

Manual operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID- 19 en México. Módulo 1

Jorge Álvarez Martínez¹ Carolina Andrade Pineda² Viridiana Vieyra Ramos²
Héctor Esquivias Zavala³ Ilyamin Merlín García⁴ Roberto Neria Mejía⁵ José Manuel Bezanilla Sánchez Hidalgo⁶

¹ Jefe del Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio organizativos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México

² Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio organizativos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México

³ Jefe del Departamento de Educación Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

⁴ Médico Especialista Adscrito a la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

⁵ Profesor de Posgrado en Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual

⁶Presidente Fundador de PSFMX Psicólogos Sin Fronteras México A.C.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).



Durante el mes de diciembre de 2019 en Wuhan, China se presentó el primer caso en seres humanos de la enfermedad COVID-19 causada por el Coronavirus SARS CoV2. A partir de esa fecha, la COVID-19 se ha diseminado alrededor del mundo.

Esta Emergencia Sanitaria no sólo implica consecuencias en la salud física de la población, sino que además tiene un impacto a nivel emocional, psicológico, y comportamental en los diversos sectores poblacionales; así como en distintos niveles (personal, familiar y social).

Atendiendo a estas últimas necesidades, el Centro de Intervención en Crisis, Psicólogos sin Fronteras México, por medio de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, han sumado esfuerzos para diseñar una estrategia educativa para que los profesionales de la psicología realicen intervenciones a distancia con el fin de brindar atención psicológica a los pacientes afectados, sus familiares y población general.

El grupo de Investigación del Centro de Intervención en Crisis ha elaborado un instrumento diagnóstico para medir la percepción social del COVID-19. Estos resultados bajo los lineamientos de asociaciones e instituciones nacionales e internacionales, han sido una guía para la elaboración de este manual.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ


INPRFM
EDUCACIÓN
CONTINUA


Intervención en Crisis


PSICÓLOGOS
SIN FRONTERAS
MÉXICO

¡Hola! Gracias por unirte a la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de COVID-19 en México.

Estamos viviendo una situación extraordinaria a nivel internacional: La pandemia por COVID-19. En este manual compartimos contenido para el aprendizaje y aplicación de intervención psicológica en emergencias, basados en el Modelo de Intervención en Crisis y de la Terapia Cognitivo Conductual.

Lo que verás en el curso a distancia es una visión general de los aspectos básicos que debes conocer para realizar una Intervención Psicológica en Emergencias. Te invitamos a que conozcas y profundices en esta fascinante área de la psicología.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ


INPRM
EDUCACIÓN
CONTINUA


Intervención en Crisis


SAN FRONTÓN
psicología
1903.CCCE.2011MAY1993

Índice

Módulo I

Introducción	5
Capítulo 1 - Conceptos básicos	6
¿Qué es una emergencia?	6
¿Qué es una crisis?	6
Tipos de crisis	7
Crisis Sanitaria	8
Cuarentena y distanciamiento social	8
Tipos de reacciones ante las situaciones de crisis	9
Capítulo 2 – Primeros Auxilios Psicológicos (PAP´s)	11
Generalidades de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAPs).....	11
Los objetivos de los PAP´s son los siguientes	11
¿Qué se necesita para ser un interventor de PAPs?.....	11
Hacia el establecimiento de la alianza terapéutica	12
Escucha Activa	12
Elementos clave para la aplicación de los PAPs	13
Capítulo 3 –Aspectos generales de la Intervención en Crisis	16
Definición de Intervención en Crisis.....	16
Diferencias entre los Primeros Auxilios Psicológicos y la Intervención en Crisis	16
Pautas para la Intervención en Crisis	17
Capítulo 4 – Técnicas de Intervención en Crisis.....	19
Desactivación Fisiológica	20
<i>Respiración Diafragmática</i>	20
<i>Relajación mental mediante imagería</i>	20
<i>Atención plena o Mindfulness</i>	21
Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Strosahl y Wilson (1999).....	22
Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson	26
Reestructuración cognoscitiva.....	26
Técnicas de Intervención con niños	27
Plan de intervención	27
Otros recursos para implementar su intervención	28



Introducción

¿Qué está pasando?

En diciembre del año pasado (2019) apareció en Wuhan, China una nueva y desconocida “enfermedad respiratoria” en los seres humanos. Descubrieron que es ocasionada por un virus perteneciente a la familia de los “CORONAVIRUS”, la enfermedad es llamada COVID-19. Pronto, la COVID-19 rebasó las fronteras chinas, esparciéndose rápidamente alrededor del mundo.

Su afectación no sólo es a nivel físico o biológico, la pandemia por COVID-19 impacta en la salud mental de las personas. ¡Es ahí, donde como psicólogos encontramos un gran desafío!

¿Qué estado emocional esperamos encontrar?

Antes que cualquier cosa, te compartimos una de las premisas de la Psicología durante las emergencias: las respuestas y/o conductas que vamos a encontrar son “normales” ante situaciones “anormales”.

Podemos creer que el miedo, la confusión, el enojo, la tristeza, el estado de hiperalerta, y la preocupación son respuestas y/o conductas desadaptativas. Sin embargo, en emergencias es lo que se espera, es lo “normal”.

Sabemos que tienes formación y experiencia en psicología clínica, pero atender una emergencia, una crisis por desastres ya sean naturales o socio-organizativas es una problemática diferente a la atención clínica convencional. Atenderás a personas en estados emocionales que te pueden impactar y que habrás de adherirte a los principios de buenas prácticas de nuestra profesión, por eso a lo largo de este curso estaremos enfatizando en la importancia de la ética profesional, la confidencialidad, el compromiso y tu autocuidado como interviniente.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ


INPRFM
EDUCACIÓN
CONTINUA


Intervención en Crisis


SAN FRONTÓN
PSICOLOGÍA

Capítulo 1 - Conceptos básicos

¿Qué es una emergencia?

Se refiere a cualquier suceso que afecta el funcionamiento cotidiano de una comunidad y que ocasiona víctimas o daños materiales, afectando la estructura social y económica de la comunidad involucrada y que la situación puede ser atendida eficazmente con los recursos propios de los organismos de atención primaria o de emergencia de la localidad.

Se definen tres estados de conducción en la fase de emergencia: prealerta, alerta y alarma.

¿Qué es una crisis?

Una crisis es un *estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.* (Slaikeu, 1996, p5).

¿Qué es lo que ocasiona que una crisis desemboque en crecimiento y que otra lo haga en un daño inmediato o en problemas psicológicos subsecuentes?

Para Slaikeu (1998), intervienen tres tipos de factores en esta situación:

1. La gravedad del suceso precipitante, p.e. la muerte de algún familiar o un ataque físico parecen tener por sí mismos el potencial para desencadenar una crisis.
2. Los recursos personales; puede ser que se haya nacido con ellos o se hallan habituado con la experiencia vital, pero existen personas mejor dotadas que otras para manejar las tensiones de la vida.
3. Contactos sociales concurrentes al momento de la crisis; ¿quién está disponible para ayudar con las consecuencias inmediatas al suceso de la crisis, y qué clase de auxilio proporcionan dichos asistentes? En tanto que las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad para resolver problema, la ayuda externa es fundamental para determinar cómo sortearán los individuos esta serie de cambios.



En las semanas o meses siguientes al suceso que motiva la crisis, algunas personas necesitan terapia de intervención en crisis, que consiste en un período de psicoterapia breve (de varias semanas), dirigida a ayudar a la persona a translaborar los sucesos traumáticos o perturbadores, de manera preparada, más que limitada para enfrentar el futuro.

Este proceso puede dividirse en dos partes: intervención de primera instancia (primeros auxilios psicológicos), la cual es brindada de inmediato y la intervención en segunda instancia (intervención en crisis), la cual se encamina a facilitar la resolución psicológica de la crisis, por lo cual requiere más tiempo (algunas semanas).

Tipos de crisis

Dentro de los tipos de crisis se encuentran definidas aquellas que deben su origen a *circunstancias accidentales o inesperadas donde el rasgo más sobresaliente se centra en factores ambientales*, las llamadas crisis circunstanciales; y *aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa del desarrollo a otra*, crisis del desarrollo. (Slaikeu, 1998). (ver Tabla 1)

Tabla 1. Características de la Crisis Circunstancial (Slaikeu 1998)

1. Aparición repentina
2. Imprevisión
3. Calidad de Urgencia
4. Impacto potencial sobre comunidades enteras
5. Peligro y oportunidad

De acuerdo con la teoría de la crisis, *la enfermedad física* y las *lesiones corporales* son acontecimientos que desafían la capacidad del individuo y su familia para enfrentarlos y adaptarse. El cómo se interpreten los sucesos - y de modo especial con relación a la autoimagen y los planes a futuro- y cómo se realicen los ajustes de comportamiento, serán



fundamentales para determinar el curso esencial de la resolución de la crisis. (Slaikou, 1998, pp.76).

La enfermedad y las heridas físicas son acontecimientos que interactúan con los recursos de enfrentamiento de un individuo, lo mismo que con su estructura vital, autoimagen y percepción del futuro. Estos sucesos pueden interpretarse como si fuesen un desafío, una amenaza o una pérdida. (Slaikou, 1998, pp. 78)

Crisis Sanitaria

Courtois define una crisis dentro del sector sanitario como *“un incidente significativo, con víctimas identificables, un amplio seguimiento de los medios y numerosas dudas del público, cuyo resultado determina la desestabilización de todo un sistema”* y establece las condiciones que acontecen para desencadenarla: hay un problema racional o irracional, las víctimas identificadas han sufrido un perjuicio real o subjetivo, los medios de comunicación se hacen eco del problema, el público general conoce el problema y la estructura u organización presenta una desestabilización.

Las crisis en el sistema sanitario pueden ser definidas como un problema de salud, un evento que pone en riesgo la salud con una incidencia mayor a la existente para el lugar y la época. Cuando el sistema de salud se enfrenta a una crisis se deben considerar que se presentarán diferentes problemáticas derivadas de la angustia de la población, pero también de los recursos limitados del personal de salud para comunicar de manera clara y comprensible a la población, así como para mostrarse comprensivos y empáticos con la situación.

Cuarentena y distanciamiento social

En este sentido es importante definir los siguientes términos; la cuarentena es la separación de las personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad infecciosa del resto de la población, para determinar si están enfermos y para reducir el riesgo de infectar a otros.



Durante el brote por coronavirus (COVID- 19), la cuarentena se ha utilizado como una estrategia de salud pública para reducir la transmisión de la enfermedad.

El distanciamiento social es una estrategia de salud pública que toman los gobiernos locales con el fin de limitar y controlar la propagación de la enfermedad entre la población no expuesta o no enferma.

Si bien la cuarentena y el distanciamiento social pueden servir como estrategias de salud pública para reducir la transmisión, se asocian a alteraciones psicológicas en la persona enferma, sus familiares, el personal de salud que cuida de ella y la población en general.

Tipos de reacciones ante las situaciones de crisis

Reacciones normales

Se ha reportado que de forma general la reacción inicial frente al desastre es un estado temporal de shock. Las personas actúan con aturdimiento, confusión y desorientación y estos estados pueden persistir durante minutos u horas.

Estas reacciones pueden considerarse como normales si se toma en cuenta lo que se experimenta frente a situaciones extremas de destrucción y/o pérdida. Desde el punto de vista psicológico, los sucesos violentos parecen ejercer un efecto que temporalmente impide a las personas comprender la gravedad de la situación y con frecuencia las víctimas de un desastre presentan dificultad para interpretar las experiencias complejas, sobre todo cuando es difícil identificar los factores que las generan.

Reacciones patológicas

Ante situaciones que generan estrés agudo, habrá quienes puedan superarlas fácilmente; sin embargo, no para todos llega la calma después de haberlas vivido.

Algunas personas requieren de ayuda psicológica para recuperarse, otros lo hacen solos y lo hacen muy bien, otros sólo necesitarán de uno a tres meses para estabilizarse y reintegrarse a su vida cotidiana, pero en un grupo más pequeño de individuos los síntomas siguen presentándose afectando su funcionalidad y calidad de vida.



Cursar con *pesadillas, recuerdos constantes sobre el evento, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, evitar los estímulos asociados con él*; se puede tener la sospecha de que presenta probablemente un Trastorno de Estrés Post-Traumático y requerirá atención especializada por Psiquiatría. El tamizaje en línea por el paciente de sus síntomas le ayudará a tener una evaluación más objetiva. Utiliza el siguiente tamizaje durante tu evaluación, en caso de que el resultado indique que el paciente requiera atención especializada utiliza los directorios anexos a este documento para su referencia. <https://tamizaje.psicologiaunam.com>



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ


INPRM
EDUCACIÓN
CONTINUA


Intervención en Crisis


SAN FRONTÓN
PSICOLOGÍA

Capítulo 2 – Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's)

Generalidades de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAPs)

Los primeros auxilios psicológicos o también llamados Primera ayuda Psicológica, es una intervención que se da en el lugar que se genera la crisis, la proporciona cualquier persona capacitada en el tema, entendiéndose como “una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional”.

Su duración es breve, ya que continuará otra intervención de segunda instancia (Intervención en Crisis), o atención especializada (Psiquiatría).

En cualquier momento de la intervención debes identificar si la persona presenta riesgo suicida o alguna otra conducta que ponga en peligro su vida y referir de forma inmediata a atención especializada.

Los objetivos de los PAP's son los siguientes

- Auxiliar a las personas a afrontar la crisis brindando apoyo, dando calma, seguridad facilitando la expresión de sus emociones y brindando solución de problemas para ayudarles a conectarse con sus redes de apoyo o con las instituciones que proporcionen los servicios que requiera.
- Evaluar en cualquier momento de la intervención el riesgo suicida o conductas de riesgo que pongan en peligro la vida del paciente y referirlo a atención especializada (Psiquiatría) Consulta los directorios anexos a este documento para su referencia.

¿Qué se necesita para ser un interventor de PAPs?

- Capacidad para el trabajo estructurado, pero manteniendo flexibilidad de acuerdo con la circunstancia en la que se encuentre.
- Ser sociable, empático y altruista.



- Capacidad para manejar las emociones negativas e intensas de los afectados
- Disposición para trabajar en equipo y en línea.
- Interés por adquirir nuevos conocimientos.

Hacia el establecimiento de la alianza terapéutica

Para que la relación terapeuta-paciente sea buena, el terapeuta debe hacer uso de la empatía, mostrarse cordial, seguro, mostrarse activo y con pericia y siempre comunicar esperanza sin que esto signifique hacer falsas promesas.

De acuerdo con Wolberg (1967) debe evitar en la terapia para crisis:

- Exclamaciones de sorpresa o sobrecogimientos
- Mostrarse amenazante o crítico
- Emitir juicios morales
- Mofarse, desestimar o culpar al paciente por una experiencia
- Falsas promesas (no digas algo que no vas a poder cumplir)

Escucha Activa

El interventor debe poner especial atención no sólo al discurso verbal del paciente, sino a lo que esto representa emocionalmente, y en la experiencia de vida del otro. El interventor debe asegurarse, en caso necesario, de haber comprendido y reformular de forma empática y sintética las ideas que no hayan quedado claras.



Elementos clave para la aplicación de los PAPs

Evalúa realizar la intervención en un lugar seguro

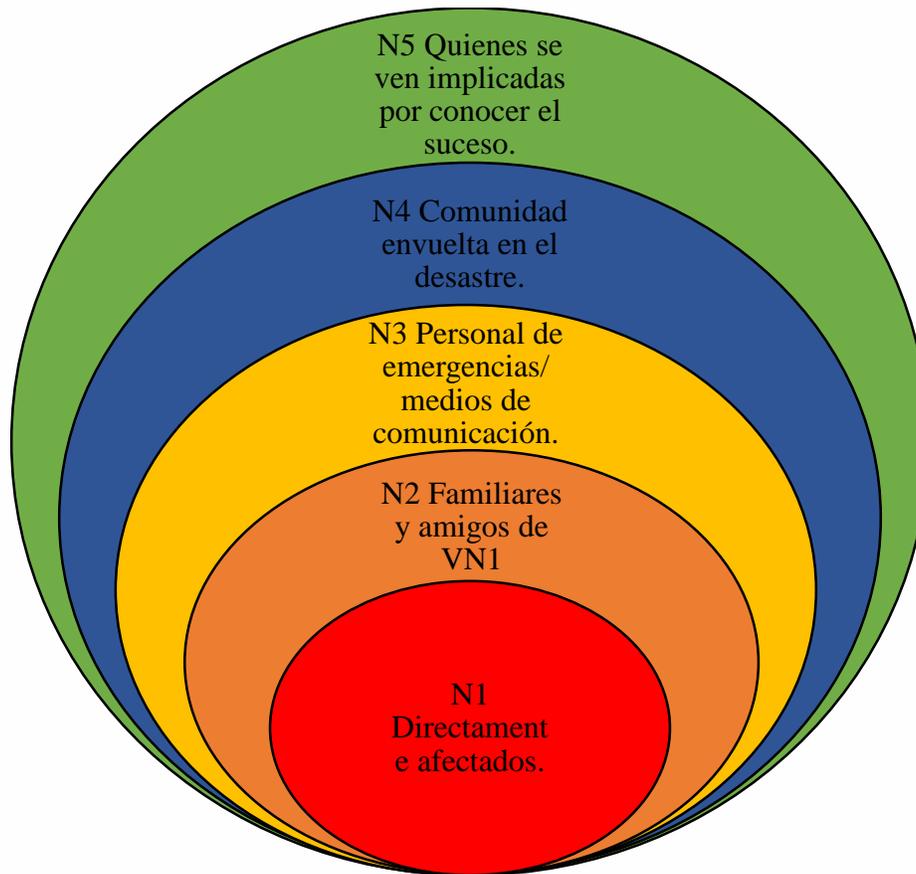
- Identifica que la zona donde realices la intervención sea segura
- Valora el riesgo e identifica tus limitaciones
- Recuerda: *“primero yo, luego mi compañero/colega, y al último el paciente/afectado.”*

Obsérvate y cuídate emocionalmente

- Observa tus emociones, tu postura y gesticulaciones
- El interventor en la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a Distancia durante la epidemia de COVID- 19, es personal de emergencia sanitaria y se encuentra en el 3er nivel dentro del tipo de víctimas ante la crisis sanitaria. (Ver figura 1).



Figura 1. Víctimas y su tipología



Claves sobre la intervención

- Permite que la persona explique lo que tiene en su mente
- Utiliza pausas durante la intervención
- Parafrasea lo que la otra persona te dice eso te ayudará a verificar que le has comprendido su idea
- Anima a la persona a elaborar lo que dice a través de preguntas abiertas
- Desarrolla tu capacidad de escucha recuerda que en el caso de intervenciones telefónicas el contacto cara-cara es nulo.

Aunque los Primeros Auxilios Psicológicos no son una intervención sistematizada en la siguiente tabla (Tabla 2) se simplifican las acciones esenciales que deben llevarse a cabo.

Tabla 2. Generalidades de los Primeros Auxilios Psicológicos

Componente	Objetivos	Acciones del interventor durante los PAPs
Contacto psicológico	Generar confianza, promover la verbalización de las emociones y que la percepción del acompañamiento disminuya su ansiedad.	Preséntate: Di tu nombre y pregunta el suyo Invita a la persona a hablar Escucha de forma activa Evita emitir juicios de valor Monitorea postura, tono de voz, lenguaje no verbal, tanto el tuyo como el de la otra persona
Dimensiones del problema	Dirigir la intervención hacia las necesidades inmediatas y a corto plazo.	Indaga sobre el evento que precipitó la crisis Examina recursos personales y sociales Identifica proyectos o planes a corto plazo
Solución de problemas	Formular posibles soluciones a necesidades inmediatas y a corto plazo.	Identifica qué ha hecho hasta ahora para solucionar su problema Apoya en la elaboración de alternativas Ayuda en re-definir el problema
Manejo interdisciplinario	Identificar riesgo suicida u otras conductas de riesgo o condiciones que requieran manejo especializado por Psiquiatría.	Identifica el riesgo suicida, presencia de conductas de riesgo que pongan en peligro la vida de la persona y/o la presencia de condiciones de salud mental que pongan en peligro su vida y refiere a atención especializada. El tamizaje en línea por el paciente de sus síntomas le ayudará a tener una evaluación más objetiva. Utiliza el siguiente tamizaje durante tu evaluación. https://tamizaje.psicologiaunam.com En caso de que el resultado indique que el paciente requiere atención especializada utiliza los directorios anexos a este documento para su referencia. Utiliza otras líneas de atención en caso necesario: Línea de la Vida 800 911 20 00 Emergencias Línea 911
Seguimiento	Verificar el proceso de atención posterior a los PAPs	En la medida de lo posible establece contacto con la persona atendida, la institución de referencia o los familiares después del evento.



Capítulo 3 –Aspectos generales de la Intervención en Crisis

Definición de Intervención en Crisis

Se trata de una intervención dirigida a auxiliar a la persona y su familia a procesar un evento traumático con el objetivo de ayudarlo a procesar el impacto emocional y físico y favorecer el desarrollo de nuevas habilidades para afrontar la vida (Slaikeu, 1996).

La intervención en crisis de segundo momento se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato y, se encamina a la resolución de la crisis de manera que el evento se integre a la trama de vida del paciente con el fin de que desarrolle resiliencia.

Diferencias entre los Primeros Auxilios Psicológicos y la Intervención en Crisis

Revisa las diferencias entre los Primeros Auxilios Psicológicos y la Intervención en Crisis. (Tabla3).

Tabla 3. Diferencias entre Primeros Auxilios Psicológicos e Intervención en Crisis.

Primeros Auxilios Psicológicos	Intervención en Crisis
¿Por cuánto tiempo? De minutos a horas	¿Por cuánto tiempo? Algunas semanas
¿Por parte de quién? Padres de familia, policía, clérigo, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, estudiantes líderes, supervisores, etc.	¿Por parte de quién? Psicoterapeutas y Orientadores: psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería pastoral, enfermería psiquiátrica, orientadores vocacionales, etc.)



<p>¿Dónde? Ambiente informal: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, lugar de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.</p>	<p>¿Dónde? Ambientes formal: clínicas, centros de salud mental, centros de día, consultorios, oficina escolar, etc.</p>
<p>¿Cuáles son las metas? Restablecer el equilibrio, brindar apoyo y contención; reducir el riesgo suicida, referir a atención especializada en caso necesario.</p>	<p>¿Cuáles son las metas? Resolver la crisis, procesar y reelaborar el evento traumático en la historia de vida del paciente y fortalecer su resiliencia.</p>

Pautas para la Intervención en Crisis

Evaluación de la persona y su problema.

Las técnicas de Intervención en Crisis dependen en gran medida de las habilidades que ya existían en el individuo antes de la crisis para afrontar sus problemas cotidianos, así como de la creatividad y flexibilidad del interventor.

Lineamientos para ayudar a la persona a la comprensión de su crisis:

- Ayudarle a expresar sus sentimientos: Frecuentemente, el individuo reprime la expresión de sus sentimientos o no reconoce que están presentes. Una meta inmediata de la intervención es ayudar a la persona a reconocer estos sentimientos y a expresar que algunas veces es necesario propiciar la catarsis emocional y reducir la tensión. De esta manera también se evita la actitud de: “no pasa nada”.
- Auxiliar a la persona a explorar formas alternativas para enfrentar la situación, ya sean nuevas u otras, que en el pasado le hayan servido para disminuir la tensión. En esta fase se buscarán los recursos y estrategias para la resolución de la crisis.
- Ante la pérdida de seres queridos, se sugiere buscar en su red de apoyo el acompañamiento y apoyo por parte de familiares y amigos con quienes tenga una relación significativa.



El Interventor en Crisis debe de llevar a cabo las siguientes tareas:

1. Identificar el acontecimiento precipitante de la crisis
2. Evaluar la intensidad del malestar en el paciente
3. Determinar el impacto (grado de desorganización) en la vida del paciente
4. Establecer el plan de intervención para aceptar y comprender el evento; examinar, aclarar y conocer sus sentimientos; desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces y referir a apoyo especializado en caso necesario.

El interventor en crisis debe de considerar los siguientes elementos:

1. El tipo e intensidad de la crisis
2. Evaluar la circunstancia en la que se ha desarrollado el evento (aspectos cronológicos, de espacio, horario de actividades, etc.)
3. El tipo y número de víctimas
4. La magnitud de los daños en propiedades
5. Los recursos personales y familiares que los afectados disponían para afrontar las adversidades relacionadas con el desastre.

El interventor en crisis deberá favorecer los siguientes puntos durante la intervención

1. Crear concientización sobre las reacciones emocionales normales ante la crisis
2. Favorecer la expresión de miedos o temores
3. Conducir a la identificación de emociones o sentimientos ambivalentes
4. Ayudar a establecer prioridades
5. Brindar estrategias con recursos disponibles y a su alcance para la solución del problema a corto plazo (dar cabida a grupos de apoyo, redes sociales, etc.).
6. Fomentar la búsqueda y aceptación de ayuda por otras personas
7. Fomentar su adaptación estableciendo una estructura en el día a día
8. Ayudarle a comprender, definir y ordenar los acontecimientos del mundo



Capítulo 4 – Técnicas de Intervención en Crisis

Las técnicas de Intervención en Crisis dependen en gran medida de las habilidades que ya existían en el individuo antes de la crisis para afrontar los problemas cotidianos; así como de la creatividad y flexibilidad del interventor.

Las técnicas que han demostrado eficacia bajo este modelo de intervención se basan en los siguientes elementos:

Acompañamiento

Las intervenciones cara a cara consisten en estar presentes mientras ocurre una situación difícil para la otra persona principalmente ante aquellas situaciones en las que se percibe poco apto para afrontarlas. Existen casos en donde algunos síntomas como el entumecimiento o temblores en piernas dificultan el traslado a lugares seguros o incluso impiden la realización de actividades básicas (ir al baño, comer, vestirse o alimentarse); por ello nuestro “acompañamiento” es esencial para el afrontamiento de la crisis. En el caso de las intervenciones a distancia, escuchar su voz o verlo en la pantalla le permitirá al otro saber que está ahí y que no está solo.

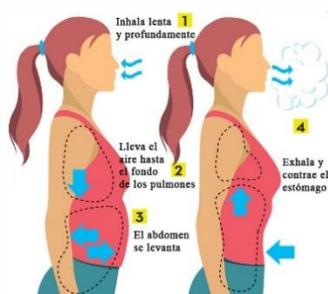


Desactivación Fisiológica

Usada principalmente cuando la persona presenta temblor en algunas de sus extremidades, está muy ansioso, inquieto, con movimientos rápidos o lenguaje atropellado. Se logra a través de las siguientes técnicas:

Respiración Diafragmática

Una correcta respiración involucra 3 zonas: abdominal, pectoral y clavicular/pulmonar.



Material de apoyo en: <https://www.youtube.com/watch?v=Gq3PuDz6tBs>

Relajación mental mediante imaginería

Es una de las técnicas más importantes ya que los pensamientos influyen de manera directa en las emociones y en la conducta. La técnica se aplica de la siguiente manera:

1. Identificar un lugar que favorezca la relajación.
2. Evalúa previamente lugares o situaciones que han sido relajantes para la otra persona.
3. Conducir mediante la imaginación a un lugar tranquilo y relajado.
4. Durante el ejercicio, propicie alternativas de solución o de afrontamiento ante el malestar.

Atención plena o Mindfulness

La atención plena según Kabat-Zinn (1990) es la capacidad de prestar atención de manera intencional al momento presente sin hacer juicios sobre nuestra propia experiencia. Existen dos maneras de practicar la atención plena, una manera formal y una informal. La manera formal implica dedicar un espacio de tiempo al día para realizar la meditación. Si el paciente es principiante puede iniciar con cinco minutos, después 10 minutos, después 15 minutos hasta que logre hacer una meditación de 20 minutos. Lo primero que debe hacer es elegir un momento del día y espacio de su casa (debido a la contingencia) para realizar la meditación.

Ejercicio de meditación sentado

1. Solicite al paciente que elija una silla que sea cómoda
2. Solicitar sentarse de manera cómoda y colocar su columna de forma recta
3. Colocar su cabeza mirando al frente en una postura que le sea cómoda
4. Una vez que ha adoptado esta postura (espalda recta, cabeza como si estuviera mirando al frente) y que se sienta cómodo indíquele que permanezca inmóvil por un tiempo.
5. Luego inicie con el primer paso de la meditación que es la concentración, solicite que cierre sus ojos y que dirija su atención a su propia respiración y se concentre en ella.
6. Tal vez le tome varias meditaciones entrenar la concentración, pero una vez que lo logre, el siguiente paso será el de experimentar el entorno que le rodea y dejar que su mente realice una búsqueda de forma libre.
7. Después de meditar lo que le haya sido posible, dirija su atención de nuevo hacia su respiración y solicite que abra lentamente sus ojos.



8. Solicite que programe esta meditación formal para realizarla en un determinado horario del día o aplicarla sólo cuando se perciba ansioso o preocupado.

La meditación informal

La meditación informal en cambio, la podemos realizar en todo momento que haya oportunidad, consiste en poner atención de manera intencional a las vivencias del momento presente. Por ejemplo, al realizar tareas domésticas una persona puede poner atención a la textura de algo que está lavando, la temperatura del agua, la sensación del jabón en sus manos, etc. Cuando comemos, podemos poner atención a los olores, sabores y temperatura de los alimentos.

Material de apoyo en: <https://www.youtube.com/watch?v=QHNJyiMUgnQ>

Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Strosahl y Wilson (1999)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por su acrónimo en inglés) nos invita a vivir una vida valiosa, es decir, poner nuestros valores personales en acción aún en situaciones como esta contingencia por COVID-19. La ACT utiliza algunos recursos como la imaginación y las metáforas como la siguiente:

Metáfora del modo atardecer

“Imagina que te encuentras sentado(a) en una playa sobre la arena, siente por un momento los granos de arena en tus pies descalzos y después la fresca brisa del mar mientras observas



al horizonte del océano un hermoso atardecer. De pronto tu mente te pide que resuelvas dicho amanecer y entonces eso interrumpe tu tranquilidad y comienzas a elaborar soluciones como que el sol vaya más rápido o más lento. Sin embargo, te das cuenta de que el atardecer no es para resolverse, sino simplemente para disfrutarlo y tener contacto con el momento presente, en una palabra, para *experimentarlo*, es decir, son las experiencias como el disfrutar una actividad con nuestros seres queridos, leer de forma atenta o escuchar música, esos son los atardeceres que pueden hacer su vida valiosa ahora”.

Conduce al paciente a que reflexione sobre las ocasiones en las que pretende resolver los *atardeceres* de su vida, sin darse cuenta de que algunas experiencias no se resuelven, sino que se experimentan, es decir, se viven, se aceptan. Ante la contingencia por la COVID-19 es importante que el paciente:

1. Identifique aquello que está a su alcance y es factible hacer, como atender las medidas de sana distancia, lavado de manos y resguardo en casa (modo solución de problemas).
2. Realizar actividades contacto que sean valiosas para él/ella y mantener contacto con sus seres queridos mediante llamadas telefónicas y/o videollamadas.

La metáfora del atardecer favorece la aceptación por el paciente de algunas experiencias de vida en las que el alcance de sus acciones es limitado y en lugar de enfrentarlas es más conveniente aprender a vivirlas.



Para la ACT los valores personales son elecciones de lo auténticamente importante para nosotros, en ese sentido los valores no cuestiones morales de bueno o malo, ni deben confundirse con sentimientos/emociones u objetivos. Por ejemplo, querer tener una pareja es un objetivo, incluso sentir a amor por alguien es una emoción/sentimiento, pero elegir ser una persona afectuosa, con o sin pareja, es un valor personal, es una elección. Además, un valor es una elección que no daña a nadie ni a nosotros mismo.

Haz la prueba, y elabora una lista de cosas que son importantes para ti y que sean viables hacer mientras pasa la contingencia.

Para hacer una intervención breve de ACT para la contingencia, podemos usar la metáfora del atardecer y explicar que en general tenemos dos modos de respuesta:

Modo de solución de problemas, una medida de solución para reducir la transmisión es la medida de quedarse en casa para reducir la transmisión del COVID-19, podemos proporcionar de forma adicional al *modo de solución* otras estrategias solución de problemas siguiendo los pasos: 1) identificar el problema real, 2) lluvia de ideas, 3) ventajas y desventajas, 4) elección de una posible solución y evaluar su efectividad.

Modo atardecer que consiste en tener contacto con aquello que no está a nuestro alcance solucionar y que es conveniente aceptar y vivirlo.



Activación fisiológica

Usada frecuentemente cuando las personas perciben hormigueo o adormecimiento en alguna de sus extremidades o presentan sensación de desmayo. Algunas estrategias para lograrlo son las siguientes:

- **Masaje corporal:** Promover que la persona se proporcione el masaje de forma similar a cómo nosotros lo hacemos. El objetivo es masajear la extremidad con hormigueo o temblor, es de suma importancia que si decidimos tocar a la persona debemos pedir permiso, informar en todo momento qué se está haciendo y para qué, ante una situación de crisis el contacto físico podría ser contraproducente si no lo hacemos de la manera adecuada. En el caso de las intervenciones a distancia es de suma importancia el modelaje de la conducta que consiste en ejemplificar a través de la pantalla la forma en que debe hacerlo, si es vía telefónica, sea bastante descriptivo y asegúrese de que la persona lo realice correctamente pidiéndole que describa la forma en que lo está haciendo para identificar dificultades o errores y apoyarle a realizarlo adecuadamente.
- **Puesta en movimiento:** Consiste en pedir a la persona que mueva la extremidad o parte del cuerpo donde percibe el hormigueo o temblor, el movimiento debe ser rítmico y de leve intensidad.



Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson

Esta técnica es útil para disminuir la tensión muscular, consiste en tensar y relajar los diferentes grupos musculares siguiendo los siguientes pasos:

1. Ubicarse en un lugar y posición cómoda
2. Respirar correctamente (técnica de las 3 zonas).
3. Tensar cada grupo muscular de forma lenta y suave durante 5 – 10 segundos
4. Relajar los músculos muy lentamente 10 – 15 segundos
5. Conduzca a que la persona se concentre en las sensaciones corporales durante la relajación

Material de apoyo en: <https://www.youtube.com/watch?v=IjIw0ZUvUcA>

Reestructuración cognoscitiva

Es común que en situaciones de crisis se generen distorsiones cognitivas, por lo que, si ha establecido el *rapport* adecuado, o el paciente ya conoce previamente sobre el modelo de la terapia cognitivo conductual, esta técnica puede ser útil en algunos pacientes.

- 1.- Escribir el escenario (lugar, persona y suceso) en el cual se presenta la emoción desadaptativa.
- 2.- Conducir a que la persona identifique los pensamientos o imágenes mentales asociados al evento.



3.- Identificar si se trata de posibles distorsiones cognitivas (Evalúe objetividad, evidencia u otras explicaciones alternativas de la situación).

4.- Con base en el punto previo, elabora un nuevo pensamiento y una reacción útil

Técnicas de Intervención con niños

En el caso de los niños se deben tomar en cuenta materiales a partir de los cuáles, enfrenten la crisis por medio del juego o de la realización de actividades recreativas.

- La respiración diafragmática puede apoyarse inflando un globo o apagando una vela.
- Realizar dibujos o collages con recortes donde narren lo sucedido a partir de imágenes, favorece la expresión de las emociones en niños.
- Utilizar recursos literarios como el cuento, especialmente aquellos que enfatizan las fortalezas de los personajes (o superhéroes) y la forma en cómo solucionaron las adversidades.

Plan de intervención

El plan de intervención se diseña a partir de la identificación de las necesidades del usuario, sus recursos personales; las técnicas antes mencionadas y la experiencia personal en nuestro quehacer profesional, no todos los profesionales de la salud mental podremos aplicar las mismas técnicas.



Otros recursos para implementar su intervención

- **Biblioterapia o Filmoterapia:** Existe bibliografía o filmografía que puede apoyar en el reconocimiento de las emociones o sensaciones que le ha provocado la crisis, a través de los cuales el paciente se podrá identificar y comprender mejor el suceso
- **Musicoterapia:** Promueve la expresión y enfrentamiento de la crisis a través de la música, puede ser la relajación al ritmo de la melodía o la expresión de las emociones a través de una canción o la escritura de la misma. Algunas técnicas de vocalización son aliadas para la realización de la respiración profunda.
- **Farmacoterapia:** Esta intervención debe ser considerada en aquellas personas con tristeza prolongada o angustia intensa que refieran alteraciones en sus hábitos del sueño y de la alimentación. Algunas personas con antecedentes de episodios depresivos previos o trastornos de ansiedad podrán presentar exacerbación de sus síntomas, incluso alguna recaída en caso de haber suspendido el tratamiento. En estos casos invite a la persona a responder el siguiente cuestionario de tamizaje.

<https://tamizaje.psicologiaunam.com>

En caso de que el resultado indique que el paciente requiere atención especializada, utiliza los directorios anexos a este documento para su referencia.

Utiliza las siguientes líneas en caso necesario:

Línea de la Vida [800 911 20 00](tel:8009112000) / Emergencias Línea [911](tel:911)



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

INPRFM
EDUCACIÓN
CONTINUA

Intervención en Crisis

psicología
SAN FRONTÓN

- No olvides que los profesionales de la salud no somos invulnerables por lo que debes cuidar tu propia salud mental. Utiliza el siguiente test de tamizaje y contacta a las líneas de apoyo que se te proporcionen.

<https://tamizaje.psicologiaunam.com>

En resumen, la Intervención en Crisis es una la modalidad de terapia breve con las siguientes características:

1. Es limitada en el tiempo.
2. Se enfoca en el aquí y en el ahora.
3. No se investiga sobre el pasado remoto de la persona.
4. No se manejan aspectos psicodinámicos profundos.
5. No se hacen interpretaciones.
6. Se hacen confrontaciones del sujeto con la realidad.
7. Se deben reforzar algunos mecanismos de defensa para fortalecer el yo.
8. El objetivo es la resolución de la crisis.
9. Se debe promover una alianza terapéutica.

Recuerda que debes desarrollar la habilidad para reconocer a lo largo del proceso en qué momento referir a atención especializada, para lo cual debes invitar al usuario a realizar el tamizaje adecuado <https://tamizaje.psicologiaunam.com>

En caso de que el resultado indique que el paciente requiere atención especializada utiliza los directorios anexos a este documento para su referencia.



Manual Operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID- 19 en México. Módulo 2

Bienvenido(a) al segundo módulo del Curso para brindar atención psicológica en la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la epidemia de COVID- 19 en México.

En este módulo analizarás el impacto emocional de la enfermedad COVID-19 en la población y revisarás las estrategias recomendadas por la Asociación Psiquiátrica Americana para la atención de esta crisis, las estrategias proporcionadas están basadas en el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) aplicada a situaciones de emergencia, conocerás también el protocolo de atención a distancia para realizar esta intervención. En la parte final del módulo encontrarás recomendaciones para el autocuidado como profesional de la salud.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ


INPRM
EDUCACIÓN
CONTINUA


Intervención en Crisis


SAN FRONTÓN
PSICÓLOGOS
1903.CCCE.20110311995

Módulo 2

Capítulo 1- Manifestaciones psicológicas frecuentes	32
Reacción de Estrés Agudo, Estrés Crónico y Estrés Post-Traumático.....	33
Capítulo 2 – Modelo CASIC para intervención en Crisis	40
Subsistemas del modelo: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo	40
Aspectos clave en la evaluación de cada sistema y manifestaciones frecuentes en la crisis.....	41
Capítulo 3- Modelo de Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Multimodal, aplicadas a situaciones de Crisis.....	44
Modelo ABC de la Terapia Cognitivo Conductual	44
Diez distorsiones cognitivas asociadas a la crisis sanitaria	45
Técnicas de reestructuración cognitiva	47
Terapia Multimodal aplicada a situaciones de Emergencia	51
Perfil Multimodal BASIC	51
Modelo Trifásico de Judith Herman.....	53
Terapia Narrativa	54
Capítulo 4- Protocolo de Intervención	56
Recomendaciones Previas	56
Preparación	57
Inicio de la Intervención	58
Identificación del acontecimiento precipitante.....	58
Identificar el malestar del individuo y determinar el grado de desorganización.....	59
Establecer el plan de Intervención y de acción	60
Seguimiento	61
Conclusión y cierre de la Intervención.....	61
Capítulo 5- Medidas de autocuidado para el Interventor	64
Referencias	66



Capítulo 1- Manifestaciones psicológicas frecuentes

La población general puede no estar familiarizada con el término “pandemia”. Sin embargo, genera una respuesta emocional negativa para la mayoría de las personas debido a la información inadecuada (percepción de información insuficiente o sobreinformación), la frustración y/o aburrimiento derivado de la estrategia de distanciamiento social, el temor por infectarse o infectar y la incertidumbre con relación a la duración de esta contingencia, todos ellos son los principales factores asociados a las reacciones de estrés. Por ello, es conveniente que el interventor considere el contexto en el que realizará la intervención y que se caracteriza por la incertidumbre, el enojo y el miedo.

El *miedo* es una emoción primaria, fundamental para nuestra defensa y supervivencia. El miedo nos “impulsa” a tomar medidas de protección, pero también nos “paraliza”.

Durante la pandemia por COVID-19 un factor que alimenta el miedo es la incertidumbre, debido a que enfrentamos una enfermedad que se conoce poco, desconocemos el tiempo que durarán las estrategias de salud pública para reducir la transmisión y el impacto en nuestra economía, es natural entonces que se presenten altos niveles de estrés.

El *estrés* es una *reacción fisiológica y emocional que nos producen aquellas situaciones generadoras de ansiedad y/o angustia*. (Davidoff, 2003)

El estrés genera incremento de la tensión sanguínea (presión sanguínea/arterial), modifica los niveles hormonales principalmente del cortisol, las ondas cerebrales, el sistema nervioso autónomo y el sistema inmunológico. Aunque se reconoce que cierta cantidad de “eustrés” (estrés bueno) es necesario para la salud, en estos momentos quienes solicitarán apoyo psicológico presentarán con mayor probabilidad “distrés” (estrés malo).



Eventos extraordinarios que representan una amenaza a nuestra integridad y seguridad producen altos niveles de estrés, alterando nuestro sistema. Las reacciones dependerán de la edad, sexo, raza, nivel académico y vulnerabilidad de cada persona. De forma que un evento genera diferentes respuestas físicas y emocionales de distinta intensidad.

Reacción de Estrés Agudo, Estrés Crónico y Estrés Post-Traumático

El *estrés agudo* es la reacción fisiológica inicial ante un factor amenazante, es limitado en el tiempo y es “adaptativo”, cuando el factor amenazante se prolonga produce una respuesta de estrés crónico.

El *trastorno por estrés agudo* se refiere a las manifestaciones clínicas (ver tabla 1) que se presentan entre tres y treinta días después de un evento traumático, después de 30 días se considera un *trastorno por estrés postraumático* (ver tabla 2), esta última condición deberá ser evaluada y recibir tratamiento de forma conjunta con un especialista en Psiquiatría.

Tabla 1 Criterios diagnósticos para Trastorno de Estrés Agudo DSM 5

Criterio A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.

Nota: En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso (s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

Criterio B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático:



Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso (s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos:

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).

7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso (s) traumático(s).

9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

12. Hipervigilancia.

13. Problemas con la concentración.

14. Respuesta de sobresalto exagerada.

Criterio C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.



Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

Criterio D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Tabla 2 Criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Post Traumático DSM 5

Trastorno de estrés postraumático
<p>Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.</p> <p>Criterio A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso (s) ha de haber sido violento o accidental.4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso (s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). <p>Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p>
<p>Criterio B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). <p>Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).</p> <ol style="list-style-type: none">2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático (s). <p>Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.</p> <ol style="list-style-type: none">3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso (s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) <p>Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.</p> <ol style="list-style-type: none">4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).



Criterio C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático (s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Criterio D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Criterio E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso (s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso (s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

Criterio F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

Criterio G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:



1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

De forma independiente o adicional a las reacciones previas ante una situación de emergencia o desastre, las personas pueden cursar con algunos síntomas ansiosos o depresivos, llegando a manifestar: tristeza, culpa, soledad, vergüenza, enojo, irritación, resentimiento, frustración, desánimo, desesperanza, miedo o preocupación que son comprensibles ante estas situaciones y que se verán beneficiados de una intervención psicológica. Además, siempre se deberá evaluar si se cumplen los criterios para los otros trastornos psiquiátricos que se pueden desarrollar, como el Trastorno de Depresión Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada. (ver tabla 3, ver tabla 4).

Tabla 3 Criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor DSM 5

Criterio A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).



<p>Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.</p> <p>Insomnio o hipersomnias casi todos los días.</p> <p>Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).</p> <p>Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>Criterio B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>Criterio C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.</p> <p>Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.</p> <p>Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.</p>

Tabla 4 Criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada DSM 5

<p>Criterio A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p>
<p>Criterio B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p>
<p>Criterio C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <p>Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad.



5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
Criterio D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
Criterio E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
Criterio F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.



Capítulo 2 – Modelo CASIC para intervención en Crisis

Uno de los objetivos de la intervención en crisis es ayudar a la persona a recuperar el funcionamiento que tenía antes de la crisis. Según Garcés & Valdiviesco (2012) para que el objetivo se logre es importante que en la intervención se evalúen 5 subsistemas que se manifiestan al momento de la crisis: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal, Cognoscitivo. (Tabla 3)

Subsistemas del modelo: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo

Tabla 3 Subsistemas del Perfil CASIC

Subsistema	Aspectos clave a evaluar	Manifestaciones frecuentes ante la crisis
Conductual	Actividades diarias afectadas por la crisis Áreas no afectadas por la crisis Conductas que han aumentado o disminuido con la crisis ¿Las técnicas de afrontamiento han sido exitosas o han fracasado? ¿Cuál es el patrón del sueño del paciente? Evalúe la presencia de conductas que pongan en peligro la vida del paciente o de otras personas	Conductas evitativas, violentas, de riesgo o consumo de sustancias. Alteraciones del sueño (pesadillas).
Afectivo	Sentimientos de la persona con relación a las consecuencias de la crisis ¿Expresa sus sentimientos? Determinar su estado afectivo	Miedo, impotencia, frustración, percepción de peligro, ira, tristeza.
Somático	Presencia de malestares físicos (con frecuencia inespecíficos) asociados a la crisis	Hiperalerta, alteraciones en el apetito, taquicardia, hiperventilación, tensión muscular, cefalea.



Interpersonal	<p>Impacto de la crisis sobre la familia y amigos</p> <p>Redes y sistemas sociales</p> <p>Capacidad de ayuda por parte de familiares y amigos</p> <p>¿Cuál es la actitud que adopta la persona respecto sus relaciones interpersonales durante la crisis?</p>	<p>Aislamiento de familiares y amigos.</p> <p>Disminución o nulo contacto social (ante COVID-19 pobre uso de tecnologías para conectarse con amigos y seres queridos)</p>
Cognoscitivo	<p>¿Qué conocimientos tiene la persona sobre el evento o crisis?</p> <p>¿Qué proyectos u objetivos se han frustrado debido a la crisis?</p> <p>Tipo de pensamientos o imágenes mentales asociadas a la crisis</p> <p>¿Ha elaborado algún significado personal con relación a la crisis?</p> <p>Identifique expresiones como “debería, tengo que, debo de”</p> <p>Registre las distorsiones cognitivas del paciente asociadas al evento</p> <p>Evalúe la presencia de ideación suicida</p>	<p>Distorsiones cognitivas (catastrofización), imágenes mentales relacionadas a la crisis, dificultad para concentrarse.</p>

Aspectos clave en la evaluación de cada sistema y manifestaciones frecuentes en la crisis

Es conveniente que el interventor evalúe el funcionamiento que tenía la persona afectada previo a la crisis, abarcando los siguientes aspectos:

- Medios para enfrentar y resolver los problemas
- Recursos emocionales más fuertes
- Fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento del CASIC
- Conflictos pasados, no resueltos que puedan relacionarse con la crisis
- Insatisfacción con la vida



- Etapa del desarrollo previo a la crisis
- Excedentes o déficits en el CASIC
- Estrategias para el cumplimiento de metas
- Estilo de vida

Afrontamiento

Es frecuente que ante la incertidumbre las personas busquen informarse, sin embargo, hacerlo de manera excesiva durante una crisis como la pandemia por COVID-19 puede tener un impacto negativo en la salud mental generando mayor estrés aunado a la cantidad de información de fuentes generalmente no oficiales ni científicas.

Es común que algunas personas debido a la impotencia ante la crisis busquen “culpables”. Esto se podría interpretar como un mecanismo que genera de forma aparente un control sobre lo que se hace, la manera en qué se hace y a quién se castiga.

De forma general existen dos maneras de afrontarla la crisis sanitaria:

- Minimizando el riesgo: se refiere a las personas que siguen con su vida “normal”, negando la existencia de la enfermedad.
- Maximizando el riesgo: sucede en las personas que catastrofizan el riesgo, presentando una preocupación excesiva por el propio estado de salud percibiendo síntomas aislados como señal inequívoca de infección por Coronavirus.

Es conveniente que los profesionales de la salud y especialmente los profesionales de la salud mental gestionen en la población estrategias de afrontamiento positivo ante la contingencia. (Ver Tabla 4)



Tabla 4 Estrategias de Afrontamiento Positivo

Estrategias de afrontamiento positivo ante crisis sanitarias
Seguir las medidas de prevención epidemiológica (lavado de manos, etiqueta de tos, distanciamiento social, recibir tratamiento en caso y acudir a Instituciones sólo ante síntomas graves).
Mantener un patrón adecuado del sueño (7 a 9 horas diarias) procurar que sea siempre el mismo horario todos los días.
Mantener una alimentación balanceada
Mantener contacto social con familiares y amigos mediante el uso de tecnologías
Realizar actividades en casa que le hayan resultado placenteras en el pasado
Realizar actividades que favorezcan la relajación (lectura, escuchar música, etc.)
Realizar ejercicio en casa de forma regular
Buscar apoyo profesional en caso necesario.

Durante los primeros días a semanas de la contingencia algunas personas se encontrarán en fase de shock, que se caracteriza por la incredulidad ante el evento; es importante brindar estrategias que proporcionen mayor seguridad fomentando el afrontamiento positivo.



Capítulo 3- Modelo de Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Multimodal, aplicadas a situaciones de Crisis

Los profesionales de la salud y especialmente los profesionales de la salud mental influyen de forma poderosa en la vida de las demás personas y pueden generar un cambio en las conductas de la población.

El modelo de la Terapia Cognitivo Conductual proporciona técnicas de intervención específicas para la modificación de pensamientos que impacta positivamente en las emociones y conductas de las personas.

El interventor, basado en este modelo, conducirá al paciente a identificar los pensamientos o imágenes mentales asociados al malestar emocional o que generan la conducta problema, una vez identificado el pensamiento se analiza si éste es realista, si es objetivo o útil ante la situación en que se encuentra.

Nos referiremos en lo sucesivo a estos pensamientos como “Distorsiones Cognitivas” que son interpretaciones erróneas de un evento y que generan en consecuencia emociones y conductas negativas al objetivo que se pretende lograr.

Modelo ABC de la Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual utiliza el modelo A-B-C para explicar su funcionamiento.

A: Acontecimiento activador, suceso o situación.

B: “Beliefs” (creencias en inglés) pensamientos relacionados al evento.

C: Consecuencias emocionales, conductuales o nuevos pensamientos derivados del punto previo.



Diez distorsiones cognitivas asociadas a la crisis sanitaria

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana las distorsiones cognitivas más frecuentemente reportadas ante una pandemia se pueden clasificar en 10 tipos (Tabla 5).

Tabla 5 Diez Tipos de Distorsiones Cognitivas asociadas ante la pandemia

Distorsión Cognitiva	Descripción
Pensamiento dicotómico	La persona ve las cosas en categorías absolutas, blanco y negro. Es decir, cuando el pensamiento es blanco o negro. Se colocan las experiencias propias o de los demás en categorías que solo tienen dos opciones opuestas (bueno/malo; positivo/negativo; posible/imposible). Ejemplo: “Seguir las indicaciones de quedarte en casa y de sana distancia no sirven, si te vas a contagiar con coronavirus, te va a dar y ya se morirá quien se tenga que morir.”
Etiquetado	El etiquetado es una forma extrema del pensamiento dicotómico. La persona en lugar de decir “he cometido un error”, se adjunta una etiqueta negativa a sí mismo: “Soy un perdedor” El etiquetado es bastante irracional, porque no es lo mismo hacer que ser. Estas etiquetas son sólo abstracciones inútiles que conducen a la ira, la ansiedad, la frustración y la baja autoestima. También se suele etiquetar a otras personas. Cuando alguien hace algo que parece incorrecto, suele decir: “Es un inútil” Esto genera hostilidad y disminuye la esperanza de mejorar las cosas y dejando pocas posibilidades para la comunicación constructiva. Ejemplo: “Estoy seguro de que lo del coronavirus es un invento de los gobiernos y yo soy una persona que no se deja engañar, por lo que no caigo en esas mentiras.”
Sobregeneralización	La persona ve un evento negativo como un patrón sin fin. Consiste en extraer conclusiones basándose en unas pocas experiencias o aplicarlas a una gama de situaciones no relacionadas. Ejemplo: “En la casa del vecino enfermó el abuelo de la familia, esto ocurrirá con todos los abuelos de la colonia.”
Filtro mental	La persona solo ve los aspectos negativos e ignora los aspectos positivos. Al seleccionar un detalle negativo y permanecer exclusivamente en él su visión de toda la realidad se oscurece. Es decir, se descalifican las noticias, reportes o experiencias positivas



	con relación al evento. Ejemplo: “Creo que no hay manera de hacer nada contra la COVID-19, si países ricos no han podido, menos nuestro país, solo hay que esperar lo peor para nuestro México y el mundo.”
Descalificación de lo positivo.	La persona insiste en que sus logros o capacidades “no cuentan” ante la situación adversa. Si la persona está tomando las medidas para la emergencia es posible que se diga que no lo está haciendo lo suficientemente bien. Eliminar las acciones positivas que está haciendo le llevarán a perder la seguridad. Ejemplo: “A veces pienso que, aunque me lave las manos y haga cuarentena, el virus me infectará y moriré.”
Inferencia arbitraria o saltar a las conclusiones.	Consiste en el error del adivino, es decir predecir de forma arbitraria que las cosas van a salir mal llegando a una conclusión negativa en ausencia de una evidencia empírica que pueda avalarla de forma suficiente. Ejemplo: “Como soy adulto mayor y tengo diabetes, si me enfermo de Covid-19, moriré irremediablemente.”
Truco binocular: maximización o minimización	Consiste en evaluar el evento otorgándole una proporción mayor a la real. En su grado máximo se llega a catastrofizar la situación considerándola como la peor situación que la persona haya vivido o vivirá. Ejemplo: “Esta es la peor catástrofe que haya vivido la humanidad.” De forma opuesta a la maximización sucede la minimización en la cual se tiende a minimizar la importancia del evento de manera inapropiada. Ejemplo: “Este virus a mí no me hará nada, es excesivo todo esto.”
Razonamiento emocional	La persona racionaliza el cómo se siente por ejemplo “No me siento con ganas de hacer esto, así que lo pospongo” Es decir, las opiniones formadas sobre uno mismo (expresadas como sentimiento) determinan la conducta o el estado emocional de la persona. Ejemplo: “Yo me siento muy bien, así que estoy sano y si me da el virus del COVID-19 pues simplemente mi sistema inmune lo eliminará sin problemas.” O lo contrario: “¡Si me siento enfermo es porque lo estoy!”
Enfoque debería de la vida	Se manifiesta con expresiones como: “debería” “tengo que” “debo de”. La persona se exige a sí misma o a otras personas con expresiones como “debería” “no deberían” “tienen que”. Es decir, demanda sus expectativas internas sobre las capacidades o habilidades de sí mismo o de las otras personas, pero sin analizar si son razonables. Cuando estas expresiones se dirigen hacia la



	misma persona dirigen a la culpa y frustración, cuando se dirigen hacia los demás o al mundo en general llevan a la ira y a la frustración. Ejemplo: “Debería estar preparado para esta contingencia.”
La personalización y la culpa:	La persona se culpa por algo que no es enteramente responsable de, o culpa a otras personas atribuyendo que sus actitudes o comportamientos estarían contribuyendo como único factor al problema. La personalización conduce a la culpa, a la vergüenza y a los sentimientos de inadecuación. Ejemplo: “No han hecho lo suficiente ni tomaron las medidas a tiempo” o “pienso que como tengo que ir a trabajar, si me da la COVID-19 seré culpable de que mis seres queridos mueran.”

Técnicas de reestructuración cognitiva

La re-estructuración cognitiva es una estrategia de la terapia cognitivo conductual que se dirige a modificar las distorsiones cognitivas con el fin de crear nuevas maneras de reaccionar ante una situación.

Existen diferentes técnicas para la modificación de las distorsiones cognitivas

1. Identifique la distorsión: ¿En qué tipo de error del pensamiento podría estar incurriendo?

Anote el pensamiento negativo y a cuál de las 10 distorsiones cognitivas de la tabla 5 corresponde. Esto hará que sea más fácil pensar en el problema de una manera más positiva y realista.

2. Examine la evidencia: ¿Qué pruebas tengo de que este pensamiento podría no ser cierto o no completamente cierto?



En lugar de que su paciente asuma que sus pensamientos negativos son ciertos, condúzcalo a que examine la evidencia real de ello. Por ejemplo, si el paciente piensa que nunca hace nada bien, se podría hacer una lista de varias cosas que ha hecho con éxito.

3. El método de doble estándar: ¿Hay una explicación alternativa u otra manera de ver la situación?

En lugar de que su paciente se ponga a la sombra del problema, llévalo a que contemple otras maneras de afrontar la situación, por ejemplo ¿qué le diría a un amigo (íntimo) o un familiar si estuviera en esta situación y le asaltara este pensamiento?

4. Evalúe de forma realista y objetiva: ¿Cuál es el resultado más realista de esta situación?

En lugar de especular conduzca a su paciente a la búsqueda objetiva de resultados realistas ante el evento.

5. Pensando en tonos de gris. Aunque este método puede parecer monótono, los efectos pueden ser esclarecedores. En lugar de que su paciente piense acerca de sus problemas en extremos de todo-o-nada, enséñele a evaluar los eventos en un rango de 0 a 100. Cuando las cosas no fueron tan bien como él/ella esperaba, es conveniente que piense en la experiencia como un éxito parcial en lugar de un fracaso y vea lo que puede aprender de esta situación.

6. El método de la encuesta. Consiste en motivar al paciente para que averigüe si sus pensamientos y actitudes son realistas. Por ejemplo, si el paciente cree que la ansiedad que él presenta es anormal y vergonzosa, pídale que encueste a varios amigos sobre si ellos han sentido estos síntomas ante el evento. El objetivo es normalizar la ansiedad mediante la experiencia de otras personas.



7. Definir los términos. Cuando el paciente se etiqueta como “un perdedor” pregunte ¿Cuál es la definición de un perdedor? Se sentirá mejor cuando descubra que no existe la definición de “un perdedor”.
8. El método de la semántica. Este método es útil para modificar expresiones como: “debería” “tengo que” “debo de” Explique al paciente la rigidez de estos términos y cómo se somete a una exigencia irracional y promueva reemplazarlos por “sería conveniente” “sería favorable” o “sería mejor si...”
9. Re atribución. En lugar de que la persona se culpe a si misma o a otras personas por el problema, favorezca una visión panorámica de la problemática enfatizando en los diferentes factores que pudieron haber contribuido para ello y de esta manera pueda enfocarse en resolver lo que está a su alcance en esta situación y evitar gastar su energía culpándose a sí mismo o a los demás.
10. Análisis del costo beneficio. Consiste en que el paciente se cuestione ¿Qué efecto tiene el hecho de que yo me crea este pensamiento? E identifique las ventajas y desventajas de mantener un estado emocional desagradable, un pensamiento irracional o una conducta que no le conducirá al objetivo y a partir de este análisis motívelo al cambio ¿Qué debería hacer ahora?

Ejemplo de aplicación:

I: Adriana, entiendo que te sientas preocupada, sin embargo, es importante que analicemos ese pensamiento que me acabas de mencionar “Me duele la garganta estoy contagiada de Covid-19” Muchas veces lo que pensamos lo creemos como verdades absolutas, en ocasiones estos pensamientos inadecuados pueden llevarnos a tomar malas decisiones. A estos



pensamientos les llamamos distorsiones cognitivas e influyen en cómo te sientes y lo que haces. El tipo de error de pensamiento que pasa por tu mente lo conocemos como “inferencia arbitraria o saltar a las conclusiones” analicemos un poco: ¿Qué pruebas tienes de que este pensamiento es cierto?

A: Pues es que me siento mal, de tanto ver la tele hasta me siento enferma.

I: ¿Hay otra explicación para ello?

A: Pues sí, ha hecho mucho calor y he estado tomando mucha agua con hielo. Además, para no aburrirnos, ayer organizamos una sesión de karaoke y estuvimos cantando.

I: Ah muy bien, entonces ¿Cuál sería una perspectiva más realista de esta situación?

A: Pues quizá el dolor de garganta sea por eso de la cantada, el calor y lo frío. Además, es lo único que siento, no he tenido fiebre, ni dolor de cabeza y todo eso que dicen

I: Bien. Pensar tajantemente en que es Covid-19, ¿Qué efecto tiene creerte este pensamiento? ¿Te ayuda o te perjudica?

A: Pues me perjudica, nada más estoy piense y piense, no puedo dormir por estar pensando en eso, hasta ganas de llorar me dieron

I: Oye Adriana y ¿Qué le diría a un amigo (íntimo) o familiar, si él o ella estuviera en esta situación y le asaltara este pensamiento?

A: pues que se calme. Le ayudaría a buscar los síntomas exactos o que mejor fuéramos a preguntarle a Don Jorge que es Doctor

I: Muy bien y ¿Qué harás ahora?

A: Pues eso. Primero me voy a calmar, aunque seguro es por la cantada, mejor voy a preguntar, además me voy a cuidar, porque tampoco me quiero enfermar de otra cosa y menos ahora.

I: Muy bien Adriana, ¿Cómo te sientes?



A: Mejor. Si estaba algo preocupada. Pero tiene razón, no tengo pruebas o evidencia de que tenga COVID. Mejor me tranquilizaré. Le agradezco su apoyo.

I: Por nada Adriana esa es mi labor, hay algo más en lo que pueda apoyarte

A: No, muchas gracias.

I: Muy bien Adriana por el momento hemos concluido, no olvides estar atenta a tus pensamientos y evaluar si son objetivos o reales, algunas preguntas como las que respondiste hace un momento te ayudarán para ese fin. Te agradezco que te hayas puesto en contacto.

Terapia Multimodal aplicada a situaciones de Emergencia

Arnold A. Lazarus creó en 1973 la Terapia Multimodal con el fin de rescatar los recursos más valiosos de las diferentes escuelas de psicología. Si bien la denominó terapia, es más una descripción de cada una de las siete variables de personalidad, ofreciendo así la posibilidad de clasificar todas las técnicas de otras escuelas y realizar una evaluación objetiva de metas y cambios obtenidos.

Perfil Multimodal BASIC

El perfil multimodal BASIC cubre las *siete modalidades* clave que, individual e interactivamente determinan como nos movemos, sentimos, imaginamos, pensamos y nos relacionamos con los demás. Las siete modalidades del perfil son:

1. Biológica: se refiere al organismo como el estado de salud, la dieta, el uso de medicamentos.



2. **Afectiva:** se refiere a la vivencia de las emociones (expresadas o no); definidas como el significado subjetivo y sentido de las experiencias (Kertész, 1993). Las fundamentales son: afecto, gozo, miedo, rabia y tristeza.

3. **Sensaciones:** se refiere a la percepción de cambios en el funcionamiento corporal (hambre, dolor, etc.).

4. **Imágenes:** son representaciones de los datos de los sentidos (visuales, auditivos, olfativos, gustativos, táctiles), vinculadas principalmente con el hemisferio derecho del cerebro.

5. **Cognitiva:** conformada por las ideas, creencias, valores y diálogos internos, vinculadas principalmente con el hemisferio izquierdo del cerebro.

6. **Conductual:** Referente a lo que se hace, se enuncia y la forma en que se enuncia (proceso en el que se realiza o planea realizar la acción).

7. **Social:** se refiere a las relaciones interpersonales del sujeto.

Lazarus refiere que además de la descripción actual de las *siete modales*, también se requiere describir: los objetivos de cambio o estados deseados establecidos por los pacientes, las técnicas a emplearse extraídas de cualquier escuela, de acuerdo a su utilidad potencial; y; los resultados obtenidos (en la medida de lo posible) cuantificables.

Refiere que uno de sus beneficios es la realización de un plan a medida que respete la individualidad de cada persona y profesional clínico, al margen de algún diagnóstico psiquiátrico previo.

Como puedes ver, existen diversos modelos terapéuticos para abordar la crisis desde diferentes enfoques clínicos: Terapia Cognitivo- Conductual, Psicoanálisis, Gestalt, hipnosis, EMDR, Terapia Narrativa, abordaje Psicofarmacológico, etc.; todos ellos fuertemente sustentados. Por lo que, en esta sección del manual, te presentamos brevemente su forma de intervención:



La Intervención en Crisis, según Payne es una “acción clásica que consiste en interrumpir una serie de acontecimientos que provocan anomalías en el funcionamiento normal de las personas”. Este modelo se basa en la Teoría del Yo, en la Teoría del Estrés, la Teoría del Aprendizaje, la Teoría del Rol y la Teoría de la Homeóstasis.

M. Horowitz postula que el trauma produce un deterioro del auto concepto, percibiéndose un yo dañado y extremadamente vulnerable. Por esto, su terapia tiene como objetivo que la persona recupere la sensación de competencia personal desde una perspectiva psicodinámica.

Modelo Trifásico de Judith Herman

Este modelo consiste en intervenir en tres fases:

1. Primera fase del tratamiento (consiste en restablecer la seguridad): el paciente debe volver a tener control interno y externo; es decir, garantizar su seguridad, tanto como aprender a manejar los síntomas que interfieren en su vida y conllevan el riesgo de retraumatización.
2. Segunda fase (Rememoración y Duelo): el tratamiento se orienta a que el paciente pueda reconstruir la historia traumática. A causa de su naturaleza, las memorias traumáticas rara vez se presentan linealmente. Los fragmentos, a veces incoherentes, las sensaciones físicas y emocionales, deben transformarse en una narración permitiendo de esta manera la integración bajo la forma de la memoria explícita o narrativa.



3. Tercera Fase (Reconexión): Consiste en reconectar al paciente con la vida, el presente y el futuro; redefiniéndose a sí mismo en el actual contexto de relaciones y actividades significativas.

Reducción del Incidente Traumático

Desarrollado por Frank Gerbode MD y Gerald French CTS. Consiste en un tratamiento breve, simple, centrado en la persona, y altamente estructurado, que reconoce la influencia del trabajo de Carl Rogers (sin la falta de dirección) y de S. Freud (sin la interpretación y el análisis). Está orientado a eliminar la carga emocional negativa de traumas pasados, así como también es efectivo para tratar Sentimientos, Emociones, Dolores, Actitudes y Sensaciones negativos.

El procedimiento se basa principalmente en recorrer mentalmente el episodio traumático repetidamente bajo ciertas condiciones terapéuticas. El rol del terapeuta es guiar al consultante en la revisión del incidente traumático sin ofrecer ninguna interpretación; o intervención de ningún tipo: todo el trabajo es hecho por el consultante.

Terapia Narrativa

Desarrollada principalmente por White y Epston (1993) y aplicada por Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B., García y Rincón, o Felipe E. García y Rodrigo Mardones.

Su desarrollo se vio influido por las investigaciones de Pennebaker (Galarce, 2003; Tarragona, 2003) y se basa en la importancia de la asignación de significado a las experiencias traumáticas, de la relevancia de la expresión emocional y del apoyo social y en el supuesto de



que las narrativas no representan la identidad y los problemas de las personas, sino más bien las narrativas son la identidad y los problemas.

Señala que los problemas humanos aparecen y se mantienen gracias a las historias opresivas que dominan la vida de las personas. Pero estos relatos no sólo determinan el significado atribuido a sus vivencias, sino que también determinan qué aspectos de la experiencia vivida seleccionan para asignarles un significado.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ


INPRM
EDUCACIÓN
CONTINUA


Intervención en Crisis


SAN FRONTÓN
PSICOLOGÍA

Capítulo 4- Protocolo de Intervención

A continuación, te presentamos una guía de apoyo para conducir la intervención. Si bien es conveniente adecuar la intervención a la circunstancia y motivo de atención de cada paciente, es necesario adherirse a los lineamientos generales y al protocolo siguiente:

Recuerda que esta intervención no es una terapia psicológica a distancia y cualquier profesional de la salud mental puede llevarla a cabo de forma independiente a la terapia psicológica de su preferencia.

Recomendaciones Previas

Es conveniente que la intervención sea breve, se estima una duración aproximada de 10 a 15 minutos con el fin de que al concluir el interviniente pueda disponer de un receso de 10 minutos entre cada intervención. No obstante, en caso de que la intervención requiera mayor tiempo, es importante tomar en cuenta los 10 minutos de receso entre cada intervención. Identifique las actividades relajantes que realizará entre una intervención y otra. Utilice algunas técnicas de relajación que ha aprendido en este curso una vez que haya concluido su turno. De cualquier forma, siempre podrá contar con un supervisor que le apoye.



Preparación

El interventor(a) debe asegurarse de estar en condiciones óptimas y seguras para realizar la intervención.

Ambiente: adecúe un espacio confortable para llevar a cabo su intervención, por ejemplo, una silla cómoda, un lugar aseado, ordenado y luminoso. Asegúrese de tener lo necesario en su área de trabajo, tenga lápiz y papel cerca para realizar anotaciones en caso necesario, disponga de vías para compartir el link de <https://tamizaje.psicologiaunam.com> Línea de la Vida 800 911 20 00 y teléfono de Emergencias Línea 911, así como directorios de referencia. Disponer del material e información evitará que se ausente durante su intervención. Usted puede ir modificando el espacio de acuerdo a las necesidades que vaya teniendo en las intervenciones que realice.

Necesidades personales: Antes de iniciar la jornada y entre cada intervención, debe tener cubiertas las necesidades básicas de sueño, sus necesidades fisiológicas y de alimentación. Es importante prever la posibilidad de que durante la intervención reciba bromas o insultos debido a que las personas descargan de esta manera el estrés aunado a la situación. Ante estos casos es conveniente que el interventor ponga atención a sus reacciones durante la intervención y si lo requiere haga una pausa.

En caso de tener dudas sobre una intervención realizada o haber percibido alguna tensión en la intervención, comente con su supervisor a fin de retroalimentarle y brindarle recomendaciones para que la intervención se imparta de forma adecuada para todos.



Inicio de la Intervención

Presentación del profesional y encuadre terapéutico

Recuerda que es importante establecer un buen *rappor*t con el paciente. Transmite seguridad y confianza al describirle tu perfil profesional, y realiza de forma breve un encuadre de tu intervención. A continuación, un ejemplo:

Buenos(as) días/tardes/noches... Mi nombre es _____ y soy psicólogo(a). Le agradezco se haya comunicado con nosotros para ayudarlo. Quiero que usted tenga la garantía que toda su información será tratada de forma confidencial. Antes de comenzar necesito solicitarle unos datos para su registro (nombre completo, edad, ciudad de residencia, colonia, estado.) (<https://forms.gle/REbiMcn4KVd2ejAD8>). [Una vez recabados los datos realizar un breve encuadre, de la intervención: (...).] Esta intervención está basada en el modelo de intervención en crisis y tendrá una duración aproximada de 15 minutos, si requiere sesiones de seguimiento se lo comentaré en el plan de intervención, le agradezco nuevamente su confianza al contactarnos ¿Cómo puedo ayudarlo?

Identificación del acontecimiento precipitante

En este momento de la intervención es esencial que la persona se sienta apoyada, comprendida, escuchada y acompañada.

Si la atención es mediante videollamada: escuche el tono de voz del paciente, observe sus gestos, postura y movimientos en general, tal como lo haría en una sesión cara a cara, observe alrededor, ¿Está en compañía?, ¿Cómo es el lugar en donde se encuentra?



Atención Telefónica: Escuche el tono de voz, ponga atención a los silencios y la velocidad en el habla, identifique sonidos alrededor, si lo requiere indague sobre el lugar en donde se encuentra y si la persona está acompañada. Refiérase a la persona por su nombre, todo el tiempo y siempre de manera respetuosa. Utilice algunas de las siguientes preguntas durante la fase inicial para recabar mayor información sobre el evento: ¿Qué sucedió?, ¿Dónde estaba? Recabe la información que considere necesaria, esto ayudará también al paciente a estructurar el evento.

Identificar el malestar del individuo y determinar el grado de desorganización

Identifique el malestar generado a la persona y determine el impacto que ha tenido en su vida (grado de desorganización)

Si detecta que a la persona le es difícil expresar o identificar sus emociones, promuévalo, con frases como “noto que deseas llorar...”, o “identifico que te encuentras molesto, triste, etc...”

Algunas técnicas usadas con los niños para la expresión de emociones, también pueden servir para adultos. Si lo requiere puede aplicar algunos instrumentos del módulo 1 para este fin.

Proporcione información de forma concisa y clarificadora enfatizando que el estrés es normal e incluso nos puede ayudar a protegernos ante situaciones de crisis. Sin embargo, mencione que si éste es excesivo deberá implementar estrategias para controlarlo y evitar que afecte su vida diaria.

Valide en todo momento las emociones del paciente: “Es válido sentir lo que sientes (sentir miedo... sentir ansiedad...), “estoy aquí para escucharte”.



Evite expresiones como: “Puedes parar de llorar, no entiendo lo que dices” o “Hablas muy rápido no entiendo lo que dices”. Si es necesario y dispone de datos oficiales, proporciónalos con el objetivo de evitar información falsa y disminuir la ansiedad. Si identificas desbordamiento emocional (llanto incontrolable, enojo o angustia intensa) explica el beneficio y en qué consisten las técnicas de relajación antes de proporcionar las indicaciones para realizarlas (respiración diafragmática, imaginería, relajación muscular progresiva, mindfulness, etc.)

Establecer el plan de Intervención y de acción

Con la información recabada previamente podrás establecer las estrategias para un plan de intervención breve ante la crisis.

En caso de que se presente en el escenario inicial de la intervención un paciente con desbordamiento emocional brinde contención.

Mueva hacia la acción: Una vez contenido el estado emocional favorezca que la persona identifique sus recursos personales, económicos y sociales y que evalúe las acciones que ha realizado hasta ahora buscando identificar lo que ha funcionado o lo que no, a fin de fortalecer o eliminar sus estrategias de afrontamiento.

Guíe hacia objetivos o alternativas de solución realistas. Elabore éstas con las siguientes preguntas ¿Qué hará? Busque que sea específica la conducta. ¿Cuándo lo hará? A partir de qué momento, día u hora. ¿Requerirá la ayuda de otras personas? En caso de requerir atención especializada sugiera acudir a las instituciones o centros de atención acreditados.



Evalúe y proponga en caso necesario si es conveniente programar una o más sesiones de seguimiento con el propósito de dar continuidad y evaluar el objetivo o meta a alcanzar.

Seguimiento

Si la persona no requiere atención especializada y se beneficiaría de un seguimiento del plan propuesto en la intervención, establezca la fecha y el horario de la próxima sesión, recuerda que se trata de una intervención en crisis y no es intervención psicológica en línea, por lo que se recomienda que las sesiones de seguimiento subsecuentes, no excedan de tres, dejando días intermedios entre cada sesión, con el fin de dar oportunidad a que la persona implemente las estrategias que has proporcionado.

En los casos de haber referido a atención especializada, ofrézcale citas para dar seguimiento y hágale saber que recibirá el tratamiento adecuado e integral para sus necesidades.

Conclusión y cierre de la Intervención

Es conveniente concluir la intervención una vez que el paciente se encuentre estable emocionalmente, conduzca al paciente a que identifique este cambio y motíVELO implementar las estrategias para la resolución del problema, por ejemplo:

“Muy bien Julio, te felicito por haberte comunicado. Te noto más tranquilo y con estrategias que pueden ayudarte, las cuales ya mencionamos (puede repetir las si lo desea). Recuerda que



es muy importante llevar a cabo los planes que estableciste. Te recuerdo mi nombre es

Por el momento la intervención ha concluido, ¿hay algo más en que pueda apoyarte?

En caso de sesiones de seguimiento puede agregar; “Si estás de acuerdo podemos programar una sesión de seguimiento para el día... Esa sesión será con el objetivo de evaluar el seguimiento de lo que hemos hablado. ¿Deseas programar la cita de seguimiento ahora?”

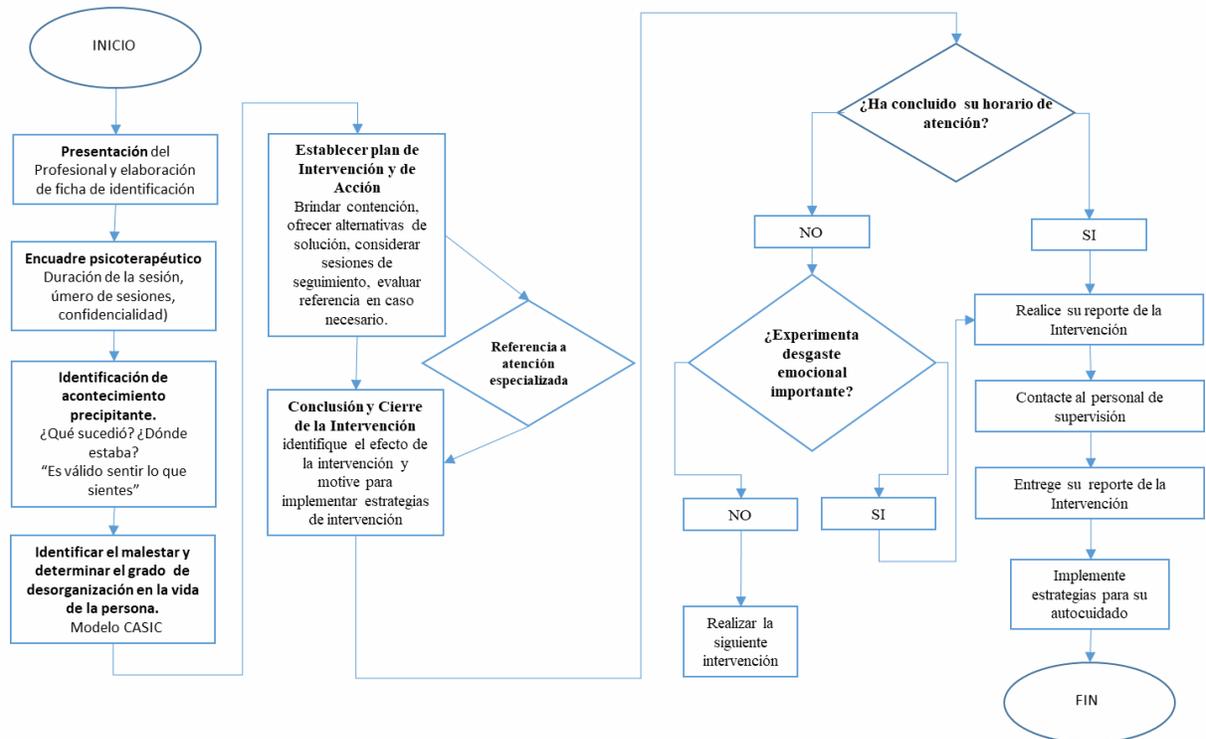
[Ver Flujoograma de la Intervención (Figura 1)]

Al concluir la intervención recuerda llenar el formulario para reportar y recibir retroalimentación por tu supervisor. (<https://forms.gle/REbiMcn4KVd2ejAD8>)

Recuerda después de la intervención hacer una pausa para estirarte, acomodarte, beber agua, ir al baño, etc. Si te percibes agotado emocionalmente y consideras que no estás en condiciones aptas de atender la siguiente intervención contacta al supervisor.



Figura 1 Flujoograma de la Intervención para las Brigadas de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID-19 en México



Capítulo 5- Medidas de autocuidado para el Interventor

Los profesionales de la salud y entre ellos los interventores de la Brigada de Atención Psicoemocional y psicosocial a distancia durante la pandemia de COVID-19 no somos invulnerables por lo que la Asociación Psiquiátrica Americana emite las siguientes recomendaciones para ayudar a cuidar de nosotros mismos (Tabla 6)

Tabla 6 Recomendaciones para los profesionales de la salud ante COVID-19

Recomendaciones para los profesionales de la Salud
Satisfacer las necesidades básicas: Comer, hidratarse y dormir con regularidad para optimizar su capacidad de proporcionar atención a sí mismo y a otros.
Tomar descansos. Descansar y realizar actividades de relajación son actividades útiles antes esta situación.
Procure mantenerse en conectado. Dar y recibir el apoyo de familiares, amigos y colegas puede reducir la sensación de aislamiento.
Manténgase actualizado. Consulte sólo fuentes confiables de información. Participe en proyectos o reuniones donde se proporcione información relevante.
Auto monitoreo. Obsérvese y evalúe si presenta signos importantes de estrés. Reporte la presencia de estos síntomas a algún familiar, amigo, compañero o supervisor.
Reconozca y favorezca la concientización entre sus contactos de la importante labor que los profesionales de la salud realizan en esta contingencia.



Recomendaciones adicionales:

- Si es posible, establece una distancia emocional durante la intervención, pero manteniendo la empatía.
- Evita tomar café de forma excesiva durante el día.
- Aceptar que un evento crítico puede afectarnos emocionalmente no es una señal de debilidad, es comprensible ante el evento. Esto se suele expresar entre los otros interventores en expresiones como “lo que hemos escuchado ha sido durísimo para todos”.
- Solicita ayuda especializada en caso necesario. Utiliza el siguiente test de tamizaje para una evaluación objetiva en caso de que identifiques que cursas con desgaste emocional, y contacta a la línea de ayuda que se te proporcione.
<https://tamizaje.psicologiaunam.com>
- Evite continuar en contacto con información relacionada a la emergencia durante las 2 horas posteriores al turno.

Los autores de este documento agradecen por su apoyo pedagógico a Angélica Aranza Carrillo y Areli Beltrán Uribe del Departamento de Educación Continua del INPRFM, a Rodrigo Arumir García, Angelina Romero Herrera, José Manuel Vargas Oropeza, Roberto López, Lía Guerrero, Sarahí Rocha del Centro de Intervención en Crisis y a los miembros de la Mesa Directiva de Psicólogos Sin Fronteras México.



Referencias

Alvarado, Y., & Carrizosa, B. (2014) Manual de Procedimientos utilizados en el Call Center UNAM. (Tesis pregrado). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. Recuperado de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5CF6M8V6KKJ4U37HVLIQHAGMBMIY1YYPQ78N3CL1GS6IQ36HY7-14633?func=full-set-set&set_number=005963&set_entry=000014&format=999

Álvarez, J., & Cruz, C. (2007) Mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de desastre. (Manual disponible en el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología).

Álvarez, J., & Vieyra, V. (2019) Primeros Auxilios Psicológicos. Manual de Intervención. (Manual disponible en el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología)

Álvarez, & cols. (2009) Primeros Auxilios Psicológicos. Modelo para intervenir en Crisis. (Manual disponible en el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología)

Andrade, C. (2010) Curso- Taller de sensibilización dirigido al personal médico para la notificación, contención y derivación de pacientes: una propuesta. (Tesina pregrado). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. Recuperado de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5CF6M8V6KKJ4U37HVLIQHAGMBMIY1YYPQ78N3CL1GS6IQ36HY7-00346?func=find-b&request=Curso-+Taller+de+sensibilizaci%C3%B3n+dirigido+al+personal+m%C3%A9dico+para+la+notificaci%C3%B3n+de+contenci%C3%B3n+y+derivaci%C3%B3n+de+pacientes+una+propuesta&find_code=WRD&adjacent=N&local_base=TES01&x=50&y=11&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

Arumir R. (2009). Protocolo para el desahogo psicoemocional del personal que atiende emergencias y desastres en el área de protección civil del Distrito Federal. (Tesis pregrado). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. Recuperado de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5CF6M8V6KKJ4U37HVLIQHAGMBMIY1YYPQ78N3CL1GS6IQ36HY7-02111?func=find-b&request=Protocolo+para+el+desahogo+psicoemocional+del+personal+que+atiende+emergencias+y+desastres+en+el+%C3%A1rea+de+protecci%C3%B3n+civil+del+Distrito+Federal.+&find_code=WRD&adjacent=N&local_base=TES01&x=56&y=22&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=

Barnhill, J. W. (2018, octubre) *Manual MSD*. Kenilworth, NJ., EU.:2020 Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria de Merck & Co., Inc. Recuperado de:



<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-por-estr%C3%A9s-agudo>

Center for the study of Traumatic Stress [CSTS] (2020, Marzo) Taking care of patients during the coronavirus outbreak: A guide for Psychiatrist. Recuperado de: https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Taking_Care_of_Patients_During_Coronavirus_Outbreak_A_Guide_for_Psychiatrists_03_03_2020.pdf

Cornejo, C., Chia, E., Paverini, C., Baloian, I., (2011) Intervención Psicosocial en Emergencias y Desastres. Guía para el Primer Apoyo Psicológico. Unidad de Programas, Santiago, Chile: ONEMI. Recuperado de: <http://repositoriodigitalonemi.cl/web/bitstream/handle/2012/1750/GuiaApoyoPsicosocialEmergencias2011.pdf?Sequence=1>

Cortés, E. (1994) Primeros Auxilios Psicológicos en Situaciones de Emergencia. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*,5.

Davidoff, L. L. (1989) Introducción a la Psicología. Mc Graw-Hill Interamericana: México. Recuperado de: https://www.academia.edu/27946077/Introduccion_A_La_Psicologia_Linda_Davidoff?auto=download

Fernández, M. L. (2010). Modelo de Intervención en Crisis. En busca de la Resiliencia Personal. (Master en Terapia para adultos del Grupo Luria 2009/2010). Consultado el 02 de abril, 2020, en: <https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>

Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (Eds.). (2003). Tratamiento del estrés postraumático. Ariel.

González, M., Saiz, P., & Bobes, J. (2003). Trastorno de Estrés Post- Traumático. [Post-traumatic Stress Disorder]. *Medicina Clínica*, 4(1), 40-44.

González, A. (2013) Modelo de Intervención en Crisis para personas afectadas por el virus de la Influenza (AH1N1). (Tesis pregrado). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México Recuperado de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5CF6M8V6KKJ4U37HVLIQHAGMBMIY1YYPQ78N3CL1GS6IQ36HY7-21075?func=full-set-set&set_number=006858&set_entry=000003&format=999

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior therapy. Guilford Press.

Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center.

Kaplan, G. (1993). Aspectos preventivos de la salud mental. Ediciones Paidós: México



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

INPREM
EDUCACIÓN
CONTINUA

Intervención en Crisis

psicología
SAN FORTALEZA
psicología de la mente

López, L. M. C. A., Velasco, G.V. S. & Rojas, H. V. A. (2016) Primeros Auxilios Psicológicos. Coordinación Nacional de Protección Civil, México. Recuperado de: http://www.cenapred.gob.mx/es/documentosWeb/Enaproc/Conv_primerosauxilios.pdf

Martorell, J. L. (2014) Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

OMS, O. (2002) Serie Manuales y Guías para desastres N 1. Protección de la Salud Mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington-2002. Recuperado de: <https://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3139/Proteccion%20de%20la%20salud%20mental%20en%20situaciones%20de%20desastres%20y%20emergencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

Parada, E. (2008). Psicología y Emergencia. “Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia”. España: DECLÉE.

Seelbach, G. (2013) Teorías de la personalidad. Estado de México: Red Tercer Milenio

Siegel, R. D. (2011). La solución mindfulness. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Slaikue, K. A. (1988). Intervención en Crisis. Editorial Manual Moderno: México. Recuperado de: <https://www.unincca.edu.co/permanencia/primerosauxilios/textos%20de%20ayuda/texto4.pdf>

WinRE, B. R., & Bloch, E. L. (1998). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y práctica*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer. Recuperado de: <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433015556.pdf>

Material de apoyo adicional:

<https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>

<https://www.youtube.com/watch?v=r8KkRJKaqlA>

<https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/apa-blog/2020/03/covid-19-mental-health-impacts-resources-for-psychiatrists>

https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Psychological_Effects_Quarantine_During_Coronavirus_Outbreak_Providers.pdf

https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Caring_for_Patients_Mental_WellBeing_during_Coronavirus.pdf.pdf

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v08_n2/PDF/a08.pdf

<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433014672.pdf>



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ


INPRFM
EDUCACIÓN
CONTINUA


Intervención en Crisis


ASOCIACIÓN MEXICANA DE PSICOLOGÍA

ENTIDAD FEDERATIVA	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE DE UNIDAD	DOMICILIO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA DR. GUSTAVO LEÓN MOJICA GARCÍA	CARRETERA A LA CANTERA KM 4.2	20206	01 (449) 9 76 05 87 01 (449) 9 76 05 88 Fax. 01(449) 9 76 05 89
BAJA CALIFORNIA SUR	LA PAZ	CHAMETLA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. CHAMETLA	KM 11.5 CARRETERA AL NORTE EJIDO EN CENTENARIO	23000	01 (612) 1 24 62 13 Fax. 01(612) 1 24 67 30
CAMPECHE	CAMPECHE	SAN FRANCISCO KOBÉN	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE CAMPECHE	CARRETERA CAMPECHE-TENABO S/N KM. 315	24560	01(981) 1 19 20 03
CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	CENTRO DE SALUD MENTAL CHIHUAHUA	KM 6 1/2 CARRETERA CUAUHTEMOC S/N.	31453	01(614) 4 34 02 11
CHIHUAHUA	JUÁREZ	JUÁREZ	HOSPITAL CIVIL LIBERTAD JUÁREZ PSIQUIATRICO	IGNACIO ALATORRE #870 SUR	32000	01(656) 6 12 01 34
COAHUILA	PARRAS	PARRAS DE LA FUENTE	HOSPITAL PSIQUIATRICO PARRAS	NICOLAS BRAVO#1 ZONA CENTRO	27980	01(842) 422 2399
COAHUILA	SALTILLO	SALTILLO	CENTRO ESTATAL DE SALUD MENTAL	MARTÍN ENRIQUE Y JUAN O'DONÓJÚ COLONIA VIRREYES	25220	01 (844) 415-07-63
CHIAPAS	TUXTLA GUTIÉRREZ	EL JOBO	CASA HOGAR PARA ENFERMOS MENTALES "SAN AGUSTIN"	KM. 8.5 CARRETERA TUXTLA GUTIÉRREZ-VILLA FLORES	29007	01 (961) 5 80 91 01 (961) 5 03 84
DISTRITO FEDERAL	TLALPAN	TLALPAN	INS. NAL. DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA F.	CALZADA MEXICO-XOCHIMILCO 101 DELEGACIÓN TLALPAN	14370	01(55) 41 60 50 00
DISTRITO FEDERAL	TLÁHUAC	TLÁHUAC	HOSP.PSIQ. DR.SAMUEL RAMÍREZ MORENO	AUTOPISTA MÉXICO-PUEBLA KM. 5.5, ESQ. EJE 10 SUR, COLONIA SANTA CATARINA, DELEGACIÓN TLÁHUAC	13100	01(55)58 60 19 07 01(55)58 60 15 73
DISTRITO FEDERAL	TLALPAN	TLALPAN	HOSP.PSIQ. DR.JUAN N. NAVARRO	AVENIDA SAN BUENAVENTURA NUMERO 86, COL. BELISARIO DOMÍNGUEZ	14080	DIR. 01(55) 55 73 28 55 CON. 01(55) 55 73 48 44
DISTRITO FEDERAL	TLALPAN	TLALPAN	HOSP. PSIQ. FRAY BERNARDINO ALVAREZ	NIÑO DE JESUS N.2 COLONIA TALPAN	14000	DIR. 01(55) 55 73 03 87 CON. 01(55) 55 73 15 00 FAX 01(55) 55 73 03 88
DURANGO	DURANGO	DURANGO	HOSP. DE SALUD MENTAL DR. MIGUEL VALLEBUENO	AV. FIDEL VELAZQUEZ S/N, COL. 20 DE NOVIEMBRE	34237	01 (618) 8 14 10 96
GUANAJUATO	LEÓN	SAN PEDRO DEL MONTE	HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN PEDRO DEL MONTE	CARRETERA A SAN FRANCISCO DEL RINCON KM. 8	37660	01(477) 7488-201 01(477) 7488-293
HIDALGO	TOLCAYUCA	SAN MIGUEL EYACALCO	VILLA OCARANZA	CARRETERA MEXICO PACHUCA KM. 62.5, SAN MIGUEL EYACALCO	43870	01(771)7 17 02 25 ext. 8411 01 800 5 57 84 44
JALISCO	TLAJOMULCO DE ZÚÑIGA	ZAPOTE DEL VALLE (ZAPOTE DE SANTA CRUZ)	CENTRO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL ESTANCIA PROLONGADA (CAISAME E.P.)	KM 17.5 ANTIGUA CARRETERA A CHAPALA	45670	01(33) 36 96 02 01 01(33) 36 96 02 74 01(33) 36 96 02 75 FAX 01(33) 36 96 02 81
JALISCO	ZAPOPAN	ZAPOPAN	CENTRO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL ESTANCIA BREVE (CAISAME E.B.)	AV. ZOQUIPAN NO 1000- B, COL ZOQUIPAN	45170	01 (33) 36 33 19 01 01(33) 36 33 93 83
MÉXICO	ACOLMAN	TEPEXPAN	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR.ADOLFO M. NIETO	KM.32.5 CARR.FED. MEXICO PIRAMIDES TEPEX	55885	01(594)9 57 00 03
MÉXICO	ACOLMAN	TEPEXPAN	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JOSÉ SAYAGO	KM.33.5 CARR.FED.MEXICO-PIRAMIDES TEPEXP	55885	01 (594) 9 57 18 36
MÉXICO	IXTAPALUCA	ZOQUIAPAN	H. ZOQUIAPAN GRANJA LA SALUD	KIM.33.5 CARR.FED. MEXICO-PUEBLA ZOQUIAP	56530	01 (55) 59 72 00 28
MICHOACÁN	MORELIA	MORELIA	H. PSIQ. DR. JOSÉ TORRES OROZCO	MIGUEL ARREOLA #450, POBLADO OCOLUSEN	58279	01 (443) 3 24 68 01
NUEVO LEÓN	MONTERREY	MONTERREY	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESTATAL	CAPITAN MARIANO AZUETA #680 COLONIA BUENOS AIRES	64800	01 (81) 28-58 58
OAXACA	SAN BARTOLO COYOTEPEC	REYES MANTECÓN	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CRUZ DEL SUR	CARRETERA A SOLA DE VEGA KM.18.5, FRACCIONAMIENTO REYES MANTECON DE SAN BAROLO	71256	01(951) 5 46 01 24
PUEBLA	PUEBLA	HERÓICA PUEBLA DE ZARAGOZA	HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. RAFAEL SERRANO "EL BATAN"	KM 7.5 CARRETERA A VALSEQUILLO	72960	01(222) 2 16 13 99
SINALOA	CULIACÁN	CULIACÁN ROSALES	HOSPITAL PSIQUIATRICO	BLVD. LOLA BELTRÁN No, 3065 PTE. FRACC. RINCON DEL HUMAYA	80400	01(667) 7 54 15 10 FAX 01(667)7 54 15 25

SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	CLINICA PSIQUIATRICA DR.EVERARDO NEUMAN	KM 8.5 CARRETERA MATEHUALA SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	78430	01(444) 8 31 20 23
SONORA	HERMOSILLO	HERMOSILLO	HOSPITAL PSIQUIATRICO CRUZ DEL NORTE	AV.. LUIS DONALDO COLOSIO, ESQ. CARLOS QUINTERO ARCE, COL. EL LLANO	83270	01 (662) 2 16 54 57 01 (662) 2 16 42 00 FAX 01(662) 16 54 57
SONORA	HERMOSILLO	HERMOSILLO	HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. CARLOS NAVA MUÑOZ.	PROLONGACIÓN PINO SUAREZ NO. 182 SUR COL. CENTRO	83000	01 (662) 2 17 14 68 01 (662) 2 17 35 80 FAX 01 (662) 2 13 57 06
TABASCO	CENTRO	VILLAHERMOSA	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL VILLAHERMOSA	AV. RAMON MENDOZA S/N COLONIA JOSÉ MARÍA PINO SUÁREZ	86029	01 (993) 3 57 08 07 01 (993) 3 57 07 89
TAMAULIPAS	TAMPICO	TAMPICO	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE TAMPICO	EJERCITO MEXICANO No. 1403, COL ALLENDE	89130	01 (833) 2131862
VERACRUZ	XALAPA	XALAPA-ENRÍQUEZ	UNIDAD DE SALUD MENTAL	AGUASCALIENTES #100, COL. PROGRESO MACUILTÉPETL	91130	01 (228) 8 14 55 65
VERACRUZ	ORIZABA	ORIZABA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ORIZABA DR VÍCTOR M. CONCHA VÁSQUEZ	PTE. 2, SUR 23 S/N PLAZA DE LA CONCORDIA COL. CENTRO	94300	01 (272) 72 4 31 89 FAX 01(272) 72 4 30 80
YUCATÁN	MÉRIDA	MÉRIDA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO YUCATAN	Calle 59 sin número Colonia Francisco I. Madero	97600	01 (999) 45 15 42 Y 01 (999) 45 15 02 Fax 01 (999) 45 15 42

UBICACIÓN UNEME CISAME

Centro Integral de Salud Mental MÉXICO



ENTIDAD FEDERATIVA	No. CISAME OPERANDO
Aguascalientes	2
Baja California Sur	2
Chiapas	1
Chihuahua	2
Coahuila	1
Ciudad de México	1
Durango	2
Estado de México	3
Guanajuato	3
Jalisco	8
Morelos	3
Nayarit	1
Querétaro	1
Quintana Roo	2
San Luis Potosí	2
Sinaloa	4
Sonora	3
Tamaulipas	2
Tlaxcala	2
Veracruz	2
Yucatán	2
Zacatecas	2
TOTAL	51

**UBICACIÓN
UNEME-CISAME
MÉXICO**

ENTIDAD FEDERATIVA	UBICACIÓN DE CADA CISAME EN FUNCIÓN	UBICACIÓN (Calle, numero, colonia, delegación)	Teléfono
Aguascalientes	JESUS MARIA	Uxmal 300. Fraccionamiento Lomas de Jesús María	14499635530 ext. 105
	AGUA CLARA	Calle Artillero No. 905 Complejo Médico Tercer Milenio Ciudad Satélite Morelos	14499775240 ext.1247
Baja California Sur	LA PAZ	Av. de los Deportistas s/n Col. Ex Pista Aérea, Baja California Sur	16121211444
	SAN JOSÉ DEL CABO	Calle Manuel Doblado N. 39 Col. 5 de Febrero, Baja California Sur	16241424496
Chiapas	TUXTLA GUTIERREZ	Calle Masatepec s/n Col. Electricistas ampliación las palmas	1213856
Chihuahua	CHIHUAHUA	Calle Nueva España y Periférico R. Almada	16144592947
	CD. JUAREZ	Calle Tezosomoc S/N Col. Águilas de Zaragoza	16566473316
Coahuila	TORREON	Calzada Agroindustrial esquina con transportes S/N Col. Parque Industrial	18717337002
Ciudad De México	CIUDAD DE MÉXICO	Periférico Sur #2905, Col San Jerónimo Lídice, Deleg. Magdalena Contreras C:P.10200	53772700
Durango	GOMEZ PALACIO	Boulevard Francisco Villa No. 486 Fraccionamiento Rinconada Villa Nápoles c.p. 3510	18717487958
	DURANGO	Calle Litio S/N Fraccionamiento Fideicomiso Durango, Durango	016188844636
Estado De Mexico	CUAUTITLAN	C. Juan Pablo Segundo S/N. Fraccionamiento Santa Elena	22922406
	CHIMALHUACAN	Av. Rivapalacio S/N Barrio Transportistas, Chimalhuacan, Edo. de México	51116254
	IXTAPALUCA	Puebla Km 34.5, Pueblo de Municipio de 56530 de, 3a. Cda. Federal, Zoquiapan, Ixtapaluca, Méx	

ENTIDAD FEDERATIVA	UBICACIÓN DE CADA CISAME EN FUNCIÓN	UBICACIÓN (Calle, numero, colonia, delegación)	Teléfono
Guanajuato	GUANAJUATO	Carretera Guanajuato-Silao Km.6.5 S/N Fraccionamiento Los Aldaldez	14737331577
	IRAPUATO	Privada DIF S/N Fraccionamiento Colon 2da. Sección	14621144221
	CELAYA	Gob.Victor Lizaldi esq. Juan B. Caslellazo, Col. Valle del Real	14616145920
Jalisco	COLOTLAN	Calle Providencia 10. Col Lomas de la Cruz	01499 9920548
	CD. GUZMAN	Calle Enrique Castellanos N.4 Col Morelos	01341 1330533
	AUTLAN DE NAVARRO	José Maclovio Vázquez Silos N. 44 Col. La Grana	13173811098
	EL GRULLO JALISCO	Calle Leona Vicario. N.526. Col. Centro. C.P.48740	01321 3875347
	PUERTO VALLARTA	Calle Zempazuchitl. N.78 Col. La Floresta	01322 2996714
	AMECA	Calle Jardín. N. 72 Col. Los Mezquites C.P. 46620	13757587881
	TONALA	Calle Prados de la Higuera. N.1045 Col. Prados de la Cruz	13337920534
	TLAQUEPAQUE	Calle Salvador Orozco Loreto. N. 411 Col. Las Liebres.	13312241713
Morelos	CUAUTLA	Av. Circunvalación Callejón S/N, Col Francisco I Madero, C.P. 62744 Cuautla Morelos	01(735)3528645
	ZACATEPEC	Calle 1 Int del hospital Viejo S/N Col. Lázaro Cárdenas, en Zacatepec, Morelos C.P. 62780	017343431325
	EMILIANO ZAPATA	Av. Temixco S/N, Col. Centro, Emiliano Zapata, Morelos.	(777) 3-65-17-02
Nayarit	BAHIA DE BANDERAS	Calle San Vicente S/N, CESAME Bahía de Banderas, Tondoroque Nayarit, Ciudad de la Salud	01329 2965570

**UBICACIÓN
UNEME-CISAME
MÉXICO**

ENTIDAD FEDERATIVA	UBICACIÓN DE CADA CISAME EN FUNCIÓN	UBICACIÓN (Calle, numero, colonia, delegación)	Teléfono
Querétaro	QUERETARO	Av. Cinco de febrero #105, Col. Virreyes, Qto, Qto Cp 76170	01 (442) 2155433 (442)2155432 ext 4218 y 4202
Quintana Roo	CANCUN	Región 221, Mz. 32 Lote 1 a un costado del centro urbano Núm. 12, Cancún Quintana Roo C.P. 77517	01(998)1328704
	OTHON P. BLANCO	Av. Rafael E. Melgar Esq Isla Cancun S/N, Othon P. Blanco, Quintana Roo	19838339365
San Luis Potosí	SAN LUIS POTOSI	Av. Salk 1195, Col. Progreso, San Luis Potosí, San Luis Potosí C.P. 78370	01(444)8159477
	CD. VALLES	Av. San Luis de la Paz No. 1007, Col. Rosas del Tepeyac, Cd. Valles, San Luis Potosí C.P. 79060	01(481)3816437
Sinaloa	CULIACAN	Blvd. Lola Beltrán 1001-B Infonavit Solidaridad. Culiacán, Sinaloa C.P. 80020	01(667)1469509
	LOS MOCHIS	Melchor Ocampo 300 entre Aldama y Constitución, Col. Anahuac, Los Mochis, Sinaloa	01(6688)123225
	HUAMUCHIL	Calle 1a S/N Col. San Pedro, Huamuchil, Sinaloa C.P. 81480	01(673) 7322923
	MAZATLAN	Av. Ferrocarril S/N, Col. Sta Elena Mazatlán, Sinaloa C.P. 82180	01(669)9863059
Sonora	HERMOSILLO	Cabo San Lucas entre Pedro Ascencio y Profa.. Francisca Maytorena, Col. La Floresta, CP 83179, Hermosillo, Sonora	01 (662)1188017, 01 (662)2603390
	NOGALES	Alejandro Silva Hurtado Núm. 840 Esq. 5 de Febrero, Col. Fundo Legal, C.P. 84030 Nogales Sonora	01 (631)2099818
	NAVOJOA	Av. Talamante y Sor Juana Inés de la Cruz S/N, Col. Constitución, CP 85870, Navojoa, Sonora.	01 (642)4212084
Tamaulipas	CD. VICTORIA	Calle Urano S/N entre San Salvador y Francisco Barberena, Col. Nuevo Amanecer, Cd. Victoria Tamaulipas C.P.87000	01 (834) 3057759
	NUEVO LAREDO	Priv. Pedro Pérez Ibarra No.13-A, Col. Fraccionamiento Industrial los 2 Laredos C.P. 882585 Nuevo Laredo, Tamaulipas	01 (867)7145460

**UBICACIÓN
UNEME-CISAME
MÉXICO**

ENTIDAD FEDERATIVA	UBICACIÓN DE CADA CISAME EN FUNCIÓN	UBICACIÓN (Calle, numero, colonia, delegación)	Teléfono
Tlaxcala	APIZACO	5 de Mayo No. 1302 en Apizaco Tlaxcala centro C.P. 90300	01 (241)4185510
	TZOMPANTEPEC	Av 16 de Septiembre s/n km 1.5 San Andrés Ahuashuatepec, municipio de Tzompantepec, Tlaxcala C.P. 90491	01 (241)4171625
Veracruz	VERACRUZ	Av. 20 de Noviembre No. 1074, Col. Centro, C.P. 917, Ver. Ver	01 (229)9312484

**UBICACIÓN
UNEME-CISAME
MÉXICO**