



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA
PSICÓLOGOS EN INTERVENCIÓN EN CRISIS EN CONTEXTO COVID-19

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CARLOS ROBERTO ZEPEDA DOMÍNGUEZ

TUTOR PRINCIPAL

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ

Facultad de Psicología, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

DRA. LETICIA ASCENCIO HUERTAS

DR. HÉCTOR VELÁZQUEZ JURADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Ciudad de México, Diciembre, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Una etapa más concluida. Una etapa llena de tropiezos, reveses, volantazos, e indudablemente permeada por el terrible paso de una pandemia cuyo final aún se ve difuso. No cabe duda cuánto pueden cambiar las cosas en un periodo de dos años: amistades distanciadas, relaciones quebrantadas, familiares irremediabilmente perdidos, y planes drásticamente cambiados y decantados por una forzada improvisación.

Es debido a todo lo anterior por lo que me tomaré la libertad de dedicar los próximos agradecimientos, los cuales son, dicho sea de paso, todavía más especiales de lo que se esperaría que fuesen. Dicho esto, quiero agradecerles de todo corazón:

A mi **Familia Nuclear**: mi mamá, mi papá y mis hermanos; por recibirme con los brazos abiertos cada vez que regresaba a casa en calidad de visitante y hacerme recordar que, pese a la distancia, mi casa siempre será tal y que, sin importar nada, siempre tendré un lugar ahí.

A mi **Tutor Principal**: el Dr. Edgar Landa; por aceptarme en el servicio de psicología de urgencias y orientarme y guiarme a lo largo de mi residencia, aún en condiciones adversas.

Al **servicio de psicología de urgencias**: Anahí, Viri, Maca, Myriam, Lesly y Nadia; por ofrecerme su amistad y compañerismo el poco tiempo que pudimos convivir antes de que esta terrible pandemia nos alcanzase. Hubiera sido fenomenal poder convivir con todas ustedes bajo condiciones normales.

A **Ximena**; porque sí, por supuesto que te merecías tu propio espacio aquí, gracias por todos tus consejos, tu apoyo, tus chismes, tu tiempo, y sobre todo tu amistad. Gracias por absolutamente todo, Xime. Estoy completamente orgulloso de ti.

A mis **amigos que ya considero de toda la vida**: Daniel, Roberto, Aldo, y Andrés, pues sin importar cuánto tiempo podemos pasar sin hablar o sin vernos, la amistad se mantiene vigente y perenne.

A **los participantes del estudio**, pues sin ellos este trabajo prácticamente no hubiese sido posible. Les admiro y reconozco que hayan aceptado participar a sapiencia de la naturaleza del estudio y de las condiciones tan adversas que la pandemia sembró.



En memoria de todos los familiares de todos los involucrados en este trabajo, fallecidos por la caprichosa mano de la enfermedad.

Índice

	Página
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Capítulo 1.....	6
Implementación de un programa entrenamiento para psicólogos en intervención en crisis en contexto COVID-19	
Introducción	6
Método.....	21
Diseño del estudio.....	21
Participantes y escenario.....	22
VARIABLES.....	23
Instrumentos	24
Procedimiento	26
Análisis de datos	42
Resultados.....	43
Discusión.....	53
Referencias.....	59
Anexos.....	75

Resumen

La pandemia por COVID-19 ha generado una innumerable cantidad de afectaciones en la salud física y mental a nivel mundial. Dentro de estas afectaciones, se encuentra la crisis psicológica, generalmente derivada de una mala noticia por parte del personal médico. Para evitar las complicaciones de una crisis que no está siendo afrontada de manera adecuada es crucial recibir ayuda oportuna a través de la intervención en crisis. No obstante, la evidencia empírica para el entrenamiento en intervención en crisis es escasa, representando una barrera para cubrir la exigencia de personal capacitado en ámbitos hospitalarios y en contexto COVID-19. El objetivo del presente estudio es implementar y evaluar el efecto de un programa de entrenamiento en intervención en crisis vía remota en 12 estudiantes de último año de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se empleó un diseño de serie de casos y se tomaron como variables las habilidades de apoyo en crisis, la autoconfianza y las habilidades de comunicación. El entrenamiento consistió en cuatro fases: pre-intervención, entrenamiento, post-intervención y seguimiento a tres meses, empleando el juego de roles y el modelamiento como principales estrategias de entrenamiento. Se realizaron análisis descriptivos para los resultados del entrenamiento, así como el Cambio Clínico Objetivo para calcular la significancia clínica del mismo. Los resultados sugieren mejoras clínicas significativas en las habilidades de apoyo en crisis y autoconfianza de los participantes. A partir de los resultados obtenidos, se sugiere que las futuras investigaciones tomen en cuenta las limitaciones de la naturaleza de este estudio.

Palabras clave: Crisis, Intervención en crisis, Entrenamiento, Personal de salud mental, Psicólogos, COVID-19

Abstract

The COVID-19 pandemic has generated an innumerable number of impairments on both physical and mental health worldwide. Among these impairments, there is the psychological crisis, generally derived from bad news delivered by the medical personnel. To prevent the complications of a crisis that is not being adequately addressed, it's crucial to receive timely help through crisis intervention. However, empirical evidence for training in crisis intervention is scarce, representing a barrier to meeting the demand for trained personnel in hospital settings and in the COVID-19 context. The objective of this study is to implement and evaluate the effect of a remote crisis intervention training program in 12 final-year students of the UNAM's Faculty of Psychology. A case series design was used and crisis support skills, self-confidence and communication skills were taken as variables. The training consisted of four phases: pre-intervention, training, post-intervention, and three-month follow-up, using role-playing and modeling as the main training strategies. Descriptive analyzes were carried out for the training results, as well as the Target Clinical Change to calculate its clinical significance. The results suggest significant clinical improvements in the participants' crisis support skills and self-confidence. Based on the results obtained, it is suggested that future research take into consideration the limitations of the nature of this study.

Keywords: Crisis, Crisis Intervention, Training, Mental Health Personnel, Psychologists, COVID-19

Capítulo 1. Implementación de un programa entrenamiento para psicólogos en intervención en crisis en contexto COVID-19

A lo largo de la historia, la definición del concepto de salud ha ido adaptándose a las necesidades contextuales de su correspondiente época. En 1964, la Organización Mundial de la Salud dejó atrás la exclusividad del modelo biomédico en la definición de salud y la redefine como un completo estado de bienestar físico, mental y social (OMS, 1964). Años más tarde, en la Declaración de Alma-Ata la salud se señala como derecho universal y que, al gozar de este, se tiene la obligación de participar informadamente en su implementación y mantenimiento a fin de alcanzar un nivel óptimo de calidad de vida (OMS, 1978).

Décadas después y al identificarse la necesidad de replantear los objetivos de Alma-Ata, surge en el 2018 la Declaración de Astaná, en la cual se establece trabajar en la promoción de la salud, apuntando a un reparto equitativo entre países desarrollados y países en vías de desarrollo con la finalidad de mitigar la brecha existente entre estos, así como darle prioridad tanto al nivel individual como comunitario y promover ambientes que favorezcan el desarrollo de la salud al hacer de frente a conductas poco saludables e intervenir en factores psicosociales que incidan en la salud (OMS, 2018).

Tomando en cuenta los cambios que se han suscitado en la definición de salud, es razonable suponer que históricamente la humanidad no siempre ha logrado alcanzar y mantener un completo estado de bienestar físico, mental, y social. Esto cobra sentido cuando tomamos en consideración la aparición de diversas enfermedades que han impactado en el estado de salud de las personas en diferentes periodos históricos, motivo por el que se comienza a hablar más a profundidad sobre el proceso de salud-enfermedad.

Durante el transcurso del siglo XX, a partir de las observaciones de cambios significativos en los patrones de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida de la población, Omran (1971) propone la Teoría de las Transiciones Epidemiológicas, en la cual describe el cambio en los patrones de salud y enfermedad, y su interacción con variables sociodemográficas, describiendo dos etapas: una primera etapa caracterizada por un patrón de mortalidad dominado por enfermedades infecciosas; y otra segunda etapa en donde las enfermedades crónicas y degenerativas (o aquellas producidas por el hombre) prevalecen como la principal causa de mortalidad.

Décadas después, Armelagos et al. (2005), plantean la existencia de una tercera etapa de transición en donde las enfermedades infecciosas resurgen como consecuencia de la resistencia a los antibióticos, generando un patrón de morbilidad mixta al coexistir con las enfermedades crónicas y degenerativas. El resurgimiento de enfermedades infecciosas del pasado, como la cólera, la tuberculosis, la malaria y la difteria, en conjunción con las enfermedades virales más recientes, como la producida por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.) y la hepatitis, refuerzan la existencia de la tercera transición (Santosa et al., 2014).

Harper & Armelagos (2013) proponen que es imposible eliminar por completo a las enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas, y que a su vez existen nuevas enfermedades emergentes que tienen el potencial de provocar cambios demográficos, tecnológicos, en el comercio internacional, en la adaptación microbiana, y consecuentemente en la salud pública. Un claro ejemplo de estas enfermedades emergentes y su impacto global es la actual pandemia por la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19), enfermedad infecciosa derivada del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

En las últimas décadas han surgido un repunte de unos coronavirus identificados y notificados como beta-coronavirus, el MERS, el SARS y el nuevo SARS-CoV-2 se consideran transmisiones zoonóticas emergentes que han causado epidemias en humanos (Guarner, 2020; Sharma et al., 2020).

El primer tipo de coronavirus denominado SARS-CoV, apareció en el año 2003 en la provincia de Guangdong, China. Este tipo de coronavirus al ser de origen animal (del murciélago, en particular), logró mutar y transmitirse a los seres humanos usando al gato siberiano como huésped intermediario, provocando como consecuencia el brote de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS). Durante el periodo del brote, el SARS-CoV logró infectar a más de 8,000 personas, dejando tras su paso 916 muertes y una tasa de letalidad estimada del 11% (Halaji et al., 2020; Ksiazek et al., 2003; Singhal, 2020).

El segundo tipo de coronavirus conocido como MERS-CoV, surgió en Arabia Saudita en el año 2012. Al igual que el SARS-CoV, el MERS-CoV al ser de origen animal (murciélago), mutó para transmitirse a los seres humanos empleando al camello como

huésped intermediario, generando en consecuencia el brote del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS). El MERS logró infectar a más de 2,000 personas, presentando una tasa de letalidad de aproximadamente 35% (Contini et al., 2020; Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses, 2020; Madabhavi et al., 2020).

Finalmente, el tercer tipo de coronavirus surgió a finales del año 2019 cuando se reportó un brote de una neumonía de etiología desconocida, caracterizada por fiebre, tos seca, fatiga, y síntomas gastrointestinales ocasionales, en un mercado mayorista de mariscos en la ciudad de Wuhan, perteneciente a la provincia de Hubei en China. Después de una alerta epidemiológica por parte de la autoridad sanitaria local el mercado cerró sus puertas el 1 de enero de 2020. Una semana después, el 7 de enero de 2020, se identificó a un nuevo tipo de coronavirus que compartía más del 95% de homología genética con el coronavirus proveniente del murciélago y más del 70% de similitud con el SARS-CoV. El virus se denominó temporalmente como 2019-nCoV (Sharma et al., 2020; Singhal, 2020).

Para el 11 de enero de 2020 se informa el primer fallecimiento derivado de la enfermedad provocada por el nuevo coronavirus. El día siguiente, 12 de enero, la OMS nombra al cuadro clínico generado por el nuevo coronavirus como enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19). Posteriormente, durante el transcurso del mes de enero miles de personas en China fueron afectadas por la propagación desenfrenada de la enfermedad, la cual poco a poco se comenzó a expandir a países como Tailandia, Japón, Corea, Vietnam, Alemania, Estados Unidos y Singapur (Esakandari et al., 2020; Halaji et al., 2020; Li et al., 2020; Shi et al., 2020; Wu et al., 2020).

Debido a la relevancia sanitaria que implicaba el brote de neumonía ocasionado por el nuevo coronavirus, el 30 de enero de 2020 la OMS declara emergencia de salud pública de importancia internacional. Días después, el 11 de febrero de 2020 el Comité Internacional de Taxonomía de Virus nombró al nuevo coronavirus identificado como "SARS-CoV-2" (Esakandari et al., 2020; Shi et al., 2020; Wu et al., 2020).

Con el paso del tiempo, la COVID-19 seguía expandiéndose cada vez a más países distribuidos en los cinco continentes. Es hasta el 11 de marzo de 2020 que el SARS-CoV-2 ya había logrado infectar a más de cuatro millones de personas, dejando detrás más de 31,000 muertes en 210 países, motivo por el cual la OMS caracterizó oficialmente al brote mundial

del SARS-CoV-2 como una emergencia sanitaria por pandemia, obligando a todos los países afectados a adoptar medidas de confinamiento y cuarentena (Esakandari et al. 2020).

En lo que respecta a nivel nacional, el primer caso de COVID-19 se detectó el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México, tratándose de un hombre que recientemente había regresado al país de un viaje a Italia. Al día siguiente, el 28 de febrero, comenzó la Fase 1 de COVID-19 atribuida también ya a varios casos confirmados de transmisión importada del extranjero. Para el 18 de marzo de 2020 ya se tenía registro de 118 casos de COVID-19, así como también de la primera muerte reportada por COVID-19 en territorio nacional. Días después, 24 de marzo de 2020 comienza la Fase 2 de la pandemia en México al ya haberse registrado las primeras infecciones locales, por lo que el gobierno federal decreta cuarentena suspensión de actividades económicas, académicas y laborales, con la excepción de los servicios de seguridad, salud, energía y limpieza. Posteriormente, el 21 de abril de 2020 se inició con la Fase 3 de COVID-19, contando ya con brotes activos y un alcance de la propagación de más de mil casos (Suárez et al., 2020).

Al hablar de las características del SARS-CoV-2, se sabe que éste infecta principalmente a las vías respiratorias, produciendo signos y síntomas que van desde fiebre, tos seca, fatiga y disnea, debilidad, malestar general, dolor muscular, dolor de garganta, pérdida del gusto y/o del olfato, mientras que una infección sistémica más grave se puede acompañar de neumonía e insuficiencia orgánica, lo que eventualmente puede ocasionar la muerte (Esakandari et al., 2020; Hu et al., 2021; Shi et al., 2020).

Una persona que porte el SARS-CoV-2 propaga el virus a través de microgotas de líquido durante el habla, aunque también se pueden visualizar partículas más pequeñas y mucho más numerosas conocidas como partículas de aerosol. Factores como la proximidad y el tiempo de exposición tienen que ver en el riesgo de ser infectado por el SARS-CoV-2, pues se ha identificado que a menudo se requiere un contacto dentro de un rango de aproximadamente 1.82 metros de distancia, por un período de 15 minutos o más; sin embargo, también se ha observado la posibilidad de transmisión por el aire en la exposición prolongada en un espacio cerrado y sin un flujo adecuado del aire (Asselah et al., 2021).

Debido a esta transmisibilidad, la población en general es susceptible a contraer la enfermedad, sin ningún predominio de un grupo de sexo o edad marcado de manera

significativa (Hu et al., 2021). No obstante, en la literatura existente se han encontrado ciertos factores que contribuyen a la severidad de la infección, desarrollando complicaciones y en ocasiones conducir a la muerte; por ejemplo, los pacientes de edad avanzada, con comorbilidades subyacentes como hipertensión, diabetes, infección respiratoria preexistente, enfermedad cardiovascular y cáncer (Gao et al., 2021; Jordan et al., 2020; Long et al., 2020)

En lo que respecta a su filogenia y taxonomía, estudios han determinado que el SARS-CoV-2 es un Betacoronavirus de la familia Coronaviridae, y que probablemente los murciélagos hayan hecho la función de reservorio. Adicionalmente, se sospecha que su origen proveniente de una mutación y posterior transmisión al ser humano mediante un huésped intermedio (presumiblemente un pangolín). Dicho sea de paso, es por las características genéticas de este virus que las dudas y sospechas sobre si este ha sido sintetizado en un laboratorio no tienen veracidad (Andersen et al., 2020; Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses, 2020, Gralinski & Menachery, 2020; Rabaan et al., 2020).

Referente a su detección, el largo período de incubación y las infecciones asintomáticas o con síntomas leves o moderados hacen que la identificación y el rastreo del SARS-CoV-2 sea complicado, puesto que se ha observado que el período de incubación después de la exposición es de 2 a 14 días aproximadamente, con probables variaciones en los grupos de edad y entre los individuos con comorbilidades (Asselah et al., 2021; Hu et al., 2021).

La pandemia de COVID-19 ha supuesto una gran amenaza para la salud pública de todo el mundo, y prueba de esto son las cifras de contagios, casos activos y muertes. A la fecha de escribirse este documento, se han reportado casos en 222 países y territorios, con un número estimado de más de 184 millones de casos confirmados (184,534,424) con una tasa de letalidad global es 2.2%, contabilizando más de tres millones de muertes derivadas (3,991,455). Dentro de los países que encabezan la lista de casos totales se encuentran los Estados Unidos, India, Brasil, Francia y Rusia, mientras que dentro de los países con más muertes acumuladas se encuentran los Estados Unidos, Brasil, India, México y Perú (Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University; 2021).

A nivel nacional, al 6 de julio de 2021 se han confirmado más de dos millones de casos totales (2,549,862) con una tasa de incidencia de 1977 casos por cada 100,000 habitantes, acumulando un total de 233,958 defunciones COVID-19. En el desglose de las cifras por entidad federativa, los 10 estados que acumulan el mayor número de casos son la Ciudad de México, el Estado de México, Guanajuato, Nuevo León, Jalisco, Puebla, Sonora, Tabasco, Querétaro y Coahuila, que en conjunto conforman el 66% de todos los casos del país, siendo la Ciudad de México quien registra la mayor parte de los casos del país (Dirección General de Epidemiología, 2021).

Referente a las muertes por COVID-19, los 10 estados con mayor número de muertes son la Ciudad de México, el Estado de México, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Veracruz, Nuevo León, Baja California, Chihuahua y Sonora representando en conjunto el 64.9% de todas las muertes del país. De nueva cuenta, la Ciudad de México por sí sola acumula 19.4% de todas las muertes a nivel nacional (Dirección General de Epidemiología, 2021).

Aunado al indiscutible impacto físico, económico y social de la pandemia de COVID-19 que ha supuesto un gran cambio en el estilo de vida a nivel global, los efectos perjudiciales sobre la salud mental son innegables. La naturaleza infecciosa, impredecible y de rápida propagación de la COVID-19, en conjunción con el flujo constante de información a través de las redes sociales, pueden desembocar como consecuencia en alteraciones psicológicas duraderas que podrían ser incluso más perjudiciales a largo plazo que el virus en sí (Dubey et al., 2020; Qiu et al., 2020).

De manera general, diversas investigaciones realizadas a lo largo de la pandemia han encontrado que las personas pueden experimentar miedo o pánico a enfermarse o a morir, desesperanza, estigma, consumo de sustancias, enojo, frustración, confusión, incertidumbre, sensación de pérdida de control, sensación de soledad, sintomatología ansiosa, depresiva y estrés post traumático (Dubey et al., 2020; Salari et al., 2020; Torales et al., 2020). Se ha identificado que estas alteraciones se concentran en tres sectores principalmente: personal de salud en primera línea de atención a pacientes hospitalizados por COVID-19, pacientes con la enfermedad y a sus familiares (Salari et al., 2020).

Adicionalmente, a partir del contexto generado por la crisis del COVID-19, la interacción entre el personal de salud, la familia y el paciente ha sufrido de importantes

alteraciones, cambiando de manera significativa las visitas que el familiar hace al paciente hospitalizado, el acompañamiento que se acostumbra a hacer al lado de la cama, y la oportunidad del paciente de fallecer en casa, por la adopción forzada de comunicación remota a través de dispositivos celulares, como las llamadas telefónicas y las videollamadas (incluso cuando se trata de notificación de muerte), el aislamiento del paciente hospitalizado y la posibilidad de que el paciente fallezca sin el acompañamiento ni despedida de sus seres familiares, así como bajo las restricciones impuestas en la realización de rituales funerarios (Ingravallo, 2020; Morris et al., 2020).

Al hablar de los principales sectores afectados, el personal de salud que brinda atención en primera línea a pacientes de COVID-19 califica como uno de los grupos más vulnerables ante las alteraciones de la salud mental durante la pandemia, pues las largas jornadas de trabajo acompañadas de una gran presión por la demanda de atención, el riesgo latente de infección, la falta de equipo de protección e insumos básicos, la fatiga física, el estigma social y la necesidad de aislarse de sus familias contribuyen a la presencia de alteraciones como altos niveles de estrés, sintomatología ansiosa y depresiva, mala calidad del sueño e insomnio, sentimientos de inutilidad y culpa, miedo al contagio y frustración y burnout (Blake et al., 2020; Kang et al., 2020; Walton et al., 2020).

Los otros dos grupos vulnerables a las alteraciones psicológicas derivadas de la pandemia de COVID-19 son los pacientes que padecen la enfermedad y sus familiares, pues al ser los principales afectados por la enfermedad tienen que afrontar las complicaciones derivadas de la enfermedad el riesgo de muerte, así como tener que atravesar por separación y aislamiento, pérdida del trabajo y estigma y discriminación, siendo la población que presenta mayor prevalencia en alteraciones en la salud mental, como sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y mala calidad del sueño (Krishnamoorthy et al., 2020). Dichas alteraciones pueden intensificarse aún más si se toman en cuenta otras variables como la incertidumbre de la progresión de la enfermedad, el suministro insuficiente de insumos básicos de higiene, las pérdidas económicas, mayor percepción de riesgo, información vaga, inadecuada e incorrecta y, en última instancia, la notificación de muerte de familiares y amigos hospitalizados (Brooks et al., 2020; Dubey et al., 2020; Krishnamoorthy et al., 2020).

Se entiende como notificación de muerte a la comunicación verbal del fallecimiento de un paciente por parte de un proveedor médico a familiares, parientes o amigos de quien ha fallecido. Por lo general, una notificación de muerte suele ser de carácter repentino y traumático, la cual puede detonar y exacerbar respuestas como llanto, enojo, estoicismo, incredulidad, negación, reclamos, comportamiento violento hacia su persona o hacia los demás, sensación de pérdida de control, shock, y crisis emocional (Fallowfield & Jenkins, 2004; Landa-Ramírez et al., 2020a).

En lo que respecta a la crisis emocional derivada de una notificación de muerte, se entiende como crisis a un desequilibrio mental agudo, que una persona sufre cuando se enfrenta a eventos o circunstancias traumáticas, como pérdidas y cambios drásticos en el curso de la vida, que no puede afrontar en el momento porque el alcance de sus recursos y estrategias de afrontamiento para hacer frente a la situación no son suficientes para procesar el estrés causado por el impacto (Kapitany, 2019). Una crisis a menudo se manifiesta de manera inesperada, y se desarrolla a partir de la acumulación de factores de riesgo y estrés, en función de las estrategias de afrontamiento individuales, la evaluación subjetiva de la causa de la crisis y el problema que representa, así como la susceptibilidad individual y las reacciones del entorno a la crisis actual (Burchard & Diebenbusch, 2017). En el caso de una crisis por la pérdida de algún ser querido, el periodo subsecuente juega un papel primordial al determinar en la habilidad de los familiares asimilar el fallecimiento del ser querido y afrontar la misma (Tye, 1996).

El tipo de deterioro y los síntomas a través de los cuales el estrés se manifiesta en una crisis pueden variar, a menudo se experimenta una sensación de agobio y amenaza, así como inquietud, nerviosismo, tensión, insomnio, preocupaciones, alteraciones en la capacidad concentración y atención, tristeza, enojo, miedo y culpa o vergüenza, y demás comportamientos que puedan poner en riesgo la integridad física de quien experimenta la crisis o de otras personas que se encuentren a su alrededor. Dependiendo del deterioro de la persona afectada por la crisis, el desarrollo de ésta puede derivar en trastornos como el Trastorno por Estrés Agudo, si se trata de un episodio intenso pero de corta duración, y como el Trastorno de Estrés Postraumático en el caso de que el impacto traumático se torne crónico y clínicamente significativo, por lo que para evitar el desarrollo de alguna patología es crucial

que quienes se encuentren bajo crisis reciban ayuda oportuna a través de la intervención de profesionales de la salud mental capacitados (Kapitany, 2019).

La intervención en crisis es un proceso terapéutico breve, dirigido a afrontar y procesar un evento traumático y favorecer el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento. Este tipo de intervención ofrece un marco conceptual pensado para el personal de salud, sobre cómo abordar las respuestas emocionales de quienes sufren una pérdida durante las primeras horas posteriores al acontecimiento, teniendo como objetivos brindar alivio a la tensión, reconocer y reducir los peligros potenciales, reforzar y restablecer las habilidades y estrategias de afrontamiento, solución de problemas y de toma decisiones, contener y trabajar con las emociones, desarrollar un plan de acción para responder a los problemas y situaciones precedidas de la crisis (Brauchle, & Wildbahner, 2018; Kapitany, 2019; Stein, 2012; Yeager & Roberts, 2015;).

Al momento de intervenir en la crisis es necesario que se cuente con una serie de habilidades básicas como: brindar sensación de seguridad, control y estructura, un óptimo manejo de habilidades interpersonales y una elevada capacidad de empatía, contar con un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento ante las respuestas emocionales, fisiológicas y conductuales causadas por el estrés inherente en un episodio de crisis al emplear un abordaje de carácter interdisciplinario, centrado en los recursos disponibles para focalizar la atención en los acontecimientos y problemas derivados de la crisis, todo lo anterior con el fin de guiar y apoyar a la persona a recuperar su capacidad de resolución de problemas, lo cual le permitirá afrontar las demandas del medio (Stein, 2012). Vale la pena mencionar que sólo profesionales capacitados pueden dar la intervención en crisis, y que dichas habilidades se obtienen a través de la capacitación constante, basada en el entrenamiento activo y estructurado (Brauchle & Wildbahner, 2018).

Si bien en la literatura se tienen registros de esfuerzos colaborativos referentes a la capacitación para el abordaje de las crisis en ámbitos que contemplan la participación de policías, consejeros escolares y trabajadores comunitarios, es notoria la escasez de investigaciones y estudios destinados al personal de salud y psicólogos, lo cual representa una barrera para cubrir la necesidad existente de personal capacitado en el ámbito de la salud en áreas hospitalarias.

Al hacer una revisión de la literatura referente a la capacitación y entrenamiento en intervención en crisis, se tienen registros en la literatura que datan desde la década de los setentas hasta los primeros años de los dos miles, tratando temas como la promoción de la integración de la intervención en crisis en la formación del psicólogo en el ámbito de la salud, la escasa proporción del personal capacitado para intervenir en crisis, propuestas iniciales sobre modelos de capacitación y la importancia de la intervención en crisis en los servicios hospitalarios (Allen et al., 2002; Douglas et al, 1983; Israel, 1991; Jambunathan & Bellaire, 1996; Kalafat, 1984; Kercher, 1991; Rabin & Hussain, 1983; Wales, 1972; Wise et al., 1987).

En años más recientes, y ya de lleno en el contexto de áreas hospitalarias de cuidados críticos, se han propuesto modelos y recomendaciones en lo que respecta al manejo de las respuestas emocionales de crisis por parte de familiares, pacientes, y personal de salud. De manera general, dichos modelos y recomendaciones optan por planificar y realizar una evaluación biopsicosocial completa de letalidad y peligro inminente, hacer contacto psicológico y establecer rápidamente la relación de colaboración, identificar los principales problemas y los factores desencadenantes de crisis, fomentar la exploración de sentimientos y emociones, generar y explorar alternativas y nuevas estrategias de afrontamiento, restaurar el funcionamiento mediante la implementación de un plan de acción y seguimientos (Clements et al. 2006; Brauchle y Brauchle, 2014; Yeager & Roberts, 2015). Adicionalmente, se hace hincapié en que la intervención en crisis debe estar basada evidencia, ser de carácter pragmático, estar adaptada a diferentes niveles de desarrollo y culturas, y estar focalizada en la estabilización inmediata de los afectados (Brauchle y Brauchle, 2014).

Por otra parte, en lo que respecta a la intervención en crisis en modalidad remota, Kitchingman et al. (2015) señalaron que, si bien los servicios telefónicos continúan desempeñando un papel importante en la prestación de apoyo en caso de crisis, no había forma de evaluar dichos servicios ni las habilidades con las que cuentan quienes proveen la intervención, por lo que desarrollaron la Escala de Habilidades de Apoyo Telefónico en Crisis (TCSSS), un instrumento para evaluar las habilidades de apoyo en crisis distribuidas en tres factores: ideación suicida grave, episodio depresivo mayor y ansiedad general aguda. Dicho instrumento se fundamentó en un modelo propuesto que consiste en cinco etapas: hacer contacto, focalizar, reducir el estrés, afrontamiento y seguimiento. Los resultados

obtenidos indicaron que la TCSSS contó con una buena consistencia interna al reportar alfas de Cronbach de 0.95 para ideación suicida, 0.99 para episodio depresivo mayor, y 0.93 para ansiedad general aguda, concluyendo que, adicional a otras evaluaciones, la TCSSS puede aplicarse para evaluar la preparación y la calidad de las habilidades de apoyo en crisis.

Siguiendo con la línea de las intervenciones en modalidades remotas e integrándolas al actual contexto de pandemia por COVID-19, se han hecho esfuerzos por hacer de frente a las necesidades psicosociales derivadas de la crisis sanitaria adaptándose a las medidas de distanciamiento social. A continuación, se describen los estudios más relevantes disponibles en la literatura que intentan abordar la intervención en crisis en contexto COVID-19.

Cheng et al. (2020) diseñaron un programa apoyo para pares con el objetivo de brindar apoyo e intervenir en caso de crisis en proveedores de atención médica de primera línea en Wuhan, China. En dicho programa se contó con la participación de dos grupos: el grupo uno estaba conformado por 45 profesionales voluntarios como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y consejeros, quienes intervinieron directamente en caso de crisis; y el grupo dos, conformado 300 trabajadores sanitarios locales de hospitales de Wuhan y ciudades circundantes, quienes proporcionaron principalmente apoyo entre pares. Ambos grupos operaron a través de grupos especiales creados en el servicio de mensajería “WeChat”, empleando estrategias de apoyo psicológico como medidas de autocuidado, técnicas de atención plena, escucha activa, empatía y validación, musicoterapia, compartimiento de experiencias, y solución de problemas. Los resultados preliminares sugirieron que muchos de los atendidos encontraron útil y oportuna la intervención; sin embargo, debido a que se trataba primordialmente de un servicio de apoyo entre pares, no se le consideró como un tratamiento, no se emplearon instrumentos, ni se obtuvieron datos que respalden los resultados, tratándose principalmente de un apoyo estrictamente social y solidario como respuesta rápida a la crisis sanitaria provocada por el COVID-19.

Por otra parte, Zgueb et al. (2020) desarrollaron un modelo de intervención en crisis de manera remota en Túnez, con el objetivo de gestionar la necesidad urgente de apoyo psicológico derivada de la crisis sanitaria por COVID-19. Dicho modelo contó con 240 participantes voluntarios, entre los cuales había estudiantes de medicina, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, reclutados con el fin de brindar atención psicológica a la

población en general y al personal médico. En el caso de los estudiantes reclutados, se les brindó capacitación sobre el impacto de la cuarentena en la salud mental, sobre el manejo de la plataforma técnica utilizada, los algoritmos de clasificación de llamadas y las diversas dificultades a anticipar al momento de atender llamadas.

Posterior a su capacitación, los estudiantes atendieron llamadas telefónicas mientras completaban un formulario que recababa datos de identificación, antecedentes médicos y psiquiátricos y motivo de consulta, para posteriormente transferir la llamada a un profesional calificado después de verificar su disponibilidad, mientras un instructor los supervisaba. Vale la pena mencionar que a la fecha de ser enviado este estudio aún no se contaban con resultados de la intervención. De manera similar al estudio anterior, este cuenta con importantes limitaciones, pues no se emplearon instrumentos de medición que pudiesen respaldar los resultados esperados de la intervención.

En lo que respecta al contexto europeo, Cao di San Marco et al. (2020) describieron los esfuerzos de la unidad de psicología clínica para apoyar a los profesionales de la salud y a los familiares y pacientes con COVID-19 de uno de los mayores hospitales públicos de la capital regional de Lombardía en Milán, Italia. Para los profesionales de la salud, se organizaron dos tipos de apoyo psicológico: “la sala de descompresión” (espacio creado para ofrecerles un lugar seguro donde pudiesen, reflexionar, relajarse, entrar en contacto con sus emociones y expresarlas) y sesiones grupales de apoyo entre pares e intercambio de experiencias; mientras que para los familiares se organizaron brigadas de apoyo telefónico con el fin de intervenir en quienes recientemente habían experimentado la muerte de un familiar hospitalizado por COVID-19. Si bien en el estudio se recalca la importancia de la intervención psicológica en contextos similares, este tiene serias limitaciones al ser únicamente descriptivo, no mencionar el número de profesionales que intervinieron, no reportar resultados obtenidos o esperados, ni emplear instrumentos de medición que respalden a los mismos.

Finalmente, en el contexto mexicano Landa-Ramírez et al. (2020b) describieron las acciones llevadas a cabo en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en la Ciudad de México, para abordar el impacto psicológico de la notificación de muerte relacionada con el COVID-19, tanto en los familiares del fallecido como en el personal de salud. Dichas

acciones se enfocaron principalmente en la implementación de programas de entrenamiento destinados tanto a médicos, para la comunicación empática de malas noticias, como a psicólogos, para el abordaje de las respuestas emocionales del personal de salud y de los familiares de pacientes hospitalizados, a través de un protocolo de intervención en crisis vía telefónica que consiste en: conectar con la persona, focalizar la llamada, abordar la respuesta emocional, promover estrategias de afrontamiento y conectar con otros servicios.

No obstante, y de manera similar al estudio anterior, al ser esfuerzos focalizados en proporcionar una respuesta rápida a la crisis sanitaria en contexto COVID-19, no se hace mención del proceso de capacitación y entrenamiento en intervención en crisis, no se reportan resultados ni se emplean mediciones puedan demostrar y respaldar el efecto de dichas intervenciones.

Dados los antecedentes previamente mencionados, se tiene clara la relevancia social de la intervención en crisis en áreas de cuidados críticos y en contexto COVID-19; sin embargo, los esfuerzos documentados en la literatura que intentan abordar esta situación son pocos, y dentro de éstos, los estudios que han propuesto e implementado programas de entrenamiento en intervención en crisis no proporcionan información importante sobre el proceso de capacitación que se siguió, ni reportan datos empíricos que respalden los resultados obtenidos de la misma, fundamentando sus hallazgos principalmente con observaciones y autoregistros.

Aunado a lo anterior, los estudios centrados en la capacitación del abordaje emocional en situaciones de crisis en su mayoría han sido dirigidos tanto al personal de la salud (médicos y enfermeros) como al personal de otras áreas (trabajadores sociales, consejeros comunitarios y policías), prestando poca atención al personal de la salud mental que se encuentre en su etapa de formación (Wang et al. 2021). Esto cobra especial relevancia teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su Guía de Intervención del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) promueve la capacitación a profesionales y para-profesionales de la salud para atender diversas alteraciones de la salud mental; lo anterior, debido a la poca cantidad de personal especializado en salud mental. Aunque dicha capacitación ha mostrado resultados óptimos, en el caso de la intervención en crisis puede resultar ser básica e insuficiente, debido

a las habilidades previas que se necesitan desarrollar, tanto en comunicación interpersonal como en técnicas para el abordaje de las respuestas emocionales y el manejo del estrés, por lo cual estos entrenamientos idealmente deben ser dados, a personal con experiencia en el manejo de la salud mental.

Bajo esta perspectiva, el perfil del psicólogo contempla dentro de sus competencias y conocimientos la adquisición y el desarrollo de habilidades interpersonales, al hacer uso de recursos como la empatía y el establecimiento de metas y alianza terapéutica; habilidades de diagnóstico, como la detección y valoración de las necesidades y problemáticas individuales de cada paciente; y habilidades de intervención, como el empleo de técnicas específicas y estrategias de intervención en función en los objetivos desarrollados a partir de la evaluación, siendo estas habilidades de carácter primordial para lograr los objetivos de una intervención en crisis (Gonsalvez & Crowe, 2014; Stein, 2012; Yáñez, 2005).

Finalmente, debido a las restricciones propiciadas por el distanciamiento social en el actual contexto de pandemia, entender la conexión entre éste y la salud mental puede ser de especial importancia para diseñar y proporcionar intervenciones psicológicas que se adapten a las presentes circunstancias, por lo que varios países se han adaptado servicios de telepsicología para proporcionar apoyo a la salud mental, adoptando una modalidad remota (videoconferencias, dispositivos móviles inteligentes, computación en la nube, realidad virtual), pudiéndose llevar a cabo en un entorno seguro y reduciendo las disparidades en el costo y acceso de maneras que la psicoterapia tradicional no puede cubrir (Alavi et al., 2020; Jiang et al., 2020; Perrin et al., 2020). Cabe resaltar que la literatura ha respaldado la efectividad del empleo de tratamientos basados en la telepsicología al ofrecer ventajas como su fácil accesibilidad, alta adaptabilidad, flexibilidad, comodidad del cliente, fácil seguimiento del tratamiento, la posibilidad del anonimato y el bajo costo y alto potencial de difusión (McCord et al., 2020).

Si bien el empleo de la telepsicología busca brindar una solución para el acceso limitado a la atención de salud mental y es muy prometedor para abordar problemas críticos de salud mental pública, la mayoría de los proveedores de atención de salud mental carecen de una capacitación específica en esta área, por lo que se han publicado guías de diferente especificidad y contenido las cuales hacen mención sobre consideraciones éticas

relacionados con la práctica, la competencia y la formación y capacitación (McCord et al., 2020).

Dentro de las directrices señaladas para el empleo de la telepsicología, la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) destaca como principales a las siguientes: 1) Tomar acciones razonables para asegurar la competencia al hacer uso de la tecnología seleccionada para la intervención y su impacto potencial en los pacientes; 2) Asegurar las consideraciones éticas de la atención desde el inicio hasta el término de ésta; 3) Hacer los esfuerzos por obtener y documentar el consentimiento informado; 4) Hacer lo posible para proteger y mantener la confidencialidad de los datos y la información obtenida de los pacientes y, en caso de existir, informar de los riesgos potenciales de pérdida de la confidencialidad inherente al uso de la tecnología; 5) Garantizar medidas de seguridad para proteger los datos de los pacientes, de acceso a terceros o divulgación; 6) Realizar esfuerzos para eliminar datos e información de los medios tecnológicos empleados para la intervención psicológica, aumentando así la protección contra el acceso de personas no autorizadas; 7) Considerar los problemas que puedan surgir por la evaluación implementada; 8) Familiarizarse y cumplir con todas las regulaciones relevantes para proporcionar el servicio a través de la telepsicología (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013).

Adicionalmente, también se ha señalado la necesidad de programas especiales de capacitación que integren el uso de tecnologías de la comunicación para equipar a los estudiantes para las necesidades actuales y la prestación de servicios en psicología, pues las oportunidades de formación en telepsicología pueden preparar a los estudiantes para mejorar, implementar y evaluar modalidades avanzadas de atención de la salud psicológica, como lo sería en la intervención en crisis (Alqahtani et al., 2021).

Por todo lo mencionado anteriormente, resulta social y metodológicamente relevante implementar y evaluar un programa de entrenamiento en intervención en crisis que busque dotar a sus participantes de las habilidades conductuales que les permitan brindar atención a una crisis psicológica y que busque obtener datos que puedan respaldar los resultados obtenidos, sirviendo como punto de partida para futuros estudios que empleen diseños metodológicos más robustos. Por este motivo el presente trabajo tiene como objetivo

describir y evaluar la implementación de un programa de entrenamiento en intervención en crisis vía remota, dirigido a psicólogos para atender las respuestas de crisis en familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19 en el servicio de urgencias médicas.

Método

Diseño del estudio

Para describir y evaluar la implementación de este programa de entrenamiento se optó por un diseño de serie de casos. Un diseño de serie de casos (también conocido como serie clínica) es un diseño de investigación con características descriptivas y observacionales, en el que se describe la experiencia de un pequeño grupo de personas. Una serie de casos es bastante útil para describir la efectividad potencial de nuevas intervenciones, diagnósticos y respuestas inusuales (buenas o malas) a intervenciones y tratamientos. Los informes de series de casos suelen contener información detallada sobre los pacientes individuales, como información sociodemográfica (por ejemplo, edad, sexo, origen étnico) e información sobre el diagnóstico, la intervención, la respuesta a ésta y al seguimiento posterior (El-Gilany, 2018).

Dicho lo anterior, pese al menor grado de evidencia que estos estudios generan, la mayor ventaja de estos diseños es que proveen información y la posibilidad de generar datos empíricos que permite generar tanto nuevas hipótesis como modelos de intervención en el marco del estado actual del conocimiento sobre el tema estudiado en cuestión, lo cual justifica desarrollar investigaciones con diseños más complejos (Martínez et al., 2013).

Debido a que el objetivo de este estudio fue describir y evaluar la implementación de un programa de entrenamiento, este objetivo resulta ser novedoso si se contrasta con la literatura especializada disponible, pues, cómo se ha descrito anteriormente, los esfuerzos por describir los procesos de capacitación y entrenamiento en habilidades de intervención en crisis son escasos, sin proporcionar evidencia empírica. Es por esta razón que partir de un diseño de series de casos se puede proporcionar información y datos empíricos que sirvan como pauta para la realización de estudios más robustos desde el punto de vista metodológico, mismos que ofrezcan la posibilidad de establecer relaciones causales.

Participantes y escenario

Inicialmente el estudio contó con la participación de 12 voluntarios, sin embargo, debido a complicaciones surgidas a lo largo del entrenamiento, como contagio y muerte de familiares e indisposición a seguir, sólo siete participantes concluyeron el estudio. Todos los participantes fueron estudiantes que recientemente habían concluido el octavo semestre de la licenciatura en psicología por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y que, a su vez, se encontraban realizando prácticas curriculares en el Servicio de Psicología de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” por parte del curso “Temas Selectos en Psicología de la Salud”.

Se optó por reclutar a estos participantes porque la experiencia vista en el desempeño de los estudiantes que se encuentran en sus últimas etapas de formación en el Servicio de Psicología de Urgencias sugiere que éstos podrían mostrar adecuadas habilidades a cubrir con este perfil, como pueden ser las habilidades de comunicación la empatía, establecimiento y mantenimiento de alianza terapéutica, validación y contención emocional, modelamiento de técnicas de relajación, y solución de problemas, al contar con experiencia práctica llevada a cabo en las instalaciones del servicio, por lo que para fines de este estudio se optó por elegir a los participantes de esta población.

El reclutamiento de los participantes se realizó a través de la extensión de una invitación a participar en el estudio manera voluntaria al finalizar la última clase del curso anteriormente mencionado, teniendo como únicos criterios de inclusión firmar el consentimiento informado (ver Anexo 1) y llenar el formato de datos sociodemográficos (ver Anexo 2).

Variables

Habilidades de apoyo en crisis

Definición conceptual: Habilidades requeridas para proporcionar intervenciones de fácil acceso y bajo costo las alteraciones de la salud mental durante el afrontamiento de una crisis, reduciendo significativamente síntomas depresivos, sensación de desesperanza, y tendencias suicidas, al tener como fin restablecer el equilibrio mental (Kitchingman et al., 2015).

Definición operacional: Se utilizó una versión adaptada de la Escala de Habilidades de apoyo telefónico en caso de crisis, desarrollada por Kitchingman et al. (2015) (véase apartado de instrumentos para las propiedades del instrumento) y una versión adaptada para psicólogos del Instrumento de habilidades de comunicación desarrollado por Hobgood et al. (2005).

Autoconfianza

Definición conceptual: Percepción de la persona sobre la posibilidad de contar con las habilidades necesarias para alcanzar el éxito en alguna tarea. La autoconfianza depende del contexto de determinadas tareas y algunas personas parecen mostrar esta característica a través de una amplia gama de actividades (Perry, 2011).

Definición operacional: Se utilizó una escala adaptada de la Escala de Habilidades de apoyo telefónico en caso de crisis, desarrollada por Kitchingman et al. (2015) (véase apartado de instrumentos para las propiedades del instrumento).

Programa de entrenamiento en intervención en crisis para psicólogos

Definición conceptual: Programa de entrenamiento para las habilidades de apoyo en intervención en crisis, basado en las propuestas desarrolladas por Yeager & Roberts, (2015) y Kitchingman et al. (2015).

Definición operacional: El entrenamiento en intervención en crisis ante notificación de muerte consistió en cuatro fases: pre-intervención, intervención o entrenamiento, post-intervención y seguimiento a tres meses. Previamente a la sesión de pre-intervención se les dio a los participantes una sesión de carácter informativo. Cada una de las cuatro fases del entrenamiento consistió en una sesión de juego de rol en donde a los participantes se les daba

la instrucción de dar una intervención en crisis a una actriz profesional que interpretó uno de dos casos clínicos. En la fase de entrenamiento, una psicóloga del servicio de urgencias con experiencia previa en intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos proporcionó instrucciones y retroalimentación contingente a través del modelamiento; cubriendo los seis componentes del modelo intervención de Yeager & Roberts, (2015) y Kitchingman et al. (2015). A saber: 1) Indagar antecedentes y factores de riesgo, 2) Hacer contacto con recursos interpersonales, 3) Focalizar y establecer un objetivo, 4) Abordar la respuesta emocional de crisis, 5) Solución de problemas para promover el afrontamiento y 6) Cierre y seguimiento.

Instrumentos

Formato de datos sociodemográficos: Formato utilizado para recabar nombre, edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios, programa de pertenencia, y antecedentes sobre entrenamiento en intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos. El formato de datos sociodemográficos se les hizo llegar a cada participante de manera individual a través del servicio de mensajería WhatsApp, agrega en anexos el formato. (Véase Anexo 2 para consultar el formato).

Versión adaptada de la Escala de Habilidades de Apoyo Vía Telefónica para Crisis: Versión adaptada de la Escala de Habilidades de apoyo telefónico en caso de crisis desarrollada por Kitchingman et al. (2015), cuyo propósito es evaluar las habilidades de los participantes durante una intervención en crisis en modalidad telefónica, constituida por 23 reactivos tipo Likert que van de uno a cuatro (Por ejemplo: 5. Gestionar / Manejar la situación inmediata de la llamada 1 2 3 4) distribuidos en tres factores: ideación suicida grave, episodio depresivo mayor y ansiedad general aguda. Cada factor de la escala reporta alfas de Cronbach de 0.95 para ideación suicida, 0.99 para episodio depresivo mayor, y 0.93 para ansiedad general aguda. El instrumento cuenta con una puntuación mínima de 23 y máxima de 92, no se reportan puntos de corte, por lo que su interpretación es sencilla: a mayor puntuación, mayor percepción de habilidades de apoyo. Si bien, el instrumento cuenta con sólidas propiedades psicométricas en su versión original, es importante mencionar que no hay disponible una versión validada y estandarizada del instrumento para la población del presente estudio; sin embargo, se optó por elegir a este debido a que, al realizar la búsqueda de herramientas de evaluación y a la pronta respuesta que exigía la emergencia sanitaria por

COVID-19 en el contexto de urgencias, fue el único instrumento para evaluar las habilidades de intervención en crisis que se encontró. Adicionalmente, la construcción de los reactivos del instrumento da pie a valorar también una serie de habilidades conductuales apropiadas y relevantes para la intervención en crisis. (Véase Anexo 3 para consultar el instrumento).

Versión adaptada del Instrumento de habilidades de comunicación: Versión adaptada a psicólogos del instrumento de habilidades de comunicación desarrollado por Hobgood et al. (2005), autora de la lista de cotejo GRIEV_ING para su programa de entrenamiento para médicos en habilidades de comunicación para la notificación de muerte. Busca representar los factores que influyen en la calidad de la relación médico-paciente. Está constituida de nueve reactivos dividida en dos subescalas: la primera consta de seis reactivos tipo Likert que van de uno a cinco, en donde se pregunta al familiar aspectos relacionados con la conducta del médico. Los otros tres reactivos evalúan la actitud del médico para con el familiar en una escala Likert que va de uno a cinco (Por ejemplo: 1. Te saludó cálidamente; fue amable en todo momento; nunca se mostró malhumorado o grosero 1 2 3 4 5). Respecto a su calificación e interpretación, el instrumento cuenta con una puntuación mínima de nueve y máxima de 45, por lo que, a mayor puntuación, mayor habilidad de comunicación. En esta escala se reporta un alfa de Cronbach de 0.94 y, si bien, el instrumento cuenta con sólidas propiedades psicométricas en su versión original, es importante mencionar que no hay disponible una versión validada y estandarizada del instrumento para la población y condiciones del presente estudio; sin embargo, se optó por elegir este instrumento por dos motivos: 1) la pronta respuesta que exigía la emergencia sanitaria por COVID-19 en el contexto de urgencias y al no encontrar el instrumento apropiado para la situación y 2) debido a que este valora habilidades conductuales de comunicación que de igual manera son aplicables y relevantes para el caso de la intervención en crisis. (Véase Anexo 3 para consultar el instrumento).

Escala de Autoconfianza en intervención en crisis: Escala de autoconfianza desarrollada a través de la Escala de Habilidades de apoyo telefónico en caso de crisis desarrollada por Kitchingman et al. (2015), cuyas propiedades psicométricas se encuentran descritas con anterioridad. La escala consiste en siete reactivos desarrollados basados en las propuestas de intervención en crisis de Yeager & Roberts, (2015) y Kitchingman et al. (2015), que valorar

el nivel de autoconfianza al momento de ejecutar cada paso del modelo de intervención en crisis: indagar antecedentes, hacer contacto con los recursos interpersonales de la persona que llama, focalizar la llamada, aminorar el estrés de la persona que llama, promover el afrontamiento en la persona quien llama, programar acciones de seguimiento, y manejar la situación de la llamada de manera general. Cada reactivo utiliza una escala del 0 al 10 para evaluar el nivel de autoconfianza, por lo que la puntuación mínima es cero y la máxima es de 70. Se interpreta de manera similar al instrumento anterior, a mayor puntuación, mayor autoconfianza. Al igual que con la Escala de Habilidades de Apoyo a la rapidez que exigía la emergencia sanitaria por COVID-19 en el contexto de urgencias, y al no encontrar instrumentos validados y estandarizados para la población y situación del estudio, se optó por desarrollar esta escala. (Véase Anexo 3 para consultar el instrumento).

Integridad del tratamiento: Para valorar la integridad del tratamiento se desarrolló una lista de cotejo basada el modelo de Yeager & Roberts (2015) y Kitchingman et al. (2015). Esta lista de cotejo cuenta con 26 reactivos distribuidos en siete apartados: Presentación, indagar antecedentes y factores de riesgo, hacer contacto con recursos interpersonales, focalizar y establecer un objetivo para la llamada, abordar la respuesta emocional de crisis, solución de problemas para promover el afrontamiento y cierre y seguimiento. Cada reactivo cuenta con tres opciones de respuesta basadas en la ocurrencia de la conducta en particular: Lo realizó, No lo realizó y No aplica. Se reclutaron a cinco jueces a quienes se les dio acceso a las sesiones grabadas almacenadas en la unidad de almacenamiento, y se les dio la instrucción de llenar la lista de cotejo por cada participante en cada una de las fases que éstos hayan completado (Anexo 4).

Procedimiento

La telepsicología señala y fomenta el empleo diferentes tecnologías para adaptarse a las necesidades de la población y del contexto en particular (teléfonos fijos, celulares, aplicaciones móviles, videoconferencias, correo electrónico, mensajes de texto, sitios web y redes sociales). Partiendo de lo anterior, y tomando como referencia las restricciones de distanciamiento social derivadas de la pandemia, se optó por realizar el entrenamiento vía remota utilizando la función de llamadas de voz del servicio de mensajería WhatsApp. Asimismo, el estudio se llevó a cabo de acuerdo con las directrices de la APA (Alqahtani et

al., 2021; Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013).

Para el reclutamiento de los participantes, se extendió una invitación para participar en el estudio a los y las alumnas del curso “Temas Selectos en Psicología de la Salud” que comenzaron el curso en las instalaciones del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” antes de declararse cuarentena. Aquellos interesados en participar en el entrenamiento recibieron una sesión informativa vía remota de aproximadamente 45 minutos de duración, en la cual se trataron puntos como la naturaleza y estructura de la investigación, se les informó que el entrenamiento consistiría en cuatro sesiones de juego de roles asistidas por dos actrices profesionales que interpretarían un caso clínico, cada sesión correspondiendo a cada fase del estudio: pre-intervención, intervención, post-intervención, y seguimiento a tres meses.

De igual manera, se les informó a los participantes que se grabarían en audio todas las sesiones, con el fin de ser analizadas y verificar y garantizar la integridad del tratamiento. Finalmente, se recabaron los números telefónicos de cada participante como datos de contacto y se realizó el sorteo de horarios para cada fase del estudio por participante. Antes de finalizar de sesión, se les entregaron a los participantes los formatos de datos sociodemográficos y consentimiento informado para que sean debidamente completados.

Para las sesiones de entrenamiento, se reclutaron de manera voluntaria a cuatro psicólogas colaboradoras del servicio con experiencia en intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos, las cuales estuvieron presentes durante la sesión de entrenamiento y tenían la libertad de intervenir en ésta en cualquier momento al proporcionar retroalimentación contingente, instrucciones y modelamiento mientras el juego de roles se ejecutaba. Adicionalmente, al terminar con el juego de roles se abrió un espacio de retroalimentación adicional, más específica y puntual respecto a recomendaciones sobre técnicas de relajación, conectar con los recursos interpersonales del familiar, solución de problemas y ejemplos de discursos y frases empáticas. Del mismo modo, también las actrices que interpretaron el papel brindaron su retroalimentación sobre el desempeño del participante al indagar antecedentes, conectar con recursos interpersonales, dar contención a la respuesta emocional, focalizar y estructurar la sesión y planificar el seguimiento. El estudio en su

totalidad se llevó a cabo en un periodo de seis meses: del 7 de septiembre de 2020 hasta el 27 de enero de 2021.

Pre-Intervención

Posterior a la sesión informativa, se procedió a planificar las sesiones de la fase de pre-intervención. Después, se hizo el sorteo de horarios por participante, para esto se les asignó un número del uno al 12 a cada participante y con asistencia de una página web (<https://commentpicker.com/random-name-picker.php>) se eligieron aleatoriamente los números de los participantes que empezarían el estudio en uno de dos turnos: uno por la mañana y otro por la tarde, teniendo a una actriz diferente por turno. Para intentar contrabalancear las diferencias entre las actrices por participante, se optó por alternar de turno a cada participante según la fase, es decir, si a un participante se le fue asignado el horario de la mañana en la fase de pre-intervención, se le asignaría el horario de la tarde para la siguiente fase y de nuevo se alternaría de horario para la fase subsecuente (véase Anexo para los horarios por cada participante). Esta primera fase se llevó a cabo del siete de septiembre del 2020 al 23 de septiembre del 2020.

Las sesiones de la fase de pre-intervención consistieron en un juego de roles entre cada participante y una actriz profesional que desempeñó uno de dos casos clínicos sobre un familiar bajo una crisis posterior a recibir una notificación de muerte por Covid-19 de su familiar. Cabe mencionar que el número de caso clínico se alternó para cada fase, a modo que el primer caso clínico se interpretó en las fases pre y post-intervención, mientras que el segundo caso clínico se interpretó en la fase de intervención. Ambos casos clínicos trataban sobre el fallecimiento de pacientes hospitalizados en urgencias respiratorias por diagnóstico de SARSCoV-2, por lo que posterior a la notificación de muerte al familiar del paciente, se les pide a los participantes dar la intervención en crisis (véase el Anexo para los casos clínicos completos).

Una vez organizados todos los horarios, se procedió a recabar con los formatos de consentimiento informado y datos sociodemográficos de cada participante, por lo cual se le contactó a cada uno de manera individual a través del servicio de mensajería WhatsApp solicitándoles ambos formatos. Todos los documentos recabados, los instrumentos de evaluación, y los audios grabados fueron almacenados en una unidad de almacenamiento

virtual del servicio de Google Drive. Dicha unidad contiene 12 carpetas correspondientes al número de participantes al comienzo del estudio y sólo se les proporcionó acceso a las expertas voluntarias que realizaron el juceo de los audios grabados con su respectivo checklist, para esto, se les hizo llegar vía correo electrónico una liga protegida con clave que da el acceso a la unidad de Google Drive.¹

Para iniciar formalmente con las sesiones de juego de roles, se creó un grupo en el servicio de mensajería móvil WhatsApp en donde estaban todos los participantes y ambas actrices y por ese medio se les hizo llegar la planeación de horarios. Veinte minutos previos a la sesión, se hizo contacto con la actriz en turno para señalarle cuál de los dos casos clínicos (que previamente se les había enviado) había que interpretar y darles la instrucción de llenar el instrumento de habilidades de comunicación recién finalizada la sesión y enviarla a la brevedad.

Aunado a lo anterior, quince minutos antes de la sesión de cada participante se les contactó individualmente vía llamada de audio de WhatsApp con el fin de 1) darles información sobre el caso clínico a intervenir, y 2) aplicarles verbalmente los instrumentos de medición utilizados, para esto se les leían las instrucciones de cada instrumento con sus respectivas opciones de respuesta y se procedía a preguntarles cada reactivo. Cabe resaltar que durante esta fase del estudio a ningún participante se le proporcionó información adicional al caso clínico, como instrucciones y técnicas de intervención, cada participante debía hacer el juego de roles únicamente con el conocimiento con el que ya contaba; sin embargo, se les solicitó a los participantes a realizar el juego de roles de principio a fin y a no detenerse salvo que se sintiesen extremadamente abrumados por la sesión. Para grabar el audio de la sesión se utilizó el micrófono integrado Realtek® Audio, a través de la interfaz de audio Audacity.

El juego de roles se llevó a cabo a través de una llamada de audio de WhatsApp desde el grupo creado para el estudio. Durante el juego de roles el investigador principal estuvo presente todo el tiempo con el micrófono silenciado y con el fin de grabar la sesión. Las

¹ Liga de acceso a la unidad de Google drive con los audios de cada participante:
<https://docs.google.com/forms/d/1pvfWIDTBbqsGsK3jCWfwlObT38vGwMj4NLMxFFRtSfM/edit?usp=sharing>.

actrices al interpretar el caso clínico manifestaban los síntomas conductuales y emocionales esperados en una crisis psicológica, a saber: tristeza, enojo, llanto, constantes insultos y quejas al personal médico en un discurso marcado por frases como: *“me la mataron en el hospital”* *“son unos asesinos”*, así como también manifestaciones verbales de arrepentimiento e incertidumbre sobre las reacciones de los otros miembros de la familia como: *“me dijeron que no lo llevara al hospital”* *“mi papá se va a poner muy mal cuando se entere”* *“no sé qué hacer”* *“me van a regañar porque la llevé al hospital”*. Al finalizar el juego de roles, se le pidió a cada participante que se quedaran en la línea por unos minutos más supervisar que se encontrasen bien emocionalmente y, en caso de ser necesario, brindar una breve intervención; no obstante, al tratarse de la fase previa a la intervención no se les brindó retroalimentación de ningún tipo a los participantes. Finalmente, se les agradeció por su participación y se les recordó que se les contactaría de nuevo para la siguiente fase.

Intervención:

Una vez que todos los participantes finalizaron con la fase anterior, se les dio la indicación de esperar a su respectivo turno para la sesión de entrenamiento y se les hizo llegar por medio del grupo de WhatsApp un material de apoyo para brindar intervención en crisis (véase Anexo) y se les dio la instrucción de estudiar dicho material antes de su sesión de entrenamiento. Dichos materiales consistían en un guion para proporcionar la intervención en crisis vía telefónica a familiares de pacientes, el cual enlistaba acciones a realizar antes, durante, y después de la intervención, incluyendo un desglose de los pasos a seguir en la intervención adaptados de los modelos desarrollados por Yeager & Roberts (2015) y Kitchingman et al. (2015). En la Tabla 1 se detalla cada uno de los pasos del modelo de intervención en crisis y las conductas específicas que debe realizar el psicólogo durante la intervención, así como algunos ejemplos de la conducta verbal, contenidos en el desglose del guion. Adicionalmente, el guion contaba con un diagrama de flujo de pasos a seguir durante la intervención.

A modo de complementar el guion proporcionado para su estudio previo a la sesión de entrenamiento, también se les compartió en el grupo un audio en formato mp3 de una grabación de 42 minutos de duración de una intervención en crisis vía telefónica en donde se

llevaron a cabo cada uno de los pasos propuestos en el modelo de intervención en crisis descritos en el guion. A continuación, se hará una descripción general de éste.

El modelo de intervención en crisis adaptado de las propuestas de Yeager & Roberts, (2015) y Kitchingman et al. (2015) consta de seis etapas o pasos a cubrir durante el desarrollo de la crisis: 1) Indagar antecedentes y factores de riesgo, desde confirmar datos proporcionados por el personal médico, preguntar por antecedentes médicos y psiquiátricos hasta identificar estresores; 2) Hacer contacto con recursos interpersonales, al utilizar habilidades como escucha activa, empatía y validación emocional; 3) Focalizar y establecer un objetivo para la sesión; 4) Abordar la respuesta emocional, de crisis a través de técnicas de relajación; 5) Solución de problemas para promover el afrontamiento y 6) Cierre y seguimiento. En la Tabla 2 se hace una descripción más detallada del modelo de intervención.

Para esta fase, se agregaron a las psicólogas con experiencia previa en intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos, reclutadas como participantes en el grupo de WhatsApp para de esta manera poder realizar las llamadas correspondientes a cada juego de rol. A cada experta se les hizo llegar de igual modo el guion con las fases del modelo y se les dio la instrucción de mantener sus micrófonos abiertos durante toda la llamada e intervenir cuando detecten que no se está siguiendo el modelo de intervención en crisis por parte del participante y cuando noten que las respuestas emocionales de la actriz sean tan exacerbadas que los participantes presenten dificultades para seguir llevando el caso, al proporcionar retroalimentación en tiempo real, instrucciones y modelamiento según corresponda a la etapa del modelo de intervención en crisis. Al tratarse de una fase diferente, los participantes alternaron de horario y actriz. Esta fase del estudio se llevó a cabo del 18 al 26 de septiembre del 2020.

Tabla 1.

Descripción de los pasos del protocolo de Intervención en Crisis

Etapa del modelo de intervención	Conducta	Definición operacional
1) Indagar antecedentes y factores de riesgo	Indagar datos de contacto y factores de riesgo en el consultante al tener contacto con él:	
	a) Nombre del usuario	El psicólogo realiza preguntas al usuario para conocer su nombre: Por ejemplo: <i>¿Cuál es su nombre? ¿Con quién tengo el gusto?</i>
	b) Parentesco	En caso de hablar con el familiar de un paciente fallecido, el psicólogo debe preguntar sobre el parentesco que tienen. Por ejemplo: <i>¿Qué era de usted el paciente? ¿Qué relación tiene con el paciente (nombre)?</i>
	c) Antecedentes médicos	El psicólogo pregunta sobre enfermedades físicas diagnosticadas: Por ejemplo: <i>¿Padece alguna enfermedad?</i> <i>¿Tiene diabetes, hipertensión o alguna otra enfermedad? ¿Está tomando medicamentos?</i>
	d) Antecedentes psiquiátricos	El psicólogo pregunta: <i>¿Tiene algún diagnóstico psiquiátrico? ¿Usted ha tenido depresión o ansiedad? ¿O tiene algún familiar que haya tenido o tenga un diagnóstico psiquiátrico?</i>
e) Antecedentes de exposición a eventos estresantes	El psicólogo pregunta sobre eventos históricos o de desarrollo	

	<p>Por ejemplo: <i>¿Recientemente ha pasado por alguna situación estresante o que le afectara de forma importante?</i></p> <p><i>¿Ha tenido pérdidas importantes recientemente en el contexto personal?</i></p>
f) Antecedentes de ideación suicida	<p>El psicólogo pregunta: <i>¿En los últimos meses, incluso ahora ha pensado en que quisiera morirse? ¿Ha pasado por su mente el deseo de morir? ¿Ha intentado hacerse daño a sí mismo?</i></p> <p>Si se identifica ideación suicida, el psicólogo indagará sobre el grado de riesgo suicida: si hay un plan suicida o si hay intentos de autolesión actuales o previos</p>
Escucha activa	<p>El psicólogo hace expresiones verbales cortas para indicar que está poniendo atención y/o devuelve una expresión verbal relacionada con el contenido del mensaje.</p> <p>Por ejemplo: <i>“lo escucho” “continúe” “me doy cuenta”</i></p> <p><i>“Yo no puedo darte información médica acerca del estado de salud de su paciente”.</i></p>
Validación emocional	<p>Cuando el usuario menciona alguna emoción que esté sintiendo, (p. e. llorar, gritar), el psicólogo realiza expresiones verbales que indican que las emociones experimentadas son válidas y comprensibles bajo la situación adversa en la que se encuentra.</p> <p>Por ejemplo:</p>

**2) Hacer contacto
con recursos
interpersonales**

Empatía

Familiar: “Me siento muy triste”

Psicólogo: “Es comprensible que la noticia que le acaban de dar le genere mucho dolor y tristeza”

Familiar: “¿Por qué no lo traje antes al médico, pensé que solo era una gripa?”

Psicólogo: “Es muy válido sentirse enojado ante una situación inesperada y que estuvo fuera de su control”

El psicólogo realiza comentarios que muestran que identifica las emociones del familiar o el personal de salud

Por ejemplo: “Puedo notar en su tono de voz que siente mucha tristeza y frustración en estos momentos”

“Puedo ver que se siente sobrecargado por el cuidado tan intenso que ha realizado estos días”

“Puedo imaginar que está sintiendo mucho dolor por la pérdida de su familiar, que es indescriptible”

“Me imagino que fue muy angustiante para usted no poder despedirse de su familiar”

Apoyar

El psicólogo realiza comentarios que le hagan saber al consultante que está disponible para ayudarlo

Por ejemplo: “Yo estoy aquí para ayudarlo”

“Sé que es una situación dolorosa, yo estoy aquí para ayudarlo en lo que requiera”

“Me quedaré en la llamada con usted unos minutos para asegurarme que se encuentre lo mejor posible en este momento, le ofrezco mi apoyo”

“No me puedo imaginar el dolor que estás sintiendo en este momento, esperaré en la línea (telefónica) por si puedo ayudarte en algo”

Preguntar acerca de pensamientos y emociones

El psicólogo realiza preguntas acerca de las emociones experimentadas y/o preocupaciones relacionadas al motivo de su llamada.

Por ejemplo: *“¿Qué emociones siente ahora?”* *“¿Qué pasa por su cabeza en estos momentos?”*

Preguntar acerca de preocupaciones prácticas inmediatas

El psicólogo realiza preguntas acerca de las preocupaciones y problemas a resolver de forma inmediata.

Por ejemplo: *“¿Qué es lo que más le preocupa en este momento por la hospitalización de su familiar?”* *“¿Necesita realizar alguna actividad que le hayan solicitado los médicos?”* *“¿Tiene alguna preocupación en específico?”* *“¿Hay algo en lo que pueda apoyarte en este momento?”*

3) Focalizar y establecer un objetivo para la llamada

Resumir y parafrasear el discurso del usuario

El psicólogo realiza un resumen de los sentimientos y preocupaciones identificados durante la llamada, Por ejemplo: *“Me gustaría hacer un resumen de lo que hemos hablado para poder ofrecerle algunas recomendaciones para apoyarlo”*

4) Abordar la respuesta emocional de crisis

Enseñar respiración diafragmática, respiración de labios fruncidos o alguna variante de la técnica de respiración lenta

El psicólogo guía verbalmente al usuario mediante instrucciones del paso a paso para realizar una serie de respiraciones profundas desde la inhalación del aire hasta la exhalación y explica la función del ejercicio.

Por ejemplo: *“Por favor dentro de sus posibilidades necesito que siga mis instrucciones para que se sienta tranquilo, inhale despacio por la nariz, más lento de lo normal y mantenga el aire dentro de su cuerpo un momento y exhale lentamente, la exhalación es más prolongada. Yo le voy a contar, para que continúe haciendo unas repeticiones más. Esto le ayudará a sentirse más tranquilo y su cuerpo podrá relajarse”*

“Este ejercicio le demostrará que usted puede controlar sus emociones en estos momentos difíciles”

5) Solución de problemas para promover el afrontamiento

Explorar estrategias de afrontamiento pasadas

El psicólogo realiza preguntas acerca de la conducta del consultante ante situaciones difíciles previas.

Por ejemplo: *“¿Qué fue lo que usted hizo cuando le dijeron que su mamá tenía una enfermedad respiratoria?” “Por lo que me cuenta usted ya ha enfrentado la pérdida de otros familiares cercanos, ¿cómo fue que logró sentirse mejor?” “¿Cómo ha podido enfrentar otras situaciones complejas desde que trajo a su familiar al hospital?”*

En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo indagará sobre las razones por las que el usuario ha sobrevivido, así como los factores protectores que le han apoyado.

Por ejemplo: *“Por lo que ya me ha contado usted, anteriormente ya ha pensado o intentado quitarse la vida ¿Cómo pudo sobrellevar esa situación? ¿Alguien cercano le apoyó durante esos momentos? ¿Qué fue lo que le hizo cambiar de parecer en ese entonces? ¿Hubo o pasaron cosas que le ayudaron a ser fuerte ante la situación?”*

Elogiar

El psicólogo hace afirmaciones que elogian los esfuerzos del usuario por afrontar situaciones estresantes a través de comentarios positivos o de agrado hacia su conducta.

Por ejemplo: *“Usted hizo todo lo que estuvo en sus manos dada la información que tenía”*

“Usted realizó los cuidados que le indicó el doctor, se esforzó mucho, sin embargo, hay cosas que están fuera de su control”

“Quiero reconocerle que actuó lo más rápido que pudo a pesar del impacto emocional que le causó esta situación”

“Usted está siguiendo muy bien las indicaciones, continúe así”

“Usted ha podido seguir atendiendo con la mejor disposición posible aun con el estrés y el cansancio que le genera”

Establecer una meta en común

El psicólogo acuerda con el consultante una meta conductual que este bajo el control del familiar para promover un estilo de afrontamiento hacia la acción.

Por ejemplo: *“Me comenta que le preocupa mucho cómo comunicar la noticia del fallecimiento a sus hijos, ¿le parece si le doy algunas recomendaciones para que lo haga?”*

6) Cierre y seguimiento

Generar alternativas de solución

El psicólogo pregunta al usuario sobre soluciones y/o mencionarlas para lograr la meta en común.

Por ejemplo: *¿Usted cómo le haría para darle la noticia a sus hijos?*

“¿Qué se le ocurre que pueda hacer para sentirse tranquila cuando lleguen sus demás familiares?” “¿Qué se le ocurre que pueda hacer antes (o después) de recibir el informe médico?” “¿Qué se le ocurre que podría hacer para seguir cuidando a tu familiar?”

Brinda psicoeducación sobre la importancia del autocuidado y la salud mental durante eventos estresantes

El psicólogo menciona información sobre las emociones y conductas esperadas y de alarma en un corto plazo ante la presencia del evento estresor, así como resalta la importancia del autocuidado y las redes de apoyo social para enfrentar el evento.

Por ejemplo: *“Para concluir esta plática con usted me gustaría decirle que las emociones de tristeza y dolor son parte de un proceso normal de duelo, sin embargo, si esto afecta su funcionalidad, o su salud no es normal” “Quiero que procures seguir estas medidas para cuidar tu salud física y mental mientras estás cuidando a tu familiar”*

En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo reforzará que se evite el consumo de sustancias adictivas y que el usuario se encuentre acompañado presencialmente o por vía remota con alguna red de apoyo (por ejemplo: familiar, amigo).

Dar información sobre datos de contacto

El psicólogo indica al usuario un número donde pueda localizarlo.

Por ejemplo: *“Si tiene dudas o necesita ayuda posteriormente, le doy el número del servicio para que me llame”*

En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo brindará datos de canalización de líneas de emergencia o de centros de apoyo de salud mental especializados.

Recabar datos de contacto del familiar

El psicólogo pregunta datos sociodemográficos del usuario y su número de teléfono de casa o celular.

Por ejemplo: *“Voy a recabar algunos datos de usted, por favor dígame su nombre completo, edad y un número donde pueda localizarlo”*

Acordar una forma de seguimiento

En caso de que sea necesario un seguimiento, el psicólogo define un medio de contacto para dar otra sesión dentro de un tiempo determinado.

Por ejemplo: *“Me gustaría saber cómo usted va afrontando esta situación, por lo que posteriormente me pondré en contacto con usted por teléfono para saber cómo se siente, si usted lo requiere puede llamar antes”.*

En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo programará una sesión de seguimiento a un plazo de dos días y pedirá algún contacto de emergencia

De igual modo que la fase anterior, el juego de roles se hizo a través de llamadas de audio de WhatsApp en las cuales estaban presentes el participante, el investigador que registraba el audio, la actriz y una la psicóloga invitada. Como se describió con anterioridad, durante el juego de roles las expertas tenían la indicación de intervenir cuando sea necesario, o bien, cuando el participante explícitamente solicitaba el apoyo. Aunado a lo anterior, a diferencia de la fase anterior, durante esta fase no se le hicieron evaluaciones al participante.

Al terminar con el juego de roles se abrió un espacio de retroalimentación adicional de una duración aproximada de media hora. En este espacio, primero se le invitó al participante expresar cómo se sintió durante y después de la llamada, así como expresar de manera crítica que pudo observar respecto al caso clínico como a su desempeño al brindar la intervención en crisis. Posteriormente, se proporcionó retroalimentación más específica y puntual respecto al desempeño del participante, enfocando recomendaciones sobre técnicas de relajación, conectar con los recursos interpersonales del familiar, solución de problemas y ejemplos de discursos y frases empáticas. Del mismo modo, también las actrices que interpretaron el papel brindaron su retroalimentación sobre el desempeño del participante al indagar antecedentes, conectar con recursos interpersonales, dar contención a la respuesta emocional, focalizar y estructurar la sesión y planificar el seguimiento.

Post-Intervención:

Las sesiones de la fase de post-intervención de igual manera consistieron en un juego de roles entre cada participante y la actriz profesional. De nueva cuenta tanto los horarios como el caso y la actriz asignada se invirtieron, es decir, a quienes les tocó el turno de la tarde en la fase de entrenamiento ahora se les fue asignado el turno de la mañana en esta fase. Esta fase del estudio se llevó a cabo del 28 de septiembre al 12 de octubre del 2020.

De igual manera que la fase de pre-intervención, veinte minutos previos a la sesión, se hizo contacto con la actriz en turno para señalarle cuál de los dos casos clínicos (que previamente se les había enviado) había que interpretar y darles la instrucción de llenar el instrumento de habilidades de comunicación recién finalizada la sesión y enviarla a la brevedad, mientras que quince minutos antes de la sesión de cada participante se les contactó individualmente vía llamada de audio de WhatsApp con el fin de darles información sobre el caso clínico a intervenir, y aplicarles verbalmente los instrumentos de medición utilizados,

para esto se les leían las instrucciones de cada instrumento con sus respectivas opciones de respuesta y se procedía a preguntarles cada reactivo.

Durante esta fase del estudio a ningún participante se le proporcionó información adicional al caso clínico, como instrucciones y técnicas de intervención, así como retroalimentación en tiempo real y modelamiento. De nueva cuenta, se les solicitó a los participantes a realizar el juego de roles de principio a fin y a no detenerse salvo que se sintiesen extremadamente abrumados por la sesión. Al finalizar el juego de roles a cada participante se les recordó que se dejaría pasar un periodo de tres meses para que posteriormente se les contacte y se realice su seguimiento. Durante el periodo intermedio entre esta fase y el seguimiento se procedió con la calificación de los instrumentos. Para esto, se utilizó una base de datos en el software de Microsoft Office Excel, en donde se utilizó el identificador numérico de cada participante, y se vació la suma de las puntuaciones de cada instrumento por fase.

Seguimiento a tres meses:

Previamente a realizar las sesiones de seguimiento, se les contactó vía WhatsApp a cada participante de manera individual y se les preguntó si deseaban seguir participando con el estudio. Para esta fase cinco participantes decidieron retirarse del estudio debido a las siguientes circunstancias: hospitalización y/o muerte reciente de un familiar por COVID-19 e indisposición emocional de seguir con el estudio. Cada una de las decisiones de los participantes fue respetada y se les indicó la posibilidad de que si ellos deseaban podrían retomar el entrenamiento posteriormente, lo cual no ocurrió.

Las sesiones del seguimiento nuevamente consistieron en un juego de roles entre cada participante y la actriz profesional. Veinte minutos previos a la sesión, se hizo contacto con la actriz en turno para señalarle cuál de los dos casos clínicos había que interpretar y darles la instrucción de nuevo de llenar el instrumento de habilidades de comunicación recién finalizada la sesión y enviarla a la brevedad, mientras que quince minutos antes de la sesión de cada participante se les contactó individualmente vía llamada de audio de WhatsApp con el fin de darles información sobre el caso clínico a intervenir, y aplicarles verbalmente los instrumentos de medición utilizados.

A ningún participante se le proporcionó información adicional al caso clínico, como instrucciones y técnicas de intervención, así como retroalimentación en tiempo real y modelamiento. Igual que en la fase anterior, se les solicitó a los participantes a realizar el juego de roles de principio a fin y a no detenerse salvo que se sintiesen extremadamente abrumados por la sesión. El caso clínico para esta fase fue el caso uno. Esta fase del estudio se llevó a cabo del 15 al 27 de enero de 2021. Una vez terminadas todas las sesiones de los participantes restantes, se utilizó la misma base de datos mencionada anteriormente y se agregaron las sumas de las puntuaciones de cada instrumento por participante.

Análisis de datos

Para este estudio, se optó por realizar análisis descriptivos de las de las puntuaciones de cada variable por cada fase del entrenamiento y para las listas de cotejo. Por otra parte, no se consideró el empleo de análisis estadísticos inferenciales debido a las siguientes razones: las características propias del diseño de serie de casos, al ser un diseño pensado primordialmente en intervenciones novedosas, se recomienda realizar análisis descriptivos en lugar de análisis inferenciales (El-Gilany, 2018); aunado a lo anterior, pensando en que los análisis estadísticos inferenciales pretenden sacar conclusiones de una muestra y generalizarlas a una población, es menester que dicha muestra refleje de manera significativa a la población, por lo que para efectos de este estudio y teniendo en consideración la cantidad de los participantes (12 participantes), las posibles conclusiones derivadas del uso de estadísticos inferenciales tendrían una validez muy limitada (Frost, 2019).

Por otra parte, con el objetivo de reportar una medida que diera cuenta de la importancia práctica de cambio del participante que se produce como consecuencia de la intervención, se calculó la significancia clínica con el Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (CCO), (Cardiel, 1994). El CCO tiene como ventaja que permite evaluar a través de la variable de interés, pues muestra el grado en que el efecto del tratamiento denota mejoría en la variable. Para calcularla se utilizaron las puntuaciones pre y post de la versión adaptada de la Escala de Habilidades de Apoyo Vía Telefónica para Crisis, la versión adaptada del Instrumento de habilidades de comunicación, y de la Escala de Autoconfianza en intervención en crisis. Para obtener el CCO de cada participante en cada fase, se restó la puntuación post-test menos la puntuación pre-test, y el resultado se dividió sobre la puntuación del pre-test. Se consideraron a los CCO

superiores a 0.20 como clínicamente significativos. En lo que respecta al análisis de las listas de cotejo para la integridad del tratamiento, se calificaron los 26 reactivos y se contaron como uno aquellos presentes y como cero los ausentes y los casos en donde no aplicaba. Posteriormente, se calcularon los porcentajes para cada participante y cada fase.

Resultados

Referente a los datos sociodemográficos, el promedio de edad de los participantes fue de 23 ± 1.44 años. De un total de 12 participantes, 10 fueron mujeres (83.33%) y dos fueron hombres (16.67%). Sólo un participante refirió antecedentes de entrenamiento previo en primeros auxilios psicológicos desde hace tres años al momento de haberse recabado los datos. De los 12 participantes siete concluyeron con la totalidad del entrenamiento (58.33%) mientras que cinco optaron por retirarse voluntariamente del estudio (41.67%). Las características de los participantes se detallan en la Tabla 2.

En la Tabla 3 se muestran las medias y las desviaciones estándar de las puntuaciones por fase del estudio. De manera general, se puede observar que, para las Habilidades de apoyo en crisis, la Autoconfianza y las habilidades de comunicación, el promedio de las puntuaciones aumentó de la fase de pre-intervención a la fase de post-intervención, mientras que al contrastar la fase de post-intervención con el seguimiento a tres meses se puede apreciar un descenso, aunque para las habilidades de apoyo en crisis y para la autoconfianza el promedio de las puntuaciones del seguimiento a tres meses sigue siendo mayor al promedio de la fase de pre-intervención.

Tabla 3.

Análisis descriptivos por variable

Fase	n	Habilidades de apoyo en crisis	Autoconfianza	Habilidades de comunicación
Pre-intervención	12	55.25 ± 8.83	44.08 ± 9.43	40.08 ± 5.60
Post-intervención	11	71.27 ± 8.25	56.36 ± 6.97	42.81 ± 2.97
Seguimiento*	7	69.14 ± 6.31	58.57 ± 5.36	38.57 ± 4.10

Nota: * los resultados de esta fase están calculados en función a los participantes que concluyeron con las tres fases del estudio

Tabla 2.*Características sociodemográficas de los participantes*

Participante	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de estudios	Entrenamiento previo en Intervención en Crisis	Entrenamiento previo en Primeros Auxilios Psicológicos
1	Hombre	22	Soltero	Licenciatura	No	Sí
2	Mujer	24	Soltera	Licenciatura	No	No
3	Hombre	24	Soltero	Licenciatura	No	No
4	Mujer	23	Soltera	Licenciatura	No	No
5	Mujer	22	Soltera	Licenciatura	No	Sí
6	Mujer	22	Solera	Licenciatura	No	No
7	Mujer	22	Soltera	Licenciatura	No	No
8*	Mujer	22	Soltera	Licenciatura	No	No
9*	Mujer	23	Soltera	Licenciatura	No	No
10*	Mujer	22	Soltera	Licenciatura	No	No
11*	Mujer	27	Soltera	Licenciatura	No	No
12*	Mujer	24	Soltera	Licenciatura	No	No

Nota: * participantes que no concluyeron con todas las fases del estudio por los siguientes motivos: hospitalización y/o muerte de familiares por COVID-19, falta de disposición emocional, proceso de duelo.

Por otra parte, en las figuras 1, 2 y 3 se muestran las puntuaciones de todos los participantes por las variables del estudio. En dichas figuras puede apreciarse que los primeros siete participantes son quienes concluyeron con la totalidad del estudio, y los cuatro restantes son quienes no pudieron finalizar con el mismo. El participante 11 se excluyó de las figuras debido a que sólo contaba con una medición

Figura 1

Resultados de Habilidades de apoyo en crisis de todos los participantes

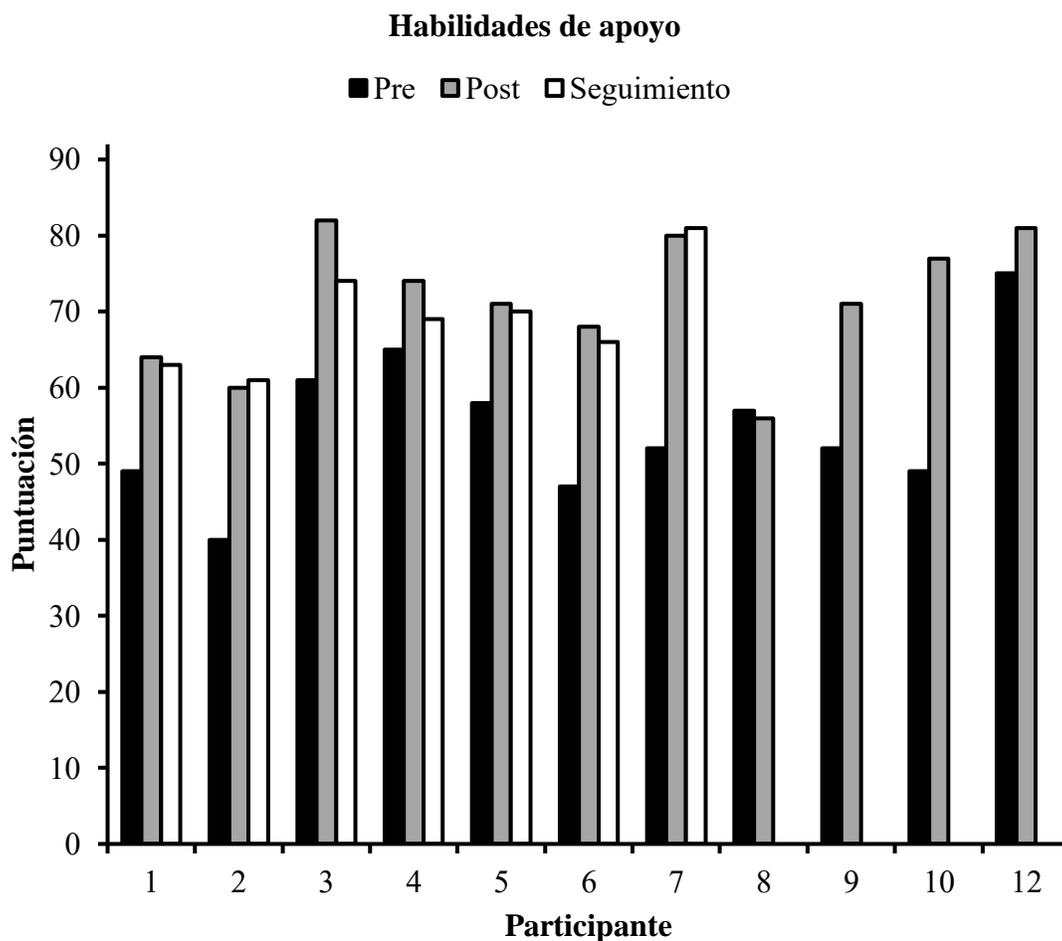


Figura 1. Puntaje total de cada participante en la escala de habilidades de apoyo durante las tres fases del entrenamiento.

Como puede observarse en la Figura 1, todos los participantes (excepto el participante ocho) aumentaron su puntuación de habilidades de apoyo en crisis de la fase de pre-intervención a la fase de post-intervención. Referente al seguimiento, se puede observar que

cinco participantes disminuyeron su puntuación, manteniéndose aún sobre su puntuación en la fase de pre-intervención, mientras que dos participantes lograron subir su puntuación respecto a su fase anterior.

Figura 2

Resultados de Autoconfianza de todos los participantes

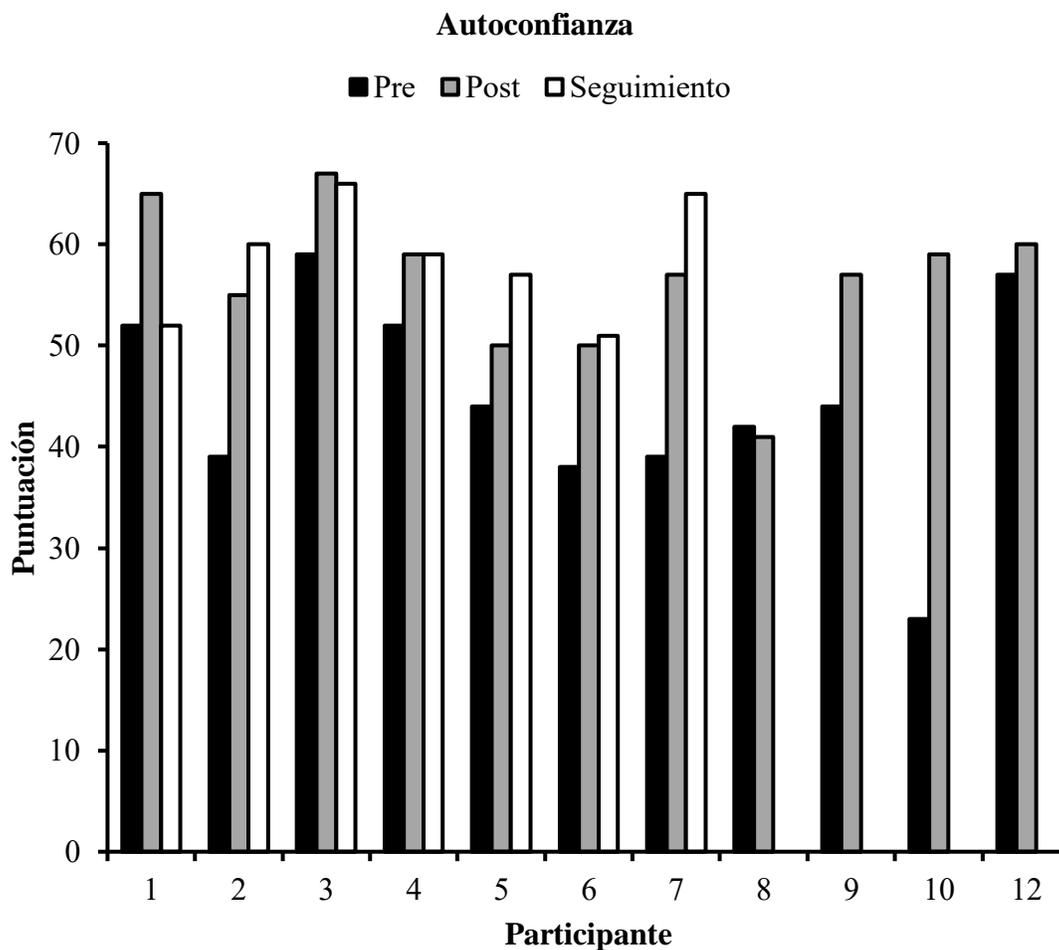


Figura 2. Puntaje total de cada participante en la escala de autoconfianza durante las tres fases del entrenamiento.

En lo que respecta a la Figura 2, puede observarse que todos los participantes (de nueva cuenta exceptuando al participante ocho) aumentaron su puntuación de autoconfianza de la fase de pre-intervención a la fase de post-intervención. Al observar el seguimiento, se puede observar que dos participantes disminuyeron su puntuación, manteniéndose aún sobre

su puntuación en la fase de pre-intervención, mientras que un participante mantuvo su puntuación y cuatro participantes lograron aumentar su puntuación respecto a su fase anterior.

Figura 3

Resultados de Habilidades de comunicación de todos los participantes

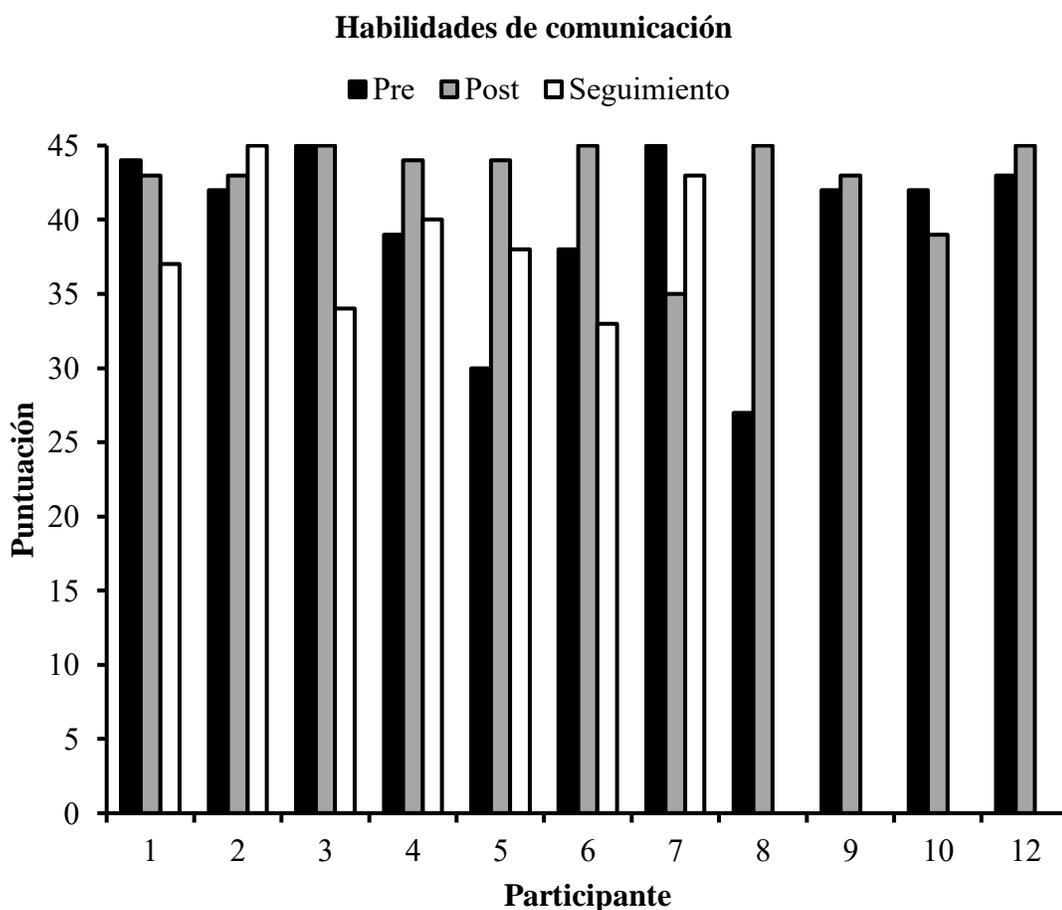


Figura 3. Puntaje total de cada participante en la escala de habilidades de comunicación durante las tres fases del entrenamiento.

En la Figura 3 puede apreciarse que siete participantes aumentaron su puntuación de habilidades de comunicación de la fase de pre-intervención a la fase de post-intervención, mientras que tres participantes disminuyeron su puntuación entre fases y sólo uno la mantuvo igual entre las fases. Referente al seguimiento, puede observarse que cinco participantes

disminuyeron su puntuación, cuatro de éstos incluso por debajo de su puntuación de la fase de pre-intervención; mientras que sólo dos participantes lograron aumentar su puntuación respecto a su fase anterior.

En cuanto al análisis de la significancia clínica, en las Tablas 4, 5 y 6 se muestran los resultados del cálculo del CCO de acuerdo con las variables de habilidades de apoyo, autoconfianza, y habilidades de comunicación. El CCO calculado corresponde únicamente a la contrastación entre pre y post. Aquellos participantes marcados con un asterisco no concluyeron con todas las fases del estudio por los siguientes motivos: hospitalización y/o muerte de familiares por COVID-19, falta de disposición emocional, proceso de duelo.

Tabla 4.

Significancia clínica (CCO) en Habilidades de apoyo

Participante	CCO	Mayor a 0.20	Interpretación
1	0.30	Sí	Mejoría
2	0.50	Sí	Mejoría
3	0.34	Sí	Mejoría
4	0.13	No	No hay mejoría
5	0.22	Sí	Mejoría
6	0.44	Sí	Mejoría
7	0.53	Sí	Mejoría
8*	-0.01	No	No hay mejoría
9*	0.36	Sí	Mejoría
10*	0.57	Sí	Mejoría
12*	0.08	No	No hay mejoría

Nota: * participantes que no concluyeron con todas las fases del estudio

Tabla 5.

Significancia clínica (CCO) en Autoconfianza

Participante	CCO	Mayor a 0.20	Interpretación
1	0.25	Sí	Mejoría

2	0.41	Sí	Mejoría
3	0.13	No	No hay mejoría
4	0.13	No	No hay mejoría
5	0.13	No	No hay mejoría
6	0.31	Sí	Mejoría
7	0.46	Sí	Mejoría
8*	-0.02	No	No hay mejoría
9*	0.29	Sí	Mejoría
10*	1.56	Sí	Mejoría
12*	0.05	No	No hay mejoría

Nota: * participantes que no concluyeron con todas las fases del estudio

Tabla 6.

Significancia clínica (CCO) en Habilidades de comunicación

Participante	CCO	Mayor a 0.20	Interpretación
1	-0.02	No	No hay mejoría
2	0.02	No	No hay mejoría
3	0	No	No hay mejoría
4	0.12	No	No hay mejoría
5	0.46	Sí	Mejoría
6	0.18	No	No hay mejoría
7	-0.22	No	Empeoramiento
8*	0.66	Sí	Mejoría
9*	0.02	No	No hay mejoría
10*	-0.07	No	No hay mejoría
12*	.04	No	No hay mejoría

Nota: * participantes que no concluyeron con todas las fases del estudio

Se puede observar que en la Tabla 3 ocho participantes mostraron un CCO mayor a .020, mientras que tres participantes obtuvieron un CCO menor a .020. En la Tabla 4, se puede apreciar que seis participantes mostraron a un CCO mayor a .020 y cinco participantes

mostraron un CCO menor. Finalmente, la Tabla 5 sólo dos participantes resultaron con un CCO mayor a .20, mientras que nueve participantes obtuvieron un CCO menor a dicho valor.

Por otra parte, en lo que respecta al análisis de la significancia clínica para el seguimiento, en las Tablas 7, 8 y 9 se muestran los resultados del cálculo del CCO de acuerdo con las variables de habilidades de apoyo, autoconfianza, y habilidades de comunicación. Al observar con detenimiento las Tablas 7, 8 y 9, sólo un participante obtuvo un CCO de mejoría con puntuación de .022. Vale señalar que en la Tabla 6 se observa un empeoramiento para el participante 7.

Tabla 7.

Significancia clínica (CCO) en Habilidades de apoyo para el Seguimiento

Participante	CCO	Mayor a 0.20	Interpretación
1	-0.01	No	No hay mejoría
2	0.01	No	No hay mejoría
3	-0.09	No	No hay mejoría
4	-0.06	No	No hay mejoría
5	-0.01	No	No hay mejoría
6	-0.02	No	No hay mejoría
7	0.01	No	No hay mejoría

Tabla 8.

Significancia clínica (CCO) en Autoconfianza para el Seguimiento

Participante	CCO	Mayor a 0.20	Interpretación
1	-0.2	No	No hay mejoría
2	0.09	No	No hay mejoría
3	-0.01	No	No hay mejoría
4	0	No	No hay mejoría
5	0.14	No	No hay mejoría
6	0.02	No	No hay mejoría
7	0.14	No	No hay mejoría

Tabla 9.*Significancia clínica (CCO) en Habilidades de comunicación para el Seguimiento*

Participante	CCO	Mayor a 0.20	Interpretación
1	-0.13	No	No hay mejoría
2	0.04	No	No hay mejoría
3	-0.24	No	No hay mejoría
4	-0.09	No	No hay mejoría
5	-0.13	No	No hay mejoría
6	-0.26	No	No hay mejoría
7	0.22	Sí	Mejoría

En lo que respecta al análisis de las listas de cotejo para la integridad del tratamiento por parte de las psicólogas evaluadoras, se calificaron los 26 reactivos y se contaron como uno aquellos presentes y como cero los ausentes y los casos en donde no aplicaba. Posteriormente se calculó el porcentaje que cubrió cada participante de los pasos de la intervención. La Tabla 10 detalla los resultados de cada participante por cada una de las fases que concluyeron. Debido a que el participante 11 sólo cubrió con la pre-intervención, se optó por excluirlo del análisis.

A grandes rasgos, en el análisis de cada participante se puede observar que el porcentaje obtenido de todos los participantes aumentó de la fase de pre-intervención a la fase de post-intervención, mientras que al hacer énfasis en los siete participantes que completaron con la totalidad de las fases, se puede observar que cinco participantes aumentaron o mantuvieron su porcentaje total y que los dos participantes restantes disminuyeron su porcentaje. Es importante mencionar que, pese a que todos los participantes aumentaron con el porcentaje en sus registros de las primeras dos fases, sólo uno (el participante número siete) logró una confiabilidad aceptable al lograr un acuerdo mayor al 80%, mientras que los participantes restantes no.

Tabla 10.*Análisis de las listas de cotejo*

Participante	Pre-Intervención	Post-Intervención	Seguimiento
1	10 (38.46%)	12 (46.50%)	15 (57.69%)
2	16 (61.54%)	18 (69.23%)	18 (69.23%)
3	14 (53.54%)	20 (76.92%)	22 (84.62%)
4	12 (46.15%)	17 (65.38%)	14 (53.85%)
5	11 (42.31%)	15 (57.69%)	16 (61.54%)
6	13 (50%)	17 (65.38%)	19 (73.08%)
7	14 (53.85%)	23 (88.46%)	22 (84.62%)
8	9 (34.62%)	18 (69.23%)	/
9	12 (46.50%)	20 (76.92%)	/
10	17 (65.38%)	19 (73.08%)	/
11	/	/	/
12	11 (42.31%)	19 (73.08%)	/

Nota: 26 puntos equivalen al 100%

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue describir y evaluar la implementación de un programa de entrenamiento en intervención en crisis vía remota, dirigido a psicólogos para atender las respuestas de crisis en familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19 en el servicio de urgencias médicas. El presente estudio se fundamentó primordialmente en las necesidades psicosociales derivadas de la emergencia sanitaria del COVID-19, que exigieron una respuesta lo más rápida posible, por lo que la falta del personal capacitado en proporcionar intervención en crisis supuso es desafío de capacitar, entrenar, documentar el proceso y generar evidencia empírica.

Si bien en años recientes se ha hablado sobre diferentes modelos de intervención en crisis y su aplicación en contextos hospitalarios y de cuidados intensivos (como el servicio de urgencias médicas) (Clements et al. 2006; Brauchle y Brauchle, 2014; Yeager & Roberts, 2015), estos esfuerzos han documentado sus hallazgos utilizando experiencias anecdóticas y autoreportes. Lo anterior resalta mucho cuando se ha hecho hincapié en que la intervención en crisis y los entrenamientos de habilidades conductuales deben ser de carácter pragmático, adaptados culturalmente, focalizados y basados evidencia (Brauchle y Brauchle, 2014).

Bajo esta perspectiva, la generación de datos empíricos se ha vuelto imperativo pues, hasta la fecha y para efectos de la intervención en crisis, aún no se han hecho los esfuerzos necesarios, en contraste, por ejemplo, con los entrenamientos en notificación de muerte dirigidos primordialmente al personal médico. Vale la pena mencionar que dichos entrenamientos en notificación de muerte son en su mayoría similares al entrenamiento de este estudio, al compartir estrategias como modelamiento, juego de roles, instrucciones y retroalimentación, por lo que pueden resultar útiles para contrastar los resultados obtenidos en este estudio.

En lo que respecta a los resultados del estudio en las habilidades de apoyo en crisis y en la autoconfianza, estos nos dan una visión preliminar más completa sobre qué tanto un programa de entrenamiento en intervención en crisis es funcional para capacitar de manera efectiva al personal de la salud mental, como los estudiantes de psicología. Al analizar las puntuaciones, se puede sugerir que los participantes adquirieron y reforzaron habilidades en intervención en crisis como: contacto psicológico y establecimiento de relación de

colaboración, identificación de los principales problemas y los factores desencadenantes de crisis, fomentación de la exploración de sentimientos y emociones, generación y exploración de alternativas y nuevas estrategias de afrontamiento, restauración del funcionamiento mediante la implementación de un plan de acción y seguimientos (Clements et al. 2006; Brauchle y Brauchle, 2014; Yeager & Roberts, 2015). Dichos resultados son similares y parecen corresponderse con aquellos obtenidos en los entrenamientos en notificación de muerte reportados en la literatura, los cuales refieren una mejoría importante en la autoconfianza, el desempeño y las habilidades de comunicación al momento de hacer la notificación de muerte y al abordar de manera inicial las respuestas emocionales (Benenson y Pollack, 2003; Chumpitazi et al., 2016; Hobgood et al., 2005; Lambda et al., 2015; Park et al., 2010; Quest et al., 2002; Yuan et al., 2019).

En el caso de los resultados de las habilidades de comunicación en intervención en crisis, se observó que durante las fases pre y post se obtuvieron valores muy cercanos a la puntuación máxima, mientras que para la fase del seguimiento se observaron decrementos para la mayoría de los participantes, por lo que las diferencias presentes entre las fases del entrenamiento no resultaron ser significativas. Al contrastar con la evidencia disponible, se han obtenido resultados similares en el campo de la notificación de muerte al observarse que las habilidades de comunicación no presentaron diferencias entre las etapas del entrenamiento (Hobgood et al., 2005), o bien, decrementaron significativamente luego de la intervención (Hobgood et al., 2009).

Debido a que se utilizó una versión adaptada del mismo instrumento creado y empleado por Hobgood et al., vale la pena suponer que el instrumento presenta deficiencias en su validez de constructo, lo cual disminuye la probabilidad de que éste mida con precisión (Salkind, 2010). Adicionalmente, el reducido número de participantes pudo jugar un papel importante en la tendencia observada en las puntuaciones obtenidas con este instrumento en particular. Es por esta limitación que se sugiere a las futuras investigaciones que aborden el tema tengan en consideración el emplear o adaptar instrumentos que cuenten con sólidas propiedades psicométricas y que estén adaptados para la población que se pretenda estudiar.

Por otra parte, al recordar las condiciones de distanciamiento impuestas por la pandemia de COVID-19, para este estudio se tomaron en cuenta diversas consideraciones y

hallazgos de los esfuerzos por dar respuesta a las necesidades de la salud mental en tiempos de pandemia (Cheng et al., 2020; Landa-Ramírez, et al, 2020b; Zgueb et al., 2020), con el fin de elaborar y proporcionar un programa de entrenamiento adaptado a la telepsicología, buscando cubrir las directrices señaladas para el empleo de ésta, como lo son obtener y documentar el consentimiento informado, proteger y mantener la confidencialidad de los datos y la información obtenida y garantizar medidas de seguridad (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013).

Finalmente, los resultados del índice CCO sugieren que para las habilidades de apoyo en crisis la mayor parte de los participantes se beneficiaron de los componentes del programa de entrenamiento, mientras que, para la autoconfianza, sólo la mitad de los participantes se mostraron beneficiados. Como se mencionó con anterioridad, para las habilidades de comunicación dos participantes pudieron mostrar mejoría, ocho no mostraron mejoría, y uno (el participante 7) mostró un empeoramiento clínicamente significativo.

Profundizando en este caso en particular, para este participante pasó casi un mes desde la fase del entrenamiento (19 de septiembre de 2020) hasta la fase post-entrenamiento (16 de octubre de 2020), esto debido a que el participante solicitó aplazar la sesión correspondiente a la fase del post debido a indisposición emocional por un familiar fallecido por COVID-19 entre ambas fases, lo cual pudo verse reflejado en su desempeño durante el juego de rol, lo cual podría cobrar cierto sentido si se toma en consideración que para dicha variable el instrumento era llenado por la actriz que interpretaba el caso clínico.

Debido a la ausencia de estudios en la literatura especializada, los datos obtenidos a partir del CCO resultan ser de carácter novedoso, por lo que sirven como precedente para futuras investigaciones que generen datos empíricos, así como ampliar el panorama respecto a qué componentes de los programas de entrenamiento en intervención en crisis se tendrían que desarrollar y reforzar más.

Por otra parte, no deja de ser mandatario señalar que al tratarse de un estudio planeado e implementado en medio de un acontecimiento de carácter histórico como la pandemia por COVID-19, hubo una gran cantidad de dificultades surgidas a lo largo de la implementación de este. Dichas dificultades fueron variadas, y oscilaron desde cuestiones relacionadas con la disposición de los participantes, como la reprogramación de sesiones por la carga de trabajo

de algunos participantes al encontrarse recursando otras materias, o bien, realizando prácticas profesionales y servicio social, hasta repercusiones directas por el COVID-19, como indisposición emocional y retirada voluntaria del estudio debido al contagio, hospitalización y fallecimiento de familiares cercanos de los participantes, lo cual cobra sentido al recordar la gama de alteraciones sobre la salud mental y las cifras de casos y defunciones derivadas por la pandemia (Dirección General de Epidemiología, 2021; Dubey et al., 2020; Salari et al., 2020; Torales et al., 2020).

Aunado a lo anterior, la modalidad remota del estudio también trajo consigo una serie de dificultades y problemas propias de la calidad de los servicios de telecomunicaciones que ha tener en consideración para futuras investigaciones. Las dificultades vistas en el estudio son las siguientes: baja calidad del audio para algunas sesiones debido a la intensidad de la señal de internet, interrupciones por ruidos ambientales externos, cortes en las llamadas por problemas en la conexión de internet y por descarga de batería y saturación del volumen de algunas llamadas debido al método de grabación de audio.

Respecto estas limitaciones propias de las intervenciones basadas en la telepsicología, la literatura ha señalado que el obstáculo más común al utilizar la tecnología es la ansiedad relacionada con no poder operar el equipo de manera eficiente y con los problemas tecnológicos, por lo que se recomienda aprender a afrontar y aceptar esta situación, y ser capaz de manejar los niveles de estrés que pueden surgir como resultado de fallas técnicas. Aunado a lo anterior, evaluar la calidad del entorno, usar equipo de buena calidad y, en medida de lo posible, asegurarse de que el proveedor de soporte técnico sea confiable (Alqahtani et al., 2021; Rees & Haythornthwaite, 2004). Adicionalmente, las mejores prácticas sugieren garantizar la confidencialidad, al emplear un espacio tranquilo y sin interrupciones. Finalmente, la literatura recomienda conocer la ubicación del paciente para que se pueda notificar a las autoridades sobre intención suicida u otras emergencias (Abrams, 2020; Forero et al., 2019).

Dentro de las principales limitaciones de este estudio, se tiene que, si bien los instrumentos de medición cuentan con sólidas propiedades psicométricas en sus versiones originales, es menester recordar que no se utilizaron versiones validadas y estandarizadas del para la población objetivo del presente estudio. Lo anterior podría justificarse debido a que

fueron los únicos instrumentos disponibles para evaluar las habilidades de intervención en crisis que se encontraron, y que debido a la rápida respuesta que se exigía en el servicio de urgencias médicas, no se contó con el tiempo suficiente para desarrollar y validar las herramientas de evaluación adecuadas para el estudio. No obstante, aunque esté justificada la elección de instrumentos no validados ni estandarizados, no quita que los resultados obtenidos flaqueen y pierdan de una buena parte de validez, por lo que será necesario que futuras investigaciones desarrollen herramientas de evaluación con índices de validez y confiabilidad, así como recurrir al uso de catálogos de habilidades conductuales (Ma et al., 2020; Roncero, 2015).

Por otra parte, en lo que respecta a las listas de cotejo utilizadas para la integridad del tratamiento, se observó que el nivel de acuerdo suficiente para considerarse como confiable (arriba del 80%) sólo se obtuvo para un participante a lo largo de las fases del entrenamiento, lo cual sugiere una limitación importante debido a posibles deficiencias importantes en la lista de cotejo, o bien, en el entrenamiento como tal, por lo que se recomienda que los estudios futuros hagan uso de listas de cotejo conductuales con un buen nivel de confiabilidad, lo cual se podría conseguir con una revisión a profundidad de la literatura existente con el objetivo de diseñar un catálogo conductual más completo y preciso.

Otra limitación importante del estudio es el diseño de este, pues se ha documentado que un diseño de serie de casos genera un menor grado de evidencia científica al no contar con las bondades de diseños metodológicamente más robustos (como los estudios experimentales), por lo que resulta imperante que futuros estudios e investigaciones cuenten con diseños más complejos (como los ensayos clínicos aleatorizados y los diseños experimentales de caso único) (Martínez, Briones y Cortés, 2013).

Adicionalmente, los resultados y la eficacia de la intervención se ven afectada por la muerte experimental y abandono del estudio, pues la literatura ha señalado que este fenómeno es común y es una fuente potencial de sesgo, lo cual puede comprometer la validez de los resultados obtenidos (Karekla et al., 2019). Es importante mencionar que el estudio registró una muerte experimental de aproximadamente el 41%, una cantidad que debe tomarse en consideración cuando se pretenda examinar la generalización de los resultados del estudio,

pues resulta elevada cuando se contrasta con las tasas de muerte experimental y abandono de aproximadamente el 20% que se ha observado en la literatura internacional (Bell, 2013).

Dejando detrás las limitaciones y al hablar de las aportaciones del estudio, pese al menor grado de evidencia que los diseños de series de casos generan, la principal aportación del diseño utilizado es que se obtuvieron datos empíricos que permitirán generar nuevo conocimiento en el marco del estado actual del conocimiento sobre la intervención en crisis, lo cual justifica desarrollar toda una línea de investigación y llevar a cabo nuevos estudios con diseños metodológicos más complejos. Así pues, los datos obtenidos por el estudio servirán como punto de referencia para la contrastación de los datos que se obtendrán en futuras investigaciones sobre programas de entrenamiento en intervención en crisis.

Otro punto importante para señalar del estudio es la obtención de datos de carácter cualitativo, pues al registrarse en audio cada sesión del entrenamiento se dispone con valiosa información propensa a ser analizada, con el fin de complementar y enriquecer los datos empíricos generados en este estudio, por lo que vale la pena plantear que ese sea el siguiente paso para realizar y así tener antecedentes más sólidos para estudios futuros que busquen una mayor calidad metodológica.

Finalmente, y para concluir, el presente trabajo representa un antecedente exploratorio bajo condiciones extraordinarias, que mostró tener cierta función para entrenar en intervención en crisis a los participantes. No obstante, se deben tomar en cuenta las bondades y limitaciones del estudio, para que cada vez se obtengan más medidas de control e integridad del tratamiento que busquen procurar la validez de los hallazgos a obtener. Adicionalmente, se recomienda alentar la inclusión de los datos obtenidos en las recomendaciones para realizar investigaciones futuras y reforzar las bases de esta línea de investigación, y de este modo encontrar evidencia más sólida que respalde al presente programa de entrenamiento en intervención en crisis.

Referencias

- Abrams, Z. (2020). How well is telepsychology working? *Monitor on Psychology*, 51(5).
Recuperado el 13 de julio de 2021. <http://www.apa.org/monitor/2020/07/cover-telepsychology>
- Alavi, N., Yang, M., Stephenson, C., Nikjoo, N., Malakouti, N., Layzell, G., Jagayat, J., Shirazi, A., Groll, D., Omrani, M., O'Riordan, A., Khalid-Khan, S., Freire, R., Brietzke, E., Gomes, F. A., Milev, R., & Soares, C. N. (2020). Using the Online Psychotherapy Tool to Address Mental Health Problems in the Context of the COVID-19 Pandemic: Protocol for an Electronically Delivered Cognitive Behavioral Therapy Program. *JMIR Research Protocols*, 9(12), e24913.
<https://doi.org/10.2196/24913>
- Aldabbagh, S., Bosch, B.-J., Beer, M., Müller, M. A., Kellam, P., & Drosten, C. (2014). Human infection with MERS coronavirus after exposure to infected camels, Saudi Arabia, 2013. *Emerging Infectious Diseases*, 20(6), 1012-1015.
<https://doi.org/10.3201/eid2006.140402>
- Alqahtani, M. M. J., Alkhamees, H. A., Alkhalaf, A. M., Alarjan, S. S., Alzahrani, H. S., AlSaad, G. F., Alhrbi, F. H., Wahass, S. H., Khayat, A. H., & Alqahtani, K. M. M. (2021). Toward establishing telepsychology guideline. Turning the challenges of COVID-19 into opportunity. *Ethics, Medicine and Public Health*, 16, 100612.
<https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100612>
- Allen, M., Jerome, A., White, A., Marston, S., Lamb, S., Pope, D., & Rawlins, C. (2002). The preparation of school psychologists for crisis intervention. *Psychology in the Schools*, 39(4), 427-439. <https://doi.org/10.1002/pits.10044>

- Andersen, K. G., Rambaut, A., Lipkin, W. I., Holmes, E. C., & Garry, R. F. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine*, 26(4), 450-452.
<https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, (61) 755-765.
- Asselah, T., Durantel, D., Pasmant, E., Lau, G., & Schinazi, R. F. (2021). COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development. *Journal of Hepatology*, 74(1), 168-184. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.09.031>
- Bell, M. L., Kenward, M. G., Fairclough, D. L., & Horton, N. J. (2013). Differential dropout and bias in randomized controlled trials: When it matters and when it may not. *BMJ*, 346(jan21 1), e8668-e8668. <https://doi.org/10.1136/bmj.e8668>
- Benenson, R. S., & Pollack, M. L. (2003). Evaluation of emergency medicine resident death notification skills by direct observation. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 10(3), 219–223.
- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 2997. <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>
- Brauchle, M., & Brauchle, G. (2014). Krisenintervention auf Intensivstationen. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 109(8), 604-608.
<https://doi.org/10.1007/s00063-014-0419-3>

- Brauchle, M., & Wildbahner, T. (2018). Zielgruppengerechte Krisenintervention – Angehörige und Team. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 115(2), 114-119. <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0421-2>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Burchard, F., & Diebenbusch, T. (2017). Krisenintervention in einer Versorgungsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(1), 5-25. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.1.5>
- Cao di San Marco, E., Menichetti, J., & Vegni, E. (2020). COVID-19 emergency in the hospital: How the clinical psychology unit is responding. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S43-S44. <https://doi.org/10.1037/tra0000684>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp.189-199). México: McGraw Hill
- Cheng, P., Xia, G., Pang, P., Wu, B., Jiang, W., Li, Y.-T., Wang, M., Ling, Q., Chang, X., Wang, J., Dai, X., Lin, X., & Bi, X. (2020). COVID-19 Epidemic Peer Support and Crisis Intervention Via Social Media. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 786-792. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00624-5>
- Chumpitazi, C. E., Rees, C. A., Chumpitazi, B. P., Hsu, D. C., Doughty, C. B., & Lorin, M. I. (2016). Creation and Assessment of a Bad News Delivery Simulation Curriculum

for Pediatric Emergency Medicine Fellows. *Cureus*, 8(5), e595.

<https://doi.org/10.7759/cureus.595>

Clements, P., Garzon, L., & Milliken, T. (2006). Survivors' guilt following sudden traumatic loss: promoting early intervention in the critical care setting. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18, 359-369.

Contini, C., Di Nuzzo, M., Barp, N., Bonazza, A., De Giorgio, R., Tognon, M., & Rubino, S. (2020). The novel zoonotic COVID-19 pandemic: An expected global health concern. *Journal of Infection in Developing Countries*, 14(3), 254-264.

<https://doi.org/10.3855/jidc.12671>

Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses.

(2020). The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: Classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5(4), 536-544. <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>

COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Recuperado el 6 de julio de 2021.

Dirección General de Epidemiología. Coronavirus (COVID-19) - Comunicado técnico diario. Recuperado el 4 de abril de 2021.

Douglas, L., David, B., Doreen, B., Kathryn, I., & Sara, M. (1983). Crisis intervention training at a predoctoral internship in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(6), 714-717

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic*

Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14(5), 779-788.

<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>

El-Gilany, A. (2018). What is case series? *Asploro Journal of Biomedical and Clinical Case Reports*, 1(1), 10-15.

Esakandari, H., Nabi-Afjadi, M., Fakkari-Afjadi, J., Farahmandian, N., Miresmaeili, S.-M., & Bahreini, E. (2020). A comprehensive review of COVID-19 characteristics. *Biological Procedures Online*, 22(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12575-020-00128-2>

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312-319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)

Forero, D., Torres, L. & Rodríguez, L. (2019.). Telesalud y telepsicología. En Forero, D. *Prevención de la enfermedad y la muerte en el embarazo y la primera infancia: Un aporte desde la Psicología del Consumidor*. (pp.383-420). Konrad Lorenz Editores.

Frost, J. (2019). *Introduction to Statistics: An Intuitive Guide*. Statistics by Jim Publishing.

Gao, Y., Ding, M., Dong, X., Zhang, J., Kursat Azkur, A., Azkur, D., Gan, H., Sun, Y., Fu, W., Li, W., Liang, H., Cao, Y., Yan, Q., Cao, C., Gao, H., Brügggen, M., Veen, W., Sokolowska, M., Akdis, M., & Akdis, C. A. (2021). Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: A review. *Allergy*, 76(2), 428-455. <https://doi.org/10.1111/all.14657>

- Gonsalvez, C. J., & Crowe, T. P. (2014). Evaluation of Psychology Practitioner Competence in Clinical Supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 177-193. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.2.177>
- Gralinski, L. E., & Menachery, V. D. (2020). Return of the Coronavirus: 2019-nCoV. *Viruses*, 12(2). <https://doi.org/10.3390/v12020135>
- Guarner, J. (2020). Three Emerging Coronaviruses in Two Decades. *American Journal of Clinical Pathology*, 153(4), 420-421. <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqaa029>
- Halaji, M., Farahani, A., Ranjbar, R., Heiat, M., & Dehkordi, F. S. (2020). Emerging coronaviruses: First SARS, second MERS and third SARS-CoV-2: epidemiological updates of COVID-19. *Le Infezioni in Medicina*, 28(suppl 1), 6-17.
- Harper, K. N., & Armelagos, G. J. (2013). Genomics, the origins of agriculture, and our changing microbe-scape: Time to revisit some old tales and tell some new ones. *American Journal of Physical Anthropology*, 152 Suppl 57, 135-152. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22396>
- Hobgood, C., Harward, D., Newton, K., & Davis, W. (2005). The educational intervention “GRIEV_ING” improves the death notification skills of residents. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 12(4), 296–301. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.12.008>
- Hobgood, C., Tamayo-Sarver, J. H., Hollar, D. W., & Sawning, S. (2009). Griev_In: Death notification skills and applications for fourth-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 21(3), 207–219. <https://doi.org/10.1080/10401330903018450>

- Hu, B., Guo, H., Zhou, P., & Shi, Z.-L. (2021). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*, 19(3), 141-154.
<https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
- Ingravallo, F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Public Health*, 5(5), e258. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30079-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7)
- Israël, M. (1991). L'intervention de crise dans un établissement hospitalier: Aspects théoriques et pratiques. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 237-252.
<https://doi.org/10.7202/032236ar>
- Jambunathan, J., & Bellaire, K. (1996). Evaluating Staff Use of Crisis Prevention Intervention Techniques: A Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(6), 541-558. <https://doi.org/10.3109/01612849609006532>
- Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., Yang, D., & Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Research*, 286, 112903.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. K. (2020). Covid-19: Risk factors for severe disease and death. *BMJ*, m1198. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>

- Kalafat, J. (1984). Training community psychologists for crisis intervention. *American Journal of Community Psychology*, 12(2), 241-251.
<https://doi.org/10.1007/BF00897048>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Kapitany, T. (2019). Crisis Intervention - Professional First Aid in Acute Crisis. *Psychiatria Danubina*, 31(4), 479-482. <https://doi.org/10.24869/psyd.2019.479>
- Karekla, M., Constantinou, P., Ioannou, M., Gloster, A. T., & Kareklas, I. (2019). The Phenomenon of Treatment Dropout, Reasons and Moderators in Acceptance and Commitment Therapy and Other Active Treatments: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology in Europe*, 1(3). <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i3.33058>
- Kercher, E. (1991). Crisis Intervention in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 9(1), 219-232. [https://doi.org/10.1016/S0733-8627\(20\)30212-1](https://doi.org/10.1016/S0733-8627(20)30212-1).
- Kitchingman, T. A., Wilson, C. J., Caputi, P., Woodward, A., & Hunt, T. (2015). Development and evaluation of the Telephone Crisis Support Skills Scale. *Crisis*, 36, 407– 415. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000341>
- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., & Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and

meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, 113382.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>

Ksiazek, T. G., Erdman, D., Goldsmith, C. S., Zaki, S. R., Peret, T., Emery, S., Tong, S., Urbani, C., Comer, J. A., Lim, W., Rollin, P. E., Dowell, S. F., Ling, A.-E., Humphrey, C. D., Shieh, W.-J., Guarner, J., Paddock, C. D., Rota, P., Fields, B., ... Anderson, L. J. (2003). A Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 348(20), 1953-1966.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa030781>

Lamba, S., Nagurka, R., Offin, M., & Scott, S. R. (2015). Structured Communication: Teaching Delivery of Difficult News with Simulated Resuscitations in an Emergency Medicine Clerkship. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(2), 344–352. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.1.24147>

Landa-Ramírez, E., Domínguez-Vieyra, N. A., Hernández-Núñez, M. E., & Díaz-Vásquez, L. P. (2020a). Empathetic remote death notification in the context of Covid-19. *Salud Pública de México*, 62(5, sep-oct), 461-462. <https://doi.org/10.21149/11435>

Landa-Ramírez, E., Domínguez-Vieyra, N. A., Hernández-Núñez, M. E., Díaz-Vásquez, L. P., & Santana-García, I. A. (2020b). Psychological support during COVID-19 death notifications: Clinical experiences from a hospital in Mexico. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 518-520. <https://doi.org/10.1037/tra0000679>

Long, L., Zeng, X., Zhang, X., Xiao, W., Guo, E., Zhan, W., Yang, X., Li, C., Wu, C., Xu, T., Zhan, C., Chen, Y., Jiang, M., Zhong, N., & Lai, K. (2020). Short-term

- outcomes of COVID-19 and risk factors for progression. *European Respiratory Journal*, 55(5), 2000990. <https://doi.org/10.1183/13993003.00990-2020>
- Li, H., Liu, S.-M., Yu, X.-H., Tang, S.-L., & Tang, C.-K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Current status and future perspectives. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(5), 105951. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105951>
- Ma, L.-L., Wang, Y.-Y., Yang, Z.-H., Huang, D., Weng, H., & Zeng, X.-T. (2020). Methodological quality (risk of bias) assessment tools for primary and secondary medical studies: What are they and which is better? *Military Medical Research*, 7(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00238-8>
- Madabhavi, I., Sarkar, M., & Kadakol, N. (2020). COVID-19: A review. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 90(2), Article 2. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1298>
- Martínez, M., Briones, R. y Cortés, J. (2013). *Metodología de la investigación para el área de la salud*. McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., & Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1060-1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- Memish, Z. A., Cotten, M., Meyer, B., Watson, S. J., Alshafi, A. J., Al Rabeeah, A. A., Corman, V. M., Sieberg, A., Makhdoom, H. Q., Assiri, A., Al Masri, M., Aldabbagh, S., Bosch, B.-J., Beer, M., Müller, M. A., Kellam, P., & Drosten, C. (2014). Human infection with MERS coronavirus after exposure to infected camels,

Saudi Arabia, 2013. *Emerging Infectious Diseases*, 20(6), 1012-1015.

<https://doi.org/10.3201/eid2006.140402>

Morris, S. E., Moment, A., & Thomas, J. deLima. (2020). Caring for Bereaved Family Members During the COVID-19 Pandemic: Before and After the Death of a Patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e70-e74.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002>

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness: NORCROSS and WAMPOLD. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>

Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731–757.

Organización Mundial de la Salud. (1964). Constitution of WHO: principles.

<http://www.who.int/about/mission/en/>

Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12

Organización Mundial de la Salud. (2018) Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care.

<https://www.who.int/docs/defaultsource/primaryhealth/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Park, I., Gupta, A., Mandani, K., Haubner, L., & Peckler, B. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using

- simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*, 3(4), 385–388. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70760>
- Perrin, P. B., Rybarczyk, B. D., Pierce, B. S., Jones, H. A., Shaffer, C., & Islam, L. (2020). Rapid telepsychology deployment during the COVID-19 pandemic: A special issue commentary and lessons from primary care psychology training. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1173-1185. <https://doi.org/10.1002/jclp.22969>
- Perry, P. (2011). Concept Analysis: Confidence/Self-confidence: Concept Analysis: Self-confidence. *Nursing Forum*, 46(4), 218-230. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00230.x>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Quest, T. E., Otsuki, J. A., Banja, J., Ratcliff, J. J., Heron, S. L., & Kaslow, N. J. (2002). The use of standardized patients within a procedural competency model to teach death disclosure. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1326–1333.
- Rabaan, A. A., Al-Ahmed, S. H., Haque, S., Sah, R., Tiwari, R., Malik, Y. S., Dhama, K., Yattoo, M. I., Bonilla-Aldana, D. K., & Rodriguez-Morales, A. J. (2020). SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERS-COV: A comparative overview. *Le Infezioni in Medicina*, 28(2), 174-184.

- Rabin, P. L., & Hussain, G. (1983). Crisis intervention in an emergency setting. *Annals of Emergency Medicine*, 12(5), 300-302. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(83\)80513-7](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(83)80513-7)
- Rees, C. S., & Haythornthwaite, S. (2004). Telepsychology and videoconferencing: Issues, opportunities and guidelines for psychologists. *Australian Psychologist*, 39(3), 212-219. <https://doi.org/10.1080/00050060412331295108>
- Roncero, C. (2015). La validación de instrumentos psicométricos: Un asunto capital en la salud mental. *Salud mental*, 38(4), 235-236. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.032>
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Salkind, N. (2010). *Encyclopedia of Research Design*. SAGE Publications, Inc.
- Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U., & Byass, P. (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: A systematic review. *Global Health Action*, 7, 23574. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23574>
- Sharma, A., Tiwari, S., Deb, M. K., & Marty, J. L. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2): A global pandemic and treatment strategies. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 56(2), 106054. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106054>

- Shi, Y., Wang, G., Cai, X., Deng, J., Zheng, L., Zhu, H., Zheng, M., Yang, B., & Chen, Z. (2020). An overview of COVID-19. *Journal of Zhejiang University-SCIENCE B*, 21(5), 343-360. <https://doi.org/10.1631/jzus.B2000083>
- Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *The Indian Journal of Pediatrics*, 87(4), 281-286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>
- Stein, C. (2012). Krisenintervention. *neuropsychiatrie*, 26(3), 106-110. <https://doi.org/10.1007/s40211-012-0026-6>
- Suárez, V., Suarez Quezada, M., Oros Ruiz, S., & Ronquillo De Jesús, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: Del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Tye, C. (1996). Sudden bereavement in Accident and Emergency: the development and evaluation of a short educational course for qualified nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 4, 88-93.
- Yáñez, J. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. *Terapia Psicológica*, 23(2), 85-93.
- Yuan, Y. Y., Scott, S., Van Horn, N., Oke, O., & Okada, P. (2019). Objective Evaluation of a Simulation Course for Residents in the Pediatric Emergency Medicine

Department: Breaking Bad News. *Cureus*, 11(1).

<https://doi.org/10.7759/cureus.3903>

Wakam, G. K., Montgomery, J. R., Biesterveld, B. E., & Brown, C. S. (2020). Not Dying Alone—Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 382(24), e88. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2007781>

Wales, E. (1972). Crisis intervention in clinical training. *Professional Psychology*, 3(4), 357-361. <https://doi.org/10.1037/h0034001>

Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241-247. <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>

Wang, L., Norman, I., Xiao, T., Li, Y., & Leamy, M. (2021). Psychological First Aid Training: A Scoping Review of Its Application, Outcomes and Implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4594), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094594>

Wise, P. S., Smead, V. S., & Scott Huebner, E. (1987). Crisis intervention: Involvement and training needs of school psychology personnel. *Journal of School Psychology*, 25(2), 185-187. [https://doi.org/10.1016/0022-4405\(87\)90028-8](https://doi.org/10.1016/0022-4405(87)90028-8)

Wu, Y.-C., Chen, C.-S., & Chan, Y.-J. (2020). The outbreak of COVID-19: An overview. *Journal of the Chinese Medical Association*, 83(3), 217-220. <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000270>

- Yáñez, J. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. *Terapia Psicológica*, 23, 10.
- Yeager, K., & Roberts, A. (2015). Crisis intervention handbook. Assessment, treatment, and research (4th edition). Oxford: USA.
- Zgueb, Y., Bourgou, S., Neffeti, A., Amamou, B., Masmoudi, J., Chebbi, H., Somrani, N., & Bouasker, A. (2020). Psychological crisis intervention response to the COVID 19 pandemic: A Tunisian centralised Protocol. *Psychiatry Research*, 289, 113042. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113042>

Anexo 1. Consentimiento Informado

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

- I. Los familiares de pacientes del servicio de urgencias que fallecen por complicaciones de COVID-19 experimentan una intensa crisis emocional al momento de recibir la mala noticia por parte del personal médico, lo cual realza la necesidad de un servicio de psicología capacitado para proporcionar intervención en crisis, por consiguiente se me propone participar en el proyecto a fin de probar los efectos de la implementación de un programa de entrenamiento en intervención en crisis en contexto COVID-19 del Servicio de Urgencias.
- II. Se me ha informado que mi participación en el proyecto consiste en ser entrenado para proporcionar intervención en crisis a familiares de pacientes en contexto COVID-19, a través de cinco fases correspondientes a una sesión informativa y pre evaluación, tres sesiones de juego de roles con una actriz profesional que constituirán el entrenamiento, con su respectiva post evaluación, y seguimiento.
- III. Se me explicó que en la pre y post evaluación responderé a unas escalas psicológicas que medirán ciertos atributos míos. Asimismo, se me ha informado que las sesiones de juegos de roles serán grabadas en audio, y, en caso de requerirlo, en video, todo esto con la finalidad de ser analizadas para la integridad de la intervención. Se me informó que es poco probable que haya algún malestar por mi participación en este trabajo, sin embargo, si siento que requiero apoyo psicológico posterior a la evaluación, lo podré solicitar con el observador en turno.
- IV. Se me ha detallado que durante una sesión de juego de roles, un experto estará monitoreando la intervención y dando retroalimentación en tiempo real, pudiendo intervenir en cualquier momento que se presuma pertinente, y que a su vez la actriz también dará retroalimentación una vez finalizado el juego de roles.
- V. Se me ha explicado que en este estudio no hay grupos de comparación y por tanto no existen formas alternativas de intervención.
- VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación en el mismo.

- VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio o cambiar de opinión respecto a mi participación en cualquier momento, sin que ello afecte mi relación con el Hospital Dr. Manuel Gea González o la Facultad de Psicología UNAM
- VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre y no se revelará mi identidad.
- IX. Los gastos derivados de la evaluación de este estudio serán cubiertos por los investigadores y son gratuitos para los participantes.
- X. No se cobrará por la evaluación a los participantes de este estudio.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo

_____ acepto participar en el estudio titulado:

“Implementación de un programa entrenamiento para psicólogos en intervención en crisis en contexto COVID-19”

Escriba aquí el título del protocolo

Nombre y firma del paciente o responsable legal

Nombre, y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre, y firma del testigo 2

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre y firma del Investigador Principal

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio ésta

participando en el protocolo (señalando título y número de registro y nombre del investigador responsable). Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años. Para preguntas o comentarios comunicarse con el Presidente del Comité de Investigación, Dr. Pablo Maravilla Campillo al (01 55) 4000-3000 Ext 8216, o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación, Dr. Samuel Weingerz Melh al (01 55) 4000-000 Ext-8233.

Versión 1

Fecha 06/09/2020

Anexo 2. Formato de Datos Sociodemográficos



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Universidad Nacional Autónoma de México
Servicio de Psicología de Urgencias



Datos Sociodemográficos

Fecha: / /

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Lugar de residencia: _____

Estado civil: _____ Correo Electrónico: _____

Nivel de estudios: _____

Programa actual: _____

¿Has recibido previamente entrenamiento formal para dar intervención en crisis? _____

¿Has recibido previamente entrenamiento formal para dar primeros auxilios psicológicos? _____

En caso de haber respondido sí ¿Hace cuánto tiempo? _____

En esta contingencia ¿Has atendido familiares o pacientes con COVID-19? _____

Anexo 3. Instrumentos utilizados

ESCALA DE HABILIDADES DE APOYO VÍA TELEFÓNICA PARA CRISIS (TCSSS)

A continuación se presentan algunas oraciones relacionadas con tu percepción sobre tus habilidades para intervenir en situaciones de crisis ante el contexto de COVID-19.

Utilizando la siguiente escala (del 1 al 4), califica tu percepción de habilidad

1 = No tengo la habilidad

2 = Tengo poca habilidad

3 = Tengo la habilidad suficiente

4 = Tengo un dominio de la habilidad

1. Tener una actitud empática, respetuosa y sin prejuicios				
2. Hacer sentir escuchado al usuario				
3. Identificar las respuestas relacionadas a un episodio de estrés agudo				
4. Identificar qué provocó la llamada / problema principal				
5. Gestionar / Manejar la situación inmediata de la llamada				
6. Indagar antecedentes relevantes de salud física y mental				
7. Preguntar sobre pensamientos suicidas, actos previos, actos en progreso				
8. Evaluar riesgo de autolesión / suicidio / consumo de sustancias u otros, en el usuario				
9. Validar y contener las emociones y pensamientos del usuario				
10. Comprender y devolver a modo de paráfrasis las necesidades del usuario				
11. Escuchar el dolor del usuario				
12. Comprender las razones por las que el usuario está angustiado				
13. Explorar pacientemente las razones para vivir en usuarios con riesgo suicida				
14. Identificar las fortalezas del usuario				
15. Modelar una técnica de relajación para disminuir las respuestas fisiológicas de estrés				
16. Estimular / Aumentar la capacidad de resolución de problemas del usuario				
17. Mejorar el bienestar de la usuario				
18. Aumentar la sensación de seguridad de la usuario				
19. Identificar recursos disponibles del usuario				
20. Generar con el usuario una meta en común para afrontar su problema actual				
21. Crear un plan de seguridad y movilizar al usuario para la ejecución				
22. Programar tareas y plazos para acciones de seguimiento				
23. Iniciar ayuda de urgencia cuando sea necesario				

ESCALA DE AUTOCONFIANZA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS

A continuación se te presentan algunas oraciones relacionadas con tu percepción sobre tu autoconfianza en el momento de hacer una intervención en crisis.

Utilizando una escala del 0 al 10 califica tu autoconfianza.

Qué tanta confianza en mí mismo tengo al momento de...

1. Indagar antecedentes	
2. Hacer contacto con los recursos interpersonales de la persona que llama	
3. Focalizar la llamada	
4. Aminorar el estrés de la persona que llama	
5. Promover el afrontamiento en la persona quien llama	
6. Programar acciones de seguimiento	
7. Manejar la situación de la llamada de manera general	

INSTRUMENTO DE HABILIDADES EMPÁTICAS Y DE COMUNICACIÓN

A continuación se te presentan algunas oraciones relacionadas con las habilidades empáticas y de comunicación del psicólogo que te atendió y que lograste percibir e identificar durante la llamada

Utilizando la siguiente escala (del 1 al 5), califica las habilidades del psicólogo durante la llamada

- 1 = Escasas
- 2 = Suficientes
- 3 = Buenas
- 4 = Muy buenas
- 5 = Excelentes

¿Cómo fue el psicólogo que te acaba de atender?

1. Te saludó cálidamente; fue amable en todo momento; nunca se mostró malhumorado o grosero	1	2	3	4	5
2. Te trató al mismo nivel; nunca te habló de manera infantil y condescendiente; nunca te trató como niño	1	2	3	4	5
3. Te dejó contar tu versión de la historia; te escuchó cuidadosamente; te hizo preguntas reflexivas; no te interrumpía cuando hablabas	1	2	3	4	5
4. Mostró interés en tu persona; no se mostraba aburrido o no ignoraba lo que tenías que decir	1	2	3	4	5
5. Te alentó a hacer preguntas; las respondió de manera clara; nunca evitó tus preguntas o nunca te sermoneó	1	2	3	4	5
6. Utilizó palabras fáciles de entender cuando explicaba; explicaba cualquier tecnicismo en palabras simples	1	2	3	4	5

Con el psicólogo ¿En qué grado te sentiste?

7. Respetada	1	2	3	4	5
8. Cómoda / A gusto	1	2	3	4	5
9. Entendida	1	2	3	4	5

Anexo 4. Lista de cotejo para jueceo

Etapa del modelo de intervención (categoría)	Conducta (etiqueta)	Definición operacional	Lo realizó	No lo Realizó	No aplica
Presentación	A. Presentarse	<p>El psicólogo se presenta diciendo su nombre, lugar de procedencia y función</p> <p>Por ejemplo: <i>Buenas tardes (días, noches), mi nombre es (Nombre del psicólogo), soy psicóloga del área de urgencias del Hospital Dr. Manuel Gea González.</i></p>			
	B. Motivo de llamada	<p>El psicólogo comunica el motivo de su llamada</p> <p>Por ejemplo: <i>El motivo de mi llamada es para dar seguimiento a la información que recibió por parte del personal médico</i></p>			
	C. Confidencialidad de la llamada	<p>El psicólogo comunica que la llamada estará siendo grabada y pedirá consentimiento:</p>			

		<p>Por ejemplo: <i>Es importante informarle que esta llamada puede ser grabada para fines de calidad, lo que nos permite realizar mejoras en el servicio que estamos dando, garantizando en todo momento la privacidad y confidencialidad de sus datos</i></p>			
1) Indagar antecedentes y factores de riesgo	Indagar datos de contacto y factores de riesgo en el familiar al tener contacto con él:				
	A. Nombre del familiar	<p>El psicólogo realiza preguntas al usuario para conocer su nombre:</p> <p>Por ejemplo: <i>¿Cuál es su nombre? ¿Con quién tengo el gusto?</i></p>			
	B. Parentesco	<p>En caso de hablar con el familiar de un paciente fallecido, el psicólogo debe preguntar sobre el parentesco que tienen.</p> <p>Por ejemplo: <i>¿Qué era de usted el paciente? ¿Qué relación tenía con el paciente (nombre)?</i></p>			
	C. Antecedentes inmediatos	<p>El psicólogo indaga la información con la que el familiar cuenta</p>			

		Por ejemplo: <i>Dígame qué fue lo que le comunicaron los médicos del Sr./Sra. (nombre del paciente fallecido)</i>			
	D. Antecedentes médicos	El psicólogo pregunta: <i>¿Padece alguna enfermedad?</i> <i>¿Tiene diabetes, hipertensión o alguna otra enfermedad? ¿Está tomando medicamentos?</i>			
	E. Antecedentes psiquiátricos	El psicólogo pregunta: <i>¿Tiene algún diagnóstico psiquiátrico? ¿Usted ha tenido depresión o ansiedad? ¿O tiene algún familiar que haya tenido o tenga un diagnóstico psiquiátrico?</i>			
	F. Antecedentes de duelos recientes	El psicólogo pregunta: <i>¿Recientemente ha pasado por alguna situación estresante o que le afectara de forma importante?</i> <i>¿Ha tenido pérdidas importantes recientemente en el contexto personal o pérdidas de algún paciente que haya sido relevante para usted?</i>			
	G. Antecedentes de ideación suicida	El psicólogo pregunta: <i>¿En los últimos meses, incluso ahora ha pensado en que quisiera morir? ¿Ha pasado por su mente el deseo de morir? ¿Ha intentado hacerse daño a sí mismo?</i>			

		<p>Si se identifica ideación suicida, el psicólogo indagará sobre el grado de riesgo suicida: si hay un plan suicida o si hay intentos de autolesión actuales o previos</p>			
	A. Escucha activa	<p>El psicólogo hace expresiones verbales cortas para indicar que está poniendo atención.</p> <p>Por ejemplo: <i>“lo escucho” “continúe” “me doy cuenta”</i></p>			
	B. Validación emocional	<p>Cuando el usuario menciona alguna emoción que esté sintiendo, (p. e. llorar, gritar), el psicólogo realiza expresiones verbales que indican que las emociones experimentadas son válidas y comprensibles bajo la situación adversa en la que se encuentra.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p>Familiar: <i>“Me siento muy triste”</i></p> <p>Psicólogo: <i>“Es comprensible que la noticia que le acaban de dar le genere mucho dolor y tristeza”</i></p> <p>Familiar: <i>“¿Por qué no lo traje antes al médico, pensé que solo era una gripa?”</i></p> <p>Psicólogo: <i>“Es muy válido sentirse enojado ante una situación inesperada y que estuvo fuera de su control”</i></p>			

<p>2) Hacer contacto con recursos interpersonales</p>		<p>Personal de salud: <i>Tengo miedo de contagiar a mi mamá con COVID-19, ella es diabética desde hace años</i></p> <p>Psicólogo: <i>Es entendible que esta situación te haga sentir miedo, no me puedo imaginar lo difícil que es atender pacientes y tomar estas precauciones para cuidar de mi familia</i></p> <p>Personal de salud: <i>Estar en cuidados críticos durante esta pandemia es muy estresante, no puedo soportar esta situación</i></p> <p>Psicólogo: <i>Es comprensible sentir estrés por estar en esta área, y más cuando estamos en una contingencia sanitaria</i></p>			
	<p>C. Empatía</p>	<p>El psicólogo realiza comentarios que muestran que identifica las emociones del familiar o el personal de salud</p> <p>Por ejemplo: <i>“Puedo notar en su tono de voz que siente mucha tristeza y frustración en estos momentos”</i></p> <p><i>“Puedo ver que se siente sobrecargado por el trabajo tan intenso que ha realizado estos días”</i></p>			

		<p><i>"Puedo imaginar que está sintiendo mucho dolor por la pérdida de su familiar, que es indescriptible"</i></p> <p><i>"Me imagino que fue muy angustiante para usted no poder despedirse de su familiar"</i></p>			
	D. Apoyar	<p>El psicólogo realiza comentarios que le hagan saber al consultante que está disponible para ayudarlo</p> <p>Por ejemplo: <i>"Yo estoy aquí para ayudarlo"</i></p> <p><i>"Sé que es una situación dolorosa, yo estoy aquí para ayudarlo en lo que requiera"</i></p> <p><i>"Me quedaré con usted unos minutos para asegurarme que se encuentre lo mejor posible en este momento, le ofrezco mi apoyo"</i></p> <p><i>"No me puedo imaginar el dolor que estás sintiendo en este momento, esperaré en la línea (telefónica) por si puedo ayudarte en algo"</i></p>			
	A. Preguntar acerca de pensamientos y emociones	<p>El psicólogo realiza preguntas acerca de las emociones experimentadas y/o preocupaciones relacionadas al motivo de su llamada.</p> <p>Por ejemplo: <i>"¿Qué es lo que más le preocupa en este momento por el fallecimiento de su familiar?"</i></p> <p><i>"¿Qué emociones siente ahora por su pérdida?"</i></p> <p><i>"¿Qué pasa por su cabeza en estos momentos?"</i></p> <p><i>"¿Qué pensabas mientras estabas atendiendo a los</i></p>			

		<i>pacientes que podrían tener COVID-19?" "¿Qué pensabas cuando te pidieron que coordinaras el procedimiento de la intubación del paciente?"</i>			
3) Focalizar y establecer un objetivo para la llamada	B. Preguntar acerca de preocupaciones prácticas inmediatas	El psicólogo realiza preguntas acerca de las preocupaciones y problemas a resolver de forma inmediata. Por ejemplo: <i>"¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?" "¿Necesita realizar alguna actividad que le hayan solicitado los médicos?" "¿Tiene alguna preocupación en específico?" "¿Hay algo en lo que pueda apoyarte en este momento?"</i>			
	C. Resumir y parafrasear el discurso del usuario	El psicólogo realiza un resumen de los sentimientos y preocupaciones identificados durante la llamada Por ejemplo: <i>"Me gustaría hacer un resumen de lo que hemos hablado para poder ofrecerle algunas recomendaciones para apoyarlo"</i>			
4) Abordar la respuesta emocional de crisis	A. Enseñar respiración diafragmática, respiración de labios fruncidos o alguna variante de la	El psicólogo guía verbalmente al usuario mediante instrucciones del paso a paso para realizar una serie de respiraciones profundas desde la inhalación del aire hasta la exhalación y explica la función del ejercicio. Por ejemplo: <i>"Por favor dentro de sus posibilidades necesito que siga mis instrucciones para que se sienta tranquilo, inhale despacio por la nariz, más lento de lo normal y mantenga el aire dentro de su cuerpo un</i>			

	técnica de respiración lenta	<p><i>momento y exhale lentamente, la exhalación es más prolongada. Yo le voy a contar, para que continúe haciendo unas repeticiones más. Esto le ayudará a sentirse más tranquilo y su cuerpo podrá relajarse"</i></p> <p><i>"Este ejercicio le demostrará que usted puede controlar sus emociones en estos momentos difíciles"</i></p>			
5) Solución de problemas	A. Explorar estrategias de afrontamiento pasadas	<p>El psicólogo realiza preguntas acerca de la conducta del consultante ante situaciones difíciles previas.</p> <p>Por ejemplo: <i>"¿Qué fue lo que usted hizo cuando le dijeron que su mamá tenía una enfermedad respiratoria?" "Por lo que me cuenta usted ya ha enfrentado la pérdida de otros familiares cercanos, ¿cómo fue que logró sentirse mejor?" "¿Cómo ha podido enfrentar otras situaciones complejas dentro de sus actividades del hospital?" "¿Cómo ha podido cuidarse a sí mismo después de atender pacientes con enfermedades contagiosas graves?"</i></p> <p>En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo indagará sobre las razones por las que el usuario ha sobrevivido así los factores protectores que le han apoyado</p>			

<p>para promover el afrontamiento</p>	<p>B. Elogiar</p>	<p>El psicólogo hace afirmaciones que elogian los esfuerzos del usuario por afrontar situaciones estresantes a través de comentarios positivos o de agrado hacia su conducta.</p> <p>Por ejemplo: <i>“Usted hizo todo lo que estuvo en sus manos dada la información que tenía”</i></p> <p><i>“Usted realizó los cuidados que le indicó el doctor, se esforzó mucho, sin embargo, hay cosas que están fuera de su control”</i></p> <p><i>“Quiero reconocerle que actúo lo más rápido que pudo a pesar del impacto emocional que le causó esta situación”</i></p> <p><i>“Usted está siguiendo muy bien las indicaciones, continúe así”</i></p> <p><i>“Usted ha podido seguir atendiendo con la mejor disposición posible aun con el estrés y el cansancio que le genera”</i></p>			
	<p>C. Establecer una meta en común</p>	<p>El psicólogo acuerda con el consultante una meta conductual que este bajo el control del familiar para promover un estilo de afrontamiento hacia la acción.</p> <p>Por ejemplo: <i>“Me comenta que le preocupa mucho cómo comunicar la noticia del fallecimiento a sus</i></p>			

		<p><i>hijos, ¿le parece si le doy algunas recomendaciones para que lo haga?"</i></p> <p><i>"¿Te parece que formemos una estrategia para regular tu estrés durante tu trabajo en el hospital?"</i></p>			
	D. Generar alternativas de solución	<p>El psicólogo pregunta al usuario sobre soluciones y/o mencionarlas para lograr la meta en común.</p> <p>Por ejemplo: ¿Usted cómo le haría para darle la noticia a sus hijos?</p> <p><i>"¿Qué se le ocurre que pueda hacer para sentirse tranquila cuando lleguen sus demás familiares?"</i></p> <p><i>"¿Qué se te ocurre que puedas hacer antes (o después) de estar en el área de atención para pacientes con COVID-19?"</i> <i>"¿Qué se te ocurre que podrías hacer antes de dar malas noticias a los familiares del paciente X?"</i></p>			
	A. Brinda psicoeducación sobre la importancia del autocuidado y la salud mental	<p>El psicólogo menciona información sobre las emociones y conductas esperadas y de alarma en un corto plazo ante la presencia del evento estresor, así como resalta la importancia del autocuidado y las redes de apoyo social para enfrentar el evento.</p>			

6) Cierre y seguimiento	durante eventos estresantes	<p>Por ejemplo: <i>“Para concluir esta plática con usted me gustaría decirle que las emociones de tristeza y dolor son parte de un proceso normal de duelo, sin embargo, si esto afecta su funcionalidad, o su salud no es normal” “Quiero que procures seguir estas medidas para cuidar tu salud física y mental mientras estés apoyando a personas que tienen COVID-19”</i></p> <p>En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo reforzará que se evite el consumo de sustancias adictivas y que el usuario se encuentre acompañado presencialmente o por vía remota con alguna red de apoyo (por ejemplo: familiar, amigo)</p>			
	B. Dar información sobre datos de contacto	<p>El psicólogo indica al usuario un número donde pueda localizarlo</p> <p>Por ejemplo: <i>“Si tiene dudas o necesita ayuda posteriormente, le doy el número del servicio para que me llame”</i></p> <p>En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo brindará datos de canalización de líneas de emergencia o de centros de apoyo de salud mental especializados</p>			

	<p>C. Recabar datos de contacto del familiar</p>	<p>El psicólogo pregunta datos sociodemográficos del usuario y su número de teléfono de casa o celular.</p> <p>Por ejemplo: <i>“Voy a recabar algunos datos de usted, por favor dígame su nombre completo, edad y un número donde pueda localizarlo”</i></p>			
	<p>D. Acordar una forma de seguimiento</p>	<p>El psicólogo define un medio de contacto para dar seguimiento dentro de un tiempo determinado.</p> <p>Por ejemplo: <i>“Me gustaría saber cómo usted va afrontando esta situación, por lo que posteriormente me pondré en contacto con usted por teléfono para saber cómo se siente, si usted lo requiere puede llamar antes”.</i></p> <p>En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo programará una sesión de seguimiento a un plazo de (dos días) y pedirá algún contacto de emergencia</p>			

Anexo 5. Planeación de horarios por participante

Número	Sesión Pre	Entrenamiento	Sesión Post	Seguimiento
1	12/09/2020 18:00	24/09/2020 12:00	06/10/2020 18:00	21/01/2021 10:00
2	07/09/2020 12:00	18/09/2020 18:00	28/09/2020 12:00	18/01/2021 18:00
3	10/09/2020 18:00	25/09/2020 10:00	01/10/2020 18:00	15/01/2021 10:00
4	11/09/2020 18:00	26/09/2020 12:00	05/10/2020 18:00	18/01/2021 10:00
5	09/09/2020 18:00	21/09/2020 06:00	30/09/2020 14:00	16/01/2021 10:00
6	07/09/2020 18:00	18/09/2020 12:00	28/09/2020 18:00	19/01/2021 10:00
7	08/09/2020 18:00	19/09/2020 12:00	16/10/2020 10:00	27/01/2021 18:00
8	09/09/2020 12:00	21/09/2020 12:00	11/11/2020 18:00	---
9	08/09/2020 12:00	02/10/2020 18:00	15/10/2020 12:00	---
10	10/09/2020 12:00	22/09/2020 18:00	01/10/2020 09:00	---
11	11/09/2020 09:00	15/10/2020 18:00	---	---
12	23/09/2020 14:00	05/10/2020 12:00	12/10/2020 18:00	---

Anexo 6. Casos clínicos



CASOS CLÍNICOS PARA DAR INFORMES MÉDICOS EN EL CONTEXTO DE COVID-19

CASO 1: ¹

Paciente: Mónica López Rodríguez (MLR), de 58 años de edad.

Antecedentes personales no patológicos: Paciente originaria y residente de la Ciudad de México, habita en casa propia con todos los servicios básicos (agua, luz y drenaje). Tiene dos mascotas vacunadas y desparasitadas.

Antecedentes personales patológicos: Hipertensión Arterial Sistémica de 18 años de diagnóstico en tratamiento actual con amlodipino 5 mg cada 24 h, Diabetes Mellitus de 15 años de diagnóstico en tratamiento con metformina 850 mg cada 12 h e insulina NPH 15 unidades por la mañana y 10 por la noche, además presenta, hiperuricemia en tratamiento con alopurinol 200 mg cada 24 h. Consumo de alcohol 1 a 2 veces al mes, sin llegar a la embriaguez. La paciente reporta que estuvo en contacto con un compañero de trabajo recién diagnosticado con SARS-CoV-2.

Padecimiento actual: La paciente refiere tos seca, dificultad para respirar, malestar general y fiebre desde hace dos días. Es traída el día de hoy a las 8 am a Urgencias Respiratorias del Hospital General Dr. Manuel Gea González. El examen físico reveló una temperatura corporal de 38.7 °C, presión arterial de 160/100 mm Hg, pulso de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 23 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno del 85% con FIO₂ al 21%. Fue admitida en el hospital por sospecha de neumonía asociada con la infección por SARS-CoV-2.

Examen de Laboratorio: Se le realizó análisis de hisopos nasofaríngeos y orofaríngeos los cuales fueron enviados al INDRE, para confirmar infección por SARS-CoV-2. Biometría hemática. Hemoglobina 10.7 gr/dL, Plaquetas: 105,000. Glucosa 450 mg/dL, Creatinina 2.5 mg/dL, Bilirrubinas 2.5, Gasometría. pH: 7.25; PCO₂: 50; PO₂: 50 con oxígeno suplementario.

Diagnósticos:

Síndrome Respiratorio Agudo por Coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

Neumonía de focos múltiples.

DM descontrolada.

HAS controlada.

Evolución:

La paciente recibió terapias de apoyo y se añadieron oseltamivir y levofloxacina como terapia empírica. La radiografía de tórax reveló opacidades intersticiales difusas y micronodulares y macronodulares en las áreas parahilares bilaterales y los campos pulmonares inferiores (**Ver figura 1**). Clínicamente presenta deterioro por lo cual se le realiza una segunda radiografía, observándose infiltrados micro y macronodulares bilaterales con bronco grama aéreo (**Ver figura 2**). En la tarde (4:00 pm), la paciente presentó datos francos de dificultad respiratoria, requirió de intubación endotraqueal (se llamó a la familiar para que diera el consentimiento) se estabilizó sin embargo, durante la noche, comenzó a desaturar y presentó un paro cardiorrespiratorio, se iniciaron ciclos de reanimación cardiopulmonar (RCP) a los cuales la paciente no respondió. Falleció a las 22:00 horas.

[Escriba aquí]





Contexto social:

- 1) Se acordó con los familiares que fueran a casa a guardar la cuarentena y que se iban a estar dando informes vía telefónica.
- 2) Antes de irse, trabajo social recibió copias de los documentos necesarios para estos casos (INE, CURP, Acta de nacimiento)
- 3) El gobierno local, permite la inhumación, cremación y rituales funerarios con menos de veinte personas.
- 4) Para el momento en que das el informe de muerte, la familiar ya ha recibido (a las 4 de tarde) un informe previo.

Instrucción:

Se debe dar notificación de muerte por vía remota a Julia Hernández Rodríguez, su hija de 35 años.

[Escriba aquí]



¹ El presente caso se adaptó del estudio reportado en el NEJM:

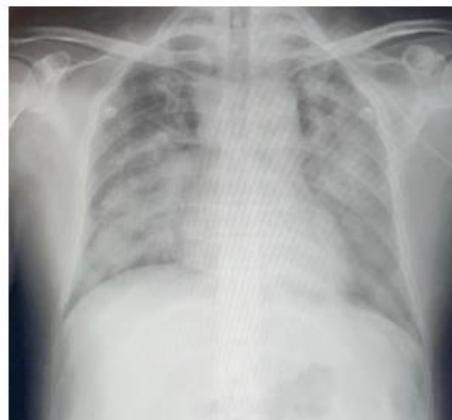
Liu, Y.-C., Liao, C.-H., Chang, C.-F., Chou, C.-C., & Lin, Y.-R. A Locally Transmitted Case of SARS-CoV-2 Infection in Taiwan. *N Engl J Med.* March of 2020; 382: 1070-1072

Figura 1: Opacidades intersticiales difusas progresivas y consolidación en las áreas parahilares bilaterales y los campos pulmonares inferiores.



Fuente: New England Journal of Medicine: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2001573>

Figura 2: Infiltrados micro y macronodulares bilaterales con bronco grama aéreo.



[Escriba aquí]



CASOS CLÍNICOS PARA DAR INFORMES MÉDICOS EN EL CONTEXTO DE COVID-19

CASO 2: ²

Paciente: Pablo Ordoñez Rodríguez de 69 años.

Antecedentes personales no patológicos: Paciente originario de Puebla, residente en Ciudad de México, habita en casa propia, con todos los servicios básicos (agua, luz y drenaje). Zoonosis, convivencia con caninos y animales de granja. Refiere exposición a humo de leña por más de 10 años.

Antecedentes personales patológicos: Hipertensión Arterial Sistémica con diagnóstico de 18 años de enfermedad y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, diagnosticada hace 3 años. No refiere tratamiento actual. Tabaquismo desde los 27 años de edad, consumo actual de 1 a 2 cigarrillos diarios. Alcoholismo desde los 17 años, consumo cada semana hasta llegar a la embriaguez, suspendido hace 5 años.

Padecimiento actual. El paciente reporta tos seca persistente, antecedentes de 2 días de náuseas y vómitos, dificultad para respirar y dolor retroesternal. Es hospitalizado en el área de urgencias. El examen físico reportó presión arterial de 150/100; frecuencia cardíaca de 125, frecuencia respiratoria de 35, temperatura de 38.8°C, saturación por oximetría de pulso de 75%, se colocó oxígeno suplementario con incremento de saturación por oximetría de pulso de 85%.

Laboratorio: Se le realiza un examen de hisopos nasofaríngeos y orofaríngeos, los cuales dieron positivo para SARS-CoV-2 mediante el ensayo de reacción en cadena de la polimerasa-transcriptasa inversa en tiempo real (rRT-PCR).

Diagnósticos:

Síndrome Respiratorio Agudo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

HAS descontrolada.

Evolución:

Para el tratamiento de los síntomas, el paciente recibe terapia antipirética que consiste en 500 mg de paracetamol cada 4 horas. Recibe 600 mg de guaifenesina por su tos continua, también se le administró soluciones parenterales a base de solución salina NaCl 0.9% durante los primeros 6 días de hospitalización. Se le realiza una radiografía de tórax la que mostró evidencia de neumonía en el lóbulo inferior de ambos pulmones (**figura 3**) por lo que se inició tratamiento con vancomicina (una dosis de carga de 1750 mg seguida de 1 g administrada por vía intravenosa cada 8 horas) y cefepima (administrada por vía intravenosa cada 8 horas). Sin embargo, el día 8 de hospitalización (día 12 de enfermedad), la condición clínica del paciente empeoró, presentando paro cardiorespiratorio, a lo cual no respondió al ciclo de RCP, llegando a fallecer.

Instrucción:

Se debe dar la notificación de muerte a Guadalupe Ramírez, su esposa de 53 años.

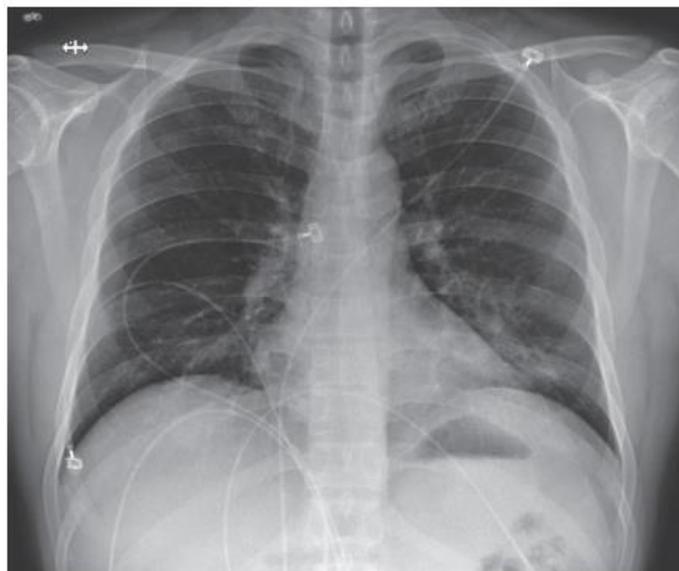
[Escriba aquí]



² El presente caso se adaptó del estudio reportado en el NEJM:

Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. N Engl J Med. March 5th, 2020;382(10):929-36.

Figura 3: Radiografía de tórax posteroanterior.



Fuente: New England Journal of Medicine: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001191>

[Escriba aquí]

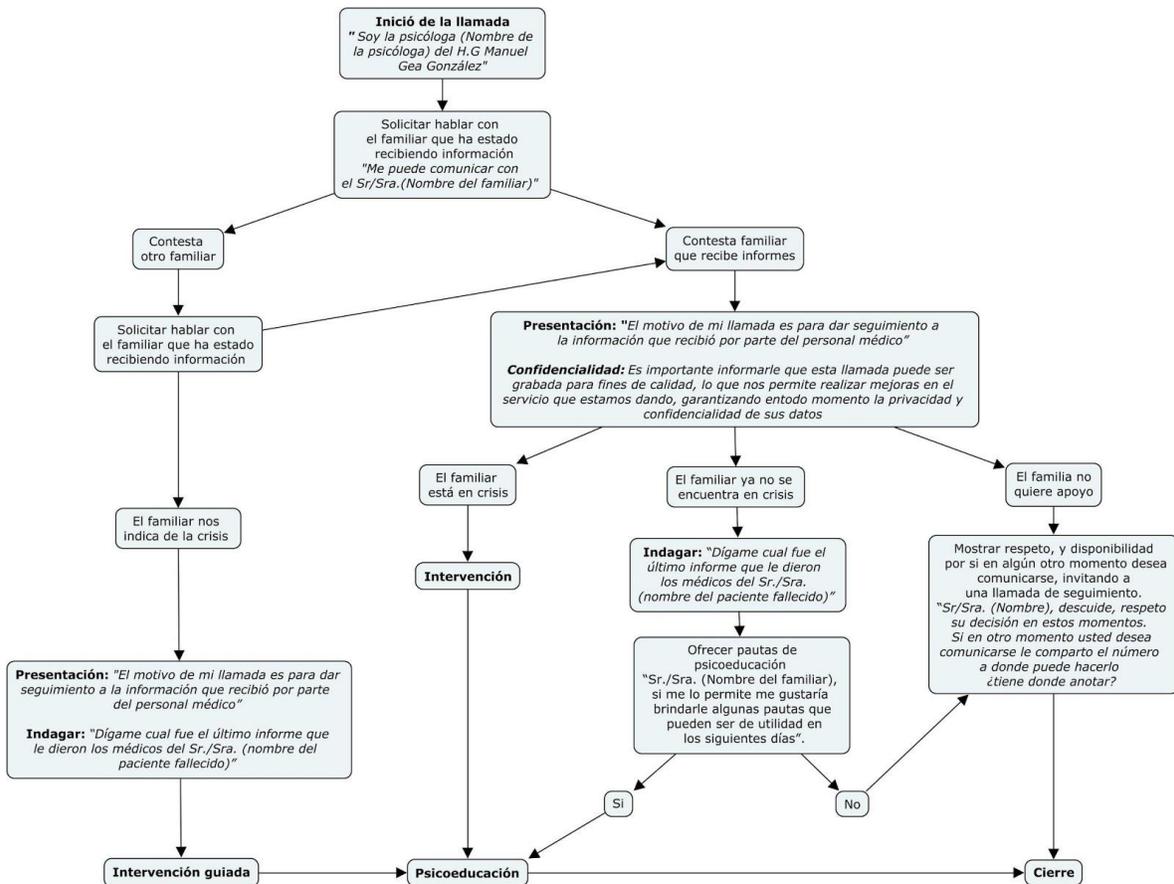
Anexo 7. Guion y lista de verificación del protocolo de Intervención en Crisis

Lista de acciones a realizar antes de la llamada

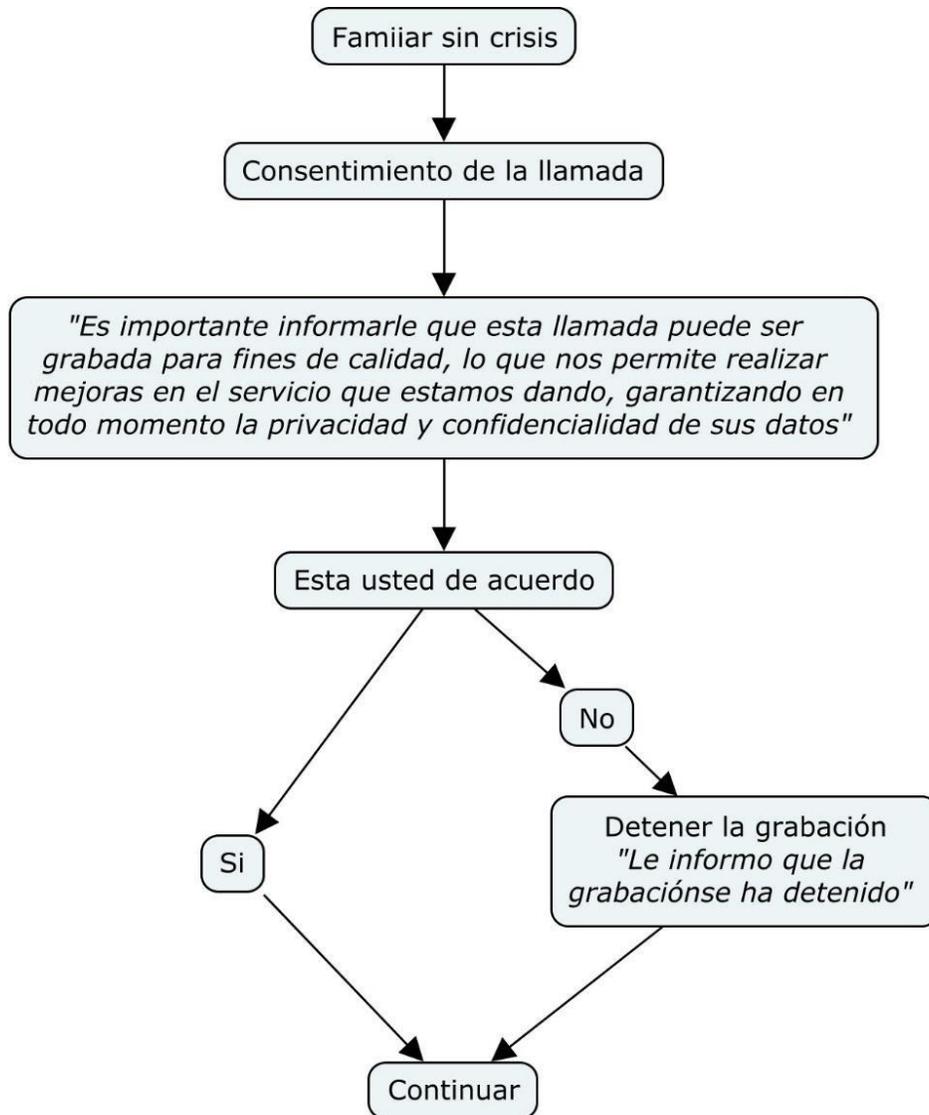
	Marcar
1. Ubicar un lugar donde tengas buena recepción telefónica, preferentemente donde el ruido y distracciones sean las menos posibles.	
2. Revisar la información del caso. Identificar el nombre del paciente fallecido, y del familiar que recibe informes, parentesco. De ser posible identificar los factores de riesgo indagados por el médico	
4. Realizar respiraciones profundas (inhala durante cuatro segundos, mantén el aire cuatro segundos y exhala lentamente, repite al menos cinco veces)	
5. Recuerda utilizar la aplicación para grabar la llamada (pruébala las veces que necesites, hasta que estés seguro de que está grabando adecuadamente)	
6. Tener lista de canalización para atención psicológica a distancia	
7. Tener la lista de pasos a seguir.	

Lista de cotejo acciones a realizar durante la llamada de intervención a familiares

	Lo realizó	No aplica
1. Iniciar grabación desde que el teléfono suena.		
2. Apuntar hora de inicio de la llamada.		
3. Guion inicial <i>Buenas tardes (días, noches), mi nombre es (Nombre del psicólogo), soy psicóloga del área de urgencias del Hospital Dr. Manuel Gea González. ¿Me puede comunicar con la Sra. (Sr.) (Nombre proporcionado por el familiar que dejó el contacto)?</i>		
4. Identificar escenario Observa el siguiente diagrama.		



5.	<p>Presentación: <i>El motivo de mi llamada es para dar seguimiento a la información que recibió por parte del personal médico</i></p>	
6.	<p>Confidencialidad de la llamada: (solo si el familiar no presenta crisis)</p> <p><i>Es importante informarle que esta llamada puede ser grabada para fines de calidad, lo que nos permite realizar mejoras en el servicio que estamos dando, garantizando en todo momento la privacidad y confidencialidad de sus datos</i></p>	



7. INTERVENCIÓN		
<p>1. Indagar antecedentes y factores de riesgo</p> <p>De ser posible, el psicólogo indagará los antecedentes médicos, psiquiátricos, de duelos recientes, o antecedentes de ideación suicida.</p> <p>¿Padece alguna enfermedad? _____ ¿Está tomando medicamentos? _____ ¿Tiene algún diagnóstico psiquiátrico? _____</p> <p>¿Usted ha tenido depresión o ansiedad? _____</p> <p>¿Tiene algún familiar que haya tenido o tenga un diagnóstico psiquiátrico? _____</p> <p>_____</p>		

<p>¿Recientemente ha pasado por alguna situación estresante o que le afecte de forma importante? ¿Ha tenido pérdidas importantes recientemente? ¿En los últimos meses, incluso ahora ha pensado en que quisiera morirse? ¿Ha pasado por su mente el deseo de morir? ¿Ha intentado hacerse daño a sí mismo?”</p> <p>Si se identifica ideación suicida, el psicólogo indagará sobre el grado de riesgo suicida: si hay un plan suicida o si hay intentos de autolesión actuales o previos</p>			
<p>2. Hacer contacto con recursos interpersonales</p>			
<p>Escucha activa</p>	<p>El psicólogo hace expresiones verbales cortas para indicar que está poniendo atención. “Lo escucho” “Continúe” “Me doy cuenta”</p>		
<p>Validación emocional</p>	<p>Cuando el usuario menciona alguna emoción (p. e. llorar, gritar), el psicólogo realiza expresiones verbales que indican que las emociones experimentadas son válidas y comprensibles bajo la situación adversa en la que se encuentra.</p> <p><i>Familiar: “Me siento muy triste”</i> <i>Psicólogo: “Es comprensible que la noticia que le acaban de dar le genere mucho dolor y tristeza”</i> <i>Familiar: “¿Por qué no lo traje antes al médico, pensé que solo era una gripa?”</i> <i>Psicólogo: “Es muy válido sentirse enojado ante una situación inesperada y que estuvo fuera de su control”</i></p>		
<p>Empatía</p>	<p>El psicólogo realiza comentarios que muestran</p>		

	<p>que identifica las emociones del familiar o el personal de salud.</p> <p><i>“Puedo notar en su tono de voz que siente mucha tristeza y frustración en estos momentos”</i></p> <p><i>“Puedo imaginar que está sintiendo mucho dolor por la pérdida de su familiar, que es indescriptible”</i></p> <p><i>“Me imagino que fue muy angustiante para usted no poder despedirse de su familiar”</i></p>		
Apoyo	<p>El psicólogo realiza comentarios que le hagan saber al consultante que está disponible para ayudarlo</p> <p><i>“Yo estoy aquí para ayudarlo”</i></p> <p><i>“Sé que es una situación dolorosa, yo estoy aquí para ayudarlo en lo que requiera”</i></p> <p><i>“Me quedaré con usted unos minutos para asegurarme que se encuentre lo mejor posible en este momento, le ofrezco mi apoyo”</i></p> <p><i>“No me puedo imaginar el dolor que estás sintiendo en este momento, esperaré en la línea (telefónica) por si puedo ayudarte en algo”</i></p>		
3. Focalizar y establecer un objetivo para la llamada			
Preguntar acerca de pensamientos, emociones y preocupaciones inmediatas	<p>El psicólogo realiza preguntas acerca de las emociones experimentadas y/o preocupaciones relacionadas al motivo de su llamada</p>		

	<p><i>“¿Qué es lo que más le preocupa en este momento por el fallecimiento de su familiar?”</i></p> <p><i>“¿Qué emociones siente ahora por su pérdida?”</i></p> <p><i>“¿Qué pasa por su cabeza en estos momentos?”</i></p>		
Resumir y parafrasear el discurso del usuario	<p>El psicólogo realiza un resumen de los sentimientos y preocupaciones identificados durante la llamada.</p> <p><i>“Me gustaría hacer un resumen de lo que hemos hablado para poder ofrecerle algunas recomendaciones para apoyarlo”</i></p>		
<p>4. Abordar la respuesta emocional de crisis</p> <p>En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo indagará sobre las razones por las que el usuario ha sobrevivido así los factores protectores que le han apoyado</p>			
Enseñar alguna técnica de respiración lenta	<p>El psicólogo guía verbalmente al usuario mediante instrucciones del paso a paso para realizar una serie de respiraciones profundas desde la inhalación del aire hasta la exhalación y explica la función del ejercicio.</p> <p><i>“Por favor dentro de sus posibilidades necesito que siga mis instrucciones para que se sienta tranquilo, inhale despacio por la nariz, más lento de lo normal y mantenga el aire dentro de su cuerpo un momento y exhale lentamente, la exhalación es más prolongada. Yo le voy a contar, para que continúe</i></p>		

	<p><i>haciendo unas repeticiones más. Esto le ayudará a sentirse más tranquilo y su cuerpo podrá relajarse”</i></p> <p><i>“Este ejercicio le demostrará que usted puede controlar sus emociones en estos momentos difíciles”</i></p>		
5.	Solución de problemas para promover el afrontamiento		
Explorar estrategias de afrontamiento pasadas	<p>El psicólogo realiza preguntas acerca de la conducta del consultante ante situaciones difíciles previas.</p> <p><i>¿Qué fue lo que usted hizo cuando le dijeron que su familiar tenía una enfermedad respiratoria?”</i></p> <p><i>“Por lo que me cuenta usted ya ha enfrentado la pérdida de otros familiares cercanos, ¿cómo fue que logró sentirse mejor?”</i></p>		
Elogiar	<p>El psicólogo hace afirmaciones que elogian los esfuerzos del usuario por afrontar situaciones estresantes a través de comentarios positivos o de agrado hacia su conducta.</p> <p><i>“Usted hizo todo lo que estuvo en sus manos dada la información que tenía”</i></p> <p><i>“Usted realizó los cuidados que le indicó el doctor, se esforzó mucho, sin embargo, hay cosas que están fuera de su control”</i></p> <p><i>“Quiero reconocerle que actuó lo más rápido que pudo a pesar del impacto</i></p>		

	<p><i>emocional que le causó esta situación”</i> <i>“Usted está siguiendo muy bien las indicaciones, continúe así”</i></p>		
Establecer una meta en común	<p>El psicólogo acuerda con el consultante una meta conductual que este bajo el control del familiar para promover un estilo de afrontamiento hacia la acción.</p> <p><i>“Me comenta que le preocupa mucho cómo comunicar la noticia del fallecimiento a sus hijos, ¿le parece si le doy algunas recomendaciones para que lo haga?”</i></p>		
Generar alternativas de solución	<p>El psicólogo pregunta al usuario sobre soluciones y/o mencionarlas para lograr la meta en común.</p> <p><i>“¿Usted cómo le haría para darle la noticia a sus hijos?”</i> <i>“¿Qué se le ocurre que pueda hacer para sentirse tranquila cuando lleguen sus demás familiares?”</i></p>		
<p>8. Psicoeducación normalizando las emociones que sentirá durante un tiempo y dando recomendaciones de autocuidado (comer y dormir)</p> <p><i>“Las emociones que está sintiendo en este momento, son normales, acaba de fallecer alguien que era muy importante para usted, y lo que le está pasando ahora es una adaptación a lo que está viviendo, quiero decirle que es totalmente valido llorar, y dar espacio a adaptarse poco a poco sin embargo es muy importante que, aunque usted no sienta hambre trate de comer algo, de tomar agua. y descanse intente dormir, manténgase en comunicación con familiares o amigos, ya sea mediante llamadas, mensajes, o video-llamadas. Si en algún momento usted siente que las emociones la sobrepasan o considera necesario acudir con un especialista más adelante le compartiré números de atención a los que puede acudir.</i></p>			

<p>9. Datos de contacto y seguimiento</p> <p>En caso del paciente con riesgo suicida, el psicólogo brindará datos de canalización de líneas de emergencia o de centros de apoyo de salud mental especializados y programará una sesión de seguimiento a un plazo de (dos días) y pedirá algún contacto de emergencia.</p> <p>El psicólogo proporcionará un contacto personal para contacto en caso de ser necesario.</p> <p>El psicólogo recupera los datos demográficos necesarios (Nombre, edad, lugar de residencia y números de contacto), y establece con el familiar la posibilidad de realizar un seguimiento para evaluar estado emocional del familiar.</p> <p><i>Si tiene duda o necesita apoyo posteriormente, le doy el número del servicio para que llame, ¿tiene donde anotar?</i></p> <p><i>Voy a recabar unos datos ¿podría decirme su nombre completo, edad y un número donde pueda contactarle?"</i></p> <hr/> <p><i>"Me gustaría saber cómo va afrontando esta situación por lo que posteriormente me pondré en contacto con usted por teléfono en un estimado de tres días ¿puede indicarme que día y en que horario puedo comunicarme con usted?"</i></p> <p><i>"Si usted lo requiere puede llamar antes"</i></p>		
<p>10. Dudas</p> <p>El psicólogo indaga las dudas que pudiera tener el familiar y proporciona la información necesaria para seguir con el proceso.</p> <p><i>"Sr./Sra. (Nombre del familiar) ¿Tiene alguna duda o inquietud?"</i></p>		
<p>11. Cierre.</p> <p><i>"Le recuerdo mi nombre (Nombre del psicólogo que atendió), Sr./Sra. (Nombre del familiar. ¿Hay algo más en lo que lo pueda apoyar?"</i></p>		
<p>1. Apuntar hora de término y duración de la llamada</p>		
<p>2. Respuesta emocional del familiar:</p>		
<p>3. Nombre del psicólogo que atendió la intervención en crisis:</p>		

Lista de acciones a realizar después de la llamada de intervención en crisis

	Marcar
--	---------------

<p>1. Reconoce tus emociones (Ansiedad, tristeza, miedo, incertidumbre, angustia) Toma un tiempo para respirar y relajarte</p>	
<p>2. Reflexiona sobre lo que se hizo bien, lo que no salió demasiado bien, y las limitaciones de lo que se pudo hacer dadas las circunstancias. (No te enganches).</p>	

Recuerda que es muy importante cuidar de tu salud. Te recomendamos que:

- Mantengas una alimentación balanceada, evitando comer alimentos chatarra,
- Realiza rutinas de ejercicio o actividad física
- Duerme al menos 8 hrs al día y evita siestas de más de 20 min.
- Toma descansos durante tu jornada laboral.
- Platica con algún amigo o familiar de tus experiencias, emociones y sentimientos
- Utiliza técnicas de relajación que te ayuden a manejar tu estrés o ansiedad

Sabemos que es una situación difícil, reconocemos tu gran labor y agradecemos todo el esfuerzo que estás haciendo.