



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA MHGAP EN EL
PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A DISTANCIA

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ERIKA JACQUELINE DURÁN PÉREZ

DIRECTOR(A): MTRO. DAVID AMAYA MORA

REVISOR(A): MTRA. ALEJANDRA LÓPEZ MONTOYA

SINODALES:

DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

MTRA. DANIELA ROLDÁN GARCÍA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO, 2023.



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.

A manera de agradecimiento

Agradezco, infinitamente, al Maestro David Amaya Mora por ser mi director de este proyecto tan importante para mí, por el incondicional apoyo que me ha dado desde la formación del servicio social, por su paciencia, su tiempo y su experiencia, ha sido un pilar en este proceso. A la Maestra Alejandra López Montoya, quién me ofreció su tiempo, su experiencia y paciencia, por sus recomendaciones para lograr sacar este proyecto, todo comentario tenía valiosas observaciones.

A mis sinodales, Dra. Angélica Juárez Loya, Dr. José Alfredo Contreras Valdez y Mtra. Daniela Roldán García, quiénes a pesar de no conocernos en persona, me aceptaron y me dieron todo su apoyo, un impulso y un respaldo único. Les agradezco infinitamente su apoyo en este proceso y mi más grande reconocimiento a cada uno porque son una fuente de inspiración a crecer profesionalmente.

A manera de dedicatoria

Agradezco principalmente con cariño y amor a mis padres Ricardo Duran Ortiz y Doris Pérez chico por su sacrificio y esfuerzo, por darme todo el apoyo y por creer en mi capacidad, son mi fuente de admiración e inspiración para seguir creciendo todos los días. Muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye la conclusión de este proyecto. A mis hermanos Mónica, Ricardo, Liliana que son sin duda un ejemplo a seguir además de acompañarme en mis momentos de logros y también en algunos difíciles siempre han estado como mi gran apoyo aportando cada uno en mi vida. También agradezco a mis amigas por siempre estar apoyándome en cada una de mis metas y sueños. A todos ustedes me queda decirles que los Amo.

Con cariño y esfuerzo para ustedes.

Por nuestra raza hablará nuestro espíritu.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
1. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	3
2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A DISTANCIA UNAM	4
3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL	5
3.1 Antecedentes del Programa	5
3.2 Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP)	5
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC)	6
4.1 Norma ISO 9001	7
4.2 Objetivos de Calidad Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP)	8
5. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL	10
6. OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL	24
7. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO	24
7.1 Orientación Cognitivo Conductual	24
7.2 Prácticas basadas en la evidencia (PBE)	25
7.3 Prácticas de la Salud basadas en evidencia	27

7.4 Técnica de Intervención Breve	28
7.5 Las FRAMES componentes indispensables de una Intervención Breve	29
7.6 Proceso de cambio y entrevista motivacional	31
7.7 Intervención Breve en la atención primaria	35
7.8 Programa de acción para superar las brechas en salud mental mediante la implementación de la guía mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el primer nivel de atención no especializada	36
7.9 Elementos esenciales de la práctica clínica de salud mental	39
8. EVIDENCIA DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN MH-GAP PARA LOS TRASTORNOS MENTALES, NEUROLÓGICOS Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN NO ESPECIALIZADA	41
8.1 Resultados del servicio social	42
8.2 Recomendaciones y sugerencias	46
8.3 Propuesta	46
8.4 E- Learning para profesionales de la salud	48
8.5 Elementos de un sistema de Learning	50
8.6 Características básicas del E- Learning	51
9. REFERENCIAS	62
10. ANEXOS	67

1. RESUMEN

La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social. Sin embargo, se ha identificado una brecha de atención ya que hay una gran desigualdad económica, política y social, es decir, las personas con afecciones mentales, neurológicas y por consumo de sustancias (MNS) no reciben el tratamiento que requieren a pesar de contar con un tratamiento efectivo, el número de profesionales de la salud es reducido y el estigma y discriminación promueven la brecha. Derivado de lo anterior se desarrolló el Programa de Acción para Reducir la Brecha en Salud Mental mediante la Guía mhGAP 2.0 cuyo objetivo es reducir la brecha desde el primer nivel de atención en salud no especializada. Por ello el presente informe de servicio social tiene como propuesta generar la implementación del uso de la guía mhGAP, por medio de un curso a distancia que aborde la evaluación, la psicoeducación y el uso de las intervenciones psicosociales en la atención de la depresión. El curso a distancia por medio de una plataforma E-learning permitirá el acceso a la información por medio de material didáctico de los trastornos mentales que se presentan con mayor frecuencia en el programa, lo cual ayudará a desarrollar, fomentar e identificar diagnósticos a los profesionales de la salud para llevar a cabo intervenciones basadas en evidencia de manera profesional. En el informe también se exploran los objetivos del Programa de Atención Psicológica a Distancia (PAPD) UNAM, se explican los servicios que se brindan, actividades y el proceso para realizar una intervención por medio de la atención telefónica. A través del servicio social se desarrollaron habilidades de intervención que permitieron estructurar y brindar atención a las personas que se comunicaron. Se atendieron un total de 169 personas 95 mujeres (56%) y 74 hombres (44%), se brindaron 138 consejos breves, 24 referencias a terapeuta invitado y 4 referencias a otra institución. Los motivos de llamadas más frecuentes fueron relacionados con ansiedad y depresión por la COVID- 19.

Palabras clave: curso a distancia, guía mhGAP, E- learning, intervención breve.

ABSTRACT

Health is the state of complete physical, mental and social well-being. However, a care gap has been identified as there is great economic, political and social inequality, that is, people with mental, neurological and substance use (MNS) conditions do not receive the treatment they require despite having with effective treatment, the number of health professionals is reduced and stigma and discrimination promote the gap. Derived from the above, the Action Program to Reduce the Gap in Mental Health will be implemented through the mhGAP 2.0 Guide, whose objective is to reduce the gap from the first level of non-specialized health care. For this reason, the present social service report has as a proposal to generate the implementation of the use of the mhGAP guide, through a distance course that addresses the evaluation, psychoeducation and the use of psychosocial interventions in the care of depression. The distance course through an E-learning platform will allow access to information through didactic material on mental disorders that is most frequently presented in the program, which will help professionals develop, promote, and identify diagnoses of health to carry out an evidence-based attack in a professional manner. The report also explores the objectives of the Distance Psychological Care Program (PAPD) UNAM, explains the services provided, activities, and the process to carry out an intervention through telephone assistance. Through social service, intervention skills were developed that allowed structuring and providing care to the people who communicate. A total of 169 people were attended, 95 women (56%) and 74 men (44%), 138 brief advices were provided, 24 referrals to guest therapists and 4 referrals to another institution. The most frequent reasons for calls were related to anxiety and depression due to COVID-19.

Keywords: distance course, mhGAP guide, E-learning, brief intervention.

1. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El Programa de Atención Psicológica a Distancia, UNAM (PAPD) de la Facultad de Psicología de la UNAM es un espacio de formación en la práctica que tiene la finalidad de entrenar a los estudiantes de pregrado y prestadores de servicio social para brindar atención vía remota a las personas que se comuniquen al programa. La formación en la práctica se logra a través de un entrenamiento que permite el desarrollo de competencias (conocimiento, actitudes y habilidades) para poder brindar atención a un primer contacto psicológico de forma remota. La supervisión sobre los casos atendidos juega un papel fundamental en la adquisición de estas competencias, así como la revisión de diversos recursos digitales (libros, videos, audios).

En el PAPD se hace énfasis en la evaluación de las personas que solicitan la atención con el objetivo de identificar riesgos que pudiera tener en la salud física y mental, para lograrlo se utilizan los indicadores de la guía mhGAP (OMS, 2011) la cual tiene como finalidad; identificar los trastornos prioritarios de salud mental (depresión, ansiedad, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y adolescente, demencia, trastornos por el consumo de sustancias y autolesiones y suicidio) para que posteriormente los profesionales de la salud brinden intervenciones psicosociales basadas en evidencia que ayuden a disminuir los síntomas que presentan las personas. Los estudiantes de pregrado y prestadores de servicio social se apegan a estas intervenciones bajo la supervisión continua de los encargados del programa quienes brindan retroalimentación de los casos presentados; esto en apego al código ético del psicólogo que indica que es necesario contar con un nivel académico de posgrado (título y cédula) para brindar acompañamiento psicológico sin supervisión.

Características del PAPD

La población que se atiende en el PAPD son hombres y mujeres mayores de 16 años. El servicio está disponible en un horario de lunes a viernes de 9:00 am a las 18:00 pm para terminar a las 19:00 pm. Los profesionales de la salud que realizan servicio social deben cubrir 20 horas durante 6 meses para completar un total de 480.

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A DISTANCIA UNAM

El objetivo principal del PAPD es desarrollar en los estudiantes las competencias profesionales que les permitan evaluar de forma sistemática la salud mental de las personas que solicitan atención y con base en esta determinar el tipo de intervención a brindar de acuerdo con el nivel de riesgo en su salud física o mental.

Objetivos específicos:

- Desarrollar las competencias para la atención del primer contacto psicológico
- Desarrollar las competencias para la integración de expedientes mediante la elaboración de notas clínicas, revisión y actualización de la información.
- Desarrollar las competencias para la aplicación de procedimientos clínicos a las personas que solicitan atención con base en la integración de principios básicos del comportamiento.
- Desarrollar las competencias éticas de puntualidad, respeto a las personas atendidas y a los compañeros de trabajo, y la disposición y capacidad de recibir retroalimentación.
- Desarrollar competencias de entrevista motivacional que permitan identificar niveles, etapas y procesos de cambio en las personas atendidas.
- Desarrollar las competencias para la identificación, evaluación y manejo de los trastornos prioritarios de salud mental.

3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

3.1 Antecedentes del Programa

El Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM surgió después de atender vía telefónica la solicitud de información durante la epidemia AH1N1, que se presentó en nuestro país en el año 2009. Al principio el servicio estuvo enfocado a toda la comunidad UNAM, pero ante la gran demanda se abrió el servicio a la población en general con la finalidad de apoyar mediante consultas breves a personas que pasaban por distintas problemáticas. Al establecerse la línea telefónica por el Mtro. Jorge Álvarez Martínez se comenzó a dar atención a otras problemáticas de salud mental del tipo emocional, sexuales o conductas adictivas, depresión, ansiedad, problemas familiares y Bullying (Martínez, 2016) y no sólo Primeros Auxilios Psicológicos (PAP).

El programa ha tenido diferentes responsables, actualmente el PAPD forma parte de la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP) de la Facultad de Psicología de la UNAM, donde se ha orientado al programa hacia la atención a la población mexicana que solicita atención psicológica vía remota. Además, el programa también cumple con las necesidades expuestas por las diferentes áreas dentro de la facultad de realizar prácticas y servicio social en escenarios reales como eje sustantivo de la formación profesional. La inmersión en este escenario de prácticas de formación en la práctica facilita el desarrollo de competencias requeridas (Prácticas Integrales supervisadas, s.f.).

3.2 Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP)

Es una entidad académica integrante de la estructura orgánica de la Facultad de Psicología de la UNAM que permite a sus estudiantes la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales en un escenario real a través de la formación supervisada. Uno de los principales servicios que se brinda a través de sus diferentes centros y programas es la promoción de la salud física y mental, así como la detección

temprana de los trastornos prioritarios en salud mental y su tratamiento en el primer nivel de atención. Al respecto la OMS (2011) recomendó la aplicación de intervenciones breves para prevenir problemas de salud y reducir el daño ocasionado por el mismo.

Por esta razón la Facultad de Psicología a través de la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos se ha esforzado en vincular lo académico y la práctica profesional, promoviendo los programas de prácticas supervisadas en sus centros de formación para lograr la inmersión de los estudiantes en diferentes escenarios del quehacer profesional, siempre apoyados por el sustento teórico adquirido en el aula y por los supervisores de los diferentes escenarios (CCFSP, 2018). Los Centros y programas como es el caso del PAPD, están bajo el sistema de gestión de calidad cumpliendo con las mismas normas en sus procedimientos para cumplir con las expectativas de los estudiantes.

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC)

Los Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP) y el PAPD al estar homologados con los otros programas cuenta con las mismas características en sus procedimientos, así como en la estructura y los objetivos. Cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), que consiste en una forma de trabajo con una organización para asegurar la satisfacción de las necesidades de sus clientes principalmente los estudiantes profesionales de la salud. El SGC promueve la planificación, mantenimiento y mejora continua del desempeño de sus procesos, bajo un esquema de eficiencia que permita lograr ventajas competitivas (Yañez, 2008).

Dentro de los beneficios de un SGC se encuentran:

- La mejora continua de calidad de productos y servicios que ofrece.
- Brindar atención amable y oportuna a las personas.
- La transparencia en el desarrollo de procesos.
- Asegurar el cumplimiento de los objetivos, en apego a las leyes y normas vigentes.

- Reconocimiento de la importancia de sus procesos e interacciones.
- Integración del trabajo, en armonía y enfocado a procesos.
- Adquisición de insumos acorde con las necesidades.
- Delimitar las funciones del personal.
- Mejorar niveles de satisfacción y opinión del cliente.
- Aumento de la productividad y eficiencia.
- Reducción de costos.
- Mejor comunicación y satisfacción en el trabajo.

4.1 Norma ISO 9001

El SGC del PAPD basado en la norma ISO 9001-2015, de la Organización Internacional de Estandarización (*International Organization for Standardization*), que inició operaciones en 1947 en Ginebra Suiza. En la actualidad la ISO se ha adoptado por 165 países y cuenta con más de 3,368 organismos técnicos, mismos que brindan el soporte en lo referente a normas (INACAL 2019). Dichas normas son reconocidas a nivel mundial y aceptadas por organismos públicos y privados.

La calidad basada en ISO tiene la finalidad de medir y controlar las actividades que se realizan en una organización, para validar que el resultado obtenido es el solicitado por el cliente con base a la información que recibe la organización de tal forma que la empresa puede comprobar que los servicios que ofrece cumplen con los requerimientos del cliente (Ayala, 2020). Es una norma internacional que se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus servicios y productos.

Principios de ISO 9001

Existen ocho principios de gestión de calidad que pueden ser utilizados con el fin de conducir la organización hacia una mejora en el desempeño. (Yañez, 2008)

1. **Enfoque al cliente:** las organizaciones deben comprender y satisfacer las necesidades actuales y futuras de los clientes para esforzarse en exceder las expectativas de los requisitos de los clientes.
2. **Liderazgo:** establecen un propósito y orientación en la organización del ambiente interno.
3. **Participación del personal:** es lo esencial de la organización y el compromiso que posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
4. **Enfoque basado en procesos:** es un resultado deseado que se alcanza cuando las actividades y recursos se gestionan como proceso.
5. **Enfoque de sistema para la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye en la eficacia y eficiencia de la organización.
6. **Mejora continua:** es el desempeño global de la organización es el objetivo permanente de este.
7. **Enfoque basado en hechos para la toma decisión:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y de la información.
8. **Relaciones mutuamente beneficiosas al proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

4.2 Objetivos de Calidad Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP)

- **Derivar y Promover**

El apego a las intervenciones psicoeducativas y psicosociales basadas en la evidencia empírica que permitan detener la progresión hacia trastornos y padecimientos de mayor gravedad.

- **Apoyo a la Comunidad**

Apoyar a la comunidad universitaria y abierta para identificar y aceptar los riesgos posibles padecimientos psicológicos a resolver.

- **Ofertar Capacitación**

Estar disponible para los estudiantes para la detección oportuna, la psicoeducación, la consejería e intervención breve de los riesgos a padecer trastornos mentales, por consumo de sustancias y neurológicos en la comunidad que asiste a los Centros Psicológicos de la UNAM.

Implementar el SGC con los requisitos ISO 9001

Para poder implementar un SGA es importante que se puedan cubrir los siguientes requisitos:

- 1) conocer la norma ISO 9000 E ISO 9001 para implementar su empresa;
- 2) comparar el sistema de gestión de calidad actual con los requerimientos de la norma ISO 9001 de tal forma que se planificará un perfil de su plan y un programa de implementación;
- 3) crear la documentación que implica desarrollar un manual de calidad y un manual de procedimientos;
- 4) todos los empleados deben ser capacitados para trabajar y cumplir con la norma ISO 9001 según los requerimientos del sistema implementado;
- 5) hacer auditorías internas comparando su SGC con los requerimientos de la norma ISO 9001 y los requerimientos del sistema implantado;
- 6) realizar Auditorías externas en las que se realiza un registro de lo revisado en el sistema.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

Actividades generales

Al inicio del servicio social se realizó una inducción en el PAPD haciendo énfasis en los tipos de servicios que se brindan: primer contacto, consejo breve, intervención breve, llenado de expedientes, uso del conmutador y el uso de recursos tecnológicos. Posteriormente se elaboraron resúmenes de los artículos científicos para conocer los fundamentos del enfoque cognitivo conductual y las intervenciones breves que permiten modificar los excesos conductuales de las personas.

1. Capacitación

Después de la inducción del programa y de la lectura de los artículos científicos, comenzaron las capacitaciones de 4 horas diarias durante 3 semanas, en la primera semana se expuso el primer contacto, consejo breve, intervenciones breves y el llenado de expedientes, posteriormente se realizó una simulación de caso. En la segunda semana se observaron algunos materiales audiovisuales para conocer y aprender el manejo del expediente en Excel, el uso de la plataforma de terapeuta invitado con el cual se registraron a las personas. Por último, en la tercera semana se escucharon audios de personas que llaman al programa y reciben una intervención para después hacer observaciones de lo realizado en la llamada: 1) brindar informes, 2) indagar el motivo de llamada, 3) aplicación del cuestionario de detección de riesgo, 4) brindar retroalimentación sobre el cuestionario, 5) brindar un consejo breve, 6) programar una próxima cita o brindar referencia a otra institución.

2. Atención por medio del conmutador virtual (atención remota)

Al terminar la capacitación se comenzó con la aplicación de Intervenciones Breves durante un periodo de 5 a 6 sesiones semanalmente, por cada sesión se realizó un resumen de actividades para monitorear la evolución de la persona. Las llamadas estuvieron bajo supervisión para que en caso de tener alguna duda se pudiera brindar orientación y retroalimentación con el manejo de los diferentes

motivos de llamada. En el primer contacto se solicitaban los datos generales de la persona (nombre, edad, teléfono, correo) con los cuales se abrió su expediente, posteriormente se aplicaba el cuestionario de detección de riesgo en salud mental. Se les daba a conocer sus resultados para después brindar una retroalimentación y psicoeducación.

3. Primer contacto

Es la primera ocasión en que se establece comunicación con la persona que marca a la línea, ya sea para brindar un consejo breve o información de otros servicios. Está integrado por cinco etapas.

I. Informes

El estudiante se presenta cordialmente, saludando respetuosamente mencionando que está llamando al programa de atención psicológica a distancia UNAM, posteriormente se les preguntaba si es una llamada de seguimiento. Se le informaba que su llamada estaba siendo grabada con fines de calidad. En caso de ser una llamada de primera vez se le proporcionaba informes, en caso de solicitar atención se le explicaba el consentimiento informado y aviso de privacidad en el cual se mencionan los aspectos éticos y confidenciales de la atención y el manejo de sus datos personales.

II. Evaluación

Posteriormente se aplicaba el Cuestionario de Detección de Riesgos a la Salud Mental COVID-19 (solo en caso de que la persona atendida no lo haya contestado), los resultados se registraban en una base de datos y posteriormente se daban retroalimentación de los puntajes obtenidos). El cuestionario está integrado por cuatro secciones:

- 1) Condición por COVID-19 (un reactivo de síntomas y un reactivo de pérdidas).
- 2) Datos socioeconómicos (por ejemplo, con quién vive, dónde, condición por cuarentena, perfil, sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, entidad federativa, instancia de salud y condición de salud física).

- 3) Condiciones de salud mental (32 reactivos que evalúan: estrés agudo, distanciamiento/enojo, ansiedad generalizada/tristeza, de salud, somatización y Evitación, con una escala de respuesta del cero al 10, donde cero representa: nada y 10 representa extremadamente describe lo que siento, lo cual se transforma en porcentaje promedio de respuesta).
- 4) Uso de bebidas alcohólicas y conductas violentas: consumo explosivo de alcohol (un reactivo con tres opciones de respuesta); y violencia (dos reactivos con opción de respuesta dicotómica: si o no).

III. Referencia

Si la persona requería de orientación para un servicio más especializado, se le podía referir al programa de Terapeuta Invitado (TI) u otra institución; en ambos casos se hace una revisión a los directorios de atención correspondientes. El servicio de Terapeuta Invitado es una atención presencial, en donde se busca un psicólogo que atienda temas especializados, población y enfoque. Además de brindar un terapeuta lo más cercano a la ubicación de la persona. En la pandemia este servicio comenzó a realizarse por videollamada, la cuota de recuperación es por el servicio de TI tiene un costo de \$150 para todo el público.

A) Seguimiento de formatos electrónicos administrativos de la Institución.

Para el seguimiento de las personas atendidas en caso de ser referido a alguna Institución, o Centros de la Facultad de Psicología se llenaron expedientes donde se recopilaban los datos generales, el motivo de consulta y los resultados de la aplicación del tamizaje para posteriormente enviarlos a alguno de los Centros de la UNAM. Posteriormente se informaba que debían acudir con una identificación oficial (INE). Debido a la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19 este servicio se suspendió temporalmente dando únicamente servicio de Consejo Breve y TI.

B) Vinculación con sedes externas

Dependiendo del motivo de la llamada se brindaba orientación acorde con alguna institución que pudiera atenderle para lo cual se le proporcionaba el nombre de la institución, horarios, costos, ubicaciones, dirección, requisitos, tipo de servicio, población que atienden.

IV. Envío del Cuestionario de Satisfacción con el Consejo Breve

Con el objetivo de conocer la opinión del servicio que se brindó, al finalizar la llamada se enviaba el cuestionario de satisfacción con el servicio al correo electrónico de la persona atendida.

4. Consejo Breve

Es una intervención de sesión única donde se indaga el motivo de consulta, se aplica el tamizaje de riesgos en salud mental brindando retroalimentación de sus puntajes obtenidos en la evaluación, se realiza un análisis funcional de la conducta, se indagan los antecedentes de las conductas y sus consecuencias lo que permite identificar comportamientos y pensamientos que generan malestar. Posteriormente en colaboración con la persona atendida se buscan soluciones a dicha problemática por medio de la generación de planes de acción, enfatizando que los únicos responsables de implementar los cambios son ellos. Antes de finalizar la llamada se les aplicaba el Cuestionario de Satisfacción de la Atención, el Consejo Breve podía derivar en una intervención breve en caso de que la persona lo solicitara.

5. Intervención breve a la persona que solicita atención

Una vez recabado los datos y aplicado el cuestionario en caso de solicitar atención, se brindó atención a las personas, el estudiante que contestaba la llamada era el encargado de brindar el Consejo Breve. Al finalizar la sesión se realizaba un resumen de la sesión, en el que se hacían anotaciones registrando los síntomas de riesgo en salud mental y físico, temas que se indagaron, psicoeducación y técnicas enseñadas.

6. Llamadas de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Las llamadas de personas con llanto o en crisis que se recibían en el programa requerían un procedimiento diferente al establecido, el modo a proceder era brindar los Primeros Auxilios Psicológicos. De acuerdo con (Correa et al., 2018) los primeros auxilios son un tipo de intervención psicológica que requiere atención inmediata, dichos casos y situaciones pueden estar referidas principalmente para la intervención en crisis. Surgen cuando acontecen eventos con una alta carga emocional, así como con un alto grado de estrés. Por lo que los primeros auxilios psicológicos refieren a un modo de respuesta e intervención pronta, los profesionales que hacen uso de esta estrategia deben capacitarse y formarse en este tipo de intervención, contribuyendo así a una eficiente y efectiva resolución o intervención de la situación y de las personas que se encuentran en crisis.

Los PAP surgen como una necesidad de atender a la población en emergencias masivas o cotidianas, como:

- Situaciones de desastres naturales: huracanes, tormentas, terremotos, inundaciones y deslizamientos.
- Situaciones de accidentes

Involuntarios: Incendios y accidentes de tránsito.

Intencionados: Las guerras, el terrorismo, los secuestros, los desplazamientos, las violaciones y asaltos entre otros.

El objetivo de los primeros auxilios psicológicos es conseguir que las personas afectadas puedan estar seguras, protegidas y se conecten con su entorno y comunidad.

7. Procesos Administrativos (Registro de citas, expedientes electrónicos, llenado de expedientes)

En esta etapa se registra los datos de los usuarios en las llamadas de primer contacto, consejo breve, terapeuta invitado en una hoja de datos en Google Drive con la finalidad de obtener su número de expediente, contar con un registro general de la población y llevar un control de la información (Datos generales, motivo de llamada, resúmenes de sesiones, tratamiento, técnicas que se llevaron a cabo) lo que me permitió llevar un seguimiento a las personas que se les brindó una Intervención Breve.

El expediente se compone por los siguientes rubros:

Ficha de datos Generales

Es un registro de datos (Nombre, edad, Numero de cuenta / Trabajador / CURP, fecha, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, si pertenece a la comunidad UNAM, servicio solicitado, persona que atiende, dirección, teléfono, correo, escolaridad, datos socioeconómicos, modalidad del servicio que solicita, motivo de consulta y clasificación del motivo de consulta según la guía mhGAP.

Cuestionario de Detección salud física

Es un registro de datos para conocer su estado de salud física, el primer apartado es para conocer si presenta sintomatología de Covid -19, y conocer el diagnóstico y sus padecimientos.

Tamizaje de los Trastornos de la guía mhGAP

Depresión

Depresión (en las últimas 2 semanas) (0-10)										
1. Has tenido tristeza profunda	2. Has tenido desesperanza	3. Has tenido falta de satisfacción por las actividades que antes te eran placenteras	4. Has tenido falta de interés en actividades que antes te eran placenteras	5. Has tenido alterado el sueño (Duermes más o duermes menos de lo habitual)	6. Has tenido disminución de tu concentración	7. Has tenido cambios en tu apetito (más hambre, menos hambre)	8. Has tenido fatiga	9. Has tenido pensamientos de que careces de logros	10. Has tenido pensamientos de que todo lo que pasa es culpa tuya	11. Has tenido dificultades en mi vida: Social, laboral o/educativa

Manía

Manía (en las últimas 2 semanas) (0-10)							
1. Has sentido irritación	2. Ha estado con mayor actividad	3. Ha disminuido la necesidad de sueño	4. He sentido: que hablo demasiado rápido	5. Has sido impulsivo (por ejemplo: tomo decisiones importantes sin pensar)	6. Has estado muy desinhibido	7. Te has distraído fácilmente	8. En la última semana he sentido: que soy demasiado bueno para todo

Psicosis

Descarte sintomatología física Diagnosticada por un Médico : PSICOSIS					
a. Presenta infecciones (0 no) (1 si)	b. Presenta malaria (0 no) (1 si)	c. Presenta deshidratación (0 no) (1 si)	d. Presenta niveles bajos de azúcar en el cuerpo (hipoglucemia) (0 no) (1 si)	e. Presenta niveles bajos de sal en el cuerpo (hiponatremia) (0 no) (1 si)	f. Presenta efectos secundarios debido a un medicamento (0 no) (1 si)
Psicosis (En los últimos tres meses...)					
1. Has sospechado que las personas planean algo en contra tuya (0 no) (1 si)	2. Has escuchado voces que los demás no perciben (0 no) (1 si)	3. Has visto cosas que los demás no perciben (0 no) (1 si)	4. Has tenido pensamientos persistentes que los demás no comparten contigo (0 no) (1 si)	5. Te han dicho que has descuidado tu aspecto personal (0 no) (1 si)	

Epilepsia

Síntomas Físicos Epilepsia			
1. Presenta: fiebre (0 no) (1 si)	2. Presenta: dolores de cabeza (0 no) (1 si)	3. Presenta: rigidez de la nuca (0 no) (1 si)	4. Presenta o presentó: traumatismo craneoencefálico (0 no) (1 si)

Epilepsia				
1. Ha presentado crisis convulsivas (0 no) (1 si)	2. Los movimientos convulsivos duraron más de 1 minuto (0 no) (1 si)	3. Durante la convulsión: he perdido el conocimiento (0 no) (1 si)	4. Durante la convulsión: he tenido confusión (0 no) (1 si)	5. Durante la convulsión: he tenido rigidez (0 no) (1 si)

Suicidio

Suicidio																																																					
1. Pensamientos de hacerte daño			En el último mes			¿Cuánto empeoraron?			2. Planes de hacerme daño			En el último mes			¿Cuánto empeoraron?			3. Pensamientos de quitarme la vida			En el último mes			¿Cuánto empeoraron?			4. Planes de quitarme la vida			En el último mes			¿Cuánto empeoraron?			5. Me he causado algún daño físico o me			En el último mes			¿Cuánto empeoraron?			6. He intentado quitarme la vida (0 no) (10 sí)			En el último mes			¿Cuánto empeoraron?		

Ansiedad

Ansiedad (En las dos últimas semanas...)						
1. Te has sentido preocupado constantemente de que algo malo pueda pasar (asalto, enfermedad, tener un accidente, 'hacer el ridículo' frente a desconocidos, etc.)	2. Te has sentido nervioso constantemente	3. Has sentido tensión muscular	4. Has sentido que tu corazón late más rápido de lo habitual	5. Te has sentido tan nervioso que te ha impedido realizar tus actividades	6. Te has alejado de situaciones que te hacen sentir nervioso	7. Has sentido miedo sin razón aparente

Síntomas Físicos Sexualidad

Síntomas Físicos Sexualidad (en los últimos 6 meses)			
1. Mantuviste relaciones sexuales con más de una persona (0 no) (1 sí)	2. Has tenido relaciones sexuales sin usar condón (0 no) (1 sí)	3. Enviaste y recibiste imágenes o mensajes con contenido sexual a través de dispositivos tecnológicos (0 no) (1 sí)	4. Tienes dificultades en tu vida sexual (por ejemplo, inhibición en el deseo sexual, dificultad para mantener la erección, eyaculación precoz, dificultad en la lubricación, dificultad para tener orgasmos, etc.) (0 no) (1 sí)

Violencia

Violencia (En los últimos seis meses...)					
1. Alguien te lastimó físicamente de forma intencional (por ejemplo, empujar, golpear, pellizcar, etc.)	2. Alguien te lastimó emocionalmente de forma intencional (por ejemplo, humillarte, insultarte, amenazarte, ignorarte, prohibirte, celarte.)	3. Alguien sobrepasó los límites en tu sexualidad (por ejemplo, acoso sexual, abuso sexual, violación)	4. Lastimaste físicamente a otra persona con la intención de hacerlo (empujar, golpear, pellizcar, etc...)	5. Lastimaste emocionalmente a otra persona con la intención de hacerlo (por ejemplo, humillaste, insultaste, amenazaste, ignoraste, prohibiste, celaste.)	6. Sobrepasaste los límites en la sexualidad de otra persona (por ejemplo, acoso sexual, abuso sexual, violación)

Consumo de Sustancias

1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez (sólo las que consumió sin receta médica)? (10 sí) (1 no)									
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	d. Cocaína (coca, crack, etc.)	e. Estimulantes de tipo anfetamínico (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Otra, especifica

2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia has consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)? (0 nunca) (2 una o dos veces) (3 mensualmente) (4 semanalmente) (6 a diario o casi diariamente)									
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	d. Cocaína (coca, crack, etc.)	e. Estimulantes de tipo anfetamínico (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	*Otra, especifica la droga

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia has tenido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)? (0 nunca) (3 una o dos veces) (4 mensualmente) (5 semanalmente) (6 a diario o casi diariamente)									
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	d. Cocaína (coca, crack, etc.)	e. Estimulantes de tipo anfetamínico (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	*Otra, especifica la droga

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) te ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos? (0 nunca) (4 una o dos veces) (5 mensualmente) (6 semanalmente) (7 diariamente o casi diariamente)									
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	d. Cocaína (coca, crack, etc.)	e. Estimulantes de tipo anfetamínico (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	*Otra, especifica la droga

5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de ti por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)? (0 nunca) (5 una o dos veces) (6 mensualmente) (7 semanalmente) (8 diariamente)									
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	d. Cocaína (coca, crack, etc.)	e. Estimulantes de tipo anfetamínico (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	*Otra, especifica la droga

6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por tus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)? (0 nunca) (6 si, en los últimos tres meses) (3 si pero no en los últimos 3 meses)									
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	d. Cocaína (coca, crack, etc.)	e. Estimulantes de tipo anfetamínico (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	*Otra, especifica la droga

Resumen de Sesión

Resumen de sesión 3-FEG-RS								
No. de sesión	Fecha	Fecha y hora de próxima sesión	Tipo de sesión	Objetivo de la sesión	Descripción/resumen de la sesión:	Técnicas/procedimientos/temas abordados en la sesión	Resultados	Observaciones

Egreso

Hoja de Egreso 3-FE9-HE			
Fecha	Tipo de egreso (1 alta) (2 Interrupción del tratamiento sin mejoría) (3 Interrupción del tratamiento con mejoría) (4 Alta con referencia)	Descripción del Egreso	Observaciones/recomendaciones

8. Recolección de datos

Cada semana se realizaba la recolección de información de: 1) total de número de llamadas, 2) motivos de llamadas, 3) Consejos breves, 4) terapeuta invitado, 5) tipo de población (Comunidad UNAM, profesional de la salud, público en general). La finalidad de recolectar todos los datos era para generar informes y estadísticas.

9. Atención por medio del conmutador

Se ingresaba al conmutador virtual para atender a las personas en caso de que entrara una llamada de alguna persona que atendiera un compañero se le transfería a su línea. Se revisaba los datos de las personas registrados en la agenda del programa con día y hora. Se esperaba que las llamadas entrarán dentro de su horario asignado, si pasaba del tiempo asignado se le comunicaba que se le agendaría su cita para la siguiente semana y se tomaba otra llamada.

10. Generación de Directorio

Se organizó un directorio usando Google Drive, lo que permitió facilitar la búsqueda para localizar las instituciones que dan atención psicológica especializada en diferentes temas, este directorio abarca todos los estados de la República Mexicana y se encuentra estructurado en cuatro regiones; Noreste, Noroeste, Centro, Occidente. Al finalizar la búsqueda es importante proporcionar a las personas los datos de la institución.

Figura 1

Directorio del Programa de Atención Psicológica a distancia UNAM (2020)



Nota: El Directorio es una herramienta que permitió facilitar la búsqueda de información de las referencias a los usuarios que requerían de alguna institución cercana a su lugar de residencia para recibir alternativas de centros de Atención Psicológica. Adaptado de Programa de atención psicológica a distancia UNAM [Fotografía], 2020.

6. OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El propósito de este informe es exponer el aprendizaje y las competencias adquiridas a través del programa, la evaluación que hago de mi estancia en el servicio social y mostrar el diseño de una propuesta al programa desde una perspectiva de mejora al PAPD que abraza su estructura, instalaciones y los recursos a disposición de los estudiantes, de manera que sea factible y exista una posibilidad real de que dicha propuesta pueda aplicarse. Mi aportación va orientada en promover la adopción de prácticas de evaluación y manejo de la depresión de acuerdo con los lineamientos de la guía mhGAP mediante la creación de un curso a distancia montado en la plataforma Educatic.

7. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

7.1 Orientación Cognitivo Conductual

Según Ruiz et. al. (2012) la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) enfatiza el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos y, además, invoca la integración de las técnicas conductuales establecidas en la generación y el uso de la metodología experimental como forma de monitorizar el proceso de intervención y sus resultados terapéuticos. El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimulante no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos.

La Terapia Cognitiva puede definirse como un procedimiento de intervención estructurado como una práctica basada en evidencia, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales y no solo se centra en las distorsiones cognitivas del cliente, también en los problemas externos relacionados con su malestar. El profesional de la salud colabora con el paciente para conseguir la modificación de sus patrones

cognitivos disfuncionales, extendiéndose esta colaboración a la toma de decisiones y búsqueda de soluciones a demandas y problemas ambientales. La Terapia pretende cubrir dos objetivos fundamentales a corto y largo plazo. A corto plazo busca eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales que presenta el paciente. A largo plazo la adquisición de las habilidades necesarias que le permitan, en el futuro, corregir las distorsiones cognitivas que vaya cometiendo y ayudarle a incorporar, como parte de su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativos y racionales. El enfoque desde luego tiene que ir de la mano con la eficacia, eficiencia y efectividad de sus tratamientos e intervenciones para llevar a cabo resultados favorables en la práctica clínica habitual demostrando numerosos estudios con grado máximo de evidencia, al ser un tratamiento no agresivo, responsabilizar y hacer tomar conciencia al propio paciente de su capacidad.

7.2 Prácticas basadas en la evidencia (PBE)

En los años ochenta existía una tendencia de basar las intervenciones en dogmas no verificados y en estudios empíricos defectuosos lo que trajo como consecuencia intervenciones inefectivas (Martínez-Taboas, 2014).

Las Prácticas Basada en la Evidencia en psicología, de acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (APA, 2005) es la unión de las mejores investigaciones disponibles en la práctica clínica, teniendo en cuenta las características, la cultura y las preferencias de las personas, que pueden ser niños, adolescentes, adultos, adulto mayor, familias, parejas, grupos, organizaciones, comunidades u otras poblaciones que reciban servicios psicológicos. El objetivo de la psicología basada en la evidencia es promover la práctica de la psicología eficiente y mejorar la salud pública, aplicando los principios de la psicología empíricamente validados en la evaluación, formulación de casos, relaciones terapéuticas e intervención.

Las evidencias de estas prácticas parten de revisiones sistemáticas, investigaciones clínicamente relevantes, ensayos aleatorizados, tamaños del efecto razonables, datos clínicos y estadísticos significativos y un fuerte apoyo empírico. En

este enfoque se deben asumir las lagunas y limitaciones de la literatura científica, así como su aplicabilidad a cada caso concreto (American Psychological Association APA, 2002). La práctica basada en la evidencia, por tanto, está en contra de las aproximaciones basadas en la tradición, intuición, creencias u opiniones, lo asistemático, convencional, anecdótico, infundado o fortuito. El objetivo de la práctica basada en la evidencia en la psicología clínica, de la salud, comunitaria, organizacional, educativa, del deporte, etc. es que esté basada en modelos, programas, instrumentos e intervenciones de eficacia, efectividad y eficiencia contrastadas (American Psychological Association APA, 2002).

También las PBE son una práctica constitutiva de diversas profesiones que constituyen un movimiento científico, la PBE tiene tres pilares conceptuales, el fundamento empírico, la integración de preferencia, valores e idiosincrasias de la población en la intervención, el peritaje y experiencia profesional. De acuerdo con Barlow et. al (2013) las PBE han tenido un gran impacto, en especial en las personas responsables de hacer política pública y en los gobiernos, así como en organizaciones profesionales alrededor del mundo. Se ha decidido de manera colectiva que las intervenciones relacionadas al cuidado de la salud, incluyendo el cuidado de la salud conductual, deben estar basadas en evidencia (Martínez-Taboas, 2014).

1) Como resultado se crea el primer pilar que consiste en que la práctica de la Psicología se base en las mejores evidencias, buscando poner a prueba sus supuestos, hipótesis y teorías lo que trae como consecuencia que la profesión desarrolle intervenciones exitosas. En la PBE el psicólogo basa sus intervenciones a nivel individual, familiar, comunitario en la mejor evidencia que desprende de su campo. La mejor evidencia se encuentra en el National Institute For Health and Clinical Excellence sin embargo la evidencia dependerá siempre del diseño y de la calidad de la investigación (Martínez-Taboas, 2014).

2) El segundo pilar en las PBE consiste en que el profesional integre en su intervención las preferencias valores e idiosincrasias de la población que desea impactar, por lo tanto, la PBE no se trata de obtener evidencia sino de cuestionar si la intervención será de utilidad y efectiva para cierto grupo de personas y el contexto (Sue et al., 2008).

3) El tercer pilar es el peritaje y la experiencia de la persona que ofrece la intervención. Parte no solo de la evidencia de una intervención, sino decisiones individuales de conceptualización de casos y de ver la totalidad contextual de la situación en la cual se interviene. Por lo tanto, la PBE integra y da prioridad a la mejor evidencia producida por la Psicología al tomar en cuenta los valores y las preferencias culturales de los participantes, es importante utilizar el juicio clínico para conceptualizar y mejorar la aplicación de la orientación informativa.

En la PBE se integra y se da prioridad a la mejor evidencia producida por la experimentación en psicología al tomar en cuenta los valores y las preferencias culturales de los participantes y, finalmente, utilizar el juicio clínico para conceptuar y aplicar todo este andamiaje informativo.

7.3 Prácticas de la Salud basadas en evidencia

Goodheart (2006) menciona que las practicas basadas en evidencia constituyen un punto de encuentro entre los profesionales y los investigadores. Esta perspectiva propone generar un espacio de dialogo entre los clínicos y los investigadores, un trabajo en conjunto indudablemente necesario para mejorar los servicios de salud que brindamos y enriquecen la profesión. Por lo que la práctica como la investigación se encuentran comprometidos a mejorar la salud y el bienestar de las personas.

De acuerdo con Bloom y colaboradores (2009) uno de los puntos más importantes para el profesional de salud es conocer los métodos que le permitan no solo actualizar sus conocimientos sino ponerlos en práctica en la toma de decisiones. El objetivo de las practicas basadas en evidencia representa un método en el que se basa su principio ético de que todos los usuarios merecen recibir las intervenciones más efectivas. Por lo que el método ayuda a implementar nuevas intervenciones. Como resultado conforma el compromiso de todos los profesionales para usar todos los medios para obtener mejor la evidencia acerca de la situación de la persona atendida y los modos de planificar e intervenir sobre esos problemas.

Además de ser un gran desafío para los profesionales debido a que los métodos para localizar la evidencia son más rigurosos que las Prácticas con Apoyo Empírico (PAE). Lo que diferencia a las Prácticas de apoyo empírico con las siglas (PAE) de las prácticas basadas en evidencia (PBE) es que estas últimas se caracterizan por el carácter comprensivo y crítico de la evaluación de los resultados empíricos. Por otra parte, el éxito de las PBE radica en la integración exitosa de dos tipos de investigaciones: los diseños de casos únicos y los diseños de grupos controlados experimentales y cuasi-experimentales (Blom et al., 2009).

7.4 Técnica de Intervención Breve

Rodríguez-Martos (2002) menciona que las intervenciones breves consisten en un tiempo limitado siempre inferior a un tratamiento específico, que incluye una evaluación general, un asesoramiento breve y un cierto seguimiento. La intervención breve incluye a los programas y procedimientos terapéuticos tradicionales, que tienen como características su brevedad, su concisión y suelen ser realizados por profesionales de la Salud. De manera que busca promover una estrategia sencilla, breve y económica que permita activar los recursos con los que cuenta la persona.

La IB cumple funciones de prevención indicada que se refiere a personas identificadas con riesgo alto de síntomas en salud mental y permite identificación temprana de síntomas graves. Genéricamente podemos englobar dentro de las intervenciones breves todas las que se realizan de forma abreviada, en la práctica podemos agruparlas en dos:

Contexto:

Rodríguez-Martos (2002) considera que existen dos categorías principales de intervenciones breves según su contexto:

- Intervenciones basadas en un servicio específico, propuestas como esquema terapéutico básico o alternativa a programas más amplios.

- Intervenciones de base comunitaria, las más comunes, que pueden ser realizadas de forma adecuada, cuando se identifica al paciente que acude por otro motivo distinto del alcohol, o reclutando a la población a través de anuncios, cartas o cuestionarios rutinariamente administrados desde un centro sanitario en el marco de un programa de promoción de salud.

La intervención breve de base comunitaria tiene un papel proactivo y constituye una vía alternativa al tratamiento convencional para aquellas personas que no necesitan programa de deshabituación (bebedores de riesgo, con consumo perjudicial o dependencia incipiente) o que se niegan a acudir a un recurso específico. Las personas que más se beneficiarían de la Intervención Breve serían las que no identifican un problema y son ambivalentes a realizar un cambio (Rodríguez-Martos, 2002).

La estructura de una intervención breve consiste en una única sesión de consejo simple que puede ir de 5 a 10 minutos, por su estructura como menciona Rodríguez-Martos (2002) podemos distinguir entre intervención breve mínima, con o sin soporte de material de autoayuda. La Intervención breve consta de cuatro componentes y son evaluación, identificación de situaciones de riesgo, plan de acción y restablecimiento de metas.

7.5 Las FRAMES componentes indispensables de una Intervención Breve

Las intervenciones Breves en salud como en el área consumo de sustancias han demostrado que las intervenciones breves eficaces tienen una serie de componentes coherentes. Estos componentes se han resumido por el acrónimo FRAMES: Feedback (Retroalimentación), Responsibility (Responsabilidad), Advice (Consejo), Menu of Options (Opciones de cambio), Empathy (Empatía) y Self-efficacy (Autoeficacia). Las FRAMES están asociadas con la entrevista motivacional; que es un estilo de intervención dirigida a ayudar a las personas a avanzar en las etapas de cambio. Por consiguiente, las FRAMES más relevantes a una intervención breve vinculada a ASSIST (*The Alcohol, Smoking, and Substance Involvement, Screening test*) como en la Salud son

retroalimentación, la responsabilidad y el consejo. (OMS, 2011). Los componentes que conforman la FRAMES de manera detallada son los siguientes:

a) Retroalimentación (Feedback)

Es la disposición de información relevante, que se prefiere por el contrario de la retroalimentación en general. La retroalimentación es un componente clave de una intervención breve, puede incluir información sobre la salud en general como del consumo de sustancias obtenido de una evaluación o una prueba de detección, cabe mencionar que hay quienes están interesados en conocer sus resultados y su significado. De este modo la información sobre los riesgos personales asociados con los hábitos actuales en cuanto a su salud por ejemplo depresión y ansiedad, combinada en general sobre los riesgos y daños relacionados con las sustancias constituyen una retroalimentación altamente eficaz. En este sentido se comprende que la retroalimentación es toda aquella comunicación de la información personalmente relevante pertinente al usuario y la proporciona el trabajador de salud de manera objetiva. (OMS, 2011).

b) Responsabilidad (Responsibility)

La principal clave de la intervención en el área de la salud en general es reconocer y aceptar que como personas somos los únicos responsables de nuestra conducta y los que tomarán las decisiones sobre su salud y el curso de la intervención breve, lo que les permite tener el control personal y de las consecuencias sobre la dirección de la intervención. También se ha comprobado que este sentido de responsabilidad es un elemento importante en la motivación para el cambio y permite disminuir la resistencia. (OMS, 2011).

c) Consejo (Advice)

Un componente central en la intervención es brindar un consejo claro, objetivo e imparcial con respecto a reducir daños en la salud. En ocasiones las personas no identifican que sus hábitos actuales podrían llevarlos a tener problemas de salud y empeorar los ya existentes. Al brindar un consejo claro disminuirá el riesgo de futuros problemas y los ayuda a identificar el riesgo personal en su salud incrementándose entonces la motivación al cambio. (OMS, 2011).

d) Opciones de cambio (Menu of Options)

Le brindan a la persona una serie de opciones para reducir o eliminar comportamientos que generan problemas en su salud, lo que le permite pensar y elegir cuáles serán las estrategias más adecuadas. Brindar opciones refuerza el sentido de control y responsabilidad personal para cambiar, y puede ayudar a fortalecer la motivación del usuario hacia el cambio (OMS, 2011).

e) Autoeficacia (Self-efficacy)

Un componente de las intervenciones breves eficaces es alentar en las personas la seguridad de que pueden hacer cambios en su conducta. Las personas que creen que pueden hacer cambios tienen más probabilidad de hacerlo que las que se sienten impotentes para cambiar su conducta. Es especialmente beneficioso suscitar frases de autoeficacia en los usuarios ya que es probable que crean lo que se escuchan decir a sí mismos (OMS, 2011).

f) Empatía (Empathy)

Un principio importante de la entrevista motivacional es la expresión de empatía por parte del profesional de la salud hacia el usuario. En una situación clínica, la empatía consiste en un enfoque imparcial y de aceptación que intenta comprender el punto de vista del usuario y evita el uso de etiquetas. Es especialmente importante evitar la confrontación y culpar a la persona. La escucha reflexiva que aclara y amplía la propia experiencia e intención de la persona es una parte fundamental de la expresión de empatía. La empatía del profesional de la salud contribuye de manera importante a que el usuario responda bien a la intervención (OMS, 2011).

Las FRAMES permiten a la persona identificar los costos de sus conductas, lo que les permite tomar la decisión de hacer un cambio.

7.6 Proceso de cambio y entrevista motivacional

Como lo menciona Miller y Rollnick (1999) la Entrevista Motivacional (EM) es una aproximación destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen

el deseo de cambiar. Se basa en estrategias que surgen del counselling (consejero) centrado en el paciente, la terapia cognitiva, la teoría de sistemas, y la psicología social de la persuasión. La orientación de una sesión de entrevista motivacional está centrada en el paciente, aunque el terapeuta mantiene un fuerte sentido del objetivo, dirección y escoge activamente el mejor momento para intervenir de una manera determinante.

La EM es una guía colaborativa y centrada en las personas para evocar y fortalecer la motivación hacia el cambio, tiene un estilo comunicativo que guía, es decir, conjuga las dotes de una buena escucha a la vez que ofrece consejo experto cuando se necesita (Miller y Rollnick, 2012). Existen cuatro procesos que se refiere a desarrollar el conjunto de etapas para lograr desarrollar la EM

- 1. *Establecer un vínculo con la persona:*** Se ha de cuidar durante toda la EM, es un prerequisite para la intervención, implica explorar las fortalezas, los valores y las metas de la persona que se atiende.
- 2. *Proponer y definir un objetivo:*** Se ha de tener en cuenta que este no es un proceso estático ni rígido, y que puede ser reevaluado y modificado, se tendrá que poner metas a corto plazo que pueda alcanzar con las herramientas brindadas a la persona atendida.
- 3. *Potenciar la motivación intrínseca hacia el cambio del cliente:*** La motivación puede fluctuar. Por lo que evocar implica fomentar las motivaciones de la persona atendida y solo es posible cuando se ha determinado una meta de cambio
- 4. *Acordar un plan de acción:*** En ocasiones, la persona atendida tiene los recursos suficientes para iniciar y mantener el cambio, por lo que el plan de acción puede darse por sí mismo para generar estrategias, y determinar tareas que debe realizarse en un plazo de tiempo utilizando recursos con el fin de lograr un objetivo.

En la EM es necesario desarrollar el compromiso hacia el cambio además de formular y negociar el plan de acción. Existen cinco estrategias comunicativas nucleares que pueden utilizarse a lo largo en los cuatro procesos básicos. Las cuatro primeras estrategias son derivadas de la terapia centrada en el paciente, y se utilizan con el

objetivo de ayudar al cliente a analizar su ambivalencia y a expresar razones que le motiven al cambio.

1. Preguntas abiertas

Una pregunta abierta es aquella que no puede responderse con una o dos palabras. Permiten que el paciente explique lo que realmente le ocurre y preocupa, escogiendo sus propias frases y construyendo su discurso de acuerdo con sus vivencias. En pacientes ambivalentes será útil preguntar sobre las ventajas e inconvenientes.

2. Provocar afirmaciones de automotivación

Desarrollar preguntas evocadoras que pueden ser sobre diferentes aspectos de acuerdo con Lizárraga y Arraya (2001).

Reconocimiento del problema

Ejemplo: ¿De qué manera esto ha sido importante para ti? (Expresión de preocupación)

Ejemplo: ¿Cómo te sientes con tu forma de beber? (Intención de cambio)

Ejemplo: ¿Cuáles son las razones que tú ves para cambiar? (Optimismo por el cambio)

Ejemplo: ¿Qué cualidades reconoces que te pueden hacer cambiar?, una forma general de pregunta es: ¿Qué más...?

3. Escucha Reflexiva

Se trata de prestar atención sin interferir para intentar comprender lo que la persona quiere decir. Mediante la escucha reflexiva se intenta que la persona elabore reflexiones. Se pueden usar las siguientes técnicas:

- Repetir: Volver a decir la última parte de la frase empleada por el paciente.

Ejemplo: “Últimamente no he podido dormir, lo que me afecta durante el día en mis actividades cotidianas además me he sentido muy preocupada”.

Profesional de la Salud: no puedes dormir, esto te afecta en tu día y te hace sentir preocupada

- Refrasear: Repetir lo que ha dicho usando sinónimos o pequeñas modificaciones que aclaren.

Ejemplo: “Me siento muy ansiosa desde que inició la Pandemia por Covid- 19, extraño salir con mis amigos e ir a la escuela, el encierro me ha afectado ya que no puedo dormir en las noches y me siento más irritable de lo normal”.

Profesional de la Salud: “Sé que la pandemia ha traído modificaciones en nuestras actividades como ir a la escuela, el encierro y esto te trae consecuencias como no poder dormir en la noche y sentirte más irritable”.

- Parafrasear: Inferir lo dicho y expresarlo con otras palabras ampliando un poco la perspectiva.

Ejemplo: “Me preocupa mi consumo de alcohol ya que tomo mucho y no puedo parar, me ha traído problemas con mi familia, amigos y pareja”.

Profesional de la Salud: “El consumo de alcohol puede afectar diversas áreas de nuestra vida, personal, social, laboral.

- Reflejar sentimientos: Es la forma más profunda de reflejar. Se incorporan elementos emocionales.

Ejemplo: “Hace unos días tuve una pérdida de un ser querido y me he sentido muy triste. No quiero salir de la cama, me la paso llorando”

Profesional de la Salud: “Estas triste por la pérdida de tu ser querido, esto es totalmente entendible”.

4. Hacer resúmenes

Resumir intentando sintetizar lo dicho por la persona atendida y reforzarle. El resumen debe ser un reflejo largo, a su vez, debe ser reafirmante.

Ejemplo: “Me siento mal porque siento que ya no le intereso a mi pareja, no sé qué hacer, últimamente lo encuentro indiferente a cosas que solíamos hacer, ya no es como antes, no sé si ya no me quiere”.

Profesional de la Salud: Me comentas que sientes que ya no le interesas a tu pareja y has notado ciertos cambios en su relación.

5. Ofrecer información y consejo

Se realiza si el paciente acepta ser asesorado, para lo cual debe pedirse permiso para brindar el consejo y la información debe sintonizar con la perspectiva y necesidad del cliente.

Ejemplo: “Antes de comenzar el consejo, es importante mencionar que todo lo que se mencione durante la sesión es totalmente confidencial, por la Ley de privacidad del uso de datos, ¿está usted de acuerdo?”

- *Sí*
- *De acuerdo, vamos a iniciar la sesión, voy a pedirle que me de algunos datos generales para hacer su registro.*
- *Vamos a iniciar (indicando el nombre de la persona B)*
- *¿Cuál es su Motivo de Consulta?*

7.7 Intervención Breve en la atención primaria

Los trabajadores de la atención primaria de salud mantienen una relación estable con las personas, lo que les permite desarrollar un entendimiento mutuo y comprender mejor las necesidades de estos. Por lo general las personas esperan que el trabajador de salud de atención primaria se involucre en todos los aspectos relacionados con su salud, y es probable que se sientan más cómodos para hablar de asuntos delicados, por lo que la continua relación también hace que las intervenciones puedan distribuirse en el tiempo y formar parte de una serie de consultas. Además, se ha demostrado que las intervenciones breves son una forma económica de reducir o eliminar problemas relacionados en la salud como en situaciones por consumo de alguna sustancia (OMS, 2011).

Medrano y Moretti (2016) consideran que para un profesional en salud lo más importante es conocer los métodos que le permitan actualizar sus conocimientos en un período breve de tiempo y tenerlos en cuenta en la toma de decisiones clínicas. Esto constituye precisamente el objetivo de las PBE. Se entiende el término de evidencia

como aquellas pruebas y razonamientos lógicos que se utilizan en la toma de decisiones en las prácticas clínicas en salud.

Las PBE representan una ideología y un método. Por un lado, ideología en el sentido de que se basan en el principio ético de que los usuarios merecen recibir las intervenciones más efectivas. Por otra parte, representan un método en el sentido en que se implementan nuevas intervenciones. En conjunto las PBE representan el compromiso de los profesionales para usar todos los medios posibles para obtener la mejor evidencia posible acerca del problema que aqueja al usuario y los modos de planificar e intervenir sobre esos problemas (Bloom et al., 2009).

Las PBE son un gran desafío para los profesionales debido a que los métodos para localizar la evidencia son más rigurosos que aquellos utilizados en las prácticas con apoyo empírico (PAE). Por ejemplo, un profesional que utilice PAE localizará dos o tres ensayos clínicos que demuestren efectividad en sus intervenciones. Por otro lado, aquellos que usen PBE harán lo que sea por localizar todas las investigaciones que evalúen efectividad de alguna intervención y luego realizarán una evaluación crítica de esa evidencia presentada en cuanto a su validez y utilidad clínica. Por otro lado, el éxito de las PBE radica en la integración exitosa de dos tipos de investigaciones: los diseños de caso único y de los diseños de grupos controlados experimentales y cuasi-experimentales (Bloom et al., 2009).

7.8 Programa de acción para superar las brechas en salud mental mediante la implementación de la guía mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el primer nivel de atención no especializada

La OMS en el 2008 crea y propone el uso de la guía de mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias a nivel de atención de salud no especializada, teniendo como objetivo promover la atención de la salud mental fundamental para el bienestar personal, social y está asociada con el desarrollo de las sociedades y los países. La amplia gama de afecciones en la salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales que son determinados por factores individuales, sociales y estructurales que pueden proteger o socavar nuestra situación

en salud mental, también la exposición a circunstancias sociales, violencia y desigualdad aumenta el riesgo a sufrir afecciones de salud mental junto con la pobreza que interactúan en un ciclo negativo, la pobreza es un factor que reduce la capacidad de aprendizaje y de ocupación productiva de las personas. Por lo tanto, la pobreza es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de padecer trastornos mentales y reduce la capacidad de la gente de obtener acceso a los servicios de salud. Existe una gran cantidad de personas que se ven afectadas por trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS) en vista de ello destaca la importancia de abordar desde la atención primaria (OMS, 2011).

El programa de Acción para Superar las Brechas en Salud mental (mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, es un programa que ofrece a los profesionales de la salud, programas para mejorar la atención de los trastornos mentales con estrategias que permiten aumentar la cobertura de las intervenciones claves en afecciones prioritarias en entornos con recursos limitados.

El objetivo de la guía mhGAP es reforzar los recursos con los que cuenta un país tanto social, económicos, y humanos para brindar atención a los trastornos mentales que se puedan poner en marcha con una mayor cobertura con intervenciones clave en países de bajos recursos.

La Guía de MhGAP consiste en una herramienta técnica con protocolos para la toma de decisiones clínicas de los trastornos MNS prioritarios. Además, consta de tres módulos; Evaluación, Manejo y Seguimiento para la prevención y el tratamiento adecuado para ocho condiciones prioritarias de salud mental como son: depresión, psicosis, epilepsia, trastornos del desarrollo, trastornos de la conducta, demencia, trastorno por uso de alcohol y otras sustancias y autolesión y suicidio. La guía se basa en la evidencia sobre la eficacia y factibilidad del mejoramiento de las intervenciones. El marco de trabajo del mhGAP incluye un plan de seguimiento, evaluación y ejecución de programas. La guía esta con base en el CIE-10 basada en evidencia.

La GI-mhGAP es breve con el propósito de facilitar las intervenciones por parte de los profesionales de la salud no especializados, con sobrecarga laboral que tienen los

países con ingresos medios-bajos y bajos. Es importante seguir las recomendaciones de la guía para que los profesionales de atención sanitaria no especializada reciban capacitación y luego sean supervisados y apoyados en la aplicación de la GI-mhGAP para evaluar y atender a las personas con trastornos Mentales, Neurológicos y por uso de Sustancias (MNS). (OMS, 2010).

Estructura de la GI-mhGAP

La parte inicial de guía comienza proporcionando los principios generales de la atención por medio de una serie de prácticas esenciales clínicas:

Principios generales

I. Habilidades de Comunicación eficaces

El uso de habilidades de comunicación eficaces permite a los prestadores de salud brindar atención de calidad a poblaciones como adultos, adolescentes y niños con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS). Es importante tener en cuenta los siguientes consejos y habilidades básicas de comunicación: 1) crear un ambiente que facilite la comunicación abierta, 2) hacer participar a la persona. 3) escuchar a la persona, 4) ser amistoso, respetuoso y no juzgar a la persona, 5) usar buenas aptitudes verbales de comunicación, como son: exponer de manera clara y concisa lo que se quiere transmitir la persona, palabras que muestran amabilidad y 6) responder con sensibilidad cuando las personas revelen experiencias difíciles.

II. Promueva el respeto y la dignidad.

Las personas con trastornos MNS a menudo son más vulnerables a sufrir violaciones de los derechos humanos. Por consiguiente, es esencial que en el entorno de atención de salud, los prestadores promuevan los derechos de las personas con esos trastornos de acuerdo con las normas internacionales sobre derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas que promueve: 1) proteger la confidencialidad de las personas con trastornos MNS, 2) garantizar la privacidad en el entorno clínico, 3) brindar siempre acceso a la información y explicar los riesgos y los beneficios del tratamiento propuesto, por escrito

si fuera posible, 4) asegurarse de que la persona otorgue su consentimiento al tratamiento, 6) promover la autonomía y la vida independiente en la comunidad, 7) dar a las personas con trastornos MNS acceso a opciones para tomar decisiones fundadas.

7.9 Elementos esenciales de la práctica clínica de salud mental

I. Evaluar la salud física

Es importante evaluar la salud física de las personas con trastornos MNS ya que corren un mayor peligro de muerte prematura causada por enfermedades prevenibles y, por consiguiente, deben ser sometidas a una evaluación de su salud física como parte de un examen integral. Es importante recabar los antecedentes adecuados, entre los que se incluyen los de salud física como de trastornos MNS, para posteriormente evaluar la salud física y detectar enfermedades concurrentes e instruir a la persona acerca de medidas preventivas. Siempre se deben emprender estas acciones con el consentimiento de la persona.

II. Realice una evaluación para determinar si existe un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias

Para realizar la evaluación y determinar si existen trastornos MNS se debe analizar la dolencia que se manifiesta, elabora una historia clínica que incluya preguntas acerca de problemas anteriores mentales, neurológicos o por consumo de sustancias psicoactivas, problemas de salud general, antecedentes familiares de trastornos MNS y antecedentes psicosociales. Se recomienda que la Historia clínica se conforme por cinco elementos que son: 1) el motivo de consulta, 2) los antecedentes de trastornos MNS, 3) la historia clínica general, 4) los antecedentes familiares de trastornos MNS, 5) antecedentes psicosociales. Para la evaluación de los trastornos MNS se debe: 1) realizar un examen físico, 2) realizar un examen mental, 3) diagnóstico diferencial, 4) realizar pruebas de laboratorio básicas y 5) determinar el trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias.

III. Trate los trastornos MNS

El manejo de los trastornos implica los siguientes pasos: 1) elaborar un plan de tratamiento en colaboración con la persona y su cuidador, 2) brindar intervenciones psicosociales, 3) brindar intervenciones farmacológicas, 4) derivar al paciente, elaborar un plan apropiado de seguimiento, 5) trabajar de manera conjunta con el cuidador y la familia al apoyar a la persona con un trastorno MNS, 6) fomentar el establecimiento de vínculos sólidos con los sectores del empleo, educación, servicios sociales y otros sectores pertinentes, y 7) modificar los planes de tratamiento para los grupos especiales de población.

El esquema principal proporciona información sobre las formas más comunes en que se presentan los trastornos prioritarios, lo que permite guiar al especialista clínico a los módulos pertinentes. Los módulos están organizados individualmente por trastorno y es una herramienta para la toma de decisiones y el manejo clínico. Cada módulo tiene un color específico que permite una fácil diferenciación. Al inicio de cada módulo, se brinda una introducción que explica cada trastorno.

Evaluación y Manejo

El contenido en esta sección se presenta en forma de diagramas de flujo con múltiples puntos de decisión, cada punto de decisión está identificado por un número, se presenta en forma de pregunta y tiene información organizada en tres columnas: Evaluar, decidir y manejar.

IV. Información de la intervención

Esta sección proporciona detalladamente la manera de brindar seguimiento, referencia, prevención de recaídas y detalles técnicos adicionales de los tratamientos psicosociales / no farmacológicos y farmacológicos y los posibles efectos secundarios o interacciones entre fármacos. Los pormenores de la intervención se presentan en un formato genérico es decir que este puede cambiar. Los mismos deben adaptarse al idioma y a las condiciones locales.

8. EVIDENCIA DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN MH-GAP PARA LOS TRASTORNOS MENTALES, NEUROLÓGICOS Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN NO ESPECIALIZADA

El Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (2009) tiene sustento en el Centro de Recursos de Evidencia de la guía mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias a nivel de atención de salud no especializada, el cual contiene el material de antecedentes, los documentos de proceso y los perfiles y recomendaciones de la evidencia en formato electrónico que marcan las directrices de la mhGAP para trastornos MNS. El centro de recursos de evidencias está organizado en torno a las condiciones prioritarias de la mhGAP.

Los expertos y los coordinadores de la OMS formaron equipos de revisión que, como primer paso, buscaron revisiones sistemáticas de bases de datos y directrices existentes basadas en pruebas que han tratado de responder a las mismas preguntas para el tratamiento de los trastornos prioritarios. Los equipos de revisión resumieron la base de datos utilizando la calificación de evaluación de recomendaciones, desarrollo y la metodología de evaluación (GRADE) y el software de perfilador GRADE, una herramienta desarrollada para ayudar a resumir de forma transparente la evidencia y calificar su calidad. En caso de que no fuera posible la evidencia, varios estudios fueron desarrollados para resumir la evidencia por medio de cuatro factores: 1) instrucciones para la recuperación de pruebas, 2) Identificación de revisión sistemática, 3) instrucciones para hacer recomendaciones y lista de verificación de valores, preferencias y problemas de viabilidad. También se desarrollaron instrucciones pragmáticas para guiar el proceso de aplicación de GRADE para aumentar la coherencia al garantizar que se emplea la misma lógica de antecedentes en la evaluación de las pruebas, por lo que estas instrucciones se utilizaron para calificar cinco aspectos a considerar en la evaluación de la calidad: 1) limitaciones (riesgo de sesgo), 2) incoherencia, 3) indirecta, 4) imprecisión y 5) sesgo de notificación.

Estos factores con los cuales se desarrolló la guía mhGAP muestran que existe gran evidencia respecto a la información que se obtuvo por un proceso. En

consecuencia, se distribuyó a un grupo amplio de revisores de todo el mundo una versión preliminar de la GI-mhGAP 2.0, basada en los aportes de expertos y la experiencia sobre el terreno, lo cual permitió contar con diversas opiniones en este proceso intensivo de revisión. También se incorporaron comentarios provenientes de una variedad de personas, incluidos prestadores de atención de la salud no especializada y personas con trastornos MNS de todas las regiones de la OMS. Los comentarios se recopilaban mediante un cuestionario y la OMS coordinó debates de grupos de opinión locales para así poder distribuirlo en diferentes formatos.

8.1 Resultados del servicio social

Resultados de las atenciones brindadas en el servicio social

Durante la estancia en el Programa de Atención Psicológica a distancia de la UNAM en la Facultad de Psicología se obtuvieron diferentes aprendizajes a nivel personal como: desarrollar habilidades de escucha activa que permite comunicar de una manera clara sin interrumpir a las personas, es decir, una escucha atenta analizando, razonando y comprendiendo la información que se está transmitiendo (Hernández y Lesmes. 2018). También se observó y analizó las problemáticas que se atendieron desde la empatía y respeto. Se aprendió a realizar la aplicación del cuestionario de detección de riesgo, imaginación guiada, activación conductual, solución de problemas, identificación, manejo e intervención de los trastornos mentales de la guía mhGAP.

El saber guiar una intervención es algo que al inicio es complejo pero que con la práctica se va haciendo más sencillo al igual que intervenir y manejar el tiempo de duración de las sesiones. Otro de los aspectos que ayudó mucho a nivel profesional fueron la variedad de motivos de consulta ya que se logró reconocer los diferentes trastornos MNS y como se puede intervenir con los diferentes procedimientos. También dentro de las sesiones se practicó la EM para obtener información significativa ante los síntomas de riesgos en salud mental, así como indagar y observar a la persona atendida y autoevaluar en cuanto a la empatía respecto a sus problemáticas.

Se reportan los resultados finales de las actividades realizadas durante el servicio social.

- Atención por contacto telefónico

En este primer apartado se obtuvieron datos cualitativos y cuantitativos con respecto al número de llamadas que se atendieron durante la estancia en el servicio social, con un total de 169 llamadas; de las cuales 138 fueron consejos breves y 31 referencia. De las llamadas que se recibieron 44% fueron de hombres mientras que las mujeres tuvieron un porcentaje de 56%. Con respecto al rango de edad se atendieron llamadas de personas con edades de los 16 a los 74 años, el rango de edad de los 16 a los 30 fue el que más predominó.

- Primer contacto

Se atendieron 166 personas vía remota y a las cuales se les hizo el primer contacto.

- Llamadas de primeros Auxilios Psicológicos

Se registró un caso de una persona con ideación y comportamientos relacionados con el suicidio a la cual se le brindaron primeros auxilios psicológicos, así como el plan de seguridad para poder tener un repertorio conductual que le ayudará a enfrentar las ideas de hacerse daño.

- Registro de citas, expedientes electrónicos y llenado de expedientes

Se realizaron un total de 166 expedientes electrónicos con los que se registró a las personas atendidas de; consejo breve, terapeuta invitado, referencias. En caso de que se les brindara intervención se les asignaban citas subsecuentes.

Tabla 1
Sexo de Usuarios Atendidos

Sexo	Cantidad
Hombres	74 (44 %)
Mujeres	95 (56%)
Total	169 (100%)

Nota. Total, de usuarios atendidos durante mi estancia del programa de atención psicológica a distancia UNAM.

Tabla 2*Servicios Brindados de Usuarios Atendidos*

Tipo de Servicio	Usuarios atendidos
Consejo breve	138 (81%)
Terapeuta Invitado	24 (14%)
Referencia a Institución	4 (2%)
Colgaron	3 (1.7%)
Totales	169 (100%)

Nota. Recolección de datos de los servicios que se brindaron durante el programa, el servicio más solicitado es el consejo breve seguido del terapeuta invitado.

Tabla 3*Rango de Edades*

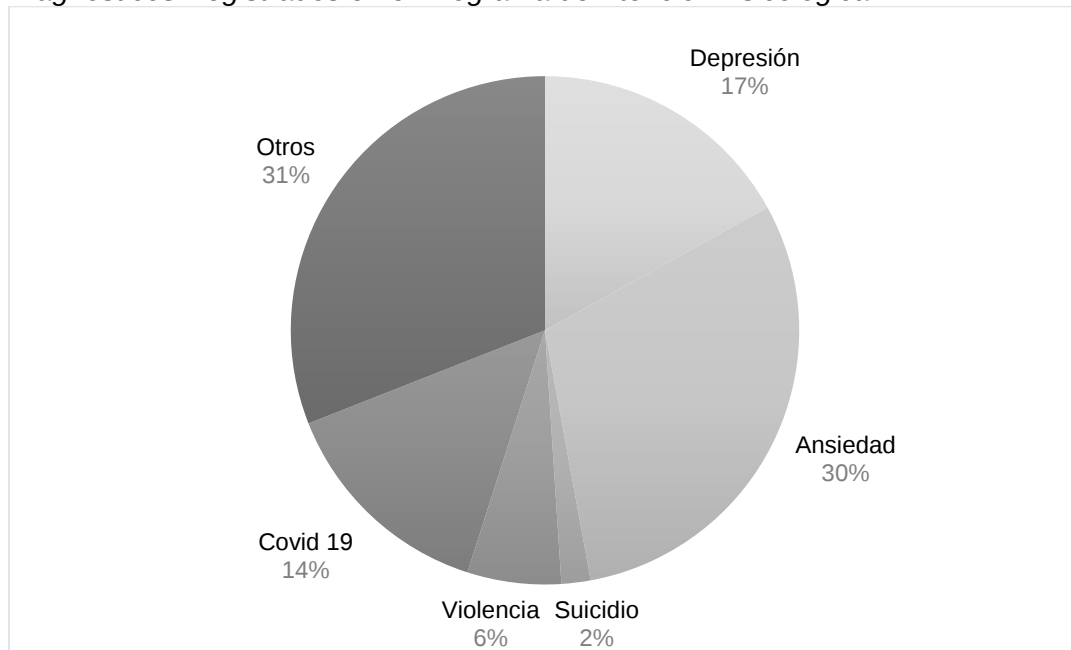
Edades	Usuarios
16-30 años	105 (62%)
31-45 años	47 (28%)
46-60 años	14 (8%)
61-75 años	3 (2%)
Totales	169 (100%)

Nota. Se muestran las edades de las personas atendidas por rango de edad, el rango de edad de 15 a 30 años es el que más llama a la línea, además se puede mostrar que la edad mínima fue de 15 años mientras que la edad máxima es de 74 años.

Durante la estancia en el programa de atención psicológica se obtuvieron datos relevantes para la situación que estaba ocurriendo la Pandemia por COVID-19, se observaron un alto porcentaje en la población con Ansiedad y Depresión, en contexto el incremento de porcentajes a consecuencia de la pandemia.

Figura 2

Diagnósticos Registrados en el Programa de Atención Psicológica.



Nota. Los síntomas más registrados fueron relacionados con ansiedad, depresión y otros.

Adaptado del Programa de atención Psicológica a distancia UNAM, 2020.

Con base a las estadísticas obtenidas los diagnósticos de Ansiedad y Depresión son los más frecuentes en la población mexicana lo que permite ubicar y atender a las personas en riesgo de la salud mental. También es de gran importancia el análisis de datos que nos ayuda a recabar información y tomar datos relevantes para posteriormente aplicar nuevos conocimientos y técnicas que permitan abordar las intervenciones para los trastornos prioritarios. Además de fortalecer en los profesionales de la salud diversas aptitudes y competencias en el área de clínica.

Los beneficios, logros y productos que se obtuvieron en el servicio social fueron satisfactorios porque me permitió desarrollar habilidades clínicas dentro de las intervenciones desde la capacidad de cuestionar cada uno de los casos clínicos, así como la retención de información. También la escucha activa me permitió entender a los usuarios además de tener empatía con cada uno de sus motivos de consulta. Por otra parte, adquirí diferentes aprendizajes uno de ellos fue aplicar en casos reales técnicas

de relajación, resolución de problemas, respiración diafragmática, entrevista psicológica. Dentro de los aprendizajes vi una parte administrativa la cual me ha ayudó de forma personal a organizarme ser una persona más ordenada en realizar anotaciones, resúmenes de sesión, realizar registros.

Como producto encontramos que a diferencia de otras generaciones se incrementaron en los usuarios los casos de ansiedad y Depresión por la situación de la Pandemia por COVID- 19, se tenía un alto índice de llamadas en las que muchos de los motivos era consecuencia de la situación mundial que se presentaba en ese periodo. Los servicios de la salud mental eran muy demandantes.

8.2 Recomendaciones y sugerencias

La recomendación al programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM es brindar más capacitaciones sobre temas que los profesionales de la Salud pueden enfrentar ya que en con la experiencia la capacitación inicial es muy general, y es importante también tener orientación sobre otros temas como: sexualidad, abusos sexuales, suicidio, problemas de pareja. De tal forma que resulta importante contar con las habilidades necesarias para atender las problemáticas que se presentan en el programa y que cuenten con evidencia.

Otro aspecto para mejorar es ampliar la cantidad de profesionales que atienden el conmutador; tener una mayor cantidad de practicantes para que se puedan atender todas las llamadas y baje la cantidad de llamadas que no pueden contestarse.

8.3 Propuesta

Con base en la experiencia telefónica y el motivo de llamada más frecuente “síntomas de depresión” se realizó un curso a distancia basada en la teoría de la **TIC’S en el proceso de enseñanza aprendizaje.**

“Las TIC son las tecnologías que se necesitan para la gestión y transformación de la información, y muy en particular el uso de ordenadores y programas que permiten crear, modificar, almacenar, proteger y recuperar esa información” (Plaza-Burgos, 2020,p.156).

El estudio de Plaza-Burgos (2020) nos menciona que los tics son el conjunto de varias herramientas tecnológicas que permiten transmitir información mediante una comunicación activa que se refiere a los diferentes medios para expresar con claridad la información produciendo una interacción. Esta comunicación se respalda en el soporte digitalizado de datos, además son consideradas como puentes de conexiones para la construcción del conocimiento con el principal objetivo de alcanzar un aprendizaje óptimo en el estudiante basado en el enfoque pedagógico que funge como guía que orienta en el proceso de enseñanza y aprendizaje. También el uso de las TIC en la educación se ha convertido en un elemento imprescindible en el entorno educativo. Este complemento, acompañado de herramientas tecnológicas ha de generar en la sociedad una realidad y presencia cada vez mayor, de tal forma que su extensión a estudiantes, docentes e instituciones educativas genere la optimización de un mejor proceso de enseñanza-aprendizaje (Hernández, 2017).

Las tecnologías de la información y de la comunicación han generado transformaciones en todas las áreas en las que se desenvuelve el ser humano, las Instituciones educativas no están exentas de aplicarlas y deben considerarse las necesidades y realidades de cada uno de los integrantes para permitir y alcanzar el desarrollo óptimo del aprendizaje.

Al respecto Plaza-Burgos (2020) indica que estas herramientas pueden ser aplicadas como alternativas o estrategias pedagógicas para construir las bases de un mejor conocimiento apoyado en la eficacia académica, no obstante, esta situación ha quedado a un lado porque el sistema educativo aún tiene el gran reto de actualizar y proponer paradigmas innovadores a beneficio de los docentes y estudiantes.

El uso y la incorporación de las TIC en la sociedad actual y sobre todo en el entorno y sistema educativo sin duda alguna ha ido teniendo un progresivo avance e importancia para llevar a cabo el proceso enseñanza-aprendizaje, este recurso educativo tiene muchas ventajas, pero también genera ciertas problemáticas en aquellos estudiantes que por razones socioeconómicas u otras no pueden acceder a esta herramienta. Este soporte tecnológico agrupa varias herramientas que sirven para transmitir, adquirir y recibir información, permitiendo un mejor desarrollo en la vida de las personas (Plaza-Burgos, 2020).

Con la aplicación de estas tecnologías se logra entrar a un mundo nuevo lleno de información de fácil acceso para estudiantes y docentes; de la misma manera, logran abrir una puerta en el ambiente de aprendizaje adhiriéndose nuevas estrategias donde participa cada estudiante, permitiendo el mejoramiento del desarrollo cognitivo. (Cruz et al., 2019). Por otro lado, a ciencia cierta la implementación de las TIC en la educación es necesaria, los docentes cada día tratan de actualizar su acervo cultural, pero ante las limitaciones y necesidades del acceso a estas por varias razones, se convierte en una gran preocupación para el avance y desarrollo de la educación moderna.

8.4 E- Learning para profesionales de la salud

El E-learning es un concepto amplio que implica la provisión de programas educativos a través de sistemas electrónicos como lo refiere (Clark y Meyer, 2011). La cual se define como cualquier intervención educativa que sea mediada electrónicamente a través de Internet. También la literatura biomédica contiene términos de nuestra definición E-learning algunas de estas definiciones son el aprendizaje o capacitación basado en la web, educación en línea, instrucción asistida por computadora (CAI), o instrucción basada en computadora (CBI), aprendizaje basado en Internet, aprendizaje multimedia, aprendizaje mejorado por la tecnología y aprendizaje virtual. En términos generales el e-learning se refiere a intervenciones combinadas que involucran sistemas electrónicos y enseñanza personal, se considera como una evolución particular de la educación a distancia, es decir, el uso de tecnologías de la información tiene como fin ofrecer educación a los estudiantes remotos. Cuando estos estudiantes son asistidos por computadora e interconectados a través de redes informáticas, accediendo a paquetes en línea para el aprendizaje, su educación a distancia puede denominarse como E-learning (Ruiz et. al., 2006; Ward et. al., 2001).

Es importante evaluar la calidad de los programas de e-learning, para lograrlo es necesario: un análisis de la navegabilidad, el enfoque multimedia, el grado de interactividad entre otros factores clave como la duración de la intervención, la repetición

y la retroalimentación o el impacto del diseño en el desarrollo de un marco óptimo de e-learning como lo menciona Cook y colaboradores (2008). El papel tradicional de los formadores está evolucionando a un distribuidor de contenidos que facilita y mejora las características centradas en el alumno del programa educativo (Wentling et. al., 2000).

Las ventajas de un e-learning son: menores costos, distribución generalizada, mayor accesibilidad a la información, actualizaciones de contenido frecuentes e instrucción personalizada en términos de contenido y ritmo de aprendizaje (Wentling et. al., 2000). Además, permite la interactividad y la capacidad de vincular los programas educativos con experiencias pasadas y necesidades específicas de los estudiantes (Gibbons y Fairweather, 2000).

Como resultado de estas ventajas, el aprendizaje en línea es cada vez más popular, y los cursos en línea en todo el mundo están aumentando rápidamente en número, ofreciendo muchos módulos especializados (Coppus, et al., 2007). Las desventajas potenciales incluyen costos relacionados con la tecnología, costos involucrados en el desarrollo de programas, posibles problemas técnicos, interacción directa limitada, falta de intercambios y relaciones con otros estudiantes, ausencia de la presencia física del maestro, disminución de la motivación para aprender, necesidad de una mayor autodisciplina, y disminución del deseo de competir con otros estudiantes (Cook, 2007). Además, la equidad debe considerarse cuidadosamente: el acceso deficiente, las barreras lingüísticas y la falta de alfabetización informática e Internet podrían limitar o impedir la participación de algunos profesionales de la salud, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Estas limitaciones podrían impedir que el e-learning pueda adoptarse ampliamente.

La gran importancia del aprendizaje electrónico está ganando popularidad, y los programas están aumentando rápidamente en número. Sus costos relativamente bajos, su alta flexibilidad y su menor dependencia de los límites geográficos o del sitio permiten las inversiones de las partes interesadas en cuanto a países, redes y universidades así mismo ha aumentado las demandas de los estudiantes en este tipo de aprendizaje. La evidencia de la eficacia del e-learning frente a las intervenciones educativas tradicionales para los profesionales de la salud con licencia muestra que los programas de e-learning

tienen el potencial de influir en futuras inversiones en programas de educación médica continua (CME).

8.5 Elementos de un sistema de Learning

De acuerdo con Boneu (2007) los elementos que destacan en un e-learning son:

- Los sistemas de comunicación pueden ser *síncronos o asíncronos*. Los sistemas síncronos son aquellos que generan comunicación entre usuarios en tiempo real, como podrían ser los chats o las videoconferencias. Los sistemas asíncronos no generan comunicación en tiempo real, pero ofrecen la posibilidad de que las aportaciones de los usuarios queden grabadas. El correo electrónico y los foros son algunas de las herramientas que usan este tipo de comunicación.
- Las plataformas de e-learning son el software de servidor que se ocupa principalmente de la gestión de usuarios, cursos y de la gestión de servicios de comunicación.
- Los contenidos son el material de aprendizaje que se pone a disposición del estudiante. Los contenidos pueden estar en varios formatos, en función de su adecuación a la materia tratada. El más habitual es el entrenamiento basado en web (WBT), cursos en línea con elementos multimedia e interactivos que permiten que el usuario avance por medio del contenido que se evalúa al final del curso.

Herramientas de las plataformas

Como lo indica Boneu (2007) Las actuales plataformas de e-learning ofrecen muchas funcionalidades, que pueden ser agrupadas de la siguiente manera

Foros:

Los foros de discusión son herramientas que permiten el intercambio de mensajes en el tiempo de duración de un curso. Además, pueden estar organizados cronológicamente, por categorías o temas de conversación.

E-portafolio:

Portafolio digital o electrónico, es una herramienta que permite hacer el seguimiento del aprendizaje de los participantes, teniendo acceso a los trabajos realizados en sus actividades formativas. Los trabajos pueden estar en diferentes formatos tales como imágenes, documentos y hojas de cálculo, entre otros.

Intercambio de archivos:

Las utilidades de intercambio de archivos permiten a los usuarios subir archivos desde sus ordenadores y compartir estos archivos con los profesores u otros estudiantes del curso.

Soporte de múltiples formatos:

La plataforma debe ofrecer soporte a múltiples formatos de archivos, como por ejemplo HTML, Word, Excel, Acrobat, entre otros.

Herramientas de comunicación síncrona (chat):

Para el intercambio de mensajes entre los participantes.

Herramienta de comunicación asíncrona (correo electrónico o mensajería):

Un correo electrónico puede ser leído o enviado desde un curso. Las herramientas de correo permiten leer y enviar mensajes desde dentro de un curso, o alternativamente habilitan la posibilidad de trabajar con direcciones de correo externas.

8.6 Características básicas del E- Learning

Dentro de las características del E-Learnig se pueden describir:

Interactividad: conseguir que la persona que está usando la plataforma tenga conciencia de que es el protagonista de su formación.

Flexibilidad: conjunto de funcionalidades que permiten que el sistema de e-learning tenga una adaptación. Reafirmando este concepto (Castro, et. al, 2013) debido a esta característica, la plataforma e-Learning no se mantiene rígida a los planes de estudio y que por el contrario puede adecuarse a los diferentes aspectos y componentes que presenta el proceso de enseñanza. Se divide esta característica en los siguientes puntos:

Estandarización: Una de las principales funciones es servir como facilitadores de durabilidad, buscando facilitar el intercambio de los contenidos entre diversas Plataformas y sistemas (Fernández Manjón, 2006).

Escalabilidad: Esta característica se refiere a la capacidad de la plataforma e-Learning de funcionar independientemente de la cantidad de usuarios registrados y activos. Además de poder crecer sin perder la calidad de sus servicios.

Usabilidad: Se refiere a la rapidez y facilidad con que las personas realizan tareas propias mediante el uso de un producto, y se logran objetivos específicos con:

- *Efectividad:* para que los usuarios logren los objetivos con precisión y plenitud. Teniendo el acceso con la facilidad de aprendizaje del producto, la facilidad con que puede ser recordado y la cantidad de errores de este.
- *Eficiencia:* Se refiere a los recursos empleados para lograr la precisión y plenitud.
- *Satisfacción:* es el grado de complacencia con el uso del producto. Es subjetivo. Son los usuarios de las plataformas los que determinan su usabilidad

Funcionalidad: Las funciones que cumple un objeto son fijadas por las necesidades que se desea satisfacer. La funcionalidad de un objeto se puede ampliar para que satisfaga mayor cantidad de necesidades y se puede mejorar para que sea más avanzada. La funcionalidad de un sistema de gestión del aprendizaje (LMS) se refiere a las características que permiten que una plataforma sea funcional a los requerimientos y necesidades de los usuarios, y está relacionada a su capacidad de escalabilidad.

Ubicuidad: La ubicuidad está vinculada con la omnipresencia. Hace un tiempo la novedad dentro de las TIC era lo electrónico (e-Learning). La tecnología nos permite estar presentes en diferentes lugares al mismo tiempo, tener la información disponible a cualquier hora y en cualquier lugar, porque los dispositivos tecnológicos modifican la manera de acceder a la información y conocimiento.

Persuabilidad: Es una palabra compuesta por dos términos persuasión y usabilidad e implica la integración y articulación de cuatro características: Funcionalidad, Usabilidad, Ubicuidad e Interactividad. Este concepto se puede sintetizar en la capacidad que tiene de una plataforma de convencer, fidelizar a un usuario a través de su uso. Es decir, la capacidad de convertirlo en un potencial cliente.

Accesibilidad: La accesibilidad se refiere a los medios que permiten a personas con otras capacidades a acceder a la información online. Por ejemplo, las personas con deficiencias visuales usan un mecanismo llamado *screen reader* para leer la pantalla, para lo cual las páginas web necesitan estar diseñadas de una cierta manera para que estos mecanismos las puedan leer. Es una cualidad importante a tener en cuenta que está íntimamente relacionada, y va de la mano, con la usabilidad.

Tomando en cuenta los resultados se registró que las personas que más llaman a la línea del PAPD son aquellas que refieren síntomas de depresión. Por tal motivo se diseñó una propuesta para adoptar las prácticas de la guía mhGAP en el Programa de Atención Psicológica a Distancia (PAPD) por medio de un curso a distancia. Con este curso se pretende enseñar a los profesionales de la salud en formación a evaluar, manejar e intervenir los síntomas de depresión.

Curso de Identificación Depresiva

Por lo anterior se diseñó un curso en la plataforma educatic unam [Curso: Atención Psicológica a Distancia \(unam.mx\)](#) que es un aula virtual, se diseñó el módulo de depresión con base en la guía mhGAP en donde se utilizarán diferentes materiales didácticos que permita evaluar, manejar e intervenir los síntomas de depresión a profesionales de la salud. Las características generales que conforman la plataforma se integrarán por materiales audiovisuales, 2 evaluaciones la inicial y final, 2 vídeos psicoeducativos, 1 audio, 1 infografía, intercambio de archivos, 6 actividades asíncronas, estos materiales permitirán que el estudiante interactúe en el aula virtual generando conocimiento y llevándolo a la práctica.

El curso se conformará por cinco módulos, un foro, evaluaciones iniciales y finales y se encontrará disponible para los profesionales que realicen prácticas profesionales o prácticas en el Programa de Atención Psicológica a Distancia. A continuación, se describen los módulos.

Módulo 1 Introducción

Objetivo

El profesional de la salud revisará los síntomas y definición de la depresión.

El curso en línea tendrá la siguiente información

Depresión

La depresión es un problema que afecta a muchas personas en el mundo. Además, se considera una de las enfermedades que más incapacita a las personas, es decir, quienes la experimentan pueden llegar a ser incapaces de continuar con su vida cotidiana y en casos extremos, puede conducir a la muerte (OMS, 2010)

¿Qué es la depresión?

Es un trastorno mental donde hay tristeza intensa y constante. La tristeza es una emoción que todas las personas experimentamos; en realidad, sentirse triste algunas veces es saludable. Sin embargo, se transforma en algo problemático cuando es muy frecuente; por ejemplo, si las personas se sienten así la mayoría o todos los días durante dos semanas (OMS, 2011).

Actividad 1 Reconociendo la depresión

Para complementar la información anterior se revisarán dos videos y se realizará un resumen en el que el alumno identificará los síntomas de depresión mencionados en los vídeos.

Video 1:

GarzonArt (2020, Julio). *No pasa nada*. [Depresión cortometraje animado | No pasa nada - Bing video](#)

Descripción:

Este video da una introducción de lo que es la depresión, habla sobre la definición y los síntomas que afectan a la persona, dando datos significativos de INEGI además nos menciona cómo prevenirla y pedir ayuda algún profesional de la salud.

Video 2:

Psicología en la red. (2014, septiembre). *Video psicoeducativo de la OMS sobre depresión. Video psicoeducativo de la OMS sobre la depresión. - Bing video*

Descripción: Es un cortometraje que refleja y explica cómo afecta a las personas ejemplificado con la compañía de un perro que representa el trastorno de depresión y cómo va afectando a lo largo de sus actividades cotidianas hasta que pierde el sentido de la vida y decide buscar ayuda profesional quienes les dan las herramientas en el proceso de mejorar su salud mental.

Módulo 2 síntomas de Depresión

Objetivo

El profesional reconocerá e identificará los síntomas de depresión.

Actividad 2 Reconociendo los síntomas de depresión

Lee cuidadosamente los siguientes síntomas se pondrá un ejemplo de un caso, tendrás que identificar los síntomas que se presentan.

Síntomas de la Depresión

- Alteraciones del sueño o dormir demasiado
- Cambio significativo del apetito o el peso (disminución o aumento)
- Sentimientos de Culpa
- Fatiga o pérdida de energía
- Disminución de la concentración
- Indecisión
- Agitación observable o inquietud física
- Habla o se mueve más lentamente de lo usual
- Desesperanza
- Pensamientos o actos suicidas
- Baja Autoestima

La depresión puede afectar diversas áreas en tu vida:

- **Personal o individual:** Dificultades con uno mismo, dejar de bañarse, baja autoestima o sentirse culpable.
- **Interacción social:** Genera dificultades con familia, pareja y amigos.
- **Trabajo o escuela:** El desempeño disminuye o no se realizan las actividades acostumbradas o se deja de asistir a las mismas.

En su forma más grave, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero si es moderada o grave, se puede requerir terapia cognitivo-conductual y medicamentos.

Actividad 3 Actividades saludables y motivantes

Realiza una lista de acciones que fomenten las actividades sociales, laborales, personales y tu salud física.

Módulo 3 Psicoeducación

Objetivo

El profesional de la salud revisará como brindar psicoeducación a las personas que presenten síntomas de depresión, para este apartado se realizó material de audio con la siguiente información.

Psicoeducación

Recurso grabado basado en la guía mhgap 2.0 (OMS, 2011):

- La depresión es un problema muy frecuente que le puede suceder a cualquier persona.
- La aparición de la depresión no significa que la persona sea débil.
- La depresión no es una dolencia visible, a diferencia de una fractura o una herida.
- Existe también la idea errónea de que las personas con depresión pueden controlar fácilmente sus síntomas mediante la simple fuerza de voluntad.

- Las personas con depresión tienen dificultades en su funcionamiento cotidiano en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo.
- Las personas con depresión tienden a tener opiniones negativas no realistas acerca de sí mismos, su vida y su futuro. Su situación actual puede ser muy difícil, de tal forma que puede causar pensamientos de desesperanza y falta de valor.
- Los pensamientos de autolesión o suicidio son comunes. Si se detectan estos pensamientos, la persona no debe actuar para modificarlos, sino que debe relatarlos a una persona de confianza y pedir ayuda de inmediato.

Actividad 5 Brindando psicoeducación

Los alumnos deberán grabarse dando psicoeducación.

Módulo 4 intervenciones

Objetivo

Revisar las intervenciones psicosociales efectivas para la atención de la depresión

Intervenciones Psicosociales

Fortalecer el apoyo social:

Reactive la red de relaciones sociales de la persona. Identifique actividades sociales previas que pueden prestar apoyo psicosocial directo o indirecto.

- Reunirse con la familia.
- Visitar a los vecinos y amigos.
- Realizar actividades en su comunidad.

Nota: En caso de la pandemia que es un factor de riesgo se pueden modificar las actividades algunos ejemplos son los siguientes:

- Llamar a un amigo
- Hacer reuniones por video- llamadas
- Hacer dinámicas familiares en casa que les permitan la interacción entre los miembros de la familia

Funcionamiento adecuado

Estas actividades promueven el funcionamiento y son importantes realizarlas para que pueda reducir los síntomas de depresión.

- Mantener un ciclo regular de horas para dormir y para estar despierto.
- Mantenerse físicamente activo en la medida de lo posible.
- Comer regularmente a pesar de las alteraciones del apetito.
- Pasar tiempo con amigos de confianza y con la familia.
- Participar en lo posible en las actividades comunitarias y otras actividades sociales.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES



Buscan fortalecer la red de apoyo,
reactivando las relaciones sociales
de la persona.

PASAR TIEMPO CON
AMIGOS DE CONFIANZA



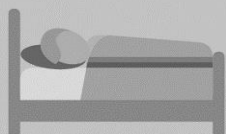
VISITAR VECINOS



LLAMAR A UN AMIGO

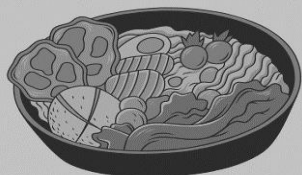
ACTIVIDADES
COMUNITARIAS

PROMOVER EL FUNCIONAMIENTO



MANTENER UN CICLO
REGULAR DE HORAS
PARA DORMIR Y PARA
ESTAR DESPIERTO

MANTENERSE
FÍSICAMENTE ACTIVO EN
LA MEDIDA DE LO
POSIBLE.



COMER REGULARMENTE
A PESAR DE LAS
ALTERACIONES DEL
APETITO.



Referencias

- Mental Health Gap Action Programm. (2009). Obtenido de https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/mhgap_guideline_process_2009.pdf?ua=1

Actividades Complementarias

Realizar un cronograma de tus actividades promoviendo el funcionamiento adecuado en las actividades diarias es importante que se tenga disciplina en las actividades diarias. Habrá un video de como elaborar el llenado de la tabla.

HORARIOS		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8:00	a						
10:00							
10:00	a						
12:00							
12:00	a						
13:00							

- Hacer una lista de Actividades desde que inicia tu día hasta la hora de dormir, se tendrá que hacer una lista de todas las actividades que realizas en un día normal e identificarás cuáles son las actividades que promueven tu bienestar de lo contrario también reconocerás las que producen malestar en tu día a día.

Actividades o cosas.	Promueven bienestar	Causan Malestar
Ejemplo 1 Bailar	X	
Ejemplo 2 Estar en el celular		X
Hacer ejercicio	X	
Cumplir con mis tareas	X	
Levantarme al medio día		x
Salir con mis amigos	X	
Discutir con mis padres		X

Actividad 6 Infografía explicativa

El profesional de la salud realizará una infografía con los aspectos antes mencionados que le permita integrar las intervenciones psicosociales ejemplo:

Foro

Permitirá a los profesionales de la salud tener discusiones asincrónicas a lo largo del tiempo que realicen el módulo, este será un espacio para resolver dudas y dar orientación.

Evaluación

Se realizará dos evaluaciones una inicial que ayudará a identificar el nivel de conocimiento previo a la revisión del curso de depresión, esta evaluación permitirá al profesional de la salud saber en qué temas debe trabajar más. La segunda evaluación se realizará al final de todo del curso de depresión y permitirá evaluar el nivel de conocimiento adquirido por medio del curso. La evaluación se integra por siete reactivos verdadero falso está basado en la guía mhGAP 2.0.

Tablero ► Mis cursos ► Aten Psic Dis ► Entrenamiento para la evaluación y manejo de la de... ► Evaluación Final ► Editar examen

Editar examen: Evaluación Final

Preguntas: 7 | Este examen está abierto

Calificación máxima 10.00 Guardar

Paginar de nuevo Seleccionar varios ítems

Total de puntos: 7.00

☐ Barajar

Página 1	Añadir
1 •• Pregunta La depresión es una enfermedad mental caracterizada por la tristeza ...	1.00
2 •• Pregunta Las personas con depresión tienen dificultad para continuar con sus ...	1.00
3 •• Pregunta La terapia cognitivo conductual es efectiva para tratar la depresión	1.00
4 •• Pregunta El no establecer una actividad física, es una recomendación para abr...	1.00
5 •• Pregunta Sentir poca energía, dificultad para concentrarse y poco apetito son s...	1.00
6 •• Pregunta Una persona con depresión puede pensar en el suicidio.	1.00
7 •• Pregunta Las intervenciones psicosociales son herramientas para manejar la D...	1.00

Añadir

Navegación

- Tablero
- Página inicial del sitio
- Páginas del sitio
- Mis cursos
 - Aten Psic Dis
 - Participantes
 - Competencias
 - Calificaciones
 - ¿Qué es el primer contacto?
 - Conexión al conmutador
 - Consejo Breve
 - Encuadre y rescates
 - ¿Cómo hacer un resumen de sesión?
 - Los 6 niveles de validación
 - Plan de Servicio
 - Entrevista
 - Psicoeducación
 - Entrevista Motivacional

9. REFERENCIAS

- American Psychological Association (2002). *Criteria for evaluating treatment guidelines. American Psychologist*, 57, (pags. 1052-1059)
- American Psychological Association (2005). *Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology*. Washington
- Anónimo (2020). Fotografía. *Directorio, Atención Psicológica a distancia de la UNAM*.
- Anónimo (2020). Fotografía. *Servicios atendidos. Atención Psicológica a distancia de la UNAM*.
- Ayala, G. A. (2020). *Instrumentación de un sistema de gestión de calidad para empresas de servicios: de la norma iso 9001:2008 a la iso 9001-2015* [Tesis Licenciatura, Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León]. TESIUNAM
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual review of clinical psychology*, 9, 1-27. Recuperado en junio del 2022 de, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245338/>
- Bloom, M., Fischer, J., y Orme, J. G. (2009). *Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional* (6° edition). Allyn & Bacon. Ehttps://www.researchgate.net/publication/291523274_Evaluating_practice_Guidelines_forthe_accountable_professionalvaluating practice: Guidelines for the accountable professional | Request PDF (researchgate.net)
- Boneu, J. M. (2007). Plataformas abiertas de e-learning para el soporte de contenidos educativos abiertos. *RUSC. Universities and Knowledge Society Journal*, 4 (1), 36-47. <http://dx.doi.org/10.7238/rusc.v4i1.298>
- Clark, R. C., y Mayer, R. E. (2016). *E-learning and the science of instruction: Proven guidelines for consumers and designers of multimedia learning*. John Wiley & sons.

- Cook, David (2007) Web-based learning pros, cons and controversies. *Clinica Medicine*. N° 1 Vol 7 January/February
- Coppus, S. F., Emparanza, J. I., Hadley, J., Kulier, R., Weinbrenner, S., Arvanitis, T. N., ... & Khan, K. S. (2007). A clinically integrated curriculum in evidence-based medicine for just-in-time learning through on-the-job training: the EU-EBM project. *BMC medical education*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-46>
- Correa Granados, K. J., Herazo Sevilla, N. F., Sepúlveda García, S. Y., y Yepes Castañeda, L. J. (2018). *Primeros auxilios psicológicos–intervención en crisis (P.A.P.)* [Tesis de pregrado]. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Cruz Pérez, M. A., Pozo Vinuesa, M. A., Aushay Yupangui, H. R., & Arias Parra, A. D. (2019). Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) como forma investigativa interdisciplinaria con un enfoque intercultural para el proceso de formación estudiantil. *E-Ciencias de la Información*, 9(1), 44-59. <http://dx.doi.org/10.15517/eci.v1i1.33052.b>
- CUAIEED. (2018). Coordinación de Universidad Abierta Innovación Educativa y Educación a Distancia. <https://programas.cuaed.unam.mx/psicologia-recursos/moodle/>
- Fernández Manjón, B. (2006). Especificaciones y estándares en e-learning. *Revista de tecnologías de la Información y Comunicación Educativas*, 6, 1-32. Recuperado en junio de 2022 de, http://reddigital.cnice.mec.es/6/Articulos/pdf/Articulos_2.pdf
- Gibbons A, Fairweather P. (2000). *Training & Retraining: A Handbook for Business, Industry, Government, and the Military*. Macmillan Reference USA.
- Goodheart, C. D. (2006). Evidence, Endeavor, and Expertise in Psychology Practice. *Where practice and research meet*. American Psychological Association.

- Hernández, K. A. y Lesmes, A. K. (2018). La escucha activa como elemento necesario para el diálogo. *Revista Convicciones*, 5(9), 83-87. Recuperado en agosto del 2022 <https://www.fesc.edu.co/Revistas/OJS/index.php/convicciones/article/view/272>
- INACAL (2019). 9001 2015. En *Plataforma de navegación en línea*. Recuperado en agosto de 2022 de, <https://inacal.isolutions.iso.org/obp/ui>
- Lizarraga, S. D., y Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*. (24), 43-53. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0423>
- M. Yañez, Carlo (2008). Sistemas de Gestión de calidad en base a la norma ISO 9001. *International eventos*. 05 de Diciembre.
- Martinez, F. (2016). *Terapia Centrada en Soluciones, un Modelo de Intervención en el Call Center UNAM*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México
- Martínez-Taboas, A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 63-78. Recuperado en marzo del 2022 de, <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/33>
- Medrano, A y Moretti, S. (2016) *Prácticas basadas en la evidencia, Ciencia y Profesión en el Campo de la Salud*. Editorial Brujas. https://www.academia.edu/25301639/Pr%C3%A1cticas_en_Salud_Basadas_en_la_Evidencia
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós. Recuperado en agosto del 2022 de, <https://idoc.pub/documents/libro-entrevista-motivacional-miller-y-rollnick-1999-d49ojq732o49>.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Bogotá, Colombia. El Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Depresión*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Organización Mundial de la Salud (2011) *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias - Manual para uso en la atención primaria*.

Organización Mundial de la salud (2016). Guía de Intervención mhGAP. Programa de acción para superar las brechas en salud mental.

Plaza-Burgos, S. I., Véliz-Briones, V. F., & Mendoza-Bravo, K. L. (2020). Caracterización de las TIC durante el proceso: enseñanza-aprendizaje. *Polo del Conocimiento*, 5 (1), 759-779. <http://dx.doi.org/10.23857/pc.v5i1.2014>

Prácticas integrales supervisadas.
(s.f.):https://test.psicologiaunam.com/practicas.psicologiaunam.com/mas_info.php?id=584.

Psicología en la Red (2014, septiembre) *Video psicoeducativo de la OMS sobre depresión*. <https://www.youtube.com/watch?v=K3oUkXgTKKU>

Rodríguez-Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*. Pla d'Acció sobre Drogues. Institut Municipal de Salut Públic. 14 (Supl 1), 337-352. <https://doi.org/10.20882/adicciones.532>

Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig RM. (2006). *El impacto del e-learning en la educación médica*. *Medicina Académica*; 81(3), 207-12.

Sue, D. W., Sue, D., Neville, H. A. y Smith, L. (2008). *Consejería a los Culturalmente Diversos: Teoría y Práctica*. (8 ed.) Wiley.

Ward, J. P., Gordon, J., Field, M. J., y Lehmann, H. P. (2001). Communication and information technology in medical education. *The Lancet*, 357(9258), 792-796.

Wentling T.L., Waight C, Gallagher J, La Fleur J, Wang C, Kanfer A. (2000). *E-learning-a review of literature*. Universidad de Illinois en Urbana-Champaign, learning.ncsa.uiuc.edu/papers/elearnlit.pdf.

10. ANEXOS

Ficha de Datos Generales

No. Expediente: _____
No. Cuenta o de trabajador/CURP: _____
Fecha: _____

Identificación de la persona que requiere el servicio

Nombre

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Sexo:

() Hombre () Mujer

Fecha de nacimiento:

_____/_____/_____

día mes año

Lugar de nacimiento:

Edad: _____ años

Estado civil de la persona que requiere el servicio

() Soltero () Casado () Unión libre () Divorciado () Viudo () Separado
() No lo especifica

¿Pertenece a la Comunidad UNAM? Sí () No ()

NOTA: En caso de ser de la Comunidad UNAM, responde lo siguiente:

Entidad académica de procedencia:

Eres: () Estudiante () Académico () Administrativo

Carrera que estudias: _____

Semestre

que cursas: 1° () 2° () 3° () 4° () 5° () 6° () 7° () 8° () 9° () 10° ()

Persona que solicita el servicio:

() La persona () Padres o tutores () Otro familiar () Otro

Nombre de quien solicita el servicio (llenar solo si no lo solicita la propia persona):

Si la atención es para un menor de 18 años de edad, anote los datos de los padres o tutores:

Nombre del padre, madre o tutor:

Licenciatura	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6 o más años
Posgrado	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6 o más años

Situación laboral de la persona que requiere el servicio

¿Trabaja actualmente? () Sí () No Si no trabaja actualmente ¿de quién depende? _____

¿Recibe remuneración económica por su trabajo? () Sí () No

Descripción de su trabajo:

Trabajo administrativo de oficinas, realiza dictámenes para pagos de remezas.

Número de integrantes del hogar (contando la persona que requiere el servicio):

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 o más

Ingreso familiar mensual: \$ _____

Número de personas que aportan a este ingreso

(contando la persona que requiere el servicio) () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 o más

Número de personas que dependen de este ingreso

(contando la persona que requiere el servicio) () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 o más

Su casa es:

() Propia () Propia pero la está pagando () Rentada () Prestada () Intestada o en litigio
() Otra: _____

Motivo de consulta (Describa de forma detallada lo que le pasa y qué espera de la atención que se le puede brindar en este Centro/Programa):

¿Desde cuándo le pasa esto? _____

¿Ha recibido anteriormente tratamiento para dar solución a esta situación? ☐ Sí ☐ No

Número de veces que ha sido atendido para esta situación:

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 o más

Tipo de atención que ha recibido:

☐ Psicológica ☐ Psiquiátrica ☐ Médica ☐ Neurológica ☐ Otra: _____

¿Viene referido de otra institución? ☐ Sí ☐ No

☐ Escuela ☐ Trabajo ☐ Hospital o Instituto ¿Cuál? _____
☐ Depto. Psiquiatría y Salud Mental (Fac. Medicina) _____
☐ Otra: _____

Problemática referido de la institución:

¿Ha recibido atención en otros Centros y/o Programas de la FACULTAD para su motivo de consulta?

☐ Sí ☐ No

Centro/Programa

- | | |
|---|--|
| ☐ Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD) | ☐ Programa de Atención Psicológica a Distancia (PAPD) |
| ☐ Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” (CCJM) | ☐ Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM) |
| ☐ Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV) | ☐ Programa de Conductas Adictivas |
| ☐ Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial (CISEE) | ☐ Centro Comunitario “Los Volcanes” (CCLV) |

¿Tiene algún problema de salud? ☐ Sí ☐ ¿Cuál? _____
☐ No

Toma medicamentos: ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál (es)? _____

Dosis: _____

Horario de preferencia: ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Indiferente

Tipo de servicio: Orientación/Consejo breve ☐ Evaluación ☐ Intervención ☐
☐

Modalidad de servicio que solicita: ☐ Individual ☐ Grupal ☐ Familiar ☐ Pareja

Centro/Programa en el que será atendido:

- | | |
|---|--|
| ☐ Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD) | ☐ Programa de Atención Psicológica a Distancia (PAPD) |
| ☐ Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” (CCJM) | ☐ Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM) |
| ☐ Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV) | ☐ Programa de Conductas Adictivas |
| ☐ Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial (CISEE) | ☐ Centro Comunitario “Los Volcanes” (CCLV) |
| | ☐ Otro: _____ |

Cita:

Fecha: _____ Hora: _____ Supervisor responsable: _____

Estudiante responsable: _____

Cuestionario de Detección de Riesgos en la Salud Física y Mental

Fecha: _____ Número de expediente: _____

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Instrucciones: A continuación, se muestra una lista de síntomas y situaciones relacionados con su salud. Califique de 0 a 10 qué tanto le pasa cada uno de ellos. Es decir, "0" es "no me pasa en lo absoluto", "1" me pasa **muy poco** hasta "10": me pasa **siempre**

Ejemplo:

	-											+
En las últimas dos semanas...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Se siente feliz												

En el ejemplo, la persona le dio "7" de calificación a la afirmación, lo cual significa que se ha sentido feliz.

DEPRESIÓN	Descarte sintomatología física <u>Diagnosticada por un Médico</u>	Respuesta	
	b. Presenta desnutrición	SI	NO
	c. Presenta hipotiroidismo	SI	NO
	En las últimas dos semanas...	Respuesta (0-10)	
	1. Ha tenido tristeza profunda		
	2. Ha tenido desesperanza		
	3. Ha tenido falta de satisfacción por las actividades que antes te eran placenteras.		
	4. Ha tenido falta de interés en actividades que ante te eran placenteras		
	5. Ha tenido alterado el sueño (Duermes más o duermes menos de lo habitual)		
	6. Ha tenido disminución de tu concentración		
	7. Ha tenido cambios en tu apetito (más hambre, menos hambre)		
	8. Ha tenido fatiga		
MANÍA	9. Ha tenido pensamientos de que careces de logros		
	10. Ha tenido pensamientos de que todo lo que pasa es culpa tuya		
	11. Ha tenido dificultades en su vida: Social, laboral o/y educativa		
	1. Irritación		
	2. Mayor actividad		
	3. Disminución de la necesidad de sueño		
	4. Ha sentido: que habla demasiado rápido		
	5. Es impulsivo (por ejemplo: toma decisiones importantes sin pensar)		
PSICOSIS	6. Ha estado muy desinhibido		
	7. Se distrae fácilmente		
	8. En la última semana ha sentido: que es demasiado bueno para todo		
	Descarte sintomatología física <u>Diagnosticada por un Médico</u>	Respuesta	
	a. Presenta infecciones	SI	NO
	b. Presenta malaria	SI	NO
	c. Presenta deshidratación	SI	NO
	d. Presenta niveles bajos de azúcar en el cuerpo (hipoglucemia)	SI	NO
	e. Presenta niveles bajos de sal en el cuerpo (hiponatremia)	SI	NO
	f. Presenta efectos secundarios debido a un medicamento	SI	NO
	En los últimos tres meses...	Respuesta	
	1. Ha sospechado que las personas planean algo en su contra	SI	NO
	2. Ha escuchado voces que los demás no perciben	SI	NO

	3. Ha visto cosas que los demás no perciben	SI	NO
	4. Ha tenido pensamientos persistentes que los demás no comparten con usted	SI	NO
	5. Le han dicho que ha descuidado su aspecto personal	SI	NO
EPILEPSIA	Descarte sintomatología física <u>Diagnosticada por un Médico</u>	Respuesta	
	a. Presenta: fiebre	SI	NO
	b. Presenta: dolores de cabeza	SI	NO
	c. Presenta: rigidez de la nuca	SI	NO
	d. Presenta o presentó: traumatismo craneoencefálico	SI	NO
	Ha presentado alguna de las siguientes condiciones...	Respuesta	
	1. Crisis convulsivas	SI	NO
	2. Los movimientos convulsivos duraron más de 1 minuto	SI	NO
	3. Durante la convulsión: Ha perdido el conocimiento	SI	NO
	4. Durante la convulsión: Ha tenido confusión	SI	NO
5. Durante la convulsión: Ha tenido rigidez	SI	NO	
DEMENCIA	Descarte sintomatología física <u>Diagnosticada por un Médico</u>	Respuesta	
	a. Presenta accidente cerebro vascular	SI	NO
	b. Presenta: antecedentes de infecciones de transmisión sexual (incluida infección por VIH/SIDA)	SI	NO
	c. Tiene factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: hipertensión	SI	NO
	d. Tiene factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: colesterol alto	SI	NO
	e. Tiene factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: diabetes	SI	NO
	f. Tiene factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: obesidad	SI	NO
	En los últimos seis meses (<u>sección únicamente para edades de 55 años en adelante, responder las preguntas de la 1 a la 3</u>)...	Respuesta (0-10)	
	1. Actualmente ha presentado: problemas de memoria (olvidos)		
	2. Actualmente ha presentado: problemas de orientación (perder la conciencia de la hora, el día de la semana, el mes, el año, el lugar)		
3. Ha presentado: dificultad para desempeñar roles o actividades (por ejemplo ir de compras, cocinar, pagar facturas) dado la pérdida de memoria			
4. Aparición de los síntomas antes de los 60 años	SI	NO	
TRASTORNOS DESARROLLO	SECCIÓN NIÑOS – ADOLESCENTES Descarte sintomatología física <u>Diagnosticada por un Médico</u>	Respuesta	
	a. Presenta: desnutrición	SI	NO
	b. Presenta: anemia	SI	NO
	c. Presenta: infección en el oído	SI	NO
	d. Presenta: VIH/SIDA	SI	NO
	e. Presenta: problemas visuales y auditivos	SI	NO
	f. Presenta: Asma	SI	NO
	g. Presenta: Enfermedad tiroidea	SI	NO
	h. Presenta: Dolor incontrolado debido a alguna enfermedad	SI	NO
	i. Presenta Obesidad	SI	NO
	SECCIÓN NIÑOS - ADOLESCENTES	Respuesta (0-10)	
	(<u><5 años</u>)		
	1. Falta de apetito		
	2. Poco crecimiento en comparación con otros niños		
	3. Debilidad en los músculos		

	4. No ha alcanzado las pautas del desarrollo en comparación con los niños de su edad (sonreír, sentarse, interactuar con otras personas, caminar, hablar o ir al baño)	
	(6 a 12 años)	Respuesta (0-10)
	5. Retraso en aprender a leer	
	6. Retraso en aprender a escribir	
	7. Retraso en el autocuidado (vestirse y bañarse solo, cepillarse los dientes, etc)	
	(13 a 18 años)	Respuesta (0-10)
	8. Dificultad para leer	
	9. Dificultad para escribir	
	10. Deficiente rendimiento escolar	
	11. Dificultad para la interacción social	
	12. Dificultad para adaptarse a los cambios	

TRASTORNOS CONDUCTA	SECCIÓN NIÑOS – ADOLESCENTES Señala el grado en que el menor ha presentado alguno de los siguientes problemas (4 a 18 años)	Respuesta (0-10)
	1. Se mueve sin cesar	
	2. Dificultad permanecer quieto por un tiempo	
	3. Habla en exceso	
	4. Da respuestas antes de que terminen de preguntarle	
	5. Tiene dificultades para esperar su turno	
	6. Interrumpe o irrumpe a otros	
	7. Se distrae con facilidad	
	8. Tiene dificultad para terminar sus tareas	
	9. Pierde cosas necesarias para tareas o actividades	
	10. Falla en poner atención a detalles o comete errores por descuido	
	11. Con frecuencia hace cosas sin reflexionar (es impulsivo (a))	
	12. Presenta comportamiento repetido y continuo que perturba a otros	
	13. Discute con adultos	
	14. Frecuentemente se enoja	
	15. Molesta a la gente	
	16. Es vengativo	
	17. Miente reiteradamente	
	18. Hace berrinches con frecuencia	
	19. Se opone o se niega a obedecer a las peticiones o reglas dadas por los adultos	
	20. Culpa a otros por sus propios errores o mala conducta	
	21. Presenta comportamiento cruel	
	22. Ha robado	
	23. Se aísla	
	24. Muestra agresión verbal	
	25. Muestra conductas auto destructivas	
TRASTORNOS EMOCIONALES	SECCIÓN NIÑOS - ADOLESCENTES	Respuesta (0-10)
	(<5 años)	
	1. Presenta llanto excesivo	
	2. Tiene dificultades para separarse de su cuidador	
	3. Tiene episodios en donde se mantiene inmóvil y en silencio	
	4. Presenta timidez extrema	

	5. Presenta conductas regresivas en comparación con los niños de su edad (hacerse pipi o popo, ensuciarse o chuparse el dedo)			
	6. Juega poco			
	7. Menor interacción social			
	(6 a 12 años)	Respuesta (0-10)		
	8. Presenta dolor de cabeza o estómago recurrente			
	9. Se niega a ir a la escuela			
	10. Timidez extrema			
	11. Presenta conductas regresivas en comparación con los niños de su edad (hacerse pipi o popo, ensuciarse o chuparse el dedo)			
	(13 a 18 años)	Respuesta (0-10)		
	12. Se irrita o molesta con facilidad			
	13. Se deprime con frecuencia			
	14. Se frustra			
	15. Presenta cambios inesperados del estado de ánimo (explosiones emocionales)			
	16. Tiene dificultad para concentrarse			
	17. Presenta bajo desempeño escolar			
	18. Con frecuencia desea estar solo			
	AUTOLESION-SUICIDIO	Descarte sintomatología física <u>Diagnosticada por un Médico</u>	Respuesta	
		a. Dolor Crónico	SI	NO
Presenta o ha presentado alguna de las siguientes situaciones ...		Respuesta (0-10)		
1. Pensamientos de hacerse daño () En el último mes () En el último año / ¿Cuándo empezaron?				
2. Planes de hacerse daño () En el último mes () En el último año / ¿Cuándo empezaron?				
3. Pensamientos de quitarse la vida () En el último mes () En el último año / ¿Cuándo empezaron?				
4. Planes de quitarse la vida () En el último mes () En el último año / ¿Cuándo empezaron?				
5. Se ha causado algún daño físico con la intención de lastimarse () En el último mes () En el último año / ¿Cuándo empezaron?		SI	NO	
6. Ha intentado quitarse la vida () En el último mes () En el último año / ¿Cuántas veces?	SI	NO		
ANSIEDAD	En las dos últimas semanas...	Respuesta (0-10)		
	1. Se ha sentido preocupado constantemente de que algo malo pueda pasar (asalto, enfermedad, tener un accidente, 'hacer el ridículo' frente a desconocidos, etc.)			
	2. Se ha sentido nervioso constantemente			
	3. Ha sentido tensión muscular			
	4. Ha sentido que tu corazón late más rápido de lo habitual			
	5. Se ha sentido tan nervioso que te ha impedido realizar sus actividades			
	6. Se ha alejado de situaciones que le hacen sentir nervioso			
	7. Ha sentido miedo sin razón aparente			
SALUD SEXUAL	En los últimos seis meses ...	Respuesta (0-10)		
	1. Mantuvo relaciones sexuales con más de una persona	SI	NO	
	2. Hs tenido relaciones sexuales sin usar condón			
	3. Envío y/o recibió imágenes o mensajes con contenido sexual a través de dispositivos tecnológicos			
	4. Tiene dificultades en su vida sexual (por ejemplo, inhibición en el deseo sexual, dificultad para mantener la erección, eyaculación precoz, dificultad en la lubricación, dificultad para tener orgasmos, etc.)			

	Presenta o ha presentado...	Respuesta								
	1. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, VPH, clamidiasis, gonorrea, sífilis, tricomoniasis, etc.)	SI	NO							
	2. Embarazo no deseado	SI	NO							
	3. Malestar sobre tu orientación sexual	SI	NO							
VIOLENCIA	En los últimos seis meses...	Respuesta (0-10)								
	1. Alguien lo lastimó físicamente de forma intencional (por ejemplo, empujar, golpear, pellizcar, etc.)									
	2. Alguien lo lastimó emocionalmente de forma intencional (por ejemplo, humillarlo, insultarlo, amenazarlo, ignorarlo, prohibirle, celarlo.)									
	3. Alguien sobrepasó los límites en su sexualidad (por ejemplo, hostigamiento, acoso sexual, ciberacoso, abuso sexual, violación)									
	4. Lastimó físicamente a otra persona con la intención de hacerlo (por ejemplo, empujar, golpear, pellizcar, etc.)									
	5. Lastimó emocionalmente a otra persona con la intención de hacerlo (por ejemplo, humilló, insultó, amenazó, ignoró, prohibió, celó.)									
	6. Sobrepasó los límites en la sexualidad de otra persona (por ejemplo, hostigamiento, acoso sexual, ciberacoso, abuso sexual, violación)									
TRASTORNOS CONSUMO DE SUSTANCIAS	1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez (sólo las que consumió sin receta médica)?	Respuesta								
	a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	SI	NO							
	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	SI	NO							
	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	SI	NO							
	d. Cocaína (coca, crack, etc.)	SI	NO							
	e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	SI	NO							
	f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	SI	NO							
	g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	SI	NO							
	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	SI	NO							
	i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	SI	NO							
	j. Otras, especifica: _____	SI	NO							
	2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)? 0=nunca; 2= 1 o 2 veces; 3=Mensualmente; 4=Semanalmente; 6 Diario o casi diario	Respuesta								
	a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6				
	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6				
	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6				
	d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6				
	e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6				
	f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6				
	g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6				
	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6				
	i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6				
	j. Otras, especifica: _____	0	2	3	4	6				
	3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)? 0=nunca; 3=1 o 2 veces; 4=Mensualmente; 5=Semanalmente; 6=Diario o casi diario	Respuesta								
	a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6				
	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6				
	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6				

d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras, especifica: _____		3	4	5	6
4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos? 0=nunca; 4=1 o 2 veces; 5=Mensualmente; 6=Semanalmente; 7=Diario o casi diario	Respuesta				
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras, especifica: _____		4	5	6	7
5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)? 0=nunca; 5=1 o 2 veces; 6=Mensualmente; 7=Semanalmente; 8=Diario o casi diario	Respuesta				
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras, especifica: _____	0	5	6	7	8
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)? 0=No, nunca; 6=Sí, en los últimos 3 meses; 3=Sí, pero no en los últimos 3 meses	Respuesta				
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	6	3		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3		
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3		
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3		
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3		
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3		
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3		

i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras, especifica: _____	0	6	3
7. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo ha logrado? 0=No, nunca; 6=Sí, en los últimos 3 meses; 3=Sí, pero no en los últimos 3 meses	Respuesta		
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras, especifica: _____	0	6	3
8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?	SI	NO	
9. Frecuencia con la que se inyecta:	4 días al mes	Más 4 días al mes	

	D E P	MA N	P SI	E PI	DE M	TDE			TC	TE			S UI	A NS	S EX	VI O
Puntaje máximo (PM)	110	80	50	50	40	≥ 540	6-1230	13-1850	250	≥ 570	6-1240	13-1870	60	70	70	60
Puntaje obtenido (PO)																
Porcentaje (PO*100/PM)																

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención (consejo breve)	Intervención breve	Tratamiento más intensivo
Tabaco				
Alcohol				
Cannabis				
Cocaína				
Anfetaminas				
Inhalantes				
Sedantes				
Alucinógenos				
Opiáceos				
Otras drogas				

La persona atendida **comprende** los síntomas identificados en el cuestionario Sí () No ()
La persona atendida **acepta** los síntomas y el pronóstico del padecimiento identificado Sí () No ()
La persona atendida **acepta** asistir al servicio identificado e indicado Sí () No ()

NOTA: Todos los participantes independientemente del resultado deberán recibir retroalimentación y consejo breve de sus resultados. Se tiene que priorizar la atención y referencia, priorizando los trastornos en el siguiente orden, tomando en cuenta los indicadores más graves:

1. Autolesión y suicidio; 2. Violencia; 3. Psicosis; 4. Conductas sexuales de riesgo; 5. Trastorno por consumo de sustancias (si presenta abuso y/o dependencia; si no, priorizar depresión); 6. Depresión; 7. Epilepsia; 8. Trastornos de conducta; 9. Demencia; 10. Ansiedad; 11. Antecedentes personales

Formato Expediente de referencia a institución. 2020. Tomada del Programa de atención psicológica a distancia UNAM. Facultad de Psicología.