A top-down view of a desk with a silver laptop, a small green plant in a white pot, a spiral notebook with a brown cover, a grey spiral notebook, a pencil, and three black paper clips.

# **GUÍA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA VIRTUAL PARA PERSONAS DE GRUPOS VULNERABLES EN CRISIS POR LA PANDEMIA COVID-19**

Coordinación  
Aimée Argüero Fonseca





# GUÍA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA VIRTUAL PARA PERSONAS DE GRUPOS VULNERABLES EN CRISIS POR LA PANDEMIA COVID-19



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE NAYARIT



  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES



  
CETYS.  
UNIVERSIDAD



# **GUÍA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA VIRTUAL PARA PERSONAS DE GRUPOS VULNERABLES EN CRISIS POR LA PANDEMIA COVID-19**

Coordinación

Aimée Argüero Fonseca

Mtra. Aimée Argüero Fonseca, Universidad Autónoma de Nayarit

Dra. Brenda Sarahi Cervantes Luna, Universidad Autónoma del Estado de México. Centro Universitario UAEM Ecatepec

Dr. Joel Martínez Soto, Universidad de Guanajuato, campus León

Mtra. Nidia Thalía Alva Rangel, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Mtra. Fabiola de Santos Ávila, Universidad de Guadalajara

Mtra. Irene Margarita Espinosa Parra, Universidad Autónoma de Nayarit

Mtra. Elvia Lizette Parra Jiménez, Universidad Autónoma de Nayarit

Mtra. Diana Patricia Aguirre Ojeda, Universidad Autónoma de Nayarit

Mtra. Jennifer Gómez Gloria, Universidad Autónoma de Baja California

Mtra. Daniela Patricia Díaz Flores, CETYS Universidad campus Mexicali

Mtro. Iván López Beltrán, Universidad Autónoma de Aguascalientes

Lic. Rosa María Bautista Moedano, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

**Edición:** Rodrigo Castillo

**Diseño editorial:** Mariana Castro

Primera edición: septiembre de 2020.

D. R. © 2020, Aimée Argüero Fonseca, Brenda Sarahi Cervantes Luna,  
Joel Martínez Soto, Nidia Thalía Alva Rangel, Fabiola de Santos Ávila,  
Irene Margarita Espinosa Parra, Elvia Lizette Parra Jiménez,  
Diana Patricia Aguirre Ojeda, Jennifer Gómez Gloria,  
Daniela Patricia Díaz Flores, Iván López Beltrán,  
Rosa María Bautista Moedano.

D. R. © 2020, Universidad Autónoma de Nayarit

ISBN: 978-607-8482-51-1

D. R. © 2020, Rodrigo Daniel Castillo González

ISBN: 978-607-98973-0-7

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, la fotocopia y la grabación, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos. Los contenidos de esta obra son responsabilidad exclusiva de los autores.

Impreso en México • *Printed in Mexico*

# Índice

PRESENTACIÓN .....	13
INTRODUCCIÓN .....	17
CONCEPTOS BÁSICOS: ¿QUÉ SE DEBE CONOCER PARA INTERVENIR? .....	23
¿Qué es una pandemia? .....	25
Reacciones psicológicas durante la pandemia .....	26
El estrés durante la pandemia .....	27
La ansiedad en situaciones de crisis .....	30
¿Qué pasa con la depresión? .....	33
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	37
Enfoque cognitivo-conductual .....	39
Teoría de la conservación de recursos y primeros auxilios psicológicos .....	43
¿Por qué intervenir mediante Telepsicología? .....	45
Ética en intervenciones telepsicológicas .....	47
GUÍA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA VIRTUAL COVID-19 .....	49
Propósito .....	51
Esquema general de intervención .....	51
Contacto inicial .....	51
Características por nivel de intervención .....	54
Nivel 1. Canalización .....	54
Nivel 2. Psicoeducación y orientación .....	54
Nivel 3. Primeros auxilios psicológicos (PAP) .....	55
Nivel 4. Intervención breve cognitivo-conductual .....	56
RECOMENDACIONES AL ESPECIALISTA .....	87
De autocuidado .....	89
Sugerencias técnicas del proceso a distancia .....	94
ANEXOS .....	97





*A los que se han marchado y a los que  
continúan luchando contra el virus  
SARS-CoV-2 desde cualquier trinchera.  
Que nuestro trabajo honre sus vidas.*



## Agradecimientos

A CONACYT por el apoyo brindado a este proyecto a través del folio 000000000312728, “Elaboración y evaluación de una guía de atención psicológica virtual para personas de grupos vulnerables en crisis por la pandemia COVID-19”, otorgado en 2020.

Al alma máter de cada uno de los autores, que respalda y fortalece su quehacer: Universidad Autónoma de Nayarit, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario de Ciencias de Salud de la Universidad de Guadalajara; Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad Autónoma de Baja California, Universidad de Guanajuato campus León, CETYS Universidad campus Mexicali y al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.



# **PRESENTACIÓN**



La Guía de Atención Psicológica Virtual “GAPV\_COVID-19” se presenta al lector como una herramienta necesaria para los profesionales de la salud y la salud mental. A pocos meses de tener frente a nosotros una problemática de salud pública mundial desatada por el brote de una nueva cepa de coronavirus, médicos, enfermeros, gobiernos y una sociedad cada vez más informada han buscado materiales médicos-psicológicos de apoyo que logren dar atención y orientación oportuna y científica a personas que no sólo padecen o padecieron la infección por la COVID-19, sino a aquellos individuos que temen infectarse o que han visto frustrados sus días debido al encierro prolongado.

En México a más de siete meses del inicio de la cuarentena y de los repuntes constantes de personas infectadas por la nueva cepa, un grupo de científicos sumaron esfuerzos para crear una guía útil, práctica y de distribución electrónica gratuita para sus colegas. Su motivación es atender de manera expedita y con altos niveles de calidad los síntomas y padecimientos de las personas en el entorno actual. Estrés, depresión, ansiedad, preocupación, temor y agresividad, o apatía e incredulidad, son factores que se han acentuado a lo largo de estos meses, y que deben ser atendidos con la mayor celeridad posible.

En esta Guía se demuestra que la atención y orientación a los padecimientos y síntomas que ha traído consigo el virus SARS-CoV-2, pueden ser oportunos al trabajar *on line*, pues los paradigmas de la atención médica se han transformado. Ya no es necesario, en ciertas zonas del país, acudir personalmente con los profesionales de la salud. Una de las enormes ventajas de contar con dispositivos electrónicos y conexión a Internet, es el acortamiento de distancias entre pacientes y psicólogos, con lo que la atención psicológica virtual se convierte en una poderosa herramienta para el tratamiento urgente. Este esfuerzo por conectar a las personas con los profesionales de la salud mental a través de las nuevas tecnologías digitales, pronto verá sus resultados al dar tratamiento adecuado y puntual a las personas que lo soliciten.





# INTRODUCCIÓN



A nivel global, la pandemia COVID-19 ha orillado al cierre temporal de instituciones educativas, empresas y comercios, efecto que daña severamente la economía de la población y la salud mental de las personas. Estudios recientes concluyen que las personas han sido sometidas a una condición extremadamente estresante, dando como resultado el desarrollo de depresión, ansiedad, miedo y preocupación (Naser *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020). En México, el psiquiatra y presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana Bernardo Ng Solís empleó el término “síndrome de cuarentena” para referirse a los síntomas de ansiedad, temor, agresividad, apatía e incredulidad, que podría afectar a entre 45% y 50% de los mexicanos, porcentaje superior al identificado en otros países (Agencia Notimex, 2020).

Desde el inicio de la pandemia, la imposibilidad de interactuar cara a cara, el confinamiento y la restricción en la movilización, se han convertido en elementos clave para impulsar la interacción *on line* a nivel laboral, familiar y social. Los profesionales de la salud no han sido ajenos a estas necesidades sociales, pues reconocen que la atención psicológica no puede ser postergada hasta que la situación regrese a la calma. La tecnología digital es reconocida como un importante punto de enlace entre profesionales de la salud mental y usuarios de servicios psicológicos (Macías y Valero, 2018). Para hacer frente a esta emergencia sanitaria y sus efectos psicológicos, la mayoría de los gobiernos y diversas instituciones en todo el orbe, han desplegado programas de atención psicológica a distancia, con fuerte impulso a la Telepsicología (González y Sánchez, 2020).

La Telepsicología es un término que engloba toda actividad en el ámbito de la psicología a distancia o de forma remota, apoyándose en la tecnología digital (teléfono inteligente, correo electrónico, Internet, redes sociales, entre otros) desde las distintas vertientes de prevención, promoción y educación (González-Peña, Torres, del Barrio y Olmedo, 2017), por lo que en esta Guía se hablará de Telepsicología al referirse a la atención psicológica virtual a lo largo de sus capítulos.

Si bien la Telepsicología ha transformado el quehacer profesional del psicólogo desde 10 años atrás, principalmente en Europa, hoy es reconocida como una herra-

mienta útil para proporcionar asistencia en momentos de tensión, crisis y necesidad, sin la obligación de generar cercanía física entre las personas (Olivella-López, Cudris-Torres y Medina-Pulido, 2020) y sin afectar el nivel de alianza terapéutica entre los profesionales de salud mental y los usuarios de servicios psicológicos (Watts *et al.*, 2020).

La falta de estudios empíricos en Latinoamérica pone en evidencia la necesidad de desarrollar investigaciones sobre la eficacia, pertinencia y competencia profesional de la Telepsicología, cumpliendo con los estándares legales y éticos (Olivella-López, Cudris-Torres y Medina-Pulido, 2020). En el caso específico de México, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) hizo un llamado a la comunidad científica para desarrollar e implementar servicios a distancia, para orientación psicológica vinculada al COVID-19. Con base en este panorama, la presente Guía de Atención Psicológica Virtual “GAPV\_COVID-19” constituye un esfuerzo que busca contribuir al bienestar emocional de las personas de diferentes regiones del país.

Por otro lado, se sabe que la psicología goza de diversos modelos teóricos que han sido útiles en protocolos de intervención en crisis; sin embargo, existe un consenso de las fortalezas del enfoque cognitivo-conductual (Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003; Royal College of Psychiatrists, 2020). Estudios pioneros sobre atención psicológica en contexto COVID-19, han documentado sobre la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales (Liu *et al.*, 2020; Pincus, 2020). Por tanto, la “GAPV\_COVID-19” se desarrolló bajo este enfoque teórico.

La “GAPV\_COVID-19” comprende cuatro niveles de atención:

1. Canalización
2. Psicoeducación y orientación
3. Primeros auxilios psicológicos (PAP)
4. Intervención breve cognitivo-conductual.

Es importante mencionar que la Guía “GAPV\_COVID-19” se diseñó para ser facilitada por psicólogos. Dada su naturaleza, los primeros tres niveles de atención podrán ser facilitados por alumnos de los últimos semestres de la licenciatura en Psicología, mientras que el nivel 4 deberá ejecutarse por un grupo de profesionales voluntarios, con título de licenciatura en Psicología, que cuenten con permiso para ejercer profesionalmente. Para dar cumplimiento al artículo 35 del Código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), estudiantes y profesionales participarán

en un programa de capacitación antes de proporcionar los servicios de orientación y atención psicológica mediante llamadas telefónicas.

A continuación se presentan los capítulos que conforman la Guía. El recorrido comienza revisando los conceptos básicos (lo que se debe de conocer para intervenir), se continúa con la fundamentación teórica, la conformación de la guía y, por último, termina con las recomendaciones pensadas particularmente para los especialistas.



**CONCEPTOS BÁSICOS:  
¿QUÉ SE DEBE CONOCER  
PARA INTERVENIR?**





## ¿Qué es una pandemia?

A partir del surgimiento del SARS-CoV-2 y de la enfermedad que causa, la COVID-19, a diario escuchamos que se trata de una pandemia, y que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha declarado como tal generando inquietud en el mundo entero (OMS, 2020a).

Antes de ser considerada “pandemia”, el Comité de Emergencias convocado por el Director General de la OMS, declaró al brote de la nueva enfermedad respiratoria producida por coronavirus surgido en China, una “Emergencia de Salud Pública de Importancia Nacional” (ESPII). Esta declaratoria ocurrió en Ginebra, Suiza, el 30 de enero de 2020. En ese momento se contabilizaron 83 casos en 18 países fuera de China, solo uno de ellos resultó grave y hasta el momento no se habían presentado defunciones (OMS, 2020). Para el 11 de marzo, se reportaron 118 mil casos en 114 países y la pérdida de 4,291 vidas humanas. Ese día, dentro de un marco de profunda preocupación por la propagación, la gravedad y la inacción de los gobiernos, se declaró la primera pandemia causada por coronavirus. Se hizo sonar la alarma a nivel mundial (OMS, 2020a). Así, cuando se habla de una pandemia tenemos que referirnos a “... la propagación mundial de una nueva enfermedad” (OMS, 2010).

Si bien el concepto tiene una connotación geográfica, en este caso la propagación mundial del virus se acompañó de preocupación a raíz de una falta de contención en muchos países, por la severidad de sus síntomas –que demandaban recursos hospitalarios especiales– y por su potencial letal.

En términos generales, los componentes de una pandemia son un agente biológico (ya sea virus o bacteria), un huésped (en este caso seres humanos) y el ambiente que propicia su transmisión. La resistencia o vulnerabilidad que las personas tengamos ante el agente biológico, depende de muchos y variados factores, algunos de ellos relacionados con el funcionamiento del sistema inmune, pero también con factores psicológicos que influyen en el comportamiento de las personas frente a una amenaza (Taylor, 2019).

En el caso que nos atañe, los esfuerzos de los sistemas de salud implementados en el mundo han priorizado el manejo de los aspectos biológicos y médicos de la dispersión y atención de la enfermedad. No obstante, al tratar con seres humanos, los aspectos psicológicos inevitablemente se manifestaron y hoy llaman la atención de los profesionales de la salud mental. Entre las poblaciones más vulnerables, tanto física como psicológicamente, se encuentra el personal sanitario.

En China se desplegaron acciones de atención psicológica para el equipo médico a través de la inclusión de cursos para afrontar problemas psicológicos, asistencia en línea (que proporcionaba guía y seguimiento de problemas psicológicos); además de intervenciones individuales y grupales. También se enfatizó la necesidad del descanso; a los médicos se les ofreció entrenamiento para lidiar con la ansiedad, pánico y otros problemas psicológicos de los pacientes. Asimismo, a los profesionales de la salud se les ofrecieron actividades de ocio y estrategias para manejar el estrés y relajarse (Chen, *et al.* 2020).

En cuanto a la población general, la incertidumbre, la amenaza a la salud y a la vida e incluso las medidas establecidas para evitar la diseminación del virus, pueden favorecer la aparición o exacerbación de problemas psicológicos de los que hablaremos a continuación.

## **Reacciones psicológicas durante la pandemia**

Ante un panorama como el que presenta la pandemia por COVID-19, las reacciones de las personas pueden ser variadas e impactar en diferentes aspectos de su manejo. Habrá reacciones diversas al estrés ante la amenaza a la salud y a la vida, tanto la propia como la de seres queridos, podría haber ataques de pánico, estrés agudo o crónico exacerbado dadas las condiciones de confinamiento, aislamiento o por riesgo económico, como pérdida del empleo, entre otras amenazas. Las personas podrían ser presas de la ansiedad, la depresión o refugiarse en el uso o abuso de alcohol y otras sustancias.

Otros aspectos psicológicos que atender se refieren al acatamiento de las disposiciones sanitarias para evitar la dispersión del virus y los contagios. Conductas desafiantes ante el uso de cubrebocas, rechazo al confinamiento voluntario o a las medidas de distanciamiento social y en general tener comportamientos de riesgo, pueden tener relación con la salud mental de las personas.

Por desgracia, también suceden actos de pánico masivos, en estas situaciones grupales las personas asustadas piensan solo en sí mismas y son capaces de causar daño a otros para salvarse (Taylor, *op. cit.*). Estas conductas las hemos visto en México en relación con médicos, enfermeras y otro personal sanitario, quienes han sido agredidos física, verbal y emocionalmente al ser percibidos como “contaminados” y “capaces” de enfermar a otros. Por fortuna lo contrario también ocurre y se dan actos de solidaridad y apoyo mutuo.

Específicamente para el caso de la pandemia por COVID-19, estudios realizados en China y España con estudiantes y en población general, reportan resultados interesantes. En el estudio llevado a cabo en China a inicios de la epidemia, se evaluó su impacto psicológico. Más del 58% de las personas valoraron el impacto severo o moderado; 16.5% reportaron síntomas depresivos entre moderados y severos; 28.8% reportaron síntomas de ansiedad entre moderados y severos; y 8.1% reportaron niveles de estrés entre moderados y severos (Wang, *et al.*, 2020). Mientras que en el estudio realizado en la Universidad de Valladolid, España, 50.43% refirieron niveles de afectación entre severo y moderado; mientras que los niveles de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés en los rangos de moderado a extremadamente severo fueron de 21.34%, 34.19% y 28.14%, respectivamente (Odriozola-González, Planchuelo-Gómez, Irurtia, y de Luis-García, 2020).

Estos estudios nos alertan en el sentido de que el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 es un hecho y que el estrés, la ansiedad y la depresión están presentes en niveles de moderado a extremadamente severos en la población general y que, por tanto, los profesionales de la salud debemos estar preparados para atender a las personas afectadas.

En resumen, las reacciones psicológicas ante COVID-19, pueden incluir estrés, ansiedad, depresión y consumo de alcohol y otras sustancias. Así mismo se pueden presentar manifestaciones de rechazo a las disposiciones sanitarias para la contención y manejo de la epidemia y reacciones masivas de pánico. Los estudios realizados respecto a los efectos psicológicos de la pandemia nos señalan la relevancia de prepararnos para atender sintomatología relacionada con estrés, ansiedad y depresión.

En este contexto, es relevante ofrecer a las personas el apoyo psicológico necesario para promover y preservar su salud integral.

## **El estrés durante la pandemia**

El doctor Hans Selye demostró cómo el estrés afecta a la salud y genera problemas glandulares, incluyendo perturbaciones de los sistemas endócrino e inmune. A partir de sus trabajos, se entiende al estrés como una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda. Denominó al estrés negativo como distrés y al positivo como eustrés. Demostró que existe una enfermedad por estrés: el síndrome de estrés, co-

nocido también como el síndrome general de adaptación (SGA). Así mismo describió el sistema mediante el cual el cuerpo afronta al estrés: el sistema hipotálamo-pituitario-adrenal. Este sistema organiza la respuesta del cuerpo y del cerebro al medio ambiente (Stojanovich y Marisavljevich, 2008).

El SGA consta de tres etapas: a) alarma; b) resistencia y c) agotamiento. En la primera, el organismo responde ante la emergencia e intenta que siga funcionando normalmente, es una preparación para que el cuerpo afronte al evento estresante; activando al sistema nervioso simpático, se accionan cambios bioquímicos. Durante la etapa de resistencia termina la reacción de alarma y la persona afronta al estresor, el cuerpo es sometido a exigencias severas y diversas glándulas incrementan la secreción de hormonas. Si el estrés continúa y se vuelve crónico, se instala el agotamiento (Siddiqui y Mazhar, 2014).

Un estresor es entendido como “...cualquier cosa del mundo exterior que rompa el equilibrio homeostático del cuerpo, y la respuesta de estrés es el intento por parte del organismo de restablecer la homeostasis” (Sapolsky, 2013, p. 27), o como el mismo autor señala, es más propio hablar de “alostasis” en lugar de homeostasis. Mientras que en la homeostasis se disparan mecanismos para mantener niveles de funcionamiento óptimos, en la alostasis entran en acción mecanismos diversos, todos ellos diferentes en sus consecuencias reguladoras. El cuerpo reacciona de forma similar ante estímulos físicos o psicológicos; ante estímulos presentes y frente a la anticipación de lo que puede ocurrir (Sapolsky, op. cit.). Es particularmente relevante tener en cuenta esto, en el caso de la pandemia de COVID-19, ya que las personas reaccionan ante la posibilidad de enfermar o morir ellos o sus familiares; ante la incertidumbre de tener o no trabajo o de dejar de percibir recursos suficientes para el sustento de sus familias. Todos estos estresores tienen efectos en el sistema hipotálamo-pituitario-adrenal y desencadenan su respuesta.

Un enfoque psicológico del estrés amplía nuestra comprensión del fenómeno. La teoría cognitiva del estrés, conocida también como modelo transaccional del estrés, propuesta por Lazarus y Folkman (1986) sugiere que el grado en el que una persona percibe estrés, se relaciona con la evaluación que la persona hace de esas demandas. Con la evaluación cognoscitiva primaria la persona evalúa el interés del evento dependiendo de aspectos personales y situacionales. Si la situación se percibe como amenazante, se realizan evaluaciones mentales adicionales que se conocen como evaluación cognoscitiva secundaria. En esta evaluación, la persona hace tres tipos de evaluaciones estresantes: daño o pérdida, amenaza y reto. Las dos primeras generan

emociones negativas, mientras que el reto desencadena emociones positivas, tales como excitación o interés (Siddiqui y Mazhar, op. cit.).

Bajo este enfoque el estrés se entiende como un fenómeno contextual y procesual, es decir, implica una transacción entre la persona y el ambiente que la rodea. En tanto proceso, se trata de un fenómeno que varía a lo largo del tiempo, por lo que las reacciones a eventos estresantes pueden cambiar en diferentes momentos y edades.

La teoría del estrés propuesta por Lazarus y Folkman se sigue utilizando como marco conceptual para la atención clínica en situaciones de desastres, como es el caso de la pandemia por coronavirus, ya que permite apreciar de forma integral al estrés y sus consecuencias fisiológicas y psicológicas como resultado de la interacción entre mente y cuerpo (Everly y Lating, 2002, como se dice en Matthieu e Ivanoff, 2006). Como parte de esta teoría es fundamental reconocer las estrategias de afrontamiento al estrés que utilizan las personas ante eventos agudos. En este sentido, Matthieu e Ivanoff (op. cit.) señalan la relevancia de distinguir entre procesos y estilos de afrontamiento, mientras que estos últimos hacen referencia a rasgos más o menos estables relacionados con la personalidad del sujeto, los procesos muestran la relación dinámica entre la persona y el ambiente y, como se había mencionado, son cambiantes. Son los procesos de afrontamiento los que nos interesa analizar en los casos de desastres o pandemias y sobre ellos habrán de incidir las intervenciones.

Las personas afrontan las situaciones estresantes principalmente de dos formas:

1. *El afrontamiento centrado en el problema* implica dirigir los esfuerzos para manejar situaciones estresantes; la recopilación de información, la toma de decisiones, la resolución de conflictos, la adquisición de recursos (conocimientos, habilidades y habilidades) y acciones instrumentales específicas de la situación u orientadas a tareas, son conductas que dan a las personas una sensación de control y les permite enfocarse en objetivos específicos.
2. *El afrontamiento centrado en la emoción* implica una reevaluación positiva para regular la emoción negativa; utiliza estrategias como el distanciamiento, la búsqueda de apoyo emocional y la evasión.

Folkman (2010) introduce un tercer tipo de afrontamiento, el centrado en el significado: “Un tercer tipo de afrontamiento, ‘*afrontamiento centrado en el significado*’, regula las emociones positivas. El afrontamiento centrado en el significado se introdujo en el modelo impulsado por los hallazgos de que las emociones positivas ocurren

junto con las emociones negativas a lo largo de periodos intensamente estresantes, incluidos el cuidado y el duelo, y en pacientes con cáncer que se acercan a su muerte” (p. 902).

Es decir, este tercer afrontamiento se basa en valores y creencias profundamente arraigados en forma de estrategias como la revisión de objetivos, enfocándose en las fortalezas obtenidas de la experiencia de vida y reordenando las prioridades.

Los diversos tipos de afrontamiento integran un sistema dinámico y complejo. Por ejemplo, ante la posibilidad de enfermar, la persona intenta dominar la angustia (afrontamiento centrado en la emoción). Esto le permitirá tomar una decisión de asumir medidas higiénicas de protección (afrontamiento centrado en el problema), lo que le llevará a revisar sus creencias y valores en relación al uso del cubrebocas, o a reconocer que puede demostrar afecto a su familia distanciándose de ella físicamente.

La comprensión de la evaluación que hace una persona del factor estresante (agudo o crónico), así como la interacción de la persona con el entorno, puede llevar a una mejor comprensión de las estrategias de afrontamiento del individuo y permitirá un enfoque de intervención efectivo (Matthieu e Ivanoff, op. cit.).

En síntesis, el modelo procesual o transaccional del estrés brinda un marco amplio para la comprensión de este fenómeno psicofisiológico en contextos específicos. Involucra la evaluación cognoscitiva en dos momentos, de las que se desprenden tres procesos generales de afrontamiento: centrado en la emoción, en el problema y en el significado. Estos interactúan de forma compleja y dinámica. La comprensión de estos procesos en una persona y contexto determinados favorecerá una intervención efectiva en situaciones de crisis.

Muy relacionados con el estrés se presentan la depresión y la ansiedad, de los que hablaremos a continuación.

## **La ansiedad en situaciones de crisis**

Todos hemos experimentado ansiedad en nuestra vida cotidiana. Es la vivencia de una preocupación de la que no podemos escapar, afecta el apetito y el sueño, hay inquietud motora y otros síntomas físicos como sensación de opresión en el pecho y dolores de cabeza. Si no dominamos nuestra ansiedad puede llegar a afectar nuestras actividades diarias; mientras que si logramos control sobre ella, ésta actuará como motivación para resolver un problema o proponer un plan de acción. Incluso algunos deportistas

consideran ciertos niveles de ansiedad como positivos ya que impulsan a una mejor ejecución, mientras que altos niveles de ansiedad pueden ser contraproducentes y maladaptativos (Ghinassi, 2010).

Ahora bien la ansiedad puede ser la manifestación de un rasgo de la personalidad, o bien un estado que se presenta en momentos y circunstancias específicas. Charles D. Spielberger, quien desarrolló el State-Trait State Anxiety Inventory (STAI, conocido en español como IDARE), menciona:

En general, se acepta que la ansiedad, como un estado emocional (estado A), consiste en sentimientos de tensión y aprensión y una mayor actividad del sistema nervioso autónomo.

El término ‘ansiedad’ también se utiliza para referirse a las diferencias individuales en la propensión a la ansiedad como un rasgo de la personalidad. Las personas que tienen un alto nivel de ansiedad (rasgo A) están más dispuestas a manifestar estados de ansiedad que las personas no ansiosas (bajo rasgo A)” (Spielberger, 1971).

Se pueden desarrollar o exacerbar algunos desórdenes mentales durante las pandemias. La posibilidad de adquirir una enfermedad, la obligatoriedad del uso del cubrebocas o mascarilla en sitios públicos, el distanciamiento social, entre otras situaciones propias de las grandes epidemias, pueden desencadenar trastornos de ansiedad (Taylor, op. cit.). Tal como se había mencionado, los niveles moderados de ansiedad pueden apoyar a la persona a afrontar la amenaza a la salud que representa la aparición de un nuevo virus, mientras que la ansiedad severa puede ser debilitante.

Cuando la persona no puede manejar su ansiedad, decimos que padece un trastorno de ansiedad. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM V (American Psychiatric Association, 2014), los trastornos de ansiedad son:

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos



- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro Trastorno de ansiedad no especificado

En términos generales los trastornos de ansiedad casi siempre ocurren en presencia del estímulo o situación objeto del trastorno, se evitan sistemáticamente, se resisten en compañía o en soledad con gran miedo y ansiedad y deterioran significativamente diversos aspectos de la vida de la persona, como el laboral, familiar, académico y social. El miedo o ansiedad es persistente y suele ser desproporcionado respecto al estímulo que lo provoca.

La ansiedad también se puede presentar como componente de otros trastornos mentales, como los trastornos depresivos, el trastorno bipolar, trastornos del espectro autista, etc., (American Psychiatric Association, 2014).

En cuanto a la presencia de ansiedad y trastornos de ansiedad durante las pandemias Steven (op. cit.) en su libro *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*, a partir del análisis de diversas pandemias por las que ha atravesado la humanidad, asegura que los efectos psicológicos serán más pronunciados, duraderos y generalizados que los físicos. La gente puede desarrollar miedo a la muerte, a tener una discapacidad y a ser discriminados por otros en caso de que desarrollen la enfermedad. De acuerdo con este autor, también se puede presentar la verificación repetitiva, la búsqueda intensa de información y de atención médica innecesaria, en personas con excesiva ansiedad relacionada con su salud.

Aún hay pocos estudios publicados acerca de los efectos psicológicos de la actual pandemia, no obstante, en un estudio realizado en China con estudiantes universitarios se encontró que 24.9% de los estudiantes universitarios estaban afectados por ansiedad (el 0.9% experimentó ansiedad severa y el 21.3% experimentó ansiedad leve). La ansiedad estaba relacionada con afectaciones de la pandemia en sus estudios y en su futuro laboral, además del distanciamiento de los seres queridos por el confinamiento. Se reportan como factor de riesgo para experimentar ansiedad el tener un familiar o conocido infectado de COVID-19, mientras que vivir en zonas urbanas con los padres y tener un ingreso económico estable son factores protectores contra la ansiedad (Cao, *et al.* 2020).

En uno de los primeros estudios publicados en México (González Ramírez, Martínez Arriaga, Hernández-González, y De la Roca-Chiapas, 2020), identificaron los grupos de riesgo para sufrir mayor impacto psicológico por causa del brote de COVID-19. Los más jóvenes, las mujeres, solteros, el aislamiento social (más días en aislamiento),

la convivencia entre tres y cinco personas en casa, la percepción de un mayor riesgo de contraer la infección, así como el cambio en la rutina, la disminución de la actividad física y la pérdida del ingreso.<sup>1</sup>

En síntesis, la ansiedad se caracteriza por respuestas fisiológicas y motoras que preocupan a quien las padece y que van acompañadas de la percepción cognitiva de un estado negativo que se atribuye a la existencia de un estímulo percibido como potencialmente nocivo. Spielberger distinguió a la ansiedad como rasgo de la personalidad, como una característica más o menos estable del sujeto, mientras que a la ansiedad como estado transitorio de activación del sistema nervioso. Aquellas personas que son ansiosas, o que presentan ansiedad como rasgo, tienen mayor probabilidad de desarrollar los llamados trastornos de ansiedad que se consignan en la versión V de DSM. Las condiciones que se viven durante una pandemia caracterizadas por el temor a perder la salud o la vida, el distanciamiento social, afectaciones académicas, laborales o económicas, pueden disparar o empeorar trastornos de ansiedad en las personas. Los estudios realizados a nivel mundial y específicamente en nuestro país en torno a la ansiedad en el contexto de la emergencia de salud por el nuevo coronavirus son aún pocos, pero experiencias de pandemias anteriores sugieren que los efectos psicológicos serán más fuertes, generalizados y duraderos, respecto de los físicos, lo que debe alertar al gremio de la salud mental para realizar investigación de seguimiento y mejorar la atención.

## **¿Qué pasa con la depresión?**

Se estima que una de cada cinco personas puede sufrir de síntomas depresivos significativos y la mayoría no buscará ayuda. Así mismo se calcula que a lo largo de un año, una de cada diez personas experimentará algún síntoma asociado a la depresión. Este mal no distingue edades, aunque sí es más frecuente en adultos y particularmente en mujeres en una relación de 2:1 con respecto a los varones. Esta proporción se mantiene independientemente de raza, etnia o nivel socioeconómico (Ainsworth, 2000).

---

<sup>1</sup> Cabe señalar que este estudio se realizó en una etapa temprana de la epidemia en México y que los datos pueden variar de acuerdo con la evolución de los contagios, las condiciones de atención, laborales, económicas y académicas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud más de 264 millones de personas en el mundo padecen depresión y se considera la primera causa de discapacidad a nivel global (WHO, 2020).

Dependiendo de la severidad de los síntomas, un episodio depresivo se puede caracterizar como leve, moderado o severo. Los principales síntomas durante los episodios depresivos son: ánimo deprimido, pérdida de interés y disfrute, energía disminuida y por ende actividad disminuida durante por lo menos dos semanas. Frecuentemente la depresión se asocia con síntomas ansiosos, sentimientos de culpa, baja autoestima, baja concentración y trastornos del sueño, entre otros. Estos episodios pueden ser recurrentes, particularmente cuando los afectados no reciben un tratamiento apropiado (WHO, 2020).

Durante un episodio leve, la persona podrá continuar con cierta dificultad sus actividades cotidianas, tanto laborales como sociales, seguirá siendo funcional. Mientras que una persona que cursa un episodio severo, estará muy limitada para realizar sus actividades del día a día. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio (WHO, 2020).

Se ha identificado una predisposición genética relacionada con la depresión. Estudios realizados con gemelos sugieren entre el 30 y el 40% de heredabilidad. En un metaanálisis que incluyó 246,363 casos y 561,190 controles, de los tres estudios más grandes de asociación del genoma de la depresión se identificaron 102 variantes independientes, 269 genes y 15 conjuntos de genes asociados con la depresión (Howard, 2019). De acuerdo a los estudios realizados con familias se sabe que los hijos de padres deprimidos tienen un riesgo de dos a tres veces mayor de desarrollar depresión que los hijos de padres no depresivos. Hay pues una predisposición heredada a la depresión, no obstante también existen predisponentes ambientales que pueden desencadenar episodios depresivos, como pérdidas de parientes cercanos (padres, hermanos), divorcios, abusos, entre otros (Ainsworth, op. cit.).

Desde el punto de vista de la psicología, uno de los modelos para explicar la depresión es el Cognitivo propuesto por el psiquiatra norteamericano Aaron Beck y colaboradores (2010).<sup>2</sup> Este modelo propone tres conceptos específicos para explicar las bases psicológicas de la depresión: 1) la tríada cognitiva, 2) los esquemas, y 3) los

---

<sup>2</sup> La versión original en inglés del libro *Cognitive therapy of depression*, se publicó en 1979. La edición que se refiere es la 19ª en español; la primera en nuestro idioma se publicó en 1983.

errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). La denominada triada cognitiva de la depresión consta de tres patrones cognitivos que llevan a la persona a la depresión:

- Visión negativa del paciente hacia sí mismo.
- Tendencia a interpretar las experiencias de manera negativa (las demandas externas son exageradas).
- Visión negativa en relación al futuro (anticipa dificultades, sufrimiento o fracaso en sus emprendimientos).

El segundo componente del modelo, los esquemas, hacen referencia a patrones cognitivos estables de la forma en la que las personas reaccionan ante ciertas situaciones. En los estados depresivos, las conceptualizaciones de las personas tienden a ser inadecuadas (negativas). Si la depresión es leve, la persona puede reconocer con cierta objetividad (y por tanto controlar) sus pensamientos negativos. En la medida en que se agrava la depresión, se pierde control sobre estos pensamientos, pese a la falta de conexión lógica entre éstos y la realidad. Estos esquemas idiosincráticos negativos distorsionan la realidad y llevan a errores sistemáticos del pensamiento. La persona se ve cada vez más incapacitada para considerar que sus interpretaciones son erróneas (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

Finalmente, el tercer elemento del modelo, se relaciona con los errores en el procesamiento de la información o errores cognitivos. Éstos tienden a sostener o validar los pensamientos negativos. Algunos de los errores identificados por Beck y sus colaboradores son:

- Interferencia arbitraria
- Abstracción selectiva
- Generalización excesiva
- Maximización y minimización
- Personalización
- Pensamiento absolutista, dicotómico

Estas características del pensamiento depresivo se consideran primitivas, en contraposición a un pensamiento maduro (Beck, *et al.*, 2010).

La depresión se trata exitosamente a partir de intervenciones psicológicas, por

ejemplo la cognitivo conductual que incide en los aspectos propuestos por Beck. Así mismo se prescriben tratamientos farmacológicos y en algunos casos se combinan ambas terapias (Mira, *et al.*, 2018). Los medicamentos actúan en los neurotransmisores del cerebro, entre los de uso más común se encuentran inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Asociación Psicoanalítica Mexicana, s.f.; Taylor, *op. cit.*).

En relación con la pandemia por COVID-19, los síntomas depresivos en los diversos niveles de gravedad se pueden presentar asociados con síntomas ansiosos, o con la pérdida de personas cercanas. Los patrones de la triada cognitiva se pueden activar ante la amenaza a la salud o a la vida, tanto propia como de los cercanos, ya sean familiares o amigos.

En el estudio pionero realizado en China en relación a los efectos psicológicos de la pandemia por COVID-19 y que ya ha sido previamente referido (Wang, *op. cit.*), se reporta que el 58% de los participantes mostraron un impacto psicológico de leve a moderado; 16.5% de ellos refirieron síntomas depresivos entre moderados y severos.

Por otra parte, en un estudio realizado en España, se enfatiza que durante la pandemia por COVID-19, en dicho país se presentaron de forma importante síntomas psicológicos relacionados con estrés, ansiedad y depresión. En el estudio realizado en estudiantes y trabajadores universitarios, a dos semanas del inicio del confinamiento, más del 34% de los participantes reportaron depresión de moderada a extremadamente severa. El grupo de estudiantes fue el más afectado en este sentido (Odrizola-González, *et al.*, *op. cit.*).

Estos datos son indicativos de que los profesionales de la salud mental, debemos estar preparados para atender síntomas depresivos, de leves a severos en el contexto de la emergencia sanitaria que hoy vivimos. Incluso, una proyección del incremento de suicidios relacionados con el desempleo ocasionado por COVID-19 realizado en Canadá anticipa un exceso de 2,114 suicidios entre 2020 y 2021 (McIntyre y Lee, 2020).

En síntesis, la depresión es una afección frecuente que afecta en mayor proporción a las mujeres que a los varones, muchos de los afectados por este mal no buscarán apoyo profesional. La depresión es un padecimiento multideterminado con componentes genéticos, contextuales (acontecimientos vitales negativos, como pérdidas, etc.) y personales (estilos cognitivos). La terapia cognitivo conductual y la farmacoterapia han demostrado efectividad en el tratamiento de la depresión ya sea combinados o por separado. Los estudios iniciales del impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 señalan una incidencia importante de síntomas depresivos que los profesionales de la salud mental deberemos atender.

# **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**



## Enfoque cognitivo-conductual

La terapia basada en el modelo cognitivo conductual es frecuentemente usada para la atención de los padecimientos previamente mencionados (depresión, ansiedad y estrés) y fundamenta sus intervenciones en la idea de que las alteraciones psicológicas mantienen relación con creencias disfuncionales que afectan la conducta y el estado de ánimo, por lo que una modificación en la forma de evaluar lo que las personas piensan, impacta en las emociones y comportamientos logrando nuevas consideraciones realistas y adaptativas.

Scott *et al.* (2006 citado en Chávez, Benitez y Ontiveros, 2014) mencionan que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), es una forma de psicoterapia breve y de objetivos limitados, creada por Aaron Beck hace cerca de 50 años atrás. Inicialmente propuesta para el tratamiento de la depresión, ha resultado útil dentro de la terapéutica de distintos trastornos mentales. El foco primario de este modelo terapéutico es identificar y cambiar los patrones mal adaptativos de procesamiento de la información y del comportamiento. Aunque su marco teórico es totalmente psicológico, esta psicoterapia es completamente compatible con las teorías y terapéuticas biológicas. Es decir, la intervención cognitivo conductual adicional genera mejores resultados que administrar medicamentos únicamente.

Los cambios duraderos por la terapia surgen de modificaciones en las creencias disfuncionales. La terapia que se realiza desde niveles profundos de cognición, acerca del paciente mismo, de su medio y de las demás personas, se vincula con mejorías duraderas en el estado de ánimo y la conducta.

La TCC muestra una flexibilidad amplia, ya que no cuenta con restricciones socioculturales, educativas o por edad para su aplicación. Además de ser empleada en diversos escenarios educativos, médicos y sociales (Beck, 2011).

Caballo y Mateos (2000) citan a Olivares, Sánchez y Rosa (1999), y mencionan que la TCC es un procedimiento terapéutico cuya aplicación para la ansiedad, ha resultado benéfico en la mayoría de las manifestaciones de este estado psicológico, debido a consolidados protocolos de intervención que han sido comparados con el no tratamiento de grupos control y otros tipos de intervención. Además refieren a Shear (1995), quien señala la necesidad de que estas intervenciones impacten al paciente en diferentes aspectos psicológicos, como la percepción de control y la posesión de capacidades y destrezas, que permitan enfrentar los eventos con eficacia.



La propuesta de Intervención Cognitivo Conductual (ICC), de acuerdo con Judith Beck (2011) se basa en diez principios:

1. Esta terapia está fundamentada en una formulación dinámica del paciente y sus problemas, planteada en términos cognitivos.
2. Requiere una sólida alianza terapéutica.
3. Se enfatiza la colaboración y participación activa.
4. Orientada hacia el cumplimiento de objetivos planeados y centrada en problemas específicos.
5. Está centrada en el presente.
6. Tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, haciendo énfasis en las recaídas.
7. Tiene una durabilidad en el tiempo.
8. Las sesiones de terapia son estructuradas.
9. Dirige al paciente a identificar y evaluar sus pensamientos disfuncionales actuando en consecuencia a ello.
10. Utiliza variedad de técnicas para modificar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Por otra parte, la TCC enfocada a la *resolución racional* de problemas consta de un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas. Entre ellas se encuentran a) la definición de problemas, b) la generación de opciones, c) la toma de decisiones y d) la evaluación de los resultados. Las operaciones cognitivas mencionadas se detallan a continuación.

El objetivo de la *definición de problemas* es delinear las razones por las cuales una situación determinada se constituye en un problema (por ejemplo, el miedo a enfermar), así como especificar un conjunto de metas y objetivos realistas que contribuyan a orientar las medidas para alcanzar soluciones.

El propósito de la *generación de opciones* es crear una lista de posibles soluciones con el fin de aumentar la probabilidad de identificar en última instancia las ideas más eficaces.

La meta de la *toma de decisiones* es efectuar un análisis de conveniencia de las diversas opciones al identificar y luego sopesar sus consecuencias positivas y negativas potenciales y después, con base en esta evaluación, diseñar un plan general de solución.

Por último, la *evaluación de los resultados* se propone supervisar y evaluar la eficacia de un plan de solución, y corrección, si el resultado es insatisfactorio. En otras palabras, si la solución no es eficaz, se debe recurrir a las diversas actividades de la resolución de problemas, para entonces determinar el punto al cual deben redirigirse las medidas renovadas con el fin de resolver bien el problema (Nezu, Maguth y Lombardo, 2006).

De acuerdo a lo señalado por Judith Beck (2011), una sesión de TCC en términos generales transita a través de los siguientes elementos:

- Desarrollo de la relación terapéutica.
- Planificación de sesiones de tratamiento y estructuración.
- Identificar y responder a cogniciones disfuncionales.
- Enfatizar lo positivo.
- Facilitar el cambio cognitivo y de comportamiento entre sesiones (tarea).

Por otra parte, algunos de los métodos propuestos para implementar la reestructuración cognitiva de acuerdo a este modelo, son los siguientes:

- Ensayos conductuales.
- Biblioterapia.
- Modelamiento.
- Refutación leve.
- Confrontación abierta.
- Didáctica.
- Tareas para el hogar.
- Miembros de la familia como terapeutas adjuntos.
- Amigos como terapeutas adjuntos.
- Visualización.
- Uso de diagramas y dibujos.
- Uso de caricaturas y material humorístico.
- *Role-playing* (interpretación de roles) de “abogado del diablo” (Nezu, *et al.*, op. cit.).

Sin embargo, cabe mencionar que entre el arsenal terapéutico, contamos con una tercera generación de terapias de la conducta fundamentada en los principios del aprendizaje. Moreno Cutiño (2012), señala:

... la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos buscan la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para la persona (p. 3).

Algunas de las principales terapias pertenecientes a esta tercera ola se presentan en la siguiente tabla (ver Tabla I):

**Tabla I**

Cuadro I. Terapias y autores de la tercera generación del enfoque cognitivo-conductual

Terapia de Tercera Generación (TTG)	Autores
Terapia de Aceptación y Compromiso	Hayes, McCurry, Afari, y Wilson, 1991; Wilson y Luciano, 2002.
Psicoterapia Analítica Funcional	Kohlenberg y Tsai, 1991.
Terapia de Conducta Dialéctica	Linehan, 1993.
Terapia Conductual Integrada de Pareja	Jacobson y Christensen, 1996.
Terapia de Activación Conductual	Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001.
Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP)	Kabat-Zinn, 1990.
Terapia Cognitiva con base en el estar atento (Mindfulness)	Segal, Williams y Teasdale, 2002.
Terapia basada en el estar atento (Mindfulness) para el trastorno de ansiedad generalizada	Evans <i>et al.</i> , 2008

Fuente: Elaboración propia con datos de Moreno Cutiño, 2012.

Este conjunto de herramientas terapéuticas han probado ser eficaces en la atención de diversas situaciones de salud mental, incluyendo el manejo del estrés, la ansiedad y la depresión que según hemos mencionado anteriormente, están presentes como consecuencia de la emergencia sanitaria que estamos viviendo a nivel mundial.

# Teoría de la conservación de recursos

## y primeros auxilios psicológicos

A finales de la década de los ochenta Stevan Hobfoll (1989) presentó su Modelo de Conservación de Recursos (MCR), como una alternativa para comprender el estrés psicológico. El principio básico de este modelo es que las personas se esfuerzan por retener, proteger y construir recursos, en donde lo que les amenaza es la pérdida potencial o real de dichos recursos. A partir de este modelo, el estrés ocurrirá cuando: 1) exista una amenaza de pérdida a los recursos de las personas, 2) los recursos de las personas se pierdan realmente, o 3) las personas perciban que no han obtenido los recursos suficientes (Hobfoll, 1989, 2001).

Hobfoll (1989) identifica cuatro tipos de recursos: 1) objetos (p.e. aspecto físico, valor asociado a factores socioeconómicos), 2) características personales (p.e. rasgos, habilidades), 3) condiciones (p.e. estado civil, ocupación, antigüedad laboral) y 4) energías (p.e. tiempo, dinero, conocimiento). Los recursos son valorados por las personas y pueden ser amenazados o agotados por diversas circunstancias ambientales. Cuando los individuos no se enfrentan a situaciones estresantes, éstos se esfuerzan por desarrollar excedentes de recursos que, en un futuro, permitirán compensar las posibles pérdidas. El desarrollo excedente de recursos puede llevar a las personas a experimentar un bienestar positivo (*eustress*). Por el contrario, cuando las personas se enfrenten a situaciones estresantes, se esforzarán por minimizar la pérdida neta de sus recursos.

La Teoría de Conservación de Recursos (TCR) proporciona un marco para comprender y predecir el estrés en entornos relacionados con la salud (Hobfoll, 2001 y Hobfoll *et al.*, 2007) identificaron cinco principios para guiar la intervención psicológica durante las etapas posteriores (tempranas e intermedias) a situaciones masivas que desencadenan estrés y ansiedad. Estos principios están orientados a promover:

- Sensación de seguridad. Es esencial reducir tanto las respuestas biológicas que acompañan al miedo y a la ansiedad, como a los procesos cognitivos que inhiben la recuperación. Creer que el mundo es completamente peligroso es un pensamiento disfuncional, por lo que es importante proveer de una sensación de seguridad. La sensación de calma puede proporcionarse a través de técnicas de exposición e imaginación guiada.

- Sensación de calma. Es importante conducir a las personas a un estado de calma, con la finalidad de disminuir síntomas de ansiedad que interfieran con áreas importantes de la vida (p.e. sueño, alimentación, toma de decisiones, rendimiento, entre otras). Para conducir a las personas a un estado de calma, se pueden realizar ejercicios de relajación y respiración.
- Sentido de autoeficacia y eficacia colectiva. Este principio está orientado a fomentar, tanto en personas como en grupos de personas, la confianza de que la regulación de sus pensamientos, sus emociones y su conducta, conducirá a resultados positivos.
- Conexión. El cuarto principio enfatiza la importancia del apoyo social y el vínculo con los seres queridos y otras personas, ya que las redes sociales pueden contribuir a la disminución de estrés.
- Esperanza. El último principio señala que, si las personas se mantienen optimistas, es probable que tengan resultados más favorables después de experimentar situaciones adversas.

Algunos conceptos básicos de este fundamento teórico son:

- **Canalización.** Es un procedimiento que permite derivar al usuario desde un centro de servicios a otro, con la finalidad de que reciba la atención pertinente.
- **Orientación psicológica.** Es una práctica profesional que surge como un espacio para potencializar recursos personales, enfrentando a nuevos retos y conflictos en pro de ese crecer que exige una reconstrucción de su experiencia, aún más flexible (Benítez, 2007).
- **Psicoeducación.** Es una técnica que relaciona las herramientas psicológicas y pedagógicas con el fin de ofrecer información a los pacientes y cuidadores, sobre su condición física y/o psíquica, así como su tratamiento (Lemes y Ondere, 2007).
- **Atención en crisis.** Es la estrategia psicológica que se aplica en el momento de una crisis y tiene como objetivo que la persona se recupere de este estado y recupere la funcionalidad para poder afrontar el evento a nivel emocional, conductual y racional. La intervención en crisis puede ser en primera instancia (son los primeros auxilios psicológicos, su finalidad es restablecer el enfrentamiento inmediato ante la crisis que se está viviendo) y en segunda

instancia (involucra proceso psicoterapéutico dirigido a ayudar a translaborar los sucesos traumáticos) (Osorio, 2017).

- **Terapia psicológica.** Es el conjunto de técnicas y procedimientos que lleva a cabo el psicólogo clínico, a fin de mejorar la calidad de vida del paciente, mediante la modificación de la conducta y la reevaluación y/o modificación de pensamientos, que pudieran estar causando algún malestar psicológico (Rubio, 2016).

## ¿Por qué intervenir mediante Telepsicología?

La Telepsicología se refiere al uso de medios tecnológicamente asistidos para proveer servicios psicológicos (Rees y Haythornothwaite, 2004). El uso de la telepsicología abarca desde el uso del correo electrónico y las llamadas telefónicas hasta las videoconferencias en tiempo real en todo el mundo (Cooper, Campbell y Smucker Barnwell, 2019).

En las últimas décadas ya se discutía sobre predecir el cambio y adaptar la psicología en consecuencia, para permitir a los psicólogos preparar sus lugares de trabajo para el futuro; equipar a los psicólogos y pacientes para que colaboraran con más éxito en todas las áreas de crecimiento potencial con enfoque en la tecnología (Maheu, Pulier, McMenamin y Posen, 2012). Sin embargo, lo que se consideraba a futuro, se adelantó repentinamente con la necesidad de aislamiento por la pandemia por Covid-19, teniendo que implementar estrategias de telepsicología de manera inmediata para poder tener acceso a estos servicios sin salir de casa.

La telepsicología no representa una nueva especialidad clínica. En cambio, requiere que los psicólogos amplíen las competencias técnicas, adapten los servicios psicológicos tradicionales y atiendan a clientes remotos a través de la tecnología (Cooper, Campbell y Smucker Barnwell, 2019).

Por lo que, en contexto de pandemia, la tecnología ha ganado una profunda influencia en la práctica profesional. Hoy en día, gran parte de la población hace algún uso del teléfono, la computadora, Internet y teléfonos inteligentes para su práctica profesional, esfuerzos educativos y de investigación (Cooper, Campbell y Smucker Barnwell, 2019).

Los resultados de investigaciones indican que la telepsicología es equivalente a la terapia tradicional en persona para tratar poblaciones diversas y abordar muchas

necesidades de salud mental diferentes, tales como el manejo de la ira, depresión y ansiedad. Las psicoterapias basadas en la evidencia, como es la terapia cognitivo-conductual, también se pueden administrar de manera efectiva a través de telepsicología (Saenz, Sahu, Tarlow, Chang, 2020).

Entre las ventajas de la práctica de la telepsicología se identifica el brindar a los psicólogos una oportunidad sin igual para implementar valores fundamentales y lograr una misión. Además, a través de la telepsicología se pueden dedicar servicios psicológicos a poblaciones desatendidas, promover la justicia social y defender la equidad (Cooper, Campbell y Smucker Barnwell, 2019). A través de la telepsicología se pueden superar barreras tales como la escasez de proveedores de salud, la falta de transporte y el aislamiento geográfico (Saenz, Sahu, Tarlow, Chang, 2020).

De manera que la telepsicología permite avanzar dramáticamente en al menos cuatro de las prioridades centrales de la psicología:

1. Llevar servicios psicológicos a los desfavorecidos. Ayuda a contrarrestar las disparidades en el acceso a los servicios de salud mental que están asociadas con las variables de intersección de raza, etnia, ubicación rural, estatus migratorio y otros determinantes sociales.
2. Impulsar los valores de la psicología en la formación y la educación.
3. Promoción de la justicia social. Permite promover la justicia social, respetando la noción de derechos humanos, equidad y justicia para todas las personas.
4. Integración de factores culturales. Facilita la incorporación de creencias, los valores morales, las tradiciones y el idioma de las comunidades a las que servimos (Cooper, Campbell y Smucker Barnwell, 2019).

Además, se ha encontrado que la experiencia en telepsicología ha permitido a los practicantes de esta rama enriquecer su empatía por los clientes a pesar de la distancia física (Saenz, Sahu, Tarlow, Chang, 2020).

Es importante mencionar que el psicólogo debe considerar cómo mantener los límites adecuados en los entornos de telepsicología para prevenir daños y optimizar los beneficios del tratamiento (Drum y Littleton, 2014). Esto debido a que es posible que el profesionista en telepsicología se encuentre con problemas de límites novedosos que es poco probable que ocurran en el entorno de la terapia tradicional cara a cara (Drum y Littleton, 2014).

Así pues, la telepsicología es un servicio de actualidad. Los psicólogos, independientemente del ámbito de la práctica, ya participan en la integración de las telecomunicaciones en su trabajo (Cooper, Campbell y Smucker Barnwell, 2019).

## Ética en intervenciones telepsicológicas

La ética es uno de los aspectos básicos a considerar como parte de la atención psicológica virtual, de acuerdo con Vera, Castro y Caicedo (2019) es importante que el profesional de la psicología se apoye con diversas tecnologías de la comunicación para llevar a cabo la promoción, prevención, tratamiento y mantenimiento de la salud mental sin dejar de lado aspectos como el compromiso ético y moral del psicólogo en su actividad profesional.

Vera, *et al.* (2019) mencionan que los códigos de ética deben ser aplicados en toda práctica psicológica respetando los derechos humanos y los principios deontológicos que son: fidelidad al cliente y lealtad por la profesión, veracidad y honestidad, confidencialidad, no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

La guía para la práctica de la telepsicología elaborada por Ramos, *et al.* (2019), recomienda que la atención en telepsicología debe cumplir con estándares éticos y valorar si esta modalidad es adecuada, eficaz y segura de acuerdo a la problemática de cada paciente, es importante analizar y evaluar los posibles riesgos y beneficios con base a las necesidades del cliente, los problemas multiculturales y realizar una revisión del medio más adecuado para su atención.

Es importante mencionar algunos principios básicos que debe regir el comportamiento de los psicólogos que se presentan en el Código ético del psicólogo (2009) establecido por la Sociedad Mexicana de Psicología:

- A. Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas. Todas las personas tienen derecho a ser respetadas, este principio se fundamenta en los derechos humanos, por lo tanto cualquier ser humano debe recibir un trato como persona y no como objeto o un medio para alcanzar un fin, sin importar raza, característica alguna, cultura, idioma, discapacidad mental, nivel socioeconómico, orientación sexual, religión, sexo, estado civil, discapacidad física, color, edad o nacionalidad.



La naturaleza del contacto y la atención psicológica requiere de responsabilidad en respetar, proteger y fomentar la privacidad, autodeterminación, la libertad personal, autonomía, la dignidad, el consentimiento informado, el trato justo y la igualdad ante aquellas personas que recibirán la atención por telepsicología.

- B. Cuidado responsable. Es importante que el psicólogo que brinda la atención se interese en el bienestar y evite cualquier daño a la sociedad. Este principio obliga a distinguir entre los posibles daños y los beneficios de cualquier intervención privilegiando en el desempeño de sus actividades el desarrollar y emplear métodos que ayuden y no dañen al paciente o cliente.
- C. Integridad en las relaciones. Es importante que el o la profesional que brinde la atención por telepsicología demuestre en su ejercicio: precisión y honestidad, apertura y sinceridad, máxima objetividad y mínimo prejuicio o sesgo, y evitación de los conflictos de interés. La integridad en las relaciones apoya normas de comportamiento como evitar el engaño, fraude, empleo de títulos que no posea y falsificación de resultados.
- D. Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad. Al formar parte de esta forma de intervención se tiene una responsabilidad hacia con la sociedad en la que vive, por lo que se debe promover el bienestar de la humanidad por medio de métodos y procedimientos éticos, siguiendo las sugerencias y recomendaciones establecidas en la Guía de Atención Psicológica Virtual “GAPV\_COVID-19”, las cuales hacen referencia a conocimientos y contribuciones científicas de la psicología.

**GUÍA DE ATENCIÓN  
PSICOLÓGICA VIRTUAL  
“GAPV\_COVID-19”**



A continuación se muestra la estructura propiamente dicha de la Guía de Atención Psicológica Virtual “GAPV\_COVID-19”. Se expone en principio el objetivo, seguido de la estructura general, finalizando con el desarrollo, tanto de las cartas descriptivas como de sus guiones de abordaje para cada espacio que la carta correspondiente propone.

## **Propósito**

Prevenir las posibles afectaciones psicológicas derivadas de la contingencia sanitaria por COVID-19 a través de la orientación, psicoeducación, Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) e intervención breve con la finalidad de coadyuvar al restablecimiento del equilibrio emocional y desarrollar factores protectores.

## **Esquema general de intervención**

### Contacto inicial

El contacto inicial consistirá en el primer acercamiento, exploración y evaluación de la situación/ problema expresado por los usuarios. Para ello se tendrá una lista de cotejo que permitirá evaluar la gravedad de la problemática y el estado emocional de los usuarios, por ejemplo, la evaluación TRIAGE que se propone en la presente guía, con lo cual se podrá determinar el procedimiento inicial, con base en un semáforo integrado por los primeros tres niveles de intervención (ver Tabla 2):

**Tabla 2.**  
Niveles de intervención de contacto de la Guía “GAPV\_COVID-19”

NIVEL	TIPO DE PROCEDIMIENTO
<b>Nivel 1. Canalización</b>	Procedimiento dirigido a brindar información con el propósito de canalizar al usuario que solicite algún servicio en específico y que no se encuentre en situación emocional vulnerable ni en estado de crisis.
<b>Nivel 2. Psicoeducación y Orientación</b>	Procedimiento dirigido a brindar información y orientación psicológica respecto a una temática particular causante de malestar emocional, sin llegar a un estado de crisis. Por ejemplo: hábitos de higiene del sueño, rutina saludable, orientación familiar, etc., que no se encuentra en estado de crisis y no está solicitando algún servicio en específico ni presenta alguna problemática que no se pueda cubrir.
<b>Nivel 3. Primeros auxilios psicológicos (PAP)</b>	Procedimiento dirigido a personas en estado de crisis con la finalidad de reestablecer el equilibrio emocional, potencializar los recursos psicológicos para la solución de problemas y satisfacer necesidades inmediatas.

Los pasos iniciales del contacto aún no implican la intervención en ningún nivel, de hecho, todos los niveles inician por esta serie de pasos, y a partir de ellos, se determina el nivel de intervención.

- a. Contacto*
- b. Preguntas de exploración y evaluación*
- c. Evaluación.* Se propone el modelo TRIAGE, el ejemplo de formato es el siguiente:

Evaluación general		
Se encuentra desorientado en persona	Sí	No
Se encuentra desorientado en tiempo	Sí	No
Se encuentra desorientado en lugar	Sí	No
Es incapaz de expresar emociones	Sí	No
Presenta descontrol emocional*	Sí	No
Presenta crisis de ansiedad*	Sí	No
Se identifica ideación o intento suicida*	Sí	No

Factores de riesgo		
Condición mental preexistente	Sí	No
Consumo de sustancias	Sí	No
Red de apoyo deficiente	Sí	No
Violencia intrafamiliar	Sí	No
Se encuentra en un lugar físico considerado de riesgo	Sí	No

*La presencia de cualquiera de los indicadores con \* es candidato/a para aplicar procedimiento de intervención correspondiente al Nivel 3*

Resultado	
Marca con una X el nivel a seguir	
Nivel 1. Canalización	
Nivel 2. Psicoeducación y orientación	
Nivel 3. Primeros auxilios psicológicos	

*d. Intervención según niveles*

*e. Cierre.*

## Características por nivel de intervención

### *Nivel 1. Canalización*

El presente nivel corresponde a la adecuada canalización del servicio acorde a las necesidades evaluadas. Para ello es importante delimitar el problema o situación expresada para proporcionar la información de los servicios. En este nivel no se efectúa ninguna técnica de intervención, sirve solo como llamada informativa. La canalización se deriva a través de un directorio o catálogo de servicios públicos y gratuitos, por ejemplo:

- Servicios hospitalarios
- Servicios de salud mental
- Servicios legales
- Asociaciones civiles
- Instituciones públicas
- Instituciones de asistencia

Algunos de los problemas que la Guía de Atención Psicológica Virtual “GAPV\_COVID-19” no abordará y requieren canalización son: violencia intrafamiliar, adicciones o abuso de sustancia psicotrópicas, enfermedades psiquiátricas, intentos de homicidio u otros casos graves que no se encuentran en el marco de atención de este documento.

### *Nivel 2. Psicoeducación y orientación*

El presente nivel interviene en una categoría formativa o psicoeducativa sobre situaciones o malestares menores asociados al contexto. Es importante destacar que el usuario no está presentando una crisis ni un estado de emergencia, así tampoco muestra temáticas que no se pueden resolver (Nivel 1), y la evaluación TRIAGE no arroja datos o factores críticos. Algunas preguntas orientadoras son: *¿Qué es lo que más te preocupa en este momento? De todos los problemas que comentas, ¿cuál es el que quisieras atender de manera inmediata? ¿Sientes que puedes manejarlo? etc.*

Explicar brevemente las reacciones comunes de la situación que comenta la persona. Los comportamientos, sentimientos y/o síntomas esperados. Proporcionar datos e información relevante, confiable sobre el problema basados en evidencia.

Si la persona solicita o la problemática lo amerita puede canalizarse a servicios similarmente al Nivel 1 o al Nivel 4, si se detecta algo que requiera más seguimiento.

### *Nivel 3. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)*

El presente nivel interviene hacia situaciones de emergencia, crisis y demandas elevadas. La evaluación contiene situaciones generales y factores de riesgo presentes. Algunos aspectos que deben considerarse son los siguientes:

1. Acercamiento
  - Propiciar ambiente adecuado (seguridad física)
  - Generar confianza y empatía
  - Identificar necesidades inmediatas (con base en perfil CASIC)
  - Proveer alivio emocional
  - Uso de técnicas para el manejo de ansiedad
2. Dimensionar el problema
  - Indagar la naturaleza del problema (pasado, presente y futuro)
  - Delimitar y priorizar
3. Construir posibles soluciones
  - Recursos de afrontamiento
  - Reestablecer la organización
  - Orientación
  - Redes de apoyo
4. Acuerdos
  - Establecer acciones (corto, mediano plazo)
5. Cierre
  - Retroalimentación
  - Autoevaluación (propiciar que el usuario identifique su estado emocional antes y después del servicio)
  - Reforzamiento positivo
  - Canalización
  - Sugerencia de seguimiento hacia un nivel superior de intervención (Nivel 4).



#### *Nivel 4. Intervención breve cognitivo-conductual*

La intervención breve está indicada para los usuarios que busquen un seguimiento que fortalezca los malestares o las crisis presentadas en la sesión de contacto y por ello es posterior a esta sesión. Puede ser para cualquiera que se encuentre en los niveles 2 y 3. Igualmente, el profesional podrá detectar riesgos mayores o necesidades psicológicas que lo obliguen a sugerir el seguimiento al propio usuario.

El Nivel 4 atiende principalmente déficits conductuales y desajustes emocionales específicos o transitorios, enfatizando la motivación para el cambio y centrado en el modelo cognitivo-conductual (ver Tabla 3).

**Tabla 3.**

Nivel de intervención cuatro de la Guía “GAPV\_COVID-19”

NIVEL	TIPO DE PROCEDIMIENTO
<b>Nivel 4. Intervención Breve cognitivo-conductual</b>	Procedimiento dirigido a personas que por su valoración sintomatológica requieren un seguimiento más profundo de resolución de sus crisis, centrado en metas concretas y técnicas especializadas.

Los componentes principales de esta intervención son la comunicación empática, el fortalecimiento de la autoeficacia, las metas concretas y la responsabilidad para el cambio. A través de estos componentes se retroalimenta y se evalúa la disposición para realizar cambios, así mismo se formulan estrategias de acción, se negocian objetivos y se da seguimiento al progreso de la intervención.

La atención psicológica basada en el modelo breve cognitivo-conductual, es de 4 sesiones adicional a la sesión de contacto y la duración oscila entre 45 y 60 minutos.

En lo sucesivo se explican las cartas descriptivas de todos los niveles y el desarrollo de éstas, para determinar mediante la Guía “GAPV\_COVID-19” el manejo en cada uno de los niveles descritos.

## Nivel 1. Canalización

CARTA DESCRIPTIVA				
OBJETIVO DE SESIÓN		Brindar información con el propósito de canalizar al usuario que solicite algún servicio en específico y que no se encuentre en situación emocional vulnerable ni en estado de crisis	<b>SESIÓN 1 (única)</b>	Canalización
No.	Eje de Intervención ¿Qué se hace?	Descripción de intervención ¿Cómo se hace?	Tiempo ¿Cuánto dura?	Recursos de intervención ¿Con qué se hace?
1	Contacto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respuesta-saludo</li> <li>2. Bienvenida y recordatorio de encuadre</li> </ol>	3'	Guion de inicio
2	Caracterizar y definir el problema	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntas exploratorias</li> <li>2. Facilitar la expresión del problema</li> <li>3. Escucha activa</li> </ol>	15'	Guion de preguntas orientadoras
3	Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar la evaluación de síntomas</li> <li>2. Determinar el nivel de intervención</li> </ol>	5'	TRIAGE
4	Intervención por niveles <i>Nivel 1</i> Identificación y explicación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar y explicar al usuario qué tipo de servicio es el más indicado de acuerdo con el problema expresado</li> </ol>	5'	Directorio
5	Proporcionar información sobre el servicio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brindar los datos del servicio recomendado</li> <li>2. Instruir al usuario para establecer contacto con el servicio recomendado con base en sus recursos disponibles</li> </ol>	5'	Directorio

No.	Eje de Intervención ¿Qué se hace?	Descripción de intervención ¿Cómo se hace?	Tiempo ¿Cuánto dura?	Recursos de intervención ¿Con qué se hace?
6	Clarificar dudas	1. Atender las dudas sobre el servicio sugerido	5'	Guion
7	Cierre	1. Preguntar al usuario sobre la satisfacción de la orientación brindada 2. Despedir	2'	Guion

## Desarrollo de la carta. Nivel 1

### Descripción de momentos

- 1. Contacto:** Se presenta con el usuario utilizando el guion estandarizado.

Buenos días/tardes, soy el/la Psic. \_\_\_\_\_, del centro de atención. Su llamada es anónima y el servicio es totalmente gratuito ¿en qué le puedo ayudar?

- 2. Caracterizar y definir el problema.** Explorar las características del problema expresado mediante preguntas exploratorias. Promover la escucha activa, la empatía y el respeto.

- a. Preguntas orientadoras:

¿Qué es lo que pasa?, ¿cuál es el problema?, ¿quiénes están involucrados en ese problema/situación?, ¿desde hace cuánto tiempo se presenta ese problema?, ¿cómo y en qué áreas le ha afectado el problema?, ¿dónde ha ocurrido?, ¿cómo se siente?

- 3. Evaluación.** Se propone seguir el formato de evaluación TRIAGE (ver arriba).

Voy a realizar algunas preguntas concretas sobre su estado actual. Agradezco las responda con honestidad. Después de su información le daré una realimentación y seguimos.

- 4. Intervención por niveles.** Cuando se trata del Nivel 1 de intervención, se procede a identificar y explicar al usuario qué tipo de servicio es el más indicado de acuerdo con el problema expresado.

Con base en el problema que usted me explica y la evaluación que realizamos, la sugerencia que le puedo hacer es la siguiente: existen servicios

gratuitos y de fácil acceso a los cuales puede acudir o comunicarse para que le puedan brindar el apoyo que requiere.

- 5. Proporcionar información sobre el servicio.** Brindar los datos del servicio recomendado basado en un catálogo previamente identificado. Instruir al usuario para asegurar que haga contacto con el servicio recomendado con base en sus recursos disponibles.

A continuación, le voy a proporcionar los datos de contacto de la institución, organización o departamento al cual puede acudir. Es importante recordarle que los servicios que ahí se ofrecen son gratuitos y que la situación que usted tiene requiere ser tratada, por tanto, le sugiero que lo haga a la brevedad posible.

- 6. Clarificar dudas.** Resolver las dudas del usuario relacionadas con la orientación proporcionada.

Estamos a punto de terminar con esta sesión de orientación, ¿existe alguna duda relacionada a los servicios que le he recomendado?, ¿hay algo más en que pueda ayudarle?

- 7. Cierre.** Verificar la satisfacción de la orientación proporcionada y dar cierre.

Confirmando que sus dudas han quedado resueltas, me gustaría saber ¿qué le pareció la atención que recibió de mi parte?, ¿la información que le proporcioné ha sido de utilidad?

Fue un gusto atenderle, es un placer haber brindado apoyo. Nuestro centro de atención agradece su llamada, que tenga un excelente día.

## Nivel 2. Psicoeducación y orientación

CARTA DESCRIPTIVA				
OBJETIVO DE SESIÓN		Brindar información y orientación psicológica respecto a una temática particular causante de malestar emocional, sin llegar a un estado de crisis. Por ejemplo: hábitos de higiene del sueño, rutina saludable, orientación familiar, etc.; que no se encuentra en estado de crisis y no esté solicitando algún servicio en específico ni una problemática que no se pueda atender	<b>SESIÓN 1 (única)</b>	Psicoeducación y orientación
No.	Eje de Intervención ¿Qué se hace?	Descripción de intervención ¿Cómo se hace?	Tiempo ¿Cuánto dura?	Recursos de intervención ¿Con qué se hace?
1	Contacto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respuesta-saludo</li> <li>2. Bienvenida y recordatorio de encuadre</li> </ol>	3'	Guion de inicio
2	Caracterizar y definir el problema	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntas exploratorias</li> <li>2. Facilitar la expresión del problema.</li> <li>3. Escucha activa</li> </ol>	15'	Guion de preguntas orientadoras
3	Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar la evaluación de síntomas</li> <li>2. Determinar el nivel de intervención</li> </ol>	5'	TRIAGE

No.	Eje de Intervención ¿Qué se hace?	Descripción de intervención ¿Cómo se hace?	Tiempo ¿Cuánto dura?	Recursos de intervención ¿Con qué se hace?
4	Intervención por niveles  Nivel 2  Contención y psicoeducación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proveer alivio y calma al usuario.</li> <li>2. Explicar brevemente las reacciones comunes de la situación que comenta la persona (comportamientos, sentimientos y/ o síntomas esperados)</li> <li>3. Proporcionar datos e información relevante, confiable sobre el problema basado en evidencia.</li> <li>4. Proporcionar estrategias útiles a corto plazo para atender la problemática</li> </ol>	20'	Guion
5	Identificar el servicio o seguimiento más adecuado a las necesidades expresadas y proporcionar datos de contacto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brindar los datos del servicio recomendado.</li> <li>2. Instruir al usuario para establecer contacto con el servicio recomendado con base en sus recursos disponibles. En su caso recomendar el seguimiento en Nivel 4 y tomar datos</li> </ol>	5'	Directorio Hoja de datos
6	Clarificar dudas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atender las posibles dudas</li> </ol>	3'	Guion
7	Cierre	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntar al usuario sobre la satisfacción de la orientación brindada</li> <li>2. Despedir</li> </ol>	2'	Guion

## Desarrollo de la carta. Nivel 2

### Descripción de momentos

- 1. Contacto:** Se presenta con el usuario utilizando el guion estandarizado.

Buenos días/tardes, soy el/la Psic. \_\_\_\_\_, del centro de atención. Su llamada es anónima y el servicio es totalmente gratuito ¿en qué le puedo ayudar?

- 2. Caracterizar y definir el problema.** Explorar las características del problema expresado mediante preguntas exploratorias. Promover la escucha activa, la empatía y el respeto.

- a. Preguntas orientadoras:

¿Qué es lo que pasa?, ¿cuál es el problema?, ¿quiénes están involucrados en ese problema/situación?, ¿desde hace cuánto tiempo se presenta ese problema?, ¿cómo y en qué áreas le ha afectado el problema?, ¿dónde ha ocurrido?, ¿cómo se siente?

- 3. Evaluación.** Se propone seguir el formato de evaluación TRIAGE (ver arriba).

Voy a realizar algunas preguntas concretas sobre su estado actual. Agradezco las responda con honestidad. Después de su información le daré una realimentación y seguimos.

- 4. Intervención por niveles.** Cuando se trata del Nivel 2 de intervención se procede a la contención y psicoeducación, esto es proveer alivio y calma al usuario a través de información relevante con base en el problema delimitado, así como proporcionar estrategias a corto plazo que le permitan afrontar la situación eficazmente.



Me gustaría expresarle que llego a comprender la situación por la que usted está pasando..., en este momento cuenta con mi apoyo... [Se sugiere continuar con información que permita desarrollar el proceso psicoeducativo respecto a la situación planteada por el usuario, que incluya explicación clara, concisa, empírica, basada en evidencia y que facilite el entendimiento] ...para este caso, puedo hacerle una serie de recomendaciones que pueden resultar útiles [Se pueden elegir técnicas o estrategias cognitivo-conductuales].

**5. Identificar el servicio más adecuado a las necesidades del usuario y proporcionar datos de contacto con base en el directorio.** Brindar los datos del servicio recomendado e instruir al usuario para establecer contacto con el servicio recomendado con base en sus recursos disponibles. En su caso, recomendar seguimiento al Nivel 4.

- a. A continuación, le voy a proporcionar los datos de contacto de la institución, organización o departamento al cual puede acudir, es importante recordarle que los servicios que ahí se ofrecen son gratuitos.
- b. Derivado del avance que tuvimos, y los asuntos pendientes, le recomiendo que sigamos con un seguimiento de algunas sesiones donde usted pueda contactar a uno de nuestros profesionales que le atenderá de manera gratuita. Si accede, sólo le tomaré datos de contacto para ponernos de acuerdo.

**6. Clarificar dudas.** Resolver las dudas del usuario relacionadas con la orientación proporcionada.

Estamos a punto de terminar con esta sesión de orientación, ¿existe alguna duda relacionada a los servicios que le he recomendado?, ¿hay algo más en que pueda ayudarle?

**7. Cierre.** Verificar la satisfacción de la orientación proporcionada y dar cierre.

Confirmando que sus dudas han quedado resueltas, me gustaría saber qué le pareció la atención que recibió de mi parte, ¿la información que le proporcioné ha sido de utilidad?

Fue un gusto atenderte, es un placer haberle brindado apoyo. Nuestro centro de atención agradece tu llamada, que tengas un excelente día.

### Nivel 3. Primeros auxilios psicológicos (PAP)

CARTA DESCRIPTIVA				
OBJETIVO DE SESIÓN		Reestablecer el equilibrio emocional, potencializar los recursos psicológicos para la solución de problemas y satisfacer necesidades inmediatas de usuarios en estado de crisis	SESIÓN 1 (única)	Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)
No.	Eje de Intervención ¿Qué se hace?	Descripción de intervención ¿Cómo se hace?	Tiempo ¿Cuánto dura?	Recursos de intervención ¿Con qué se hace?
1	Contacto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respuesta-saludo</li> <li>2. Bienvenida y recordatorio de encuadre</li> </ol>	1'	Guion de inicio
2	Caracterizar y definir el problema	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntas exploratorias</li> <li>2. Facilitar la expresión del problema.</li> <li>3. Escucha activa</li> </ol>	15'	Guion de preguntas orientadoras
3	Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar la evaluación de síntomas</li> <li>2. Determinar el nivel de intervención</li> </ol>	5'	TRIAGE
4	Intervención por niveles  <i>Nivel 3</i> PAP: Acercamiento y contención	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proveer alivio emocional</li> <li>2. Propiciar ambiente adecuado (seguridad física)</li> <li>3. Generar confianza y empatía</li> <li>4. Identificar necesidades inmediatas (con base en perfil CASIC)</li> </ol>	15'	Guion
5	Dimensionar el problema	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indagar la naturaleza del problema (pasado, presente y futuro)</li> <li>2. Delimitar y priorizar</li> </ol>	15'	Guion

No.	Eje de Intervención ¿Qué se hace?	Descripción de intervención ¿Cómo se hace?	Tiempo ¿Cuánto dura?	Recursos de intervención ¿Con qué se hace?
6	Construir posibles soluciones	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar y reforzar recursos de afrontamiento</li> <li>2. Reestablecer la organización</li> <li>3. Establecer/reforzar redes de apoyo</li> <li>4. Identificar acciones factibles a corto plazo</li> </ol>	10'	Guion
7	Acuerdos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer acciones específicas</li> </ol>	10'	Guion
8	Cierre	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntar al usuario sobre la satisfacción de la orientación brindada</li> <li>2. Despedir</li> </ol>	1'	Guion

### Desarrollo de la carta. Nivel 3

#### Descripción de momentos

- 1. Contacto:** Se presenta con el usuario utilizando el guion estandarizado.

Buenos días/tardes, soy el/la Psic. \_\_\_\_\_, del centro de atención. Su llamada es anónima y el servicio es totalmente gratuito ¿en qué le puedo ayudar?

- 2. Caracterizar y definir el problema.** Explorar las características del problema expresado mediante preguntas exploratorias. Promover la escucha activa, la empatía y el respeto.

- a. Preguntas orientadoras:

¿Qué es lo que pasa?, ¿cuál es el problema?, ¿quiénes están involucrados en ese problema/situación?, ¿desde hace cuánto tiempo se presenta ese problema?, ¿cómo y en qué áreas le ha afectado el problema?, ¿dónde ha ocurrido?, ¿cómo se siente?

- 3. Evaluación.** Se propone seguir el formato de evaluación TRIAGE (ver arriba).

Voy a realizar algunas preguntas concretas sobre su estado actual. Agradezco las respuesta con honestidad. Después de su información le daré una realimentación y seguimos.

- 4. Intervención por niveles. PAP: Acercamiento y contención.** Cuando se trata del Nivel 3, se trabaja en proveer confianza, empatía y alivio emocional para instruir al usuario para crear un ambiente físico adecuado, así como para identificar y atender las necesidades inmediatas.

Entiendo que la situación por la que está pasando le está causando malestar. En los próximos minutos estaré acompañándolo hasta que logre sentirse mejor...me gustaría saber en dónde se encuentra, ¿es un lugar seguro? (Identificar lugar físico e identificar seguridad de éste, en caso de considerarlo inseguro, orientar para ubicarse en un ambiente adecuado. En caso de requerirse, se pueden utilizar técnicas para regulación emocional: técnicas de respiración, grounding, etc. Véase tabla de técnicas en anexos).

En este momento, ¿hay algo que usted necesite de manera inmediata? (Asistencia médica, llamar a algún familiar, agua, comida . De ser así asistir y orientar para satisfacer necesidades inmediatas).

**5. Dimensionar el problema.** Indagar la naturaleza del problema, focalizándose en las características y el presente.

Después del ejercicio, ¿usted se siente en condiciones de poder hablarme un poco más sobre el problema?, ¿qué está pasando exactamente?, ¿quiénes están involucrados en el problema?

De todo lo que me comenta, ¿qué es lo que más le inquieta o preocupa?, de todas las cosas que le preocupan, ¿qué sería lo más importante de resolver en este momento? (Se orienta el proceso para priorizar los problemas factibles de ser solucionados a corto plazo)

**6. Construir posibles soluciones.** Se refuerzan los recursos de afrontamiento del usuario con el propósito de reestablecer la organización, establecer y reforzar redes de apoyo e identificar acciones a corto plazo.

Hasta el momento ha hecho excelente trabajo. Ahora que ya hemos reconocido la/las situación/es que más le preocupan, me parece que estamos preparados para pensar qué se puede hacer durante este momento para dar la mejor solución.

En este momento, ¿qué se encuentra en sus manos o bajo su control para dar solución al problema? (Orientar para que el usuario identifique y delimite responsabilidades). ¿Cuenta usted con lo necesario para hacerse cargo de eso que menciona? (Orientar el proceso para identificar recursos).

Excelente reflexión, entonces, aclarando que en sus manos está hacer \_\_\_\_\_ (Repetir la respuesta que nos da el usuario), y que cuenta con lo necesario, vamos a pensar en acciones que pueda realizar entre hoy y los próximos días para empezar a dar solución a este problema.

¿Quiénes son las personas más cercanas y de mayor confianza en quienes pueda usted apoyarse? (Orientar el proceso para identificar red de apoyo y solicitar ayuda).

**7. Acuerdos.** Establecer acciones específicas para solucionar el problema a corto plazo, con base en los recursos del usuario.

Ahora que ya identificamos cuáles son las acciones que puede realizar y a quienes puede acudir, en caso de requerirlo, vamos a organizar esas actividades en orden de importancia, ¿de acuerdo?

Las acciones que me comentó son \_\_\_\_\_ (Repetir las acciones previamente enunciadas por el usuario). ¿Cuál de todas estas acciones pondríamos en primer lugar? (Reforzar positivamente y orientar el proceso de jerarquización).

Excelente trabajo. Ahora que ya organizamos las actividades vamos a establecer un tiempo límite para realizar cada una de ellas, empezemos con la primera (Orientar el proceso para establecer tiempos concretos).

**8. Cierre.** Proporcionar retroalimentación mediante el reforzamiento positivo, así como promover la autoevaluación del estado emocional y brindar información sobre servicios con base en el directorio.

Ha realizado un excelente trabajo durante toda la llamada, estamos próximos a terminar (Reforzar positivamente).

Me gustaría invitarlo a reflexionar, ¿cómo se encuentra su estado de ánimo?, ¿identifica algún cambio?, ¿cree que el apoyo le ha resultado útil? (Promover la autoevaluación).

Antes de despedirme me gustaría proporcionarle los datos de alguna institución/organización a la que pueda acudir posteriormente para dar continuidad a su problema \_\_\_\_\_.

Ha sido un placer atenderle y acompañarle. Nuestro centro de atención agradece su llamada, que tenga un excelente día.



#### Nivel 4. Intervención breve cognitivo-conductual

CARTA DESCRIPTIVA				
OBJETIVO DE SESIÓN		Establecer la alianza de trabajo a través de la confianza y la empatía para profundizar en el motivo de consulta del usuario	SESIÓN I	Intervención breve
No.	Eje de Intervención ¿Qué se hace?	Descripción de intervención ¿Cómo se hace?	Tiempo ¿Cuánto dura?	Recursos de intervención ¿Con qué se hace?
1	Contacto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respuesta-saludo</li> <li>2. Expediente, completar datos de identificación</li> </ol>	2'	Guion de inicio
2	Retomar motivo y encuadre	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntas breves sobre el caso</li> <li>2. Explicar el modelo y reglas de trabajo del Nivel 4</li> </ol>	10'	Guía
3	Indagar evolución	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar el avance después de la sesión previa</li> <li>2. Reconocer mejoras y contener dificultades</li> </ol>	5'	Guía
4	Técnica según sintomatología	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar técnica cognitivo-conductual sobre la sintomatología</li> </ol>	15'	Anexo de Técnicas
5	Establecer objetivos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar al consultante a establecer objetivos basados en conductas operacionales</li> <li>2. Registrar en su expediente la respuesta</li> </ol>	10'	Hoja de expediente

OBJETIVO DE SESIÓN		Establecer la alianza de trabajo a través de la confianza y la empatía para profundizar en el motivo de consulta del usuario	SESIÓN I	Intervención breve
6	Contrato de trabajo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enunciar las declaraciones o responsabilidades de cada uno: consultante y terapeuta</li> <li>2. Se describe el modelo de intervención</li> <li>3. Hacer énfasis en los aspectos éticos</li> </ol>	5'	Formato de “contrato de trabajo” y de consentimiento informado
7	Motivación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar y reconocer su interés por buscar apoyo e iniciar cambios</li> <li>2. Animar a continuar en el proceso en próxima sesión</li> </ol>	2'	Guion de motivación
8	Cierre	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntar cómo se va sentir o como se sintió</li> <li>2. Despedir</li> </ol>	1'	Guion breve de cierre

**Desarrollo de la carta. Nivel 4**  
Descripción de momentos. Sesión 1

**1. Contacto:** Abordar a través de un guion estandarizado.

Buenos días/tardes, soy el/la Psic. \_\_\_\_\_, del centro de atención. Su llamada es anónima y el servicio es totalmente gratuito ¿en qué le puedo ayudar?

**2. Retomar motivo y encuadre.** Preguntar el motivo por el cual se encuentra en el proceso de intervención breve. Señalar algunas reglas básicas del abordaje de telepsicología basada en la intervención breve (para estas véase recomendaciones técnicas al especialista).

Me puede decir su nombre y el motivo por el que nos consultó hace unos días (Escuchar empáticamente).

**3. Indagar evolución.** Revisar el avance después de la sesión previa. Reconocer mejoras y contener dificultades.

a. Preguntas abiertas

A partir de entonces, me puede decir cómo ha cambiando la situación, ¿qué mejoras ha percibido?, ¿que aspectos no han mejorado aún?

**4. Técnica según sintomatología.** Desarrollar técnica cognitivo-conductual sobre la sintomatología (Anexo de técnicas).

Haremos una técnica de trabajo que le funcionará de acuerdo a lo que me dice que usted siente.

- 5. Establecimiento objetivo.** Orientar hacia la delimitación de un objetivo terapéutico en términos de conductas específicas, actitudes o disminución de síntomas.

Hemos llegado a saber cómo está usted y de qué manera le ha afectado lo que nos describe. Me gustaría establecer con usted una meta, es decir, ¿cuál es su objetivo?, ¿qué quiere lograr al iniciar este proceso de atención con nosotros? Quiero pedirle que lo defina de manera concreta; le pongo un ejemplo: Evitaremos decir “ser mejor” o “estar bien”. Me tendría que decir, dónde estará y qué va a hacer para estar bien. Así que le escucho...

- 6. Contrato.** Dar lectura al contrato terapéutico y solicitar la aceptación verbal del mismo.

Voy a leer un contrato de trabajo que realizamos en este tipo de intervención. Al terminar de leerlo usted me dice si está de acuerdo con él y/o lo acepta, si es un sí esta respuesta la tomaré como un registro de aceptación; si es un no la tomaré como un registro de rechazo (Lectura de contrato y encuadre de intervención).

## **7. Motivación**

Estamos a punto de cerrar esta primera sesión. Reconozco el esfuerzo que usted ha hecho para llegar hasta aquí, desde su inicio de llamada hasta el cierre de esta sesión. Sabemos que no es fácil confiar en alguien que no conoce o ve de manera directa, es por eso que su interés en salir adelante es todavía más significativo. Felicidades por ello. Le pido que continuemos y podamos terminar este proceso.

**8. Cierre.** Verificar la satisfacción de la orientación proporcionada y dar cierre.

Con esto terminamos nuestra primera intervención. Me gustaría saber cómo se va a sentir o cómo se sintió (Escuchar). Igualmente, para mí fue un gusto atenderlo y me siento contento/a de haberle brindado apoyo. Nuestro centro de atención agradece su llamada, que tenga un excelente día.

**CARTA DESCRIPTIVA**

<b>OBJETIVO DE SESIÓN</b>		Establecer estrategias para generar avances significativos de acuerdo con el objetivo planteado	<b>SESIÓN 2</b>	Intervención breve
<b>No.</b>	<b>Eje de Intervención ¿Qué se hace?</b>	<b>Descripción de intervención ¿Cómo se hace?</b>	<b>Tiempo ¿Cuánto dura?</b>	<b>Recursos de intervención ¿Con qué se hace?</b>
1	<b>Contacto</b>	1. Respuesta-saludo 2. Identificación de expediente y persona	2'	Guion de inicio
2	<b>Monitoreo de avance</b>	1. Preguntar por cambios percibidos 2. Analizar el cambio (avance o retroceso)	15'	Análisis funcional
3	<b>Tema central de sesión</b>	1. Implementar la estrategia para impulsar un cambio significativo acorde a la sintomatología principal	20'	Técnica elegida
4	<b>Refuerzo positivo: motivación y responsabilidad</b>	1. Impulsar la motivación al logro de sus objetivos 2. Enfatizar en la responsabilidad personal para lograrlo	10'	Guion de motivación
5	<b>Cierre</b>	1. Preguntar cómo se va a sentir o como se sintió 2. Asignar una tarea para anclar el aprendizaje 3. Despedir	3'	Técnica elegida Guion breve de cierre

**Desarrollo de la carta. Nivel 4**  
Descripción de momentos. Sesión 2

- 1. Contacto:** Abordar a través de guion estandarizado. Identificar el expediente y la persona a la que se dará seguimiento.

Buenos días/tardes, soy el/la Psic. \_\_\_\_\_, del centro de atención. Su llamada es anónima y el servicio es totalmente gratuito ¿en qué le puedo ayudar? (Escuchar la respuesta y el nombre). Hola, qué tal \_\_\_\_ (Decir su nombre identificado). Me da gusto que usted haya continuado en esta nueva sesión. Vamos a iniciar.

- 2. Monitoreo de avance.** Realimentar la sesión revisando los cambios detectados de la anterior sesión a la presente.

- a. Preguntas de monitoreo

¿Qué cambios ha identificado en estos días desde la última vez que nos comunicamos? ¿Algunos de estos han sido hacia su mejora? ¿Ha percibido que algunos cambios no favorecieron? ¿Puede explicarme cómo se da cuenta de estos cambios?

- b. Análisis funcional

A partir de lo que usted me dice haremos un análisis sobre la secuencia de estos comportamientos e identificar hasta qué punto fue usted quien tuvo la acción responsable de estos comportamientos. (Trabajo con el análisis funcional y enseñarle a pensar cómo realizarlo de manera psicoeducativa)

- 3. Tema central de sesión.** Desarrollar una estrategia que vaya acorde con su sintomatología presentada.

En esta segunda sesión tendremos la oportunidad de revisar una técnica de trabajo que le permitirá sentirse mejor en este momento, y que además le funcionará siempre que la replique en otros momentos (Aplicación de técnica elegida).

- 4. Refuerzo positivo: motivación y responsabilidad.** Impulsar la motivación y responsabilidad para lograr sus cambios y tener el control de ellos.

Lo que usted ha aprendido el día de hoy es muy importante que lo lleve a su vida diaria. Ya sabe cómo ejecutarlo. Le invito a mantenerse firme con sus objetivos, no los pierda de vista. Reconozco al mismo tiempo que se ha dedicado otro momento para usted, y eso me habla de que está interesado(a) en mejorar. Notará que usted es quien logra sus propios cambios. Cuenta con nosotros también.

- 5. Cierre.** Verificar la satisfacción de la orientación proporcionada y dar cierre.

Con esto terminamos nuestra intervención. Me gustaría saber cómo usted se va a sentir o cómo se sintió (Escuchar). Igualmente. Para mí fue un gusto atenderle y me siento contento/a de haberle brindado apoyo.

Le dejaré una tarea específica de esta sesión a la siguiente. (Asignar tarea).

Nuestro centro de atención agradece su llamada, que tenga un excelente día.



**CARTA DESCRIPTIVA**

OBJETIVO DE SESIÓN		Reforzar los avances encontrados para prevenir riesgos de recaídas	<b>SESIÓN</b> 3	Intervención breve
No.	Eje de Intervención ¿Qué se hace?	Descripción de intervención ¿Cómo se hace?	Tiempo ¿Cuánto dura?	Recursos de intervención ¿Con qué se hace?
1	Contacto	6.Respuesta-saludo 1. Identificación de expediente y persona	2'	Guion de inicio
2	Monitoreo de avance	1. Preguntar por cambios percibidos 2. Analizar el cambio (avance o retroceso) 3. Preguntar por cumplimiento de tarea	15'	Análisis funcional
3	Tema central de sesión	1. Implementar la estrategia para impulsar un cambio significativo acorde a la sintomatología principal	20'	Técnica elegida
4	Prevenir riesgos o recaídas	1. Revisar situaciones que pueden generar una recaída 2. Asignar pautas de acción para contenerlas	10'	Técnicas de prevención
5	Cierre	1. Preguntar cómo se va a sentir o como se sintió 2. Asignar una tarea para anclar el aprendizaje 3. Despedir	3'	Técnica elegida Guion breve de cierre

**Desarrollo de la carta. Nivel 4**  
Descripción de momentos. Sesión 3

- 1. Contacto:** Abordar a través de guion estandarizado. Identificar el expediente y la persona a la que se dará seguimiento.

Buenos días/tardes, soy el/la Psic. \_\_\_\_\_, del centro de atención. Su llamada es anónima y el servicio es totalmente gratuito ¿en qué le puedo ayudar? (Escuchar la respuesta y el nombre). Hola, qué tal \_\_\_\_ (Decir su nombre identificado). Me da gusto que usted haya continuado en esta nueva sesión. Vamos a iniciar.

- 2. Monitoreo de avance.** Realimentar la sesión, revisando los cambios detectados de la anterior sesión a la presente.

- a. Preguntas de monitoreo

¿Qué cambios ha identificado en estos días desde la última vez que nos comunicamos? ¿Algunos de estos cambios han sido hacia su mejora? ¿Ha percibido que algunos cambios no favorecieron? ¿Puede explicarme cómo se da cuenta de estos cambios?

- b. Análisis funcional

A partir de lo que me dice, nuevamente haremos un análisis sobre la secuencia de estos comportamientos e identificar hasta qué punto fue usted quien tuvo la acción responsable de estos (Trabajo con el análisis funcional y recordar cómo realizarlo).

- c. Tarea

¿Recuerda que al final de la sesión le dejé una tarea específica? Me gustaría escuchar si logró hacerla y cómo le fue... (Escuchar).

- 3. Tema central de sesión.** Desarrollar una estrategia que vaya acorde con su sintomatología presentada.

Hemos llegado a nuestra sesión número tres. Hoy trabajaremos en una técnica que refuerce lo aprendido y mejore significativamente la situación en la que usted se ha encontrado (Aplicación de técnica elegida).

- 4. Prevenir riesgos o recaídas.** Revisar situaciones que conlleven posibles recaídas y asignar estrategias para atacar o contenerlas

Toda mejora o avance conlleva riesgos de recaer o retroceder. Se puede señalar que es normal hasta cierto punto. Me gustaría conocer qué hechos o situaciones ve usted como barreras, tentaciones o limitaciones que puedan aproximarle a una posible recaída, es decir, a sentirse de manera similar que cuando nos llamó por primera vez (Si existen hechos o situaciones ya detectadas desde el monitoreo usar evidencias y/o ejemplos para que el paciente los reconozca). Estas situaciones serán normales, pero también usted cuenta con la capacidad de atacarlas o contenerlas. Sugiero que podamos trabajar un ejercicio en este momento y que lo reutilice en su vida para evitar que las recaídas sean frecuentes o fuertes (Aplicar técnica).

- 5. Cierre.** Verificar la satisfacción de la orientación proporcionada y dar cierre.

Con esto terminamos nuestra intervención. Me gustaría saber cómo usted se va a sentir o cómo se sintió (Escuchar). Igualmente. Para mí fue un gusto atenderle y me siento contento/a de haberle brindado apoyo.

Nuestro centro de atención agradece su llamada, que tenga un excelente día.

**CARTA DESCRIPTIVA**

OBJETIVO DE SESIÓN		Evaluar la efectividad del cambio y del procedimiento, generando mecanismos de continuidad en su proceso personal	<b>SESIÓN 4</b>	Intervención breve
No.	Eje de Intervención ¿Qué se hace?	Descripción de intervención ¿Cómo se hace?	Tiempo ¿Cuánto dura?	Recursos de intervención ¿Con qué se hace?
1	Contacto	1. Respuesta-saludo 2. Identificación de expediente y persona	2'	Guion de inicio
2	Monitoreo de avance	1. Preguntar por cambios percibidos 2. Analizar el cambio (avance o retroceso) 3. Preguntar por mecanismo de prevención	15'	Análisis funcional
3	Tema central de sesión	1. Implementar la estrategia para consolidar continuidad significativa acorde a la sintomatología principal	20'	Técnica elegida
4	Evaluar tratamiento -pos-test-	1. Desarrollar la evaluación sintomatológica 2. Efectuar la evaluación de la intervención	10'	Instrumentos de evaluación
5	Cierre	1. Preguntar cómo se va a sentir o como se sintió 2. Agradecer y cerrar de manera final el tratamiento	3'	Guion de cierre

**Desarrollo de la carta. Nivel 4**  
Descripción de momentos. Sesión 4

- 1. Contacto:** Abordar a través de guion estandarizado. Identificar el expediente y a la persona a la que se dará seguimiento.

Buenos días/tardes, soy el/la Psic. \_\_\_\_\_, del centro de atención. Su llamada es anónima y el servicio es totalmente gratuito ¿en qué le puedo ayudar? (Escuchar la respuesta y el nombre). Hola, qué tal \_\_\_\_ (Decir su nombre identificado). Me da gusto que usted haya continuado en esta nueva sesión. Vamos a iniciar.

- 2. Monitoreo de avance.** Realimentar la sesión, revisando los cambios detectados de la anterior sesión a la presente.

- a. Preguntas de monitoreo

¿Qué cambios ha identificado usted en estos días desde la última vez que nos comunicamos? ¿Algunos de estos han sido hacia su mejora? ¿Ha percibido que algunos cambios no le favorecieron? ¿Puede explicarme cómo se das cuenta de estos cambios?

- b. Análisis funcional

A partir de lo que me dice nuevamente haremos un análisis sobre la secuencia de estos comportamientos e identificar hasta qué punto fue usted quien tuvo la acción responsable de estos (Trabajo con el análisis funcional y recordar cómo realizarlo).

Al cierre de la sesión anterior, revisamos la manera cómo podría usted enfrentar una recaída. ¿Pudo implementar la estrategia? (Escuchar y realimentar).

- 3. Tema central de sesión.** Desarrollar estrategia final que vaya acorde con su sintomatología presentada.

Hemos llegado a nuestra sesión final. Esta sesión implica consolidar sus mejoras y generar continuidad de lo aprendido (Aplicar técnica).

- 4. Evaluar tratamiento.** Revisar la evolución sintomatológica y la satisfacción del modelo de intervención.

Terminaremos con una última fase que es la evaluación. Haré algunas preguntas para saber cómo se encuentra usted en este momento y con una encuesta de satisfacción para saber en qué podemos mejorar.

- a. Propuesta TRIAGE (con preguntas orientadoras hacia los indicadores)*
- b. Evaluación del proceso (ver anexos)*

- 5. Cierre.** Verificar la satisfacción de la orientación proporcionada y dar cierre.

Con esto terminamos nuestra intervención. Me gustaría saber cómo usted se sintió o cómo va a sentirse (Escuchar). Igualmente, para mí fue un gusto atenderle y me siento contento/a de haberle brindado apoyo.

Quiero agradecerle y felicitarlo. Lo primero por la confianza que nos brindó a este equipo de trabajo. Como señalamos al principio, no es sencillo confiar en alguien a quien no ves. Lo segundo porque ha luchado y se ha comprometido de inicio a fin; no todas las personas que hacen un contacto inicial terminan como usted lo ha hecho. Esa parte me habla de sus recursos y de lo importante que usted es para sí mismo. Enhorabuena por su logro.

Estaremos aquí para cuando usted lo necesite. De parte del centro de atención le deseamos lo mejor hacia adelante, quedando a sus órdenes.



# **RECOMENDACIONES AL ESPECIALISTA**





## De autocuidado

Una vez explicados los conceptos básicos para la intervención y la conformación de la Guía junto con sus consideraciones éticas, es importante destacar las recomendaciones al especialista sobre su autocuidado.

La Organización Mundial de la Salud (2012) recomienda al especialista realizar una evaluación personal con relación a su propia salud y cuestiones personales o familiares que le puedan causar altos niveles de ansiedad, así como identificar si se está preparado o no para dar la atención en este momento y en situaciones de crisis.

Así también, la OMS diseñó una guía enfocada a una serie de intervenciones de autocuidado para la salud, definiendo el autocuidado como “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica” (OMS, 2019, p. 12).

En ese sentido la Sociedad Española de Psiquiatría (2020) menciona que la situación vivida en una pandemia como lo que ha provocado el Sars-CoV-2 (COVID-19), genera una serie de manifestaciones psicológicas en el personal sanitario, por lo que es necesario proporcionar atención emocional y generar estrategias de autocuidado en los cuidadores.

Asimismo, Macaya y Aranda (2020) refieren que esta enfermedad generada por COVID-19 ha desestabilizado la situación que enfrentan las instituciones y el personal de salud, propiciando altos niveles de afectación a nivel emocional en el clima laboral y en el personal.

De igual forma, Hernández (2020) propone recomendaciones para el cuidado de la salud mental del personal sanitario debido a que el entorno laboral al que se enfrentan en esta pandemia puede llegar a generar afectaciones físicas, psicológicas y sociales en ellos, derivado de la exigencia y excesiva carga de trabajo.

Por lo anterior, podemos decir que los profesionales de la salud presentan grandes desafíos laborales y personales en su práctica diaria, algunos de los siguientes aspectos que se presentan (ver Figura 2) pueden propiciar crisis que merecen ser visibilizadas y atendidas de manera oportuna.

Aumento de la demanda de atención y riesgo continuo de infección: Al mismo tiempo que un mayor número de profesionales de la salud estarán enfermos o sus familiares y tienen riesgo de infección.

Estigma social: pueden percibir que su familia o comunidad no quieren tenerlos cerca debido al riesgo o miedo de contagio.

Estrés psicológico: Ayudar puede ser gratificante pero también difícil porque pueden experimentar miedo, agotamiento, frustración, pena y culpa.

Dilemas éticos y morales: al momento de verse obligado a tomar decisiones complejas y en poco tiempo, sobrecarga y evolución incierta de los pacientes.

Figura 2. Desafíos del personal sanitario frente al brote de Covid-19  
(Espinosa, 2020. Basado en el Colegio Médico de Chile 2020).

Ante estos desafíos que enfrentan los profesionales de la salud, la Organización Panamericana de la Salud publicó un folleto con siete recomendaciones enfocadas al autocuidado de la salud mental del personal sanitario durante la pandemia por COVID-19.

1. Cuidar las necesidades básicas

Asegúrese de comer regularmente, sano y balanceado, manténgase hidratado, tome agua de manera permanente, evite las bebidas azucaradas y la comida chatarra, duerma al menos 8 horas para recuperarse de la jornada laboral.

2. Descansar

Siempre que sea posible realice actividades que lo reconforten, divertidas y relajantes, como jugar con sus hijos, leer, ver películas, juegos de mesa, conversar sobre temas cotidianos, distintos a la pandemia. En el trabajo haga pausas activas con la mayor frecuencia posible, evite el uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

3. Mantener el contacto con compañeros y colegas

Observe y escuche, respete las diferencias entre compañeros, algunos prefieren no hablar tanto, otros se sienten mejor y animados compartiendo sus experiencias, mantenga conversaciones constructivas, identifique errores y deficiencias

sin juzgar a las personas, todos nos complementamos: los elogios son motivadores poderosos y reductores del estrés. Conforme un grupo de autoayuda para que al menos una vez por semana conversen en un espacio seguro e imparcial de sus preocupaciones y angustias.

Si observa que un colega está en riesgo de sufrir un problema mental por estrés crónico, inmediatamente ponga la alerta al líder del equipo.

4. Manténgase en contacto con sus seres queridos

Cada vez que pueda y se sienta abrumado, póngase en contacto con sus seres queridos a través del teléfono y otros medios virtuales.

5. Autoobservación de emociones y sensaciones

Vigílese y observe sus emociones y reacciones a lo largo del tiempo, si tiene sensaciones permanentes de agotamiento, insomnio, inapetencia, tristeza prolongada, pensamientos intrusivos y desesperanza, busque ayuda de un colega o supervisor.

6. Limitar la exposición a los medios de comunicación

Utilice mecanismos de protección psicológica colocando límites a las consultas por WhatsApp y otros medios de información sobre consultas privadas o del trabajo que lo saquen de su descanso.

7. Conforme grupos de ayuda mutua y/o autoayuda

Un grupo de autoayuda se conforma de manera voluntaria entre colegas con el propósito de ventilar las emociones como confusión, inquietud, descontrol, miedo, culpa, tristeza, insensibilidad e irritabilidad, que nos están generando agobio, las actividades del grupo se llevan a cabo en un ambiente de confianza y confidencialidad entre personas que están compartiendo circunstancias similares (OPS, 2020, pp. 1-2).

Asimismo Álvarez *et al.*, (2020) presentaron aspectos importantes para hacer frente a la pandemia a través del autocuidado personal y profesional en los que consideran:

- Seleccionar la información: filtrar las fuentes y usarlas de manera racional y efectiva
- Seguir las guías y los protocolos de la sociedad médica correspondiente
- Mantener la empatía, la solidaridad y el trabajo en equipo
- Reevaluar prioridades: está bien decir no pensando en las necesidades pro-

pías; protegerse

- Expresar necesidades y sentimientos
- Recordar que el trabajo sólo es una parte de nuestra vida (Álvarez *et al.*, 2020 p. 66)

Del mismo modo Rodríguez *et al.*, (2020) hace referencia a un protocolo de actuación psicológica para el equipo de salud en tres fases, teniendo como objetivo prevenir situaciones de riesgo psicosociales en aquellas personas que atienden de manera directa a pacientes diagnosticados con COVID-19.

En la primera fase sugieren una serie de recomendaciones para el control de emociones, ejercicios de respiración y relajación dentro y fuera del espacio laboral.

En la segunda fase se centran en la evaluación del desgaste emocional y percepción de riesgo del profesional de la salud así como la psicoterapia breve, técnicas cognitivas conductuales y técnicas para aminorar el estrés.

La tercera fase está enfocada a lo experimentado posterior a la pandemia, con el objetivo de identificar estrés postraumático y a partir de una entrevista determinar el grado de afectación o malestar psicológico y establecer un posible tratamiento.

Ahora bien, en la atención psicológica telefónica durante la pandemia provocada por COVID 19, se pueden presentar diversas problemáticas en la salud mental del profesional de la salud, por lo que es importante llevar a cabo diversas acciones de autocuidado que le permitan al personal encargado de la atención permanecer en un estado de salud y bienestar y de esta manera poder brindar una atención de calidad.

Una vez identificada la situación o disposición personal del individuo es importante, como lo menciona la OMS (2012), llevar a cabo diversas recomendaciones a nivel personal y profesional, es importante tomar tiempos para comer, descansar y relajarse por periodos o intervalos cortos entre cada atención. Establecer un horario y una rutina de trabajo sin exceder los horarios permitirá evitar el desgaste físico, reducir al mínimo el consumo alcohol, nicotina, cafeína o evitar los medicamentos sin receta, es importante tener apoyo de personas de confianza, y hablar de lo que siente y piensa.

Larroy, *et al.* (2020) plantea como protocolo de autocuidado para el abordaje en el brote epidémico por COVID-19 una serie de medidas que debe tomar en cuenta el operador que se encuentra a cargo de la atención psicológica telefónica:

Las condiciones físicas del espacio de trabajo son importantes a la hora de desempeñar las diferentes funciones asignadas. Además, la asistencia puede conllevar la exposición a situaciones altamente estresantes que pueden repercutir en el bienestar personal, social y en el rendimiento laboral. Por otro lado es importante tener presente que es posible que existan situaciones de altas demandas del servicio por lo que es necesario pautar tiempos de descanso de al menos 10 minutos cada hora. Es importante monitorizar de forma sistemática el estado emocional y la fatiga por compasión en el equipo (p. 72).

La fatiga por compasión o desgaste por empatía consiste en “un estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y relacional, resultado de la exposición inmediata o prolongada al estrés por compasión y como el resultado final del proceso progresivo y acumulativo, consecuencia del contacto prolongado o intenso con clientes o pacientes” (Campos, Cardona y Cuartero, 2017, p. 119).

De acuerdo con González, Sánchez y Peña (2018) la fatiga por compasión puede llegarse a experimentar en el personal que brinda la atención al desarrollar empatía como una forma de comprensión del sufrimiento que experimenta el paciente, lo que puede generar una disminución en la capacidad de respuesta y bienestar emocional.

A su vez Larroy *et al.* (2020) plantean la importancia de promover hábitos saludables como una alimentación adecuada, dormir suficientes horas, establecer periodos de descanso, que exista regulación emocional para que la tensión fisiológica se encuentre dentro de los límites adecuados. Para ello recomienda realizar respiraciones conscientes y aceptar la realidad tal y como es, sin luchar o intentar rechazar lo sucedido, compartir las emociones con personas de confianza y darse cuenta del propio diálogo interno para detectar cuando surgen voces críticas.

Para concluir como menciona Álvarez (2020), es importante enfatizar, en algunas recomendaciones para el autocuidado en la que se debe basar la actuación del personal en la intervención a distancia, dichas recomendaciones se apoyan en satisfacer las necesidades básicas, como son comer, hidratarse y dormir con regularidad, tomar descansos, mantenerse conectados con familiares, amigos y colegas, mantenerse actualizado con fuentes confiables de información, automonitoreo y observación personal constante de signos de estrés.

## Sugerencias técnicas del proceso a distancia

Como se ha revisado, el proceso de intervención a distancia conlleva una cantidad de variables que en ocasiones por su propia naturaleza no pueden controlarse, no obstante, hay requisitos que serán elementales conocer o recordar por la condición en la que se trabaja este proceso. Por ello, se recomiendan las siguientes:

- **Conozca el equipo a utilizar**

Además de las competencias profesionales, el psicólogo deberá desarrollar competencias para un manejo adecuado de la tecnología, sus programas, incluso variedad de aplicaciones para determinar cuál es el medio más indicado para la atención. Es importante tener un buen manejo de sus herramientas y recursos, además de conocimiento sobre resolución de problemas técnicos.

- **Llaman porque suele ser urgente su necesidad**

Las características específicas del servicio de atención telefónica parten de la necesidad de una urgencia o crisis en la persona que se comunica. Ello implica la magnitud y nivel de empatía que el profesional requiere tener al momento de levantar la llamada y ponerse a total disposición. Al ofrecer el servicio a distancia es imprescindible tratar al otro con la calidez que un ser humano requiere.

- **Use todos los recursos a su disposición**

Las estrategias que posee quien toma la llamada pueden ser múltiples, pero también limitadas, es importante que el psicólogo conozca sus alcances y los materiales con los que dispone, tanto documentales como humanos para generar mayor solvencia en su intercomunicación.

- **Recuerde el manejo vocal de la comunicación**

Lo único que recibe el usuario del otro lado de la línea es la comunicación vocal, es decir, el tono, la dicción, la proyección, el ritmo y otros elementos de la voz del profesional. Saber manejarlo es parte de la asertividad que requiere al teléfono. Ofrezca un tono de voz suave y calmado, asegúrese de que el volumen sea lo suficientemente alto para ser escuchado.

- **Considere la calidad de la conexión**

La intercomunicación telefónica presenta sus propias vicisitudes. Aunque en general la red telefónica sea buena, existen situaciones que pueden complicar la comunicación, desde los datos, la red, la geografía y las condiciones climáticas hasta el saldo del usuario que demanda atención. Ante esto, revise baterías

y funcionalidad de su equipo antes de cada sesión y trate de tener un “plan b” en caso de que se presente una falla.

- **Proteja el espacio para tener confidencialidad**

Los ruidos, distractores y variables sin control en dos espacios distintos pueden ser situaciones complicadas para establecer un momento de confianza o inclusive la alianza necesaria para avanzar hacia una nueva etapa en cualquier proceso de tratamiento, más aún en un episodio de crisis y urgencia. El profesional tratará de proteger su espacio y el del usuario que demanda la atención con el mayor profesionalismo posible.

- **Mantenga una atención total evitando sus propios distractores**

El profesional debe cerciorarse de estar en un sitio donde pueda enfocar su concentración. Revise si existen elementos a su alrededor que puedan limitarlo a mantener una escucha activa, la cual requiere desarrollar para conectar adecuadamente la demanda a nivel mental y emocional con el usuario. En caso de haber una interrupción como ruidos externos, hágalos evidentes y coméntelo con naturalidad para que sea comprendido por el usuario.

- **Si va a usar la teleevaluación**

No debe poner en peligro la seguridad de las pruebas, aunque algunos materiales o procedimientos requieran modificarse. Trate de apegarse lo más posible a los procedimientos presenciales y usar herramientas digitalizadas cuando sea necesario para que la evaluación pueda ser completada.

- **Canalice el seguimiento**

Comprendiendo que las sesiones de atención telefónica son un tratamiento breve, además, que este encuentro es a distancia, se sugiere que al cierre del tratamiento el profesional tenga a la mano datos de posible canalización según las características sintomatológicas que el usuario expresa. Es importante motivar al usuario para que continúe su proceso si éste envía señales importantes que lo requieran.





# **ANEXOS**



## Estrés y Ansiedad

Técnica	Descripción
Relajación muscular progresiva (RMP)	<p>Se inicia con la siguiente instrucción:                      “Le voy a pedir que se coloque en una posición cómoda. Si puede recostarse y colocar su teléfono en altavoz está bien, si no, puede hacerlo sentado”</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Respire profundamente, inhale por la nariz y exhale por la boca.</p> <p>Se le pide al usuario que tense sus músculos por un tiempo estimado de 15 a 20 segundos y posteriormente se le solicita que se relaje, se realizan tres repeticiones.                      El orden de las partes corporales es:</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Extremidades superiores                      b. Hombros                      c. Cabeza (frente, nariz y mejillas, boca y mandíbula)                      d. Cuello                      e. Pecho                      f. Abdomen                      g. Extremidades inferiores                      h. Todo el cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante reforzar, motivar y asegurar la comprensión e incorporación de la técnica en su rutina.</li> </ul> <p>“¡Muy buen trabajo!, cada vez lo hace mejor! ¿Qué le pareció el ejercicio que realizamos el día de hoy? Es importante que usted repita este ejercicio en casa, que se dé el tiempo de realizarlo al menos una vez al día, durante treinta minutos. Recuerde, debe tensar y relajar los músculos del cuerpo, el orden es...” (Repetir el orden)</p>

Técnica	Descripción
Técnica A B C	<p data-bbox="427 292 788 322">Se sugiere seguir la indicación:</p> <p data-bbox="427 333 1353 451">“Nos vamos a enfocar en identificar la relación que existe entre lo que sentimos con lo que percibimos del exterior y los pensamientos que tenemos sobre eso que percibimos”:</p> <ul data-bbox="454 506 1369 1048" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="454 506 1299 707">• El facilitador puede realizar preguntas guía para identificar el acontecimiento activador y las creencias que lo hacen sentirse ansioso. Iniciar con una situación diferente a lo que vive actualmente, con la finalidad de identificar cómo los sentimientos, creencias y comportamientos impactan en el bienestar emocional.</li> <li data-bbox="454 717 1369 874">• Identificar acontecimiento precipitante (A): “Platíqueme alguna situación agradable que haya experimentado en los últimos tres meses. ¿Qué ocurrió? ¿Estaba solo o acompañado, con quién? ¿En dónde estaba? ¿Puede describir el contexto?”</li> <li data-bbox="454 885 1326 962">• Identificar pensamientos asociados al acontecimiento (B): “¿Qué pensó/ Qué piensa?”</li> <li data-bbox="454 972 1270 1048">• Identificar emociones asociadas al acontecimiento (C): “¿Me puede describir cómo se sintió? ¿Qué emociones experimentó?”</li> </ul> <p data-bbox="427 1105 1318 1263">La retroalimentación debe estar orientada a que la persona identifique que los sentimientos, creencia y comportamientos impactan en su bienestar emocional. Se debe orientar a que la persona identifique cuáles son los pensamientos que actualmente lo hacen sentir ansioso.</p>

Depresión	
Técnica	Descripción
Reestructuración cognitiva	<p>Seguir la indicación:</p> <p>Una vez identificada la distorsión cognitiva asociada al acontecimiento expresado por el usuario, examinar la evidencia de que ese pensamiento podría no ser cierto o completamente cierto. Una vez identificada la distorsión cognitiva, el facilitador puede realizar las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted me dice que.... (plantear la distorsión)</li> <li>• ¿Por qué piensa eso?</li> <li>• ¿Alguna vez ha...? (Explorar evidencias que contradigan parcialmente o por completo la distorsión cognitiva)</li> </ul> <p>Reforzar y motivar activamente.</p> <p>Alternativas</p> <p>Se pueden emplear las siguientes técnicas como complemento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuesta. El usuario puede encuestar a amigos y familiares sobre algún evento en el cree que todo le sale mal.</li> <li>• Pensamiento en tonos de gris. Se le solicita al usuario que aquellos pensamientos dicotómicos los evalúe en una escala de 0 a 100.</li> <li>• Doble estándar: ¿Qué le diría usted a alguien que tiene este pensamiento?</li> <li>• Definir los términos: ¿Qué significa ser...?</li> <li>• El método de la semántica. Explicar la rigidez de términos “debo” “debería”. Cambiar por “sería mejor” o “sería conveniente”.</li> <li>• Reatribución: ofrecer una visión panorámica de la problemática.</li> <li>• Análisis del costo-beneficio: Identificar ventajas y desventajas de esos pensamientos.</li> </ul>

## Regulación emocional

Técnica de respiración sostenida	<p>Se sugiere dar esta indicación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Busca un lugar cómodo y seguro donde puedas sentarte o mantenerte de pie.</li><li>• Te voy a pedir que me sigas, cuando te lo indique; vamos a tomar aire por nuestra nariz y lo vamos a retener por diez segundos; luego, poco a poco iremos soltando el aire..., lo haremos hasta que logremos sentirnos mejor. ¿Lista/o? (Se sugiere ejemplificar el proceso de inhalación y exhalación).</li></ul>
Groundig	<p>Se sugiere dar esta indicación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Busca un lugar cómodo y seguro donde puedas sentarte o mantenerte de pie.</li><li>• Te voy a pedir que me sigas, cuando te lo indique; vamos a tomar aire por nuestra nariz y lo vamos a retener por diez segundos; luego, poco a poco iremos soltando el aire..., lo haremos hasta que logremos sentirnos mejor. ¿Lista/o? (Se sugiere ejemplificar el proceso de inhalación y exhalación) ... lo estás haciendo muy bien.</li><li>• Lo hiciste bastante bien, ahora, te voy a pedir que mantengas el ritmo de tu respiración y observes a tu alrededor.</li><li>• Identifica 5 cosas que puedas mirar, ¿podrías mencionarlas?..., excelente, buen trabajo.</li><li>• Ahora, observa e identifica 4 cosas que puedes tocar..., muy bien..., Sigamos...</li><li>• Díme 3 cosas que puedes escuchar..., excelente.</li><li>• Menciona 2 cosas que puedes oler..., muy bien..., excelente trabajo.</li><li>• Ahora dime una emoción que sientas en este momento.</li></ul> <p>(Es importante reforzar positivamente durante cada una de las técnicas y orientar el proceso hacia la siguiente etapa).</p>

## Evaluación del proceso de intervención Telepsicológica

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Marca la opción de acuerdo con la siguiente escala:

1. Sí, completamente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Sin opinión
4. En desacuerdo
5. No, completamente en desacuerdo

PREGUNTA	1	2	3	4	5
1. Creo que mejoré respecto a mi motivo de consulta					
2. Trabajar con el psicólogo cumplió con lo que yo esperaba					
3. Siento que el tema de COVID-19 me tiene más tranquilo a partir de esta intervención					
4. Me sentí con comodidad/en confianza para hablar					
5. El canal de comunicación telefónica resultó eficiente					

Lo que más me agradó de la intervención fue: \_\_\_\_\_

Lo que menos me agradó de la intervención fue: \_\_\_\_\_

Otros comentarios u observaciones: \_\_\_\_\_



## Referencias

- AGENDA NOTIMEX. (2020). *Síndrome de cuarentena afectaría a entre 45 y 50 por ciento de mexicanos. El aislamiento también podría detonar un aumento en el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias.* <https://adnoticias.mx/2020/04/03/sindrome-de-cuarentena-afectaria-a-entre-45-y-50-por-ciento-de-mexicanos/>
- AINSWORTH, P. (2000). *Understanding Depression*. University Press of Mississippi.
- ÁLVAREZ, P., Castiblanco, F., Correa, A., & Guío, A. (2020). COVID-19, médicos, gastroenterología y emociones. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 35, 64-68. <https://doi.org/10.22516/25007440.546>
- AMERICAN Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Pub.
- ASOCIACIÓN Psicoanalítica Mexicana. (2020). *Depresión: en 2020 será la enfermedad mental principal en México.* <https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/depression-en-2020-sera-la-principal-causa-de-discapacidad-en-mexico/>
- BECK, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19a edición). Editorial Desclée de Brower, S.A.
- BECK, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond (Second edition)*. The Guilford Press.
- BENÍTEZ, Y. R. (2007). La orientación psicológica, un espacio de búsqueda y reflexión necesario para todos. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 4(10), 23-27.
- CABALLO, V. E., & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215.
- CAMPOS, J., Cardona J., & Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social.* [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72150/6/Alternativas\\_24\\_07.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72150/6/Alternativas_24_07.pdf),
- CAO, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>.
- CHÁVEZ-León, E., Benítez-Camacho, E., Ontiveros, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37(2), 111-117.

- CHEN, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., ... Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 0366, 19-20. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- COLEGIO MÉDICO DE CHILE. (2020). *Cuidarnos para cuidar, recomendaciones de autocuidado psicosocial para el personal de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19.*
- COOPER, S. E., Campbell, L. F., & SmuckerBarnwell, S. (2019). Telepsychology: A primer for counseling psychologists. *The Counseling Psychologist*, 47(8), 1074-1114. [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/plan-de-apoyo-a-personal-sanitario-covid19\\_compressed.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/plan-de-apoyo-a-personal-sanitario-covid19_compressed.pdf)
- DRUM, K. B., & Littleton, H. L. (2014). Therapeutic boundaries in telepsychology: Unique issues and best practice recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 309.
- FOLKMAN, S. (2010). Stress, Coping y Hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908.
- GHINASSI, C. W. (2010). Pictures of Anxiety. In *Anxiety*. Greenwood/ABC-CLIO.
- GONZÁLEZ, C., Sánchez, Y., & Peña, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 4(1), 483-498.
- GONZÁLEZ, L., Martínez, R., Hernández-González, M., & De la Roca-Chiapas, J. (2020). Psychological distress and signs of post-traumatic stress in response to the COVID-19 Health emergency in a Mexican sample. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 589-597. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S259563>.
- GONZÁLEZ, M., & Sánchez, L. (2020). Atención psicológica en la crisis por Covid-19: exploración sobre limitaciones, posibilidades y retos. *Revista Análisis de la Realidad Nacional*, 9(187), 36-49.
- GONZÁLEZ-Peña, P., Torres, R., del Barrio, V., y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28, 81-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- HERNÁNDEZ, L. (2020). Recomendaciones para el cuidado de la salud mental del personal sanitario y de apoyo que hace frente a la epidemia de COVID-19 en instituciones del sistema de salud cubano. *Revista de Información Científica para la Dirección en Salud. INFODIR*, 0(33). <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/799/1077>
- HOBFOLL, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.44.3.513>
- HOBFOLL, S. E. (2001). The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology*, 50(3), 337-421. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>

- HOBFOLL, S. E. (2011). Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. In S. Folkman (Ed.). *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of stress, health, and coping* (p. 127-147). Oxford University Press.
- HOBFOLL, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... Ursano, R. J. (2007). *Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70, 283-315. <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- HOWARD, D. M., Adams, M. J., Clarke, T. K., Hafferty, J. D., Gibson, J., Shiralí, M., ... McIntosh, A. M. (2019). Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature Neuroscience*, 22(3), 343-352. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0326-7>
- LARROY, C. et al. (2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general*. Universidad Complutense de Madrid. Consultado en <https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1484/guia-el-abordaje-no-presencial-las-consecuencias-psicologicas-brote-epidemico-covid19-la-poblacion-general>
- LAZARUS, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.
- LEMES, C. B., & Ondere, J. (2017). Aplicaciones de la psicoeducación en el contexto de la salud. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28.
- LIU, K., Chen, Y., Wu, D., Lin, R., Wang, Z., & Pan, L. (2020). Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. *Complement Ther Clin Pract*, 39. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101132>
- MACAYA, B., & Aranda, F. (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Revista Chilena de Anestesia*, 49, 356-362. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n03.014>
- MACÍAS, J. J., & Valero, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.
- MATTHIEU, M., & Ivanoff, A. (2006). Using stress, appraisal, and coping theories in clinical practice: Assessments of coping strategies after disasters. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 337-348. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhlo09>
- MCINTYRE, R., & Lee, Y. (2020). Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113104>

- MIRA, A., Ángel, E., Díaz-García, A., Rachyla, I., González-Robles, A., Bretón-López, J., & Bottella, C. (2018). Feasibility of a positive clinical psychology intervention for depressive symptoms. A Series of Cases. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27, <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1077>
- MORENO-Coutiño, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena / Mindfulness, *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-18.
- NASER, A. Y., Dahmash, E. Z., Al-Rousan, R., Alwafi, H., Alrawashdeh, H. M., Ghoul, I., ... Alyami, H. S. (2020). Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: A cross-sectional study. *Brain and Behavior*, 10, 1-13. <https://doi.org/10.1002/brb3.1730>
- NEZU, A., Maguth, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- ODRIOZOLA-González, P., Planchuelo-Gómez, A., Irurtia, M., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- OLIVELLA-López, G., Cudris-Torres, L., y Medina-Pulido, P. L. (2020). La telepsicología: una perspectiva teórica desde la psicología contemporánea. *Desbordes*, 11(1). <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/desbordes/article/view/4078>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*, Ginebra, Suiza. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203\\_spa.pdf;jsessionid=3FD4F30CF2EB2CC00CA9B17027E0B8C4?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=3FD4F30CF2EB2CC00CA9B17027E0B8C4?sequence=1)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2020). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2020). *Cuidando la salud mental del personal sanitario durante la pandemia de COVID-19*. <https://www.paho.org/es/documentos/cuidando-salud-mental-personal-sanitario-durante-pandemia-covid-19>
- ORGILÉS, M., Méndez, X., Rosa, A. I., & Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.
- OSORIO, A. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Integración Académica en Psicología*, 5(17). <https://integracion-academica.org/25-volumen-5-numero-15-2017/173-primeros-auxilios-psicologicos>.


- PINCUS, L. E. (2020). Telemental health during a global pandemic: clinical lessons from guided self-help, telephone therapy case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 16, 118-123. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v16i1.2070>
- RAMOS, R., Aleman, J. M., Ferrer, C., González, G. M., Prieto, V., & Rico, C. (2017). *Guía para la práctica de la Telepsicología*. Consejo General de la Psicología.
- REES, C. S., & Haythornthwaite, S. (2004). Telepsychology and videoconferencing: Issues, opportunities and guidelines for psychologists. *Australian Psychologist*, 39(3), 212-219.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. (2020). *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)*. [https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/cognitive-behavioural-therapy-\(cbt\)](https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/cognitive-behavioural-therapy-(cbt))
- RUBIO, J. M. (2016). *Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en una paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad (Master's thesis)*. Universidad del Norte.
- SAENZ, J. J., Sahu, A., Tarlow, K., & Chang, J. (2020). Telepsychology: training perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1101-1107.
- SAPOLSKY, R. (2013). ¿Por qué las cebras no tienen úlceras? La guía del estrés. Alianza Editorial.
- SIDDQUI, R., & Mazhar, S. (2014). The multidimensional aspect of stress and its management. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 5, 979-984. <https://usmallibrary.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=98997637&site=ehost-live&scope=site>
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA. (2020). *Cuidando la salud mental del personal sanitario*. <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20operacional%20sanitario.pdf>
- SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.
- SPIELBERGER, C. D., González-Reigosa, F., Martínez-Urrutia, A., Natalicio, L., & Natalicio, D. S. (1971). Development of the Spanish edition of the state-trait anxiety inventory. *Interamerican Journal of Psychology*, 5(3-4), 145-158.
- TAYLOR, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing, 2019.
- VERA, B., Castro, J., & Caicedo, L. (2019). La intervención del psicólogo a través de las redes sociales: una perspectiva desde la ética. *Ética en la intervención psicológica a través de las redes sociales*. *Didáctica y Educación*, 10(2), 134, 139.
- WANG, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

- WATTS, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., y Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000223>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2019). *Consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf?ua=1123123>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020a). *Co V I D 19 Strategy*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020b). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

**GUÍA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA VIRTUAL PARA PERSONAS DE GRUPOS  
VULNERABLES EN CRISIS POR LA PANDEMIA COVID-19**

se terminó de imprimir en el mes de octubre de 2020.

El tiraje consta de 250 ejemplares.



La Guía de Atención Psicológica Virtual “GAPV\_COVID-19” se presenta al lector como una herramienta necesaria para los profesionales de la salud y la salud mental. A pocos meses de tener frente a nosotros una problemática de salud pública mundial desatada por el brote de una nueva cepa de coronavirus, médicos, enfermeros, gobiernos y una sociedad cada vez más informada han buscado materiales médicos-psicológicos de apoyo que logren dar atención y orientación oportuna y científica a personas que no sólo padecen o padecieron la infección por la COVID-19, sino a aquellos individuos que temen infectarse o que han visto frustrados sus días debido al encierro prolongado.

Un grupo de científicos sumaron esfuerzos para crear una guía útil, práctica y de distribución electrónica gratuita para sus colegas. Su motivación es atender de manera expedita y con altos niveles de calidad los síntomas y padecimientos de las personas en el entorno actual.

En esta Guía se demuestra que la atención y orientación a los padecimientos y síntomas que ha traído consigo el virus SARS-CoV-2, pueden ser oportunos al trabajar *on line*, pues los paradigmas de la atención médica se han transformado. Una de las enormes ventajas de contar con dispositivos electrónicos y conexión a Internet, es el acortamiento de distancias entre pacientes y psicólogos, con lo que la atención psicológica virtual se convierte en una poderosa herramienta para el tratamiento urgente.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE NAYARIT



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES



CETYS.  
UNIVERSIDAD