



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA
REMOTA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
JOSÉ EDUARDO ACOSTA TORRES

DIRECTORA:
DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ
SÍNODO:
DR. GERMÁN PALAFOX PALAFOX
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
DRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO
MTRA. ALEJANDRA LÓPEZ MONTOYA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2023.



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.

Esta tesis fue apoyada por el proyecto UNAM-DGAPA-PAPIIT IV300121 Atención Psicológica a Distancia para la Salud Mental ante la Contingencia Sanitaria por COVID-19 bajo la responsabilidad principal de la Dra. Silvia Morales Chainé.

Agradecimientos

A mi padre, Jesús Acosta García, a quien le debo todo lo que sé y lo que soy, por siempre apoyarme y brindarme todas las herramientas necesarias para seguir aprendiendo y mejorando en todos los aspectos. Por ser el mejor padre, siempre lo idolatraré y amaré infinitamente. Me acompañará, estará en mi corazón y en mi mente por toda la eternidad.

A mi madre, Josefina Torres Morales, a quien también amo infinitamente y le agradezco por todo lo que ha hecho por mí, por siempre procurar mi bienestar, por apoyarme a lo largo de toda mi vida, por todas las enseñanzas e invaluable lecciones de vida, por ser un ejemplo de amor incondicional y por ser la mejor.

A mis hermanos, Jazmín, Amelia, Jesús y Candy, que siempre han sido los mejores compañeros de vida, por los momentos inolvidables que hemos vivido, por el apoyo increíble que me han brindado y porque sé que siempre contaré con ellos para todo.

A mis abuelitos, tías, primos y sobrinos, con quienes he aprendido el verdadero y valioso significado de la palabra familia.

A la Dra. Silvia Morales Chainé, por compartirme sus saberes en este campo de conocimiento tan importante, por ser una guía para continuar con mi desarrollo intelectual, por su gran apoyo y por su amabilidad que la caracteriza siempre.

A mis sinodales, Dr. Germán Palafox Palafox, Dra. Lydia Barragán Torres, Dra. Violeta Félix Romero y Mtra. Alejandra López Montoya, por sus aportaciones tan valiosas que contribuyeron sustancialmente a la realización de este trabajo.

Índice

Resumen	4
Antecedentes.....	5
Método.....	16
Participantes	16
Instrumentos	17
Lista Cotejable de Habilidades Basadas en la Guía de Intervención mhGAP 2.0 (Morales, López et al., 2019).....	17
Procedimiento	18
Análisis de Datos.....	19
Resultados.....	21
Porcentaje de Dominio Mediante Distribución de Frecuencias.....	21
Porcentaje Promedio de Dominio.....	23
De Cada Participante en Función del Promedio Grupal	23
De Cada Participante en Función del Promedio Individual	26
Porcentaje de Dominio General por Rangos	28
Discusión	30
Referencias.....	35
Apéndices	41

Resumen

La necesidad de brindar una intervención psicosocial que beneficie a las personas atendidas, basada en las mejores prácticas disponibles, ha contribuido a que aumente el interés por identificar las competencias implementadas por los profesionales de la salud en escenarios reales. El objetivo de este estudio consistió en describir el nivel de dominio de las habilidades profesionales basadas en la evidencia, implementadas durante la atención psicológica remota por tipo de procedimiento: a) atención y prácticas esenciales de salud; b) evaluación; y c) manejo de riesgos a la salud mental y por consumo de sustancias. Participaron 53 estudiantes en formación que brindaron atención psicológica remota. Se utilizó una lista cotejable para evaluar el nivel de dominio de las habilidades profesionales implementadas durante la atención psicológica. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva como promedios aritméticos, puntuaciones z y distribuciones de frecuencias sobre la ejecución de los participantes. Los resultados mostraron que los participantes obtuvieron un mayor porcentaje promedio de dominio individual y grupal en la *atención y prácticas esenciales de salud*, seguido de la *evaluación* y finalmente, con el menor nivel de dominio, el *manejo de riesgos a la salud mental*. El nivel de dominio más alto se observó en las conductas: *escucha activamente, aclara la información-resuelve dudas, identifica cuándo iniciaron los síntomas, y programa un seguimiento posterior*. El nivel de dominio más bajo se observó en las conductas: *indaga antecedentes familiares de trastornos mentales, neurológicos-por consumo de sustancias, identifica la duración de los síntomas, y motiva-guía a mantener una alimentación constante-saludable*. Se discute la utilidad de los hallazgos para fortalecer las habilidades de los profesionales de la salud mental y avanzar en el proceso de mejora continua, así como implicaciones para estudios futuros relativos a la evaluación de competencias profesionales.

Palabras clave: evaluación, competencias profesionales, atención psicológica remota, salud mental, práctica basada en evidencia

Antecedentes

Las recomendaciones señaladas por organismos internacionales para el ejercicio profesional en la disciplina psicológica giran en torno al uso de procedimientos derivados de los principios y supuestos básicos demostrados empíricamente (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2016). Se ha subrayado que, con este ejercicio, se hace más probable el éxito de las intervenciones con las cuales los seres humanos pueden verse beneficiados.

El ejercicio profesional en psicología aporta evidencia generada en la práctica que favorece particularmente a la investigación puente, la cual puede arrojar beneficios sociales a partir del desarrollo y la implementación de procedimientos de prevención e intervención frente a riesgos a la salud mental (Morales, 2012; Félix, 2019).

Así, en los últimos años se ha hecho evidente la necesidad e importancia de identificar los aspectos relacionados con las competencias y prácticas basadas en la evidencia científica que se evalúan tanto a través de situaciones simuladas como en interacciones reales durante la evaluación, manejo y seguimiento de las condiciones de riesgo a la salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas en el primer nivel de atención (OMS, 2016).

En la OMS (2015) se ha definido que las competencias profesionales se encuentran constituidas por conocimientos, habilidades (psicomotrices, de comunicación y para la toma de decisiones) y actitudes para poder llevar a cabo acciones y desempeñar tareas específicas, como indagar el motivo de consulta en una intervención breve, identificar cuándo iniciaron los síntomas y determinar metas de tratamiento, entre otras. De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés, 2006), la práctica basada en la evidencia, en psicología, “es la integración de la mejor investigación disponible con experiencia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias de la persona atendida” (p. 273).

Un aspecto importante relativo a las competencias profesionales y a la práctica basada en evidencia es la fidelidad o la capacidad de los profesionales de la salud para brindar una intervención psicológica efectiva (McHugh & Barlow, 2010). Por ejemplo, Jaafar (2011) evaluó las competencias y el desempeño de 100 consejeros de pregrado de tres universidades en Malasia para asegurar que contaban con los requerimientos para realizar actividades de consejería psicológica. El autor utilizó el Inventario de Desempeño del Consejero de Lannelli (2000) para evaluar los conocimientos y habilidades de consejería. Los resultados revelaron que la mayoría de los participantes contaban con los conocimientos y habilidades para llevar a cabo actividades de consejería psicológica. Así, 86% de los participantes tuvieron puntuaciones moderadas y 14% puntuaciones altas en su desempeño como consejeros. Jaafar (2011) concluyó que realizar este tipo de evaluaciones es importante, ya que permite asegurar que los consejeros cuentan con conocimientos y habilidades para brindar atención psicológica que beneficie a las personas atendidas, por ejemplo, en el manejo de emociones, en la adquisición de habilidades para solucionar problemas y en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Morales y Vázquez (2011) han argumentado que los profesionales de la salud cuentan con el conocimiento teórico y las habilidades prácticas en el manejo del comportamiento para transmitirlos y manejarlos en situaciones reales a través del consejo y la intervención breve. Los autores realizaron un estudio con 294 profesionales de la salud para evaluar sus conocimientos en una intervención breve a través de un diseño preexperimental pre-post. Utilizaron un instrumento de lápiz y papel con 13 situaciones hipotéticas relacionadas con habilidades basadas en principios conductuales para resolver situaciones problemáticas en el ámbito de la crianza infantil, que aplicaron antes y después de recibir la enseñanza profesional. El entrenamiento (de ocho horas de duración) consistió en el modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación de la práctica positiva de procedimientos de intervención

basados en los principios básicos del comportamiento. Los resultados mostraron que los profesionales tuvieron un incremento significativo en sus conocimientos sobre las habilidades de manejo conductual en el ámbito de la crianza infantil a partir del entrenamiento.

Algunos estudios en los que se han evaluado tanto conocimientos como habilidades (Freeman & Morris, 1999; McCluskey & Lovarini, 2005; Morales, Félix et al., 2019) indicaron que estos constructos, después de brindar una capacitación a los profesionales de la salud, no siempre aumentan en la misma proporción ni tampoco siempre se correlacionan positivamente los conocimientos con las habilidades (Félix, 2019).

Freeman y Morris (1999) realizaron un estudio para evaluar los conocimientos y habilidades de 12 trabajadores sociales de un servicio de protección infantil. Los participantes completaron seis horas de capacitación sobre habilidades de entrevista investigativa de abuso infantil y posteriormente evaluaron su impacto mediante un diseño cuasiexperimental. Los participantes respondieron un cuestionario para evaluar sus conocimientos y realizaron una entrevista simulada para evaluar sus habilidades antes, al terminar y tres meses después de la capacitación. Los resultados revelaron que el conocimiento y algunas habilidades de los participantes sobre entrevista investigativa mejoraron después de recibir la capacitación (por ejemplo, mejoraron al explicar el propósito de la entrevista y al realizar preguntas abiertas); sin embargo, la capacitación no logró impactar en varias habilidades clave para la entrevista, entre las que destaca la habilidad para recopilar información respecto al abuso infantil.

McCluskey y Lovarini (2005) evaluaron las competencias de 114 terapeutas ocupacionales antes, al terminar y ocho meses después de recibir un taller que abordaba temas relativos a la terapia ocupacional: el proceso de la práctica basada en evidencia, escribir preguntas enfocadas a la práctica clínica, realizar búsquedas en bases de datos electrónicas, realizar evaluaciones críticas de investigaciones cualitativas y cuantitativas, interpretar estadísticas en ensayos controlados aleatorios y superar barreras/hacer el cambio en la

práctica basada en evidencia. Los resultados mostraron que, aunque hubo un aumento en los conocimientos y habilidades de los profesionales después de tomar el taller, sus habilidades para realizar actividades relacionadas con los temas del taller aumentaron aproximadamente del 30% al 40%, mientras que sus conocimientos aumentaron del 36% al 52%. El autor concluyó que, aunque los conocimientos de los participantes aumentaron después de recibir el taller, las habilidades aumentaron en menor medida, por lo que se debe hacer énfasis en que los profesionales pongan en práctica lo aprendido.

La capacitación no siempre equivale a la implementación de competencias; las habilidades que requiere un profesional de la salud para trasladar lo aprendido a la aplicación en escenarios naturales, con personas reales y con perfiles diversos, pueden ser distintas y van más allá de los conocimientos adquiridos en programas de entrenamiento sobre procedimientos derivados de los principios y supuestos básicos demostrados empíricamente. Se requiere que la toma de decisiones esté en función de la situación en la que se encuentra la persona atendida, además del ajuste y adaptación de los procedimientos de la intervención basados en la evidencia científica (Félix, 2019).

Debido a la brecha que se ha encontrado entre el conocimiento que poseen los profesionales de la salud y la forma en que lo trasladan a la práctica es que cobra relevancia la evaluación de competencias. Una manera de monitorear las competencias de los profesionales de la salud ha sido mediante la evaluación de su implementación a partir de la observación directa de su conducta (Félix et al., 2019).

El monitoreo y supervisión de los profesionales es fundamental y necesario para mejorar la efectividad de la atención recibida (Herschell et al., 2010; Miller et al., 2004; Sholomskas et al., 2005). Luna (2017) identificó los conocimientos y habilidades que demostraron los profesionales de la salud de un centro de orientación telefónica de corte nacional para atender a la población general en el ámbito del consumo de sustancias

psicoactivas. Se utilizaron doce instrumentos de evaluación para identificar, mediante observación directa e indirecta, conocimientos y habilidades para llevar a cabo consejería e intervención breve en situaciones reales y simuladas, así como cuestionarios para evaluar conocimientos teóricos y prácticos sobre adicciones, procedimientos de llamadas, políticas y prácticas de confidencialidad, entre otros. Para este estudio, la autora refirió que la calificación aprobatoria fue de ocho puntos de acuerdo con la FESAT (Fondation Européenne des Services d'Aide Téléphonique, 2011), en una escala del 1 al 10, donde 1 indicaba un nulo conocimiento y 10 un total conocimiento sobre el tema. Luna (2017) también indicó como porcentaje de dominio mínimo aprobatorio el 30% de un total de 20 habilidades, según Chamberlain et al. (1986). Los resultados mostraron que los conocimientos generales sobre adicciones se encontraban por debajo del nivel mínimo esperado, pues la calificación promedio obtenida fue de 4.9 puntos (reiterando que la calificación aprobatoria era de ocho puntos, en una escala del 1 al 10, de acuerdo con la FESAT [2011]). En cuanto a las habilidades para atender llamadas, los hallazgos también indicaron resultados por debajo del mínimo aprobatorio, obteniendo una calificación general de 5.2 puntos en la ejecución de procedimientos de llamada y un porcentaje de dominio de 11.2% (inferior al 30% establecido como mínimo aprobatorio por Luna [2017]) para conductas de interacción en situaciones reales. La autora concluyó que los profesionales de la salud requerían fortalecer sus conocimientos y habilidades de manera integral, ya que se encontraban por debajo del mínimo aprobatorio.

Los estudios centrados en competencias resultan útiles para medir y monitorear hasta qué punto y de qué manera se están implementando estas al momento de brindar atención a la persona atendida, ya que existen componentes específicos de una intervención psicológica breve que, al implementarse en niveles moderados (por ejemplo, entre el 50% y 60%), promueven su conclusión exitosa (Félix et al., 2019). Incluso la evaluación de competencias también permite identificar la fidelidad de las intervenciones basadas en evidencia empírica.

Nuevamente, para que el profesional de la salud mejore sus habilidades de implementación es necesaria la supervisión de sus actividades con una observación directa de su conducta (Félix et al., 2019).

Un indicador importante relacionado con la implementación de competencias en una intervención tiene que ver con lograr la conclusión exitosa de esta. Por ejemplo, en el ámbito del consumo de sustancias, el abandono del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos es uno de los problemas más graves encontrados en la literatura (Domínguez et al., 2008). Algunos estudios revelan que el porcentaje de abandono al tratamiento oscila entre el 23% y el 50% de las personas atendidas en centros ambulatorios (Domínguez et al., 2008; McHugh & Barlow, 2010). Una forma de verificar las competencias con las que cuentan los profesionales de la salud es a través del nivel de implementación de los procedimientos conductuales. Félix y colaboradores (2019) evaluaron la relación entre el nivel de implementación de procedimientos conductuales y la conclusión de la intervención, a través de la observación de las habilidades de intervención del profesional en interacción con la persona atendida en un escenario natural. Para esto, evaluaron las sesiones de 109 terapeutas (seis sesiones consecuentes de la intervención breve implementada por cada uno de ellos con el mismo beneficiario) registrando el producto de la interacción observada con una Lista Cotejable del Nivel de Implementación de dichas Intervenciones en Adicciones, la cual fue diseñada ex profeso para llevar a cabo la evaluación. Los resultados revelaron un porcentaje promedio de implementación de los procedimientos de 71.1%, además, el 48.52% de las personas atendidas concluyeron el plan de intervención (denominado grupo completo) y 51.48% no lo concluyeron (denominado grupo inconcluso). Los autores compararon las medias de implementación de los procedimientos entre el grupo completo y el inconcluso y obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. El grupo de profesionales constituido por aquellos cuyas personas atendidas completaron la intervención obtuvo niveles de implementación más

altos que aquellos obtenidos por los profesionales cuyos casos no la concluyeron; por ejemplo, al analizar componentes particulares de la intervención, los autores hallaron lo siguiente: en establecimiento de metas, el grupo completo obtuvo un porcentaje promedio de implementación de 86.1%, mientras que el grupo incompleto obtuvo 72.3%; en planeación de conducta alternativa, el grupo completo obtuvo 72.4% y el grupo incompleto obtuvo 64%; en ensayos conductuales, el grupo completo obtuvo 55.5%, mientras que el grupo incompleto obtuvo 43.2%. Después de realizar un análisis de regresión logística binaria, los autores reportaron que en el caso del grupo inconcluso se presentaron niveles de implementación aproximadamente 0.9 veces menores que en el grupo que completó la intervención. Félix et al. (2019) concluyeron que se puede proponer un nivel mínimo de implementación, por parte de los profesionales, de las estrategias basadas en evidencia en la intervención que se relaciona con el egreso de alta exitoso de las personas atendidas. El nivel de implementación se encontraría alrededor de un promedio del 70% en general y en un rango que fluctuaría entre el 55% y el 86% cuando se observan procedimientos específicos como el establecimiento de metas, planeación de conducta alternativa y ensayos conductuales; niveles de implementación menores podrían dificultar la conclusión de la intervención.

En la investigación contemporánea se sugiere que transferir las innovaciones a la práctica es un reto, no solo para los programas a través de los cuales se atiende el abuso de sustancias, sino para todas las áreas de la práctica del cuidado de la salud (Martínez, Jiménez et al., 2018). Además de la enseñanza de las estrategias a los profesionales, su evaluación y supervisión resultan elementos cruciales para identificar las fortalezas y áreas de oportunidad al adoptarlas en escenarios reales.

La evaluación de las conductas de los profesionales podría contribuir a la adopción e implementación adecuada de las intervenciones y, consecuentemente, a mejorar la calidad de los servicios brindados (Mihalic et al., 2008; Simpson, 2002). Es importante que los estudios

enfocados en la evaluación incluyan datos tanto de los indicadores que favorecen que una intervención resulte exitosa como de aquellos que dificultan la conclusión y el éxito de una intervención (por ejemplo, los niveles de implementación de las estrategias de la intervención), lo cual podría ayudar a los investigadores a anticipar las dificultades en su adopción (Martínez, Jiménez et al., 2018).

Si bien es cierto que la observación directa tiene un costo alto, pues implica disponer de recursos humanos y tecnológicos para llevar a cabo la supervisión en escenarios reales, también resulta costo-efectivo promover su uso para favorecer la traslación del conocimiento y generar evidencia sobre cómo los procedimientos basados en principios básicos de la conducta se implementan en escenarios naturales con personas reales por parte de los profesionales (Félix et al., 2019). Esto representa una verdadera aportación no solo a la práctica basada en la evidencia, sino a la evidencia generada en la práctica (Fixsen et al., 2005; Santoyo, 2012). Además, la observación directa permite identificar aquellas conductas del profesional de la salud que se relacionan con el alta exitosa de la persona atendida, considerando la adherencia a los protocolos de intervención y generando las adaptaciones necesarias surgidas como resultado de un proceso de traslación (Félix et al., 2019).

Como se ha observado hasta el momento, abordar la necesidad de brindar una intervención psicosocial que beneficie a las personas atendidas ante sus condiciones de salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas, basada en las mejores prácticas disponibles, ha contribuido a que aumente el interés por identificar aspectos relacionados con el ejercicio clínico de los profesionales de la salud, como las competencias y su nivel de implementación en escenarios reales.

Se ha impulsado la capacitación continua de los profesionales de la salud para brindar atención psicológica de mayor calidad (p. ej., Martínez, Contreras et al., 2018; Morales & Matías, 2017; Morales, Félix et al., 2019), sin embargo, el esfuerzo por parte de las

instituciones para asegurar que esas capacitaciones se vean reflejadas en la práctica es reducido (Simons et al., 2013). En algunas ocasiones se ha evidenciado que, a pesar de que los profesionales de la salud aumentan su conocimiento después de recibir una capacitación, este no siempre se traslada a la práctica. Es por esto por lo que un aspecto importante que se debe evaluar y supervisar son las competencias implementadas en los escenarios reales por parte de los profesionales de la salud.

Como se ha mencionado, conforme los niveles de implementación de competencias para llevar a cabo una intervención psicológica son mayores, se observa un mayor número de personas que concluyen y egresan exitosamente de las intervenciones (Félix et al., 2019). Aunado a lo anterior, la evaluación podría mostrar estrategias para favorecer la adquisición de competencias y proporcionaría información útil que permitiría avanzar en el proceso de mejora continua para brindar un servicio de mayor calidad, favoreciendo el éxito de las intervenciones con las cuales los seres humanos pueden verse beneficiados (Morales, 2012).

En concreto, en los últimos años ha aumentado el interés por comprender el papel que juega la adquisición y mantenimiento de las competencias de los profesionales de la salud durante la atención psicológica. Las recomendaciones señaladas por organismos internacionales para el ejercicio profesional en el campo de la psicología giran en torno al uso de procedimientos con evidencia empírica derivados de los principios básicos del comportamiento (OMS, 2016). Bajo este fundamento, la evaluación de competencias y su implementación en escenarios reales cobra relevancia por diversas razones, entre las que destaca conocer cuál es el nivel de dominio de los conocimientos, habilidades y actitudes, relativas al logro del tratamiento, durante la evaluación, manejo y seguimiento de las condiciones de riesgo a la salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas en el primer nivel de atención (OMS, 2016). Además, la evaluación de competencias y su implementación en escenarios reales permite identificar las fortalezas y áreas de oportunidad específicas al

momento de impartir la atención psicológica. La información resultante podría servir como base para, en caso de ser necesario, modificar las estrategias educativas pertinentes o incluso desarrollar e implementar nuevas estrategias para mejorar las competencias de los profesionales de la salud y su implementación. Esta información también podría dar indicios sobre la calidad del servicio que se está brindando y finalmente aportaría evidencia generada en la práctica en escenarios naturales.

En la OMS (2016), con la participación de un panel internacional de expertos e instituciones con experiencia en el campo de la salud mental, se han desarrollado los lineamientos basados en evidencia de la Guía de Intervención mhGAP 2.0 mediante análisis sistemáticos y metaanálisis de literatura científica enfocada en la promoción de la salud mental y en la prevención, evaluación, manejo y seguimiento de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Estos análisis de literatura científica abordan temas que giran en torno a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias prioritarios; por ejemplo, sobre la eficacia de diferentes tipos de tratamientos psicológicos para el trastorno depresivo (Cuijpers et al., 2010), epilepsia (Ramaratnam et al., 2008), uso nocivo del alcohol (Havard et al., 2008) o la autolesión y el suicidio (Borschmann et al., 2012), entre otros.

La Guía de Intervención mhGAP 2.0 se desarrolló con el propósito de ayudar a ejecutar el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), cuyos objetivos principales son ampliar los servicios profesionales de salud mental para atender personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, y ayudar a reducir la brecha entre los recursos (financieros y humanos) disponibles y la necesidad de dichos servicios. La OMS (2016) determinó que la depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente, demencia, trastornos por el consumo de sustancias, autolesión y suicidio son trastornos prioritarios basándose en los criterios siguientes: representan una carga elevada en cuanto a mortalidad, morbilidad y

discapacidad, generan grandes costos económicos y se asocian con violaciones de derechos humanos.

La Guía de Intervención mhGAP 2.0 es una herramienta técnica que presenta ejemplos del manejo integrado de los trastornos prioritarios aplicando protocolos para la toma de decisiones clínicas. La guía comienza con el apartado Atención y prácticas esenciales de salud, en donde se describe un conjunto de prácticas clínicas y directrices generales para las interacciones entre los profesionales de la salud y las personas que solicitan atención en el ámbito de la salud mental. Posteriormente se muestra un esquema principal, el cual proporciona información sobre las formas más comunes en que se manifiestan los trastornos prioritarios, y a partir de este punto se guía al profesional de la salud a los módulos pertinentes; cada módulo corresponde a un trastorno prioritario diferente, y en cada módulo se encuentran las secciones de Evaluación, Manejo y Seguimiento. La sección de Evaluación está diseñada en forma de diagrama de flujo con múltiples puntos de evaluación clínica: cada módulo comienza con las manifestaciones comunes del trastorno, posteriormente se presenta una serie de preguntas de evaluación clínica a las que, de manera sucesiva, se debe dar una respuesta afirmativa o negativa, lo cual dirige al profesional de la salud hacia instrucciones adicionales para llegar a una evaluación clínica final. En la sección de Manejo se proporciona información y detalles de intervención sobre cómo tratar el o los trastornos que se han evaluado. Finalmente, la sección de Seguimiento suministra información sobre cómo continuar la relación clínica e instrucciones para la gestión del seguimiento.

Debido a la necesidad de ampliar los servicios de salud mental, los profesionales han optado por utilizar diversos medios de comunicación para brindar dichos servicios de manera remota; uno de ellos es la atención psicológica otorgada por vía telefónica, la cual ha demostrado ser eficaz por diversos motivos: ha ayudado a las personas atendidas a reducir sus síntomas de depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos alimentarios,

esquizofrenia, autolesión y suicidio; también es costo-efectiva, accesible, posibilita la ayuda inmediata y permite mantener el anonimato (Coveney et al., 2012; Vázquez et al., 2015; Coughtrey & Pistrang, 2018). Otro aspecto importante es que los profesionales de la salud perciben que las sesiones llevadas a cabo por vía telefónica son más estructuradas, más enfocadas al trabajo terapéutico y a la solución de problemas, en comparación con las sesiones realizadas de manera presencial (Irvine et al., 2020); además, no se han encontrado diferencias significativas entre los resultados del tratamiento obtenidos en la atención psicológica otorgada por vía telefónica y la otorgada de manera presencial (Brenes et al., 2011; Irvine et al., 2020).

Por lo tanto, el objetivo del actual estudio consistió en describir el nivel de dominio de las habilidades profesionales de estudiantes de pregrado en formación, con relación a las estrategias basadas en la evidencia implementadas durante la atención psicológica remota por tipo de procedimiento (atención y prácticas esenciales de salud, evaluación y manejo de riesgos a la salud mental y por consumo de sustancias) para conocer las fortalezas y áreas de oportunidad de los profesionales de la salud al adoptar las competencias en escenarios reales, lo cual permitirá avanzar en el proceso de mejora continua para brindar un servicio de mayor calidad.

Método

Participantes

Se trabajó con 53 estudiantes de pregrado en formación de una Universidad pública de la Ciudad de México que brindan atención psicológica remota, elegidos mediante muestreo por cuota. El 86.8% de los participantes fueron mujeres y el 13.2% hombres. La edad promedio de los participantes fue de 27.8 años (DE=7.8). Todos los participantes previamente cursaron y finalizaron la capacitación a distancia sobre la Guía de Intervención mhGAP 2.0. Respecto a las personas atendidas, 69.8% fueron mujeres y el 30.2% hombres, la edad promedio fue de 28.2

años (DE=10.5) y los motivos por los que solicitaron atención psicológica fueron los siguientes: ansiedad, la cual fue atendida en el 58.5% de las llamadas, depresión en el 52.8%, problemas interpersonales en el 30.2% y finalmente autolesión y suicidio en el 13.2% de las llamadas; el 43.4% de las personas atendidas presentó más de un motivo que requería atención psicológica.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UNAM el 16 de octubre de 2020. Las audiograbaciones fueron obtenidas del conmutador mediante el cual se brinda atención psicológica remota (Morales et al., 2022), se descargaron y analizaron para posteriormente llevar a cabo la evaluación.

Instrumentos

Lista Cotejable de Habilidades Basadas en la Guía de Intervención mhGAP 2.0 (Morales, López et al., 2019)

La Lista cotejable de habilidades basadas en la Guía de Intervención mhGAP 2.0 es un instrumento en formato electrónico compuesto por 43 reactivos con cuatro opciones de respuesta (la domina, en proceso, no la domina y no aplica) utilizado para evaluar el nivel de dominio de habilidades profesionales implementadas durante la atención psicológica (Morales, López et al., 2019). Los reactivos se encuentran distribuidos en las siguientes dimensiones: atención y prácticas esenciales de salud (19 reactivos), evaluación (8 reactivos) y manejo (16 reactivos) de los riesgos a la salud mental. Para consultar información adicional respecto a las conductas establecidas en la lista cotejable, ver Apéndice A.

La primera parte de la lista cotejable aborda la *atención y prácticas esenciales de salud*, la cual se encuentra dividida en tres secciones. La primera sección corresponde a los *principios generales* e incluye aspectos relacionados con la comunicación activa verbal y no verbal, es decir, conductas como saludar, resumir la información otorgada, aclarar dudas y escuchar

activamente, entre otras. La segunda sección corresponde a los *elementos esenciales de la práctica clínica de salud mental*, la cual contiene indicadores que permiten a los participantes indagar el motivo de consulta, problemas de salud física, ingesta de medicamentos y antecedentes psicosociales, entre otros. La tercera sección corresponde a la *atención vía telefónica*, la cual debe ser evaluada en caso de que el primer contacto psicológico se realice por este medio.

En la segunda parte de la lista cotejable, la cual corresponde a la *evaluación*, se sondean conductas que los participantes pueden realizar durante la valoración de algún padecimiento, por ejemplo, mostrar la capacidad de actuar en casos de urgencia, determinar cuándo iniciaron los síntomas o identificar un posible trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias.

La última parte corresponde al *manejo de riesgos a la salud mental*, donde se evalúa si el participante planificó el tratamiento, brindó acciones de intervención psicosocial (psicoeducación, estrategias para reducir el estrés, promoción del funcionamiento adecuado en las actividades diarias) o farmacológica, o si derivó a la persona atendida con un especialista o a un hospital.

La rúbrica para calificar cada reactivo es: “2” si domina la conducta, “1” si se encuentra en proceso de dominarla, “0” si no la domina y “NA” si no se presentó la oportunidad para realizar la conducta.

Procedimiento

Se llevó a cabo un estudio no experimental descriptivo transeccional. Primero, se obtuvieron las audiograbaciones en las que se realizaba el primer contacto psicológico de manera remota, es decir, únicamente la primera sesión otorgada a la persona atendida por parte de un profesional de la salud (un participante por cada persona atendida). Antes de recibir

la atención psicológica remota, se dio a conocer, mediante una audiograbación, el consentimiento informado a las personas atendidas, en el cual se explica que la atención otorgada por los profesionales de la salud sería audiograbada con fines de calidad, monitoreo y supervisión en el servicio. Se enfatizó en que la información obtenida era estrictamente confidencial y se informó claramente sobre el objetivo, los procedimientos a implementar y el uso que recibiría la información, asegurando el resguardo del material e informando que este sería utilizado únicamente con fines de investigación (APA, 2013). La duración de la sesión se estableció en un rango de 45 a 50 minutos; durante este tiempo, los participantes podían implementar las habilidades relativas a la Guía de Intervención mhGAP 2.0. Las habilidades que podían implementar eran aquellas relativas a la atención y prácticas esenciales de salud, evaluación y manejo de riesgos a la salud mental (ver Apéndice A): por ejemplo, respecto a la atención y prácticas esenciales de salud, los participantes podían resumir la información otorgada, escuchar activamente e indagar el motivo de consulta, entre otras; durante la evaluación, podían mostrar la capacidad de actuar en casos de urgencia, determinar cuándo iniciaron los síntomas, identificar un posible trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias, etc.; finalmente, durante el manejo de riesgos a la salud mental, los participantes podían planificar el tratamiento, brindar acciones de intervención psicosocial o derivar a la persona atendida con un especialista, entre otras. Posteriormente se evaluaron, mediante observación directa, las habilidades y actitudes de los profesionales de la salud implementadas durante el primer contacto psicológico, de acuerdo con la rúbrica de la Lista cotejable de habilidades basadas en la Guía de Intervención mhGAP 2.0.

Análisis de Datos

Se realizaron análisis descriptivos mediante estadística descriptiva como promedios aritméticos, puntuaciones z y distribuciones de frecuencias sobre la ejecución de las habilidades y actitudes de los participantes durante el primer contacto psicológico.

Se realizó una distribución de frecuencias de las conductas que se encuentran en la lista cotejable para describir, de manera específica, qué porcentaje de participantes dominaba una determinada conducta, se encontraba en proceso de dominarla o no la dominaba.

Se calculó el porcentaje promedio de dominio de cada participante, de cada conducta que se encuentra en la lista cotejable, de cada dimensión (atención y prácticas esenciales de salud, evaluación y manejo de riesgos a la salud mental) y se calculó el porcentaje promedio de dominio general para describir las puntuaciones obtenidas.

Posteriormente, se calculó la puntuación z del porcentaje promedio de dominio de cada dimensión para cada participante en función del promedio grupal en las habilidades para la atención y prácticas esenciales de salud, la evaluación y el manejo de riesgos a la salud mental, para describir la variabilidad en las habilidades y actitudes entre los participantes respecto al promedio grupal. También se calculó la puntuación z del porcentaje promedio de dominio de cada participante en función de sus promedios individuales para describir la variabilidad en las dimensiones respecto a sus promedios de habilidades individuales.

Se realizó una distribución de frecuencias de los porcentajes de dominio generales obtenidos por los participantes para describir el nivel de dominio general.

Para los análisis de datos descritos se utilizó Excel® 2204 del Corporativo Microsoft® (2022) en Redmond, WA, EUA, y el paquete estadístico SPSS® 25.0 del Corporativo IBM® (2017) en Armonk, NY, EUA.

Resultados

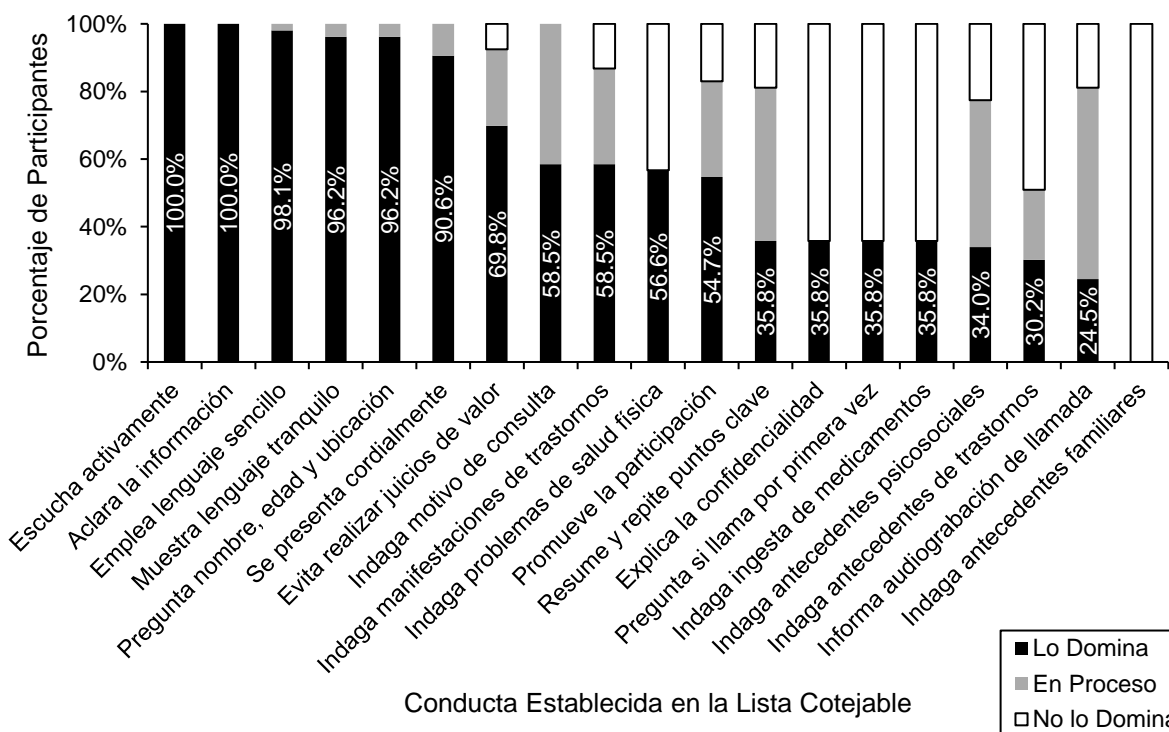
Porcentaje de Dominio Mediante Distribución de Frecuencias

Para describir el porcentaje de los participantes que dominaba, se encontraba en proceso o no dominaba una determinada conducta durante la interacción con las personas atendidas, se realizó una distribución de frecuencias.

Respecto a la atención y prácticas esenciales de salud, en la Figura 1, destacan los siguientes resultados: el 100% de los participantes dominaba las conductas: *escucha activamente, aclara la información y resuelve dudas*; el 100% no dominaba la conducta: *indaga antecedentes familiares de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias*.

Figura 1

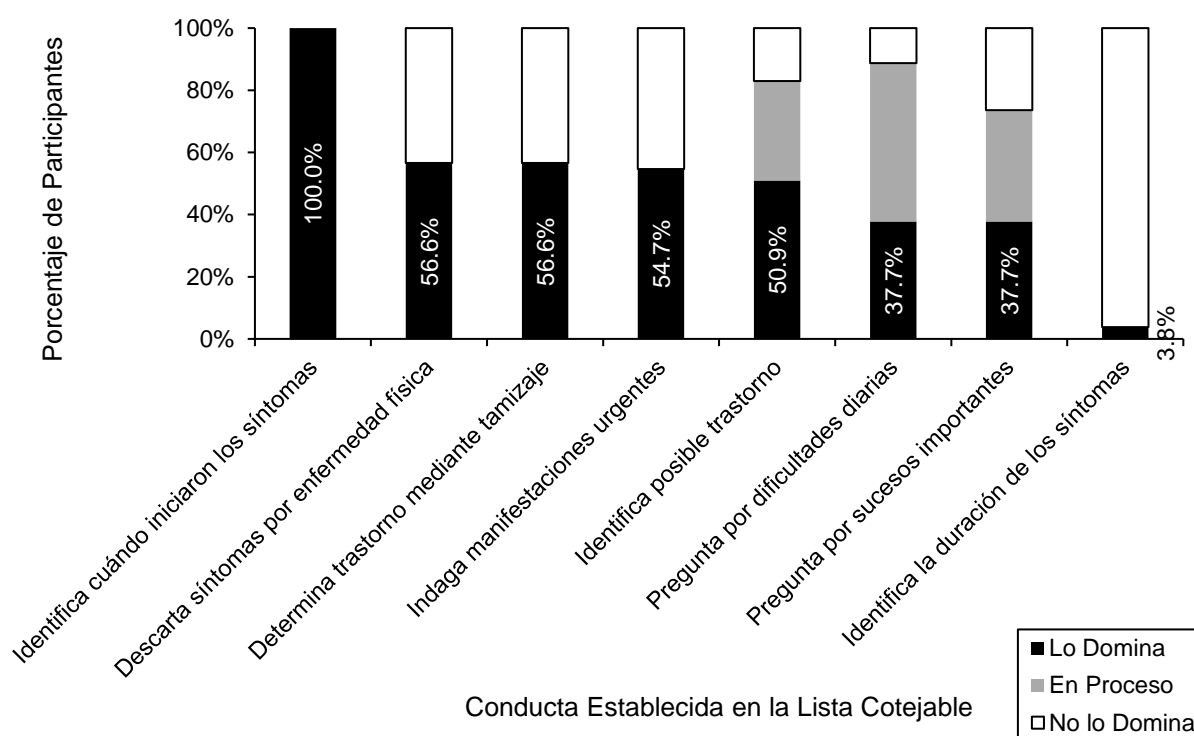
Porcentaje de Participantes en Función del Nivel de Dominio de las Conductas de Atención y Prácticas Esenciales de Salud



En cuanto a la evaluación, en la Figura 2, destacan los siguientes resultados: el 100% de los participantes dominaba la conducta: *identifica cuándo iniciaron los síntomas*; el 96.2% de los participantes no dominaba la conducta: *identifica la duración de los síntomas*.

Figura 2

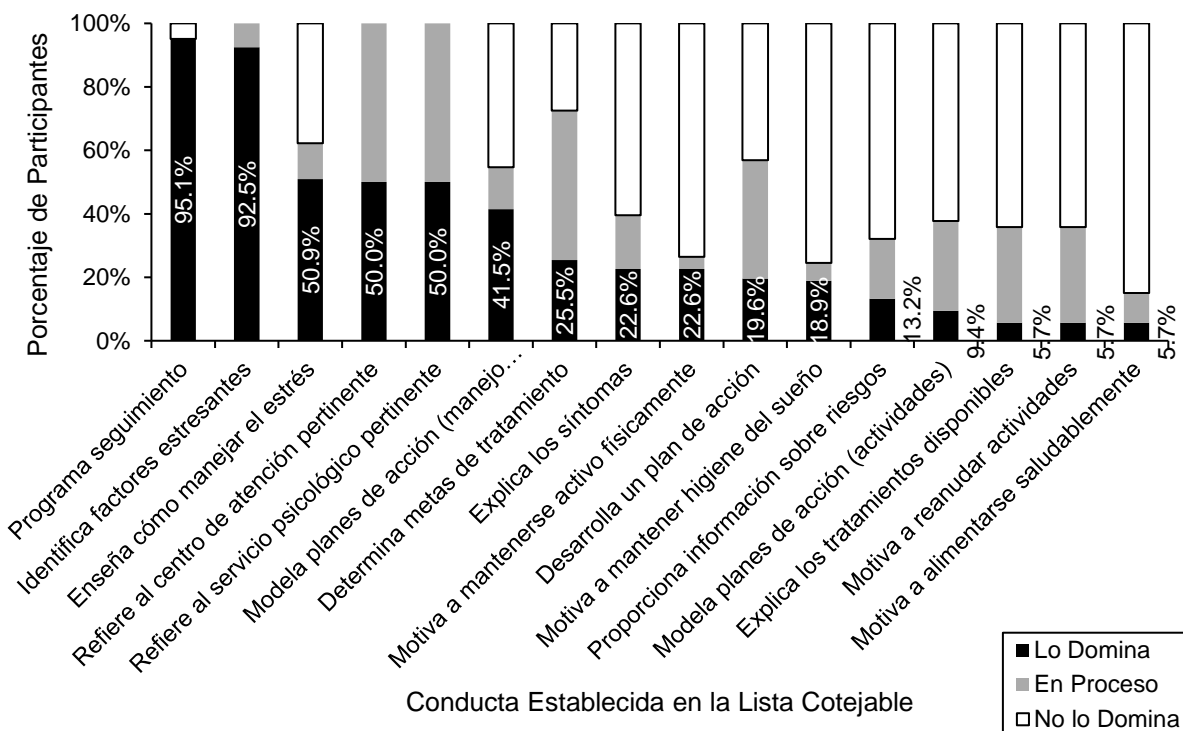
Porcentaje de Participantes en Función del Nivel de Dominio de las Conductas de Evaluación de Riesgos a la Salud Mental



Sobre el manejo de riesgos a la salud mental, en la Figura 3, destacan los siguientes resultados: el 95.1% de los participantes dominaba la conducta: *programa un seguimiento posterior*; el 84.9% de los participantes no dominaba la conducta: *motiva y guía a mantener una alimentación constante y saludable*.

Figura 3

Porcentaje de Participantes en Función del Nivel de Dominio de las Conductas de Manejo de Riesgos a la Salud Mental



Para consultar información adicional respecto al porcentaje promedio de dominio de cada conducta establecida en la lista cotejable, ver Apéndice B.

Porcentaje Promedio de Dominio

De Cada Participante en Función del Promedio Grupal

La Figura 4 muestra la puntuación z de cada participante en función del promedio grupal en la atención y prácticas esenciales de salud, evaluación y manejo de riesgos a la salud mental. El porcentaje promedio de dominio para la *atención y prácticas esenciales de salud* fue de 66.5% con una desviación estándar equivalente a 13.6%. Para esta dimensión, la puntuación más alta obtenida por un participante fue de 94.7%, a 2.08 desviaciones estándar

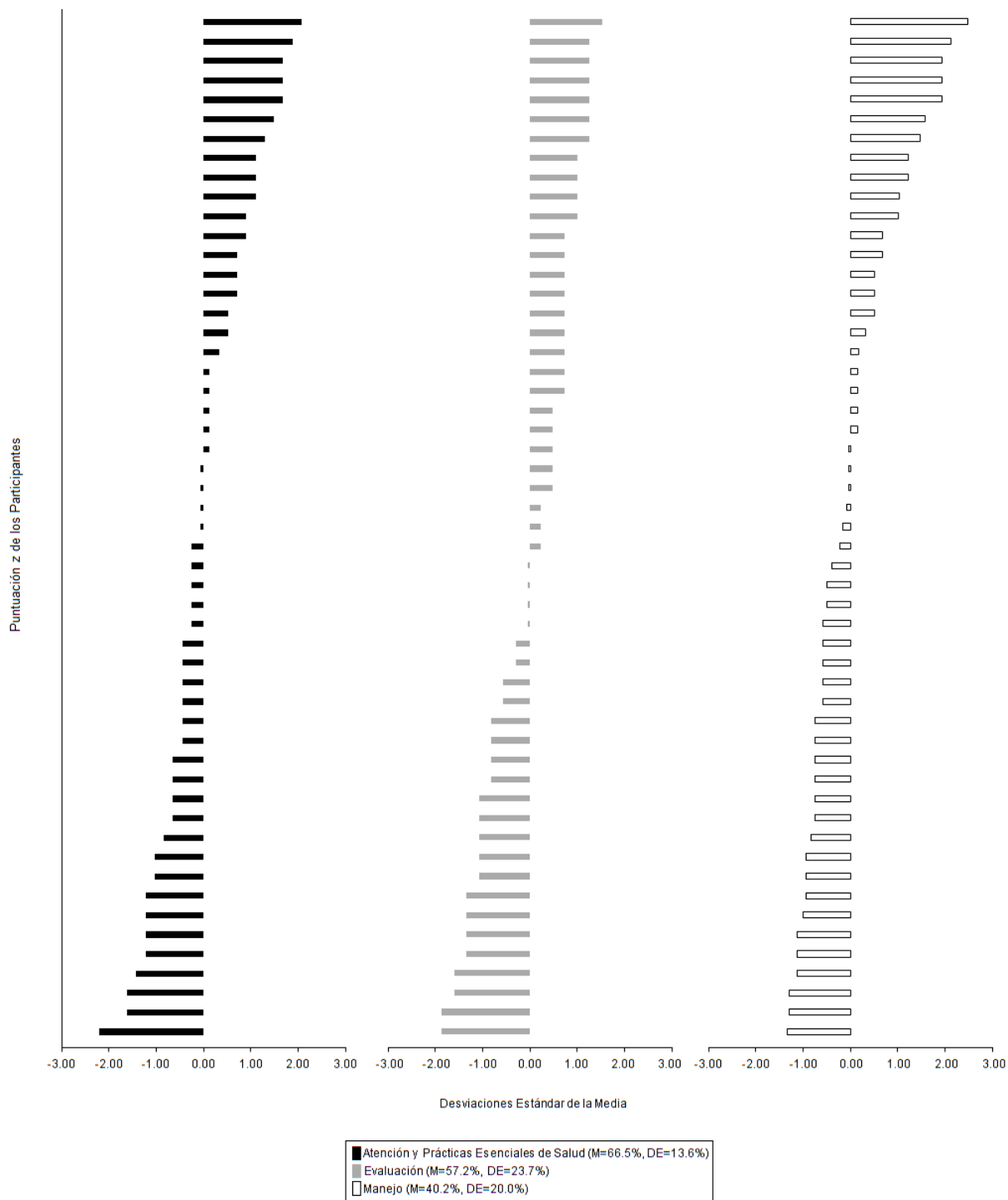
sobre la media; mientras que la puntuación más baja obtenida fue de 36.8%, ubicada a -2.19 desviaciones estándar por debajo de la media grupal.

El porcentaje promedio de dominio para la *evaluación de riesgos a la salud mental* fue de 57.2% con una desviación estándar equivalente a 23.7%. Para esta dimensión, la puntuación más alta obtenida por un participante fue de 93.8%, a 1.54 desviaciones estándar sobre la media; la puntuación más baja obtenida fue de 12.5%, ubicada a -1.88 desviaciones estándar bajo la media grupal.

El porcentaje promedio de dominio para el *manejo de riesgos a la salud mental* fue de 40.2% con una desviación estándar equivalente a 20%. Para esta dimensión, la puntuación más alta obtenida por un participante fue de 89.3%, a 2.45 desviaciones estándar sobre la media; la puntuación más baja obtenida fue de 13.3%, ubicada a -1.35 desviaciones estándar bajo la media grupal (Figura 4).

Figura 4

Puntuación z del Dominio de Cada Participante para las Habilidades: Atención y Prácticas Esenciales de Salud, Evaluación y Manejo de Riesgos a la Salud Mental



Nota. La Figura 4 muestra la variabilidad conductual de cada participante en cada dimensión (atención y prácticas esenciales de salud, evaluación y manejo de riesgos a la salud mental) en función del promedio grupal.

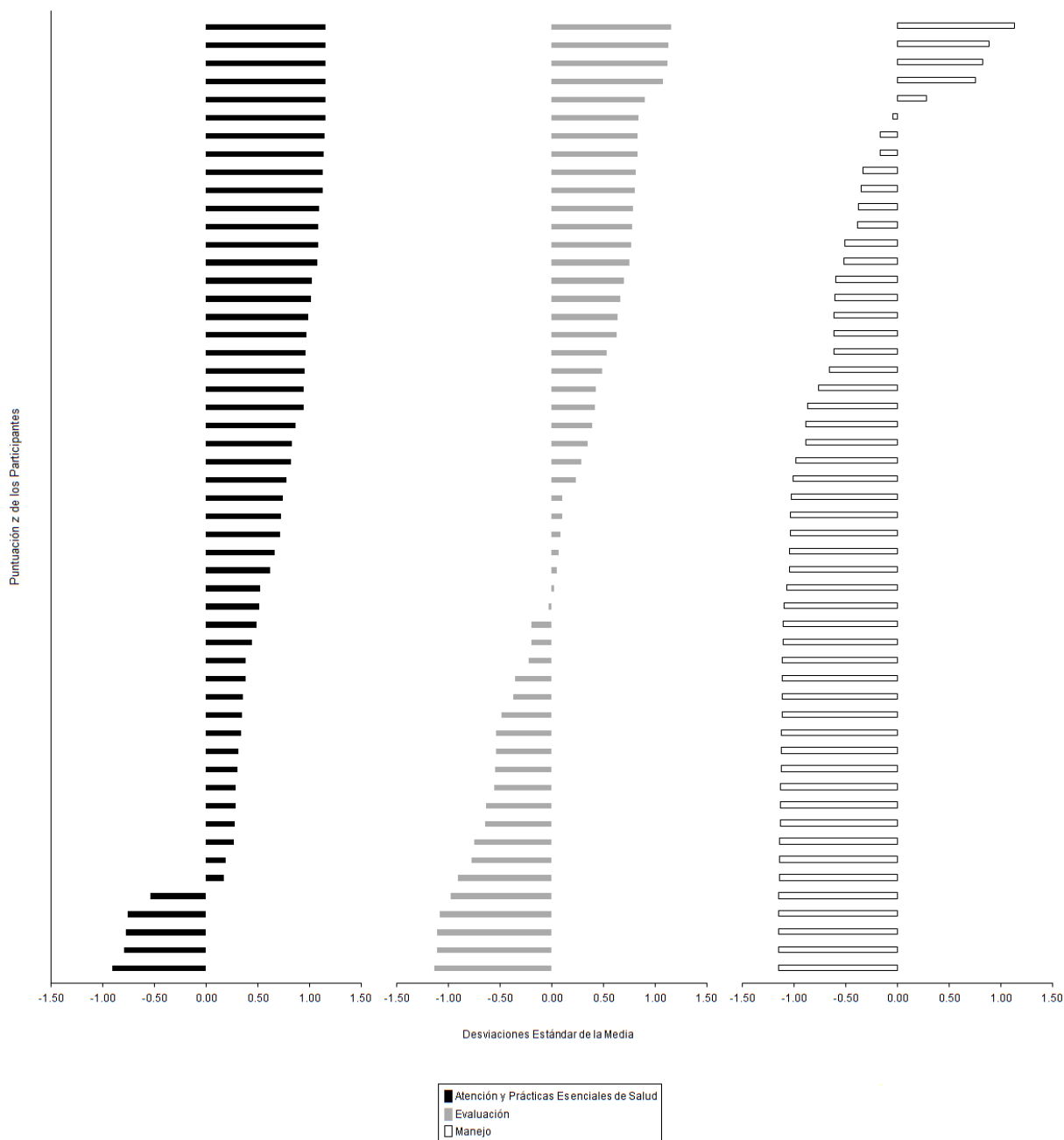
^a Cada barra representa el puntaje obtenido por cada participante; por ejemplo, la puntuación z de un participante en función del promedio grupal puede encontrarse a 2 desviaciones estándar sobre la media en *atención y prácticas esenciales de salud*, a 1 desviación estándar sobre la media en *evaluación* y a -1 desviación estándar bajo la media en *manejo de riesgos a la salud mental*. Los puntajes se distribuyeron ordenadamente para observar con mayor precisión la proporción de participantes con valores positivos y negativos. ^b El número de participantes (n=53) con puntuaciones z positivas se distribuyó de la siguiente manera: *atención y prácticas esenciales de salud*: n=23; *evaluación*: n=28; *manejo de riesgos a la salud mental*: n=22.

De Cada Participante en Función del Promedio Individual

La Figura 5 muestra la puntuación z de cada participante respecto a su propia media en las tres dimensiones (*atención y prácticas esenciales de salud, evaluación y manejo de riesgos a la salud mental*). En cuanto a la *atención y prácticas esenciales de salud*, 48 participantes (90.6%) obtuvieron puntuaciones z positivas, mientras que la puntuación de 5 participantes (9.4%) fue negativa. Sobre la *evaluación*, 32 participantes (60.4%) obtuvieron puntuaciones z positivas y 21 participantes (39.6%) obtuvieron puntuaciones negativas. Respecto al *manejo de riesgos a la salud mental*, 5 participantes (9.4%) obtuvieron puntuaciones z positivas y 48 participantes (90.6%) obtuvieron puntuaciones negativas.

Figura 5

Puntuación z del Dominio de Cada Participante en las Habilidades: Atención y Prácticas Esenciales de Salud, Evaluación y Manejo de Riesgos a la Salud Mental



Nota. La Figura 5 muestra la variabilidad conductual de cada participante en cada dimensión (atención y prácticas esenciales de salud, evaluación y manejo de riesgos a la salud mental) en función de sus propios promedios.

^a Cada barra representa el puntaje obtenido por cada participante; por ejemplo, la puntuación *z* de un participante en función de su propio promedio puede encontrarse a 1 desviación estándar sobre la media en *atención y prácticas esenciales de salud*, a -0.50 desviaciones estándar bajo la media en *evaluación* y a -1 desviación estándar bajo la media en *manejo de riesgos a la salud mental*. Los puntajes se distribuyeron ordenadamente para observar con mayor precisión la proporción de participantes con valores positivos y negativos. ^b El número de participantes (*n*=53) con puntuaciones *z* positivas se distribuyó de la siguiente manera: *atención y prácticas esenciales de salud*: *n*=48; *evaluación*: *n*=32; *manejo de riesgos a la salud mental*: *n*=5.

Porcentaje de Dominio General por Rangos

Para describir el nivel de dominio general que obtuvieron los participantes, se realizó una distribución de frecuencias de sus porcentajes de dominio generales. El porcentaje de dominio general incluye las tres dimensiones (*atención y prácticas esenciales de salud, evaluación y manejo de riesgos a la salud mental*).

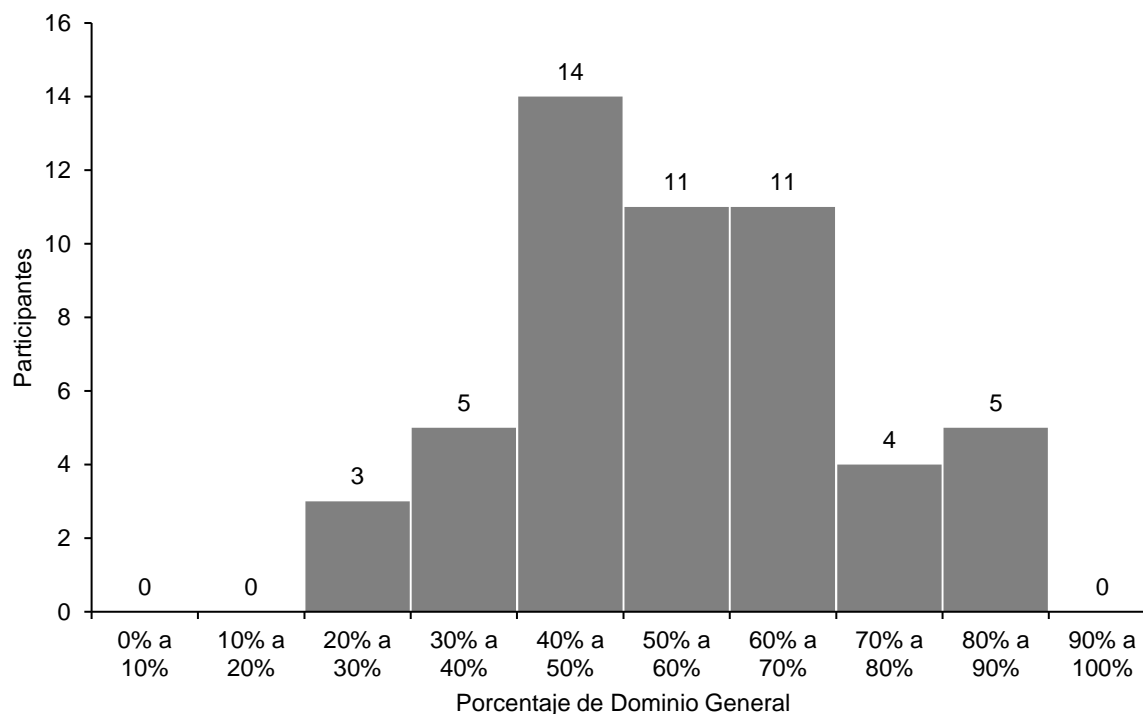
La Figura 6 muestra en el *eje x* un intervalo establecido del 0% al 100%, el cual está dividido en 10 rangos de 10% cada uno y representa el Porcentaje de Dominio General; el *eje y* representa el número de participantes que se encuentran dentro de un rango determinado del Porcentaje de Dominio General. Se puede observar que 31 participantes (58.5%) se encuentran dentro de rangos superiores al 50% de dominio general, mientras que 22 participantes (41.5%) se encuentran en rangos inferiores al 50% de dominio general. Además, destaca que la mayor cantidad de participantes (14 participantes [26.4%]) se encuentra en el rango de dominio que abarca del 40% a 50%, mientras que la menor cantidad de participantes

se encuentra en el rango de dominio que abarca del 20% al 30% (3 participantes [5.6%]).

Finalmente, se observa que 5 participantes (9.4%) se encuentran en el rango más alto (80% a 90%), mientras que 3 participantes (5.6%) se encuentran en el rango más bajo (20% a 30%). El porcentaje promedio de dominio general obtenido por los participantes fue de 54.7% (DE=15.7%). Para consultar información adicional respecto al porcentaje de dominio general de cada participante, ver Apéndice C.

Figura 6

Número de Participantes en Cada Rango del Porcentaje de Dominio General



Discusión

El objetivo de este estudio fue describir el nivel de dominio de las habilidades profesionales de estrategias basadas en la evidencia implementadas durante la atención psicológica remota por tipo de procedimiento (atención y prácticas esenciales de salud, evaluación y manejo de riesgos a la salud mental y por consumo de sustancias).

Los hallazgos indican un nivel de dominio superior al 95% en las habilidades profesionales enfocadas a escuchar activamente a las personas atendidas, aclararles la información proporcionada y resolver sus dudas, identificar cuándo iniciaron los síntomas por los que solicitan la atención y programar sesiones de seguimiento. Por otra parte, se observa un nivel de dominio inferior al 6% en las habilidades profesionales que implican indagar sobre los antecedentes familiares de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias de las personas atendidas, identificar la duración de los síntomas que refieren, y motivar-guiar a que mantengan una alimentación constante-saludable. Estos hallazgos son similares a los reportados por Freeman y Morris (1999), debido a que los participantes cuentan con un mayor nivel de dominio en habilidades de comunicación en comparación con aquellas relacionadas a recopilar información respecto al motivo por el cual las personas atendidas solicitan atención psicológica.

Félix et al. (2019) relaciona el nivel de implementación de tres conductas, el cual se encuentra alrededor de un promedio del 70%, con el egreso de alta exitoso en una intervención; esas conductas son: establecimiento de metas, planeación de conducta alternativa y ensayos conductuales. En este estudio, se evaluaron dos conductas homólogas al establecimiento de metas y ensayos conductuales, las cuales implican determinar metas de tratamiento y modelar, solicitar práctica y retroalimentar la ejecución de los planes de acción de la persona atendida, y los hallazgos muestran que estas conductas se encuentran en un nivel

de dominio inferior al 50%, lo cual podría dificultar la adherencia a la intervención e incluso su finalización exitosa (Félix et al., 2019).

Otro hallazgo relevante indica que las habilidades de los participantes se encuentran más fortalecidas en la *atención y prácticas esenciales de salud* (con un promedio de dominio grupal del 66.5%) en comparación con las habilidades relativas a la *evaluación* (57.2%) y el *manejo de riesgos a la salud mental* (40.2%). Estos niveles moderados de dominio son similares a los reportados por Luna (2017), quien sugiere que los profesionales de la salud requieren fortalecer sus conocimientos y habilidades de manera integral; ante esto, es importante que estudios posteriores determinen si estos niveles de dominio se relacionan con la adherencia y conclusión exitosa de la intervención, como en el estudio realizado por Félix et al. (2019).

Adicionalmente, se observó que los participantes tienen un mayor nivel de dominio individual en la *atención y prácticas esenciales de salud*, ya que el 90.6% de ellos obtuvo puntuaciones positivas respecto a sus promedios individuales. En cuanto a la *evaluación*, 60.4% de los participantes obtuvo puntuaciones positivas. Finalmente, el menor nivel de dominio individual se observó en el *manejo de riesgos a la salud mental*, puesto que 9.4% de los participantes obtuvo puntuaciones positivas respecto a sus promedios individuales. Estos hallazgos sugieren que, al momento de realizar el primer contacto psicológico de manera remota, los participantes tienen mayor dominio de las prácticas y directrices generales para interactuar con las personas atendidas, en comparación con las habilidades para evaluar y manejar los riesgos a la salud mental. Esta información permite identificar las fortalezas y áreas de oportunidad de los participantes respecto a su dominio de habilidades profesionales, lo cual cobra relevancia debido a que, como se ha mencionado anteriormente, transferir las innovaciones a la práctica es un reto para todas las áreas relacionadas con el cuidado de la

salud, y se debe hacer énfasis en que los profesionales trasladen sus conocimientos a los escenarios reales (Martínez, Jiménez et al., 2018; McCluskey & Lovarini, 2005).

El hecho de que los participantes tengan un menor nivel de dominio en las habilidades de *evaluación y manejo de riesgos a la salud mental* podría deberse a que estos procedimientos son complejos y requieren un mayor nivel de conocimiento; por lo tanto, se debe asegurar que la capacitación sobre la Guía de Intervención mhGAP 2.0 cumpla con su objetivo. También podría deberse a la falta de práctica para implementar las habilidades relativas a la guía en escenarios reales, ya que, al tratarse de estudiantes de pregrado, es probable que no estén familiarizados con este tipo de intervenciones. Estudios posteriores podrían indagar sobre las barreras que encuentran los profesionales de la salud al implementar esta clase de procedimientos de manera remota.

También se encontró que el porcentaje promedio de dominio general obtenido por los participantes fue de 54.7%. De manera más específica, 25 participantes (47.2%) cuentan con un nivel de dominio general que se encuentra entre el 55% y el 86%, lo cual cobra relevancia debido a que, de acuerdo con lo mencionado por Félix et al. (2019), es probable que las personas atendidas por estos 25 participantes logran adherirse a la intervención e incluso concluirla exitosamente; los 28 participantes (52.8%) restantes, cuyo nivel de dominio general fue inferior al 55%, probablemente no consiguieron que las personas que atendieron se adhirieran ni concluyeran la intervención. Ante esta situación, es importante que estudios subsecuentes determinen el efecto que tienen estos niveles de dominio general en el resultado de la intervención llevada a cabo de manera remota.

Es importante mencionar que en este estudio se pueden encontrar limitaciones. Por ejemplo, la evaluación de los participantes en esta investigación fue llevada a cabo únicamente por una persona, mientras que en otros estudios la evaluación de los participantes se ha realizado por más de un evaluador con la finalidad de obtener fiabilidad entre observadores (p.

ej., Morales & Matías, 2017; Félix et al., 2019). Otro aspecto que debe considerarse está relacionado con las personas atendidas, ya que, al tratarse de situaciones reales, los motivos por los que solicitaron atención psicológica fueron diversos, lo cual pudo repercutir en las habilidades que los participantes podían implementar en cada situación.

A pesar de las limitaciones, los hallazgos aportan información que puede ser de utilidad en diversos aspectos; por ejemplo, en el proceso de mejora continua, ya que se identificaron habilidades cuya ocurrencia es baja, lo cual se podría mejorar desarrollando una estrategia específica para ello y, consecuentemente, se podría brindar atención psicológica de mayor calidad. El desarrollo de una estrategia que permita mejorar las competencias de los profesionales de la salud podría llevarse a cabo mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación (p. ej., Martínez, Contreras et al., 2018; Morales & Matías, 2017; Morales, Félix et al., 2019), con programas de enseñanza que capaciten, evalúen y retroalimenten a los profesionales sobre el uso de la Guía de Intervención mhGAP 2.0, enfatizando en las habilidades relacionadas a evaluar y manejar los riesgos a la salud mental. También se debe promover que los profesionales de la salud pongan en práctica lo aprendido, tanto en situaciones simuladas como en escenarios reales; además, se debe supervisar y retroalimentar la adherencia a los procedimientos establecidos en la guía sobre la cual fueron capacitados previamente, ya que esto puede beneficiar la ejecución de los profesionales de la salud y, consecuentemente, a las personas atendidas (Félix et al., 2019).

En cuanto a investigaciones futuras relativas a la evaluación de habilidades de los profesionales de la salud mental, se recomienda tomar en cuenta las limitaciones que pueden estar presentes en este estudio. Los hallazgos mencionados en esta investigación sugieren la presencia de habilidades cuya ocurrencia es baja, por lo tanto, se necesita explorar a qué se debe que particularmente esas habilidades se encuentren en ese nivel de ocurrencia. Incluso se podría examinar si el desarrollo e implementación de una estrategia enfocada al

fortalecimiento de las habilidades profesionales sería de utilidad (Mihalic et al., 2008; Simpson, 2002).

En resumen, este estudio representa un esfuerzo encaminado a esclarecer con qué competencias cuentan los profesionales de la salud mental al momento de brindar atención psicológica en situaciones reales. Así, en caso de ser necesario, se podrían modificar las estrategias educativas o incluso desarrollar e implementar nuevas estrategias para mejorar las competencias de los profesionales de la salud (p. ej., Martínez, Contreras et al., 2018; Morales & Matías, 2017; Morales, Félix et al., 2019), con la finalidad de favorecer el éxito de las intervenciones y beneficiar a las personas atendidas (Morales, 2012). Además, los hallazgos en este estudio dan indicios sobre la calidad del servicio que se está brindando y aportan evidencia generada en la práctica que favorece a la investigación puente, la cual puede arrojar beneficios sociales a partir del desarrollo y la implementación de procedimientos de prevención e intervención frente a riesgos a la salud mental (Morales, 2012; Félix, 2019). A pesar de que se trata de un estudio descriptivo, se ha establecido un precedente sobre un tema que es de suma importancia en el campo de la salud mental, el cual, si continúa desarrollándose, podría otorgar más beneficios tanto para la disciplina psicológica como para los seres humanos.

Referencias

- Abd-Hamid, N., & Walkner, L. (2017). Evidence-based best practices in designing and developing quality eLearning for the public health and health care workforce. *Pedagogy in Health Promotion*, 3(1S), 35S-39S. <https://doi.org/10.1177/2373379917692818>
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Borschmann, R., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Measuring self-harm in adults: A systematic review. *European Psychiatry*, 27(3), 176-180. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.04.005>
- Brenes, G., Ingram, C., & Danhauer, S. (2011). Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 543. <https://doi.org/10.1037/a0026135>
- Coughtrey, A., & Pistrang, N. (2018). The effectiveness of telephone-delivered psychological therapies for depression and anxiety: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(2), 65-74. <https://doi.org/10.1177/1357633X16686547>
- Coveney, C., Pollock, K., Armstrong, S., & Moore, J. (2012). Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline: Report of an online survey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(6), 313. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000151>

- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(3), 173-178. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066001>
- Domínguez-Martín, A., Miranda-Estribí, M., Pedrero-Pérez, E., Pérez-López, M., & Puerta-García, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, *10*(2), 112-120. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)74553-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)74553-7)
- Félix, V. (2019). Análisis microgenético del proceso de implementación de intervenciones breves en adicciones en escenarios clínicos [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2019/noviembre/0798278/Index.html>
- Félix, V., Morales, S., & Santoyo, C. (2019). Implementación de procedimientos conductuales: Efectos en alta post tratamiento del usuario de drogas. *Health and Addictions*, *19*(1), 127-137.
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. *National Implementation Research Network*. <https://nirn.fpg.unc.edu/resources/implementation-research-synthesis-literature>
- Freeman, K., & Morris, T. (1999). Investigative interviewing with children: Evaluation of the effectiveness of a training program for child protective service workers. *Child Abuse & Neglect*, *23*(7), 701-713. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00042-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00042-3)
- Havard, A., Shakeshaft, A., & Sanson-Fisher, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: Interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, *103*(3), 368-376. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02072.x>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Herschell, A., Kolko, D., Baumann, B., & Davis, A. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 448-466.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.005>
- IBM® Corp. (2017). IBM® SPSS® Statistics para Windows, Versión 25.0. Armonk, NY: IBM® Corp.
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C., Barkham, M., McMillan, D., & Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders, 265*, 120-131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Jaafar, W. (2011). The counseling performance among trainee counselor in Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 512-516.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.100>
- Luna, L. (2017). Evaluación de competencias de consejería telefónica en profesionales de la salud [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
<http://132.248.9.195/ptd2017/enero/0755012/Index.html>
- Martínez, K., Contreras, M., De-Loera, J., Pedroza, F., & Morales, S. (2018). Evaluación de la eficacia del módulo de PIBA dentro de la especialización “promoción de la salud y prevención de conductas adictivas”, como una estrategia de transferencia tecnológica en línea. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 21*(2), 590-603.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/65291>

- Martínez, K., Jiménez, A., Félix, V., & Morales, S. (2018). Impact of a brief intervention programs in clinical practice: Barriers and adaptations. *International Journal of Psychological Research*, 11(2), 27–34. <https://doi.org/10.21500/20112084.3485>
- McCluskey, A., & Lovarini, M. (2005). Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: A before and after study. *BMC Medical Education*, 5(40). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-40>
- McHugh, R., & Barlow, D. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73-84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>
- Microsoft® Corp. (2022). Microsoft® Excel® para Windows, Versión 2204. Redmond, WA: Microsoft® Corp.
- Mihalic, S., Fagan, A., & Argamaso, S. (2008). Implementing the LifeSkills Training drug prevention program: Factors related to implementation fidelity. *Implementation Science*, 3(5). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-5>
- Miller, W., Yahne, C., Moyers, T., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050-1062. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1050>
- Morales, S. (2012). Las habilidades metodológicas y conceptuales en el quehacer cotidiano de la ciencia del comportamiento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4(2), 126-129.
- Morales, S., & Matías, J. (2017). Professional knowledge and skills on addictions brief intervention by distance training. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 4(2), 239-241. <https://doi.org/10.15406/mojamt.2017.04.00074>

- Morales, S., & Vázquez, F. (2011). Evaluación de conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil en profesionales de la salud. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 428-440.
- Morales, S., Félix, V., Palafox, G., & Vázquez, J. (2019). Conocimientos, habilidades y actitudes profesionales para la intervención breve en adicciones. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(2), 8-20. <https://doi.org/10.28931/riiad.2019.2.02>
- Morales, S., López, A., Ortiz, S., Palafox, G., & Malo, M. (2019). Proyecto para superar las brechas de atención en salud mental mediante la implementación de la guía mhGAP en México. Most Transmedia Group S. A. de C. V.
- Morales, S., Robles, R., López, A., Bosch, A., Beristain, A., Treviño, C., Palafox, G., Lira, I., Barragán, L., & Rangel, M. (2022). Screening tool for mental health problems during COVID-19 pandemic: Psychometrics and associations with sex, grieving, contagion, and seeking psychological care. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.882573>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/178251>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 2.0. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
- Ramaratnam, S., Baker, G., & Goldstein, L. (2008). Psychological treatments for epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002029.pub3>

- Santoyo, C. (2012). Investigación traslacional: Una misión prospectiva para la ciencia del desarrollo y la ciencia del comportamiento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4(2) 84-110.
- Sholomskas, D., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B., Ball, S., Nuro, K., & Carroll, K. (2005). We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 106-115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.106>
- Simons, A., Rozek, D., & Serrano, J. (2013). Wanted: Reliable and valid measures for the science of cognitive behavioral therapy dissemination and implementation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(2), 181-194. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12033>
- Simpson, D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 171-182. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00231-3](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00231-3)
- Vázquez, F., Torres, Á., Blanco, V., Otero, P., & Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: Una revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 39-52. [https://doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70005-0](https://doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70005-0)

Apéndices

Apéndice A. Conductas Establecidas en la Lista Cotejable de Habilidades Basadas en la Guía de Intervención mhGAP 2.0

Conducta	Definición operacional
Se presenta cordialmente (saluda y dice su nombre)	Se muestra cordial y realiza las presentaciones de una manera culturalmente apropiada.
Muestra un lenguaje verbal y corporal tranquilo	Muestra un lenguaje corporal, verbal y expresiones faciales que facilitan la confianza.
Explica que la información abordada será confidencial	Explica que la información abordada durante la sesión se mantendrá confidencial y no se intercambiará sin autorización previa.
Promueve la participación de la persona con preguntas abiertas	Impulsa a participar a la persona atendida realizando preguntas que favorecen el diálogo y evitan respuestas cortas.
Escucha activamente	Escucha de manera atenta y selectiva, mostrando interés, entendimiento y comprensión hacia la persona atendida, permitiéndole hablar sin interrupción.
Evita realizar juicios de valor ante la información o conductas de la persona atendida	Escucha a la persona atendida sin emitir juicios de valor sobre sus verbalizaciones y/o conductas.
Emplea lenguaje sencillo y claro	Se expresa utilizando lenguaje claro, conciso y sencillo.

Resume y repite los puntos clave	Resume lo que la persona atendida ha verbalizado, destacando los aspectos más relevantes.
Aclara la información y resuelve dudas	Permite que la persona atendida realice preguntas acerca de la información proporcionada y la explica para hacerla más comprensible.
Informa que la llamada se está audiograbando y menciona el aviso de privacidad	Menciona que la llamada está siendo grabada con fines de calidad, monitoreo y supervisión en el servicio; menciona el consentimiento informado, enfatizando que la información obtenida es confidencial, asegurando el resguardo del material e informando que este sería utilizado únicamente con fines de investigación.
Pregunta el nombre completo de la persona, la edad y el lugar de donde marca	Pregunta el nombre completo de la persona atendida, su edad y el lugar desde donde está realizando la llamada.
Pregunta si es la primera vez que llama, de no ser así, pregunta por el día y la hora de su cita y el nombre del psicólogo que le va a atender	Pregunta si es la primera vez que llama al servicio de atención psicológica remota; si no es la primera vez que llama al servicio, pregunta por el nombre del psicólogo que le está brindando atención, además del día y la hora de su cita.
Indaga el motivo de consulta	Pregunta por el síntoma o razón principal por el que la persona

	<p>atendida está solicitando la atención; pregunta cuándo, cómo y por qué comenzó el motivo de consulta; recopila tanta información como sea posible acerca de los síntomas que refiere y su situación.</p>
<p>Indaga la presencia de manifestaciones comunes de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (esquema principal)</p>	<p>Averigua si la persona atendida refiere o presenta manifestaciones comunes de los trastornos prioritarios (depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente, trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas, autolesión/suicidio).</p>
<p>Indaga antecedentes de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias anteriores</p>	<p>Pregunta acerca de problemas similares en el pasado, hospitalizaciones o medicamentos psiquiátricos recetados para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, algún intento anterior de suicidio, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.</p>
<p>Indaga problemas de salud física</p>	<p>Pregunta sobre la existencia de algún problema de salud física; pregunta acerca de enfermedades actuales o crónicas que pudiera padecer la persona atendida.</p>
<p>Indaga ingesta de medicamentos</p>	<p>Pregunta si recientemente utilizó o actualmente está utilizando algún medicamento; en caso de</p>

	respuesta afirmativa, solicita el nombre del medicamento utilizado.
Indaga antecedentes familiares de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias	Pregunta acerca de posibles antecedentes familiares de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias; pregunta si algún miembro de su familia tuvo síntomas similares o recibió tratamiento para un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias psicoactivas.
Indaga antecedentes psicosociales (factores de riesgo)	Pregunta acerca de factores estresantes actuales, métodos para hacerles frente y apoyo social. Pregunta acerca del funcionamiento socio-ocupacional actual. Obtiene información sobre cómo y dónde vive la persona atendida, su nivel educativo, antecedentes laborales, estado civil, si tiene hijos (de ser así, pregunta cuántos hijos tiene y sus edades), ingresos monetarios y la estructura y condiciones de vida de su familia.
Indaga manifestaciones de casos de urgencia (autolesión, riesgo suicida, intoxicación, síndrome de abstinencia, violencia, agresión)	Averigua si la persona atendida refiere o presenta manifestaciones de casos de urgencia, por ejemplo, autolesión, riesgo suicida, intoxicación, síndrome de abstinencia, violencia, agresión.

Identifica posibles trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias	Determina la posible existencia de un trastorno prioritario basándose en la historia clínica y en la presencia de las manifestaciones comunes de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.
Identifica cuándo iniciaron los síntomas	Pregunta cuándo comenzaron los síntomas por los que solicita la atención.
Identifica la duración de los síntomas	Pregunta acerca de la duración de los síntomas que refiere la persona atendida.
Descarta que los síntomas se deban a alguna enfermedad física (anemia, desnutrición, consumo o abstinencia de sustancias, consumo de medicamentos, infecciones, golpes, enfermedades crónicas)	Formula un diagnóstico diferencial y descarta afecciones que se manifiestan con síntomas similares a los referidos por la persona atendida, por ejemplo, anemia, desnutrición, consumo o abstinencia de sustancias psicoactivas, consumo de medicamentos, infecciones, golpes, enfermedades crónicas.
Determina el o los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias prioritarios mediante las preguntas del módulo correspondiente (preguntas o tamizaje)	Precisa el o los trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias a través de las preguntas de evaluación clínica relativas a los trastornos prioritarios (depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente, trastornos por el consumo de

	sustancias psicoactivas, autolesión/suicidio).
Pregunta por las dificultades que han ocasionado los síntomas en el funcionamiento diario del solicitante (personal, familiar, social, educativo, ocupacional, otro)	Indaga acerca de las dificultades que los síntomas le han ocasionado a la persona atendida en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo.
Pregunta por sucesos importantes en los últimos 6 meses (evento estresante, alguna pérdida)	Indaga si la persona atendida ha experimentado algún suceso relevante en los últimos seis meses, por ejemplo, tener alguna pérdida o la vivencia de un evento estresante.
Determina metas de tratamiento	Precisa metas de tratamiento en colaboración con la persona atendida, respetando su voluntad y preferencias.
Refiere al centro de atención pertinente	Deriva a la persona atendida a un centro de atención que corresponda al motivo de consulta, ya sea por solicitud propia de la persona o como recomendación/indicación por parte del profesional de la salud.
Desarrolla un plan de acción para lograr la meta establecida	Elabora un plan de acción encaminado a conseguir la meta establecida por la persona atendida.
Explica los síntomas del o los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias	Brinda psicoeducación sobre los síntomas, evolución y resultados esperados relativos al trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias que presenta.

Explica los tratamientos disponibles para el o los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias	Informa acerca de los tratamientos disponibles para el trastorno que presenta, la duración del tratamiento, la importancia de cumplir el tratamiento, los beneficios esperados y los posibles efectos secundarios en caso de requerir medicamento.
Proporciona información sobre riesgos y consecuencias a los que se encuentra expuesta la persona atendida	Explica los riesgos y consecuencias, derivados del trastorno que presenta, a los que se encuentra expuesta la persona atendida.
Identifica factores psicosociales estresantes actuales	Detecta los problemas psicosociales que causan estrés a la persona atendida o que repercuten en su vida, por ejemplo, problemas familiares y de relaciones, problemas económicos o vinculados con el empleo, vivienda, acceso a servicios básicos, estigmatización, discriminación, etc.
Enseña cómo manejar el estrés (técnicas de relajación, solución de problemas)	Proporciona información que ayude a la persona atendida a manejar el estrés, por ejemplo, mediante técnicas de relajación o de solución de problemas.
Modela, solicita práctica y retroalimenta ejecución de los planes de acción de la persona (reducción de estrés)	Explica y ejemplifica cómo realizar una conducta enfocada a reducir el estrés, posteriormente solicita a la persona atendida la ejecución de la conducta y finalmente proporciona

	retroalimentación sobre su ejecución.
Motiva y guía a la persona a reanudar actividades sociales, educativas, económicas, recreativas y ocupacionales.	Alienta y proporciona apoyo a la persona atendida para que, en la medida de lo posible, continúe con sus actividades sociales, educativas, económicas, recreativas y ocupacionales ordinarias.
Motiva y guía a mantener un ciclo de sueño regular y suficiente	Alienta y proporciona apoyo a la persona atendida para que mantenga un ciclo regular de horas para dormir y para estar despierto.
Motiva y guía a la persona a mantenerse activo físicamente	Alienta y proporciona apoyo a la persona atendida para que se mantenga activa físicamente en la medida de lo posible.
Motiva y guía a mantener una alimentación constante y saludable	Alienta y proporciona apoyo a la persona atendida para que se alimente regularmente y de manera saludable.
Modela, solicita práctica y retroalimenta ejecución de los planes de acción de la persona (actividades diarias)	Explica y ejemplifica cómo realizar una conducta enfocada a promover el funcionamiento en sus actividades diarias, posteriormente solicita a la persona atendida la ejecución de la conducta y finalmente proporciona retroalimentación sobre su ejecución.
Refiere a la persona al servicio psicológico pertinente	Deriva a la persona atendida a un servicio psicológico que corresponda al motivo de consulta,

	ya sea por solicitud propia de la persona o como recomendación/indicación por parte del profesional de la salud.
Programa un seguimiento posterior	Planifica una sesión subsecuente, señalando el día y la hora en la que volverán a comunicarse.

Apéndice B. Porcentaje Promedio de Dominio de Cada Conducta

Tabla B1

Porcentaje Promedio de Dominio de Cada Conducta en Atención y Prácticas Esenciales de Salud

Conducta	Porcentaje Promedio de Dominio	Desviación Estándar
Se presenta cordialmente (saluda y dice su nombre)	95.3%	14.8%
Muestra un lenguaje verbal y corporal tranquilo	98.1%	9.6%
Explica que la información abordada será confidencial	35.8%	48.4%
Promueve la participación de la persona con preguntas abiertas	68.9%	38.3%
Escucha activamente	100.0%	0.0%
Evita realizar juicios de valor ante la información o conductas de la persona atendida	81.1%	31.4%
Emplea lenguaje sencillo y claro	99.1%	6.9%
Resume y repite los puntos clave	58.5%	36.3%
Aclara la información y resuelve dudas	100.0%	0.0%
Informa que la llamada se está audiograbando y menciona el aviso de privacidad	52.8%	33.1%
Pregunta el nombre completo de la persona, la edad y el lugar de donde marca	98.1%	9.6%

Pregunta si es la primera vez que llama, de no ser así, pregunta por el día y la hora de su cita y el nombre del psicólogo que le va a atender	35.8%	48.4%
Indaga el motivo de consulta	79.2%	24.9%
Indaga la presencia de manifestaciones comunes de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (esquema principal)	72.6%	36.1%
Indaga antecedentes de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias anteriores	40.6%	43.9%
Indaga problemas de salud física	56.6%	50.0%
Indaga ingesta de medicamentos	35.8%	48.4%
Indaga antecedentes familiares de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias	0.0%	0.0%
Indaga antecedentes psicosociales (factores de riesgo)	55.7%	37.5%

Figura B1

Distribución de Datos Obtenidos en Atención y Prácticas Esenciales de Salud

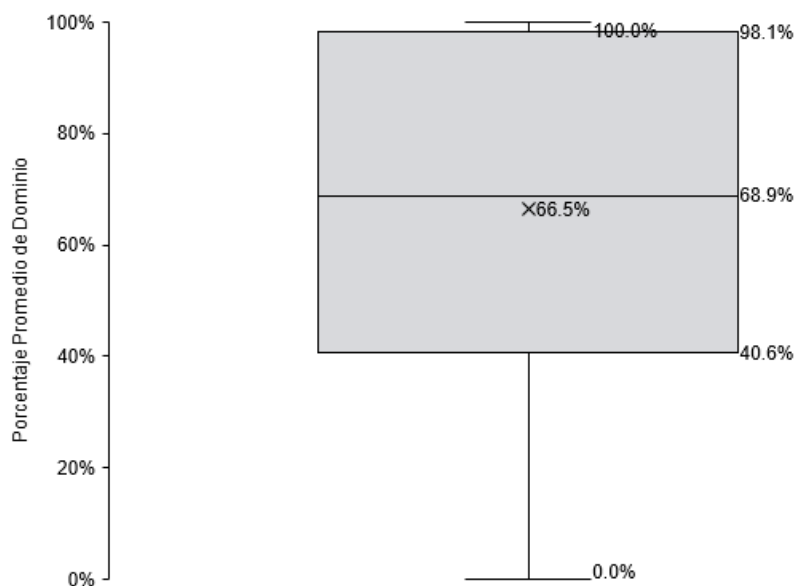


Tabla B2*Porcentaje Promedio de Dominio de Cada Conducta en Evaluación*

Conducta	Porcentaje Promedio de Dominio	Desviación Estándar
Indaga manifestaciones de casos de urgencia (autolesión, riesgo suicida, intoxicación, síndrome de abstinencia, violencia, agresión)	54.7%	50.3%
Identifica posibles trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias	67.0%	37.9%
Identifica cuándo iniciaron los síntomas	100.0%	0.0%
Identifica la duración de los síntomas	3.8%	19.2%
Descarta que los síntomas se deban a alguna enfermedad física (anemia, desnutrición, consumo o abstinencia de sustancias, consumo de medicamentos, infecciones, golpes, enfermedades crónicas)	56.6%	50.0%
Determina el o los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias prioritarios mediante las preguntas del módulo correspondiente (preguntas o tamizaje)	56.6%	50.0%
Pregunta por las dificultades que han ocasionado los síntomas en el funcionamiento diario del solicitante (personal, familiar, social, educativo, ocupacional, otro)	63.2%	32.7%
Pregunta por sucesos importantes en los últimos 6 meses (evento estresante, alguna pérdida)	55.7%	40.0%

Figura B2

Distribución de Datos Obtenidos en Evaluación

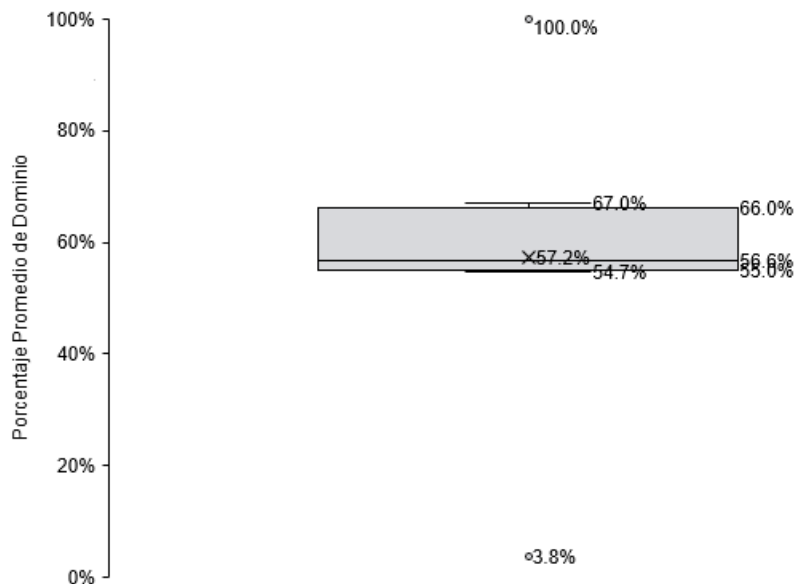


Tabla B3

Porcentaje Promedio de Dominio de Cada Conducta en Manejo de Riesgos a la Salud Mental

Conducta	Porcentaje Promedio de Dominio	Desviación Estándar
Determina metas de tratamiento	49.0%	36.7%
Refiere al centro de atención pertinente	75.0%	26.1%
Desarrolla un plan de acción para lograr la meta establecida	38.2%	38.2%
Explica los síntomas del o los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias	31.1%	41.9%
Explica los tratamientos disponibles para el o los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias	20.8%	30.1%
Proporciona información sobre riesgos y consecuencias a los que se encuentra expuesta la persona atendida	22.6%	36.1%
Identifica factores psicosociales estresantes actuales	96.2%	13.3%

Enseña cómo manejar el estrés (técnicas de relajación, solución de problemas)	56.6%	47.1%
Modela, solicita práctica y retroalimenta ejecución de los planes de acción de la persona (reducción de estrés)	48.1%	47.0%
Motiva y guía a la persona a reanudar actividades sociales, educativas, económicas, recreativas y ocupacionales.	20.8%	30.1%
Motiva y guía a mantener un ciclo de sueño regular y suficiente	21.7%	39.8%
Motiva y guía a la persona a mantenerse activo físicamente	24.5%	42.3%
Motiva y guía a mantener una alimentación constante y saludable	10.4%	26.6%
Modela, solicita práctica y retroalimenta ejecución de los planes de acción de la persona (actividades diarias)	23.6%	33.4%
Refiere a la persona al servicio psicológico pertinente	75.0%	26.1%
Programa un seguimiento posterior	95.1%	21.8%

Figura B3

Distribución de Datos Obtenidos en Manejo de Riesgos a la Salud Mental

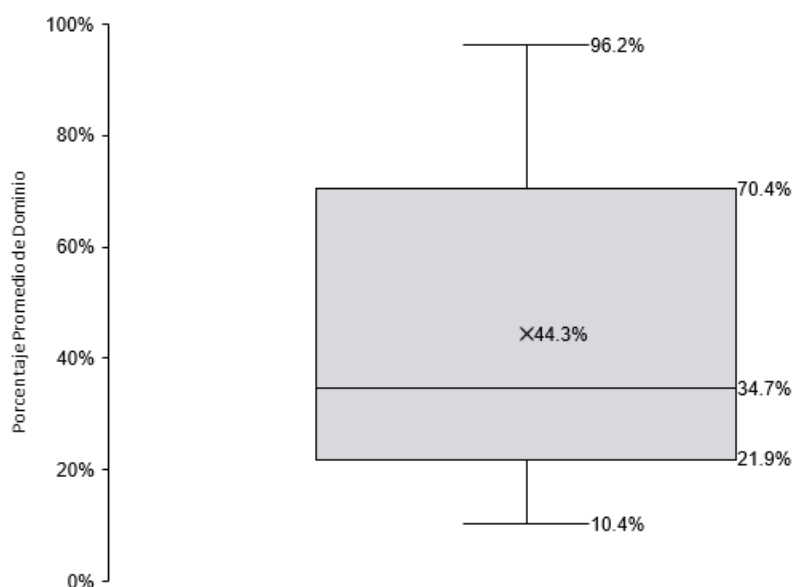
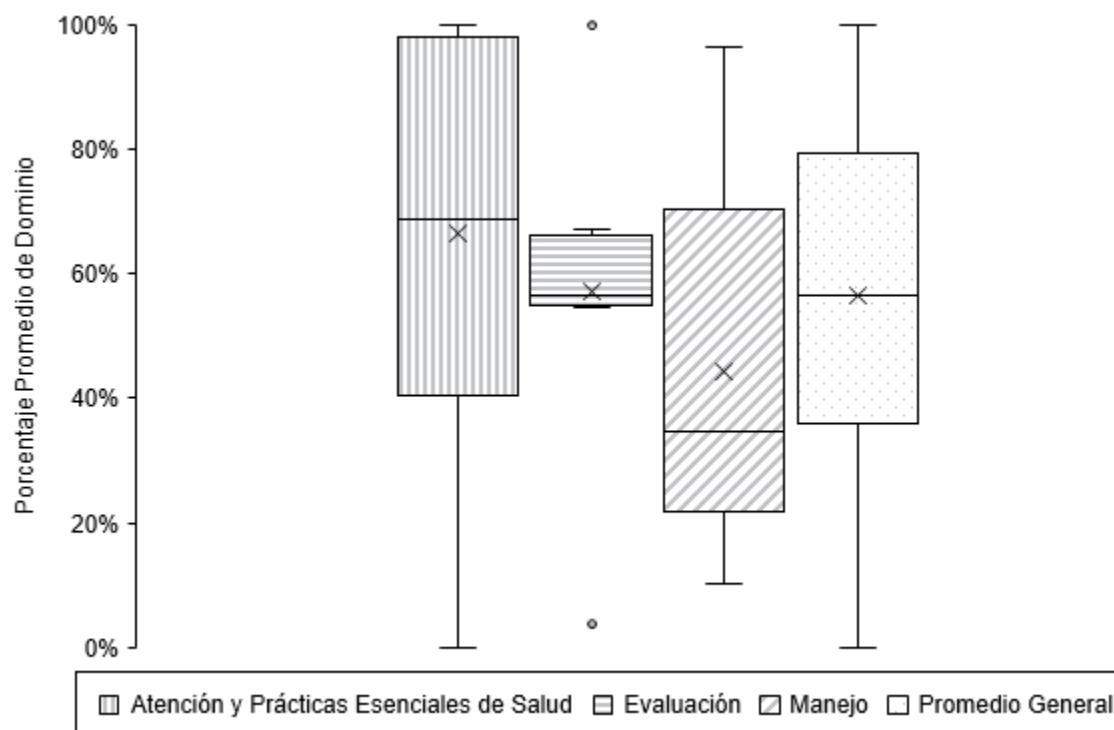


Figura B4

Distribución de Datos Obtenidos en Cada Dimensión y General



Apéndice C. Porcentaje de Dominio General de Cada Participante

Número de Participante	Porcentaje de Dominio General
Participante 1	86.0%
Participante 2	82.8%
Participante 3	81.7%
Participante 4	80.8%
Participante 5	80.2%
Participante 6	77.8%
Participante 7	74.3%
Participante 8	71.9%
Participante 9	70.0%
Participante 10	68.8%
Participante 11	67.4%

Partecipante 12	67.1%
Partecipante 13	65.9%
Partecipante 14	65.7%
Partecipante 15	64.5%
Partecipante 16	63.8%
Partecipante 17	63.4%
Partecipante 18	63.0%
Partecipante 19	61.7%
Partecipante 20	61.6%
Partecipante 21	59.3%
Partecipante 22	59.0%
Partecipante 23	58.6%
Partecipante 24	58.3%
Partecipante 25	57.9%
Partecipante 26	54.4%
Partecipante 27	53.8%
Partecipante 28	53.2%
Partecipante 29	53.0%
Partecipante 30	51.6%
Partecipante 31	50.8%
Partecipante 32	49.7%
Partecipante 33	48.1%
Partecipante 34	47.8%
Partecipante 35	46.3%
Partecipante 36	46.0%
Partecipante 37	44.3%
Partecipante 38	43.4%
Partecipante 39	42.5%
Partecipante 40	42.0%
Partecipante 41	41.9%
Partecipante 42	41.5%
Partecipante 43	41.0%
Partecipante 44	40.6%
Partecipante 45	40.5%

Partecipante 46	37.2%
Partecipante 47	36.9%
Partecipante 48	36.3%
Partecipante 49	31.8%
Partecipante 50	31.5%
Partecipante 51	28.9%
Partecipante 52	28.9%
Partecipante 53	21.2%
