



**Universidad Nacional Autónoma  
de México**



**Facultad  
de Psicología**

**Facultad de Psicología**

**División de Estudios Profesionales**

**Situaciones de Crisis en el Programa de Atención  
Psicológica a Distancia UNAM: Guía de Respuesta**

Que para obtener el título de: Licenciado en Psicología

Sustentante: Alister Arzu Franco Ravelo

**Informe Profesional de Servicio Social (IPSS)**

**Director: Dr. Jorge Rogelio Perez Espinosa**

**Revisora: Dra. Janett Esmeralda Sosa Torralba**

**Lugar: Ciudad Universitaria, Ciudad 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 mis padres que en todo momento me apoyaron a crecer, a formar valores e ideales que actualmente me definen y que me impulsan a seguir creciendo en forma personal y profesional, que con el ejemplo me enseñaron aquellas cosas que con palabras no eran suficientes y que siempre han estado disponibles para ayudarme y seguir mostrándome el camino correcto para ser un hombre de bien.

Al Dr. Jorge Rogelio por sus enseñanzas y acompañamiento durante la licenciatura, ofreciéndome lecciones sobre la carrera y mi persona, a la Dra. Janett Esmeralda por su extraordinaria paciencia, disponibilidad, y amabilidad. A todos mis profesores y compañeros, personas que me han dejado enseñanzas profesionales, experiencias, consejos, perspectivas, ejemplos e ideas para mi desarrollo profesional.

A mis amigas Diana y Diandra que me acompañaron una gran parte de mi trayecto estudiantil, alegrando los momentos y compartiendo momentos que hacen valer el dicho que los amigos son un tesoro.

Mis amigos Adir y Edgar con quienes compartí grandes experiencias de vida, hallando compañerismo y camaradería así como un afecto sincero a través de su presencia, consejo y compañía.

A Sara quien más enseñanzas de la vida me mostró y que con su amor, su amistad, su paciencia y su tolerancia me ayudó a crecer, a creer en mí y reconocer mis virtudes y lo mejor de mí, así como a encontrar los detalles y simplezas de la vida que la vuelven única e irrepetible. A través de su ejemplo y sus acciones me enseñó a creer en los sueños y en que pueden ser una realidad, y algo muy propio de ella y que siempre admiré, a siempre volver posible lo imposible.

Gracias a ti por todas las aventuras, por cada momento, y cada instante, que junto contigo se volvieron las mejores vivencias y experiencias que pude hallar y elegir, sin duda alguna, fuiste tú lo mejor que me pudo suceder en la vida.

## Indice:

<b>Resumen .....</b>	<b>5</b>
<b>I Datos generales del servicio social.....</b>	<b>6</b>
<b>II Contexto de la Institución y del Programa donde se realizó el servicio social ....</b>	<b>8</b>
Antecedentes del Programa.....	8
El Programa de Atención Psicológica a Distancia, Hoy. ....	9
Estructura de personal del PAPD .....	16
Características de los operadores. ....	19
<b>III Descripción de las actividades realizadas en el servicio social .....</b>	<b>20</b>
<b>IV Objetivos del Informe Profesional de Servicio Social .....</b>	<b>31</b>
<b>V Marco Teórico .....</b>	<b>32</b>
<b>Capítulo I La ansiedad como promotor de una crisis psicológica .....</b>	<b>32</b>
1.1 ¿Qué es la ansiedad?.....	32
1.2 Componentes y síntomas de la ansiedad .....	33
1.2.1 Ansiedad como estado emocional y ansiedad como rasgo de personalidad. ....	34
1.2 Causas de la ansiedad.....	35
<b>Capítulo 2 El estado de crisis psicológica.....</b>	<b>39</b>
2.1 Las crisis psicológicas.....	39
2.2 La teoría de las crisis .....	41
2.2.1 Hipótesis principales .....	42
2.3 La teoría de los sistemas en el estado de crisis.....	51
2.3.1 Los sistemas que interactúan en las crisis.....	54
<b>Capítulo 3 Crisis Vitales y Crisis del Desarrollo.....</b>	<b>57</b>
3.1 Crisis vitales del desarrollo .....	57
3.2 Crisis circunstanciales en la Vida.....	60
<b>Capítulo IV Los Primeros Auxilios Psicológicos.....</b>	<b>67</b>
4.1 Intervención en crisis .....	67
4.2 Intervención de primera instancia (Primeros Auxilios Psicológicos). ....	68
4.3 Intervención de segunda instancia (Terapia para Crisis) .....	74
<b>VI Actividades durante el Servicio.....</b>	<b>78</b>

<b>VII Resultados .....</b>	<b>94</b>
<b>VII Recomendaciones y Sugerencias .....</b>	<b>98</b>
<b>Reflexiones .....</b>	<b>105</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>107</b>
<b>IX Referencias .....</b>	<b>108</b>
<b>X Anexos.....</b>	<b>111</b>

## **Resumen**

En el presente trabajo se muestra cómo es que se desarrollan las funciones en el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM, se explican los servicios que se brindan así como el proceso que corresponde a cada modalidad de atención del programa que son las siguientes; referenciación a una institución que se especialice en la situación a tratar, canalización con un especialista egresado de la Facultad de Psicología de la UNAM, y la atención breve que se brinda a los usuarios, dentro de la atención breve se encuentran los Primeros Auxilios Psicológicos que para los propósitos del Informe tendrá una atención especial.

Dentro de las atenciones que se brindan en el programa, la principal es la modalidad de atención o terapia breve que consiste en una serie de sesiones de consulta psicológica en la cual las personas que recurren al programa (que nosotros llamaremos “usuarios”) explican la situación por la que requieren orientación psicológica ya que dicha situación ocasiona efectos adversos en su cotidianidad afectando su estilo de vida y en ocasiones, la forma en la cual se relacionan con otras personas.

En el programa se atienden problemas de pareja, situaciones de ansiedad, problemas familiares, situaciones de violencia, situaciones en los que se presentan síntomas de depresión, etc. No obstante, hay ocasiones en que los usuarios se ven afectados por una situación que rebasa su capacidad propia de manejar, considerar y darle solución a la problemática que presentan, acudiendo al programa en un estado de intensa agitación emocional presentando algunos otros síntomas de lo que se conoce como un ataque de pánico o crisis de ansiedad y que en el programa se tratan como Primeros Auxilios Psicológicos.

**Palabras Clave:** atención breve, crisis, depresión, problemas de pareja.

## **I Datos generales del servicio social**

En Facultad de Psicología ubicada en Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se ofrecen algunos servicios a la comunidad universitaria y a la población externa a la UNAM. Dichas posibilidades de atención se concentran hacia la atención psicológica a las personas que lo solicitan, y pueden ser sesiones psicológicas individuales y grupales, servicios de orientación y/o talleres, presentaciones o exposiciones, entre otros servicios. Una de estas prestaciones que ofrece la Facultad es el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM o PAPD (por sus siglas), dicho programa se encarga de brindar un servicio de atención psicológica a distancia que sea de calidad y profesional tanto a la población externa a la UNAM como a la interna.

Los servicios disponibles en el PAPD son tres: El más solicitado y la base del programa, es la terapia breve a distancia que consiste en que el usuario se comunica y explica el motivo de su llamada, que usualmente son casos de problemas de pareja, síntomas de depresión o casos de ansiedad. Esta atención continua aproximadamente entre 6 y 8 sesiones en las cuales se busca guiar y orientar al usuario a la reflexión y búsqueda de opciones para la resolución de su problema (Martínez, 2016). En caso de que el usuario requiera una terapia presencial, o que sea un problema que en el programa no se puede atender, se realiza una canalización con un especialista egresado de la Facultad o se le da la referencia de una institución que pueda cubrir sus necesidades.

Entre los objetivos del programa se encuentra la formación de los estudiantes (o voluntarios que tengan estudios en psicología), que pasaría a ser el segundo servicio otorgado por el programa. Aquellos individuos que laboran en el programa reciben el nombre de operadores, a los operadores se les enseña a atender las situaciones que se puedan presentar acorde al esquema de atención establecido en el programa, que es la atención breve bajo el enfoque cognitivo-conductual. Se capacita a quienes laboran en el PAPD en el manejo de plataformas electrónicas mediante la cual se realiza el informe de los usuarios, la captura de datos personales de los mismos, a

través de dichas plataforma es que se realizan las canalizaciones con los psicólogos especialistas y en la misma lleva el registro de qué servicio fue el que se le proporcionó al usuario. La preparación y formación dada a los estudiantes no es sólo en sentido práctico, se les capacita teóricamente para afrontar las situaciones que pueden surgir además de sugerir formas de reaccionar ante los casos que se presenten.

El esquema de servicio en el PAPD tiene como base el uso de técnicas del enfoque Cognitivo Conductual tratando de que las intervenciones aunque sean breves resulten ser efectivas, mediante la promoción de la autoeficacia del usuario y el uso de la terapia centrada en soluciones que trata de darle una respuesta a los problemas que manifiesten los usuarios de una forma eficiente. Considerando que uno de los objetivos es que el servicio sea de calidad, en el programa se tiene flexibilidad para que los operadores utilicen las técnicas del enfoque Cognitivo-Conductual que crean pertinentes, también se permite el uso de técnicas de otros enfoques que beneficien al usuario, aprovechando la flexibilidad que permite la terapia centrada en soluciones buscando cambiar el pensamiento lineal de causa – efecto, reemplazándolo por un pensamiento sistémico, es decir que el medio, las relaciones, u otras situaciones pueden estar ligadas al problema.

Dentro de la capacitación bajo la cual se forma al estudiante se le enseña a saber distinguir la situación que es la raíz de los problemas de los usuarios, para lograr una distinción que sea más exacta se emplea la Guía de intervención mhGaps (*mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*) que mediante un tamizaje arroja un indicio con respaldo clínico de alguna situación que pudiera afectar al usuario (Facultad de Psicología, s/a).

Finalmente como tercer servicio proporcionado por el programa se encuentra la impartición de cursos y platicas informativas que, por lo regular, durante el servicio social fueron solicitadas sobre el manejo de situaciones de crisis ante un desastre natural. Un grupo de operadores acompañados de, por lo menos, dos supervisores se trasladaban a la locación donde se solicitó el servicio, y presentaban el tema junto con formas prácticas y accesibles de crear opciones para resolver la situación dada.



## **II Contexto de la Institución y del Programa donde se realizó el servicio social**

### **Antecedentes del Programa**

El Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM (PAPD por sus siglas) tiene su origen en el año 2009. El PAPD surge como respuesta a la epidemia del virus de la Influenza AH1N1, ya que la población en la Ciudad de México se encontraba en su mayoría en un estado de incertidumbre y ansiedad generalizada debido a la gravedad y desconocimiento de la enfermedad. Se comenzó brindando el servicio de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's) por académicos y estudiantes de Facultad de Psicología asentando así la base del Programa que hay en la actualidad. (García, 2017; Rodríguez, 2017). El servicio consistía en dar información confiable a la población acerca del virus, además de informar sobre las formas más efectivas de prevenir la contracción del virus y en caso necesario se daban informes sobre el tratamiento a los síntomas que estaban presentes. El número telefónico que se utilizó en aquella época fue el 01 800 123 1010 que tenía una cobertura a nivel nacional, el servicio era gratuito y permanece así en la actualidad (Martínez, 2016; Ríos, 2018).

Debido a la efectividad que tuvo la atención brindada por el programa en la crisis de la Influenza, en el año 2012 se establece en la Facultad de Psicología el Call Center UNAM coordinado por el Mtro. Jorge Álvarez Martínez. El Call Center comenzó a operar como un servicio gratuito a la comunidad universitaria con el número de atención 56-22-22-88 en horario de lunes a viernes de 8:00 am a 20:00 pm, a partir de que se establece el Call Center se comienza a dar atención a otras situaciones psicológicas no sólo limitándose a los PAP's, se comenzaron a atender problemas de pareja, problemas familiares, situaciones de estrés, ansiedad y depresión (Martínez, 2016).

## **El Programa de Atención Psicológica a Distancia, en la actualidad.**

En la actualidad el PAPER opera bajo la línea 56-22-22-88, el servicio permanece como gratuito, así como el horario de servicio que se mantiene, es de lunes a viernes con un cambio en el horario de atención de 8:00 am a 18:00 pm, manteniendo el esquema de atención a las situaciones de los usuarios por ejemplo situaciones de ansiedad, separaciones, casos con síntomas de depresión, situaciones de crisis, etc... En el programa se da prioridad a las situaciones de crisis debido al riesgo que representan para los usuarios.

El PAPER utiliza un encuadre que establece un compromiso y demanda respeto en la relación operador-usuario, el encuadre que se utiliza es el siguiente:

“Buenos días/ buenas tardes, Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM, le atiende \_\_\_\_\_. ¿Con quién tengo el gusto? Los servicios que le puedo ofrecer son los siguientes: la atención breve que consiste en sesiones de entre 45-50 minutos, las sesiones son una vez por semana y en total son entre 6 y 8 sesiones, es un servicio totalmente gratuito sin ningún costo, el servicio es totalmente confidencial y todo lo comentado durante las sesiones permanece de esa forma. El siguiente servicio que le puedo ofrecer es el programa de Terapeuta Invitado que consiste en referenciarle con un terapeuta especialista egresado de la Facultad de Psicología de la UNAM, este servicio tiene un costo que es de \$150 para la comunidad UNAM y de \$200 para la comunidad externa. Por último le puedo canalizar con alguna institución pública o privada que pueda darle el apoyo psicológico. Para poder darle el servicio le tomaré algunos datos personales que quedan protegidos por lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Le comento que el servicio no se brinda a menores de 16 años, a personas con situaciones legales o personas con situaciones psiquiátricas” (Facultad de Psicología, s/a).

Una vez que se le da el encuadre al usuario se le pregunta por el servicio de su elección y se realiza el procedimiento correspondiente en la plataforma electrónica, a la cual ingresan los operadores y es en ésta donde se toman los datos principales de los usuarios para que puedan ser registrados en la plataforma, los datos que se solicitan

son: nombre completo, un número telefónico, correo electrónico y edad. Una vez realizado este proceso, se procede a hacer el registro completo de datos para la referencia en el programa de terapeuta invitado, o la canalización con alguna institución.

En el caso de que el usuario elija la intervención breve, se procede a escuchar cual es la situación del usuario, esta primera sesión tiene una duración de entre 45 y 50 minutos, al terminar la sesión se le explica al usuario en caso de que se acuerden más sesiones que el programa cuenta con una tolerancia de 15 minutos después de la hora de su cita por lo que pasados los 15 minutos, no se le podrá brindar el servicio. En caso de que los usuarios no se comuniquen durante dos sesiones seguidas se le dará de baja en el programa. Para las intervenciones breves cuando finaliza la primera llamada se realiza una encuesta de satisfacción de servicio, al finalizar la intervención en su totalidad se vuelve a realizar la encuesta de satisfacción. Una vez concluida la terapia con un usuario, no se le puede volver a brindar servicio de terapia breve hasta dentro de 6 meses.

Respecto a la canalización se trata de que sea lo más cercana posible a su domicilio y se incluyen por supuesto otros centros de servicio de la UNAM. En cuanto al programa de terapeuta invitado, se asigna el terapeuta de acuerdo a la situación que manifiesta el usuario por lo que la localización y el costo puede variar.

Dentro de la modalidad de Intervención Breve se está llevando a cabo el pilotaje para el uso de la Guía de Intervención Breve mhGaps, esto consiste en que se realiza un tamizaje de 17 preguntas extraídas de la guía mhGap, que tienen como finalidad vislumbrar si el usuario presenta síntomas de algún trastorno de salud mental. Esto para garantizar que el servicio que se ofrece sea uno de calidad y profesional.

El servicio de referencia al Programa Terapeuta Invitado y de referencia a alguna institución se da como medida de respuesta a la demanda de atención al programa, que en frecuentes ocasiones requiere el servicio al momento por lo cual los operadores del programa no pueden cubrirla en su totalidad o son situaciones que requieren de una atención que el programa no puede brindar como por ejemplo intervención a

menores de 16 años, atención de tipo psiquiátrica o servicios de asesoramiento de tipo legal, o usuarios que no pueden comunicarse en los horarios de atención del programa. Por ello se cuenta con los números de otras líneas de atención como lo son Locatel, Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Línea UAM, el Hospital de las Emociones, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, la Línea de Ayuda Origen, los Centros de Integración Juvenil (CIJ), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y la Línea Plateada (Atención a mayores de 60 años).

Dentro del programa se llegan a dar situaciones irregulares respecto al trato con los usuarios ya que al igual que en otros servicios de atención telefónica hay ocasiones en las cuales se reciben llamadas de “broma” o son llamadas realizadas por usuarios denominados como “frecuentes”. Las llamadas de broma por lo regular son realizadas por hombres que buscan hablar acerca de una situación de índole sexual, pidiendo inclusive atención por parte de un operador femenino, a estos usuarios se les conoce como “perversos”, ya que le comentan a las operadoras que sienten excitación sexual al escucharlas o que se están tocando mientras hablan con ellas. Debido a que dentro de las reglas del programa queda estrictamente prohibido colgar o dejar que se pierdan las llamadas, en estos casos la operadora le pide al usuario que se mantenga en línea un momento, le comenta la situación al coordinador o a algún supervisor y se busca un compañero del programa de género masculino para que tome la llamada, entonces se les vuelve a mencionar el encuadre puntualizando que el programa no puede cubrir la situación que necesita y en la mayoría de los casos, al darse cuenta de que es un hombre quien contesta cuelgan. En cuanto a los “usuarios frecuentes” que son hombres y mujeres que ya han sido atendidos anteriormente y que rechazaron recibir una atención breve o su proceso ya concluyo, pero que aún así se comunican, por lo regular con la misma problemática que la primera sesión y que sólo buscan ser escuchados. A estos usuarios que ya han sido identificados, en caso de que se vuelvan a comunicar, se les explica que en el programa no se les puede ayudar de la forma que necesitan y se procede a brindar el número de Locatel o el de SAPTEL (Martínez, 2016).

Actualmente, el PAPD tiene una cobertura a nivel nacional e internacional también, en el caso de las llamadas del extranjero son realizadas en su mayoría por la comunidad UNAM que reside en otro país, o por mexicanos que debido a la creciente difusión del PAPD se comunican (Martínez, 2016). Es de interés mencionar que se reciben llamadas de Estados Unidos, Japón, Canadá, Francia, Alemania, así como de Colombia, Cuba o Argentina, por mencionar algunos. En el caso de la cobertura nacional, los operadores cuentan con un directorio electrónico que contiene, por lo menos, una institución que pueda brindar apoyo psicológico, o médico por cada municipio de cada estado de la República Mexicana. En el caso de la cobertura internacional se puede proporcionar la modalidad de atención breve.

Una experiencia en particular que se presentó durante el periodo en que cubrí el servicio fueron los sismos del día 7 y 19 de septiembre del año 2017. Para atender las situaciones del sismo del día siete de septiembre se implementó provisionalmente el uso de una plataforma computarizada que también cuenta con una aplicación para celulares llamada Netelip, a través de ambas modalidades de la aplicación se estuvieron recibiendo llamadas de Primeros Auxilios Psicológicos debido a que las instalaciones de la Facultad de Psicología fueron cerradas el día 8 de septiembre. Para atender la emergencia derivada del día 19, además de laborar en las instalaciones del programa se volvió a habilitar la plataforma Netelip.

El programa recibió una difusión extensa a través de los medios de comunicación como fueron programas de televisión, redes sociales, emisiones de radio, publicaciones en periódicos, etc. Se exhortaba a las personas que tuvieran algún malestar de tipo emocional se comunicaran al programa para que fuesen asesoradas por profesionales. La siguiente semana posterior al sismo se dio atención únicamente a casos de PAP's que se presentaron como resultado del sismo, pidiendo a los usuarios que tenían alguna otra problemática se comunicaran la siguiente semana. A través de la plataforma Netelip, se estuvo operando en un horario de atención de 6:00 am a 2:00 am del día siguiente, en horario de atención de lunes a domingo por un lapso de cuatro semanas. Fue durante septiembre y octubre que se siguió brindando atención a los usuarios que requerían apoyo respecto al sismo, en este periodo se realizó una

excepción y se brindó atención a menores de 16 años que presentaban situaciones respecto al sismo, con el consentimiento de su tutor.

Al terminar la emergencia provocada por el sismo se recibieron peticiones al programa por parte de diferentes instituciones públicas y privadas que solicitaban la impartición de pláticas informativas sobre los PAP's y las situaciones de crisis, por lo cual se enviaba un grupo de operadores del programa acompañados por el coordinador y, al menos, dos supervisores del programa para poder cubrir esta nueva demanda de servicio.

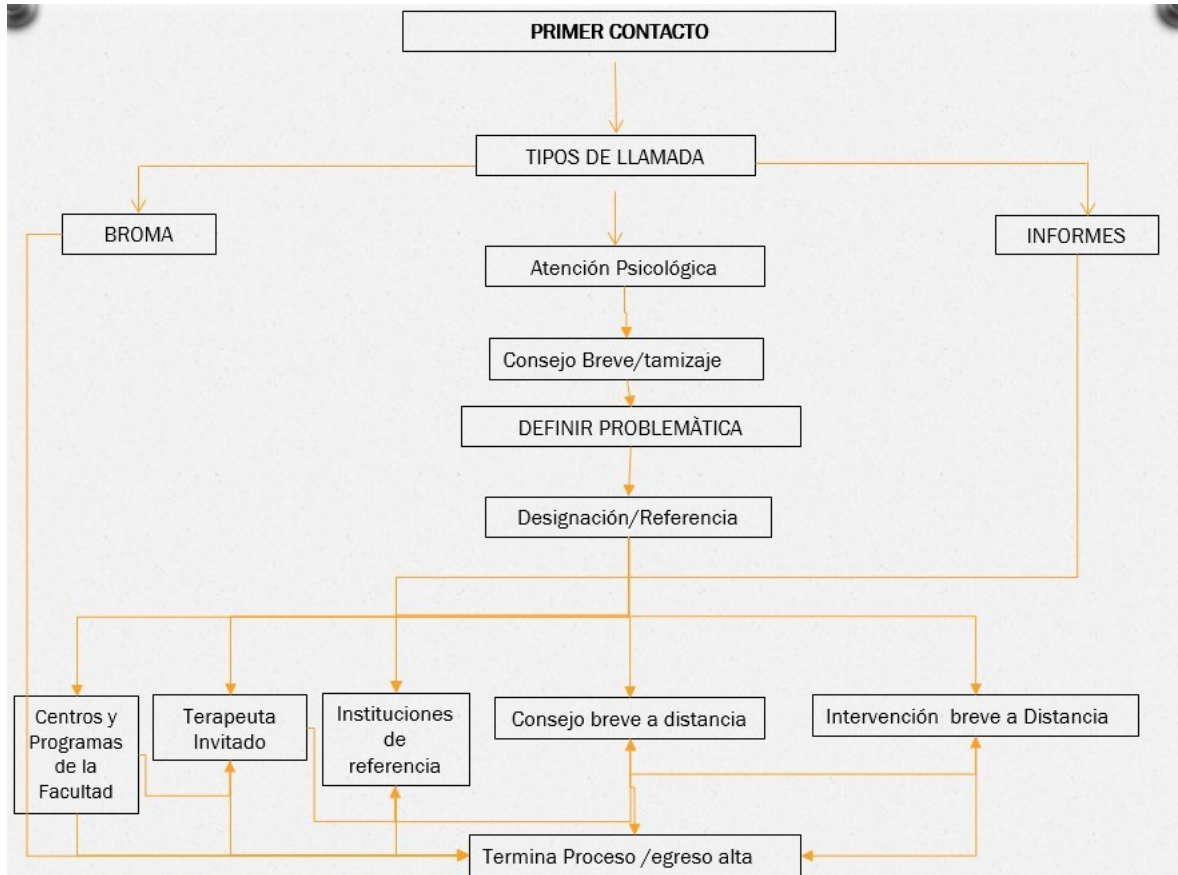
El PAPD cuenta con el siguiente esquema de objetivos (Facultad de Psicología, s/a; Martínez, 2016):

- **Objetivo:** Dar apoyo psicológico a la población en general a través de la atención vía telefónica, en la modalidad breve y de emergencia a personas que se encuentren en un estado de crisis y soliciten este servicio.
  - Brindar información acerca de los diferentes centros y servicios que la facultad y otros organismos especializados del gobierno y del sector privado, ofrecen al público en general.
  - Formar a psicólogos clínicos para mejorar la calidad profesional de los mismos.
- **Misión:** Fomentar el desarrollo de competencias en el estudiante así como prestadores de servicio social y prácticas profesionales, brindando atención psicológica a distancia en una modalidad de intervención breve dirigida a atender problemas emocionales.
- **Visión:** Ser una comunidad universitaria preparada teórica y prácticamente para atender problemas emocionales a distancia.
- **Alcance:** Servicio de entrenamiento práctico de los estudiantes de pregrado y posgrado de la Facultad de Psicología a través de la prestación del servicio de atención psicológica a distancia.

Para su correcto funcionamiento el PAPD cuenta con un reglamento interno que es el siguiente (Facultad de Psicología, s/a):

- 1) Queda prohibido dejar que se pierdan las llamadas. Todas las llamadas serán atendidas.
- 2) Los operadores que acumulen más de 3 bajas injustificadas serán dados de baja del Programa.
- 3) Dos faltas seguidas injustificadas causarán la baja del programa.
- 4) Cada 3 retardos se contarán como el equivalente a una falta en el programa.
- 5) Avisar al coordinador del programa por lo menos con una semana de anticipación cuando no se vaya a asistir.
- 6) Si se reagendan a más de 3 usuarios en un mismo día se contará como una falta.
- 7) Cuidar y mantener limpio el mobiliario del Programa ya que es para el uso de todos los integrantes.
- 8) Portar en todo momento el gafete que identifica al personal perteneciente al programa.
- 9) Queda estrictamente prohibido acceder a redes sociales o cualquier otra página de internet ajena al funcionamiento del programa.
- 10) Mantener silencio en el área de trabajo.
- 11) Modular el volumen durante las sesiones con los usuarios.

El procedimiento para atender llamadas es el siguiente: Se recibe la llamada y se da el encuadre, se identifica el tipo de llamada y se procede a dar o bien atención psicológica, informes o se canaliza con la institución correspondiente.



Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM. (2017). *Procedimiento de atención a llamadas de primer contacto*. Figura 1. Tomado de PAPD, Facultad de Psicología.



## **Estructura de personal del PAPD**

El Programa se conforma por distintos equipos que promueven una interacción entre todos los integrantes del mismo, esto para asegurar el correcto funcionamiento de las actividades realizadas, además para cumplir con la visión del Programa que es formar una comunidad profesional. De acuerdo con Ríos (2018) la organización del Programa se da por equipos que son los siguientes:

### 1) Coordinador

Objetivo: Es el encargado de supervisar todas las actividades realizadas en el Programa.

Actividades a realizar:

- Establece y mantiene la dinámica de trabajo entre los equipos del Programa.
- Supervisa a los equipos de trabajo en los avances de cada proyecto.
- Organizar los horarios de los operadores además de verificar el conteo de horas de trabajo.
- Planificación semanal de actividades de mantenimiento de las instalaciones del Programa.
- Establece y organiza las juntas administrativas.

### 2) Investigación

Objetivo: Realiza las investigaciones pertinentes al PAPD.

Actividades a realizar:

- Recopilación de bibliografía que sirva como soporte para los temas a tratar en el Programa.
- Clasifica la información que se utiliza para la redacción de los artículos de investigación.
- Realización de los materiales de presentación con los datos obtenidos en el Programa.

### 3) Supervisores:

Objetivo: Supervisión directa de las actividades realizadas por los operadores.

Actividades a realizar:

- Tutoría a los operadores sobre las intervenciones que realizan.
- Contener emocionalmente a los operadores en el programa.
- Establecer los horarios para la supervisión que realizan.
- Brindar retroalimentación a los operadores sobre sus actividades realizadas.

### 4) Comunicación:

Objetivo: Realiza material de difusión para el Programa que es dirigida a la comunidad con el propósito de integrar nuevos integrantes y atraer nuevos usuarios.

Actividades a realizar:

- Realiza publicaciones de difusión sobre el Programa en redes sociales.
- Elaboración de videos de técnicas y capacitaciones para los operadores en el Programa.
- Mantener actualizada la información del Programa en la página oficial de internet y en las redes sociales.

### 5) Recursos Humanos:

Objetivo: Mantener una estructura organizada que impulse y mejore las actividades del Programa.

Actividades a Realizar:

- Establecimiento de los aspectos formativos del Programa, como lo son la visión, valores, misión y organigrama.
- Implementación de estrategias de reclutamiento.
- Capacitación inicial del personal del Programa.

- Detección de necesidades del programa que permitan desarrollar proyectos y acciones con el fin de mejorar el desempeño de los operadores así como el ambiente laboral.

## 6) Operadores

Objetivo: Brindar atención psicológica vía telefónica.

Actividades:

- Vigilancia y atención de la central telefónica del PAPD.
- Brindar contención emocional y terapia breve a los usuarios.
- Canalizar a los usuarios del Programa de acuerdo a las necesidades del mismo.
- Registro de usuarios en la plataforma.
- Llenado de formatos.
- Realización de actividades asignadas.
- Asistir a capacitaciones.
- Participar en actividades externas al Programa cuando se les solicita.

## 7) Brigadas

Objetivo: Atender las necesidades de información de instituciones públicas y privadas que contactan al Programa solicitando el servicio para sus empleados o colaboradores.

Actividades a realizar:

- Trasladarse a la sede de la institución que solicita la atención.
- Revisar los materiales teóricos necesarios para la presentación a realizar.
- Comunicar al coordinador los horarios disponibles para agrupar las brigadas que se destacaran.
- Comunicar a los supervisores sobre los usuarios que se tengan asignados para ese día para reagendar en caso de ser necesario.

## **Características de los operadores.**

El Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM, tiene como base la atención a los usuarios, principalmente aquellos que reciben el servicio de terapia breve. Es por ello que quienes laboran en el programa requieren de una serie de aptitudes, tales como la escucha activa y atenta, empatía, asertividad, capacidad de responder bajo presión y paciencia entre otras características. Debido a que en el programa hay interacción con personas que presentan situaciones problemáticas, el programa se hace disponible en modalidad de Servicio Social o Prácticas Profesionales a alumnos en 5to semestre o superior ya que se espera que cuenten con conocimientos en el área clínica tales como la identificación de síntomas y situaciones, conocimientos en psicopatología, habilidades en la entrevista así como en enfoques psicológicos y sus técnicas (García, 2017).

Si bien se espera que los operadores cuenten con estos conocimientos se procura mediante las capacitaciones brindadas en el Programa que los operadores puedan adquirir los conocimientos necesarios para laborar en el Programa. La capacitación no solo se dará en cuestión teórica, también se les enseña a los operadores a tratar con los usuarios; es decir el operador aprenderá el método de atención en el Programa que incluye el trato cordial y amable, aprender a mantener la neutralidad en las sesiones, así como modular la voz entre otras habilidades de comunicación como la correcta dicción y la seguridad al hablar (García, 2017).

No obstante una de las principales lecciones que se trata de enseñar a los operadores y una característica importante para los estudiantes de Psicología es evitar los juicios de valor, reservarse las opiniones propias y ante todo respetar la confidencialidad de los usuarios quienes están confiando en el programa (Ríos, 2018).

### **III Descripción de las Actividades Realizadas en el Servicio Social**

#### **1) Capacitación a los operadores**

Mi estancia en el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM comenzó con la adecuada preparación ya que como se ha expuesto anteriormente los operadores necesitan familiarizarse con el funcionamiento del Programa, además de aprender cómo es que se trabaja con los usuarios del mismo. En mi caso, la capacitación se dio de la siguiente manera:

##### ❖ Presentación del PAPD

Como primer paso en el Programa se procedió a la presentación formal del coordinador del Programa, se me explicó a grandes rasgos el funcionamiento del Programa, la dinámica de atención en el Programa así como los principales casos que se atienden. Asimismo, se me explicó que para asegurar la calidad y el profesionalismo del servicio se estaba utilizando la Guía de Intervención mhGaps que se estaba integrando como un programa piloto. También se me presentó a los supervisores y a los operadores presentes en las instalaciones del PAPD.

##### ❖ Presentación power point de inducción al PAPD

En esta presentación se explica la historia del Programa, los objetivos, valores, misión y alcance del PAPD, así como también los casos que se atienden, la población, y la ubicación de las llamadas recibidas. En la misma presentación, se explican las obligaciones de los operadores, el reglamento del PAPD, así como los servicios que se brindan y el esquema de servicio para contestar las primeras llamadas que se reciben (Facultad de Psicología, s/a).

##### ❖ Reglamento del PAPD

El reglamento del Programa, que se encuentra en cada cubículo de las instalaciones, explica dentro de sus puntos los compromisos a los cuales el operador se habrá de adherir, se comentan también las tareas que se asignan semanalmente, así como las facilidades con las cuales cuentan los integrantes del servicio, como son

el área de comida, papelería, o los organizadores de archivos. Se hace énfasis en la dinámica de cooperación entre los integrantes del Programa, el respeto que se espera de parte de todos los pertenecientes del mismo y que, de igual manera, será dado a los usuarios (Facultad de Psicología, s/a).

#### ❖ Plataforma de expediente electrónico

En el PAPD se lleva a cabo el registro de usuarios en la plataforma computarizada de expediente electrónico. Para las actividades del Programa es imperativo el uso y dominio de la plataforma, ya que en ella se realizan los procedimientos de registro de usuario, actualización de datos, mediante la plataforma se canaliza al programa terapeuta invitado, se llenan el informe de la sesión o se llena un pequeño informe de acuerdo al servicio que se dio en la sesión. La plataforma también permite buscar expedientes de usuarios que ya han sido atendidos. El entrenamiento en el uso de la plataforma consiste en crear un expediente propio para así poder explorar todas las opciones posibles de la plataforma que corresponden a la búsqueda de expedientes, a la creación de un expediente, al reporte de la sesión, canalización al programa de terapeuta invitado y reporte de informes.

#### ❖ Presentación sobre PAP's

Debido a que en ocasiones al PAPD se comunican personas que se encuentran en estado de crisis, la atención que requieren es algo diferente de lo habitual, para ello, el programa, cuenta con una presentación power point que explica a grandes rasgos estas situaciones, se explica qué es una crisis, como se desarrolla y los motivos que la pueden originar. Además del contenido teórico sobre las crisis psicológicas también se explican algunos ejercicios para reducir la ansiedad que los operadores pueden utilizar para tratar con los casos que requieran PAP's (Martínez, 2016).

#### ❖ Escuchar una llamada

Ya con conocimiento previo de las actividades realizadas en el PAPD, de los recursos del mismo y de los aspectos teóricos necesarios en primera instancia lo siguiente fue escuchar una llamada de un usuario al programa. Primero se escucha

una llamada de informes en la cual se da el encuadre al usuario, en esa primera llamada el usuario optó por recibir el servicio de Terapeuta Invitado, por lo que se complementó con el manejo de la plataforma de expediente electrónico. La segunda llamada que se escucha es una sesión de terapia breve, en este caso era una sesión avanzada, por lo cual el terapeuta asignado primeramente me explicó en qué consistía la situación de ese usuario. En esta llamada el objetivo para mi como nuevo integrante fue analizar cómo debía ser la interacción con el usuario, siempre con respeto y empatía, escuchando al usuario y pensando cuidadosamente lo que se le devolvía al usuario (García, 2017).

#### ❖ Actividad de role-playing

Como parte de la preparación en el PAPD, antes de tomar una llamada y ya habiendo escuchado una, se prosigue con una actividad de role-play en la cual un supervisor con experiencia, simula un caso que en muchas ocasiones es una situación que se atendió. El objetivo de esta actividad es experimentar cómo son las llamadas con los usuarios y considerarlo como una situación real por lo cual si hay alguna duda sobre los procedimientos es el momento de comentarlo. La finalidad de esta actividad es preparar al operador en cuanto a analizar la situación del usuario, reflexionar qué preguntas hacer y, muy importante, tratar y clarificar que sólo se va a atender una situación para que el usuario se pueda centrar y la terapia breve sea efectiva. Por lo menos se realizan dos actividades de role-play, en ocasiones la actividad se realiza en conjunto con otros operadores (García, 2017).

#### ❖ Atención a informes

Una vez que se aprende como es la interacción con los usuarios y sabiendo usar la plataforma electrónica, se comienza a iniciar funciones como operador. En estas llamadas únicamente se da el encuadre y en caso de ser necesario se registra al usuario para que pueda recibir la atención del programa terapeuta invitado o la canalización a institución. En estas llamadas el operador es escuchado por un supervisor que al final de cada una ofrece retroalimentación, concretamente señalando

si hizo falta mencionar algún aspecto importante del encuadre o sobre el trato al usuario (Ríos, 2018).

#### ❖ Primera llamada de intervención supervisada

En esta primera llamada, se cuenta con la asistencia de un supervisor el cual sugerirá preguntas para realizar durante la sesión, escuchará junto al operador el contenido de la sesión e irá haciendo señalamientos al operador respecto al tiempo de la sesión o mencionando algún aspecto o dato que haya hecho falta comentar. Una vez terminada la sesión, el supervisor le dará retroalimentación al operador sobre esta y evaluará el avance de dominio que tiene en el esquema de atención del PAPD.

## **2) Servicios Brindados**

Una vez que se adquieren las nociones de cómo se realizan las actividades dentro del programa, poco a poco se va introduciendo al nuevo operador, comenzando primeramente con llamadas de informes y de canalización, para que una vez se tenga la confianza y la experiencia se proceda a tomar llamadas que requieran atención de Terapia Breve. Cabe destacar que cada operador lleva a cabo las actividades del Programa en su propio cubículo, que cuenta con un teléfono de línea fija, una computadora de escritorio desde la cual se puede acceder a la plataforma de expediente electrónico. Cada cubículo cuenta con el material necesario para tomar notas sobre el caso o formatos cuando se requiera de uno.

Las llamadas que recibí fueron las siguientes:

- Llamadas de informes

Se llegaron a recibir llamadas en las que solo se requerían informes, para atender estas llamadas se menciona el encuadre y pueden derivar en las siguientes situaciones:



- 1) El usuario comenta que sólo quería recibir informes sobre los servicios ofrecidos en el Programa.
- 2) El usuario comenta que el servicio no es para él, si no que es para un familiar o un conocido, por lo cual se le hace el comentario de que para recibir el servicio es necesario que se comunique la persona interesada.

Cabe mencionar que son pocas las llamadas que estrictamente solo requerían informes, por lo regular las llamadas recibidas terminaban por lo menos con un consejo breve.

- Llamadas de referencia al Programa Terapeuta Invitado

Hay ocasiones en que los usuarios prefieren atención de tipo presencial, por lo que al dar el encuadre frecuentemente comentaban que preferían la opción dos (haciendo referencia a la canalización al programa de terapeuta invitado).

Cuando los usuarios requerían de canalización al programa de terapeuta invitado en algunos casos era debido a que comentaban que preferían atención presencial, o se realizaba la canalización por que la situación por la cual se comunicaban no podía ser atendida en el programa, por ejemplo, casos como terapia de pareja, o atención para un menor de edad. Para otorgar la referencia además de ingresar los datos del usuario, se pregunta por el motivo por el cuál se requiere apoyo psicológico, debido a que, en la plataforma el operador habrá de seleccionar de entre una serie de posibles diagnósticos, aquel o aquellos que tengan una posible relación con la situación del usuario. Una vez llenado este aspecto, se libera el directorio de terapeutas invitados, para asignar un terapeuta se considera la dirección del usuario, el alcance económico que dispone, la problemática y el tipo de tratamiento que emplea el terapeuta (García, 2017).

- Llamadas de Canalización a Institución Pública o Privada

Hay situaciones que los usuarios comentan, que requieren apoyo no solo de tipo psicológico, si no médico, legal, un servicio de diagnóstico, o presencial, sesiones en familia, etc. En estos casos, se le proporciona al usuario el número

telefónico, la dirección y el nombre de la institución que pueda cubrir sus necesidades. Los casos que suelen ser canalizados son situaciones de violencia en pareja o en la familia, necesidad de algún servicio médico, o situaciones que requieren atención de diferentes disciplinas o que se necesite algún servicio especializado. El procedimiento que sigue a estos casos es que posteriormente al encuadre, se busca en el directorio la institución que pueda ayudar al usuario, siendo ésta lo más cercano a su domicilio. Una vez realizado este procedimiento, se llena el informe correspondiente con los datos brindados.

- Intervención breve

La intervención breve, que es el principal servicio dado en el PAPD consiste en que los usuarios frecuentemente con alguna situación que catalogan como problemática, se comunican al programa, expresando deseos de solucionar el problema ya que son situaciones estresantes que le provocan incomodidades y/o está interrumpiendo su ritmo de vida acostumbrado. En el PAPD se utiliza la terapia breve con un enfoque cognitivo-conductual, con un enfoque especial en el presente y la situación a atender en ese momento ya que la finalidad de la terapia es lograr en conjunto con el usuario el cambio de un comportamiento en particular. La terapia breve requiere de empatía por parte del operador así como el establecimiento de una alianza terapéutica con el usuario a fin de hallar las posibles soluciones a la situación del paciente (García, 2017).

La terapia breve de acuerdo a Bellak (1986) tiene como objetivo que el paciente pueda lograr realizar un insight. Debido a las características del PAPD se utiliza el enfoque cognitivo-conductual para lograr dicho fin. En el programa se utiliza la terapia cognitivo-conductual debido a que es una forma de tratamiento psicológico que puede funcionar en distintos ámbitos (como a distancia) no solamente en una sesión presencial además de que puede abordar una variada cantidad de situaciones problemáticas. La terapia cognitivo-conductual se conduce a través de tres etapas que son:

- Evaluación: Se conoce al paciente y se trata de entender los problemas por los cuales pide una consulta, en las sesiones dedicadas a la evaluación se realizan una serie de entrevistas que permiten explorar al paciente y la situación que atraviesa, para que se le pueda orientar correctamente sobre la situación además de conocer cuál es su opinión al respecto.
- Tratamiento: Se aplican las técnicas dirigidas a lograr el cambio que beneficie al paciente, tratando de cumplir las metas que se hayan planteado en las primeras sesiones. Las técnicas que se aplican varían de acuerdo al problema del paciente y el momento que este atravesando.

Considerando que los estudiantes pueden contar con un tipo distinto de formación o tener más experiencia en otro enfoque, se permite que los operadores puedan utilizar técnicas distintas a las del enfoque cognitivo conductual dependiendo de la problemática, si es una situación en familia los operadores pueden usar técnicas de la terapia breve de familia o de la terapia psicodinámica breve, con el objetivo de realmente guiar a los usuarios a la resolución de la situación problemática.

- Seguimiento: En la terapia cognitivo conductual el seguimiento consiste en el espaciamiento de la frecuencia de las consultas, por lo cual se aplican procedimientos orientados a mantener los cambios logrados y a prevenir recaídas. En el programa no se lleva un seguimiento como el descrito anteriormente, pero se le comenta al usuario que en caso de necesitar ayuda posteriormente son bienvenidos a comunicarse nuevamente y se les otorga una canalización con un terapeuta invitado o canalización a una institución.

Hablando de terapia breve y siendo la principal actividad llevada a cabo en el programa es necesario ahondar en qué es, su origen se considera a partir del desarrollo de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en la década de 1970 con Steve De Shazer como cabeza del equipo investigador, surge como una alternativa a la terapia familiar que estaba probando no proveer resultados visibles a los

problemas de la familia que en aquella investigación estaban presentes, por lo cual uno de los investigadores presentes sugirió una actividad que actualmente se considera como una “tarea” en la terapia breve y fue realizar un listado, en el caso en particular de ese caso el listado a realizar fue sobre “lo que no querían que cambiara en la relación de familia”. Realizar el ejercicio, según reportó la familia, relajó la situación en casa y se comenzaron a notar cambios positivos al haber sido encaminada la reflexión en cada miembro de la familia. El ejercicio se repitió con otras familias arrojando resultados similares y un par de consideraciones de importancia, como el que los cambios logrados estaban alejados de la primera descripción de los problemas reportados durante la primera sesión, lo cual indicaba que aquellas situaciones reportadas en ocasiones no eran la verdadera causa de los problemas o que había que profundizar más en la terapia, también se llegó a la consideración de que desde la primera sesión se está interviniendo, y que a razón de la cooperación de los pacientes y el establecimiento de una buena alianza terapéutica mejor podrá ser conducida la terapia (Lipchik, 2004).

Habiendo esclarecido qué es la terapia breve, pasaremos a describir cómo es que se aplica en el PAPD, los principales motivos de llamada recibidos son los problemas de pareja (distanciamiento, discusión, problema, término de la relación, etc.), la existencia de síntomas de depresión debido a algún proceso de duelo, o las llamadas con usuarios reportando síntomas de ansiedad (Ríos, 2018).

La atención de estos usuarios se da a través de 8 sesiones, una sesión por semana en un horario acordado y seleccionado por el usuario. El procedimiento para estas llamadas es el siguiente: al dar el encuadre y el usuario haber seleccionado la atención breve, se procede a tomar sus datos básicos y los datos secundarios, una vez realizado este procedimiento se puede comenzar con la sesión, para ello se le pide al usuario que comente con brevedad cuál es el motivo por el que se comunica. En ocasiones los usuarios tienen más de un motivo de consulta, el operador ha de estar bien entrenado en saber distinguir cuál de las situaciones que comentó es la raíz de los problemas que comenta; se atiende un sólo motivo debido al formato de atención que es breve, para cubrir la totalidad de

las situaciones del usuario se requeriría más tiempo. Pero debido a la demanda del servicio no se pueden asignar más sesiones para un usuario (García, 2017).

Dentro de la modalidad de intervención breve se utiliza la guía de intervención mhGap, esta guía fue elaborada en el año 2011 por la Organización Mundial de la Salud institución que en el año 2008 implementó el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental desarrollado con la finalidad de lograr identificar cuando un individuo estuviera sufriendo algún trastorno mental, neurológico o algún problema originado por el consumo de sustancias. La OMS plantea que en la gran mayoría de estos casos no se brindaba una adecuada orientación para el correcto tratamiento de dichos trastornos (Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, 2010).

La guía contiene un apartado dividido en trastornos, que son los siguientes: Depresión moderada a grave, Psicosis, Trastorno bipolar, Epilepsia / Crisis epiléptica, Trastornos del desarrollo, Trastornos conductuales, Demencia, Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol, Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas, Autolesión / Suicidio, Otros síntomas emocionales o padecimientos no justificables medicamente, e Intervenciones psicosociales avanzadas. Cada uno de estos apartados contiene una explicación clínica sobre la enfermedad, indicadores para identificar la existencia del trastorno, guías para responder ante las situaciones que puedan ocurrir y una sección que mediante, psicoeducación sobre el padecimiento y recomendaciones psicosociales, se puede orientar al usuario, contiene además indicaciones sobre medicamentos apropiados para cada trastorno.

El uso que se le da a la guía es que se realiza un tamizaje de 17 preguntas extraído de la misma, este cuestionario de tamizaje está diseñado con el objetivo de obtener un indicio de cuál es el posible trastorno o a cuál pertenecen los síntomas que menciona el usuario. Con el resultado de este tamizaje el operador habrá de dirigirse al apartado correspondiente de la guía que contendrá una segunda serie de preguntas sobre los síntomas que presenta el usuario en caso de

que se confirmen estas preguntas se le informa al usuario que de acuerdo a los síntomas expresados presenta rasgos de un determinado trastorno. Por lo cual se consulta la sección de “Tratamiento y Consejo Psicosocial” que ofrece la guía sobre ese trastorno, una vez realizado este proceso, se procede a escuchar en su totalidad la problemática del usuario, procurando devolver al usuario una perspectiva diferente sobre lo sucedido, planteando el objetivo de la intervención, antes de concluir el operador habrá de realizar una encuesta sobre el servicio recibido.

Al finalizar la sesión el operador habrá de llenar el informe de la sesión que contiene los siguientes apartados:

- Descripción del Problema
  - Objetivo de Intervención
  - Técnicas de Intervención
  - Procedimiento
  - Resultados
  - Recomendaciones y Justificación
  - Plan de Tratamiento
  - Observaciones
- 
- Llamadas de Primeros Auxilios Psicológicos (Crisis)

Los PAP's o crisis son llamadas que se reciben en el programa, estas llamadas son especiales ya que requieren un procedimiento completamente diferente al establecido, no hay un esquema definido para estos casos, y el modo a proceder dependerá enteramente de cuál sea la situación que presenta el usuario. Es importante destacar que en estos casos las llamadas no tienen una duración límite, concluyen hasta que el usuario se logra tranquilizar y se ha analizado en conjunto, operador y usuario, el motivo que da origen a la crisis y como dar solución a la situación que en ese momento enfrenta el usuario. No es coherente considerar que una crisis se “resuelve”, pero lo que se trata de hacer en el Programa es un cambio

de perspectiva sobre la situación de manera que le permita revalorarla y una vez que el usuario pueda considerar la situación entonces sí tratar de darle solución (Martínez, 2016).

En la inducción sobre PAP's brindada por el programa se explica que los PAP tienen como finalidad:

- Brindar contención emocional
- Analizar las dimensiones del problema acorde al pasado, al presente inmediato y al futuro inmediato.
- Generar alternativas de solución e identificar posibles obstáculos en función de dichas posibilidades.
- (Facultad de Psicología, s/a; Martínez, 2016 )

En el programa por lo regular se reciben llamadas cuyas situaciones problematizadoras tienen origen en un conflicto entre la pareja, situaciones de trabajo desafiantes o dificultades en la relación en la familia. Sin embargo, una serie de casos especiales se dio durante los meses de septiembre y octubre del año 2017 presentes durante mi periodo como prestador de servicio social. Estos casos fueron en atención al sismo del día 19 de septiembre, la forma de proceder fue que el usuario explicaba cuál era la situación y se le escuchaba completamente haciéndole sentir acompañado, y que se empatizaba con su sentir, lo siguiente es que se le explicaba al usuario que estaba presentando síntomas normales ante una situación de tal magnitud, ya que muchos usuarios estaban preocupados por los síntomas que estaban presentando, al finalizar la llamada se sentían más tranquilos y en muy pocas ocasiones se volvían a comunicar.

Por lo regular las llamadas de PAP's tienen una baja frecuencia en el programa, siendo los motivos mencionados anteriormente (problemas de pareja, ansiedad, depresión, problemas familiares, etc...) la principal fuente de llamadas recibidas.

#### **IV Objetivos del Informe Profesional de Servicio Social**

En una perspectiva personal, la posibilidad de haber realizado el Servicio Social en el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM fue una experiencia sumamente grata no solo en un ámbito individual sino también a nivel profesional. En el PAPD encontré la posibilidad de poner en práctica los conocimientos obtenidos no solo en el aspecto teórico, me refiero pues a la formación profesional considerando y aprendiendo como debe ser la actitud de un psicólogo, las habilidades requeridas en la profesión y una primera experiencia en cuanto al trato con las personas desde la perspectiva de un psicólogo profesional. El propósito del Informe es constatar los aprendizajes obtenidos, considerar las competencias obtenidas en el programa así como la evaluación de mi estancia en el mismo.

Así mismo, me parece útil devolver al programa una perspectiva que pueda ayudar a la mejora del mismo, esto como miembro del PAPD que conoció su estructura, las instalaciones y los recursos a disposición de los operadores, de manera que las propuestas de mejora sean factibles y exista una posibilidad real de que dichas propuestas realizadas sean funcionales, útiles y de ayuda.

La propuesta concreta de mi parte para el programa es una guía de respuesta para las situaciones de crisis que requieren PAP's con una base teórica en lo propuesto por Slaikeu (1996) sobre los Primeros Auxilios Psicológicos y las situaciones de crisis, con la finalidad de que le brinden al operador un mayor conocimiento sobre qué es una crisis, cómo se originan, por qué las situaciones llegan a ser consideradas crisis y plantear una base que sirva para ofrecer un servicio psicológico de calidad, mientras el operador conoce en su totalidad el programa y encuentra un estilo propio para atender las situaciones que se le presenten. Esta propuesta va encaminada a desarrollar una guía de respuesta que pueda establecerse como una base ante las situaciones de crisis psicológica de los usuarios que necesiten Primeros Auxilios Psicológicos, ya que para los operadores puede serles de utilidad tener un marco de respuesta bien establecido y, a la vez, flexible ante estas situaciones.



## **V Marco Teórico**

### **Capítulo I La ansiedad como promotor de una crisis psicológica**

#### **1.1 ¿Qué es la ansiedad?**

El término ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa aflicción, la ansiedad entonces se entiende como una sensación de inquietud, intranquilidad e inseguridad ante una amenaza inminente y de causa indefinida, y se relaciona estrechamente con la emoción humana del miedo. De acuerdo con Lazarus (1976) la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Se considera entonces que hasta cierto punto la ansiedad puede aportar beneficios al ser humano ya que mantiene una función adaptativa que prepara al ser humano ante situaciones de peligro que puedan requerir una respuesta de lucha o huida (Sue, Sue & Sue, 2010).

Con frecuencia se confunde el término de ansiedad con el término miedo, ya que aparentemente ambos causan las mismas o muy similares reacciones pero existe una diferencia fundamental entre estos estados, la ansiedad se caracteriza porque el evento o la situación no ha ocurrido aún, es decir es una sensación anticipada y se desconoce cuál es la amenaza, mientras que, en el caso del miedo, es una emoción de mayor intensidad ante una situación que realmente se percibe como amenazante. El miedo entonces consiste en que el individuo reconoce un objeto externo como amenaza y prepara en la persona una respuesta ante esa amenaza (American Psychiatric Association, 2014).

## 1.2 Componentes y síntomas de la ansiedad

La ansiedad como un mecanismo adaptativo ante situaciones amenazantes tiene una serie de rasgos característicos que se encuentran agrupados en tres sistemas de respuesta que son los siguientes:

- Subjetivo - Cognitivo (verbal cognitivo): Este sistema se relaciona con la experiencia interna por lo que los síntomas de esta categoría se asocian a cómo es que se perciben aquellas situaciones que puedan estar asociadas con la ansiedad. Se incluyen los siguientes síntomas: experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, pensamientos negativos sobre uno mismo, dificultad para la concentración y toma de decisiones, inseguridad.
- Fisiológico - Somático: Se da un incremento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo que ocasiona la presencia de cambios internos así como cambios externos, estos cambios suelen ser percibidos como molestos y desagradables contribuyendo a conformar el estado de desasosiego característico de la ansiedad. Entre los síntomas externos encontramos: sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular y palidez facial. Como parte de los síntomas internos encontramos el incremento en la frecuencia cardíaca, disminución de la salivación, y aceleración respiratoria.
- Motor – Conductual: Corresponde a los componentes observables de la conducta propia de los mecanismos de escape y de evitación. Los síntomas manifiestos pueden ser la evitación de situaciones, hipervigilancia, cambios en el patrón de sueño y/o cambios en los patrones de alimentación o de consumo de alguna sustancia, retraimiento de las relaciones sociales y falta de regulación en las reacciones (Virues, 2005).

### **1.2.1 Ansiedad como estado emocional y ansiedad como rasgo de personalidad.**

Spielberger (1973) menciona que considerando la ansiedad es importante el diferenciarla de entre un estado emocional y un rasgo de personalidad. De acuerdo con su teoría, la ansiedad – estado se puede tomar como un estado emocional inmediato y modificable en el tiempo que se caracteriza por una combinación de sensaciones de tensión, aprehensión, nerviosismo, pensamientos molestos, y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos.

Por otro lado, la ansiedad como rasgo hace referencia a las diferencias de cada individuo asumiéndolo como una disposición, una tendencia o un rasgo en cada persona. La ansiedad como rasgo no se manifiesta directamente en la conducta, (contrario a lo que sucede en los casos de ansiedad-estado), por eso se comprueba el nivel de ansiedad tomando en cuenta la frecuencia con la cual los individuos experimentan aumentos en su estado de ansiedad, hay que considerar que estos individuos tienden a considerar un mayor número de situaciones como amenaza por lo cual son propensos a experimentar los efectos de la ansiedad estado con mayor intensidad (Ries, Castañeda, Campos & Del Castillo, 2012).

Los niveles altos de la ansiedad, como estado, son entendidos como molestos por los individuos que los padecen, por ello, si el individuo no puede evitar la situación que le causa el estado es cuando tomara acciones para evitar la amenaza. La interacción que se da entre ambos tipos de ansiedad ofrece respuestas acerca de la variación de respuestas entre los individuos, por lo cual observamos que la respuesta es diferente ante los mismos casos o que se experimenta ansiedad en ciertas situaciones solamente.

### **1.3 Causas de la ansiedad**

Considerando que a lo largo de la historia humana la ansiedad ha desarrollado una función adaptativa que aumentó la posibilidad de los seres humanos de sobrevivir, no son los mismos peligros a los que nos enfrentamos en la actualidad que aquellos a los que se enfrentó el ser humano hace cientos de años. La ansiedad pues, como un medio para manejar las situaciones amenazantes promoviendo las respuestas fisiológicas necesarias para que el individuo se aparte del peligro. Los más grandes peligros que hoy en día enfrenta el ser humano ya no incluyen el ser devorado por un animal salvaje o morir en un viaje excesivamente largo y lleno de peligros pero si incluyen la necesidad de estar alertas ante cualquier situación que salga fuera de lo establecido por las normas. Exceptuando esas situaciones, las de mayor peligro actual para los seres humanos vienen en la forma del orden social; es decir actualmente las amenazas que enfrenta el ser humano recaen en la soledad, el fracaso, pérdida de control ante las situaciones, decepciones, etc. Reacciones a las que por supuesto, el mecanismo no puede responder efectivamente ya que huir o luchar no es opción para reaccionar ante estas situaciones (Sue, Sue & Sue, 2010).

Comentando sobre las reacciones no hay que olvidarnos de lo que puede originarlas, no refiriéndonos a la situación, si no la causa por la cual los individuos se muestran vulnerables ante esas situaciones. Entre esas causas podemos encontrar las siguientes:

- Causas Biológicas:

Principalmente hay dos factores biológicos principales que pueden propiciar una respuesta ineficaz en cuanto a la ansiedad; la estructura cerebral y las influencias genéticas.

Hablando de la estructura cerebral es importante mencionar a la amígdala, es la parte del cerebro que interviene en la formación y en la memoria de los eventos emocionales y que, por supuesto, desarrolla una función en cuanto al control de la

ansiedad. Ante la presencia de una amenaza, la amígdala se encarga de alertar al hipocampo y a la corteza prefrontal lo que causa la respuesta de miedo o de ansiedad. Para alcanzar a la amígdala se siguen dos rutas, la primera sigue una ruta desde el estímulo temido hasta llegar a la amígdala. La segunda recorre desde la corteza prefrontal que realiza una evaluación del estímulo y después sigue la ruta a la amígdala activando la respuesta inicial del miedo (Sotres-Bayón, Bush & LeDoux, 2004).

La Influencia genética por su parte establece que los genes tienen una aportación a las situaciones que evoquen ansiedad. Mediante estudios han determinado que el gen 5-HTTLPR, relacionado con el transporte de la serotonina puede presentar ligeras variaciones estrictamente presentes en los alelos del gen, cuando los alelos del gen son más cortos se asocia una reducción en la actividad de la serotonina y un aumento de la respuesta de miedo y de las conductas relacionadas con ansiedad (Pezawas, Meyer-Lindenberg, Drabant, Muñoz & Verchinski, 2005).

- Aspectos Psicológicos:

En este ámbito se encuentran dos principales explicaciones acorde a teorías muy concretas, la primera de ellas la teoría psicoanalista establece que concretamente los trastornos de ansiedad son manifestaciones de experiencias problemáticas en la infancia, por lo cual los síntomas de angustia representan problemas con los padres relacionados con la separación la autonomía y el manejo de emociones principalmente la ira (Sue, Sue & Sue 2010).

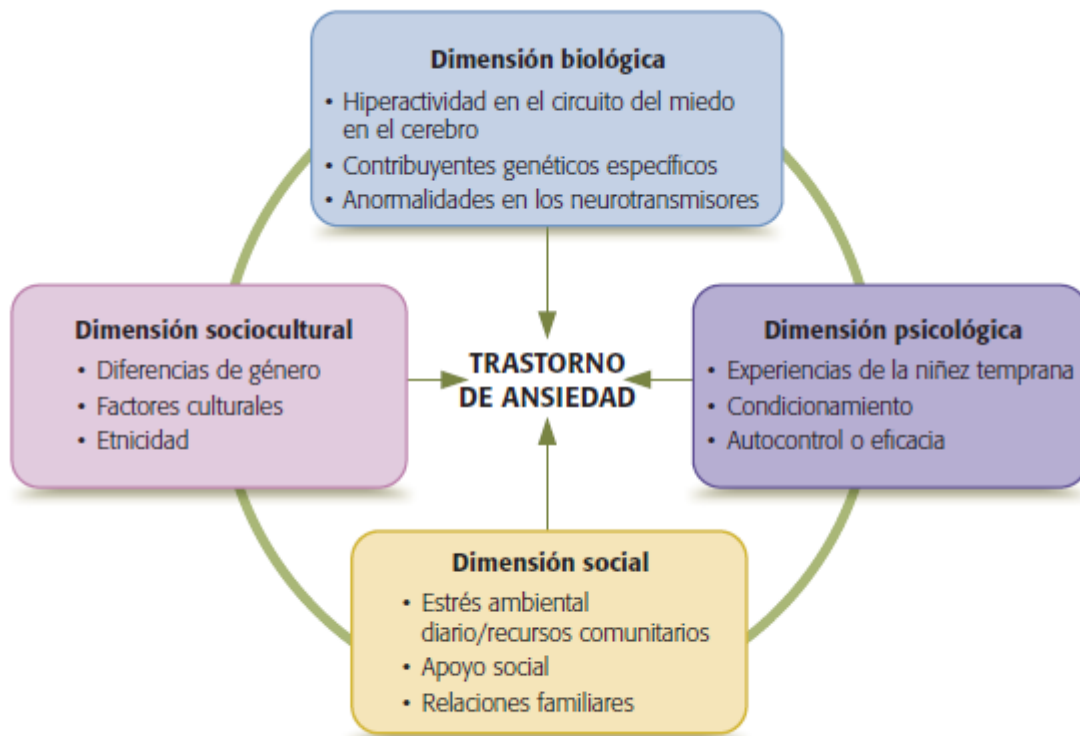
La teoría cognitivo conductual dicta que los procesos cognitivos son fundamentales en el desarrollo y en el mantenimiento de los trastornos de ansiedad, esto debido a que el individuo centrará su atención en un solo estímulo amenazante y los pensamientos catastróficos o irracionales van a reforzar el miedo o la ansiedad ya presente (Rinck & Becker, 2006).

Como un punto en común entre las teorías se ha encontrado que los niños que fueron criados con una orientación a la autorregulación y a la dominancia tienen menor

probabilidad de desarrollar algún trastorno de ansiedad, por lo que las experiencias tempranas pueden tener un rol muy importante en la concepción de respuestas ante situaciones de amenaza.

- Dimensión social y sociocultural:

Quizá uno de los aspectos más considerados ante una situación que involucra aumentos en cuanto a las situaciones de ansiedad, y los más frecuentes en la actualidad, es el de la vida diaria. No podemos dejar de mencionar el estrés ambiental diario que puede producir niveles altos de ansiedad, sobre todo en los individuos con vulnerabilidad desde los puntos de vista biológico o psicológico. Las situaciones de pobreza, vivir en áreas de riesgo, la exposición a situaciones de peligro, la perspectiva de la comunidad, el género, el grupo étnico al cual se pertenece, o inclusive la cultura a la cual se pertenezca. Cada individuo tiene una serie de situaciones a las cuales reaccionará de forma diferente o inclusive combinaciones de situaciones estresores que van a elevar los niveles de ansiedad de formas insospechadas (Okazaki, Liu, Longworth & Minn, 2002).



Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (2010) Modelo de vías múltiples de los trastornos de ansiedad. Figura 2. Recuperado de: Psicopatología Comprendiendo la Conducta Anormal, 2015.)

Esta explicación multidimensional sobre la ansiedad nos es de utilidad ya que resalta la teoría de que intervienen múltiples factores no solo uno para que se manifieste un trastorno de ansiedad así como que la razón de que las reacciones de las personas ante situaciones de peligro sean reacciones de miedo, se explica que la ansiedad tiene una función adaptativa para el ser humano. Cuando el individuo se ve rebasado por la situación y sus habituales métodos de resolución han sido comprometidos, se llega a una etapa en la cual la ansiedad no tendrá función alguna, hablamos del estado de crisis que se abordará en el siguiente capítulo.

## Capítulo 2 El estado de crisis psicológica.

### 2.1 Las crisis psicológicas.

En el capítulo anterior se comentó acerca del uso adaptativo que tenía la ansiedad para el ser humano, pero también se estableció que los peligros en la actualidad son más de orden social, antes que sean situaciones de vida o muerte. Ahora bien cuando alguno de estos peligros se hace presente y la ansiedad entra en acción, se presentan una serie de síntomas que alertan al individuo ante esa situación, sin embargo ¿qué es lo que sucede cuando este peligro no se puede evitar o el temor a que ese escenario suceda?, ¿qué es lo que pasa cuando se presenta una situación que desafía los límites establecidos por el individuo? Sucede que el individuo entra en un estado de crisis.

La palabra crisis proviene del vocablo griego *krinein* (decisión) y *krino* (separar), esto implica que una crisis alude a un peligro por el sufrimiento que trae consigo la pérdida de aquello que se ha perdido o de lo que se puede perder; mientras que existe también la posibilidad de estructurar una nueva realidad a partir de la crisis experimentada. La pérdida que se puede experimentar puede venir en la forma de perder una pareja, económica, o puede ser un miedo en antelación a un evento o suceso (Slaikeu, 1996).

Algunas definiciones de crisis son las siguientes:

- Erik Erikson: Es una oportunidad de crecimiento y desarrollo, no solo tiene un potencial patológico.
- Wilhelm: El término chino (*WEIJI*): Peligro y oportunidad.
- Webster: Lo define como el punto de cambio, sugiriendo que el cambio puede sanar o enfermar.
- Caplan: Periodo transicional que presenta oportunidad y peligro.



- Slaikeu: Estado temporal de trastorno y desorganización.

(Martínez, 2017)

Para efectos del PAPD la definición a la cual más nos apegamos es la de Slaikeu (1996) que indica que una situación de crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Para esta determinación Slaikeu toma en cuenta el trabajo de Gerald Caplan (1996) que a grandes rasgos destaca que durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis.

Uno de los intereses de Caplan (1996) en sus investigaciones fue identificar como es que los individuos observaban las transiciones entre etapas, desatacó la importancia de los recursos personales y sociales en la determinación de las crisis resultan en una mejoría o a peor. Sin embargo, la teoría desarrollada por Bond & Rosen (1980) marca que el concepto de prevención adoptado para el tratamiento de crisis debe ser reemplazado por “enriquecimiento y crecimiento” durante la crisis. Se comentó que la prevención aleja a los individuos de la experiencia de crisis impidiendo la posibilidad de un desarrollo.

Bellak (1986) comenta al respecto de las crisis que los síntomas presentados son intentos de resolver el problema, además de que si el individuo carece de habilidades y capacidades adaptativas puede inclusive contribuir a la formación de trastornos.

Bassuk (1976) identifica cuatro influencias teóricas para la teoría de crisis; la primera de ellas es basada en la teoría evolutiva de Charles Darwin que menciona la

supervivencia del más apto. Esta teoría contribuyó al desarrollo de la ecología humana, su principal hipótesis dicta que el establecimiento de una comunidad cumple una función adaptativa para el hombre en función con su medio. La segunda influencia refiere la teoría psicológica que considera la realización del ser así como su desarrollo principalmente representada por Rogers (1961) y Maslow (1954). La tercera influencia se encuentra en la propuesta teórica de Erikson (2000) sobre el ciclo vital del desarrollo, en esta teoría Erikson estableció 8 etapas de desarrollo y en cada etapa hay un punto de transición o crisis que, de no resolver satisfactoriamente, traerá consecuencias a futuro. La cuarta y última influencia sobre la teoría de la crisis viene de los estudios sobre el estrés ante los sucesos de la vida de Holmes y cols. Sobre cómo los individuos actúan ante el estrés en cantidad extrema y cuál es el efecto en la salud física (Holmes & Rahe, 1976).

## **2.2 La teoría de las crisis**

Es importante distinguir las situaciones de crisis a las situaciones que no son una crisis, más que nada en vista de obtener una ventaja práctica que permita distinguir estas situaciones para así poder proporcionar la ayuda apropiada.

En la teoría de crisis se podría explicar así, todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar situaciones caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en el tiempo, y por lo regular se manifiesta por un suceso que lo precipita. Puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos (Slaikeu, 1996).

### **2.2.1 Hipótesis principales**

#### **- Sucesos Precipitantes:**

Refiere a aquellos sucesos que presentan la capacidad de provocar en un individuo un desajuste, estas situaciones pueden ser la muerte, un accidente, un desastre natural, una violación, etc... Pero hay que destacar que mientras existen sucesos que pueden representar por si mismos una crisis hay otras situaciones que no pueden considerarse como una crisis pero que son los mismos individuos quienes lo tornan como una crisis, ejemplos de estos eventos son el nacimiento, una boda, la jubilación, o alguna situación de tipo social (Slaikeu, 1996).

Los sucesos precipitantes dependerán en gran forma de la oportunidad, la duración, la continuidad y el grado de interferencia con otros sucesos propios del desarrollo, así como también se toma en cuenta lo repentino e inesperado del suceso (sobre todo en desastres naturales), así como también la sutileza con la cual se pueden presentar estos sucesos al llegar a cierta edad (Slaikeu, 1996). Es de suma importancia considerar que el inicio de una crisis está íntimamente ligado a algún suceso en la vida del individuo y que además este suceso se ve desde la perspectiva de la persona como algo absolutamente indeseable.

Holmes y Rahe (1967), al investigar los efectos que tienen los sucesos estresores en la salud física de los individuos, desarrollaron un modelo en el cual se le asigna un valor numérico a un evento de manera que se obtendrá una cantidad que pueda cuantificar el cambio que se experimenta en un determinado periodo de vida. De acuerdo con Holmes y Rahe una crisis vital se define con una cuantificación de 350 puntos o más en el periodo de un año, acorde con su teoría, son múltiples situaciones las que encausan una crisis.

### Escala en la tasa de readaptación social

Grado	Suceso en la vida	Valor medio
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación Matrimonial	63
4	Cumplimiento de sentencia penal	63
5	Muerte de un familiar	63
6	Lesiones Personales o enfermedad	53
7	Matrimonio	50
8	Despido del trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambio en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Trastornos sexuales	39
14	Un nuevo miembro en la familia	39
15	Reajustes en los negocios	39
16	Cambio en estado financiero	38
17	Muerte de un amigo íntimo	37
18	Cambio de profesión	36
19	Cambio en el número de discusiones con el cónyuge	35
20	Hipoteca o préstamo para una compra importante	31
21	Juicio hipotecario o por préstamo	30
22	Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23	Hijo o hija que abandona el hogar	29
24	Problemas con parientes políticos	29
25	Logros personales sobresalientes	28
26	Esposa que empieza a trabajar	26
27	Inicio o término de la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Corrección de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambios en las condiciones de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio en las diversiones	19
35	Cambio en las actividades de la iglesia	19
36	Cambio en actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo para una compra menor	17
38	Cambio en los hábitos de sueño	16
39	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40	Cambio en hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidad	12
43	Violaciones menores a la ley	11

Holmes, T. & Rahe, R. (1967) *Situaciones de crisis y su cuantificación de acuerdo a la escala de Holmes y Rahe*. Figura 3. Recuperado de The Social Readjustment Rating Scale (1967)

- Crisis de Tipo Circunstancial y de Desarrollo

Para distinguir estos tipos de crisis se considera lo siguiente (Slaikeu, 1996):

- Crisis Circunstanciales: Son accidentales o inesperadas, por lo general este tipo de crisis se verán presentes en un factor de tipo ambiental por ejemplo la experiencia propia y la ajena en algún desastre natural, individuos que fueron víctimas de algún delito al estar fuera de casa.
- Crisis de Desarrollo: Se relacionan con el crecimiento y el desplazamiento en las etapas del ciclo vital; desde la infancia hasta la vejez. Cada una de las etapas tendrá presente una tarea o tareas que al no poder ser realizadas o interrumpidas se origina una crisis. Teóricamente muchas de estas crisis pueden ser prevenidas por lo predecibles que son ya que suelen ser consecuencia de decisiones que se toman en el transcurso de la vida.

- **Aspecto cognoscitivo**

Este componente de la hipótesis hace referencia a cómo es que el individuo percibe el suceso que da lugar a la crisis y cómo es que este suceso va a afectar en su vida, de ahí que lo perciba como algo crítico. Slaikeu (1996) hace una comparación de este proceso con la forma en que la computadora implementa nueva información. El proceso se describe de la siguiente manera: La crisis es un momento en el que la nueva información recibida por la computadora es al mismo tiempo completamente disonante con el programa ya existente, entra en grandes cantidades de tal manera que la computadora experimenta alguna forma de sobrecarga y mal funcionamiento.

Perls, Hefferline y Goodman (1951) consideran que un suceso puede volverse una crisis debido a la manifestación de conflictos y contratiempos personales del pasado. En concordancia con este argumento, se destaca lo siguiente hablando de los sucesos:

El conflicto inicial puede percibirse como:

- Una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional.
  - Una pérdida (de una habilidad, aptitud, o de una persona).
  - Un reto que amenaza con sobrepasar las capacidades de un individuo.
- (Parad, 1965).

Los procesos cognoscitivos son el punto de encuentro entre el individuo y el suceso por lo que hay que encontrar qué es lo que este suceso implica para el individuo, de esta manera no solo el suceso explica el estado de crisis sino que también por qué el individuo considera a este suceso una amenaza, qué expectativas se vieron truncadas y qué conflictos salieron a la superficie,

“Así como el alimento de un hombre es para otro veneno, la crisis de un hombre puede ser para otro una secuela ordinaria de sucesos”.

(Viney, 1976, p.387).

#### - **Desorganización y equilibrio**

Uno de los aspectos más característicos de los estados de crisis es el desequilibrio emocional que experimenta el individuo, se destacan los sentimientos de tensión, ineficacia y desamparo del individuo que sufre la crisis (Slaikeu, 1996).

Slaikeu (1996) reconoce que en el estado de crisis se identifican no sólo estados emocionales, (que categorizaba mediante un código de colores: amarillo que correspondía a la ansiedad, el color rojo corresponde a la cólera y el negro que señala la depresión) sino que también se hacen presentes reacciones emocionales como el llanto, la ira, la aflicción, levantar la voz o reacciones impulsivas, que se acompañan de enfermedades somáticas como las úlceras y los cólicos o los dolores de cabeza o musculares, además de presentarse trastornos de conducta como conflictos interpersonales, insomnio, disfunción sexual, incapacidad de concentración, o el correcto desempeño de su trabajo.

Los principales síntomas en un estado de crisis son los siguientes (Slaikeu, 1996):

- 1) Sentimientos de cansancio y agotamiento
- 2) Sentimientos de desamparo
- 3) Sentimientos de inadecuación
- 4) Confusión
- 5) Síntomas físicos
- 6) Ansiedad
- 7) Desorganización en las relaciones laborales
- 8) Desorganización en relaciones familiares
- 9) Desorganización en relaciones sociales
- 10) Desorganización en actividades sociales

Los síntomas anteriores nos permiten referir que el desequilibrio y la desorganización son un rasgo que siempre estará presente en los estados de crisis, estos rasgos no solo se manifiestan en el individuo, también afectan al mismo tiempo diversos aspectos de su vida, como lo son los sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y el funcionamiento físico (Slaikeu, 1996).

#### **- Vulnerabilidad y reducción de las defensas**

Durante los estados de crisis el individuo, debido a la desorganización que siente, además de ser afectado emocional y físicamente por los pensamientos y síntomas presentes, se siente abrumado y, acorde a Taplin (1971), esta desorganización ocasiona que el individuo se sienta vulnerable y sea susceptible a las sugerencias negativas ya sea que provengan del exterior o que tengan su origen en sus propios prejuicios personales. Al sentirse vulnerado el individuo percibe la pérdida de todo lo querido y una imposibilidad para continuar con la vida que ha llevado hasta ese momento por lo cual el individuo tiene la sensación de que lo ha perdido todo y que no le queda algo por qué continuar. No obstante, este aspecto de la "vulnerabilidad" no es del todo negativo, ya que es debido a esta vulnerabilidad y susceptibilidad que se hace presente la posibilidad del cambio que caracteriza a las crisis (Slaikeu, 1996).

### - **Trastorno en el enfrentamiento**

Una de las ideas centrales en la teoría de las crisis es que todos aquellos procesos o las formas en las cuales los individuos afrontan los problemas o situaciones amenazantes habitualmente, al verse sobrepasados pueden fallar, por lo cual, los individuos al estar ante la perspectiva de crisis se sienten incapaces de resolver la situación, debido a ello, las emociones y sentimientos presentes serán negativos ya que los procesos de crisis por lo regular no tienen una solución racional para quien la atraviesa, los individuos en estado de crisis tendrán afectaciones emocionales, dolores físicos, sentimientos de ansiedad incrementada, temor y agotamiento (Slaikeu, 1996)

### - **Límites de tiempo**

Al comentar sobre ¿cuál es la duración de un estado de crisis?, no se tiene una respuesta clara y definida, ya que el modelo de Caplan ha establecido que una crisis se resuelve en un periodo de 4 a 6 semanas. Diversos estudios sobre el tema han mostrado que hay crisis (principalmente crisis vitales) que no han sido resueltas en este periodo de semanas. Concretamente, el estudio llevado a cabo por Wortman y Silver (1987), en el cual se le aplicaron pruebas psicológicas a individuos en crisis que fueron operados por cáncer y a individuos igualmente en crisis que fueron intervenidos por motivos diferentes al cáncer, el resultado de este estudio arrojó que la crisis se superó en 7 semanas no las 6 que se habían establecido; no obstante, no siempre se puede establecer una delimitación fija en cuanto al límite temporal, ese dependerá enteramente del individuo y de las acciones que este tome para darle solución a la crisis, sin embargo el estudio ayudó a determinar que el estado de crisis es finito y eventualmente llegará a un fin.

No obstante los resultados obtenidos en el estudio anterior hay, casos en los que los efectos desorganizadores de la crisis continúan causando estragos en la vida de los individuos, esto en función de cuál fue la crisis que se vivió, es decir, se ha encontrado qué en sobrevivientes a los campos de concentración nazis las reacciones



conductuales aumentan o persisten aun cuando ha habido un espacio de tiempo prolongado entre el suceso y la vida actual del individuo. El estudio antes mencionado nos permite esclarecer que la gravedad de la reacción a la crisis aumenta en función de la severidad del estrés que causo en la persona (Auerbach & Spirito, 1986).

Acorde con este planteamiento, puede resultar confuso considerar entonces un periodo determinado para delimitar un estado de crisis, por lo cual no hay que cometer el error de pensar que en seis semanas la crisis se resuelve, más bien las seis semanas es el periodo de tiempo estimado para que el individuo encuentre y recupere el equilibrio en su conducta y en sus emociones. Retomando a la crisis como una situación que desestabiliza a la persona, seis semanas es la delimitación estimada para este desequilibrio posteriormente a las seis semanas **NO** se habrá resuelto el estado de crisis, este periodo de tiempo es el que le permitirá al individuo desarrollar un cambio que puede ser positivo o negativo, estableciendo una resolución positiva o negativa a la crisis.

### **Fases y estados: Del impacto a la resolución.**

Caplan (1996) identifica el inicio del estado de crisis de la siguiente forma:

- 1) Elevación inicial de la tensión debido al impacto de un suceso extremo que activa las respuestas acostumbradas para la resolución de problemas.
- 2) Al haber una falta de resultados en estas respuestas y seguir presente el impacto de este suceso, hay un incremento mayor de la tensión, así como la presencia de la sensación de ineficiencia.
- 3) Se ponen en marcha otros recursos ante el aumento de la tensión. La crisis se puede desviar, si y solo sí, la amenaza externa se ve reducida, hay un éxito en las formas de enfrentamiento, se puede reevaluar y redefinir el problema, se renuncia a propósitos que se juzgan como inalcanzables.

- 4) En dado caso que la crisis no haya podido ser evitada la tensión aumentará a tal grado que se dará una desorganización emocional de considerable gravedad.

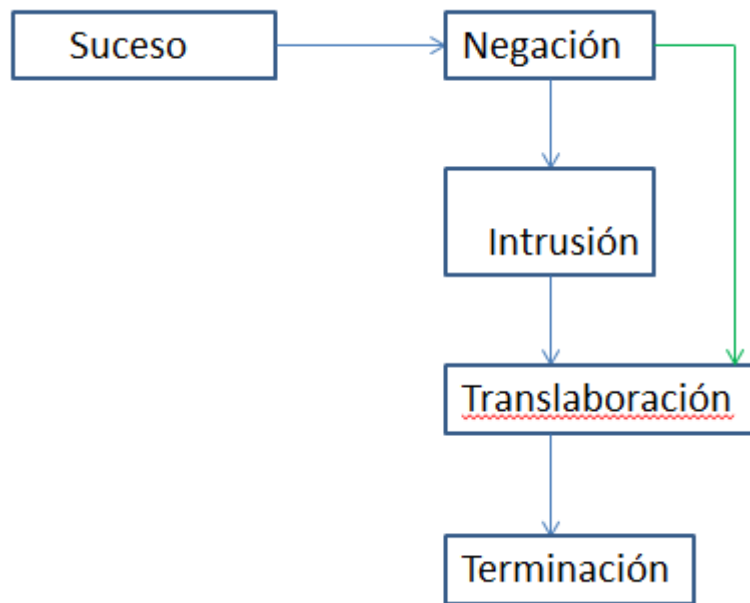
Parad (1976) plantea el siguiente modelo para tratar de explicar de manera más amplia y detallada las reacciones en una crisis. Parad identifica al desorden como la reacción inicial tras sufrir el impacto del suceso. Posteriormente el desorden puede derivar en negación y después en intrusión, o puede oscilar de uno a otro, cada uno de estos caminos tiene un desarrollo distinto.

Cuando el desorden desemboca en negación se observa una disminución en el impacto del suceso, esta negación puede expresarse o bien en un entorpecimiento del individuo o en la realización de actividades siguiendo un rumbo de acción más o menos estable o acostumbrado, de manera que se puede juzgar erróneamente que el individuo se encuentra bien o que es un individuo de gran fortaleza.

Si el desorden se desarrolla como intrusión se podrán encontrar un número abundante de ideas de dolor o el sentimiento presente ante el suceso, siendo las pesadillas y las preocupaciones, así como representaciones propias del suceso, rasgos característicos de esta etapa.

La etapa siguiente pasa a ser la traslaboración, durante esta etapa se expresan y se divulgan los pensamientos, sentimientos o ideas acerca de la experiencia de crisis. Se espera que en esta etapa los individuos consigan externar su sentir y su experiencia de forma natural como muestra de progreso, pero hay individuos que no se pueden comunicar sin ayuda externa.

La siguiente y última etapa es la terminación, en ella el individuo ha enfrentado el suceso que origina la tensión, los pensamientos y sentimientos han sido expresados y el proceso de reorganización del individuo ha comenzado, si bien pueden persistir los pensamientos de tristeza la desorganización causada por la crisis ya no estará presente (Parad, 1976).



Parad, H. (1976). *Esquema de etapas de crisis*. Figura 4. Recuperado de: Emergency And Disaster Manangement: A Mental Health Sourcebook.

- **Efecto de la crisis: mejora o empeora.**

Las consecuencias de las crisis pueden terminar en uno de tres posibles efectos: El cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento (difícilmente se podrá regresar a lo mismo tras haber pasado una crisis). Debido al efecto que tienen las crisis sobre los individuos se espera que se presente un cambio, no obstante conlleva la existencia de riesgo y de peligro sobre todo físico y psicológico. Slaikeu (1996) menciona que, ante la desorganización y el sentimiento de incapacidad para enfrentar la crisis, el individuo llega a la conclusión de que no hay esperanza y podría considerar el suicidio como alternativa a la crisis. Otros individuos optan por la violencia física hacia los familiares o personas cercanas a ellos.

### **2.3 La teoría de los sistemas en el estado de crisis**

Los estados de crisis no afectan únicamente a los individuos que en ese momento o circunstancia están pasando por la situación tensionante si no que su círculo social de alguna manera también se verá afectado por dicha situación (Hill, 1958).

Slaikeu (1996) considera que es necesario tomar en cuenta la existencia de un considerable número de variables presentes durante las crisis por lo que es necesario un marco de mayor amplitud para comprender el motivo de las crisis, para ir cerrando las variables disponibles y concretar las incógnitas que puedan surgir en la teoría de la crisis. Para ello se considera la propuesta de Stevenson (1977), quien menciona que para entender de mejor manera las crisis hay que entender al adulto desde su juventud hasta su madurez, debido a los tiempos de reacción requeridos para responder ante una situación de crisis, no siempre se podrá disponer de un historial de este tipo: sin embargo, es de gran importancia considerar el contexto en el que vive esa persona, así como las interacciones que tiene esta persona con su medio social. Para obtener esta información acorde, a Stevenson (1977) se considerara entonces la Teoría General de los Sistemas desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy.

La Teoría General de los Sistemas TGS propuesta por el biólogo alemán Karl Ludwig von Bertalanffy en 1947 se considera como una metodología de integración que, a grandes rasgos establece que un sistema es un conjunto de elementos que interactúan entre ellos, dichos elementos pueden ser personas, animales y cosas, entre distintas posibilidades.

La TGS tiene como premisas los siguientes enunciados: los sistemas existen dentro de sistemas, los sistemas son abiertos y las funciones de un sistema dependen de su estructura (Bertalanffy, 1976).

La primera premisa explica que en cada sistema se realizan tareas que tienen como finalidad cumplir con objetivos que son planteados por una representación (o sistema) superior.

La segunda premisa establece que toda persona, grupo u organización tiene la posibilidad de acceder a las tareas, beneficios o consecuencias del sistema.

En la tercera premisa se menciona que la estructura sobre la cual se establece un sistema tendrá una influencia en las funciones a desarrollar, considerando entonces a la estructura como la relación entre las partes que conforman el sistema (Bertalanffy, 1976).

En la teoría de Bertalanffy y para efectos del tema a desarrollar se destacan los siguientes aportes (Figueroba, 2010):

- En los sistemas existen relaciones simbióticas; los sistemas conectados no pueden funcionar solos.
- Existe sinergia, hay relaciones que no son determinantes para el funcionamiento pero que estando presentes mejoran sustancialmente el desempeño.
- Se da la entropía en los sistemas es decir los sistemas se desgastan por el transcurso del tiempo o por el funcionamiento del mismo.

Una clasificación de estos sistemas no solo planteados por Bertalanffy si no por otros estudiosos del tema es la siguiente:

- Suprasistema y subsistema

El sistema es un conjunto de elementos, dichos elementos son los que pasarán a ser considerados como Subsistemas. Mientras que el medio externo en el cual se encuentra el sistema es el suprasistema. Se ejemplifica con facilidad mediante una familia, cada integrante es un subsistema mientras que la sociedad a la cual pertenece esta familia será el suprasistema (Bertalanffy, 1976).

- Reales, ideales y modelos

Los sistemas reales son aquellos que existen físicamente, mientras que los sistemas ideales son representaciones simbólicas. Los sistemas modelo serán

aquellos que puedan representar características reales e ideales (Bertoglio, 2004).

- Naturales, artificiales y compuestos

Los sistemas artificiales serán aquellos cuyos componentes han sido originados por las actividades humanas como lo son las construcciones. Los sistemas naturales únicamente contendrán elementos como su nombre lo indica provenientes de la naturaleza por ejemplo el cuerpo humano (Figueroba, 2010).

Los sistemas compuestos tendrán una combinación de ambos sistemas sin especificar la proporción contenida de cada uno, como ejemplo están las ciudades o pueblos (Bertalanffy, 1978).

- Cerrados y abiertos

Una de las ideas principales de Bertalanffy estaba referida al grado de interacción que un sistema tenía para con otros, de acuerdo con esto se desarrolló la idea de los sistemas abiertos y cerrados. Un sistema abierto se define en tanto la posibilidad de intercambio con el entorno, este intercambio Bertalanffy lo describía como de materia, información o energía.

El sistema cerrado estará aislado de las influencias del entorno, un sistema se considera cerrado cuando la retroalimentación es mínima ya que como se ha visto no hay sistema totalmente independiente (Bertoglio, 2004).

Finalmente y a efectos más sociales (y psicológicos) tenemos presente la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (1987). En su teoría Bronfenbrenner se refiere al desarrollo de la conducta humana concretamente desde la infancia, este desarrollo se dará a través de una serie de sistemas ambientales en los cuales va a interactuar el individuo.

Estos sistemas son (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010):

- **Microsistema:** Conformada por todas aquellas estructuras que sean más cercanas al individuo, o con las que tiene contacto directo. Se representa principalmente por la familia, pero se pueden incluir también los amigos, el medio escolar, vecinos, etc.
- **Mesosistema:** Proporciona las conexiones entre las estructuras del microsistema.
- **Exosistema:** En este sistema se encuentran estructuras que afectan al individuo de manera directa aunque el individuo no tenga una interacción directa con alguna estructura de este sistema.
- **Macrosistema:** Aquí encontramos aspectos tales como valores, cultura, costumbres y leyes. Principalmente se observan los efectos que tienen dichos aspectos sobre la vida de los individuos.
- **Cronosistema:** Refiere la dimensión temporal que permea en la vida de los individuos y los elementos presentes, pueden ser de tipo externo al ser algo que le ocurre a algún familiar o conocido, o pueden ser internos cuando es un suceso que afecta al individuo mismo.

### **2.3.1 Los sistemas que interactúan en las crisis**

Hablando de sistemas, Slaikeu (1996) consideraba a la persona como un sistema en el cual operaban cinco subsistemas que se pueden agrupar bajo las siglas CASIC, el significado de cada uno de estos subsistemas es: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo. Podemos afirmar entonces que durante una crisis la desorganización de un individuo será en uno o más de estos subsistemas.

Goldenberg y Goldenberg (1985), expresa su consideración de que las crisis en un miembro de una familia son muestra de un patrón presente en la familia. Es decir, la

falla en este subsistema se manifiesta debido a que en los otros miembros del subsistema existe un aspecto que propicia esta falla: se ejemplifica de cierta manera con la idea de una familia con reglas muy rígidas y estrictas, en esta familia la hija avisa a sus padres de que está embarazada. Esta postura tiene cierto grado de coherencia analizado desde la misma perspectiva de Goldenberg, ahora bien, si lo consideramos en conjunto con la teoría de Bronfenbrenner (1987). De acuerdo con el planteamiento de Bronfenbrenner descrito anteriormente entendemos a la familia como el microsistema, el exosistema será el medio en el cual se desarrollan los miembros de esta familia y el macrosistema será el aspecto cultural, legal, de valores, etc. en el cual se verán inmersos.

Resulta ser de gran importancia considerarlo de esta manera ya que se retoma el enunciado de que las crisis no solo afectan a un solo miembro de la familia. No solo eso, sino que también hacen partícipe a la familia, o al medio social inmediato, del desarrollo positivo o negativo de la crisis, entendamos pues al Microsistema como una fuente de alivio y apoyo o de estrés y de preocupación, inclusive considerar la posibilidad de que la crisis se origine en la familia y por la familia, por cuestiones de diferencias, la muerte de un ser querido, violencia, etc. Independientemente de si la familia o el medio inmediato originó la crisis, es en ese mismo medio donde el individuo debiera encontrar un apoyo emocional que le pueda ayudar a controlar los impulsos y, en términos de Lazarus (1976) la familia será vital en el proceso de enfrentamiento de la crisis. Como se mencionó anteriormente, no hay sistema que sea del todo independiente de los demás por lo cual, si hay algún cambio o afectación en un sistema puede afectar, o muy posiblemente otro sistema encuentre dificultades en su funcionamiento. En esta ocasión lo ejemplificaremos con una pareja, si un miembro de la pareja entra en crisis, la crisis la experimentará ese miembro: sin embargo la otra parte del apareja también tendrá una respuesta como resultado de su propia experiencia personal sobre la crisis de su pareja.

Slaikeu (1996) hace mención de que la crisis al ser un estado de desorganización no puede mantenerse así por un periodo indefinido, por lo cual se espera que el sistema haga uso de todos sus recursos para poder recuperar un estado



de equilibrio. Es importante mencionar que cuando un sistema comienza a utilizar sus recursos para volver al equilibrio, resulta ser que los otros sistemas a su alrededor comienzan a la vez a hacer uso de sus recursos para también regresar a un estado de equilibrio, esto es lo que podríamos considerar como el apoyo que se le da a esa persona en crisis para que pueda regresar a un estado de organización que le permita desarrollar la crisis, dependiendo de la calidad del apoyo y de los recursos empleados por el individuo esta resolución podrá llevar a una solución positiva y satisfactoria de la crisis o una resolución negativa y sin cambios o nuevas técnicas para la resolución de situaciones estresantes.

En este capítulo se abordó una aproximación teórica sobre el estado de crisis, qué es, cómo se compone, cómo es que se desarrolla, y cuáles son sus efectos. Es interesante destacar que las crisis puedan tener una utilidad para el individuo, si bien el proceso es difícil de sobrellevar para quien la sufre así como para las personas a su alrededor pero la posibilidad de obtener un beneficio si se le puede llamar así es un hecho interesante que no podemos desatender.

Como vimos las crisis no siempre arrojan algo negativo, en ocasiones (se espera que sea en la mayoría) el individuo adquiere grandes aprendizajes sobre sí y sobre las formas de solucionar sus problemas. Las crisis pues tienen un potencial para mejorar además de un potencial negativo. Habiendo explicado qué son las crisis, es pertinente entonces hablar de los tipos de crisis que se pueden encontrar así como las características de estas, que será el tema del siguiente capítulo.

### **Capítulo 3 Crisis vitales y crisis del desarrollo.**

En la teoría de crisis se menciona que las crisis tienen un potencial para generar un crecimiento y aprendizaje en la vida de la persona que atraviesa la crisis, se tiende a considerar la crisis en su aspecto negativo debido a que al ser un estado de desorganización y siendo el individuo rebasado en cuanto a sus métodos y capacidades para solucionar los problemas, genera situaciones de difícil manejo para el individuo, así como a las personas que le rodean.

Las situaciones de crisis, como se ha mencionado, suelen afectar emocionalmente al individuo debido a que por lo regular son situaciones que conllevan una enorme carga emocional, algunos ejemplos pueden ser rupturas de pareja, fallecimiento de un ser querido, alguna situación de violencia, malestares en el ambiente de trabajo o algún problema familiar . Situaciones que puedan desencadenar una crisis las hay en muchos escenarios no obstante la teoría de la crisis ha logrado ubicar dos grandes tipos de crisis: las crisis vitales del desarrollo y las crisis circunstanciales en la vida.

Las crisis vitales del desarrollo consideran como sucesos tensionantes aquellos que son propios del desarrollo en el ciclo de vida, es decir son crisis como respuesta ante una determinada etapa de la vida. Algunos ejemplos pueden ser la entrada a la adolescencia, la entrada a la madurez, la edad de retiro o la vejez.

Por otro lado las crisis circunstanciales son aquellas que son repentinas es decir el suceso tensionante se manifiesta en un corto periodo o de inmediato, estas crisis suelen ser las más conocidas pues hay una reacción ante este evento que puede representar un peligro físico y psicológico para el individuo que lo atraviese.

#### **3.1 Crisis vitales del desarrollo**

En cuanto a las crisis del desarrollo, como se mencionó en el apartado anterior, se caracterizan por ser situaciones dadas en un proceso sobre todo de transición, por

lo cual es importante considerar la historia de cada individuo para poder comprender de mejor manera la situación que está afectando al individuo y porqué le afecta. Rapoport y Rapoport (1980) menciona que en las etapas de desarrollo, por lo regular, hay un evento o eventos que definen como característica la etapa que se está atravesando, por ejemplo en muchas ocasiones se hacen referencia a que el trabajo es una situación presente a partir de los 18 años hasta los 45, es decir es un referente a la edad adulta.

Erikson aporta una perspectiva acerca del desarrollo, el establece mediante la teoría de los estadios que existen ocho fases de desarrollo que se extienden a lo largo del ciclo vital, en cada fase, hay un suceso o tarea que determina la completitud o no del estadio por el cual se atraviesa en ese momento. Erikson les llama crisis aunque es un concepto diferente al que estamos abordando, sin embargo Erikson llega a mencionar que al atravesar de manera satisfactoria un estadio se adquieren virtudes y fortalezas psicosociales que nos serán de utilidad en los siguientes estadios de nuestra vida, de lo contrario de no crecer satisfactoriamente en el estadio se pueden desarrollar maladaptaciones que pueden poner en peligro los siguientes estadios del desarrollo o malignidades, que comprenderán aspectos negativos de la tarea o función que se está atravesando (Erikson, 2000).

La malignidad que se mencionó anteriormente es distinta de la maladaptación, ya que la maladaptación si bien no es deseable, contiene más aspectos positivos que negativos de la tarea. Es en este sentido que podíamos decir que una crisis, como suceso desestabilizador podría presentarse, como parte de una malignidad o maladaptación.

De acuerdo a la consideración del desarrollo en las crisis vitales Slaikeu (1996) desarrolla una hipótesis que considera los siguientes enunciados:

- 1) La vida tiene un cambio y crecimiento continuo, no obstante, el cambio que promueve la crisis es único debido a su extremidad.
- 2) El desarrollo se puede considerar como una serie de transiciones o etapas que tienen un distintivo que las caracteriza. Para que el desarrollo sea efectivo,

entonces el individuo habrá de poder llevar a cabo la tarea de transición requerida de forma exitosa.

- 3) Las transiciones serán diferentes, no será el mismo proceso llegar a la edad adulta que pasar de la infancia a la adolescencia, no obstante, la crisis en la madurez pudiera retomar reacciones visibles en la infancia o adolescencia.
- 4) Las vivencias de la adolescencia continuamente serán reelaboradas en todo el desarrollo.
- 5) Las situaciones que puedan ocasionar una crisis habrán de considerarse desde la etapa del individuo y su transición a la siguiente etapa.
- 6) La aparición de una crisis durante el desarrollo habrá de considerarse como una reacción exagerada ante una transición. La desorganización ocasionada por la crisis durante el desarrollo hace posible que este continúe.

Una forma de “identificar” una crisis en un proceso de transición es considerar si se afecta la realización de actividades propias de esa etapa de desarrollo, esta afectación puede darse como consecuencia de una carencia de información, habilidad o conocimiento (Bond y Rosen, 1980). Por otro lado es natural considerar que todo cambio conlleva responsabilidades y dinámicas diferentes en cuanto a las nuevas exigencias que se presentan a la luz de ese nuevo momento, no es de extrañarse que un individuo pueda entonces sentirse abrumado ante su perspectiva de la situación (Brim, 1977).

Si a través del proceso de transición el individuo en cuestión se niega a continuar con el crecimiento o no acepta el cambio que vendrá con la transición puede ser un elemento que ocasione una crisis para el individuo. Este planteamiento realizado por Neugarten (1976) lo ejemplificaba con mujeres maduras que estaban próximas a la menopausia, que por lo general se saben conscientes de que esta etapa llegará y por

lo regular se acepta sin mayores problemas, sin embargo, de no hacerlo así podría haber situaciones de crisis desprendidas de este hecho.

De parte de Neugarten (1979) tenemos otra propuesta para identificar si un individuo atraviesa una crisis o está logrando superar de forma idónea su transición, esta consiste en que es posible que el individuo se perciba a sí mismo como fuera de tiempo si toma en cuenta las expectativas que se tienen tanto para él como de la sociedad, un ejemplo sencillo son los comentarios de comparación con respecto a algún conocido que tiene una edad similar a la de la persona.

### **3.2 Crisis circunstanciales en la vida**

Las crisis circunstanciales son aquellas que reconocemos de inmediato debido a su naturaleza impredecible y, sobre todo, por el peligro que implican para la vida del individuo que o bien se ve amenazado directamente por el suceso o sus métodos de afrontamiento serán tan inefectivos que la desesperación y la ansiedad pueden conducir a la persona a tomar decisiones y medidas drásticas para poner fin a la desorganización que este suceso ha presentado. Slaikeu (1996) comenta al respecto que la característica principal de estas crisis es que no dependen de la edad del individuo (contrario a las crisis vitales), las crisis circunstanciales pueden afectar en cualquier momento, a cualquier persona.

No es raro entonces imaginar que este tipo de crisis son las que en muchas ocasiones motivan a las personas a comunicarse al PAPD UNAM ya que, como hemos visto, son estos sucesos imprevistos o con algún motivo emocional con suficiente peso para rebasar el estado de ansiedad del individuo y llegar a generar una desorganización tal al individuo que le es difícil continuar con sus actividades o se mantiene ante la expectativa de una situación de peligro interrumpiendo así sus actividades acostumbradas o el ritmo habitual de su vida diaria.

De la misma manera que con las crisis vitales del desarrollo los teóricos han encontrado una serie de características a considerar para detectar las principales características de las crisis circunstanciales, que se enlistan a continuación:

- 1) Aparición repentina: Las crisis circunstanciales se manifiestan, es decir, pueden aparecer en el momento menos esperado y en una situación en la cual no se podía anticipar la aparición de una situación de este tipo.
- 2) Imprevisión: Respecto a las crisis vitales del desarrollo, que considerando su desarrollo a través de años de vida y que por ende pueden ser previstas no es así el caso de las crisis circunstanciales ya que no se está preparado para reaccionar ante una situación de tipo circunstancial (accidentes, agresiones, desastres naturales) ya que los pensamientos que se tienen alrededor de estas situaciones es que son sucesos que o bien “no pasan”, “le van a suceder a alguien más” o “aquí no pasan”.
- 3) Calidad de Urgencia: Al ser situaciones de riesgo quienes las atraviesan pueden ver su bienestar físico y/o psicológico amenazado, por lo cual hay que actuar con rapidez evaluando las prioridades de la persona de forma efectiva para así poder seguir un curso de acción apropiado.
- 4) Impacto Potencial Sobre Comunidades Enteras: Como se mencionó, las situaciones que afectan a un individuo no solo le afectan a él, sin embargo, hay situaciones como los desastres naturales cuyo impacto va más allá de un individuo o una familia, pueden afectar a grandes comunidades en periodos de tiempo muy cortos y en múltiples formas, ya sea enfrentando el duelo por la pérdida de algún ser querido, la búsqueda de recursos de supervivencia, de un lugar donde refugiarse así como la perdida de todas las posesiones materiales.
- 5) Peligro y Oportunidad: Recordemos que el sistema entra en estado de alerta ante la aparición y posibilidad del peligro, se prepara para responder de determinada forma ante una situación determinada, dada la naturaleza repentina

de las crisis circunstanciales, el estado de desorganización que le sobrevendrá requerirá pues de nuevos métodos de resolución para que el individuo regrese a un estado organizado de funcionamiento (Slaikeu, 1996).

Para su estudio las crisis circunstanciales se han clasificado en 5 categorías de acuerdo a Slaikeu (1996), esta clasificación se origina de acuerdo a cómo y en qué aspectos pueden ser afectados los individuos, y las consecuencias para ellos como individuos, así como para sus vidas cotidianas. Las categorías son las siguientes:

**- Salud**

En este aspecto no es de extrañar que se considere la cercanía de la salud mental con la salud física, el personal médico se sabe consciente y abierto a la posibilidad de que hay enfermedades que evolucionan o que se pueden manifestar de acuerdo a la cantidad de estrés y el manejo de este por parte del individuo.

Respecto a la salud no solo hablamos de enfermedades, sino de toda situación que pueda presentar algún desafío para la vida del individuo, puede ser la pérdida de un miembro del cuerpo, una enfermedad incapacitante, un procedimiento peligroso, o alguna otra situación que tenga consecuencias limitantes, estas situaciones podrán afectar la calidad de vida inmediata o a futuro de los individuos por lo cual la desorganización que traerá consigo es de considerar. Dentro de este tipo de situaciones, Cohen y Lazarus (1973) determinaron que la información sobre su estado y sus padecimientos viene a ser un elemento que les ayuda a enfrentar esta situación en algunos casos, cuando los pacientes tienen como modo de acción resolver los problemas; mientras que aquellos pacientes que optan por negar o evitar las situaciones tensionantes encontrarán la información más como un elemento que va a alimentar su ansiedad, en vez de ayudarles en su procedimiento, por lo que hay que tomar en cuenta las pautas de respuesta y de conducta por parte de los individuos para así poder encontrar un procedimiento que sea de utilidad para el individuo. Por otro lado, Harris, (1991) realizó investigaciones sobre los beneficios de desarrollar una atención que en vez de tratar al paciente como un enfermo y centrarse en la

enfermedad, trate al paciente orientándose a su bienestar y en el trabajo en su calidad de vida.

### - **Muerte repentina**

Slaikeu (1996) observa la muerte repentina como un apartado diferente a las categorías antes mencionadas, le considera un suceso sobre el cual se tiene conciencia desde la infancia y sobre el cual se va aprendiendo con el desarrollo, o inclusive hace mención de las numerosas consideraciones culturales que se tienen respecto a la muerte. De la misma forma Slaikeu menciona lo siguiente:

*“...no todas las aflicciones representan crisis. Tanto como la muerte se anticipe (en la vejez, por ejemplo), la aflicción implica experimentar y traslaborar una pérdida, aunque no necesariamente con una grave desorganización e incapacidad para el enfrentamiento.”* (Slaikeu, 1996, p. 79).

Con esto nos podemos ir formando una idea, la muerte cuando es entendida desde una perspectiva natural, ya sea por el paso del tiempo o como consecuencia natural de una enfermedad, en tanto sea anticipada y reflexionada, causará reacciones sí, pero no desorganización; por el contrario, cuando es un suceso que se da en una forma repentina, esta desorganización surgirá en la forma de aturdimiento, negación y distanciamiento emocional ante la realidad de la muerte, posteriormente encontraremos un estado en el cual no se podrá mantener esta indiferencia ante los sucesos por lo cual los sentimientos relacionados con esa pérdida afloran, principalmente echando de menos a la persona que es cuando se comienza a generar la desorganización emocional, y en el funcionamiento acostumbrado del individuo o individuos. Posteriormente, a este periodo de desorganización acorde a la teoría de crisis que indica que hay un periodo de tiempo establecido en el cual la desorganización provocada por la crisis cederá lugar ante la organización, de manera que el individuo podrá encontrar una forma de desarrollar una vida funcional sin el ser querido.

Otra forma de considerarlo es la siguiente:



*“Así como las heridas cicatrizan y los huesos fracturados se reunifican dejan marcas pero permitiendo a la restauración del funcionamiento, así también mucha gente se sobrepone al duelo. No podemos desde luego, olvidar por completo que ha ocurrido una muerte, lo mismo que la muerte no se puede borrar totalmente. Pero el proceso del duelo se completa cuando el sobreviviente afligido vuelve a estar de nuevo listo para funcionar”*

(Weisman, 1976 citado en Slaikou, 1996, p.79).

Continuando con lo mencionado por Weisman, comenta que no es lo mismo cuando una muerte se vislumbra y se da por causas naturales o bien por una enfermedad en particular, inclusive se les reconoce como “a tiempo”, que cuando se experimenta la muerte “a destiempo” en donde hay un radical cambio de pensamiento ante la muerte y que por supuesto al ser rebasado se experimentará un estado de crisis como respuesta a un evento del todo inesperado (Slaikou, 1996).

#### **- Crimen**

En cuanto a las crisis establecidas en esta categoría observamos no solo los robos, asaltos, violaciones, etc... si no que se puede considerar toda aquella acción que mediante violencia pueda generar situaciones de riesgo físico o emocional, es de suponer que uno se refiere únicamente a las situaciones que suceden “en la calle”.

El proceso que observamos en primer lugar una fase aguda que se caracteriza por la posibilidad de una conmoción y ansiedad en algunos casos otros casos pueden haber desmayos y es un estado que puede mantenerse por algunos días o hasta meses , posteriormente a esta etapa se trata de reincorporar a la vida cotidiana y expresar las emociones y sentimientos de una forma controlada, finalmente la tercera etapa tiene como fin expresar a los demás el sentir de la persona al haber elaborado la situación. En estos casos las víctimas tienen temor a la vergüenza, la pérdida de un respaldo social y el temor a no poder continuar con su vida (Slaikou, 1996).

#### **- Desastres naturales provocados por el hombre**

Al respecto de los desastres la característica que los define es que pueden afectar a un gran número de individuos al mismo tiempo, se enfrenta una posibilidad de muerte además de la pérdida de recursos materiales sin oportunidad de subsanar el daño en forma inmediata o próxima, en conjunto con esta situación habrá un estado de urgencia generalizado que se debe atender ya que de por medio hay vidas en riesgo.

Parad (1976) explica cómo se realizó un estudio con los sobrevivientes de una tragedia ocurrida en 1972, en este estudio tratan de explicar los pensamientos y percepciones de los individuos sobrevivientes a un desastre natural, para explicar esta situación describen cinco categorías:

- 1) Malestar causado por los recuerdos e imágenes que nombran como “indelebles” al momento del desastre.
- 2) Sentimientos de culpa por haber sobrevivido.
- 3) Desensibilización tanto social como en ocasiones físicas.
- 4) Disminución en la calidad de las relaciones cercanas
- 5) Intentos por encontrar alguna explicación al desastre

Considerando la investigación de Lifton y Olson (1976) es posible considerar que la reacción de los sobrevivientes puede ser de hostilidad, que se formen resentimientos y se dificulte la reincorporación a sus actividades diarias, podríamos considerar entonces que la persona se encuentra en crisis.

#### - **Guerra**

No es común considerar a la guerra como una situación que pudiera suceder con frecuencia, no obstante la guerra o alguna variación de ella son situaciones que engloban en su conjunto toda una serie de situaciones que por supuesto serán los causantes de una crisis, en estas situaciones podemos considerar la muerte y pérdida de pertenencias, pero no solo se queda en este aspecto sino que también se verán afectadas las condiciones de vida que se acostumbran, se pone en riesgo la identidad nacional y las consecuencias suelen tener profundas y largas repercusiones en las vidas de los sobrevivientes. Slaikeu (1996).

Como resultado de situaciones de este tipo observamos en los sobrevivientes síntomas de TEP (en veteranos o en sobrevivientes de ataques), los individuos se vuelven personas iracundas y reaccionan con hostilidad ante lo que ellos consideren como ataques y tienden a distanciarse de sus familias (Slaikeu, 1996).

#### **- Cambios familiares y económicos**

Los cambios que vienen en situaciones de tipo familiar o por alguna situación de tipo económica suelen ser giros enormes en la dinámica acostumbrada por el individuo o individuos que traen consigo una gran desorganización. Como se estableció anteriormente estos cambios no solo son experimentados por el individuo si no por los miembros de la familia y suelen ser situaciones que se vuelven retos a solucionar. Este tipo de situaciones abarcan desde divorcios, separaciones, migraciones, cambios de domicilio, o cualquier situación que se de en el ámbito familiar o que afecte a la familia (Slaikeu, 1996).

Para este tipo de situaciones, en concreto para los casos de separación se suele dar asistencia mediante un mediador que ayude a conciliar y a llegar acuerdos que permitan solucionar el desacuerdo que ha surgido y de esa manera volver a un estado de organización (Slaikeu, 1996).

En el capítulo anterior distinguimos dos tipos de crisis que pueden afectar la vida de todos los individuos, consideramos las crisis vitales del desarrollo como hechos inevitables, pero previsible, aprendimos que las crisis circunstanciales son eventos repentinos con un enorme potencial para afectar las vidas de los individuos. No solo estudiamos los tipos de crisis si no sus características, así como los eventos, sucesos o etapas que propician las crisis.

Los teóricos establecen un modelo de atención para las situaciones de crisis que dicho sea de paso se distingue en su totalidad de una sesión terapéutica. Esta modalidad de atención se conoce como Primeros Auxilios Psicológicos y de ello hablaremos en el siguiente capítulo.

## **Capítulo IV Los Primeros Auxilios Psicológicos**

Como se explicó con anterioridad no se puede atender una crisis siguiendo el método de una terapia o tratar de abordarlas como tal, ya que las situaciones presentes en estos casos exigen una atención inmediata pensando en que los individuos se pueden encontrar en riesgo o ponerse en riesgo, además de que es determinante analizar el peligro inmediato que la persona está haciendo frente por la situación que comenta.

El proceso de atención para las crisis en el Programa de Atención Psicológica a Distancia son los Primeros Auxilios Psicológicos que a continuación revisaremos qué establecen, porque se diferencian de una atención normal y cómo es que se integran en el modelo de atención prestado en el PAPD así como cuál es el procedimiento a seguir en el Programa acorde al esquema y a la situación requerida por la persona.

### **4.1 Intervención en crisis**

Como se ha comentado, se considera a la crisis como un estado de desorganización que tiene un límite temporal establecido en 6 semanas, en estas 6 semanas el individuo habrá encontrado una forma de reorganizarse y regresar a un estado de equilibrio en el cual pueda volver a un estado óptimo de funcionamiento, y también podrá integrar a su vida aquellas nuevas pautas aprendidas en el proceso de resolución de la crisis. Pero ¿cómo es que se llega a este estado?, Slaikeu (1996) menciona una intervención que describe como amplia, que se divide en dos fases o instancias que son:

- Intervención de Primera Instancia o Primeros Auxilios Psicológicos
  
- Intervención de Segunda Instancia o Terapia para Crisis

Una de las diferencias entre PAP'S (Primeros Auxilios Psicológicos) y Terapia para Crisis es el momento en el cual se va a brindar el apoyo. Por mencionar un ejemplo los PAP's pueden brindarse mediante vía telefónica, en la calle, en el lugar de trabajo o en casa. La Terapia para Crisis por su parte requiere de un espacio adecuado para poder realizar la terapia como si se tratara de una sesión normal. Otra diferencia que podemos mencionar es el tiempo en el cual se van a prestar los servicios refiriendo a los PAP's, éstos se ofrecerán en los minutos y horas que le siguen al evento que desencadena la crisis mientras que la Terapia para Crisis se estará otorgando en las siguientes semanas y meses posteriores a la crisis.

Una característica importante en cuanto a las diferencias es que los PAP's pueden ser brindados por cualquier persona capacitada en brindar apoyo en situaciones de crisis como pueden ser psicólogos, trabajadores sociales, profesores, policías, médicos, enfermeras, miembros de la familia, o inclusive miembros del clero, entre otros individuos que sean capacitados para poder dar el apoyo y, como se comentó anteriormente, el apoyo será en el lugar en donde la crisis afecte al individuo, ya sea en hospitales, lugares comunitarios, escuelas, ambientes de trabajo, etc. (Slaikou, 1996).

Como se puede esperar, la Terapia para Crisis será brindada únicamente por psicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras, consejeros o personal propiamente capacitado para ofrecer una terapia psicológica en forma. El lugar en donde se brindará será un consultorio, centro de salud, clínicas o espacios que cuenten con el lugar para que el individuo o familia o personas que vayan a recibir la asistencia puedan expresarse y ser escuchadas con claridad.

#### **4.2 Intervención de primera instancia (Primeros Auxilios Psicológicos).**

Los PAP's tienen como objetivo el orientar al individuo al enfrentamiento y resolución de la crisis, para esto se requerirá por parte de la persona un control de sentimientos para lograr un proceso que realmente ofrezca una solución.

Se plantea que los PAP's tienen sub-metas que se deben lograr para considerar que el apoyo está logrando algo en tanto el individuo pueda mejorar, la primer meta es proporcionar apoyo al referir el apoyo estamos hablando de una presencia que le haga sentir al individuo que no está solo y que cuenta con el apoyo de alguien capaz de compartir la carga emocional con la persona. Mostrando un gesto empático y humano para con las personas facilitará que puedan expresar sus sentimientos así como hacerse conscientes de sus capacidades y limitantes (Slaikeu, 1996)

La segunda meta por seguir es reducir el riesgo de mortalidad del individuo, es decir, mediante los PAP's se pretende evaluar el riesgo físico que puedan correr las personas y nulificarlo salvaguardando así la integridad física del individuo. La meta se traduce en reconocer el riesgo, minimizarlo y anular la situación amenazante.

La tercera meta de los PAP's pasa a ser entonces enlazar al individuo con fuentes de asistencia que puedan ayudarle a cubrir y/o subsanar las necesidades que, ante la desorganización y la carencia de recursos, están presentes. Esta meta consistirá entonces en acercar al individuo a la fuente de apoyo necesaria para que el individuo pueda avanzar en el proceso de enfrentamiento de la crisis estableciendo a la vez una limitante respecto a las capacidades de apoyo que pueden dar las distintas fuentes de apoyo a las cuales se recurra. Con esto se perfila al individuo a que él mismo vaya encontrando los pasos necesarios para la resolución de la crisis (Slaikeu, 1996).

Slaikeu (1996) enlista una serie de componentes en los PAP's que se mencionan como:

- Realizar un contacto psicológico
- Analizar las dimensiones del problema
- Sondear posibles soluciones
- Asistir en la ejecución de pasos concretos
- Seguimiento para verificar el proceso

Realizar el contacto psicológico implica escuchar al individuo, esta escucha habrá de ser empática para cumplir la primera sub-meta de los PAP's Rogers (1961), el

contacto implica escuchar todo lo que el individuo tenga que decir sobre la situación, para así entender y dimensionar de forma correcta la situación y poder lograr una comunicación empática que asegure un contacto humano entre persona y asistente, que le haga sentir escuchado, aceptado, entendido y apoyado.

El análisis de las dimensiones del problema hará referencia a las valoraciones que se hacen al respecto de las situaciones por las que atraviesa el individuo, se considera el pasado inmediato que arrojará información sobre la situación que llevó al individuo a la crisis buscando un hecho en particular. Al investigar sobre el presente buscamos información sobre el qué, el cuándo, el dónde, y el quién, esto a manera de dilucidar el estado actual de la persona. En este procedimiento se sugiere tomar en cuenta el perfil CASIC propuesto por Slaikeu (1996), para evaluar el aspecto Cognitivo, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo. Esto antes de la crisis para poder establecer un punto de partida que permita identificar comportamientos y actitudes habituales en la persona de manera que se pueda hacer un contraste al momento de la crisis para identificar y determinar los aspectos en que la crisis le ha afectado al individuo, y finalmente determinar las posibles consecuencias a futuro en torno a la crisis. Uno de los puntos centrales de dimensionar la situación es que nos permitirá determinar cuál es la situación de mayor urgencia a tratar en la crisis y desarrollar aquellas que podrán tratarse en su debido momento cuando la desorganización de la crisis haya sido aclarada y reorganizada.

Refiriendo al análisis de las posibles soluciones tiene como fin orientar al individuo con la finalidad específica de generar alternativas de solución que le permitan diferenciar los beneficios y prejuicios de las decisiones que estará tomando para encontrar una adecuada resolución a su problemática. Como se ha mencionado, quien da asistencia no resolverá la situación de quien se encuentra en crisis, el asistente pues se encargará de hacerle ver al individuo las posibilidades de acción que él puede tener para sí mismo mediante la reflexión de soluciones anteriores para hacerle ver que es la persona quien ha solucionado otras situaciones y es la persona quien puede encontrar una solución a la problemática. Para lograr encontrar una solución se orienta al individuo a que considere las opciones que no intentó, a razón de que no consideró

esa solución o de que en la premura de la crisis deshecho prematuramente esa opción de resolución, de forma que pueda llegar a la reflexión y así idear una verdadera solución. En conjunto con la consideración de soluciones, se observan las posibles dificultades que puedan surgir para evitar que se vuelvan un contratiempo y darle respuesta en el momento apropiado (Slaikeu, 1996).

Durante la consideración de los PAP's viene la ejecución de una acción en concreto, la idea en teoría es sencilla ya que refiere al desarrollo de una acción que lleve al comienzo de la resolución de la crisis de acuerdo a la capacidad que tenga el individuo para hacer lo que pueda y cuanto para sí mismo. Slaikeu (1996) menciona que tratando la ejecución de una acción concreta el asistente deberá ser directivo o facilitador, esto dependiendo de si el individuo es capaz de operar en un esquema que le permita operar por sí mismo o si se encuentra incapaz de hacerlo.

El seguimiento tiene un objetivo muy concreto y es el de comprobar si los objetivos de los PAP's se lograron primariamente la reducción de la mortalidad y el lograr enlazarlo con redes de apoyo que puedan ayudarle con los aspectos que requieren de un especialista o un tipo distinto de apoyo. La forma de comprobar esto acorde a la teoría de que se debe establecer una forma de mantener la comunicación con el individuo ya sea en persona o vía telefónica, lo realmente importante en este punto es indagar si el proceso realmente fue de ayuda a la persona, si las acciones a realizar fueron efectivas y si logró solucionar las situaciones que hayan venido junto con la crisis además de por supuesto comprobar si el individuo regresó a un estado de organización en el cuál se sienta bien y le permita continuar desarrollando sus actividades de la misma manera que antes de la crisis contando también con una perspectiva diferente como beneficio y aprendizaje de la crisis.



	Que hacer	Qué no hacer
1.- Contacto	Escuchar de manera cuidadosa Refleja sentimientos y hechos Comunicar aceptación	Contar tu "propia historia" Ignorar sentimientos o hechos Juzgar o tomar partido
2.- Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas Pedir a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas si/no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de "peligro"
3.- Posibles Soluciones	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar Mezclar las necesidades
4.- Acción Concreta	Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Hacer confrontaciones cuando sea necesario Ser directivo, sí y sólo sí es Necesario	Intentar resolver todo ahora Realizar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario
5.- Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuara la acción del plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más

Marinez, F. (2017). *Recomendaciones prácticas de cómo proceder y poner en práctica los PAP's*. Figura 5. Recuperado de: Primeros Auxilios Psicológicos.

Martínez (2017) establece que los Primeros Auxilios Psicológicos pueden esquematizarse bajo el sistema A.C.E.R.C.A.R.S.E que puede considerarse como una base para brindar la asistencia. El sistema pretende pues volver más accesible los PAP's de manera que un proceso que es bastante amplio sea más amigable y sencillo de entender y sobre todo más fácil de considerar y aplicar.

El sistema puede explicarse de la siguiente manera:

**Ambiente:** ¿En qué situación tiene lugar la crisis?

**Contacto:** ¿Cómo se establece la alianza terapéutica?

**Evaluación:** ¿Qué información es necesaria sobre la persona?

**Reestablecimiento emocional:** ¿Qué hacer para recuperar el equilibrio?

**Comprensión de la crisis:** ¿Qué necesita saber la persona sobre la crisis?

**Activar:** ¿Qué hacer para recuperar la normalidad?

**Recuperación del funcionamiento:** ¿Cómo mantener la normalidad?

**SEguimiento:** ¿Cómo dar continuidad a la intervención?

Cada lema de este sistema hace referencia a un proceso que es el siguiente:

- **Acercarse:** se reconoce el medio en el cual está sucediendo la crisis.
- **Contacto:** Se hace un acercamiento con los individuos que no puedan tratar la situación, a quienes se encuentren desbordados por la situación.
- **Evaluación:** Se examina a la persona, su estado de salud, y sus necesidades urgentes.
- **Reestablecimiento emocional:** Después de identificar qué es lo que necesita la persona se comenzará a tomar acciones para ayudarle a cubrir esa necesidad además de contenerle y darle el apoyo psicológico requerido.
- **Comprensión de la crisis:** Ya cubiertas las necesidades más apremiantes es necesario ayudar a la persona a comprender lo que está ocurriendo de manera que se pueda mostrar que la situación es manejable y se puede solucionar.
- **Activar:** El paso siguiente es considerar en conjunto con la persona las acciones que en ese momento son necesarias para recuperar el equilibrio.
- **Recuperación del funcionamiento:** Es necesario que una vez la persona se encuentre en calma y pueda considerar las situaciones de manera distinta se deberá asesorar a la persona a que pueda mantener ese estado para de esa manera evitar regresar al estado de desequilibrio en el cual se encontraba, y que pueda continuar desarrollando sus actividades.
- **Seguimiento:** Se llega a un acuerdo sobre la continuidad de la intervención, ¿cómo se puede hacer?, ¿a dónde ir?, ¿por qué?

### **4.3 Intervención de segunda instancia (Terapia para crisis)**

La terapia para crisis requiere considerablemente de más tiempo así como de una mayor preparación esto con la finalidad de ayudar al individuo a trabajar la crisis, por lo regular los PAP's suelen ser efectivos para ayudar al individuo en cuestión a regular la desorganización y regresar a sus actividades sin embargo hay quienes requieren de la asistencia de segunda instancia puesto que no logran regular su estado por sí mismos.

La terapia para crisis enfoca su atención en orientar al individuo para que pueda sobrevivir físicamente, identificar y expresar sentimientos e ideas originados por la crisis explorar la posibilidad de realizar adaptaciones conductuales y de personalidad para superar la crisis además de obtener conocimientos sobre la crisis para poder entender el impacto de estas en la vida del individuo y lograr superar la crisis en forma positiva, estos cambios se darán como resultado de la terapia es por ello que en la terapia de segunda instancia se requerirá de una evaluación dicha evaluación no se limitará a los aspectos Cognitivos, Afectivos, Somáticos Interpersonal y Cognoscitivo. La valoración propuesta por Slaikeu (1996) incluye la consideración del impacto de la crisis en la vida de la persona y cómo afectan las cinco áreas de funcionamiento. El segundo aspecto a tomar en consideración es que una afectación en una de las áreas CASIC terminará afectando a las demás por lo cual se tratará de atender y canalizar un cambio positivo en la persona. El tercer cambio vendrá en el análisis de las fortalezas y debilidades para que las fortalezas nos sean de utilidad ante aquello que pueda representar una desventaja o una debilidad. Lo siguiente es tener en cuenta las variables del entorno de la persona que tendrán una consecuencia positiva o negativa sobre el individuo.

Para la terapia de segunda instancia se necesita de información, dicha información se obtendrá mediante la entrevista clínica con una variante de explorar el funcionamiento de los individuos en su medio social así como en su persona, los datos que se han de obtener para la terapia son a grandes rasgos los siguientes (Slaikeu, 1996):

1) Incidentes precipitantes:

Tiene como fin recolectar información al respecto de la crisis, tales como cuál fue el incidente que provocó la crisis, cuando sucedió el incidente, personas afectadas así como situaciones problemáticas en las que haya tenido que plantear una solución.

Se plantea una incógnita muy importante que es como considera el individuo a la crisis, como un incidente, como un reto, como una amenaza o una eventualidad a superar.

2) Presentación del problema:

En este aspecto se cubre la percepción que tiene el individuo sobre la situación problemática, preocupaciones tanto personales así como de otros miembros de la familia y qué espera el paciente como resultado de la terapia y qué cree él que es lo que más necesita.

3) Entorno de la crisis:

Analiza el contexto del individuo su ambiente familiar, sus vecinos, el aspecto comunitario, la presión que hay en el trabajo así como las fuentes de apoyo con las que cuenta. Lo principal de este rasgo es que se van a identificar todos aquellos recursos que le ayuden a resolver la crisis.

4) Funciones cognitivas y afectivas anteriores a la crisis.

Se exploran los hábitos conductuales del paciente, sus reacciones, su forma de relacionarse y los pensamientos que ha tenido en cada etapa de su vida, comenzando por la infancia, seguido de la pubertad, la adultez joven, la adultez media y el retiro si es el caso. De esta información reunida se podrá identificar el porque la situación en particular condujo a una crisis y porqué se suscitó una crisis.

#### 5) Funciones cognitivas y afectivas durante la crisis:

Se examinan las conductas, los aspectos afectivos, los somáticos, los interpersonales y cognitivos. Se consideran las actividades preferidas, los sentimientos y emociones, que ocasiones le hacían sentir mal cuales le hacen sentir bien, si presenta síntomas físicos, el cómo se siente ante la crisis, con quien se relaciona si pertenece a algún grupo, si ha tenido conflictos con un individuo importante, por último se hace un recuento de cuáles son sus expectativas en la vida, sus metas, sus planes, como se percibe a sí mismo, como se expresa de sí mismo.

Por último se realiza una síntesis de estos aspectos indicando cual aspecto es el que le implicará mayor dificultad al individuo en su recuperación, el área más sencilla de tratar, el aspecto más estable de su ambiente los más vulnerables, las fortalezas y debilidades de la persona y la interacción entre estas. Con base en ello se diseñará un plan de tratamiento para el paciente. El objetivo y fin de una terapia de crisis es asegurar la supervivencia física, lograr una expresión emocional sobre la crisis, entender y comprender la crisis y conducir entonces a un reajuste de actitud y conducta para continuar con su vida (Martinez, 2016).

Como resultado de la terapia para crisis se espera que el paciente regrese a un estado de equilibrio considerando las ganancias y pérdidas, considerando el camino a futuro a raíz de los cambios dados para asimilar y superar la crisis. Percibir que la crisis vendrá como consecuencia de enfrentar incorrectamente el problema. Comprender que la crisis traerá a flote situaciones del pasado no resueltas que pueden presentar un reto para la traslaboración de la crisis. También se resaltarán preocupaciones o hechos latentes que dentro de poco tiempo podrán presentar un problema para el individuo. Para finalizar se espera que el individuo pueda enfrentar el futuro, realizar sus actividades personales, pueda trabajar, interactuar con los individuos a su alrededor y aquellos pertenecientes a su vida personal como resultado de la organización recuperada por acción de la terapia (Bellak, 1986).

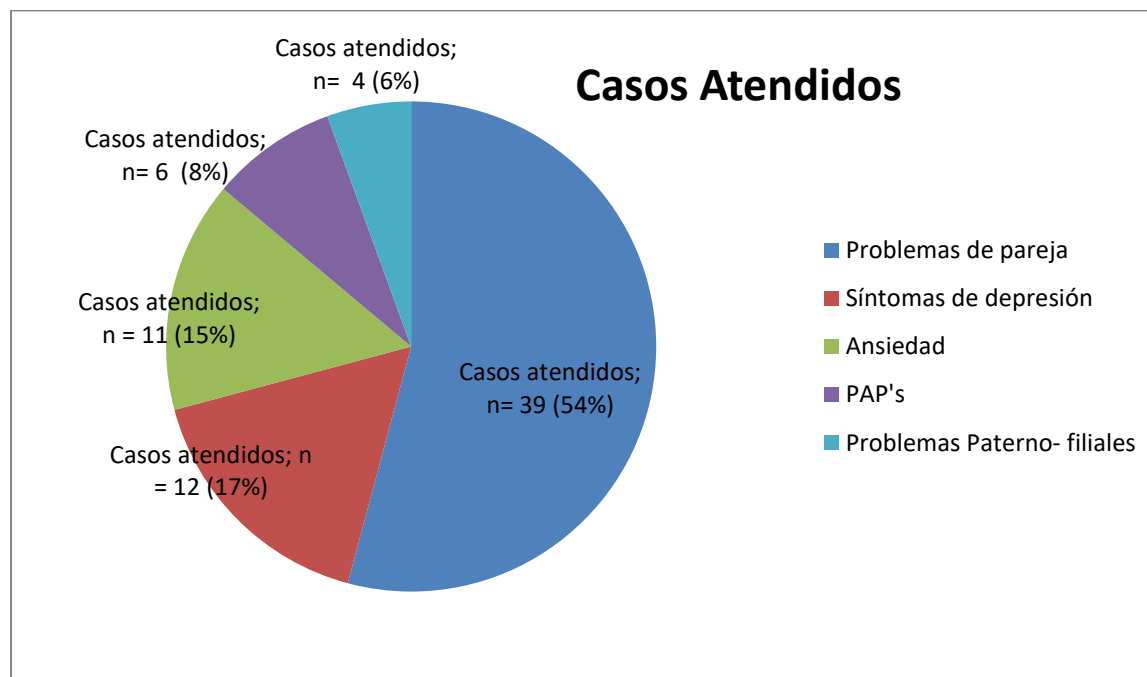
En este capítulo se explicó que son los Primeros Auxilios Psicológicos, por qué es necesario brindarlos, así como la forma teórica en la cual se dividen, que son PAP's de Primera Instancia o Intervención en Crisis y PAP's de Segunda instancia o Terapia de Crisis. Se consideró en que distingue a cada uno de estos aspectos, que los compone y cómo es que funcionan.

## VI Actividades durante el servicio

La realización de mis actividades en el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM se llevó a cabo en el periodo comprendido entre agosto del año 2017 y febrero del 2018, durante este periodo recibí aproximadamente 72 llamadas sin considerar el periodo de crisis ocurrido en septiembre de 2017, ese apartado lo mencionaré por separado. La atención en el programa se da mediante el modelo de Terapia Breve el cual utiliza técnicas de tipo Cognitivo-Conductual, además de técnicas de relajación para la contención emocional de los individuos.

Para los casos de crisis se utilizaron los PAP's de primera instancia.

La clasificación de las llamadas en el programa se organiza de acuerdo al Manual DSM-5 por lo cual las situaciones atendidas se distribuyen de la siguiente forma



*Grafica 1 Distribución de casos atendidos*

La grafica 1 muestra los casos atendidos y el porcentaje total que estos representan. De la misma forma la distribución de la atención fue de 8% PAP's y 92% que corresponde a situaciones atendidas en la modalidad de terapia breve.

### **1) Problemas de pareja**

Se atendieron 39 casos de problemas de pareja que corresponden al 54% de la totalidad de casos atendidos, la distribución de las llamadas se dio a proporción de 27 llamadas de mujeres y 12 llamadas de hombres. De estos 39 casos, solo uno se encontraba en proceso de separación, pero al parecer, con la terapia, se pudo llegar a una reconciliación.

El motivo encontrado de estas situaciones era debido a situaciones de desigualdad, es decir, una parte de la pareja sentía que la otra parte de la pareja no estaba aportando en la misma medida o que estaba cometiendo abusos de la condición de pareja sin aportar algo a la relación. En menor medida se encontraba como motivo la falta de interacción en la pareja debido a alguna situación de malestar o abandono, y aún menos casos (precisamente solo cinco casos) tienen como raíz una infidelidad o sospecha de la misma.

En los síntomas de índole fisiológica se lograron ubicar los siguientes: insomnio, migraña, dolor de cabeza, malestar estomacal, aumento o disminución de peso, y náusea.

Respecto a síntomas cognitivos los usuarios comentaron sentir miedo, tristeza o enojo. Estas emociones surgen como reacción a la situación que enfrentan y la posibilidad que encierran estos escenarios, entre la cual se destaca como presente en todos los casos, el temor al abandono por parte de la pareja o el fin de la relación sostenida, además, de que en algunos de estos casos los usuarios mencionaron que no sabrían cómo responder ante una situación en la cual se encontrarán solos.

El temor a la separación se daba como respuesta a varias situaciones, como ejemplo tenemos que en algunos casos femeninos se temía la pérdida del sustento económico, ya que ellas no trabajaban o realizaban una actividad remuneradora, o si la



realizaban se percibía una ganancia que no iba a ser suficiente para el sustento, en los casos en los que había hijos menores de edad se presentaba el miedo al desamparo de los hijos, así como también miedo a ser juzgada por los mismos por no haber causado una separación con la pareja.

En otros casos hallábamos situaciones de aislamiento ya que la parte de la pareja que era violenta se había encargado de que la persona se distanciara de sus redes de apoyo, familiares y amistades, o que la situación con la pareja le afectaba de tal manera que su forma de afrontarlo era aislándose por propia decisión de su entorno social limitándose a las actividades en casa sin prestar mucha atención a las actividades personales que involucren a la persona con su medio.

Ante casos de desigualdad la reacción en una primera instancia era de tristeza, ya que se describían como decepcionados ante la falta de respuesta de su pareja en forma material o afectiva (principalmente), lo que les hacía sentir, además de temor, sentimientos de tristeza, inferioridad, indiferencia y, en sesiones más avanzadas, enojo con la pareja debido a estas situaciones.

En cuanto a hombres las principales reacciones cognitivas eran primariamente la tristeza, el sufrimiento y la tristeza, ya que manifestaban que por su condición de hombre no podían expresar sus sentimientos por lo cual se sentían obligados a permanecer en silencio ante una situación que les parecía del todo injusta o ante algo que les provocaba dolor. Otra reacción encontrada era una respuesta agresiva en donde se admitía que realizaban conductas denominadas como poco usuales en ellos, como los celos o reclamos, y en un único caso una respuesta violenta de agresión (devuelta por la mujer) ante el desacuerdo en la pareja.

Las reacciones masculinas entonces son más físicas mientras que las mujeres reaccionan de forma más emocional y cognitiva.

Tomando en cuenta que la atención brindada en el programa es breve, se contemplan de 6 a 8 sesiones por paciente. Las técnicas usadas en los casos de problemas de pareja son la entrevista motivacional, en algunos casos la reestructuración cognitiva, balance decisional, además de un registro conductual.

Como se mencionó anteriormente la mayoría de los usuarios en el programa se encontraba de alguna forma con su pareja, por lo cual el procedimiento a seguir a través de las sesiones fue por lo general el siguiente:

- 1) Identificar los aspectos que causan malestar en la relación, ya sea que sucedan en la actualidad o que haya sido una situación que se dio en el pasado.
- 2) Identificar si la situación era generada por el usuario o por su pareja y hacer notar al usuario quien era el mayor generador de conductas negativas.
- 3) Identificar si el usuario puede promover algún cambio en la relación mediante un cambio de actitud, cambio de hábitos o cambios en su conducta.
- 4) Se realiza un balance decisional para establecer las ventajas y las desventajas de continuar en la relación, en los casos que lo requirieron se utilizó una reestructuración cognitiva para dimensionar los hechos y posibles eventos, esto con la finalidad de demostrar al paciente que no tenía que ser tan catastrófica la posible separación o la soledad, o hacerle ver que su pareja no le estaba siendo infiel, dependiendo de la situación que manifestara el usuario.
- 5) En algunos casos que el usuario manifestaba querer separarse, o la existencia de algún problema que no se podía perdonar o superar, se le pedía realizara una carta en la cual expresara su sentir, sus dudas, todo aquello que le causara incomodidad y al terminarla la leyera en voz alta y procediera a quemarla con la finalidad de dar fin a ese ciclo.

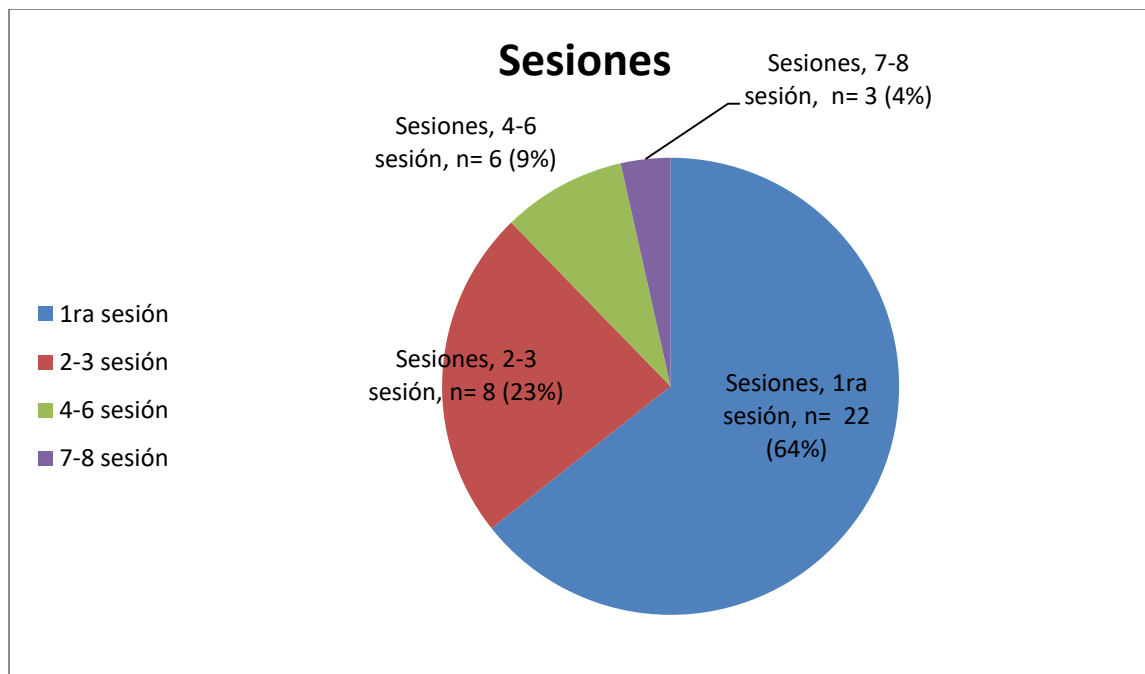
Ahora bien, el propósito de las sesiones era guiar al individuo a aceptar cuál era la situación que se estaba dando en la pareja y reconocer por qué le hacía sentir mal este hecho, reconocer las emociones que se sentían ante determinada situación y hacer un análisis de ello.

Se enseñaba al usuario a explicar, con firmeza y claridad a su pareja, por qué le hacía sentir mal una situación, lo que sentía, lo que imaginaba que la otra parte de la

pareja pensaba, lo que el usuario consideraba al respecto, todo esto con el objetivo de promover una actitud asertiva en el usuario que le permitiese expresarse con claridad para poder ser entendido.

Muchos usuarios manifestaban ideas como las siguientes: “nadie me quiere”, “no soy suficiente”, “todo hago mal”, “siempre me equivoco”, “la culpa la tengo yo”, “no hay nadie para mí”, “no soy suficiente para nadie”, etc. Ideas y pensamientos que eran necesario reemplazar para que la terapia pudiera tener un beneficio. Esto se lograba mediante la reestructuración cognitiva con la cual se le mostraba que no había forma en que estas ideas tuvieran fundamento acorde a las actitudes y conductas que ellos mismos describían de su persona, por lo cual aprendían que muchos de estos pensamientos eran propios más que hechos verdaderos y que no era realmente lo que los demás percibían sobre la persona.

En las últimas sesiones se promovía que el usuario reflexionara sobre la situación aportando un punto de vista diferente al del primer contacto, desarrollar una cierta empatía con la pareja que le permitiera comprender el motivo, razón o circunstancia del por qué se comportaba de esa manera o considerar comentarios que en primera instancia se pueden malinterpretar, así como promover soluciones que le permitiera actuar ante la presencia de situaciones similares, y en el último de los casos afrontar el duelo de la separación.



*Grafica 2 Distribución de sesiones:*

Hablando de la distribución de sesiones de 39 casos totales en los cuales había problemas de pareja, fueron 22 casos los que llamaron una sola vez, es decir no le dieron seguimiento al proceso, lo cual equivale al 64% de los casos; los casos que se quedaron en la segunda o tercera sesión fueron ocho que supone un 8% del total de casos; la mayoría de casos concluidos se dieron entre las sesiones 5 y 7 que cuentan 9 casos atendidos juntando un porcentaje de 13%, siendo 6 los casos que terminaron entre las sesiones 4 y 6 con un porcentaje de 9%; y 3 los casos que llegaron a término en 8 sesiones, correspondiente al 4%.

Lo anterior debido a que la mayoría de usuarios llamaba una primera vez, se desahogaban y no volvían a comunicarse, otros usuarios que encontraban la mejoría en las sesiones más tardías, como la 3 o la 4, lo dejaban ahí el proceso mientras que los usuarios que sí terminaron su proceso en la 6 o 8 sesión fueron menos, pero al mismo tiempo reportaron sentirse mejor y con capacidad de resolver los problemas, ya sean los mismos por los que solicitaron la atención o por algún otro problema. De los 39 casos, 5 casos volvieron a comunicarse pidiendo retomar las sesiones, se comprobó que fueron casos que abandonaron la terapia después de la primera sesión por lo cual

se les comunicó, que ya que habían sido atendidos, no se les podía volver a atender hasta los seis meses posteriores.

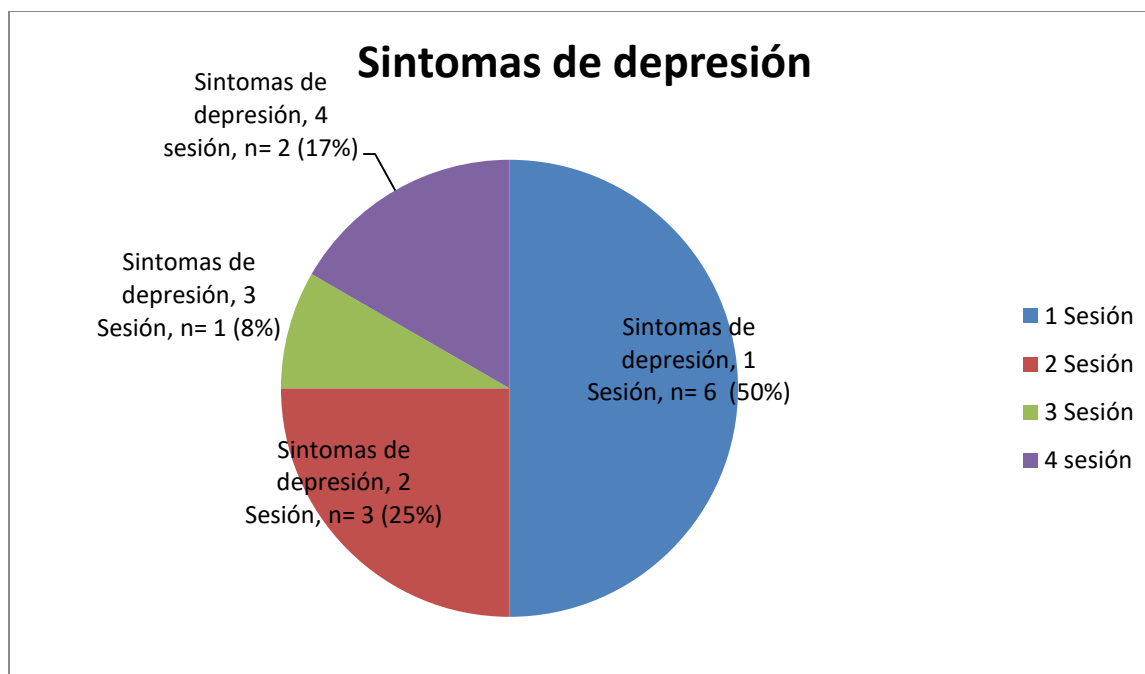
## **2) Síntomas de depresión**

Se atendieron 12 casos en los cuales la principal situación a atender eran usuarios que reportaban sentirse mal anímicamente, por lo cual se procedió a utilizar el tamizaje de la Guía MHGaps (2010) cuyos resultados arrojaron principios de depresión. No los podemos considerar como casos de depresión propiamente, ya que este tamizaje considera los síntomas por un lapso de 15 días, siendo que 10 de estos casos no excedían los 15 días establecidos, o era una sintomatología de una semana.

Acorde a la guía y a lo reportado por los usuarios, los principales síntomas hallados en estos casos incluyen emociones de tristeza, un estado de ánimo decaído con sentimientos de vacío, incompletud, irritabilidad, frustración, desgane, etc. Mientras que conductualmente se encontraban actitudes de anhedonia, apáticas y sin deseos de realizar sus actividades acostumbradas, tanto en su trabajo como, en su vida social, además de interrumpir sus hábitos personales, así como un impedimento a cosas nuevas.

Respecto a lo reportado anteriormente, lo primero que se hace en estas situaciones es validar las emociones del usuario, escuchar lo que tiene que expresar, tratar de encontrar si el usuario tiene redes de apoyo (un amigo, un familiar o una persona en la cual pueda confiar), se propone fijar metas diarias que el usuario pueda cumplir, con esto se espera que, poco a poco, se recupere el ritmo diario de sus actividades. Se sugiere también el fomentar el desarrollo de una actividad física que le permita activarse conductualmente para que sea un comienzo de su recuperación.

Entre los síntomas encontrados se hallan cambios en los hábitos alimenticios, aumento o disminución del consumo de alimentos, exceso de sentimientos de culpabilidad e incapacidad de concentrarse, además de reportar insomnio o muchas ganas de dormir.



*Grafica 3 Atención a casos con síntomas de depresión.*

En la Grafica anterior se muestra la distribución de las sesiones de los 12 casos atendidos, 6 casos que son el 50% de la totalidad solo llegaron a 1 sesión esto es que por las características de las sesiones cuando los usuarios se sienten bien dejan de comunicarse por lo que 3 casos llegaron a una segunda sesión representando el 25% de los casos, 1 caso llegó a la tercera sesión con un 8% de la totalidad de los casos y 2 casos llegaron a una cuarta sesión reportando mejoría y deseos de continuar con sus actividades estos casos representan el 17% de la totalidad. Ningún caso por síntomas de depresión llegó a una quinta sesión.

En estos casos atendidos no se ubicó algún usuario que necesitará una canalización psiquiátrica dado que o bien cesaron de comunicarse o lo reportado por los usuarios no ameritaba una canalización.

### 3) Ansiedad

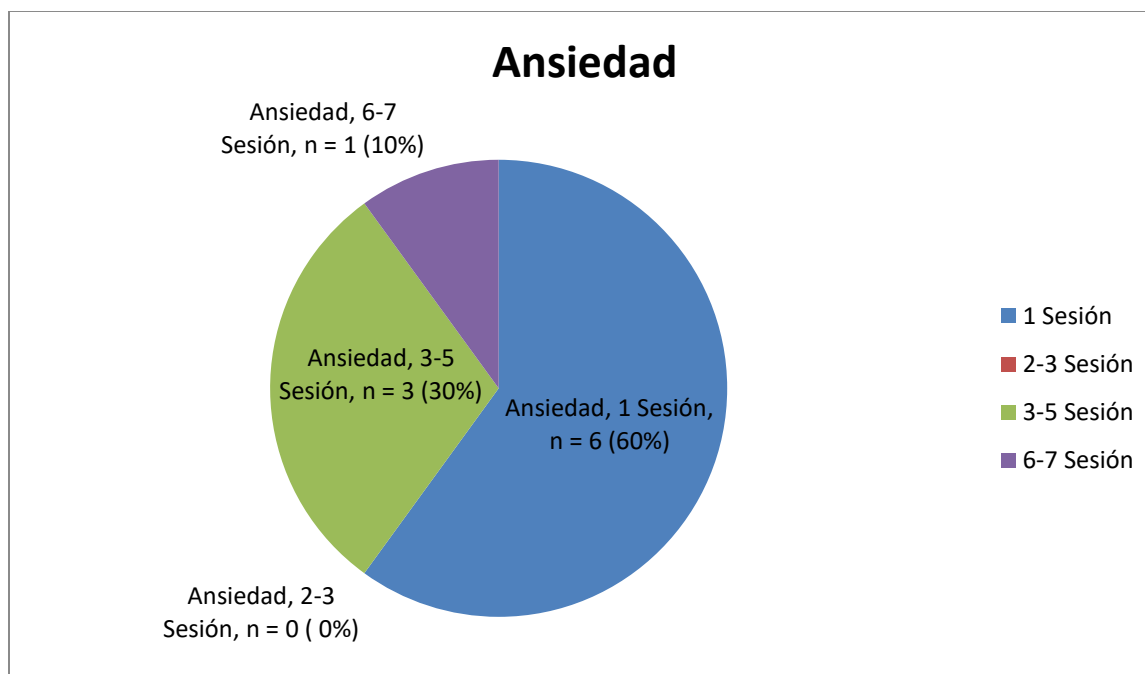
Los casos recibidos que reportaban alguna situación con ansiedad fueron 11, sin que se presentaran como una crisis como tal, esto debido a que anteriormente se han

dado casos en el programa en que los usuarios se comunican durante una crisis de ansiedad. Hay que mencionar que, de las 11 llamadas por ansiedad, 8 fueron llamadas de mujeres y 3 fueron llamadas de hombres.

En los casos de ansiedad el principal motivante era el miedo a una determinada situación, que en 5 casos femeninos eran miedo a una situación laboral, un caso era debido a un problema en la forma de relacionarse con los demás y que repercutía en el ámbito escolar, y los otros dos casos eran respecto a una situación con su pareja. En las llamadas masculinas, 2 fueron por una situación de pareja y una llamada fue una situación laboral.

Estos usuarios reportaban dolor de cabeza, dolor de estómago, temblores, una sensación de frialdad e insomnio; por otro lado, se reportó incapacidad para concentrarse, bajo rendimiento en actividades laborales y académicas, y un pensamiento devaluador sobre las capacidades y/o la persona que presenta una situación.

En estos casos se buscó identificar la situación que causaba temor, explicar el porqué de este temor, qué podía suceder si pasaba el peor escenario, considerar opciones para solucionar ese escenario y, principalmente, una reestructuración cognitiva sobre estos temores, y con la experiencia que habían tenido demostrar que estos temores en la mayoría de los casos eran infundados y altamente improbables de materializarse. Además de estas acciones, se recomienda regular los tiempos con dispositivos electrónicos, cuidar el consumo de alimentos que activen el organismo y realizar alguna actividad desestresante que sea del agrado del usuario (Ríos, 2018).



*Grafica 4 Situaciones en las que se trataron casos de ansiedad.*

La distribución de casos en situaciones de ansiedad fue de 11 casos en total, de estos 6 casos fueron de una sola sesión con el 60% del total, entre la tercera y quinta sesión un usuario dejó de comunicarse, mientras que 3 concluyeron sus sesiones en el 5 caso con el 30% del total, mientras que solo 1 caso se extendió a una séptima sesión representando el 10% del total.

#### **4) Primeros Auxilios Psicológicos.**

En cuanto a los casos atendidos por PAP's se atendieron 6 sesiones, 3 casos masculinos y 3 casos femenino. De los casos masculinos, uno era debido a una ruptura con su pareja y la incertidumbre sobre lo que iba a suceder en la relación, otro caso fue resultado de una insatisfacción con sus logros laborales y la percepción que tenía sobre su vida, y el tercero fue un chico homosexual que mantenía una relación amorosa con otro hombre, el problema fue que había sido descubierto por sus padres y hubo una confrontación al respecto. Los casos femeninos se desarrollaron de la siguiente forma: el primero fue de una chica que había sido agredida por su pareja, la



chica en cuestión salió del domicilio y se estaba comunicando al Programa mientras trataba de poner distancia entre su domicilio y ella; los otros dos casos fueron de mujeres que entraron en crisis por una situación laboral una de ellas incluía un posible despido y el segundo caso era temor ante un mayor compromiso laboral.

Entre los síntomas reportados por estos usuarios, fisiológicamente se encontró la presencia de llanto, escalofrío y sudoración; mientras que cognitivamente los usuarios reportaron dificultad para hallar una solución a la situación, temor ante lo que pueda suceder, dificultad para expresar las emociones y sentimientos presentes, incapacidad para concentrarse, sensación de que la situación no tiene final, y en los cuatro casos una sensación de abandono y soledad.

Para las situaciones de crisis se actúa de manera diferente a los otros casos, antes que otra cosa se le pregunta al usuario en dónde se encuentra y se le pide que ubique un lugar en donde pueda sentarse un momento, posteriormente se le pregunta su nombre y se obtienen más detalles de la situación; se realiza un ejercicio de relajación (por lo regular, se realiza la respiración diafragmática) para que el usuario pueda tratar de expresarse con mayor claridad, se busca detectar cuál es la situación que ocasionó la crisis y si es ésta la que se debe solucionar, se realiza un análisis en conjunto de la situación y se hallan soluciones posibles que sean realistas y que el usuario pueda llevar a cabo (Martín & Muñoz, 2009).

Una vez establecidos las posibles resoluciones para la situación se procede a utilizar un balance decisional en caso de que se encuentren múltiples soluciones, además de reestructuración cognitiva para tratar de minar una creencia devaluadora que el usuario tiene de sí y alentarle así a que realice el esfuerzo que crea conveniente para poner, en primer lugar, su bienestar, en caso necesario se brinda información adicional al usuario en caso de que necesite ayuda adicional o requiera de un servicio que el programa no le pueda brindar.

Las situaciones de crisis son de una sola sesión, ya que se aconseja la búsqueda de una terapia presencial que le acompañe en el proceso de resolución de la

crisis, estas sesiones no tienen un límite de tiempo y pueden llegar a extenderse entre 1 hora y media y 2 horas, o en algunos casos puede ser más tiempo.

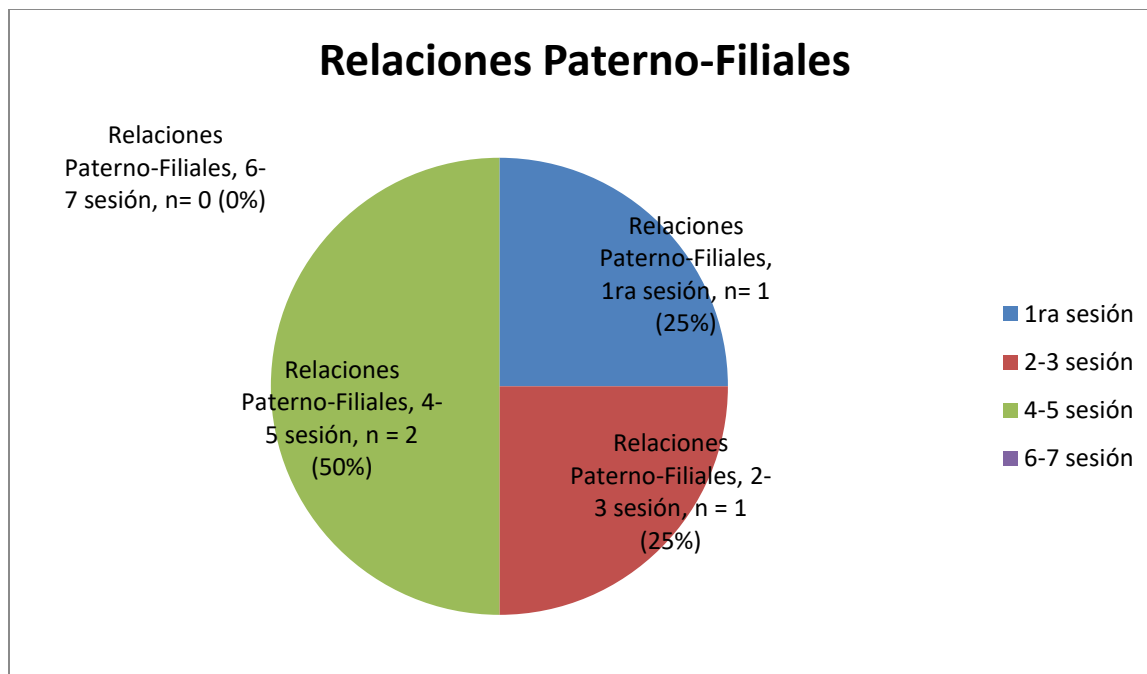
Las 4 sesiones de los casos mencionados se extendieron más de una hora, y solo una alcanzó 1 hora con 48 minutos, mientras que los otros 3 casos se mantuvieron entre 1 hora y 1 hora y media.

## **5) Relaciones paterno-filiales y familiares**

Se atendieron 4 casos en los cuales los usuarios reportaban una relación disfuncional. Fue un caso femenino de 18 años, mientras que 3 casos fueron masculinos, 1 de estos casos contaba con 20 años mientras que los otros dos fueron hombres mayores de 30 años uno de 32 y uno de 44.

Estos casos hicieron referencia a problemas en su relación con sus padres y solo 1 caso, el del usuario de 44 años quien ya era padre, mencionaba una relación muy ríspida con su hija de 13 años. El caso del usuario de 32 años mencionaba problemas con su madre debido al trato que ella da a sus hermanos quienes, en palabras del usuario, no lo merecían. Los casos de los usuarios menores de 20 años incluían constantes disputas entre los hijos y los padres, ya que los hijos mencionaban que sus padres eran sobreprotectores y controladores, y que además no les permitían formar ni tener una identidad propia.

Las situaciones que se dan a consecuencia de una mala calidad en las relaciones familiares pueden ser desde la sobreprotección, control, presión excesiva sobre los hijos, alegatos que escalan a violencia. Otras situaciones que se dan son actitudes hostiles, distanciamientos, y sospechas negativas sobre las intenciones sobre todo de otros miembros de su familia.



*Grafica 5 Atención a problemas de Relaciones Paterno-Filiales*

En la gráfica anterior se presenta la distribución de las sesiones por casos de relaciones paterno-filiales. De 4 casos atendidos, 1 caso se quedó en la primera sesión representando el 25% del total; el siguiente caso abandonó en la segunda sesión, representando un 25% del total; mientras que 2 casos completaron el proceso en la quinta sesión representando el 50% del total.

### **Atención enfocada a crisis**

Durante el periodo comprendido entre septiembre y octubre de 2017 el PAPD se dedicó a atender el estado de crisis ocasionado por los sismos del día siete y diecinueve de septiembre. Para la atención del día siete no se recibieron llamadas en la plataforma habilitada para la atención que fue Netelip, mediante esta plataforma se podía dar atención mediante una aplicación en el celular y mediante un programa para la computadora.

No obstante, como resultado del sismo del día diecinueve de septiembre la situación fue diferente la atención se comenzó a brindar a partir del día 20 de

septiembre en horario de las 8 am hasta las 6 pm, se daba el servicio en el número 56 22 22 28, y después de las 6pm se continuaba dando servicio a través del número 41 61 60 41 en un horario de 6 am a 12 pm.

En septiembre sólo se atendieron llamadas de atención al sismo, tanto en el programa como en el número de emergencia, sin embargo, en octubre se retomó la atención de las situaciones habituales en el programa. En el mes de septiembre del día veinte al treinta se atendieron en total 1614 llamadas, 941 llamadas en el número de emergencia y 673 atendidas por el programa. El esquema de atención requerido para esta ocasión fue de atención de PAP's principalmente, la otra actividad que se realizó fue la canalización a servicios de emergencia o con los sitios de asistencia dispuestos en la ciudad.

Dada la situación, los usuarios que se comunicaban presentaban un temor sin precedentes de acuerdo a sus palabras, ya que reaccionaban con temor a los movimientos bruscos o sonidos, además de presentar insomnio, o temor a realizar actividades, como su trabajo o salir a la calle, además de manifestar sentir temor sobre el bienestar de sus familiares. Estos aspectos eran síntomas de una reacción ante el sismo, dado que habían pasado 1 o 2 semanas posteriores al sismo se tenía por descartado que fueran casos de Estrés Post Traumático (EPT). A los usuarios se les escuchaba, se validaban sus emociones y se les hacía sentir acompañados, en algunos casos se recomendaba tratar de reincorporarse a sus actividades diarias, y en algunos casos acudir al médico a realizarse una revisión, para que en caso necesario se les proporcionara algún medicamento.

Las llamadas de PAP's se atendían en una sola sesión y, en caso necesario, se recomendaba un seguimiento médico; en otros casos, si era necesario se les comentaba que en caso de subsistir los síntomas era necesario que se buscara ayuda especializada de tipo psiquiátrico.



*Grafica 6 Atención a llamadas de PAP por el sismo del 19 de septiembre.*

La distribución de llamadas durante en el periodo de emergencia se dividió en el número del PAPD y en el número habilitado mediante la plataforma, este número se contempló como número de emergencia para la atención debido a la gran demanda. Ambos números fueron difundidos a través de la televisión, la radio y otros medios electrónicos.

Cabe destacar que en el PAPD las llamadas eran atendidas por los estudiantes prestadores de Servicio Social mientras que el número de emergencia era atendido por estudiantes, profesores de la Facultad de Psicología de la UNAM y psicólogos externos que se ofrecieron como voluntarios para atender la emergencia.

En octubre de 2017 cesó la atención al número de emergencia, tras brindar atención 2 semanas del mes, se siguió brindando asistencia a situaciones del sismo en el PAPD hasta el mes de noviembre durante el cual los casos recibidos que buscaban atención por alguna situación respecto al sismo se les comentaba que si aún persistían las situaciones con el sismo no se les podía atender en el programa ya que era necesario que recibieran atención especializada.

Debido a la demanda del servicio, no se llevó un registro puntual de cuantas llamadas se atendieron por operador. Durante la primera semana de la emergencia se tenía un horario establecido en el cual se debían atender el mayor número de llamadas posibles, fue a partir de la segunda semana que se comenzó a llevar un registro de información sobre los usuarios; ya que, sobre todo en el número de emergencia, en ocasiones se cortaban las llamadas por lo cual las personas se comunicaban preguntando por el psicólogo que ya le estaba atendiendo, para solucionar estas situaciones se comenzó a llevar un registro de datos sobre los usuarios. Los datos que se pedían eran los siguientes: nombre, edad, y dirección o si se encontraban en otra dirección.

Como respuesta a esta situación en el PAPD se implementó un curso vía electrónica otorgado por el CENAPRED en el cual se capacitaba a brindar Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de desastre, este curso con una duración de 2 semanas capacitaba al usuario en otorgar PAP's en situaciones de desastres naturales (que cubren sismos, inundaciones, fenómenos meteorológicos etc...), accidentes, y accidentes causados por el hombre.

## VII Resultados

Mi estadía en el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM en Facultad de Psicología me enseñó una considerable cantidad de aprendizajes en aspectos personales y profesionales, además de permitirme comprobar de primera mano algunas situaciones que los profesores me han comentado al respecto del trabajo psicológico.

Comenzando con las habilidades que adquirí gracias al Programa, puedo decir que enfrente el hecho de aprender a escuchar, me refiero a una escucha activa. La escucha activa me permitió considerar más allá de lo que el usuario comentaba que le sucede en su vida, aprendí a empatizar con el usuario de manera que realmente pudiera comprender la situación del usuario y aun así mantenerme alerta para distinguir si la situación, que el usuario presentaba era la verdadera razón de sus problemas o si era una situación a resolver como producto del verdadero problema que la persona estaba atravesando. La escucha activa me permitió con el tiempo ir identificando con mayor exactitud las situaciones problemáticas que los usuarios presentaban por lo cual el proceso terapéutico se hacía más corto, logrando que o bien los usuarios terminaran su proceso de forma que sintieran mejor en menos sesiones, o que en las primeras sesiones se sintieran bien y dejaran de comunicarse, ya que al sentirse escuchados y comprendidos podían expresar con claridad y totalidad las situaciones por las cuales estaban pasando y de esa manera desahogarse en su totalidad.

Otro aprendizaje que adquirí fue a establecer una estrategia de resolución de problemas y no sólo para las situaciones de los usuarios, también a nivel personal a base de la experiencia y de comprobar su efectividad con los mismos usuarios. Con esto se comenzó con reconocer el problema (o el verdadero problema) según el caso, y con eso comenzar a que el usuario pudiera expresarse, sus emociones y sus sentimientos. Una vez que se habíamos reconocido la situación procedimos a buscar una solución, para esto, comenzando con un registro conductual de en qué momentos se siente mal la persona o cuando se siente alegre o cuándo es que se siente enojada.

Posteriormente, si era necesario, se procedía con una activación conductual, orientar a la persona a continuar desarrollando sus actividades o llevar a cabo aquella actividad que les ocasiona temor o les causa problemas. Posteriormente, se realizaba un balance decisional respecto a continuar o no en la relación con la persona con la cual se encontraba, continuar realizando o no la actividad, etc. Para continuar con un recuento de la situación de las perspectivas halladas y de las decisiones tomadas.

Como consecuencia del tratamiento encontramos que los usuarios se encontraron con mejor autoestima, dispuestos a realizar más actividades y si era el caso desarrollar actividades nuevas, en algunos casos comenzar desarrollar una mejor percepción sobre ellos mismos, además de sentirse y saberse capaces de hallar opciones para resolver las situaciones que enfrentan, esto se sabe ya que en cada sesión se le preguntaba al usuario acerca de su semana, si se había dejado alguna tarea se le preguntaba sobre de esta o si había alguna situación que quisiera compartir.

- Experiencias personales con los casos de los usuarios

Respecto a los casos atendidos me di cuenta de que los casos en los que había presente alguna forma de violencia hacia las mujeres mi reacción no era con tanta neutralidad como tenía que ser, por lo que la atención a estos casos me ayudó a encontrar un aspecto a mejorar siendo este mi tolerancia y mi postura neutral ante las situaciones que involucren algún tipo de violencia hacia las mujeres.

En los casos en donde había problemas en la relación paterno-filial tuve algunas complicaciones tratando de comprender la postura y punto de vista hacia los padres, siendo más sencillo para mi mostrar una verdadera empatía con los chicos menores de 20 años, por lo que en ese aspecto obtuve una gran pauta a seguir trabajando en mi preparación y en el cual habré de seguir mejorando así como continuar madurando y creciendo personalmente, para así terminar de desarrollar el sentido y postura profesional que se espera de un psicólogo.

En los casos de síntomas de depresión encontraba dificultades en orientar correctamente a los usuarios hacia la activación conductual, ya que debido a la falta de deseos de realizar actividades no mostraban disposición para querer actuar, por lo cual



en ocasiones se me dificultaba hallar el modo correcto a proceder para convencer al usuario de realizar ciertas acciones convenientes que podían ayudar a que se sintieran mejor.

Los problemas de pareja, que fueron la situación más común en el programa, requirieron de mi parte entender y comprender que son situaciones que no se pueden resolver solo desde una parte si no que se requiere que los dos miembros de la pareja tomen acciones para resolver el problema, por lo cual los esfuerzos para lograr un cambio de actitud requerían una respuesta positiva de la otra parte de la pareja para que este cambio se comprendiera, sin embargo es importante destacar que las creencias personales y culturales tienen un papel muy importante ya que es frecuente escuchar casos en los que han recibido consejo de sus madres o padres de tolerar una situación de abuso o de desventaja porque así debe ser el matrimonio, o también casos en los que se deben seguir cuestiones de roles de género establecidos por la cultura y la sociedad en los que un hombre debe comportarse de una cierta forma o las mujeres actuar con un comportamiento específico; y debido a que son creencias muy arraigadas en ocasiones me resultaba difícil encontrar una forma de cambiar ese pensamiento tan particular. En otras ocasiones la situación se complicaba debido a la insistencia de los usuarios en los pensamientos de culpa y de desvalorización, creyendo que en efecto tenían la responsabilidad de que se presentaran problemas en la relación, por lo cual tuve que adaptar mi escucha y vol verme realmente empático con estas situaciones, además de mostrar disposición para, en ocasiones cambiar prestar total atención al relato del usuario para poder retomar algún punto de importancia en otra sesión y así continuar con el proceso.

Otro de los aprendizajes que tuve fue profesionalizarme, con esto me refiero a yo mismo respetar el encuadre planteado en las sesiones, a no realizar excepciones, y si los usuarios dejaban de comunicarse en el plazo establecido y se comunicaban después, comentarles que debido a la interrupción del proceso no se les podía volver a atender en el programa hasta dentro de seis meses, o a respetar los tiempos y el número de sesiones establecidos desde un principio considerando que en ocasiones la mejor ayuda no es ser permisivo si no firme para que los usuarios aprendan a

respetarse a sí mismos y a los demás. Finalizando con los aprendizajes personales tuve la experiencia de experimentar el respeto necesario en una relación de trabajo, apegándome a los lineamientos no solo del Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM, sino también a lo establecido con los usuarios respetando los horarios y las fechas acordados y en algunos casos recordar al usuario cual fue el acuerdo establecido desde un principio.

En esta primera experiencia con la psicología como servicio, me fue grato comprobar aspectos y aprendizajes durante el curso de la licenciatura así como la adquisición de nuevos conocimientos prácticos, teóricos y profesionales durante el Servicio Social.

## VII Recomendaciones y sugerencias

Como operador en el PAPD al haber conocido su estructura y su funcionamiento, mis sugerencias para mejorar la formación de los estudiantes y por consecuencia el servicio son las siguientes:

- 1) Una capacitación dirigida al alumno/operador con la finalidad de motivarlo para generar confianza y promover su autoeficacia, mostrarle al alumno que es capaz de manejar y desarrollar los casos que se presenten de forma positiva y adecuada a las necesidades de la situación o problemática.
- 2) Capacitaciones con más especificidad que permitan al operador emplear más de una técnica para proceder y apoyar al usuario con la resolución de sus problemas, se entiende que las técnicas Cognitivo Conductuales otorgan un margen de efectividad y rapidez que permite un resultado palpable en pocas sesiones tal vez sea útil poner en práctica técnicas de algún otro enfoque psicológico como el humanista para lograr una mayor efectividad en cuanto al tratamiento.
- 3) Establecer un encuadre menos flexible en el proceso, se tiene contemplado que los usuarios tienen 15 minutos después de la hora de su cita para comunicarse, de lo contrario esa sesión se perderá, además de que tienen 2 semanas para comunicarse en caso de ser no cumplirse esas condiciones los usuarios pierden su lugar. Me parece que se puede establecer un lapso de una semana o menos para continuar reservando su lugar, en caso de que no se comuniquen se puede utilizar ese lugar para otro usuario.
- 4) En continuidad con el punto anterior es necesario implementar estrategias para reforzar la adherencia de los usuarios al proceso. Es claro que no todo queda en el operador, ya que en el programa se tiene cuidado en que las sesiones sean eficientes para los usuarios, en ocasiones por circunstancias extraordinarias o

por motivos personales los usuarios dejan de comunicarse y el espacio que tenían reservado queda ocupado por dos semanas y que otra persona puede aprovechar ese lugar.

- 5) Capacitaciones sobre más situaciones y problemáticas; el programa capacita en forma muy general sobre la situación a atender, pero no sobre los motivos de esta situación por lo cual se tiende a generalizar el proceso de atención y cuando llega una situación diferente a lo acostumbrado el operador se encuentra en desventaja, un ejemplo de esta situación son las situaciones por desempleo, los abandonos repentinos, o los casos de violencia y agresión física.
- 6) Respecto a los PAP's me parece que se les deja un poco rezagados en cuestión de que no se llevan muchos registros sobre qué sucedió, la duración, formas de mejorar y de economizar el tiempo, además de, por supuesto el hecho de que se le brinda contención a los usuarios, pero puede ser que el operador también necesite contención tras brindar el apoyo, por lo cual sería conveniente un trabajo de autocuidado para los operadores.
- 7) Hablando de los PAP's, me parece útil establecer un modelo a seguir para dar la atención, ya que si bien en el programa se nos capacita sobre los PAP's en el sentido de qué son, en qué momentos es preciso usarlos y qué es imperativo realizar no se capacita sobre un método de atención (si bien es difícil reglamentar uno debido a las variantes de cada caso) que sirva como guía para estos casos y pueda ser adaptado según los requerimientos del usuario y las posibilidades del operador.

Tomando en cuenta lo inesperada que es una situación de crisis que requiere Primeros Auxilios Psicológicos y la forma tan diferente que adquiere al conducirse vía telefónica, en muchas ocasiones puede tomar por sorpresa al operador por lo cual no siempre estará preparado de inmediato para abordar la situación además de que puede sentirse carente de ideas sobre cómo ir dirigiendo el caso, que más hacer, hacia dónde orientar al usuario o simplemente, qué es lo que sigue en la intervención. Es por eso que a continuación se muestra la siguiente propuesta, que ofrece una guía que oriente al operador paso a paso a conducir su intervención de PAP's.

Propuesta de atención a las situaciones de crisis a través de primeros auxilios psicológicos.

<p>Características de la Crisis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una Crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones problematizadoras por lo que el sujeto emplea métodos acostumbrados para la solución de problemas y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.</li> </ul>
<p>Objetivos de la intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.</li> <li>- Regresar al usuario a un estado óptimo de funcionamiento Cognitivo, Afectivo, Somático, Interpersonal y Conductual.</li> <li>- Identificar y utilizar los recursos de ayuda y en caso necesario, de ayuda</li> </ul>

	<p>especializada con los que cuente el usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la consideración de nuevas formas de percepción para las situaciones sucedidas, incluyendo los pensamientos y sentimientos al momento.</li> <li>- Establecer y desarrollar habilidades de afrontamiento que ayuden a generar una mejor autoestima, asertividad y solucionar los conflictos.</li> </ul>
<p>Aspectos de los usuarios que el operador debe considerar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El usuario habrá de sentirse acompañado, escuchado y aceptado ya que entre sus necesidades se encuentra el expresarse.</li> <li>- El usuario se encuentra en un estado que no le permite ver con claridad, por lo cual necesita paciencia para poco a poco ir recobrando la claridad.</li> <li>- Diferenciar con el usuario cuales son las necesidades al momento y apoyarlo en que no se mezclen o se confundan.</li> <li>- No hacer promesas futuras al usuario, se requieren hechos factibles para resolver la situación.</li> <li>- El usuario requiere de firmeza y contundencia en la sesión para que, además de encontrar una posible</li> </ul>

	<p>solución a la situación, comprenda que necesitará de apoyo psicológico para resolver la situación problemática en forma efectiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por ningún motivo o circunstancia tratar de negar la expresión emocional del usuario, abstenerse de realizar comentarios que desvaloricen la situación.</li> </ul>
<p>Intervención (Primer Contacto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuchar de manera activa y cuidadosa, si es necesario realizar un ejercicio de relajación que permita al usuario calmarse para que pueda expresarse.</li> <li>- Cerciorarse de que el usuario se encuentra a salvo y consciente de su ubicación.</li> </ul>
<p>Intervención (Contextualizando el problema)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediante preguntas abiertas indagar sobre la perspectiva del usuario respecto a la situación problematizadora.</li> <li>- Guiar al usuario a analizar con mayor claridad la situación de manera que se vaya dimensionando y razonando un mayor entendimiento de la situación para lograr identificar la situación que está causando el problema.</li> </ul>

<p>Intervención (Identificando soluciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De acuerdo a las necesidades del usuario establecer prioridades.</li> <li>- Facilitar la lluvia de ideas sobre las posibles soluciones al problema que en la medida de lo posible cubran sus necesidades actuales.</li> </ul>
<p>Intervención (Tomando acciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar un paso a la vez, resolviendo las situaciones una por una, no pretender resolver todo en una misma ocasión.</li> <li>- Establecer metas específicas a corto plazo, reales y posibles, que se puedan realizar.</li> <li>- Si es necesario habrá de confrontarse con un hecho anterior o pasado.</li> </ul>
<p>Intervención (Estableciendo las bases del seguimiento a la crisis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proponer al usuario que continúe su proceso, explicarle que no será suficiente con la intervención, es necesario que reciba apoyo psicológico de más sesiones ya que es una situación que está implementando cambios, en su persona y en su vida por lo cual necesitará de apoyo para ir dándole sentido y forma a estos cambios además de que se le podrá guiar adecuadamente para que pueda adaptarse de</li> </ul>



	<p>mejor manera a estos cambios.</p>
<p>Finalización de la sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar con el usuario cómo se siente después de haber expresado la situación, y preguntar si hay algún detalle sobre la misma que quiera agregar.</li>   <li>- Reconsiderar con el usuario las necesidades, prioridades y situaciones a resolver en la continuidad de su tratamiento.</li>   <li>- Si es necesario suministrar la información pertinente para que el usuario pueda dar seguimiento y solución a otras necesidades además de la psicológica durante la sesión.</li>   <li>- Cerciorarse de que el usuario se encuentre más calmado y pueda dirigirse a casa o al encuentro de quien le pueda apoyar.</li>   <li>- Recalcarle al usuario que la situación no terminó en esa sesión y que es prudente que reciba terapia para continuar con el proceso de cambio iniciado con la crisis.</li> </ul>

## Reflexiones

Desarrollar una guía de respuesta ante las situaciones de crisis en el PAPD me pareció atractivo ya que si bien en el programa existe una capacitación teórica al respecto lo cierto es que hablar de una crisis no es sencillo debido a las gran cantidad de situaciones detonantes que las ocasionan, además de que es uno de los elementos del PAPD que más se “temen” ya que el operador, en muchas, ocasiones se ve sobrepasado debido a la gravedad de la situación del usuario. El operador tiene una aproximación teórica de lo que está sucediendo, pero carece de un modelo técnico que le permita ubicarse a sí mismo en el contexto de la situación de crisis y actuar conforme a ello y contar con una breve y flexible orientación de cómo acercarse al usuario y como asistir al mismo. De la misma forma, el aprender acerca de las situaciones de crisis obliga al operador a considerar el lado humano y despertar en sí una mayor empatía que le permita comprender cuál es realmente la situación que hay que considerar en la sesión. El aprendizaje con los casos de PAP es considerable, se aprende sobre uno mismo en el lugar de psicólogo, así como del lugar de los usuarios, se aprende a escuchar, a contener, a discernir y, en gran medida, sobre las limitantes que se tienen como profesional, exigiendo al operador un ejercicio de honestidad y reflexión que primeramente le permita reconocer aquellos aspectos en los que puede mejorar como terapeuta, y en segundo lugar reconocer que habrá situaciones que no siempre se podrán resolver, habrá casos en los que no hay algo más que él pueda hacer, temas y situaciones que inquietarán e incomodarán al terapeuta y que requerirá de preparación y madurez para reconocer aquellas situaciones en las que no se podrá mantener en una postura de neutralidad y evitar emitir juicios de valor o comunicar opiniones para no involucrarse en ellas, pues eso podría afectar a los usuarios. El psicólogo es su medio de trabajo, requiere formación, disciplina, pero ante todo requiere de ser humano.

La principal idea (y esperanza) al realizar este informe es acercar una fuente de información y, porque no, de consulta también sobre las crisis, y que le sea de utilidad

a los psicólogos, tanto para aprender más al respecto, como si es necesario retomar una o dos pautas (o las que sean necesarias) para que así pueda asistir al usuario que lo necesite y el operador pueda emplear esa flexibilidad necesaria en el programa.

La cantidad de aprendizajes que se tienen al atender situaciones de crisis es enriquecedora, se aprende a distinguir las situaciones que originan un problema a las situaciones que se manifiestan como consecuencias del origen, se aprende a empatizar con el usuario, se adquiere practica en reconocer el apoyo adicional que puede requerir el usuario, además de aprendizajes propios sobre la personalidad y actitud en situaciones que no se presentan con la misma facilidad en el ámbito psicológico. Espero que este desarrollo pueda contribuir al aprendizaje de futuras generaciones de operadores en el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM.

## Conclusiones

Poco caso tiene mencionar aspectos adicionales sobre las crisis psicológicas, no obstante, es importante recalcar la importante labor que el psicólogo realiza en estas situaciones ya que por su preparación puede abordar estos casos de forma distinta a algún otro profesional de la salud. Siendo ya el PAPD un servicio que se ha reconocido plenamente a nivel nacional y que continuamente ha ido teniendo más difusión por lo cual la demanda de servicio ha ido aumentando, me parece que hay que destacar que no sólo es una situación de demanda de servicio, sino que también refleja la aceptación de la atención psicológica en México. Poco a poco irá aumentando por ello es de suma importancia tener en cuenta la preparación de los miembros del programa, para que sean más los temas que se puedan dominar y proveer de una correcta y adecuada orientación.

Al respecto de las crisis se podría decir que teóricamente se puede tener preparación, no así la experiencia que suele ser complicada en las primeras ocasiones, siendo más llevadero con el tiempo, por lo cual en esos casos es importante contar con una base de respuesta flexible.

Como se explicó anteriormente, las crisis son situaciones que en su mayoría no son predecibles, por lo cual no sabemos el momento exacto en que se pueda volver a necesitar el servicio de la forma en que fue requerido aquella ocasión en septiembre, personalmente, mi conocimiento sobre las crisis creció considerablemente y, retomando una pauta muy importante en la atención psicológica, que es el que no hay situaciones aisladas, están relacionadas y obedecen a uno o más factores ya presentes en las vidas de las personas incluyendo actualmente aquellos cambios propios del tiempo incluyendo situaciones con las redes sociales o medios electrónicos, dificultades para comunicarse, etc... todas aquellas razones que obligan al psicólogo a actualizarse y adquirir nuevos conocimientos y reforzar los aprendidos.

## Referencias

- Asociación Americana de Psicología. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V). España: Médica Panamericana.
- Auerbach, S. & Spirito, A. (1986). *Crisis intervention with children exposed to natural disasters*. E.U: Editorial Hemisphere Publishing.
- Bassuk, E. (1976). Coping with life crises. *Psychosomatic Medicine*. 38 (5). Recuperado en:  
[https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1976/09000/Human\\_Adaptation\\_Coping\\_with\\_Life\\_Crises.13.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1976/09000/Human_Adaptation_Coping_with_Life_Crises.13.aspx)
- Bellak, L. (1986). *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, Aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertoglio, J. (2004). *Introducción a la Teoría General de los Sistemas*. Mexico: Limusa.
- Brim, O. (1977). Theories of the Male Mid-Life Crisis. *Counseling Adults*.. Estados Unidos: Brooks/Cole.
- Bond, L. & Rosen, J. (1980). Competence and Coping during Adulthood. *The Gerontologist*. 25 (4). pp. 440-441. Recuperado en:  
<https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/25/4/440/637609?redirectedFrom=fulltext>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. España: Paidós Ibérica.
- Caplan, G. (1996) *Principios de Psiquiatría preventiva*. España: Paidós Ibérica.

Cohen, S. & Lazarus, R. (1973). Active coping processes, coping dispositions and recovery from surgery. *Psychosom Med.* 35 (5) Recuperado de:

<http://psycnet.apa.org/record/1974-05767-001>

Erikson, E. (2000). *El Ciclo Vital Completado*. España: Paidós Ibérica.

Facultad de Psicología (s/a). Programa de Atención Psicológica a Distancia Call Center. Presentación en Power Point. Coordinación de los Centros de Formación para la Atención e Investigación en Psicología.

Figueroba, A. (2010). La Teoría General de Sistemas de Ludwig von Bertalanffy. Recuperado en:

<https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-general-de-sistemas-ludwig-von-bertalanffy>

García, V. (2017). Terapeutas del Call Center UNAM, Empatía durante la Intervención. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (1985). *Family Therapy: An Overview*. Estados Unidos: Thomson- Brooks Cole.

Harris, C. (1991). A Family Crisis-Intervention Model for the Treatment of Post-Traumatic Stress Reaction. *Journal of Traumatic Stress.* 4 (2) pp. 195-207. Recuperado en:

<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00977003>

Hill, R. (1958). Generic Features of Families Under Stress. *Social Casework.* 39 (1). pp. 139-150. Recuperado en:

<https://psycnet.apa.org/record/1959-08206-001>

Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11 (2) pp. 213-218. Recuperado en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399967900104>

- Lazarus, A. (1976). *Multimodal Behavior Therapy*. Estados Unidos: Springer Publishing Co.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia Centrada en la Solución. Más Alla de la Técnica*. Argentina: Amorrortu.
- Martínez, F. (2016). *Terapia Centrada en Soluciones, un Modelo de Intervención en el Call Center UNAM*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, F. (2017). *Primeros Auxilios Psicológicos*. Presentación Power Point. Programa de Atención Psicológica a Distancia.
- Martín, L. & Muñoz, M. (2009). *Primeros Auxilios Psicológicos*. España: Editorial Síntesis, S.A.
- Maslow, A. (1954). *Motivación y Personalidad*. España: Díaz de Santos.
- Neugarten, B. (1976). Adaptation and the Life Cycle. *The Counseling Psychologist*. 6 (1) pp.16-20. Recuperado en:  
<https://journals.sagepub.com/toc/tcpa/6/1>
- Neugarten, B. (1979). Time, Age and the Life Cycle. *American Journal of Psychiatry* 136 (7) pp. 887-894. Recuperado en:  
<https://ajp.psychiatryonline.org/toc/ajp/136/7>
- Okazaki, S., Liu, F., Longworth, L., & Minn, J. (2002) Asian American – White American differences in expressions of social anxiety: A replication and extension. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8, 234 – 247. Recuperado en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143101>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Suiza.

- Papalia, D.; Wendkos, S.; & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Parad, H. (1965). *Crisis Intervention: Selected Readings*. Estados Unidos: Family Service Association of America.
- Parad, H. (1976). *Emergency And Disaster Management: A Mental Health Sourcebook*. Estados Unidos: Bradley Publishing.
- Perls, F.; Hefferline, R.; & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Estados Unidos: Dell
- Pezawas, L.; Meyer-Lindenberg, A.; Drabant, E.; Verchinski, B.; Muñoz, K. & Kolachana, B. (2005). 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate amygdala interaction: A genetic susceptibility mechanism for depression. *Nature Neuroscience*. 8 (6). Recuperado en:  
<https://www.nature.com/neuro/volumes/8/issues/6>
- Rapoport, R. & Rapoport, R. (1980). *Enriquezca su Vida*. México: Latinoamericana.
- Ries, F.; Castañeda, C.; Campos, M. & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado en Competiciones Deportivas. Recuperado en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>
- Rinck, M. & Becker, E. (2006). Spider Fearful Individuals Attend to Threat, Then Quickly Avoid It: Evidence from Eye Movements. *Journal of Abnormal Psychology*. 115 (2) pp. 231-238. Recuperado en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16737388>
- Ríos, A. (2018). Propuesta de Terapia Cognitiva Breve Enfocada Hacia Problemas de Pareja desde las Premisas Socioculturales en el Call Center UNAM. Informe Profesional de Servicio Social. Universidad Nacional Autónoma de México.



- Rodriguez, F. (2017). Estilos de Afrontamiento y Respuestas Emocionales, Cognitivas y Conductuales en Víctimas de Infidelidad: Aplicación de una Intervención en Crisis Vía Telefónica en los Usuarios del Call Center UNAM. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rogers, C. (1961). *El Proceso de Convertirse en Persona*. España: Paidós.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en Crisis: Manual Para Práctica e Investigación*. México: Manual Modero.
- Sotres-Bayon, F.; Bush, D.; & LeDoux, J. (2004). Emotional Perseveration: An Update on the Prefrontal-Amygdala Interactions in Fear Extinction. *Learning and Memory*. 11 (5). pp. 525-535. Recuperado en:  
<http://learnmem.cshlp.org/content/11/5.toc>
- Sue, D.; Sue, D. & Sue, S. (2010). *Psicopatología Comprendiendo la Conducta Anormal*. México: Cengage Learning.
- Spielberger, C. & Edwards, C. (1973). *STAIC: Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Estados Unidos: Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Stevenson, J. (1977). Issues and Crises During Middlescence. *Social Work*. 23 (6). pp.523. Recuperado en:  
<https://academic.oup.com/sw/article-abstract/23/6/523/1932940?redirectedFrom=fulltext>
- Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Psicología Científica*. 7 (8). Recuperado en:  
<http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Viney, L. (1976). The Concept of Crisis: A Tool for Clinical Psychologists. *Bulletin of the British Psychological Society*. 1 (29). pp. 387-395. Recuperado en:  
<http://psycnet.apa.org/record/1979-09070-001>

Wortman, C. & Silver, R. (1987). Coping with Irrevocable Loss. In G.R. VandenBos & B.K. Bryant (Eds.), *Master Lecture Series. Cataclysms, Crises, and Catastrophes: Psychology in Action*. Estados Unidos: American Psychological Association.

## X Anexos

	¿En las últimas 2 semanas usted:	Si	No
1	Se ha sentido triste o ansioso?		
2	Ha perdido el interés o placer en actividades que normalmente solían serle placenteras?		
3	Se ha sentido con poca energía, fatiga o problemas de sueño?		
4	Ha tenido sospechas injustificadas de que otras personas planean algo en su contra?		
5	Se ha sentido con demasiada energía, ha sentido que habla en exceso y no ha sentido la necesidad de dormir?		
6	Ha escuchado o visto cosas que otras personas no ven o escuchan ?		
7	Ha tenido movimientos, ataques o crisis convulsivas (sensación de rigidez, entumecimiento en alguna parte del cuerpo)?		
8	Olvida las cosas de manera excesiva ?		
9	Se ha sentido desorientado (pérdida de conciencia del tiempo, del lugar y/o de personas)		
10	Ha consumido alcohol de manera excesiva o más de tres veces por semana		
11	Ha consumido alguna droga (marihuana, cocaína, metanfetamina, inhalables, heroína, tranquilizantes o pastillas para dormir u otras).		
12	Ha sufrido un evento de violencia (física o emocional)?		
13	Ha ejercido un evento de violencia (física o emocional)?		
14	Ha tenido algún problema en el ámbito sexual?		
15	Ha tenido algún problema de discriminación por su género?		
16	Ha tenido pensamientos de hacerse daño o atentar contra su vida?		
17	Ha intentado hacerse daño o atentar contra su vida?		

*Tamizaje extraído de la Guía mhGaps. Tomado del Call Center UNAM Facultad de Psicología, 2018.*