



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Intervención en Crisis ante la Notificación de Muerte en Áreas
Críticas: Propuesta de Definiciones Operacionales**

TESIS

Que para obtener el título de:

Licenciado en Psicología

PRESENTA:

Santiago Fabián Tamayo Saldaña

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

REVISORA: Mariana Gutiérrez Lara

SÍNODO Mtra. Quetzal Natalia Galán López.

Dra. Fátima Sagrario Espinoza Salgado

Mtra. María del Carmen Ramírez Camacho.

*Esta tesis fue producto de un proyecto de investigación financiado por
PAPIIT con número de registro IN306022*



Ciudad de México, 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Es difícil expresar con palabras la gratitud que siento en este momento, al culminar esta etapa importante en mi vida académica. Sin embargo, quiero aprovechar estas líneas para expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que me han acompañado y apoyado durante este camino.

A mi tía Maru, quien siempre ha sido un pilar fundamental en mi vida. Su amor incondicional, sabiduría y constante apoyo han sido un faro que me ha guiado en los momentos más difíciles. Gracias por estar siempre presente y por creer en mí incluso cuando yo mismo dudaba.

A mi familia, por su inquebrantable apoyo y comprensión. Cada uno de ustedes ha sido una fuente de inspiración y motivación en este viaje. Gracias por estar a mi lado en cada paso del camino y por brindarme el amor y la seguridad que necesitaba para alcanzar mis metas.

A mis amigxs, por ser mi segunda familia y mi hogar en todo momento. Su compañía, complicidad y cariño han sido un refugio invaluable en los momentos de dificultad. Agradezco profundamente su apoyo incondicional y su presencia constante en mi vida. Gracias por ser ese círculo de confianza en el que siempre puedo encontrar consuelo y alegría. Juntxs hemos compartido risas, lágrimas y experiencias inolvidables que han enriquecido mi camino de una manera indescriptible. Estoy eternamente agradecido por tenerles a mi lado en este viaje.

A mi director y verdugo, Edgar "Eddy" Landa, y al equipo de Psicología de Urgencias, quiero expresar mi más sincero agradecimiento. La orientación experta, paciencia y dedicación de Eddy, así como el apoyo y la camaradería del equipo de Psicología de Urgencias, han sido fundamentales para mi crecimiento profesional. Gracias por brindarme la oportunidad de aprender y desarrollarme junto a ustedes y por todo el apoyo brindado durante este viaje. Juntos hemos superado desafíos, celebrado logros y construido recuerdos que atesoraré para siempre.

Y ahora, quiero dedicar un párrafo especial a alguien que, aunque ya no está físicamente con nosotros, siempre permanecerá en mi corazón. A mi abuela, quien desde algún lugar seguro está observando con orgullo este momento. Este logro es también tuyo. Tus palabras de aliento y tus enseñanzas han sido mi inspiración constante. Sé que estarías emocionada y feliz de verme llegar hasta aquí. Te extraño cada día, pero sé que tu amor y tu sabiduría continúan guiándome en cada paso que doy. Este trabajo está dedicado a ti, en honor a tu memoria y a todo lo que representas para mí. Gracias por ser mi luz en la oscuridad y por enseñarme el verdadero significado del amor y la perseverancia.

En fin, a todos ustedes que han sido parte de mi viaje, les dedico este logro. Sin su apoyo y amor incondicional, nada de esto hubiera sido posible.

Este último agradecimiento va dirigido a la estrella del show. Gracias a mí mismo por haber logrado terminar esta tesis en tiempo récord, haber superado todos los desafíos tan grandes que se presentaron, y haber alcanzado todo aquello que me plantee, pero que se veía tan difícil, aunque haya sido a costa de mi poca salud mental (ironía de una tesis de psicología). Y a todos ustedes por acompañarme en el camino, soporten y lxs amo. Así que, Roxan ¡que suene la música!

Si estás luchando con tus escritos o enfrentas dificultades, recuerda: los desafíos son parte del camino hacia el éxito. "No esperes a que las condiciones sean perfectas para comenzar. Comienza donde estás, con lo que tienes, y trabaja con lo que puedas." - Arthur Ashe.

Índice

Agradecimientos.....	1
Índice.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	4
Introducción	5
Crisis: Definición y Características del Problema.	9
Crisis en Ambientes Hospitalarios y Áreas Críticas.	12
Intervención en Crisis Remota.	15
Análisis de Tareas en Intervenciones en Crisis Remotas.	20
Método.	23
Fase 1: Generación de definiciones operacionales de las conductas a través de la literatura.	25
Fase 2: Contextualización de las definiciones mediante opiniones de expertos.	26
Resultados.	27
Fase 1. Definiciones operacionales de las conductas a través de la literatura.	27
Fase 2: Contextualización de las definiciones mediante opiniones de expertos.	31
Características de los evaluados.	31
Psicólogo 1.	32
Psicóloga 2.....	33
Psicóloga 3.....	35
Discusión.	42
Referencias	50
Anexos.	64
Anexo 1. Estrategia de búsqueda MEDLINE (vía PubMed).	64
Anexo 2. Estrategia de búsqueda PsycINFO (vía OVID).	64
Anexo 3. Guion de Entrevista sobre Intervención en Crisis de Manera Remota.	65

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar una propuesta teórica de definiciones operacionales que identifique las conductas necesarias para realizar el procedimiento de intervenciones en crisis de manera remota posteriores a notificaciones de muerte en áreas críticas y hospitalarias durante el contexto pandémico por COVID-19. El procedimiento se llevó a cabo en dos fases: la primera consistió en la generación de definiciones operacionales de la intervención en crisis posterior a notificación de muerte en áreas críticas y hospitalarias por medio de la revisión de la literatura internacional a través de búsquedas en bases de datos; la segunda fase consistió en la contextualización de las definiciones operacionales y catálogo conductual mediante las entrevistas a tres psicólogos expertos en el área de estudio quienes fueron parte de la primera línea de atención psicológica durante la pandemia por COVID-19. El resultado fue una propuesta de catálogo conductual conformado por un total de 19 categorías conductuales clasificadas en cinco apartados (preparación, intervención, cambio de contacto, resolución activa y cierre) con sus respectivas definiciones (14 funcionales y cinco topográficas). Se concluye que fue factible establecer una propuesta teórica de definiciones operacionales para la intervención en crisis remota posterior a la notificación de muerte en áreas críticas y hospitalarias. Se sugiere replicar los estudios identificados y llevar a cabo evaluaciones en entornos reales, particularmente en áreas críticas y hospitalarias para asegurar la aplicabilidad de los hallazgos en situaciones y escenarios reales. De igual modo, se examinan los alcances y limitaciones del presente estudio.

Palabras clave: Definiciones operacionales; intervención en crisis; telepsicología; COVID-19, notificación de muerte.

Abstract

The objective of this study was to develop a theoretical proposal for operational definitions that identify the behaviors necessary to carry out the procedure for remote crisis intervention following death notifications in critical and hospital areas during the COVID-19 pandemic context. The procedure was carried out in two phases: the first phase consisted of the generation of operational definitions of post-death notification crisis intervention in critical and hospital areas by reviewing international literature through database searches; the second phase consisted of the contextualization of the operational definitions and behavioral catalog through interviews with three expert psychologists in the area of study who were part of the first line of psychological care during the COVID-19 pandemic. The result was a proposed behavioral catalog consisting of a total of 19 behavioral categories classified in five sections (preparation, intervention, change of contact, active resolution and closure) with their respective definitions (14 functional and five topographic). It is concluded that it was feasible to establish a theoretical proposal of operational definitions for remote crisis intervention after death notification in critical and hospital areas. It is suggested that the identified studies be replicated, and evaluations be carried out in real environments, particularly in critical and hospital areas, to ensure the applicability of the findings in real situations and scenarios. The scope and limitations of the present study are also discussed.

Key words: Operational definitions; crisis intervention; telepsychology; COVID-19, death notification.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a finales de la década de 1940 a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, sin limitarse exclusivamente a la ausencia de enfermedades o padecimientos, formando parte de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin ninguna excepción por motivos de raza, religión, ideología política, condición económica o social (OMS, 1948).

Posteriormente, en la década de los 1970, dicha definición de salud se complementó en La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, donde la salud se estableció como un derecho humano fundamental y necesario para el desarrollo económico y social de la población en general (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). De igual forma, de manera reciente en la Declaración de Astaná, la OMS junto con la UNICEF, han enfatizado el trabajo necesario de los países, personas, comunidades, sistemas sanitarios y los asociados para alcanzar la salud como un estado de total bienestar físico, social y mental mediante la atención primaria de salud sostenible, trabajando de forma igualitaria en todo el mundo con el objetivo de favorecer el cuidado y desarrollo universal de la salud de las personas.

Aunque la salud se considera actualmente de esta manera, tuvieron que pasar distintos procesos para llegar a dicha definición, la teoría de la transición epidemiológica posibilita desde una perspectiva evolutiva, entender el proceso de los cambios en los patrones de salud y enfermedad, pasando de la predominancia de enfermedades infecciosas a crónico degenerativas y la yuxtaposición de ambas como principales causas de morbilidad y mortalidad (Armelagos et al., 2005; Omran, 1971). Mientras las enfermedades infecciosas eran predominantes, tenía sentido hablar de un modelo biomédico en el cual la salud se podía definir como ausencia de enfermedad; sin embargo, una vez que ocurre la transición a las enfermedades crónico

degenerativas, dicho modelo quedó completamente rebasado, por lo que fue necesario trabajar un nuevo modelo, tal como el que propone Engel en 1977, quien realiza una crítica al modelo biomédico, debido a que éste presenta una perspectiva reduccionista, donde los factores médicos y biológicos son lo único relevante para explicar las enfermedades; además, de que se trata de un modelo exclusionista y organicéntrico que deja totalmente fuera del panorama a las dimensiones sociales y psicológicas que forman parte del fenómeno. Es así, que propone un modelo biopsicosocial, el cual proporciona una mirada integral e inclusiva donde dichos factores biológicos (predisposición genética), factores psicológicos (estilo de vida, estrés, creencias sobre la salud) y condiciones sociales (influencias culturales, relaciones familiares y apoyo social) son tomados en cuenta, para entender el proceso salud-enfermedad y en el cual el paciente puede tener una participación más activa.

A partir del modelo de Engel se sientan las bases para que distintas disciplinas tengan mayor impacto en el área de la salud, particularmente la psicología. De este modo, el personal de psicología en el área de la salud desempeña un papel fundamental en la comprensión de los factores biológicos, psicológicos y sociales, y su influencia en la salud de los individuos, lo cual además, ayuda a la generación de conocimiento para comprender los procesos psicológicos (el comportamiento, la cognición, la emoción, la motivación, el desarrollo, la personalidad y la interacción social y cultural) inmersos en este proceso (American Psychological Association [APA], 2014). Aunado a esto, el personal de psicología se encuentra capacitado para distinguir las alteraciones de dichas funciones y sus factores de riesgo, identificar criterios diagnósticos y tratamientos adecuados para tales disfunciones, emplear diversas técnicas psicodiagnósticas y psicoterapéuticas para modificar las conductas de las personas para desenvolverse en distintos entornos y papeles sociales. Por último, ayudan a las personas a modificar su comportamiento y estilo de vida para prevenir los problemas de salud y recuperarse de ellos (Wahass, 2005).

Estos avances en medicina y psicología han dado lugar al campo interdisciplinar denominado “salud conductual”, que de acuerdo con Matarazzo (1980; p. 813), se refiere a:

Las distintas contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la psicología dirigidas a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de la etiología y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y al análisis y la mejora del sistema de atención sanitaria y la formulación de políticas sanitarias.

A partir de esto, en los últimos cincuenta años, la psicología de la salud ha hecho aportaciones en el entendimiento de los factores psicológicos en áreas hospitalarias, entre las cuales caben destacar: dolor en pacientes con cáncer (Ruano et al., 2022), diabetes y depresión (van der Feltz-Cornelis, et al., 2021), COVID-19 junto con depresión, ansiedad y problemas de sueño (Deng, et al., 2021), intervenciones en pacientes con VIH (Laurenzi, et al., 2021), por mencionar algunas.

Otra área en donde la psicología ha realizado aportaciones, es en la intervención en crisis (Feinstein, 2021) y su aplicación particular al área de la salud (Stewart, 1999); sin embargo, a pesar de los avances que se han tenido en las crisis emocionales para situaciones tales como pacientes con trauma (por ejemplo: perturbación de las relaciones personales, sistemas de apoyo o las condiciones de vida; pérdida de autonomía, muerte de un ser querido, aparición de una enfermedad, victimización o experiencia de catástrofes naturales) (Nizum et al., 2020) o personas con riesgo de suicidio (Kitchingman et al., 2015). Un área dentro del abordaje de la crisis emocional que requiere mayor entendimiento y que necesita atención imperante, es la crisis emocional que se presenta en el contexto de las notificaciones de muerte en áreas críticas. Si bien es cierto que no es un fenómeno recurrente, cuando ocurre suele ser

por su naturaleza emocional y fisiológica, disruptivo y requiere una atención predominante (Domínguez-Vieyra et al., 2023), destacando así la importancia de su atención.

En este sentido, el presente trabajo se enfocará en una parte indispensable para el abordaje de la intervención en crisis como lo es en la propuesta teórica de definiciones operacionales objetivas y libres de ambigüedad que permitan el entendimiento del fenómeno. Es así, que se invita al lector a pasar al siguiente capítulo a revisar la información que se conoce sobre el fenómeno de la intervención en crisis posterior a la notificación de muerte y la propuesta metodológica planteada en este estudio para abordarla.

Crisis: Definición y Características del Problema.

En el ámbito de la salud mental, se entiende como crisis a una pérdida aguda del equilibrio mental consecuencia de una sobrecarga de un sistema habitual de afrontamiento causada por acontecimientos estresantes de carácter externos o internos (Riecher-Rössler 2004). En contextos hospitalarios, específicamente en áreas de cuidados críticos, como urgencias médicas o terapia intensiva, dichos acontecimientos estresantes guardan relación con la comunicación de malas noticias y notificación de muerte, las cuales suelen producirse muchas veces tras un acontecimiento traumático y/o una emergencia médica, y se tratan de momentos significativos que puede afectar negativamente la vida de quienes sufren la pérdida (Stewart, 1999). Dichas crisis se presentan en quien recibe la noticia como un desequilibrio mental que merma las habilidades y estrategias de afrontamiento que usualmente suelen ser utilizadas, siendo estas insuficientes para procesar el estrés de la noticia, desencadenando: un estado subjetivo de desorganización, impotencia y desesperanza, provocando sentimientos de pérdida de control e incapacidad psicológica o social (Byers, 2002; como se citó en Roe, 2012).

A nivel mundial, se han reportado un rango entre de cinco a 30 muertes por cada 100,000 visitas dentro de los departamentos de urgencias médicas (Valli et al., 2021), hasta el conocimiento del autor, posterior a la revisión de literatura nacional e internacional, aún no se ha reportado la frecuencia con la cual se presenta una crisis emocional ante la notificación de dichas muertes. A nivel nacional, y de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) en el año 2021, el 43.0% (466,891) de los fallecimientos registrados en el país, tuvieron lugar en hospitales públicos y privados; de los cuales, la defunción en urgencias se registró en un 0.41% (aproximadamente 1,919.61 fallecimientos; Secretaría de Salud, 2011). De igual manera, en México existe un estudio reciente en el cual se observaron 52 notificaciones de muerte dentro de urgencias médicas y se describió que hasta en el 65% de

las notificaciones, los familiares presentaron llanto; y hasta un 15% de las notificaciones se presentó una crisis emocional (Domínguez-Vieyra et al., 2023) ante la falta de datos epidemiológicos y siguiendo el dato anterior, se podría estimar (de manera cautelosa y con reserva) que a nivel nacional se presentan hasta 287.94 crisis ante las notificaciones de muerte.

De acuerdo con Von Bloch (1996), existen distintas reacciones esperadas en los familiares al momento de recibir la noticia del fallecimiento de un familiar, entre las cuales se pueden encontrar: dolor, confusión, negación, ira, tristeza, una posible sensación de culpa por parte del familiar a medida que asimila la noticia, así como hostilidad y rabia hacia el personal de salud. Los signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis se deben al estrés del evento que se interpreta como amenazador, que evoca reacciones que se producen en las áreas emocionales, cognitivas, fisiológicas y de conducta y que no se cuentan con los recursos cognitivos para afrontarlo. Las características del evento, experiencias traumáticas pasadas, junto con distintas variables como: la genética, salud y personalidad, pueden contribuir a la manera en que reacciona quien recibe la noticia.

Las personas, tras una situación crítica, presentarán algunos de estos síntomas en mayor o menor medida: ansiedad anticipatoria, culpabilización, hiper o hipoactividad, ansiedad generalizada, preocupación, trastornos del habla, palpitaciones, pánico, bloqueo mental, shock, sensación de pérdida, hiperventilación, negación, desconfianza, opresión torácica, amnesia, sentimientos de culpa, confusión, abuso en la ingesta de tóxicos, dolor de cabeza, enfado, ideación autolítica, sensación de impotencia, alteraciones del sueño, sensación de ahogo, irritación, dificultades de atención, fatiga, hostilidad, dificultades de concentración, agresividad, entre otros (Fernández-Márquez, 2010) Inclusive, el experimentar este tipo de pérdidas inesperadas, violentas y traumáticas, puede afectar profundamente al proceso de

duelo. De hecho, es más probable que los sobrevivientes experimenten un sufrimiento prolongado, caracterizado por dichos síntomas físicos y psicológicos (De Leo et al., 2023).

Las consecuencias a corto y largo plazo del trauma dependen de distintos factores de protección y de riesgo. Hasta el momento, se han estudiado principalmente la relación con una mala adaptación a la noticia, peores resultados de salud, ansiedad y estrés, siendo el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) la secuela más común de una emergencia, sin embargo, el duelo ha sido asociado con un mayor riesgo de mortalidad por distintos factores, incluido el suicidio; esto se atribuye en gran parte a la angustia relacionada con las consecuencias de la pérdida, como: la soledad, cambios en los vínculos sociales, la convivencia, los hábitos alimentarios y el apoyo económico (Czamlar, 2017; Paul et al., 2009; Stroebe et al., 2005; Stroebe et al., 2007).

Sonneck (2000) describe que para que una crisis psicosocial se desarrolle se necesita de la acumulación de factores de riesgo, tales como: estrés, limitadas estrategias individuales de afrontamiento, la valoración subjetiva del problema, la susceptibilidad individual a la crisis y de las reacciones del entorno. Aunado a esto, existen cuatro factores principales que influyen en la forma en que los familiares afrontan el momento al recibir malas noticias y notificaciones de muerte, tales como: las palabras y expresiones utilizadas para comunicar la noticia, las características de la persona que comunica (médico, policía, enfermera), el espacio físico donde se realiza (domicilio, hospital, patrulla, oficinas de la policía), e incluso los medios de comunicación empleados (presencialmente, a través de llamadas telefónicas, correo o mensajería instantánea; De Leo, 2020, Stewart, 1999; Wheeler, 1994).

Lo anterior es de suma importancia, ya que los efectos nocivos a corto plazo y largo plazo de una crisis exigen intervenciones oportunas y eficaces para quienes reciben la noticia. Por lo que es necesario que los proveedores de salud respondan a las personas en crisis de

manera que se tenga en cuenta el trauma, a fin de minimizar la revictimización, reducir el riesgo de que se produzcan crisis posteriores y reducir el daño emocional y psicológico inmediato y a mediano y largo plazo (Nizum et al., 2020).

Crisis en Ambientes Hospitalarios y Áreas Críticas.

A nivel internacional, existen antecedentes que han abordado la problemática de la intervención en crisis en ambientes hospitalarios, desde la década de 1980, por ejemplo, Rabin y Hussain (1983) describen que una intervención en crisis exitosa puede prevenir la posible aparición de un trastorno psicológico crónico y proponen directrices para la intervención en crisis. Brauchle y Wildbahner (2020) abordaron la evolución de la intervención en crisis posterior a eventos traumáticos como incendios y avalanchas, poniendo un gran énfasis en la importancia de brindar apoyo psicológico inmediato a los familiares y víctimas de dichos sucesos. Brauchle y Brauchle (2020) destacan la necesidad de profesionales capacitados para intervención en crisis debido a la necesidad de proporcionar apoyo psicosocial a los familiares de pacientes en entornos hospitalarios, particularmente en las unidades de cuidados intensivos (UCI) en situaciones traumáticas, con el fin de reducir el impacto emocional de estas circunstancias tan difíciles. Wang et al. (2010), realizaron una intervención psicológica con los familiares en crisis de 167 pacientes fallecidos tras su ingreso de urgencia en un hospital general de China. Al comparar las puntuaciones del SCL-90 (Symptom Checklist 90) entre el grupo de intervención (n= 81) y el grupo de control (n= 86) por medio de una prueba t de Student de una sola muestra con las puntuaciones totales y de los factores respectivos del SCL-90, los resultados indicaron que la puntuación total y los factores de somatización, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica del grupo de intervención fueron significativamente más bajos, por lo que el análisis de regresión mostró que los cambios de valor en estas puntuaciones estaban

significativamente relacionados con los efectos de la intervención, con una tasa de recuperación del 95,4%.

Estos grandes avances con relación a los aportes de la intervención en crisis en áreas críticas y hospitalarias se vieron afectados debido a la pandemia por COVID-19 y la necesidad de generar evidencia nueva para adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad y las características del virus. Esto debido a que el COVID-19 se propaga por transmisión directa mediante gotículas a través de las secreciones respiratorias o por contacto estrecho de persona a persona y la clave para romper la cadena de infección era mantener la distancia y utilizar equipos de protección (Bala et al., 2021), lo cual causó problemas para proporcionar atención sanitaria de persona a persona, como la psicoterapia. Una alternativa era utilizar la tecnología remota para permitir la psicoterapia a los pacientes con COVID-19 con problemas psicológicos. A medida que avanzaba la pandemia de COVID-19, el uso de la teleconsulta o la psicoterapia en línea tuvo cabida en el tratamiento de las complicaciones psicológicas de la enfermedad en pacientes, personal médico y población general en cuarentena (Shatri et al., 2021)

En este contexto, la telepsicología surgió como una herramienta innovadora que puede permitir extender los alcances de la intervención en crisis más allá de las limitaciones presenciales. La popularidad de los servicios de internet creó una alternativa para que el personal de salud prestara servicios, incluidos los de salud mental. En un metaanálisis por Carlbring et al. (2018), se comprobó que la psicoterapia en línea era tan eficaz como las intervenciones psicológicas presenciales para mejorar los síntomas de depresión, ansiedad y otros síntomas psicológicos.

El crecimiento tan pronto de las tecnologías de telecomunicación en los servicios de psicología ha ampliado el acceso de los consultantes, superando barreras como la geografía y

las finanzas, sin embargo, estos servicios psicológicos requieren lineamientos para los profesionales. Es por ello que el Grupo de Trabajo de Telepsicología, que consiste en una colaboración entre la Asociación Americana de Psicología (APA), la Asociación de Consejos Estatales y Provinciales de Psicología (ASPPB) y el Fondo de Seguros de la APA (APAIT), elaboró una serie de guías que hacen hincapié en la competencia de los y las psicólogos a la hora de utilizar la tecnología y salvaguardar la confidencialidad de los consultantes. Dichos lineamientos fomentan el cumplimiento de las leyes pertinentes y consisten en ocho puntos, siendo estos: competencia del psicólogo, normas de atención en la prestación de servicios de telepsicología, consentimiento informado, confidencialidad de datos e información, seguridad y transmisión de datos e información, eliminación de datos e información y tecnologías, pruebas y evaluación y, por último, práctica interjurisdiccional (American Psychological Association [APA], 2023).

Esta nueva forma de brindar intervenciones psicológicas ha sido estudiada en varias ocasiones, y se han presentado resultados favorables para las intervenciones psicológicas remotas, por ejemplo, una revisión sistemática y metaanálisis por Hedman-Lagerlöf et al. (2023) consistiendo de 31 ensayos aleatorios controlados que comparan la terapia cognitivo-conductual en línea (ICBT, por sus siglas en inglés) con la terapia cara a cara (face-to-face CBT, por sus siglas en inglés) en adultos con trastornos psiquiátricos o somáticos. Los resultados indicaron que ambos formatos de tratamiento mostraron mejoras sintomáticas similares en todas las poblaciones estudiadas.

De igual modo, Esfandiari et al. (2021) presentan una revisión sistemática y metaanálisis que compara la eficacia de la ICBT con la terapia cara a cara en el tratamiento de cinco trastornos de ansiedad que incluyeron; ansiedad social, trastorno de pánico, ansiedad en la adolescencia, fobia a las arañas y miedo a hablar en público. Los resultados indicaron que

ambos formatos de tratamiento son igualmente efectivos. A pesar de que no se identificaron beneficios distintivos ni para la ICBT ni para la terapia cara a cara en el análisis general, se notaron resultados no significativos que apuntaban en la dirección contraria. En específico, se observó una posible superioridad no estadísticamente significativa de la terapia en línea sobre la terapia cara a cara en un estudio particular.

Es así, que la evidencia parece indicar que en diversos problemas emocionales o de salud mental, las intervenciones remotas o presenciales, son igualmente, efectivas.

Intervención en Crisis Remota.

La incursión de la telepsicología ha transformado la manera en la que se prestan los servicios de salud mental, particularmente en contextos de distanciamiento social y la accesibilidad a estos servicios. Entre las investigaciones previamente reportadas, cabe destacarse el antecedente pionero en el tema de intervenciones remotas y crisis, siendo esta la investigación realizada por da Silva et al. (2015), donde se incluyeron 17 investigaciones que abordaron diversas categorías de intervenciones, identificando 11 modelos de intervención en crisis en línea las cuales se asocian a situaciones en las que la vida, el hogar o la propiedad de una persona e incluso para su propio bienestar se ven amenazados, existiendo un aspecto de este tipo de crisis que es intrínseco a la persona afectada, como las pérdidas (o el riesgo de pérdida), los cambios significativos en una relación, el diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal y los pensamientos suicidas. En dicho estudio, se concluyó que existían condiciones apropiadas para el uso de intervenciones en línea en crisis, sugiriendo su potencial para ofrecer soluciones efectivas y de bajo costo, especialmente en situaciones donde los métodos convencionales podrían ser limitados. Se enfatizó que estas intervenciones podrían proporcionar alternativas adaptadas a diversas necesidades humanas, y se subrayó la necesidad de continuar investigando y explorando las implicaciones éticas de estas intervenciones.

Asimismo, Fendrich et al. (2019) estudiaron la eficacia de las intervenciones en crisis por medio de llamadas para reducir las visitas a departamentos de emergencia por problemas psiquiátricos no especificados en jóvenes, proporcionando: estabilización y apoyo en situaciones de crisis psiquiátricas; detección y evaluación; evaluación y prevención del suicidio; intervenciones breves centradas en soluciones; y derivación y vinculación a la atención continua. Los jóvenes que recibieron intervenciones móviles mostraron una reducción significativa del 25% en el riesgo de visitas a dichos departamentos en comparación con aquellos que acuden a departamentos de emergencia.

Lo anterior cobra un mayor sentido e importancia a causa de las necesidades sanitarias globales por el COVID-19, ya que, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) brindó a la población mundial recomendaciones para la protección contra el COVID-19, donde se especifica que: es crucial la vacunación, mantener una distancia de al menos 1 metro de otras personas, evitar los espacios concurridos, utilizar una mascarilla correctamente ajustada en situaciones en las que el distanciamiento físico sea difícil, mantener la higiene de manos con alcohol o agua y jabón, cubrirse la boca y la nariz con el codo doblado o con un pañuelo de papel al toser o estornudar. Y por último, autoaislarse si aparecen síntomas o se da positivo en la prueba de COVID-19, hasta la recuperación para evitar una mayor propagación.

Como resultado de las repercusiones psicológicas de la pandemia, surgió la necesidad de implementar el uso de la atención psicológica remota para la intervención en crisis, donde destacan estudios como: Zgueb et al. (2020) desarrollaron un modelo de intervención en crisis en respuesta a la pandemia de COVID-19 en Túnez. Este enfoque se realizó a través de la creación de una línea de asistencia telefónica centralizada, para dicho trabajo se reclutó a estudiantes de medicina, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales a los cuales se les brindó capacitación en el tema, con el fin de brindar atención psicológica a la población en

general y al personal médico que tuvieran situaciones de crisis derivadas por: ansiedad, depresión, estrés, agitación psicomotora o amenazas de suicidio inminentes. A pesar de no generar datos empíricos, se menciona que la disponibilidad de terapeutas voluntarios y el enfoque inmediato y a pedido de la atención psicológica contribuyeron al impacto positivo de la intervención en medio de la crisis, sirviendo como un modelo sólido para futuros sistemas de respuesta a crisis psicológicas. Cheng et al. (2020) se enfocaron en la creación de un programa de intervención en crisis dirigida al personal de salud en la primera línea de atención en Wuhan, China durante la pandemia por COVID-19, proporcionando apoyo de manera remota individual y grupal mediante grupos especiales creados en el servicio de mensajería “WeChat” con la finalidad de mitigar el impacto emocional y psicológico en el personal de salud durante emergencias de salud pública.

Landa-Ramírez et al. (2020) destacan la importancia de la intervención en crisis en el contexto de la pandemia por COVID-19 en México. Ante las dificultades emocionales intensificadas por la falta de despedidas y rituales funerarios presenciales, se implementaron medidas en un hospital de la Ciudad de México para apoyar las notificaciones de muerte. Aunado a esto, se menciona la creación de un curso en línea para capacitar a profesionales de la salud en principios de primeros auxilios psicológicos. Además, se ofrece intervención en crisis remota, donde el personal de psicología del hospital brindó apoyo emocional por teléfono a familiares afectados.

En la literatura gris se encontró un esfuerzo similar para este tipo de intervenciones, siendo Zepeda-Rodríguez (2021) quien planteó un programa de entrenamiento en intervención en crisis para psicólogos de manera remota en urgencias médicas, empleando un diseño de serie de casos para describir y evaluar la implementación del programa de entrenamiento. El trabajo se enfocó en la experiencia de un pequeño grupo de siete participantes estudiantes de

psicología que habían concluido el octavo semestre y estaban realizando prácticas curriculares en el Servicio de Psicología de Urgencias en un Hospital General en la Ciudad de México, quienes de manera voluntaria recibieron la capacitación en intervención en crisis remota para familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19. Algo de suma importancia a resaltar, es que el estudio destacó la escasez de evidencia empírica en la literatura especializada sobre procesos de capacitación en habilidades de intervención en crisis.

Cao di San Marco et al. (2020) informaron sobre la situación crítica en la región de Lombardía (Italia) debido al COVID-19. Exponiendo secuelas emocionales significativas en el personal de la salud, pacientes y sus familiares, evidenciando respuestas psicológicas variadas, desde hipervigilancia hasta angustia moral. En este contexto, resaltó la importancia de la intervención en crisis y se menciona en el texto cómo es que el departamento de psicología en un hospital de Milán implementó medidas para abordar dichas crisis a partir de la creación de una "sala de descompresión", sesiones grupales para el equipo médico, así como llamadas telefónicas para apoyar a las personas cuyos familiares fallecieron debido al virus. Resaltando la importancia del abordaje emocional y la atención psicológica a los pacientes de COVID-19, sus familiares y el personal de salud del hospital.

Los estudios mencionados fueron los primeros esfuerzos en incursionar en el ámbito de la intervención en crisis en modalidad remota en áreas críticas y hospitalarias, particularmente derivados del contexto de la pandemia por COVID-19, y sus hallazgos resaltan el impacto y el potencial de este tipo de intervenciones en la gestión de crisis y la mejora de resultados en salud mental; sin embargo, a pesar de que lo anterior representa un gran avance en el entendimiento y abordaje del fenómeno en el área, hasta el conocimiento del autor, aún no se han registrado estudios empíricos que hayan abordado el tema mediante la descripción de las conductas de manera clara y concisa que son necesarias para realizar una intervención en crisis

de esta índole, ya sea desde la perspectiva del análisis de conducta aplicado, o desde definiciones operacionales.

Por ello, a pesar de los avances que hay en el área, en dichos estudios no es clara la forma en la cual se evalúan las habilidades y competencias que debe tener un profesional de la psicología para desarrollar una intervención en crisis. La mayoría de los estudios que hacen intervención en crisis no recurren a evaluaciones formales de la misma, las recomendaciones actuales provienen de reflexiones clínicas u opiniones de expertos (Rabin y Hussain, 1983; Wales, 1975) o del uso de instrumentos que evaluaban los efectos indirectos de la intervención en crisis (Wang et al., 2010).

A pesar de lo anterior, es posible mencionar algunos estudios en el área, que son esfuerzos por generar descripciones y mediciones claras de conductas y habilidades necesarias para el manejo de crisis, como es el caso de Kitchingman et al. (2015) quienes desarrollaron y evaluaron la escala de habilidades de apoyo telefónico en crisis (TCSSS), la cual evalúa las habilidades recomendadas de apoyo en situaciones de crisis suicidas con las personas que buscan apoyo telefónico. Los participantes completaron la TCSSS en respuesta a tres viñetas que describen problemas específicos, que se presentan como historias de personas que llamaban a un servicio telefónico de apoyo en situaciones de crisis. La prestación óptima de apoyo telefónico en estas situaciones se describió en función de los conocimientos y habilidades esperados de los trabajadores de apoyo telefónico en situaciones de crisis tras su formación y su desarrollo se ajustó a un modelo de buenas prácticas en situaciones de crisis que orienta la prestación de un servicio nacional.

Los reactivos de la TCSSS se adaptaron rigurosamente del conjunto de habilidades específicas que se corresponden con dicho modelo y que los trabajadores de apoyo telefónico en crisis están formados para ofrecer a las personas que llaman. La redacción específica de los

reactivos de la escala fue revisada y acordada por los gestores del servicio y los especialistas clínicos que participaron en el desarrollo del modelo de servicio. Este proceso dio como resultado una escala de 23 reactivos de contenido válido. La estructura de la escala y las estimaciones de fiabilidad interna se calcularon a partir de los datos proporcionados por una muestra nacional de trabajadores de apoyo telefónico en crisis (Kitchingman et al., 2015). A pesar del avance, los autores mencionan que se necesitan más estudios para confirmar la forma de medir el fenómeno en el área.

Bobevski et al. (1997) llevaron a cabo un estudio para investigar las características del asesoramiento telefónico efectivo para crisis situacionales, con la participación de cuarenta asesores telefónicos experimentados. Mediante juego de roles, cada asesor respondió a dos llamadas utilizando guiones específicos, siendo la primera llamada usada como adaptación a la intervención y la segunda llamada grabada y analizada. La efectividad del asesoramiento se evaluó mediante el Cuestionario de Seguimiento del Asesoramiento Individual (FUQIC), que mide la percepción del consultante en términos de comprensión, utilidad percibida y satisfacción general con la ayuda proporcionada. Las respuestas de los asesores fueron categorizadas mediante un sistema que incluye 11 categorías de comportamiento verbal. Este enfoque metodológico sólido proporcionó una base confiable para comprender las características del asesoramiento telefónico efectivo para crisis.

Análisis de Tareas en Intervenciones en Crisis Remotas.

Lo anterior es de suma importancia, ya que pese a que se tiene conocimiento de la importancia de la intervención en crisis, la evidencia señala la tendencia de que no se cuenta con el personal debidamente capacitado para impartirla (en especial los psicólogos), en la actualidad, los proveedores de servicios de salud carecen de orientaciones basadas en evidencia (Nizum et al., 2020). De acuerdo con Caplan (1989, p. 6):

En el caso de la intervención en crisis, la falta de pruebas está relacionada con las dificultades intrínsecas de desarrollar un diseño de investigación que aborde adecuadamente cuestiones como una medida retrospectiva de la salud mental previa a la crisis que nos permita evaluar nuestros hallazgos posteriores a la misma.

Tales déficits podrían deberse en parte a la falta de una manera objetiva de valorar la eficacia de dichas intervenciones, así como de los entrenamientos y programas de capacitación en las mismas. Estas problemáticas en investigación podrían verse ampliamente beneficiadas por las definiciones operacionales y los catálogos conductuales.

Una herramienta que puede ser empleada para sobrellevar las dificultades metodológicas en cuanto al diseño de investigación para el abordaje de las crisis es el análisis aplicado de la conducta (ACA). Este es un enfoque científico que permite el descubrimiento de distintas variables ambientales que influyen fidedignamente sobre aquellas conductas significativas socialmente y desarrolla una tecnología del cambio conductual que aprovecha de forma práctica dichos descubrimientos (Cooper et al., 2014).

En las últimas décadas, el ACA ha ampliado su influencia para incluir aplicaciones en educación, medicina, salud mental y seguridad pública, particularmente en el ámbito de la salud mental, las aplicaciones del ACA incluyen: la evaluación de la conducta (por ejemplo, la gestión del sueño, la diabetes o la hipertensión), los procedimientos de cambio de conducta, la selección y aplicación de intervenciones, la supervisión y gestión del personal y la ética (Maragakis, 2021).

Es fundamental definir de manera clara y precisa las características fundamentales de aquellos estímulos o respuestas que son de interés para la investigación, haciendo énfasis en cuáles de las múltiples dimensiones que tienen los estímulos, serán tomados en cuenta para

cada definición. Esto debido a que un problema que existe entre quienes se dedican a proporcionar servicios tanto a la población, como a la ciencia, es la transmisión de la información; sin información precisa y fidedigna, dicha transmisión de información sería altamente complicada. Una alternativa para lograr delimitar con lenguaje claro y objetivo el comportamiento y respuestas que se desean conocer en las investigaciones, es la definición operacional del comportamiento (Cepeda-Islas, 2014), que consiste en definir las conductas de interés para un estudio exhaustivamente, mediante dos métodos para su elaboración, ya sea por medio de la función de la conducta (o funcionales), en donde se busca identificar las consecuencias generales que la conducta puede tener, siendo más amplias en su alcance. O por medio de la topografía (o topográficas), la cual se refiere a la descripción detallada de cada uno de los elementos que componen los movimientos o acciones individuales (Aparicio-Naranjo, 2006; Cooper et al., 2014).

De acuerdo con Miltenberger (2017), el enseñar una tarea compleja con dos o más componentes de respuesta (cadena de conducta) implica un entrenamiento en discriminación de cada componente estímulo-respuesta de la cadena de conducta, en consecuencia, un análisis de tareas detallado es necesario para dar una idea precisa de cada uno de estos componentes. Este es definido como un desglose de una tarea compleja en sus diferentes componentes estímulo-respuesta para identificar las distintas competencias necesarias para llevarla a cabo correctamente, y puede realizarse de tres maneras: una primera forma consiste en observar a una persona participar en la tarea y registrar cada uno de sus componentes estímulo-respuesta. La segunda consiste en pedir a una persona con mucha experiencia en la tarea (un experto) que describa todos sus componentes. Por último, se puede desarrollar un análisis de tareas al realizarla nosotros mismos y registrar la secuencia en que emitimos las respuestas.

Implementar la creación de dichas definiciones operacionales y análisis de tareas representa un paso fundamental en la contribución a la generación de evidencia en este ámbito. Este enfoque implica la creación de una lista de pasos confiables necesarios para llevar a cabo una intervención en crisis de manera remota después de la notificación de muerte en ámbitos críticos y hospitalarios. De esta manera es que surgen las preguntas ¿Cómo se pueden desarrollar definiciones operacionales y un catálogo conductual efectivo para la intervención en crisis de manera remota, concretamente en ámbitos críticos y hospitalarios, posterior a la notificación de muerte?

Debido a lo anterior, el propósito de este estudio consistió en la propuesta de elaboración teórica de definiciones operacionales y un catálogo conductual para la intervención en crisis en modalidad remota, específicamente en ámbitos críticos y hospitalarios, posterior a notificación de muerte.

Método.

El autor de esta tesis participó en el proceso teórico de la creación de las definiciones operacionales y un catálogo conductual como parte de un protocolo de investigación aprobado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica con número de registro: IN306022 y con registro internacional (Registry of Efficacy and Effectiveness Studies, 8642.1v1).

Para responder a los objetivos planteados previamente, el primer paso en el desarrollo de un plan de registro conductual consistió en definir la conducta objetivo, que es aquella que se quiere estudiar y registrar, para hacerlo se debe identificar qué es exactamente aquello que la persona dice o hace que constituye el exceso o déficit conductual que se pretende cambiar, en este caso fue la intervención en crisis. Las definiciones conductuales son una herramienta que sirve para describir comportamientos específicos que son observables, tales definiciones

deben ser objetivas, estar exentas de ambigüedades e incluir verbos activos. Una de las características fundamentales de una definición conductual efectiva es que, después de verla, diferentes personas pueden observar la misma conducta y estar de acuerdo en que está sucediendo (Miltenberger, 2017).

Cabe recalcar que de acuerdo con Hernández-Sampieri et al. (2014) en Definición Conceptual o Constitutiva (p. 121) una tarea de vital importancia para la correcta selección de las definiciones operacionales disponibles o la creación de las propias, se encuentra en una adecuada revisión de la literatura, ya que de este modo, se tiene una gama más amplia de definiciones operacionales para elegir o más ideas para desarrollar una nueva.

La medición de las conductas objetivo en modificación de conducta se denomina evaluación conductual, esta es importante por una serie de razones: la medición antes del tratamiento proporciona información que puede ayudar a decidir si el tratamiento es o no necesario, también puede proporcionar información que ayude a elegir cuál es el mejor tratamiento y también permite establecer si se produjo o no un cambio de comportamiento después de aplicar el tratamiento (Cooper et al., 2014).

Para el catálogo conductual fue empleado especialmente el modelo de siete pasos para intervención en crisis planteado por Roberts (1991), debido a que es un modelo accesible y de fácil comprensión, ya que facilita la identificación temprana de los desencadenantes de la crisis y permite la escucha activa, la resolución de problemas, las habilidades de afrontamiento eficaces, las fortalezas internas, los factores de protección, y la resolución eficaz de la crisis. Su enfoque integral abarca ofrece una estructura completa y organizada para guiar la intervención. Aunado a lo anterior, cuenta con evidencia de su eficacia tanto en la práctica clínica como en la investigación, respaldando su validez y efectividad. Su estructura clara y práctica permite su fácil aplicación en una amplia variedad de situaciones y su flexibilidad

permite su adaptación de acuerdo con las demandas del contexto. Consta de las siguientes etapas: evaluar la letalidad, el estado de salud mental, establecer rapport y captar la atención del cliente, identificar los problemas principales, tratar los sentimientos, explorar métodos alternativos de afrontamiento y soluciones parciales, desarrollar un plan de acción, desarrollar un protocolo de finalización y seguimiento (Yeager & Roberts, 2015).

Fase 1: Generación de definiciones operacionales de las conductas a través de la literatura.

En esta primera etapa se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional acorde con los criterios del Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (Higgins & Green, 2010). Se tomaron en cuenta los estudios que describían programas de intervención en crisis (independientemente de la modalidad o población de la crisis [psiquiátricas, suicidio, militares, policías]) tanto en modalidad remota como en modalidad presencial. Dado el estado de avance del área no se realizó ninguna restricción en el diseño de los estudios incluidos. La búsqueda se llevó a cabo en las siguientes bases: MEDLINE (vía PubMed) (Anexo 1) y PsycINFO (vía OVID)(Anexo 2), durante el periodo de noviembre de 2022 y una actualización en diciembre de 2023. Se combinaron tanto términos indexados (MESH o Tesauro) como términos naturales (por sus en inglés "Text Word") para correr la búsqueda utilizando los comandos booleanos (Or o AND) quedando de la siguiente manera: Crisis intervention [Mesh] OR crisis intervention in emergency services (((("Crisis Intervention"[Mesh]) OR (crisis intervention[Text Word])) OR (emergency services[Text Word])) OR (emergency services[Text Word])) OR (psychiatric crisis intervention[Text Word]) AND (((((((("Telemedicine"[Mesh]) OR (telepsychology[Text Word])) OR (Remote crisis intervention[Text Word])) OR (Remote training[Text Word])) OR (Online training[Text

Word])) OR (Behavioral training[Text Word])) OR (Behavioral Skills Training[Text Word])) OR (Skills training[Text Word])).

Finalmente, no se dio ninguna restricción en lenguaje, tiempo de búsqueda y se revisaron las referencias de los estudios incluidos para poder localizar literatura (libros, congresos, tesis) pertinente en el área.

Fase 2: Contextualización de las definiciones mediante opiniones de expertos.

En la siguiente fase del estudio y con el propósito de enriquecer las búsquedas realizadas, se llevaron a cabo tres entrevistas semiestructuradas con tres psicólogos hospitalarios, los cuales formaron parte de la primera línea de atención durante la pandemia de COVID-19 y los cuales atendieron diversas crisis emocionales asociadas con la notificación de malas noticias o notificación de muerte, tanto de manera presencial como remota. El objetivo primordial de estas entrevistas fue obtener una comprensión detallada de las experiencias de los profesionales en este ámbito, así como recabar sus recomendaciones, retroalimentación, retos y perspectivas sobre los elementos indispensables para lograr con eficacia y de manera efectiva una intervención en crisis realizada de manera remota.

La entrevista semiestructurada se llevó a cabo siguiendo un guion diseñado para informar de manera clara al participante acerca del propósito de la entrevista, el tema a tratar, el formato de la sesión, la duración estimada y expresar agradecimiento por su participación (Anexo 3). Además, se implementó un breve cuestionario compuesto por 17 preguntas distribuidas en cinco categorías: 1) entrenamiento previo 2) seguridad del paciente y sus familiares, 3) recursos tecnológicos, 4) elementos complementarios de la intervención y 5) prácticas de autocuidado en el personal de salud. Se llegó a esas propuestas, a partir del consenso del equipo de trabajo del Programa de Psicología Urgencias, para identificar las preguntas más pertinentes a realizar.

Los criterios de inclusión para la participación en el estudio fueron: ser psicólogo(a) cuyo empleo actual se desempeñe en el ámbito hospitalario, contar con experiencia en intervención en crisis durante la pandemia por COVID-19, contar con experiencia en Intervención en crisis en modalidad remota, estar de acuerdo en participar.

Resultados.

Fase 1. Definiciones operacionales de las conductas a través de la literatura.

En la primera fase se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos MEDLINE (vía PubMed) PsycINFO (vía OVID), en esta búsqueda, se encontraron 307 artículos (ver figura 1), sin embargo, se es importante mencionar que ninguno de los artículos examinados abordaba de manera directa el tema de las intervenciones en crisis remotas posteriores a notificación de muerte en áreas críticas y hospitalarias.

De las dos bases de datos revisadas, y 307 artículos revisados solo un artículo por Landa-Ramírez et al. (2020, 2021) abarcó las variables de intervención en crisis posterior a notificaciones de muerte en áreas críticas y hospitalarias durante el contexto COVID-19 necesarias para este trabajo.

No obstante, hay que destacar que aunque no englobaron todas las variables, se identificaron investigaciones que exploraban variables afines, como: estudios sobre telepsicología, intervención en crisis durante la pandemia por COVID-19, intervención en crisis proporcionada por el cuerpo de policía (n=7), intervención en crisis por suicidio (n=27), intervención en crisis posterior a desastres naturales (n=3), protocolos para telepsicología o telepsiquiatría (n=19), Intervención psicológica durante el COVID-19 (n=1), Intervenciones en crisis remotas (n=3) por mencionar algunos. Lo anterior sugiere la existencia de un contexto relacionado y puede sentar las bases para una comprensión más amplia del área de

estudio. Este hallazgo subraya la necesidad de abordar la brecha identificada y ofrece una oportunidad para contextualizar la investigación propuesta dentro del marco conceptual existente.

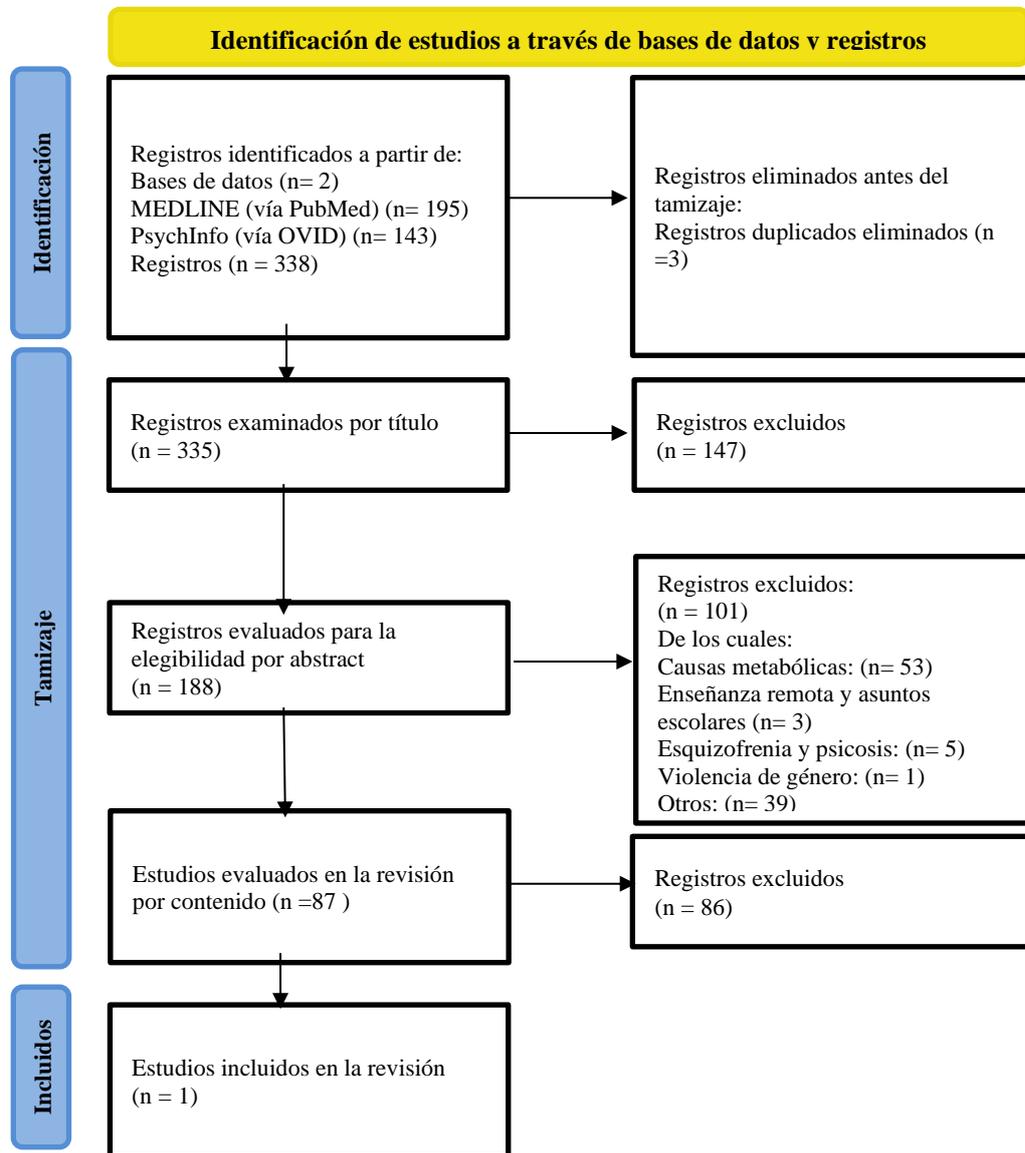


Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda en bases de datos.

Este proceso de selección aseguró la inclusión de investigaciones que aportaron de manera significativa a la creación de un panorama específico sobre las intervenciones en crisis posteriores a notificaciones de muerte, intervenciones en crisis e intervenciones

remotas, intervenciones en crisis en ámbitos hospitalarios, las respuestas esperadas y las intervenciones realizadas, contribuyendo así al marco conceptual del estudio.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar la brecha identificada y ofrece una oportunidad para contextualizar la investigación propuesta dentro del marco conceptual existente.

Primera propuesta de definiciones operacionales.

Fue así que de este modo, mediante la revisión de la literatura internacional por medio de bases de datos y empleando los artículos cuyas variables eran relevantes y afines para el presente estudio, se recopiló la mayor información posible sobre la evidencia actual de las intervenciones en crisis, tanto en ámbitos hospitalarios, posteriores a notificaciones de muerte y de manera remota, adaptando el modelo de siete pasos para intervención en crisis de Roberts (1991) con la información encontrada, obteniendo una primera versión del catálogo conductual y las definiciones operacionales de las conductas necesarias para realizar una intervención en crisis de manera remota, incluyendo en un principio 16 categorías (14 funcionales y 2 topográficas) conformadas por: repaso de información del caso, preparación y respiración, contacto, establecer contacto y captar la atención de la persona, identificar antecedentes relevantes, identificar factores desencadenantes de la crisis, uso de recursos interpersonales, abordaje de la respuesta emocional, focalización del objetivo de la intervención, lluvia de ideas, valoración de soluciones, establecimiento del plan de acción, ejecución del plan de acción, planeación del seguimiento, despedida y cierre y segunda relajación (Tabla 1).

Tabla 1. Primera propuesta de definiciones operacionales para la intervención en crisis

Apartado	Categoría	Tipo	Definición
Preparación	Repaso de información del caso	Funcional	El psicólogo revisa los datos del caso clínico referente a la intervención en crisis que realizará.
	Preparación y respiración	Topográfica	El psicólogo inhala profundamente por la nariz en tres tiempos, manteniendo el aire en tres tiempos y exhalando por la boca en tres tiempos. Repite el proceso por lo menos tres veces.
Intervención	Contacto	Funcional	El psicólogo saluda mencionando su nombre y el motivo de su acercamiento.
	Establecer contacto y captar la atención de la persona	Funcional	En caso de que la persona en crisis no responda a la presentación y al saludo del psicólogo, éste le hablará a la persona por su nombre y le preguntará si puede escucharlo.
	Identificar antecedentes relevantes	Funcional	El psicólogo pregunta sobre los antecedentes médicos y psiquiátricos de la persona e identifica factores de riesgo.
	Identificar factores desencadenantes de la crisis	Funcional	El psicólogo pregunta sobre los sucesos desencadenantes de la actual crisis de la persona y se mantiene atento a la respuesta sin interrumpirla.
	Uso de recursos interpersonales	Funcional	El psicólogo valida los sentimientos de la persona y utiliza frases empáticas.
	Abordaje de la respuesta emocional	Funcional	El psicólogo le modela a la persona que respire por la nariz y exhale por la boca y le solicita a la persona que realice el ejercicio.
Resolución proactiva	Focalización del objetivo de la intervención	Funcional	El psicólogo pregunta y jerarquiza a la persona los problemas derivados de la crisis.
	Lluvia de ideas	Funcional	El psicólogo pregunta estrategias pasadas que la persona ha empleado en

			situaciones difíciles y propone alternativas para afrontar.
	Valoración de soluciones	Funcional	El psicólogo pide a la persona realizar un balance decisional de las ideas de solución generadas, realizando una evaluación costo-beneficio, pros y contras y viabilidad.
	Establecimiento del plan de acción	Funcional	El psicólogo junto con la persona enlistan las estrategias a ejecutar.
	Ejecución del plan de acción	Funcional	El psicólogo brinda el apoyo inmediato a la persona.
	Planeación del seguimiento	Funcional	El psicólogo le pregunta a la persona la disponibilidad de fechas en las cuales podría hacerse una sesión de seguimiento.
Cierre y despedida	Despedida y cierre	Funcional	El psicólogo pregunta a la persona si tiene alguna duda, finaliza con una frase empática y cierra la sesión recalcando su apoyo a la persona y con una frase de despedida.
	Segunda relajación	Topográfica	Al finalizar la sesión, el psicólogo por sí solo, inhala por la nariz en tres tiempos, manteniendo el aire en tres tiempos y exhalando por la boca en tres tiempos. Repite el proceso por lo menos tres veces.

Fase 2: Contextualización de las definiciones mediante opiniones de expertos.

Características de los evaluados.

Para contextualizar aún más las experiencias individuales, se incluyeron las características sociodemográficas de los tres participantes en la Tabla 2, la cual ofrece una visión más completa de los factores que podrían influir en sus experiencias.

Psicólogo 1.

Hombre de 41 años con especialización en Psicología Clínica por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, con 18 años de experiencia en psicología, trabajando actualmente en el Departamento de Psicología de un hospital público de la Ciudad de México. Participó en el Plan Nacional de Salud Mental durante la pandemia por COVID-19.

El primer entrevistado refiere que su formación en intervención en crisis ha sido informal, mediante guías de práctica clínica a lo largo de su práctica profesional, con alrededor de 500 casos de crisis atendidos, principalmente debido a nuevos diagnósticos, malas noticias y tratamientos urgentes. Menciona que el procedimiento mediante el cual se contacta con los casos consiste en una referencia por parte del equipo médico (aproximadamente una hora para que se contacten con él), seguida por una revisión del expediente del paciente con el fin de conocer las posibles problemáticas que puedan llegar a presentarse con los familiares, después de ello, solicita hablar con los familiares para acordar horarios y establecer una fecha para la sesión. Considera crucial la escucha activa, explorar redes de apoyo, la contención, relajación y considera de suma importancia insistir fervientemente el uso de videollamada de ser posible, así como pedir el contacto de algún familiar. Durante la sesión, le solicita a la persona estar en un lugar tranquilo, callado y donde se encuentre sin compañía. Para asegurar la seguridad del paciente, en caso de notar en el discurso o en la conducta no verbal del paciente un riesgo inminente o que la persona exprese verbalmente el querer autolesionarse o deseos de morir, le solicita a la persona eliminar todos los medios letales como: cuchillos, fármacos y sogas, resalta la importancia de mostrar seguridad, a pesar de que las intervenciones remotas pueden ser impredecibles. Por ello, antes de comenzar la entrevista, solicita un medio de contacto alternativo por si la videollamada llegara a fallar (por ejemplo: un teléfono celular). Posterior a la

intervención, recalcó la importancia del autocuidado, como hablar con sus redes de apoyo, practicar actividades recreativas e iniciar un propio proceso terapéutico para poder contar con apoyo profesional.

Ventajas de la intervención en crisis de manera remota: cuando la situación lo permite, los tiempos de atención son rápidos, el seguimiento con las personas es más práctico y puede realizarse con mayor frecuencia y son más privadas. Desventajas de la intervención en crisis de manera remota: la persona puede llegar a desesperarse y terminar con la llamada, el no estar con la persona limita la interacción que se tiene con ella, así como las señales conductuales que pueden identificarse, además de los problemas de conexión y señal. Considera que la atención puede llegar a ser burocrática y lenta en algunos casos, a veces puede llegar a ser más viable que los familiares realicen la contención en el momento.

Psicóloga 2.

Mujer de 45 años de edad, cuenta con un título de Doctorado en Neurociencias y 25 años de experiencia en psicología, lidera el área de Psicología en un importante instituto de salud nacional, supervisa un programa de formación en Medicina Conductual en una universidad nacional, y cuenta con un enfoque en la atención psicológica a pacientes con enfermedades crónicas, especialmente aquellos con cáncer en cuidados paliativos. Su experiencia abarca desde la interacción con profesionales de la salud hasta el diseño de estudios de investigación y la mentoría de estudiantes.

La segunda entrevistada refiere que su experiencia en intervención en crisis remota ha sido principalmente durante la pandemia por COVID-19 con familiares de pacientes con enfermedades avanzadas y próximos a fallecer. Recibe las interconsultas principalmente por parte del equipo médico, quienes refieren los datos de los familiares en quienes notaban dificultades para asimilar las malas noticias o también por solicitud de los propios familiares,

de este modo, se acordaba por llamada telefónica una sesión por videollamada. Comentó que en su experiencia, realizar una intervención en crisis de manera remota era bastante similar a realizarla de manera presencial, sólo que consideraba útil exagerar sus expresiones faciales y gestos (como asentir) para poder transmitir empatía y escucha activa con los familiares, a quienes les solicitaba poder encontrarse en un lugar cómodo donde estuvieran solos para poder llevar a cabo la sesión de manera privada y confidencial y también para poder llamar su atención cuando estos tenían reacciones emocionales muy exacerbadas. En dado caso de tener que hacer más de una intervención en crisis, lo ideal para ella era poder ver a una persona a la vez, sin embargo, ha realizado intervenciones en crisis grupales (tanto presenciales como remotas) las cuales llevó a cabo mediante un enfoque sistémico, escuchando las necesidades grupales más que centrarse en los individuos para poder llegar a resoluciones posibles. En caso de encontrar riesgos en el familiar, por ejemplo de suicidio, éstos se expresaban en su mayoría de manera verbal por la propia persona, sin embargo, siempre se encontraba atenta a las señales físicas y verbales que pudieran indicar riesgo para la persona, en cuyo caso le solicitaba el contacto de un familiar o le pedía a la persona contactarse de manera directa mientras ella la acompañaba, sobre todo cuando se mostraba agresiva o renuente a hablar con ella.

Ventajas de la intervención en crisis de manera remota: la barrera de la distancia y los tiempos y costos de transporte no afectan a la consulta, dando a la persona una percepción de disponibilidad por parte del personal de psicología. De igual modo, el que la persona pueda verse en la pantalla de la videollamada, le hace ver su estado actual, haciéndose consciente de su autocuidado y reacciones emocionales. Desventajas de la intervención en crisis de manera remota: no todas las personas tienen acceso a un dispositivo móvil o incluso a un teléfono de línea fija propio, lo cual es una limitante muy importante. De igual modo, el no poder observar la conducta directamente de la persona y sólo poder observar ciertos ángulos de esta debido a la posición de la cámara, limita las reacciones físicas visibles. La mala señal de internet y la

pérdida de conexión en la llamada son un fenómeno frecuente, al igual que puede ser que haya más personas en el fondo o en la misma habitación escuchando la llamada.

Psicóloga 3.

Mujer de 41 años de edad, con 12 años de experiencia y un título de maestría en el área de la salud, adscrita al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de un hospital general de la Ciudad de México, con experiencia en la primera línea de atención psicológica a familiares durante la pandemia por COVID-19.

La tercera entrevistada refiere contar con un entrenamiento formal por parte de la maestría junto con un curso de PAP e intervención en crisis dentro de su institución de trabajo actual. Su experiencia remota en casos de crisis por violencia de género vía telefónica, así como en contexto COVID durante la pandemia ha sido con familiares apoyando al equipo médico en la notificación de noticias. Para recibir los casos, era de suma importancia conocer los datos de la persona con quien iba a hablar lo antes posible antes de la intervención, la cual se le hacía llegar de dos maneras, la primera de telefónica directa por parte de la institución de violencia o se contactaba a los familiares del hospital donde se encontraba, junto con otro psicólogo, se preparaba al familiar para la notificación de la probabilidad de muerte de su paciente, momento en el que se hacía la intervención en crisis; el segundo modo, era mediante la referencia por parte del equipo médico, quien compartía los datos del departamento de psicología con los familiares para que ellos pudieran contactarse con el equipo de psicología para agendar y llevar a cabo la sesión (en ambos casos, la intervención en crisis se llevaba a cabo mediante el modelo CASIC para crisis). Para llamar la atención del paciente y reestablecer los recursos cognitivos de las personas, procura hacer preguntas sobre el estado de ánimo del paciente, hace cuánto tiempo se siente de este modo, cómo lo siente físicamente y si le gustaría contactarse con alguien en especial, encontrar metas en común y que la persona pueda reaccionar a la

intervención. Para indagar el riesgo y garantizar la seguridad del paciente, procuraba indagar en qué contexto y nivel de riesgo se encuentra, sin embargo, esto es difícil, ya que depende mucho de lo que conteste la persona (por ejemplo, cuando existe riesgo de suicidio) y que pueda o no estar en un ambiente seguro, (por ejemplo, cuando se encuentran presentes más personas). Mencionó la importancia de contactar con los comités de bioética prudentes el hecho de hacer llegar a la persona un aviso de privacidad junto con el consentimiento informado con la información referente a la sesión. Recalca en el caso de la intervención en crisis, es de suma importancia que en caso de hacer la intervención remota, la persona se asegure de poder contar con una red estable, ya que de otro modo, la intervención no será del todo efectiva, sin embargo, hay que adaptar los recursos que se tienen como psicólogos para llevar a cabo la intervención de la mejor manera posible. Por último, para su autocuidado, procura comentar con sus colegas los casos complejos que atiende, realizar actividades recreativas que se disfruten.

Ventajas de la intervención en crisis de manera remota: a pesar de la distancia, permite atender a médicos y personas que tenían contacto con pacientes COVID-19, lo que les permitía tener una mayor accesibilidad de horarios y tiempos para tomar las sesiones sin ponerse en riesgo, así como hacer programaciones simultáneas para las sesiones. Desventajas de la intervención en crisis de manera remota: limitaciones y dependencia debido a la conexión a internet y de una institución junto con sus disposiciones legales permitidas, es decir que sólo se podía hacer mediante dos dispositivos electrónicos permitidos por parte del hospital. De igual modo era necesario un consentimiento informado que tenía que estar formado por el responsable de los pacientes del hospital. También, en varias ocasiones el volumen de las sesiones no era adecuado o era complejo escuchar a los pacientes o que estos escucharan al equipo de psicología si tenían alguna dificultad. El tiempo que se tenía para realizar la intervención era muy breve debido a la gran cantidad de pacientes que debían ser atendidos.

Tabla 2. Contexto Sociodemográfico.

Entrevistado	Edad	Lugar de trabajo	Años de experiencia	Experiencia COVID-19	Ventajas de la intervención remota	Desventajas de la intervención remota
1	41	Hospital público de la Ciudad de México	18	Sí, 2020-2022 (familiares)	Cuando la situación lo permite, los tiempos de atención son rápidos, el seguimiento con las personas es más práctico y puede realizarse con mayor frecuencia y son más privadas.	La persona puede finalizar la llamada, la ausencia física durante la intervención restringe la interacción e identificación de señales conductuales, problemas de conexión y señal, la atención puede volverse burocrática y lenta en ciertos casos, en ocasiones puede ser más efectivo que los familiares realicen la contención en tiempo real.
2	45	Instituto Nacional de Salud Pública de la Ciudad de México	25	Sí, 2020-2022 (pacientes, familiares y trabajadores)	La barrera de la distancia, los tiempos y costos de transporte no afectan a la consulta, la persona percibe disponibilidad por parte del personal de psicología, el que la persona pueda verse en la pantalla de la videollamada le hace ver su estado actual, haciéndose consciente de su autocuidado y reacciones emocionales.	Falta de acceso universal a dispositivos móviles o teléfonos fijos. Incapacidad para observar directamente la conducta de la persona debido a la posición de la cámara, restricción de la visibilidad de las reacciones físicas. Problemas frecuentes como la mala señal de internet, la pérdida de conexión y la posibilidad de que haya otras personas en el entorno escuchando la llamada.
3	41	Hospital público de la Ciudad de México	12	Sí, 2020-2022 (familiares y médicos)	A pesar de la distancia, permite atender a médicos y personas que tenían contacto con pacientes COVID-19, lo que permite tener una mayor accesibilidad de horarios para tomar las sesiones, el personal no se pone en riesgo.	Restricciones en la conexión a internet y dispositivos autorizados, requerimientos de consentimiento informado del responsable del paciente, dificultades en la calidad de las sesiones (como problemas de volumen), y un tiempo limitado para las intervenciones debido a la alta carga de pacientes.

La participación de psicólogos con experiencia en el área de la intervención en crisis de manera remota así como el consultar la literatura científica del área, permitió complementar la primera versión del catálogo conductual y definiciones operacionales. A través de sus experiencias, se conocieron aspectos cruciales para el estudio, como las limitaciones de este enfoque así como sus ventajas; partiendo con las problemáticas al tratar de establecer rapport a través de la distancia, lo que a menudo dificultaba la interpretación de señales no verbales y el entendimiento entre las personas en crisis y el psicólogo, también existía la posibilidad en varias ocasiones de que surgieran problemas con la conexión a internet o llamadas de audio, siendo que incluso en algunos casos los familiares no contaban con acceso a dispositivos móviles y/o teléfono de línea fija propio, por lo que la manera en la que se llevó a cabo la intervención de manera general fue totalmente diferente al no poder contar con los recursos físicos que habitualmente pueden emplearse de manera presencial. Sin embargo, los puntos a destacar fueron la accesibilidad y conveniencia que ofrecía esta modalidad de intervención, así como la posibilidad de brindar apoyo inmediato a individuos en ubicaciones distintas. Como era de esperarse, existieron diferencias significativas en la interacción remota, principalmente la manera en la cual se solicitaba la atención al personal de psicología por parte del hospital, ya que al no estar en el mismo sitio, ésta se veía notablemente entorpecida.

Fue así que surgió la necesidad de complementar el catálogo conductual previamente establecido con tres nuevas categorías y definiciones operacionales enfocadas al contexto remoto, siendo estas: conexión a la sesión (número 3), cambio de medio de contacto (número 10) y abordaje de dudas (número 17). De igual modo, el catálogo y las definiciones operacionales fueron replanteadas para adaptarse al contexto de intervención en crisis remota.

Es así que se presentan los hallazgos derivados de la adaptación del modelo de siete pasos para intervención en crisis de Roberts (1991), partiendo de la revisión sistemática de la

literatura enfocada en las de la intervenciones en crisis de manera remota y presencial y contextualizado mediante las opiniones y experiencias de psicólogos expertos en el área, conformando la propuesta de catálogo conductual para intervención en crisis de manera remota posterior a notificación de muerte en áreas críticas y hospitalarias, conformado por 19 categorías (15 funcionales y 4 topográficas) con sus respectivas definiciones operacionales, constituidas por: repaso de la información del caso, preparación y respiración, conexión a la sesión, contacto, cambio de medio de contacto, establecer contacto y captar la atención de la persona, identificar antecedentes relevantes, identificar factores desencadenantes de la crisis, uso de recursos interpersonales, abordaje de la respuesta emocional, focalización del objetivo de la intervención, lluvia de ideas, valoración de soluciones, establecimiento del plan de acción, ejecución del plan de acción, planeación del seguimiento, abordaje de dudas, despedida y cierre, segunda relajación. (Tabla 3).

Tabla 3. Catálogo Conductual.

Apartado	Categoría	Tipo de definición	Definición
Preparación	Repaso de la información del caso	Funcional	El psicólogo revisa los datos del caso clínico referente a la intervención en crisis que realizará.
	Preparación y respiración	Topográfica	El psicólogo inhala profundamente por la nariz en tres tiempos, manteniendo el aire en tres tiempos y exhalando por la boca en tres tiempos. Repite el proceso por lo menos tres veces.
	Conexión a la sesión	Funcional	El psicólogo abre una sesión en una plataforma de videollamada o se incorpora a una asegurándose que el audio, el video y su conexión a internet funcionen correctamente.
Intervención	Contacto	Topográfica	El psicólogo saluda mencionando su nombre, su rol y el motivo de su presencia.
	Establecer contacto y captar la atención de la persona	Funcional	En caso de que la persona en crisis no responda a la presentación y al saludo del psicólogo, éste le hablará a la persona por su nombre y le preguntará si puede escucharlo.
	Identificar antecedentes relevantes	Funcional	El psicólogo pregunta sobre los antecedentes médicos y psiquiátricos de la persona e identifica factores de riesgo.
	Identificar factores desencadenantes de la crisis	Funcional	El psicólogo pregunta sobre los sucesos desencadenantes de la actual crisis de la persona y se mantiene atento a la respuesta sin interrumpirla.
	Uso de recursos interpersonales	Funcional	El psicólogo valida los sentimientos de la persona y utiliza frases empáticas.
	Disminución de la respuesta emocional	Topográfica	El psicólogo modela a la persona el respirar por la nariz y exhalar por la boca y le solicita que realice el ejercicio.

Cambio de contacto	Cambio de medio de contacto*	Funcional	En caso de que la videollamada no funcione, el psicólogo se contactará con la persona usando el dispositivo de respaldo asegurándose de tener un audio y/o video adecuados.
Resolución proactiva	Focalización del objetivo de la intervención	Funcional	El psicólogo pregunta y jerarquiza con la persona los problemas derivados de la crisis.
	Lluvia de ideas	Funcional	El psicólogo pregunta estrategias pasadas que la persona ha empleado en situaciones difíciles y propone alternativas para afrontar.
	Valoración de soluciones	Funcional	El psicólogo pide a la persona realizar un balance decisional de las ideas de solución generadas, realizando una evaluación costo-beneficio, pros y contras y viabilidad.
	Establecimiento del plan de acción	Funcional	El psicólogo junto con la persona enlistan las estrategias a ejecutar.
	Ejecución del plan de acción	Funcional	El psicólogo brinda el apoyo inmediato a la persona.
	Planeación del seguimiento	Funcional	El psicólogo le pregunta a la persona la disponibilidad de fechas en las cuales podría hacerse una sesión de seguimiento.
Cierre	Abordaje de dudas	Funcional	El psicólogo pregunta a la persona si tiene alguna duda con respecto a los aspectos hablados en la sesión. En cuyo caso, las aborda.
	Despedida y cierre	Funcional	El psicólogo finaliza con una frase empática y cierra la sesión recalcando su apoyo a la persona y con una frase de despedida.
	Segunda relajación	Topográfica	Al finalizar la sesión, el psicólogo inhala por la nariz en tres tiempos, manteniendo el aire en tres tiempos y exhalando por la boca en tres tiempos. Repite el proceso por lo menos tres veces.
*: Opcional si el contexto lo amerita			

Discusión.

El presente trabajo tuvo como objetivo realizar una propuesta de elaboración teórica de definiciones operacionales y un catálogo conductual para la intervención en crisis en modalidad remota, específicamente en ámbitos críticos y hospitalarios, posterior a notificación de muerte. Lo anterior por medio de la revisión de la literatura internacional y a través de búsquedas en dos bases de datos MEDLINE (vía PubMed) y PsycINFO (vía OVID). De igual manera, se recurrió a las experiencias, opiniones y retroalimentación de tres psicólogos expertos quienes formaron parte de la primera línea de atención psicológica durante la pandemia realizando intervenciones en crisis posteriores a notificaciones de muerte en áreas críticas y hospitalarias en el contexto COVID-19.

El método llevado a cabo en el presente estudio generó como resultado un catálogo conductual de 19 pasos que permiten identificar esta tarea, este resultado es congruente con lo reportado en otros estudios que han seguido la misma línea. Hassan et al. (2019) emplearon las definiciones operacionales para medir de manera precisa la fidelidad y la calidad del comportamiento del terapeuta para evaluar el impacto del entrenamiento en habilidades conductuales para mejorar la regulación emocional en niños con trastorno del espectro autista, obteniendo seis reactivos (ritmo, entusiasmo, compromiso del terapeuta con el niño, compromiso del terapeuta con el cuidador, organización de los materiales y paciencia). Kornacki et al. (2013) emplearon el análisis de tareas con la finalidad de describir cada componente del entrenamiento en habilidades de conversación diseñado para adultos con discapacidades del desarrollo (por ejemplo: trastorno del espectro autista, síndrome de Down o discapacidad intelectual), con un resultado de un catálogo de nueve pasos con sus respectivas definiciones para dicha tarea. Stocco et al. (2017) utilizaron definiciones operacionales para un entrenamiento en habilidades para mejorar las habilidades de entrevistas laborales de

estudiantes universitarios obteniendo seis reactivos (calidad de las respuestas a las preguntas, calidad de las preguntas formuladas, adecuación del lenguaje corporal, confiado, ansioso o nervioso y probabilidad de contratar a esta persona). Los resultados en el presente trabajo presentan congruencia con los datos encontrados en otros estudios, probablemente dichas similitudes se deban al uso de la metodología descrita por Miltenberger (2017) lo cual permite establecer conceptos de manera clara y precisa, disminuyendo la ambigüedad y permite la división en componentes de una tarea compleja en sus conductas necesarias, promoviendo así una interpretación más clara en la intervención en crisis ante la notificación de muerte.

En el presente estudio se recurrió al uso de la estrategia de revisión sistemática para poder identificar estudios que permitieran dar una idea sobre los componentes indispensables para realizar la tarea (Higgins & Green, 2010). En los resultados obtenidos se contrastó una notable escasez de investigaciones y evidencia centradas en las variables de intervención en crisis posterior a notificaciones de muerte en áreas críticas y hospitalarias, esto probablemente se debe al hecho de que el contexto de las variables en el presente trabajo son muy específicas a la situación de la pandemia por COVID-19. Sin embargo, se llegaron a identificar artículos que evaluaban intervención en crisis in situ previos a la pandemia, en cuidados intensivos o posteriores a eventos traumáticos (Brauchle & Brauchle, 2014; Brauchle & Wildbahner, 2020; Wang et al., 2010) la evidencia con respecto a intervención en crisis de manera remota fue muy escasa. A pesar de no existir hasta el conocimiento del autor revisiones sistemáticas que aborden esta problemática de manera exhaustiva y completa, previo a la revisión en bases de datos se halló un estudio donde se incluyeron 17 investigaciones que abordaron 11 modelos de intervención en crisis de manera remota aunque no en un contexto pandémico (da Silva et al., 2015).

Sin embargo, mediante la revisión posterior de literatura se encontraron un par de artículos de corte teórico que proporcionaron recomendaciones clínicas en los cuales se retomaron las variables de intervención en crisis asociadas a las notificaciones de muerte en áreas críticas y hospitalarias durante el contexto COVID-19 (Landa-Ramírez et al., 2020, 2021), que pese a no generar datos empíricos, fueron de importancia para el presente trabajo debido a que sentaron una base clínica/hospitalaria para la contextualización de las definiciones operacionales y catálogo conductual. Resaltando la necesidad de contar con personal capacitado para realizar las intervenciones en crisis posteriores a notificaciones de muerte en áreas críticas y hospitalarias.

Este hallazgo se cotejó con otros estudios y revisiones sistemáticas recientes donde se abordaron los temas de notificaciones de muerte violentas, notificaciones de muerte inesperadas y traumáticas y notificaciones de malas noticias por teléfono y presenciales (De Leo et al., 2020; De Leo et al., 2022a, 2022b; De Leo et al., 2023; Mueller et al., 2023). Sin embargo, hasta el conocimiento del autor y aun buscando detenidamente en los estudios, no fue posible encontrar evidencia que hablara sobre intervenciones en crisis remotas posteriores a notificaciones de muerte. A pesar de lo anterior, el análisis realizado mostró suficientes elementos para revelar que los resultados obtenidos en el presente trabajo son congruentes y coherentes con la literatura internacional, porque la evidencia y revisiones de literatura sobre las variables del estudio son muy pocas, lo cual puede deberse a que las intervenciones en crisis remotas posteriores a notificaciones de muerte, han sido abordadas desde una perspectiva más clínica o con recomendaciones prácticas, pero no con investigación, un área muy importante a desarrollar en futuros esfuerzos.

Para abordar la creación de las propuestas teóricas en el presente trabajo, se empleó una metodología que va más allá de la revisión de la literatura al añadir las experiencias, opiniones

y retroalimentación de tres psicólogos expertos que formaron parte de la primera línea de atención psicológica durante la pandemia por COVID-19, mismas que fueron obtenidas mediante entrevistas. Esta metodología, ha sido propuesta con anterioridad por Miltenberger (2017) y utilizada en el campo de la salud, donde caben recalcar por ejemplo, los estudios de Yoon et al. (2021) quien tuvo como objetivo desarrollar definiciones operacionales para las morbilidades asociadas al asma en niños y Liu et al. (2016) para elaborar un catálogo de cuidados prenatales de enfermería. A pesar de ello, no fue posible encontrar en la literatura revisada un artículo que haya recurrido directamente a la entrevista de los expertos para realizar un catálogo conductual para la intervención en crisis en particular. Sin embargo, esta metodología se ha visto que se ha recurrido a uso de la entrevista del personal de salud como un método de apoyo para la creación de definiciones operacionales, por lo que es congruente con la metodología planteada en el presente trabajo. El autor de este escrito, considera que fue una estrategia muy valiosa el poder entrevistar al personal de psicología involucrado en las intervenciones en crisis, ya que su experiencia clínica, promovió identificar áreas que comúnmente causaban inconvenientes (por ejemplo, qué hacer si se pierde la conexión) dentro del contexto cultural de México, lo cual ha señalado la literatura, como un elemento esencial, cuando se adaptan propuestas a una población particular (Landa-Ramírez et al., 2020).

Las propuestas realizadas en el presente trabajo, agregan algunas ventajas con respecto a los estudios que han usado definiciones operacionales previamente (Hassan et al; 2019; Kornacki et al., 2013; Stocco et al., 20217 & Yoon et al., 2021) esto es debido a que el presente trabajo promueve la validez ecológica de los comportamientos identificados integrando elementos culturales, clínicos y tecnológicos pertinentes en la cultura en turno. Diversos estudios, han señalado la importancia de generar trabajos que tengan relevancia y significancia clínica, lo cual ayudará a mejorar la percepción de los usuarios de las tecnologías empleadas (Snodgrass et al., 2018). En ese sentido, el presente catálogo, podría contribuir con las bases,

de una propuesta que puede ser cercana a las necesidades culturales en la intervención en crisis; no obstante, se necesitará generar datos empíricos provenientes de la investigación para poder realizar dichas aseveraciones.

A pesar de los esfuerzos realizados en el presente estudio, existen limitantes que deben ser consideradas, como la falta de generación de datos empíricos y análisis estadísticos, que afectan directamente a la confiabilidad del estudio, ya que sin evidencia concreta y análisis estadísticos, la validez de los resultados se ve comprometida, limitando la capacidad de respaldar las afirmaciones planteadas y generalizar los resultados tanto del catálogo conductual como de las definiciones operacionales (Cooper et al., 2014; Miltenberger, 2017), en contraste con artículos que generan evidencia (Liu et al., 2016; Tait & Geisser, 2017; Yousif et al., 2021). por lo cual, el siguiente paso a realizar sería la generación de datos empíricos para la corroboración de las definiciones operacionales y su confiabilidad.

Una segunda limitante se relaciona con el uso de entrevistas a sólo tres psicólogos expertos con formaciones académicas distintas, en comparación con estudios con una muestra mayor (Kraines et al, 2020) y pese a que se buscó crear diversidad en cuanto a las instituciones en las cuales brindaron atención remota durante la pandemia por COVID-19, la realidad demuestra que los tres psicólogos están inmersos en el área metropolitana de la Ciudad de México, esto puede limitar sus experiencias a contextos sociales con un mayor acceso a recursos y herramientas tecnológicos, lo que a su vez podría reducir la generalización de sus aportaciones a contextos rurales aún dentro del mismo país u otros contextos (Andrilla et al., 2018; Carey et al., 2021; Morales et al., 2020).

Una tercera limitante está relacionada con las diferencias existentes entre los contextos hospitalarios de México con respecto a la de otros países, ya que los aspectos de diversidad en las necesidades y recursos entre distintos países puede representar un obstáculo para la

generalización de resultados y limitar la efectividad de la intervención aquí planteada en distintas poblaciones. La variabilidad en contextos culturales y socioeconómicos implica que las estrategias exitosas en un país pueden no ser aplicables directamente en otro, esto pudo verse en distintos estudios en los cuales, a pesar de encontrarse todos en un contexto pandémico por COVID-19, y desarrollarse en ámbitos hospitalarios (Italia, China y Túnez), se vieron necesidades y se implementaron estrategias diferentes a las de México durante la pandemia por COVID-19 (Cao di San Marco et al., 2020; Cheng et al., 2020; Zgueb et al., 2020). Siendo que el contexto mexicano, no representa necesariamente la forma de trabajo de otros sistemas de salud, por lo cual, la aplicación y generalización del catálogo conductual aquí planteado a otros contextos podría no ser tan natural o idéntico. Por lo que se sugiere que si en un futuro se desea realizar una réplica, es necesaria una validación ecológica que propicie la probabilidad de que su uso sea culturalmente relevante en el contexto deseado (Chaytor et al., 2021).

Este escrito también cuenta con diversas bondades, ya que, hasta el conocimiento del autor, este es el primer esfuerzo por intentar abordar un tema tan complejo y necesario como lo es las intervenciones en crisis remotas posteriores a notificaciones de muerte siguiendo un enfoque meticuloso para la evaluación de las conductas como lo son las definiciones operacionales, lo cual puede sentar las bases necesarias, para continuar con investigación robusta, que finalmente, permita generar evidencia empírica en una tarea tan sensible como lo es la intervención en crisis ante la notificación de muerte en el sector salud. Lo anterior es muy importante, porque los datos recientes indican claramente que aún se presentan muertes por COVID-19 y durante la pandemia, se presentaron incluso tres veces más muertes de las que oficialmente se reconocieron (COVID-19 Excess Mortality Collaborators, 2022).

Una segunda ventaja es que el presente estudio cuenta con elementos culturales y clínicos que probablemente permitirán ser de gran utilidad para el desarrollo de investigación

en el contexto de las intervenciones en crisis remotas en el contexto de México, y con la evidencia necesaria, podrían extenderse a diversas situaciones que requieren intervenciones en crisis, gracias a la estructura y pasos detallados de la intervención que podrían usarse ante una variedad de causas y modalidades, favoreciendo su efectiva aplicación en distintos escenarios. Investigación previa, ha descrito la importancia de realizar adaptaciones culturales en intervenciones probadas empíricamente, lo cual permite, conservar (o incluso potenciar) sus efectos en la población que la recibe (Bernal et al., 2009).

De igual modo, la propuesta teórica cuenta con sólido marco teórico respaldado por la literatura internacional existente, especialmente los trabajos de Roberts (1991) sobre los siete pasos de la intervención en crisis y el trabajo de Kitchingman et al. (2015) para intervenciones en crisis de manera remota para el suicidio, lo que fortalece el sustento y fundamentos conceptuales de la intervención planteada en el catálogo conductual y definiciones operacionales. Aunado a lo anterior, la participación de los expertos, no solo permitió el fortalecimiento de las bases teóricas, sino que también ayudó a contextualizar la propuesta de definiciones operacionales y catálogo conductual. Esta metodología empleada con el uso de definiciones operacionales proporcionó la creación de categorías conductuales específicas, detalladas y objetivas que describen la secuencia y procesos conductuales necesarios para realizar una intervención en crisis remota posterior a una notificación de muerte, aportando así elementos que proporcionan una base sólida para investigaciones futuras para este tema que ha sido escasamente estudiado.

Considerando el objetivo planteado en el presente trabajo y los resultados derivados de la revisión de la literatura en conjunto con las opiniones y retroalimentación de los expertos, se concluye que fue factible establecer teóricamente definiciones operacionales para la intervención en crisis remota posterior a la notificación de muerte en áreas críticas y

hospitalarias. A pesar de los avances obtenidos, se sugiere replicar estos estudios y llevar a cabo evaluaciones en entornos controlados y reales, además de adaptaciones culturales, particularmente en áreas críticas y hospitalarias no sólo entre distintos países, sino dentro de las distintas regiones socioculturales de México, con el fin de valorar su validez externa y confiabilidad para asegurar la aplicabilidad de los hallazgos aquí presentados.

Referencias

- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychological Association*
<https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- American Psychological Association. (2014). Health Psychology Promotes Wellness. *American Psychological Association*. <https://www.apa.org/education-career/guide/subfields/health#:~:text=Health%20psychologists%20study%20how%20patients,emotional%20and%20physical%20well%2Dbeing>.
- Andrilla, C. H. A., Patterson, D. G., Garberson, L. A., Coulthard, C., & Larson, E. H. (2018). Geographic Variation in the Supply of Selected Behavioral Health Providers. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(6), S199–S207.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.004>
- Aparicio-Naranjo, C. F. (2006). El Análisis Funcional del Comportamiento. En *Técnicas Para el Registro de la Conducta* (4.^a ed.). Universidad de Guadalajara.
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, Historical and Political Economic Perspectives on Health and Disease. *Social Science & Medicine*, 61(4), 755–765. doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.066
- Bala, A., Sengupta, A., Matsabisa, M. G., & Chabalala, H. P. (2021). Covid-19: Pathophysiology; Mechanism of Transmission and Possible Molecular Drug Target for Management. *Current Molecular Pharmacology*, 14(4), 509–519.
<https://doi.org/10.2174/1874467213999200831104324>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural

adaptation of treatments: A Resource for Considering Culture in Evidence-based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368.

<https://doi.org/10.1037/a0016401>

Bobeviski, I., Holgate, A. M., & McLennan, J. (1997). Characteristics of Effective Telephone Counselling Skills. *British Journal of Guidance & Counselling*, 25(2), 239–249. doi:10.1080/03069889708253805.

Borges, L. da R., Pinho, L. B. de, Lacchini, A. J. B., & Schneider, J. F. (2012). Atendimento à Crise Psíquica no Pronto-Socorro: Visão de Profissionais de Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(3), 27–33. doi:10.1590/s1983-14472012000300004

Brauchle, M., & Brauchle, G. (2014). Krisenintervention auf Intensivstationen. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 109(8), 604–608. doi:10.1007/s00063-014-0419-3

Brauchle, M., & Wildbahner, T. (2020). Zielgruppengerechte Krisenintervention — Angehörige Und Team. *ProCare*, 25(6-7), 18–23. doi:10.1007/s00735-020-1223-3

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>

Caplan, G. (1989). Recent Developments in Crisis Intervention and the Promotion of Support Service. *The Journal of Primary Prevention*, 10(1), 3–25. doi:10.1007/bf01324646

- Carey, N. I., Hansroth, J., Davis, H., Dilcher, B. Z., & Findley, S. W. (2021). Comparing Resident Procedures in Rural Versus Urban Emergency Departments. *Cureus*, 13(11), e19989. <https://doi.org/10.7759/cureus.19989>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-Based vs. Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric and Somatic Disorders: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Cepeda-Islas, M. A. (2014) La Observación en Psicología. En J. A. Ávila-Valdivieso (Ed.), *El Proceso de Investigación: Medición y observación: Vol. II (2.a ed.)* (p. 12).
- Chaytor, N. S., Barbosa-Leiker, C., Germine, L. T., Fonseca, L. M., McPherson, S. M., & Tuttle, K. R. (2021). Construct Validity, Ecological Validity and Acceptance of Self-Administered Online Neuropsychological Assessment in Adults. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(1), 148–164. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1811893>
- 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>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2014). *Applied Behavior Analysis*. Pearson.
- COVID-19 Excess Mortality Collaborators (2022). Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. *Lancet* (London, England), 399(10334), 1513–1536. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3)

- Czamlar M. (2017). Crisis Interventions In Acute Emergency Situations. *Psychiatria Danubina*, 29(4), 529–533. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.529>
- da Silva, J. A., Siegmund, G., & Bredemeier, J. (2015). Crisis Interventions in Online Psychological Counseling. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(4), 171–182. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0026>
- De Leo, D., Congregalli, B., Guarino, A., Zammarrelli, J., Valle, A., Paoloni, S., & Cipolletta, S. (2022). Communicating Unexpected and Violent Death: The Experiences of Police Officers and Health Care Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 11030. <https://doi.org/10.3390/ijerph191711030>
- De Leo, D., Guarino, A., Congregalli, B., Zammarrelli, J., Valle, A., Paoloni, S., & Cipolletta, S. (2022). Receiving Notification of Unexpected and Violent Death: A Qualitative Study of Italian Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10709. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710709>
- De Leo, D., Zammarrelli, J., Marinato, G., Capelli, M., & Viecegli Giannotti, A. (2023). Best Practices for Notification of Unexpected, Violent, and Traumatic Death: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13), 6222. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136222>
- De Leo, D., Zammarrelli, J., Viecegli Giannotti, A., Donna, S., Bertini, S., Santini, A., & Anile, C. (2020). Notification of Unexpected, Violent and Traumatic Death: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 2229. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02229>
- De Leo, D., Zammarrelli, J., Viecegli Giannotti, A., Donna, S., Bertini, S., Santini, A., & Anile, C. (2020). Notification of Unexpected, Violent and Traumatic Death: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 2229. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02229>

- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., Huang, E., & Zuo, Q. K. (2021). The Prevalence of Depression, Anxiety, and Sleep Disturbances in COVID-19 Patients: A Meta-Analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1486(1), 90–111. <https://doi.org/10.1111/nyas.14506>
- Domínguez-Vieyra, N., Murillo-Cruz, J., Hernández-de la Rosa, C., Hernández-Mejía, A., Díaz-Vásquez, L., Hernández-Núñez, M., Santana García, I., López-Gómez, A., Landa-Ramírez, E. (2023). Notificación de Muerte en Emergencias Médicas en México: Observaciones Clínicas. *Revista de Educación e Investigación en Emergencias*.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), 129–136. <http://www.jstor.org/stable/1743658>
- Esfandiari, N., Mazaheri, M. A., Akbari-Zardkhaneh, S., Sadeghi-Firoozabadi, V., & Cheraghi, M. (2021). Internet-Delivered Versus Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 12, 153. https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_208_21
- Feinstein R. (2021). Crisis Intervention Psychotherapy in the Age of COVID-19. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(3), 152–163. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000542>
- Fendrich, M., Ives, M., Kurz, B., Becker, J., Vanderploeg, J., Bory, C., Lin, H. J., & Plant, R. (2019). Impact of Mobile Crisis Services on Emergency Department Use Among Youths With Behavioral Health Service Needs. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 70(10), 881–887. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800450>
- Fernández-Márquez, L. A. (2010). *Modelo de Intervención en Crisis: en Busca de la Resiliencia Personal*. Grupo Luria.

- Hassan, M., Thomson, K. M., Khan, M., Burnham Riosa, P., & Weiss, J. A. (2017). Behavioral Skills Training for Graduate Students Providing Cognitive Behavior Therapy to Children with Autism Spectrum Disorder. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 17(2), 155–165. <https://doi.org/10.1037/bar0000078>
- Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Svärdman, F., Riper, H., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based Cognitive Behaviour Therapy Yields Similar Effects as Face-to-face Therapy for Psychiatric and Somatic Disorders: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(2), 305–314. <https://doi.org/10.1002/wps.21088>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). *Definición Conceptual o Constitutiva*. En Metodología de la Investigación (6ª ed., pp. 119-125). México: McGraw-Hill
- Higgins, J., & Green, S. (Eds.). (2010). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. Cochrane Training. <https://training.cochrane.org/es/manual-cochrane-de-revisiones-sistem%C3%A1ticas-de-intervenciones>
- Hill, C.E. (1985). *Manual for Counsellor Verbal Response Modes Category System* (rev. ed.). College Park, MD: University of Maryland.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Características de las Defunciones Registradas en México Durante 2020, Preliminar. *INEGI*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf

- 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>
- Kornacki, L. T., Ringdahl, J. E., Sjostrom, A., & Nuernberger, J. E. (2013). A Component Analysis of a Behavioral Skills Training Package Used to Teach Conversation Skills to Young Adults with Autism Spectrum and Other Developmental Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(11), 1370–1376. doi:10.1016/j.rasd.2013.07.012
- Kraines, M. A., Uebelacker, L. A., Gaudiano, B. A., Jones, R. N., Beard, C., Loucks, E. B., & Brewer, J. A. (2020). An adapted Delphi approach: The Use of an Expert Panel to Operationally Define Non-Judgment of Internal Experiences as it Relates to Mindfulness. *Complementary Therapies in Medicine*, 51, 102444. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102444>
- Landa-Ramírez, E., Domínguez-Vieyra, N. A., Hernández-Nuñez, M. E., Díaz-Vásquez, L. P., & Santana-García, I. A. (2020). 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>
- Landa-Ramírez, E., Sánchez-Cervantes, C. T. ., Sánchez-Román, S. ., Urdapilleta-Herrera, E. del C. ., Basulto-Montero, J. L. ., & Ledesma-Torres, L. . (2021). Clinical Psychology during COVID-19: Experiences from Six Frontline Hospitals in Mexico. *Revista De Psicoterapia*, 32(120), 143–155. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.588>
- Laurenzi, C. A., du Toit, S., Ameyan, W., Melendez-Torres, G. J., Kara, T., Brand, A., Chideya, Y., Abrahams, N., Bradshaw, M., Page, D. T., Ford, N., Sam-Agudu, N. A., Mark, D.,

- Vitoria, M., Penazzato, M., Willis, N., Armstrong, A., & Skeen, S. (2021). Psychosocial Interventions for Improving Engagement in Care and Health and Behavioural Outcomes for Adolescents and Young People Living with HIV: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 24(8), e25741. <https://doi.org/10.1002/jia2.25741>
- Liu, L., Coenen, A., Tao, H., Jansen, K. R., & Jiang, A. L. (2016). Developing a prenatal nursing care International Classification for Nursing Practice catalogue. *International Nursing Review*, 64(3), 371–378. doi:10.1111/inr.12325
- Maragakis, A., Drossel, C., & Waltz, T. J. (Eds.). (2021). *Applications of Behavior Analysis in Healthcare and Beyond*. Springer
- Matarazzo J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807–817. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.35.9.807>
- McLennan, J., Culkin, K. & Courtney, P.(1994). Telephone Counsellors' Conceptualising Abilities and Counselling Skills. *British Journal of Guidance and Counselling*, 22, 183-195.-030-57969-2
- Miltenberger, R. (2017). *Modificación de Conducta: Principios y Procedimientos*. Ediciones Pirámide.
- Morales, D. A., Barksdale, C. L., & Beckel-Mitchener, A. C. (2020). A Call to Action to Address Rural Mental Health Disparities. *Journal of Clinical and Translational Science*, 4(5), 463–467. <https://doi.org/10.1017/cts.2020.42>

- Mueller, J., Beck, K., Loretz, N., Becker, C., Gross, S., Blatter, R., Urben, T., Amacher, S. A., Schaefert, R., & Hunziker, S. (2023). The Disclosure of Bad News Over the Phone vs. in Person and its Association with Psychological Distress: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 38(16), 3589–3603. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08323-z>
- Nizum, N., Yoon, R., Ferreira-Legere, L., Poole, N., & Lulat, Z. (2020). Nursing Interventions for Adults Following a Mental Health Crisis: A Systematic Review Guided by Trauma-informed Principles. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 348–363. <https://doi.org/10.1111/inm.12691>
- Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731–757. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Nuevo Compromiso Mundial con la Atención Primaria de la Salud para Todos en la Conferencia de Astaná*. <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2018-new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Información Básica sobre la COVID-19*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Nuevo Compromiso Mundial con la Atención Primaria de la Salud en la Conferencia de Astaná*.

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14753:
new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-
conference&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14753:new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)

Paul, C. L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R. W., Douglas, H., & Webb, G. (2009). Are We There Yet? The State of The Evidence Base for Guidelines on Breaking Bad News to Cancer Patients. *European Journal of Cancer*, 45(17), 2960–2966. [doi:10.1016/j.ejca.2009.08.013](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.08.013)

Rabin, P. L., & Hussain, G. (1983). Crisis Intervention in an Emergency Setting. *Annals of Emergency Medicine*, 12(5), 300–302. [doi:10.1016/s0196-0644\(83\)80513-7](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(83)80513-7)
[10.1016/s0196-0644\(83\)80](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(83)80)

Riecher-Rössler, A., & Kunz, C. (2004). Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention: Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete. *Hogrefe*.

Roberts, A. R. (1991). Conceptualizing crisis theory and the crisis intervention model. En A. R. Roberts (Ed.), *Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention* (pp. 3–17). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Roe, E. (2012). Practical Strategies for Death Notification in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 38(2), 130–134. [doi:10.1016/j.jen.2010.10.005](https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.005)

Ruano, A., García-Torres, F., Gálvez-Lara, M., & Moriana, J. A. (2022). Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), e505–e520. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021>

Secretaría de Salud (2010), Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011. *Dirección General de Evaluación del Desempeño*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58337/ODH_2011.pdf

Shatri, H., Prabu, O. G., Tetraswi, E. N., Faisal, E., Putranto, R., & Ismail, R. I. (2021). The Role of Online Psychotherapy in COVID-19: An Evidence Based Clinical Review. *Acta Medica Indonesiana*, 53(3), 352–359.

Snodgrass, M. R., Chung, M. Y., Meadan, H., & Halle, J. W. (2018). Social validity in single-case research: A systematic literature review of prevalence and application. *Research in developmental disabilities*, 74, 160–173. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.01.007>

Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Stewart, A. E. (1999). Complicated Bereavement and Posttraumatic Stress Disorder Following Fatal Car Crashes: Recommendations for Death Notification Practice. *Death Studies*, 23(4), 289–321. doi:10.1080/074811899200984

Stocco, C. S., Thompson, R. H., Hart, J. M., & Soriano, H. L. (2017). Improving the Interview Skills of College Students Using Behavioral Skills Training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 50(3), 495–510. doi:10.1002/jaba.385

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health Outcomes of Bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. doi:10.1016/s0140-6736(07)61816-9

Stroebe, M., Stroebe, W., & Abakoumkin, G. (2005). The Broken Heart: Suicidal Ideation in Bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2178–2180. doi:10.1176/appi.ajp.162.11.2178

- Tait, A. R., & Geisser, M. E. (2017). Development Of a Consensus Operational Definition of Child Assent for Research. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0199-4>
- Tracey, T. J., & Ray, P. B. (1984). Stages of Successful Time-limited Counseling: An Interactional Examination. *Journal of Counseling Psychology*, 31(1), 13–27. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.31.1.13>
- Valli, G., Galati, E., De Marco, F., Bucci, C., Fratini, P., Cennamo, E., Ancona, C., Volpe, N., & Ruggieri, M. P. (2021). In-hospital Mortality in the Emergency Department: Clinical and Etiological Differences Between Early and Late Deaths among Patients Awaiting Admission. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 8(4), 325–332. <https://doi.org/10.15441/ceem.21.0203>. doi:10.1016/s0965-2302(96)90009-0
- van der Feltz-Cornelis, C., Allen, S. F., Holt, R. I. G., Roberts, R., Nouwen, A., & Sartorius, N. (2021). Treatment for Comorbid Depressive Disorder or Subthreshold Depression in Diabetes Mellitus: Systematic Review and Meta-analysis. *Brain and Behavior*, 11(2), e01981. <https://doi.org/10.1002/brb3.1981>
- Von Bloch, L. (1996). Breaking the Bad News When Sudden Death Occurs. *Social Work in Health Care*, 23(4), 91–97. doi:10.1300/j010v23n04_07
- Wahass, S. H. (2005). The Role of Psychologists in Health Care Delivery. *Journal of Family & Community Medicine*, 12(2), 63.
- Wales, E. (1972). Crisis Intervention in Clinical Training. *Professional Psychology*, 3(4), 357–361. doi:10.1037/h0034001

- Wang, W., Chen, D., Yang, Y., Liu, X., & Miao, D. (2010). A Study of Psychological Crisis Intervention with Family Members of Patients who Died After Emergency Admission to Hospital. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 38(4), 469–478. doi:10.2224/sbp.2010.38.4.469
- Wheeler, I. (1994). The Role of Meaning and Purpose in Life in Bereaved Parents Associated with a Self-Help Group: Compassionate Friends. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 28(4), 261–270. doi:10.2190/t531-78gf-8nq3-7e7e
- Yeager, K. R., & Roberts, A. R. (Eds.). (2015). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (4a ed.). Oxford University Press.
- Yoon, J., Billings, H., Wi, C. I., Hall, E., Sohn, S., Kwon, J. H., Ryu, E., Shrestha, P., Liu, H., & Juhn, Y. J. (2021). Establishing an Expert Consensus for the Operational Definitions of Asthma-Associated Infectious and Inflammatory Multimorbidities for Computational Algorithms Through a Modified Delphi Technique. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01663-y>
- Yousif, A., Forget, A., Beauchesne, M. F., Lemièrre, C., Dugré, N., Fénélon-Dimanche, R., & Blais, L. (2021). Development of an Operational Definition of Treatment Escalation in Adults with Asthma Adapted to Healthcare Administrative Databases: A Delphi Study. *Respiratory Medicine*, 185, 106510. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106510>
- Zepeda-Domínguez, C. (2021). *Implementación de un Programa de Entrenamiento para Psicólogos en Intervención en Crisis en Contexto COVID-19*. [Tesis de maestría] Universidad Nacional Autónoma de México.

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>

Anexos.

Anexo 1. Estrategia de búsqueda MEDLINE (vía PubMed).

MEDLINE (vía PubMed) <1806 to December Week 1 2023>

1. Crisis Intervention[Mesh] 6277
2. Crisis intervention[Text Word] 7134
3. Emergency services[Text Word] 7377
4. Psychiatric crisis intervention[Text Word] 25
5. Telemedicine[Mesh] 46046
6. Telepsychology[Text Word] 169
7. Remote crisis intervention[Text Word] 39
8. Remote training[Text Word] 197
9. Online training[Text Word] 1441
10. Behavioral training[Text Word] 758
11. Behavioral Skills Training[Text Word]277
12. Skills training[Text Word] 8763
13. (((("Crisis Intervention"[Mesh]) OR (crisis intervention[Text Word])) OR (emergency services[Text Word])) OR (emergency services[Text Word])) OR (psychiatric crisis intervention[Text Word])) AND (((((((("Telemedicine"[Mesh]) OR (telepsychology[Text Word])) OR (Remote crisis intervention[Text Word])) OR (Remote training[Text Word])) OR (Online training[Text Word])) OR (Behavioral training[Text Word])) OR (Behavioral Skills Training[Text Word])) OR (Skills training[Text Word])) OR (Skills training[Text Word])) 195

Anexo 2. Estrategia de búsqueda PsycINFO (vía OVID).

APA PsycInfo <1806 to December Week 1 2023>

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------|
| 1 | exp crisis intervention/ | 11029 |
| 2 | crisis intervention.mp. | 9221 |
| 3 | emergency services.mp. | 11883 |
| 4 | emergency services.mp. | 11883 |
| 5 | psychiatric crisis intervention.mp. | 44 |
| 6 | exp telepsychology/ | 294 |
| 7 | telepsychology.mp. | 380 |
| 8 | Remote crisis intervention.mp. | 1 |
| 9 | Remote training.mp. | 61 |

10	Online training.mp.	854
11	Behavioral training.mp.	901
12	Behavioral Skills Training.mp.	662
13	Skills training.mp.	15291
14	1 or 2 or 3 or 4 or 5	26382
15	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	17368
16	14 and 15	143

Anexo 3. Guion de Entrevista sobre Intervención en Crisis de Manera Remota

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Entrevista sobre Intervención en Crisis de Manera Remota.

Guion:

¡Buen día (o la hora correspondiente), (Nombre del Entrevistado)! Quiero agradecerle por tomar el tiempo de participar en esta entrevista. El propósito de esta conversación es obtener una comprensión más profunda y valiosa de la intervención en crisis en modalidad remota, y sus experiencias y conocimientos son esenciales para nuestro proyecto con el fin de desarrollar definiciones operacionales en este ámbito.

Durante la entrevista, le haré una serie de preguntas para explorar sus experiencias y enfoques en la intervención en crisis en línea. Estas preguntas cubrirán varios aspectos, desde las ventajas y desafíos de la modalidad remota hasta las consideraciones éticas y las herramientas tecnológicas que encuentra más efectivas, cabe recalcar que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Su participación en esta entrevista es extremadamente valiosa y contribuirá significativamente a nuestro proyecto. Nuestro objetivo es mejorar la comprensión de la intervención en crisis en línea y brindar información útil a otros profesionales y estudiantes en el campo.

Además, para los fines del proyecto, nos gustaría informarle que grabaremos la videollamada, siempre y cuando esté de acuerdo con ello. La grabación nos permitirá revisar y analizar sus respuestas con mayor detalle y precisión, garantizando la calidad y precisión de las definiciones operacionales.

Nuevamente, agradezco su disposición para compartir sus conocimientos y experiencias.
¿Está listo para comenzar?

Perfecto, comienzo a grabar.

Preguntas:

Entrenamiento y experiencias previas:

1. ¿Qué entrenamiento [Formal o no formal] previo ha tenido en intervención en crisis?
2. ¿Cuál es su experiencia en intervención en crisis en modalidad remota?
3. ¿Cuál es su procedimiento para recibir un caso de crisis de manera remota?
4. Típicamente ¿cómo llevas a cabo la evaluación e intervención en crisis por vía remota?
5. ¿Cuáles son las limitaciones o desafíos más comunes al brindar intervención en crisis en línea?
6. ¿Qué ventajas ve en la intervención en crisis en línea en comparación con la presencial?

Seguridad del paciente y familiar:

7. ¿Cómo llama la atención de la persona en caso de una reacción emocional exacerbada para realizar la intervención?
8. ¿Cómo garantiza la seguridad y el bienestar del consultante durante la intervención en línea?
9. ¿Cómo maneja situaciones de crisis que involucran a múltiples personas o familias en línea?
10. ¿Cómo aborda la evaluación de riesgo de suicidio o daño personal en línea?

Recursos tecnológicos:

11. ¿Cómo contactas a la persona en crisis si la tecnología falla?
12. ¿Cuáles son las consideraciones al trabajar con personas con limitaciones tecnológicas o de acceso a Internet?

Complementos de la intervención:

13. ¿Cómo cuida la confidencialidad y privacidad en la intervención en crisis en línea?
14. ¿Cómo adapta sus enfoques y técnicas para diversas situaciones de crisis en línea?
15. ¿Cuándo decide que es necesario contactar con servicios de emergencia?

16. ¿Cómo involucra la red de apoyo del consultante en la intervención en línea?

Autocuidado:

17. ¿Cómo mantiene un equilibrio entre su bienestar personal y el trabajo en intervención en crisis en línea?