eficiente, toda la información relevante de los pacientes.

Por tal razón los consejeros telefónicos cuentan con una historia clínica codificada conformada por cuatro secciones: transversal, que se refiere a los datos indispensables para que el consejero realice su intervención; longitudinal, en donde se resume la historia del individuo con la finalidad de comprender el cómo es que el usuario se encuentre en tal situación de crisis; conjunto de comentarios relacionados y la sección de seguimiento, que toma en cuenta los días 15, 45 y 90 después a la última llamada de intervención, a este conjunto de estos archivos se les llama expedientes.

La característica principal del modelo de SAPTEL es que opera mediante cinco diferentes fases, las cuales se dividen de la siguiente manera (Mancera, 2009):

#### Fase 1. Primera llamada

Corresponde a la primera intervención realizada por el consejero en la cual utiliza una técnica de atención universal, ejecutando las siguientes acciones:

1. Presentación. Puesto que la atención es vía telefónica, se requiere que la voz del consejero sea amigable, con el objetivo de obtener la confianza del usuario.
2. Determinar tipo de llamada. Saptel identifica dos tipos de llamadas, por un lado, las llamadas de información o canalización hacia otros servicios de salud mental y por otro lado, la solicitud de apoyo psicológico.
3. Motivo de consulta manifiesto. Es deseable que el usuario verbalice de manera extensa el motivo por el cual solicitó el servicio.
4. Tratamientos psicoterapéuticos anteriores o actuales. Es importante, para los consejeros, saber si el usuario se encuentra en un proceso psicoterapéutico en

ese momento ya sea en SAPTEL o en otra institución, en caso de que el usuario cuente con atención psicoterapéutica, se invalida el servicio, a menos de que exista un momento realmente crítico y no pueda contactar a su terapeuta.

5. Ficha de identificación. Se solicita al usuario aquella información que complemente la historia clínica y deje en claro la situación del usuario.
6. Signos y síntomas. Consiste en obtener las características particulares de la crisis, es decir, la duración, intensidad, frecuencia, etc.
7. Examen mental. Tiene la finalidad de detectar si la crisis ha tenido efectos en funciones básicas de prueba y juicio de realidad, ya que podría canalizarse al individuo a alguna instancia psiquiátrica.
8. Sintomatología específica. Se trata de determinar la afectación en temas específicos, como la fatiga, consumo de sustancias, alteraciones en el dormir, irritabilidad, ideas obsesivas, alteración en funciones corporales, rituales, disminución de concentración, ansiedad y fobias.
9. Cierre de primer llamada. El consejero debe asegurarse de haber respondido todas las preguntas correspondientes al usuario, además le informa sobre la fecha y hora de la siguiente sesión, además de brindar un número de expediente al usuario, por último se despide.

#### Fase 2. Segunda llamada

En esta fase se retoma la primer llamada, para complementar los datos faltantes de la primer sesión, además se realiza el encuadre del trabajo terapéutico, es decir, se explica al usuario la manera en la que se va a trabajar y algunas características del enfoque utilizado por el consejero, posterior a esto, se comenzará con la intervención mediante entrevista.

#### Fase 3. Siguiendo llamadas hasta la vigésima

SAPTEL considera que 20 llamadas representan un límite suficiente para una intervención breve y en todo momento los consejeros son supervisados, sin embargo, existen casos especiales en los cuales, los usuarios solicitan un mayor número de sesiones.

#### Fase 4. Vigésimo primer llamada en adelante.

Antes de tomar la decisión de brindar más llamadas al usuario, el consejero realiza un amplio estudio para determinar si para el usuario es la mejor alternativa o canalizarlo a otro tipo de intervención, ya que, en este tipo de caso, la relación

terapéutica se establece como psicoterapia por teléfono, de igual manera, el consejero estará en supervisión continua.

Fase 5. Seguimiento. Últimas llamadas.

El seguimiento tiene como objetivo indagar sobre los acontecimientos posteriores a la crisis así como de la intervención del consejero.

Para esta fase, el consejero pedirá autorización al usuario para ser él quien marque al número del usuario, aunque se sugiere al usuario tomar la iniciativa y realizar la llamada de seguimiento 15 días después, el consejero realiza las dos últimas llamadas a los 45 y 90 días respectivamente.

Los programas de intervención aquí descritos responden a la necesidad que existe en materia de salud mental de proveer atención psicológica a la población en situación de crisis por diferentes medios.

Los tres programas cuentan con procedimientos específicos de intervención, a pesar de esto, solamente dos describen (Mancera, 2009; Santillán, 2015) de manera general el entrenamiento que ofrecen a los voluntarios. A continuación se expone la tabla tres, en la cual se encuentran los dos programas que cumplieron los requisitos para la comparación, posteriormente se presenta la discusión y las conclusiones con respecto a los programas de emergencia psicológica descritas en este trabajo.

**Tabla 3***Características de los programas CREAS y SAPTEL*

| <b>Especificación y Diseño</b>                  | <b>CREAS</b>   | <b>SAPTEL</b>   |
|---|--|---|
| Coordinador del programa                        | Dra. Carolina Santillán Torres Torija  | Mtro. Javier Ramos  |
| Entrenadores                                    | Coordinadora, psiquiatra, especialista en terapia familiar sistémica, especialista en estudios de género   | Coordinador, tanatólogo   |
| Objetivo del programa                           | Entrenar a egresados de Psicología para que puedan atender a estudiantes que soliciten asesoría psicológica, a través de un curso de entrenamiento basado en Terapia breve con un enfoque Cognitivo Conductual para casos de emergencia. | Promover un mayor bienestar emocional en la sociedad, incrementando la gama de servicios en salud, y al mismo tiempo proveyendo la instancia que vincula a los usuarios con los servicios existentes. |
| Recursos materiales                             | Artículos teóricos, escalas, diapositivas, tareas, registros y manual de procedimientos  | Artículos teóricos y manual de procedimientos   |
| Requisito de ingreso                            | Egresados y voluntarios con licenciatura en psicología   | Alumnos con 70% de créditos de psicología, servicio social, egresados y licenciatura.   |
| Corriente Psicológica                           | Cognitivo-Conductual   | Modelo Slaikeu  |
| Población atendida                              | Estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala  | Población en general vía telefónica.  |
| Tipo de entrenamiento                           | Breve  | Intermedio  |
| Número de sesiones del entrenamiento            | 20   | 14  |
| Horas de sesión y total del entrenamiento       | 2h/40h   | 5h/70h  |
| Tiempo de permanencia de entrenados             | 6 meses  | 6 meses (voluntarios)-9 meses (servicio social)   |
| <b>Estrategias de enseñanza (conocimientos)</b> | <b>CREAS</b>   | <b>SAPTEL</b>   |
| Lecturas  | Material proporcionado vía internet, lista de referencias para ampliar información de los temas  | Material proporcionado vía internet, lista de referencias para ampliar información de los temas   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Clase   | Generada a partir de las lecturas de los alumnos y guiada por el entrenador, además de la resolución de dudas  | Generada a partir de las lecturas de los alumnos y por medio de una presentación de power point de cada tema  |
| Modelaje                                      | Una vez que termina la explicación teórica, el entrenador procede a modelar algún procedimiento y resolución de dudas  | Mediante la resolución de dudas   |
| Demostración                                  | –  | Por medio de videos presentados durante la clase  |
| <b>Estrategias de enseñanza (habilidades)</b> | <b>CREAS</b>   | <b>SAPTEL</b>   |
| Ejercicios de roles                           | Entrenador-Entrenado<br>Entrenado-Entrenado  | Entrenado-Entrenado   |
| Ejercicios de experiencia propia              | Auto-registros   | –   |
| Autorreflexión                                | –  | Ejercicio de reflexión con respecto a la muerte.  |
| Práctica                                      | Consiste en la atención cara a cara con alumnos universitarios que han reportado conductas asociadas al suicidio.  | Consiste en atención psicológica vía telefónica a público en general, en especial a personas en crisis.   |
| <b>Supervisión</b>                            | <b>CREAS</b>   | <b>SAPTEL</b>   |
| Tipo  | Grupal   | Grupal  |
| Frecuencia                                    | Una vez a la semana/durante y después del entrenamiento  | Una vez a la semana/después del entrenamiento   |
| <b>Evaluación (al entrenado)</b>              | <b>CREAS</b>   | <b>SAPTEL</b>   |
| -Conocimiento adquirido sobre la práctica     | Una vez concluido el entrenamiento los egresados responden una evaluación y aquellos que cuenten con más del 80% de las respuestas correctas tendrán una entrevista de evaluación con la supervisora del programa. | Los aspirantes habrán de pasar por una entrevista realizada por miembros autorizados por el Consejo Regional, además, la participación es el elemento de juicio para que los profesores evalúen aptitudes individuales. |
| -Cómo demuestra y aplica el conocimiento      |  |   |
| <b>Evaluación (al entrenamiento)</b>          | –  | –   |

Fuente: Creación propia

## **VI. Discusión y conclusiones**

El presente trabajo tuvo como objetivo describir y comparar las características de algunos programas de formación a psicólogos en intervención en crisis, emergencias psicológicas y primeros auxilios psicológicos.

En primer lugar, es evidente que existen situaciones que son prácticamente imposibles de prevenir como los accidentes o los desastres naturales, y en un país como México donde las situaciones altamente estresantes forman parte de la vida diaria de buena parte de los habitantes se requiere de la aplicación de conocimiento psicológico.

Por ende, la formación de psicólogos capacitados para intervenir ante el aumento de problemáticas que ponen en riesgo la salud mental y la vida de las personas es necesaria.

La intervención en crisis al igual que los primeros auxilios psicológicos son una forma efectiva de prevenir el desarrollo de posibles trastornos mentales en la población afectada.

En la actualidad existen al menos tres diferentes programas de formación e intervención dirigidos para psicólogos en el área metropolitana, dos de ellos operando como estrategias dentro de la UNAM, las cuales no forman parte de las asignaturas de la carrera de psicología y se tiene acceso a ellas mediante algunos requisitos que cada programa establece.

Esto se debe a que la intervención en crisis es una especialidad que requiere de competencias y conocimientos específicos como evaluar de manera precisa el grado de crisis, identificar las variables que intervienen, reconocer el nivel de funcionamiento del individuo, así como determinar la estrategia de intervención más adecuada.

Adquirir y desarrollar competencias que permitan a los psicólogos intervenir en este tipo de estrategias es posible mediante un entrenamiento específico diseñado a partir de la problemática a resolver y de la población que se va a atender.

De acuerdo con Eguiluz (2010) hasta hace algunos años ninguna escuela había contemplado la necesidad de formar psicólogos especialistas en intervención en crisis a pesar de la existencia de diversos programas. Por un lado,



aunque el programa Saptel ha brindado entrenamiento desde el año 1992, no forma parte de alguna institución académica.

Y por otro lado, según la historia del programa de intervención en crisis de la Facultad de Psicología (Álvarez, 2011), esta estrategia ha operado por más de 15 años interviniendo en diversas catástrofes en diversos puntos de la República Mexicana, sin embargo, en la revisión de la literatura no se encontró información alguna referente al entrenamiento que ofrece este programa.

El contar con dicha información podría dar pie a realizar otro tipo de investigaciones en el futuro como comparar la efectividad de las intervenciones realizadas entre los programas, así como la forma de evaluar a los entrenados.

Ya sea de manera presencial o vía telefónica, los programas cuentan con un objetivo específico, una población definida y han desarrollado protocolos de intervención para diferentes escenarios, lo que podría indicar que este tipo de estrategias puedan trasladarse a otros contextos y atender a otro tipo de poblaciones.

Empero, antes de intervenir es necesario entrenar, el problema radica en que crear un programa de formación depende de múltiples factores como lo son tener un objetivo y delimitar a la población a la que atenderá la estrategia, contar con los recursos humanos, materiales y económicos adecuados, diseñar el entrenamiento y las estrategias de enseñanza, etc.

En ese sentido las estrategias CREAS y SAPTEL son programas enfocados en la enseñanza de primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis y aunque sus objetivos y poblaciones son diferentes, comparten algunas similitudes en cuanto al entrenamiento, pero con discrepancias importantes.

En primer lugar, aunque ambos programas brindan material de lectura a sus entrenados, también cuentan con entrenadores de disciplinas que complementan la labor del psicólogo, en el caso de Saptel solo reporta un entrenador no psicólogo lo que en términos de formación podría considerarse como una desventaja considerando el hecho de que la atención va dirigida a la población en general, por otro lado el CREAS tiene personal de diversas áreas, lo cual refiere un trabajo multidisciplinario.

Por otra parte, a pesar de la variedad que existe en cuanto a modelos teóricos en intervención en crisis se refiere, lo cierto es que al tratarse de situaciones en donde la salud mental, y en ocasiones, la vida de la persona está en riesgo, la

intervención tiene que procurar la ética y la responsabilidad profesional. Por ello, utilizar metodología científica y basada en evidencia podría ofrecer resultados confiables y benéficos para la población atendida.

En cuanto a las estrategias de enseñanza de conocimientos, estas coinciden con lo señalado por Ludgate (2016), la clase y las lecturas son las maneras más empleadas para transmitir conocimientos, además de la resolución de dudas que los entrenados vayan generando durante el entrenamiento. El uso de otras estrategias como el modelamiento o la demostración por medio de videos también han sido empleados con la finalidad de complementar la clase.

Sin embargo, en lo referente a la enseñanza de habilidades, a pesar de que el ejercicio de roles es la estrategia más utilizada, el programa CREAS realiza ejercicios donde interactúa el entrenador con los entrenados y de igual forma entrenado con entrenado, y en el caso de SAPTEL el ejercicio de roles es únicamente de entrenado con entrenado que tiene la finalidad de corregir posibles errores al intervenir.

Lo cual puede ser una limitante si se tiene que cuenta que la adquisición de habilidades también se da por medio de la observación y en ese sentido el CREAS combina la observación con el ensayo y error, además de incluir ejercicios de experiencia propia.

Por otro lado, aunque la manera de desarrollar y perfeccionar las habilidades aprendidas es por medio de la práctica, en este tipo de programas solo es posible acceder a esta después de la evaluación.

Con respecto a este rubro los programas utilizan la entrevista como método de evaluación, en el caso de CREAS, primero realizan una evaluación y si el entrenado cumple con un porcentaje del 80% de aciertos, accede a la entrevista, en el caso de SAPTEL, todos los entrenados realizan la entrevista, además de que este programa considera la participación de los asistentes como un elemento de evaluación.

Al respecto, Muse y Mcmanus (2013) refieren que la evaluación es un proceso continuo que comprende varias etapas. En un primer momento, la evaluación gira en torno a los conocimientos teóricos y metodológicos que el entrenado ha adquirido durante el entrenamiento, lo cual puede evaluarse por medio de entrevistas, ensayos conductuales y escalas.

Posteriormente, la evaluación se centra en la demostración de los conocimientos y cómo los aplica durante las prácticas. Para ello, es recomendable que el supervisor incluya a los pacientes atendidos y sean estos quienes evalúen el desempeño del entrenado con la finalidad de comprobar que se hayan aplicado de manera adecuada las habilidades aprendidas y encontrar posibles áreas de oportunidad del voluntario, cabe señalar que este tipo de evaluación difiere a la supervisión y ningún programa hace mención sobre evaluación durante la práctica.

Otro punto a considerar es el proceso de los psicólogos ya entrenados antes de comenzar a intervenir. Aunque ningún autor considera esta fase, el CREAS reporta que una vez que los voluntarios hayan sido aprobados en la evaluación, estos inician como observadores de sesiones con otro terapeuta experimentado, esto puede ser una medida de gran importancia debido a la responsabilidad que implica la atención a la población en crisis.

Además de la evaluación, es recomendable que los entrenados cuenten con supervisión de manera constante, ya sea de manera grupal o individual y esto puede ser desde que los entrenados se encuentran en formación. Para Saptel, la supervisión es grupal y se realiza una vez a la semana únicamente a los voluntarios que atienden la línea telefónica y en el caso de CREAS esta, de igual manera es grupal y semanal y pueden asistir los voluntarios que se encuentran en entrenamiento.

Finalmente, la evaluación por parte de los asistentes hacia el entrenamiento recibido es algo que ninguno de los programas menciona. Al respecto, se esperaría que estos evaluaran cuatro diferentes aspectos, la comprensión de los entrenados, es decir, la claridad de los conceptos y la explicación de los temas enseñados; la satisfacción de los participantes con lo aprendido; la adquisición de conocimientos y habilidades; y cambios de conducta en el mundo real y con los usuarios.

Que los entrenados evalúen al entrenamiento, podría ser benéfico para todos los programas en términos de captar posibles áreas de oportunidad y de mejorar tanto los contenidos teóricos como las estrategias de enseñanza.

Dentro de las limitaciones del presente estudio es no contar la información completa del programa PAVDNS, además, todos los programas contaban con

diferencias en la población que atendían, por ello, no es posible comparar a los programas, ya que cada entrenamiento cambia de acuerdo a sus necesidades.

Por último, se ha visto que un programa de formación va más allá de los contenidos teóricos y la enseñanza de habilidades, en términos generales, los programas que si fueron descritos en su totalidad cumplen con lo descrito en la literatura.

Sin embargo, se han identificado algunas posibles limitaciones de los programas. Por un lado, Saptel al no contar con otros profesionales de la salud puede limitar la intervención de los psicólogos. Además, no cuenta con una fase de adaptación posterior a la evaluación, ya que una vez terminado el entrenamiento, el psicólogo comienza a intervenir y en una estrategia que es vía telefónica y donde incluso de la vida de las personas está en riesgo sería recomendable que otro más experimentado le guiara.

En el caso del CREAS, la limitación no radica en el entrenamiento, puesto que cumple con la mayoría de lo mencionado por la literatura sino en cuestiones temporales, es decir, al ser un programa académico, se ve limitado a los tiempos que establece la propia Universidad.

En conclusión, los psicólogos cuentan con un campo de investigación y aplicación que requiere de su intervención inmediata y la investigación sistemática tanto de los programas de entrenamiento como de intervención podrían ayudar a mejorar los programas ya existentes o ser utilizados como referencia para nuevo proyectos.

Al igual que lo reportado por Ludgate (2016) la falta de información al respecto de este tipo de entrenamientos dificulta su estudio, por lo que se sugiere documentar los programas de entrenamiento existentes para poder realizar otro tipo de investigaciones.

## Referencias.

- Álvarez, J. (2011). *Reporte del programa de intervención en crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM: una propuesta de atención psicosocial*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)* Madrid: Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2017). Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults. Recuperado de <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (2016). "Anuario de Educación Superior de Licenciatura 2016-2017". Disponible en <http://www.anui.es/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior/>
- Bellak, L. y Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax.
- Bellak, L. y Siegel, H. (1983). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bensabat, S. & Selye, H. (1994). *Estrés: Grandes especialistas responden*. París: Mensajero.
- Brewin, C., Andrews, B., Rose, S., Kirk, M. & Phil, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156, 360-366.
- Cardozo, I. & Rondón J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17, 1079-1107.
- Colina, A. (2016). La oferta y demanda de formación profesional del psicólogo en México. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 3, 1-28.
- Companioni, O. (2015). El proceso de formación profesional desde un punto de vista complejo e histórico-cultural. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15, 1-23.
- Costa, Maricel.(Comp.). (2017). *Intervenciones psicosociales en emergencias y desastres: construcciones desde la experiencia*. Córdoba: Brujas.
- Dirección General de Comunicación Social. (2017). *Programa de intervención en crisis a víctimas del desastre*. Viernes 23 de Junio de 2017. Disponible en:

<http://www.dint.unam.mx/blog/index.php/item/3311-programa-de-intervencion-en-crisis-a-victimas-de-desastres>

- Domínguez, B. (1994). El alivio del dolor crónico asociado con el cáncer: aportaciones de la psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 11, 163-173.
- Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S., Cruz, A., & González, L. (2002). *Manual para el Taller Teórico-Práctico de Manejo del Estrés*. México: Plaza y Valdés.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*, 15, 373-387.
- Eguiluz, L. y Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22 (2), 72-80.
- Eguiluz, L. y Vilchis. (2014). Las fortalezas humanas y la satisfacción con la vida. *Psicoterapia y Familia*, 27 (1), 32-44.
- Eguiluz, L. (2013). Proyecto Papime R.PE304313. Atención Psicológica Para Casos de Emergencia.
- Eguiluz, L. (2010). *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?*. México: Pax.
- Eguiluz, L., Juárez, S., Carrasco, I., Cruz, A., Rosales, C. y Córdova, M. (2003). Relación entre la ideación suicida y la inteligencia en estudiantes de preparatoria. *Systemica*, 11, 53-64.
- Friedman, M. (2015). *Posttraumatic and acute stress disorders*. Switzerland: Springer International.
- Galende, E. (1997). De un horizonte Incierto. *Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Gantiva, C. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psycholigia. Avances de la disciplina*, 4, 143-145.
- García, M. & Velázquez, R. (2016). Oferta Laboral Para el Psicólogo Recién Egresado. *Revista Universitaria Digital de Ciencias Sociales*, 12, 1-18.
- Gómez del Campo, J. (1994). *Intervención en las crisis: Manual para el tratamiento*.
- Gutiérrez, A., Contreras, C. & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29, 66-74.
- Imbernón, C. & García, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 104, 437-453.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). "A propósito del día internacional de la juventud (15 a 29 años) 12 de Agosto". Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). "Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio". Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf)
- Instituto Nacional de Psiquiatría (2010). Guía Clínica para el Manejo de Ansiedad. Recuperado de [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo\\_ansiedad.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf)
- Kendall. P. y Norton-Ford. J. (1988). *Psicología clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Planeta.
- Ludgate, J. (2016). Continuing education for therapists in practice. En Sudak, D., Trent, R., Ludgate, J., Sokol, L., Fox, M., Reiser, R. & Milne (Ed). *Teaching and supervising cognitive behavioral therapy*, (pp. 159-181). New Jersey, United States of America: John Wiley & Sons.
- Mancera, N. (2009). *Propuesta de un manual de terapia cognitiva dirigida a usuarios- sexo femenino- del SAPTEL que presentan sintomatología depresiva*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. & Fleiz, C. (2002) Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública México*, 47, 1-16.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. México: Paidós.
- Morfín, T. & Ibarra, A. (2015). *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar*. México: Manual Moderno.
- Muse, K. &
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33, 171-190.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Parada, A. (2012). La intervención en crisis como herramienta terapéutica del psicólogo de la salud. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 1, 7-14.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rubin, B. & Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ruíz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Salas, I. & Murillo, L. (2013). Los profesionistas universitarios y el mercado laboral mexicano: Convergencias y asimetrías. *Revista de la Educación Superior*, 42, 63-81.
- Salazar, I., Caballo, V. & González, D. (2007). La intervención psicológica cognitivo-conductual en las crisis asociadas a desastres: una revisión teórica. *Psicología Conductual*, 15, 389-405.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno.
- Santacreu, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 3-20.
- Santillán, C. (2019). Manual de Intervención del protocolo de reacción y modelo de intervención psicológica relacionado con el impacto emocional en la población y estrés postraumático después de un desastre en la CDMX. Ciudad de México: UNAM.
- Santillán, C., Chávez, E., García, H., Meza, A., Flores, O. y Escalante, S. (2019). Atención de Emergencias Psicológicas a Estudiantes de las Carreras de Salud en la UNAM FESI. En Valdez, S., Arenas, L. (Ed.). *Simplemente Quería Desaparecer... Aproximaciones a la Conducta Suicida de Adolescentes en México*, (pp. 171-182). Cuernavaca, México: Instituto de Salud Nacional de Salud Pública
- Santillán, C. [CREAS Iztacala]. (2017, Febrero 8). Sesión 1.1 Algoritmo de atención [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=d4nymhaSTfU>
- Santillán, C., Espinosa, V., Sandoval, A. & Eguiluz, L. (2017). Bienestar Psicológico, conductas asociadas al suicidio y el desempeño académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20, 1124-1150.



- Santillán, C. (2015). Manual de entrenamiento para psicólogos del programa: crisis emergencia y atención al suicidio. Universidad Nacional Autónoma de México: FES-Iztacala.
- Sapolsky, R. (2013). *¿Por qué las cebras no tienen úlceras?*. Madrid: Alianza.
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono. (2018). SAPTEL somos todos. Recuperado de <http://www.saptel.org.mx/index.html>
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Universidad Autónoma de Barcelona, "Curso virtual: Primeros Auxilios Psicológicos", Coursera, 2015. Recuperado de: <https://www.coursera.org/learn/pap/home/info>
- UNAM-Facultad de Psicología. (2008). *Plan de Estudios*. Disponible en: [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/Licenciatura\\_Psicologia\\_UNAM\\_Plan\\_de\\_Estudios\\_2008\\_Informacion\\_y\\_estructura.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/Licenciatura_Psicologia_UNAM_Plan_de_Estudios_2008_Informacion_y_estructura.pdf)
- UNAM-FES Iztacala. (2014). *Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología Tomo II*. Disponible en: [http://psicologia.iztacala.unam.mx/Docs-Cambio-Curricular/TomoI Psicología FES Iztacala 27\\_11\\_2015.pdf](http://psicologia.iztacala.unam.mx/Docs-Cambio-Curricular/TomoI Psicología FES Iztacala 27_11_2015.pdf)
- UNAM-FES Zaragoza. (2010). *Propuesta de Modificación al Plan y Programas de Estudio de la Licenciatura en Psicología (Sistema Presencial)*. Disponible en: [https://www.zaragoza.unam.mx/portal/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/psicologia/plan\\_estudios\\_psicologia.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/portal/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/psicologia/plan_estudios_psicologia.pdf)
- Vargas, J. (2006). Psicología clínica: consideraciones generales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2, 49-66.
- Vargas, J. (2010). Intervención interconductual en el contexto clínico (IICC): Un caso, separación de la pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 39-55.
- Vargas, J. (2011). Estado actual de la psicología: Opiniones en el 2011. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 373-383.
- Weiner, I. (1992). *Métodos en Psicología Clínica*. México: Limusa.
- Zarzoza, L. (2015). Los límites de la carrera psicología y el necesario cambio de paradigma en su enseñanza. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 20, 243- 256.