

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



# Telepsicología

## Pautas para intervenciones digitales

Anabel de la Rosa Gómez  
Alicia Ivet Flores Elvira  
Lorena Alejandra Flores Plata  
COORDINADORAS





Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

# Telepsicología

Pautas para intervenciones digitales



**DR. LEONARDO LOMELÍ VANEGAS**  
RECTOR



**DRA. MARÍA DEL CORO ARIZMENDI ARRIAGA**  
DIRECTORA

**DRA. C. TZASNA HERNÁNDEZ DELGADO**  
SECRETARIA GENERAL ACADÉMICA

**DR. HIBRAIM ADÁN PÉREZ MENDOZA**  
SECRETARIO DE DESARROLLO Y RELACIONES INSTITUCIONALES

**DR. RODRIGO ERICK ESCARTÍN PÉREZ**  
SECRETARIO DE PLANEACIÓN Y CUERPOS COLEGIADOS

**CP REINA ISABEL FERRER TRUJILLO**  
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

**MTRA. ALICIA IVET FLORES ELVIRA**  
COORDINADORA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

**MC JOSÉ JAIME ÁVILA VALDIVIESO**  
COORDINADOR EDITORIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
SUAYED PSICOLOGÍA

# Telepsicología

## Pautas para intervenciones digitales

Anabel de la Rosa Gómez  
Alicia Ivet Flores Elvira  
Lorena Alejandra Flores Plata  
COORDINADORAS



F E S I

FES Iztacala, UNAM  
2024

---

## Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

**Nombres:** Rosa Gómez, Anabel de la, 1983-, editor. | Flores-Elvira, Alicia I., editor. | Flores Plata, Lorena A., editor.

**Título:** Telepsicología : pautas para intervenciones digitales / Anabel de la Rosa Gómez, Alicia Ivet Flores Elvira, Lorena Alejandra Flores Plata, coordinadoras.

**Descripción:** Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2024. | A la cabeza del título: SUAYED PSICOLOGÍA

**Identificadores:** LIBRUNAM 2254949 (libro electrónico) | ISBN 9786073099271 (libro electrónico).

**Temas:** Psicología clínica. | Psicología -- Innovaciones tecnológicas. | Intervención en crisis (Servicios de salud mental).

**Clasificación:** LCC RC467 (libro electrónico) | DDC 616.89—dc23

---

# Telepsicología

## Pautas para intervenciones digitales

**Primera edición: noviembre 2024**

**D.R. © 2024 Universidad Nacional Autónoma de México**

Ciudad Universitaria, Alcaldía de Coyoacán,

CP 04510, Ciudad de México, México.

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

Avenida de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla de Baz,

CP 54090, Estado de México, México.

www.iztacala.unam.mx

**ISBN: 978-607-30-9927-1**

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

### APOYO TÉCNICO

**MC José Jaime Ávila Valdivieso**

Cuidado de la edición

**LH Jorge Arturo Ávila Gómora**

**Lic. Miryam Geraldine Cuevas Rodríguez**

Corrección de estilo

**LDG Jacqueline Verónica Sánchez Ruiz**

Diagramación, diseño de página, formación editorial y retoque digital de imágenes

**Mtro. Elihú Gamboa Mijangos**

Diseño de portada

Se agradece el apoyo para esta publicación al proyecto:  
CONACYT-FORDECYT-PRONACES/1401.

Esta obra fue dictaminada a doble ciego por pares académicos nacionales e internacionales adscritos al Comité Editorial de la FES Iztacala.

Hecho en México

## **Autores**

---

### **Adriana Concepción Rojas Baltazar**

Licenciada en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); maestra en Educación y Docencia por la Universidad Tecnológica Latinoamericana en Línea. Profesora de Asignatura “A”, adscrita a la carrera de Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) de la FES Iztacala, UNAM. Diplomada en Intervención Psicopedagógica y Clínica, y en Docencia para la Educación a Distancia.

ORCID: 0009-0001-5806-6534

### **Adriana Irene Hernández Gómez**

Licenciada y doctora en Psicología por la FES Iztacala, UNAM; maestra en Saberes sobre Subjetividad y Violencia por el Colegio de Saberes. Docente adscrita a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (FCPyS) y a la carrera de Psicología del SUAYED de la FES Iztacala, ambas de la UNAM. Sus principales líneas de investigación son el trabajo y subjetividad, psicodinámica del trabajo e investigación cualitativa.

ORCID: 0000-0001-5174-8113

### **Alicia Ivet Flores Elvira**

Licenciada en Psicología por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP); maestra en Psicología por la UNAM. Técnica Académica adscrita a la licenciatura en Psicología del SUAYED de la FES Iztacala, UNAM. Sus principales líneas de investigación son la supervisión clínica y procesos de inclusión educativa y social.

ORCID: 0000-0001-7242-3932

### **Anabel de la Rosa Gómez**

Licenciada y doctora en Psicología por la Facultad de Psicología, UNAM. Coordinadora de Universidad Abierta y Educación Digital (CUAED) y Profesora de Carrera Titular “B” TC, adscrita a la carrera de Psicología del SUAyED en la FES Iztacala, ambas en la UNAM. Fundadora del Laboratorio de Psicología e Innovación Tecnológica (LABPSIIT). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel II. Sus principales líneas de investigación incluyen la salud emocional y tecnología, las intervenciones psicológicas digitales y la vulnerabilidad al trauma.

ORCID: 0000-0002-3527-1500

### **Cristina González Méndez**

Licenciada en Psicología por de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco; maestra en Psicoterapia Psicoanalítica por el Colegio Internacional de Estudios Superiores. Docente adscrita a la carrera de Psicología del SUAyED en FES Iztacala, UNAM. Autora de diversos artículos sobre psicología clínica.

ORCID: 0000-0002-5441-8125

### **Dulce María Díaz Sosa**

Licenciada, maestra y doctora en Psicología y Salud por la Facultad de Psicología, UNAM. Posdoctorante en la FES Iztacala, UNAM, con un proyecto sobre una intervención enfocada en el trauma en mujeres víctimas de abuso sexual. Docente en la UAM, Unidad Lerma. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII). Sus principales líneas de investigación son: factores psicosociales de cuidadores primarios de personas con traumatismo craneoencefálico; prevención y atención del VIH en mujeres y población clave; atención de la salud mental en profesionales de la salud frente a la covid-19 y atención de los trastornos emocionales y derivados del estrés y trauma, desde la perspectiva transdiagnóstica y a través de la telepsicología.

ORCID: 0000-0003-1957-3653

### **Edith González Santiago**

Licenciada en Psicología y maestra en Docencia para la Educación Media Superior, ambas por la FES Iztacala, UNAM. Profesora de Asignatura “A” adscrita a la carrera de Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Sus líneas de interés se dirigen a la psicología y la música, los procesos de duelo y la tanatología, el envejecimiento, el clima social escolar, la autorregulación, el diseño y creación de recursos educativos para la docencia.

ORCID: 0000-0002-7876-6079

### **Francisco Omar Hernández Orduña**

Licenciado en Psicología, maestro en Psicología con Residencia en Medicina Conductual y doctor en Psicología, todas por la UNAM. Estancia posdoctoral en la FES Iztacala, UNAM. Formación como experto en terapias contextuales por la Universidad de Almería (España) y entrenamiento como terapeuta dialéctico conductual en DBT Iberoamérica.

Docente en terapia cognitivo conductual y terapias contextuales, a nivel licenciatura y maestría, en la Universidad Westhill. Supervisor de terapeutas en formación.  
ORCID: 0000-0002-4868-876X

### **Gabriela Leticia Sánchez Martínez**

Licenciada en Psicología y maestra en Psicología con Residencia en Neuropsicología Clínica, ambas por la FES Iztacala, UNAM. Profesora de Asignatura “A”, adscrita a la carrera de Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Sus líneas de interés incluyen: ansiedad, depresión, orientación educativa, trastornos del aprendizaje, del desarrollo, problemas neurológicos, alteraciones de la conducta, TDAH, trastornos del lenguaje, entre otros.  
ORCID: 0000-0002-4696-2040

### **Judith Rivera Baños**

Licenciada en Psicología por la FES Iztacala, UNAM, y maestra en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad IEXPRO. Profesora de Asignatura “A”, adscrita a la carrera de Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Sus líneas de interés incluyen el área educativa, la evaluación psicológica y temas relacionados con la población infantil y adolescente.  
ORCID: 0000-0002-5999-1289

### **Lorena Alejandra Flores Plata**

Licenciada en Psicología y doctora en Psicología y Salud, ambos grados por la UNAM. Profesora de Asociada “C” TC, adscrita a la carrera de Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Autora de diversos libros y capítulos de libro, así como de artículos en revistas nacionales e internacionales. Sus líneas de trabajo abarcan la incorporación de tecnologías a la salud mental, convivencia escolar, las emociones y el bienestar.  
ORCID: 0000-0003-1306-0718

### **Mario Fabián Vázquez Sánchez**

Licenciado en Psicología por la FES Iztacala, UNAM; maestro en Intervención Psicológica por el Instituto Politécnico Nacional (IPN). Profesor de Asignatura “A”, adscrito a la carrera de Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Sus líneas de investigación son: regulación emocional y psicología positiva.  
ORCID: 0000-0002-7498-7819

### **Obdulio Porfirio Godínez Vallejo**

Licenciado en Psicología por la FES Iztacala, UNAM; maestro en Psicología Clínica y de la Salud y doctor en Desarrollo Humano por la Universidad IEXPRO (cédula en trámite). Psicólogo adscrito a la Unidad Médica en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur. Sus líneas de investigación son la música y el sistema penitenciario.

**Oscar Iván Negrete Rodríguez**

Licenciado en Psicología y maestro en Psicología con residencia en Psicología Organizacional por la FES Iztacala, UNAM. Doctor en Psicología por la UNAM. Profesor de Asignatura “A”, adscrito a la carrera de Psicología del SUAyED, con sede en la FES Iztacala, UNAM. Sus líneas de investigación son: evaluación psicológica, construcción de instrumentos de medición, autoeficacia en diversas poblaciones y en distintos contextos.

ORCID: 0000-0002-8425-4678

# Índice

---



## Prefacio

---

La evolución de la tecnología ha tenido un impacto significativo en el campo de la psicología y la salud mental. La *telepsicología*, término acuñado para referirse a todas las acciones encaminadas a innovar estrategias de evaluación, prevención y tratamientos psicológicos, ha experimentado un crecimiento acelerado en los últimos años, el cual se hizo aún más evidente tras la pandemia por covid-19 y las restricciones de distanciamiento social. Esta forma de intervención psicológica a través de plataformas digitales, también conocida como teleterapia o terapia en línea, tiene varias ventajas; por ejemplo, ofrece accesibilidad y elimina las barreras geográficas y físicas, lo cual favorece la adherencia de los usuarios al tratamiento psicológico. No obstante lo anterior, también plantea importantes consideraciones éticas y de privacidad dirigidas a la confidencialidad, la competencia y la responsabilidad en su implementación, por tanto, se sugiere abordarlas para garantizar la calidad y seguridad de los servicios de telepsicología.

Las intervenciones digitales han mostrado ser una alternativa eficaz para la reducción del malestar emocional en países de bajos recursos, coadyuvando a los desafíos asociados al acceso limitado a servicios de

salud mental<sup>1</sup>. De este modo, a través de Internet es posible proporcionar apoyo y recursos a un público más amplio a un costo relativamente bajo. Existen diversos medios digitales por los cuales es viable diseminar las intervenciones digitales a la población meta; por ejemplo, la terapia en línea puede ser una de las opciones más factibles para proporcionar intervenciones psicológicas asequibles, en donde el psicoterapeuta y el usuario se encuentran en tiempo real a través de videoconferencia. Los servicios de mensajería de texto y chats en línea también pueden emplearse para proporcionar apoyo emocional, información o recordatorios de seguimiento.

Los programas de intervención impartidos mediante la web o a través de aplicaciones móviles son una opción cada vez más eficaz y eficiente para proveer servicios psicológicos a gran escala al ser accesibles en cualquier momento y lugar; particularmente, el uso de telefonía móvil básica permite a más personas que no podrían tener acceso a terapias presenciales recibir apoyo emocional. Asimismo, la creación de cursos y materiales educativos sobre salud emocional dispuestos en plataformas educativas en línea ha sido funcional para psicoeducar en un primer nivel de prevención universal. Lo mismo ocurre con el uso de redes sociales y las comunidades en línea como espacios colaborativos en donde las personas comparten experiencias y se puede brindar apoyo, contención y derivación a otros servicios especializados.

Por otra parte, la telepsicología no solo es una estrategia para brindar intervenciones terapéuticas a distancia, también puede ser utilizada como una herramienta efectiva en el entrenamiento de futuros psicólogos al mejorar las habilidades clínicas a través de la aplicación de procedimientos, técnicas y estrategias a través de medios digitales. Asimismo, la supervisión clínica puede brindarse vía remota mediante

---

<sup>1</sup> Para mayores detalles al respecto puede consultarse: Domínguez-Rodríguez, A. *et al.* (2024). Internet-based self-administered intervention to reduce anxiety and depression symptomatology and improve well-being in 7 countries: protocol of a randomized control trial. *Front. Psycho.*, 15, 1279847. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1279847> y Domínguez-Rodríguez, A. *et al.* (2024). Evaluation and future challenges in a self-guided web-based intervention with and without chat support for depression and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic: Randomized controlled trial. *JMIR Formative Research*, 8, e53767. <https://doi.org/10.2196/53767>

videoconferencias en tiempo real; o bien, la retroalimentación puede llevarse de forma asíncrona cuando se videogrababan las sesiones de los terapeutas, en donde se discuten casos, se intercambian experiencias y reflexiones, lo cual permite la oportunidad de conectarse con profesionales y aprender de diversas perspectivas. Por ende, la telepsicología puede ayudar a los estudiantes a adaptarse a trabajar con pacientes de diferentes contextos culturales y geográficos, un aspecto valioso en la formación de psicólogos en entornos digitales.

Es importante destacar que las intervenciones digitales deben ser diseñadas tomando en cuenta la cultura, el contexto y las necesidades específicas de la población a la cual se dirigen. Se debe prestar atención a la privacidad y la seguridad de los datos, así como a la capacitación adecuada de quienes brindan apoyo a través de estas plataformas. Las intervenciones digitales tienen el potencial de ser una herramienta valiosa en la promoción de la salud mental a gran escala, pero deben implementarse con un compromiso ético para garantizar la seguridad y bienestar de los pacientes.

Resumiendo, la formación en telepsicología es de suma importancia en el mundo actual, donde la tecnología desempeña un papel cada vez más relevante en la prestación de servicios psicológicos. Esta formación no solo beneficia a los profesionales de la salud mental, también mejora la calidad y accesibilidad de los servicios brindados a los pacientes. La pandemia por covid-19 aceleró la adopción de la telepsicología como una forma efectiva de brindar apoyo psicológico, por tanto, los profesionales de la salud mental debemos estar preparados para proporcionar intervenciones digitales de manera competente, además de estar entrenados en el manejo de situaciones de crisis a través de medios en línea, saber cómo intervenir y derivar a la atención presencial cuando sea necesario, garantizando así la seguridad de los pacientes. Los avances vertiginosos de la tecnología nos incitan a una formación continua e integral, por lo cual requiere una actitud dispuesta a aprender y adaptarse tanto a nuevas herramientas como a enfoques emergentes.

En este sentido, esta obra, producto de la experiencia de implementar proyectos relacionados con la formación de profesionales en psicología y la aplicación de teleterapia, recupera el trabajo realizado en el

Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED). Dicho centro ofrece, desde el 2015, servicios de asesoría psicológica y orientación educativa de manera remota, principalmente, al alumnado de la licenciatura en Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) y de otras carreras del sistema presencial de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Además de atender las necesidades psicológicas de la población estudiantil, el CAPED constituye un espacio de práctica y formación, debido a que quienes ofrecen los servicios de asesoría y orientación son alumnos(as) de los últimos semestres y egresados(as) de la carrera de Psicología del sistema a distancia, acompañados por un grupo de supervisores(as) y coordinadoras operativas, quienes complementan el equipo de trabajo del CAPED.

En segundo lugar, se retoma la experiencia derivada del proyecto CONACYT FORDECYT-PRONACES/1401/2021 “Eficacia, aceptabilidad y moderadores de cambio clínico de una intervención transdiagnóstica mediante un sistema de telepsicología para el tratamiento de trastornos emocionales y derivados del estrés y trauma”. En este proyecto también se consideró un proceso de formación en teleterapia y acompañamiento de supervisores(as) para el desarrollo de una intervención con características específicas y alineadas a un proyecto de investigación.

Las y los autores de este volumen fueron colaboradores(as) en uno o ambos proyectos; estos puntos de encuentro sumados a otras experiencias de su trayectoria profesional de índole clínica y sobre el ejercicio de la docencia han hecho posible plasmar los contenidos de *Telepsicología: pautas para intervenciones digitales*.

En virtud de lo anterior, el lector encontrará en siete capítulos un recorrido hacia la incorporación de la telepsicología en el ámbito profesional. En la Parte I “Fundamentos de la telepsicología en el contexto clínico”, el primer capítulo ofrece una introducción a la telepsicología, explorando sus orígenes, aspectos principales y su evolución en México. El segundo capítulo examina el ejercicio de la telepsicología en el ámbito clínico, proporcionando una visión general de su práctica actual. Para finalizar esta primera parte, el tercer capítulo presenta la

telesupervisión, resaltando su importancia y las pautas para su implementación en el ámbito clínico.

En la Parte II “Estrategias y herramientas para la intervención clínica”, el capítulo cuatro se centra en las intervenciones basadas en la evidencia, destacando su relevancia ética y profesional. El capítulo cinco aborda las habilidades terapéuticas, proporcionando una visión sobre su metodología, técnica y aplicación. El capítulo seis define el objetivo de consulta y las estrategias de intervención en el ámbito clínico. Por último, el capítulo siete trata la intervención en crisis y su implementación en entornos en línea.

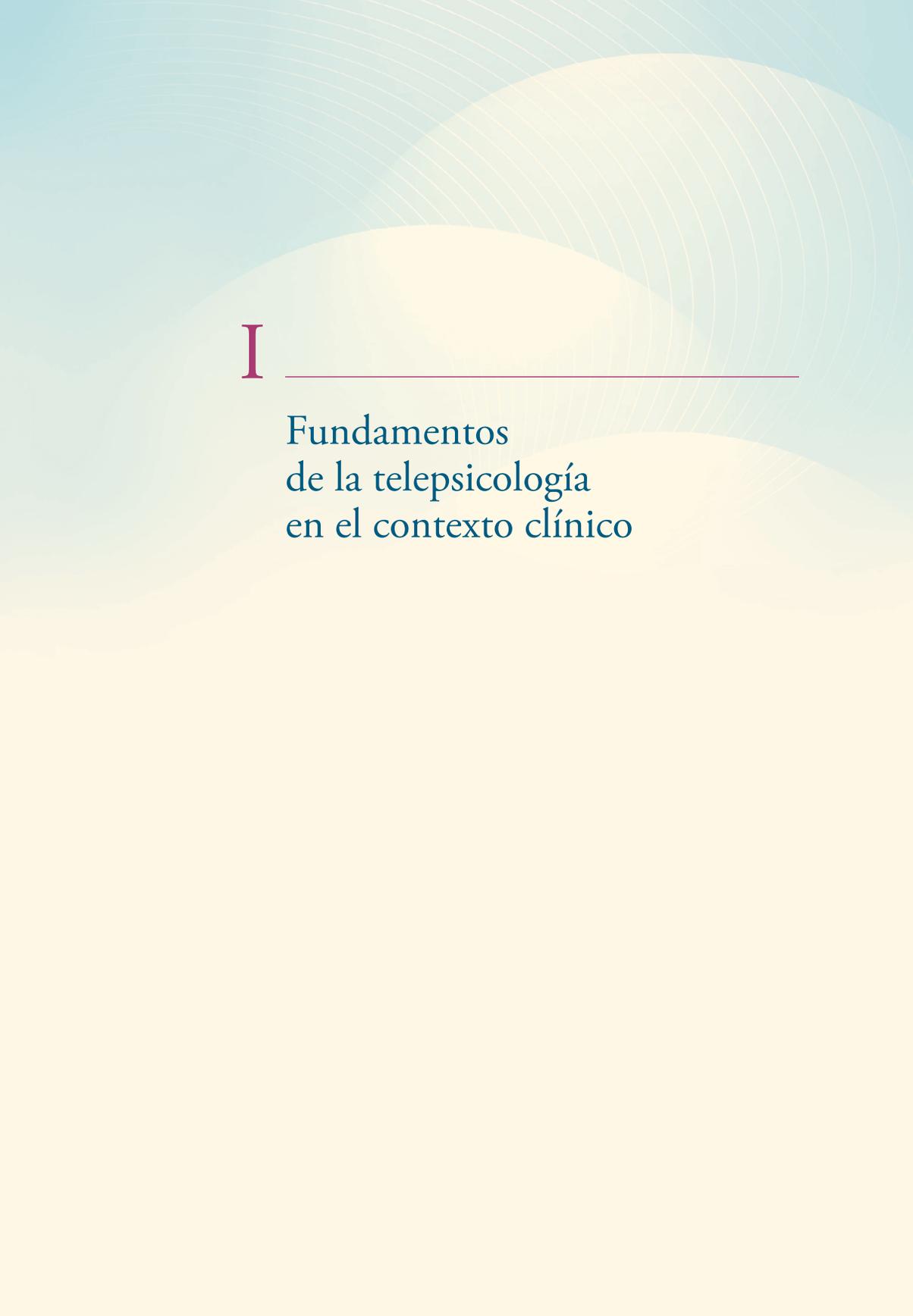
Esperamos que las y los lectores de esta obra encuentren en ella una guía que les permita conocer más de los avances en el campo de la telepsicología, así como un enfoque general para incorporar herramientas en la intervención clínica para la práctica profesional de psicólogos y psicólogas, así como en la formación de futuros profesionales de la psicología. El desarrollo tecnológico seguirá transformando el ejercicio de esta disciplina, por tanto, es fundamental aprovechar esta oportunidad en favor de la población de manera ética, integral y efectiva.

Por último, no nos queda más que agradecer a todas y todos los autores, así como a quienes han formado parte de este esfuerzo para mejorar los servicios de salud mental.

*Las coordinadoras*

# Telepsicología

Pautas para intervenciones digitales



I

---

Fundamentos  
de la telepsicología  
en el contexto clínico

# Telepsicología

Pautas para intervenciones digitales

# 1

## Introducción a la telepsicología

Edith González Santiago  
Gabriela Leticia Sánchez Martínez  
Adriana Concepción Rojas Baltazar

### Antecedentes

La atención psicológica no ha sido ajena ni al avance tecnológico ni a las demandas de las sociedades modernas en cuanto a la atención de la salud mental. En los últimos años surgió una alternativa que ha crecido de manera paulatina hasta ser aceptada por un número cada vez mayor de usuarios y profesionales de la salud. A esta alternativa se le llamó *telepsicología* y, actualmente, es una modalidad de atención para los distintos trastornos psicológicos.

La modalidad a distancia en los servicios de psicología se remonta a alrededor de 1959, cuando el Instituto Psiquiátrico de Nebraska proporcionó atención en salud mental a través de la televisión (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2009). Pocos años después, en 1961, Wittson, Affleck y Johnson (Franco *et al.*, 2010) utilizaron un sistema de videoconferencia con el cual registraron el primer uso de las tecnologías de la información con la capacidad de hacer sincrónica la atención clínica.

La telepsicología forma parte del campo de la telesalud, la cual se refiere a los servicios de salud a distancia mediante sistemas de videoconferencia, ya sea por Internet, teléfono o medios de comunicación a partir de los cuales se establece un contacto entre el profesional y el usuario (Cárdenas López *et al.*, 2014). En la actualidad, se aceptan otros términos para nombrar a esta modalidad, entre los cuales se encuentran: e-terapia, ciber-terapia, terapia *online*, terapia virtual, psicología *online* y ciberpsicología (Ramos *et al.*, 2017), los cuales incluyen lo relacionado con la prevención y la psicoeducación. Por su parte, la OMS, a través de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), encuadra a la telepsicología dentro de la telesalud o la e-salud mental (NU. CEPAL, 2013). Asimismo, Botella (2009) menciona que, “aunque encontramos términos como *e-therapy*, terapia virtual o computarizada en algunos textos, todos estos términos podrían incluirse en el término ciberterapia al dar nombre a una de las conferencias con más prestigio en el campo “*cybertherapy*” o a terapia asistida por ordenador (Computer-aided Psychotherapy), nombre propuesto por Isaac Marks” (p. 44).

Una revisión sobre estudios realizados en telepsicología (Olivella-López *et al.*, 2020), muestra los primeros antecedentes empíricos documentados en 2006 con un estudio exploratorio de un programa *online* para dejar de fumar del Ayuntamiento de Madrid. Tras esto, pasaron algunos años hasta la publicación en América del primer artículo sobre telepsicología en el año 2011; este fue una revisión cualitativa realizada en Chile sobre terapia de exposición mediante realidad virtual e Internet en el trastorno de ansiedad/fobia social. En el año 2014 se publicaron los artículos “Validación transcultural de intervenciones clínicas basadas en la evidencia para el tratamiento de los trastornos de ansiedad” y “Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana”, ambos de Cárdenas López *et al.* (2014), con los cuales inició en México un campo fértil de investigación sobre el tema.

La conceptualización más actual define a la telepsicología como “la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos,

electro-ópticos o electrónicos” (Ramos *et al.*, 2017, p. 8). De esta manera, se tiene una forma de atención psicológica que, en primer lugar, libra la posible distancia geográfica, pensando en las necesidades de quien solicite la atención; además, puede usarse de forma complementaria a los servicios presenciales o incluso, como medio prioritario de atención, si las condiciones existentes así lo demandan.

De acuerdo con la American Psychological Association (APA, 2013), la telepsicología abarca las actividades afines al psicólogo como el diagnóstico, la consulta, los tratamientos o intervenciones, la prevención, la promoción, la evaluación y la educación. Por otro lado, se han agregado otras modalidades de atención, entre ellas se encuentran la *teleterapia*, la cual se puede dar en la web de manera automatizada; *terapia online*, ya sea en tiempo real o diferido; y *terapia virtual*, con un mayor énfasis tecnológico al ocupar herramientas como la realidad aumentada o experiencias de inmersión (Olivella-López *et al.*, 2020).

Por último, la telepsicología ha dejado de ser pensada solo como una alternativa para algunas personas. Olivella-López *et al.* (2020) declaran que esta modalidad de atención tiene un futuro asegurado después de lo experimentado en la pandemia mundial del 2020 por la covid-19, pues ha mostrado ser un medio de atención efectivo en crisis y cuando es necesario evitar (o no es posible) la cercanía física.

## **Tipos de tratamientos (asistidos, autoaplicados, mixtos)**

Como ya se mencionó, la teleterapia forma parte de la telepsicología (González-Peña *et al.*, 2017) y ha sido usada para llevar tratamientos a distancia. En esta área se pueden observar distintos tipos de tratamientos, los cuales se apoyan de varias herramientas tecnológicas: blogs, sitios web, foros, videos, redes sociales, evaluación *online*, correo electrónico, mensajería instantánea y aplicaciones móviles. Si bien han existido varios intentos por desarrollar una clasificación de dichos tipos, la más aceptada fue la realizada por Barak *et al.* (2009):

- a) *Intervenciones en la web*: se realizan a través de programas estructurados en alguna plataforma en Internet. Su objetivo son los cambios terapéuticos o educativos.
- b) *Asesoramiento/intervención en telepsicología*: se traduce en un apoyo psicológico de un o una terapeuta a través de correo electrónico, mensajería instantánea o videoconferencia, entre otras herramientas tecnológicas.
- c) *Software terapéutico*: este tipo de intervención se realiza a través de tecnologías de inteligencia artificial como entornos virtuales, realidad aumentada, sistemas basados en juegos, robots terapéuticos, etc.
- d) *Otros servicios online*: existen otros tipos de intervenciones que pueden darse a través de blogs, grupos o redes de apoyo, podcast, etc.

Entre otros intentos de clasificación se encuentra la propuesta de Soto-Pérez *et al.* (2016):

- a) *Intervenciones según el grado de implicación del terapeuta*:
  - Guiadas a través de medios tecnológicos
  - Enmarcadas en la autoayuda
  - Asincrónicas
  - A distancia donde el terapeuta está muy implicado de forma sistemática.
- b) *Según las herramientas tecnológicas y grado de retroalimentación*:
  - Ciberterapia con alta posibilidad de retroalimentación
  - Terapias apoyadas en páginas web enmarcadas en la autoayuda.
- c) *Según la temporalidad*:
  - Sincrónicas
  - Asincrónicas
  - Mixtas.
- d) *Según el medio de comunicación*:
  - Texto
  - Audio
  - Video
  - Multimedia (realidad virtual, experiencias de inmersión).

e) *Según los participantes:*

- Individuales
- Grupales.

## Ventajas y desventajas

Según Acero *et al.* (2020), el uso de la telepsicología permite ampliar la cobertura del servicio y brinda la oportunidad de acceso a una mayor proporción de la población. Entre las ventajas de la telepsicología, se encuentra el poder ofrecer atención más rápida y en cualquier momento a quienes requieran el servicio, ya sea de día o de noche, ampliando así los horarios para recibir atención. Esto es posible gracias a Internet, siempre activo, el cual permite a las y los usuarios acceder a un grupo mayor de psicólogos, tanto a nivel nacional como internacional, además de encontrar horarios más flexibles, acordes a sus necesidades. Del mismo modo, Internet ofrece la ventaja de brindar mayor sensación de anonimato; esto puede atraer a quienes pudieran sentir vergüenza por el “estigma” de la asistencia a los servicios psicológicos.

Por otro lado, las desventajas identificadas en el desarrollo de la atención psicológica mediada por las TIC están relacionadas con aspectos clínicos como la relación terapéutica (Richards & Richardson, 2012), la efectividad de las intervenciones y el manejo de crisis. Asimismo, hay preocupación en torno a los aspectos éticos asociados a la confidencialidad, la guarda de las historias clínicas (seguridad de los datos), la privacidad, los elementos regulatorios y la conducta profesional, entre otros (Acero *et al.*, 2020).

## Tipos de comunicación (sincrónica, asincrónica)

En lo referente a los tipos de tratamientos en telesalud, Cárdenas López *et al.* (2020) los clasifican en dos categorías:

### 1. *Sincrónicos:*

- En esta categoría se incluyen los tratamientos administrados totalmente por el terapeuta
- Terapeuta y usuario no coinciden en espacio físico, pero sí en espacio temporal
- Se realiza con apoyo de llamadas telefónicas, chat o videollamadas por Internet.

### 2. *Asincrónicos:*

- Terapeuta y usuario no coinciden en espacio físico ni temporal
- Se incluyen los programas autoaplicados en los que el terapeuta proporciona guía mínima al usuario o es inexistente
- Se autoadministran de acuerdo al ritmo del usuario.

## Candidatos a este tipo de servicio

La psicoterapia en línea crea nuevos desafíos en cuanto a las competencias de los terapeutas, pues genera la necesidad de desarrollar nuevas herramientas de formación y educación, especialmente en competencias tecnológicas respecto a los problemas técnicos que puedan ocurrir, las cuales aplican no solo para el terapeuta sino también para la persona usuaria.

Según Ramos *et al.* (2017), quien proporciona el servicio debe contar con las competencias siguientes:

- Formación profesional
- Experiencia supervisada
- Estudio y experiencia profesional
- Conocimiento y experiencia en el manejo de riesgos y emergencias
- Conocimiento de servicios de emergencia y acceso a estos por parte del usuario en caso necesario
- Opciones de canalización a atención en sistema presencial, si el caso lo amerita
- Manejo de las TIC o de los espacios que emplee para proporcionar el servicio

- Considerar una guía para el usuario sobre los medios a emplear
- Valorar en conjunto con el usuario si la modalidad es la adecuada para el caso en cuestión (revisar las necesidades del usuario, sus opciones de acceso a las TIC, el conocimiento de las herramientas a emplear, los antecedentes psicobiológicos y las necesidades terapéuticas)
- Evaluar el entorno en que se proporcionará el servicio (privacidad, seguridad, etc.)
- Evaluación constante de si la modalidad es propicia para el usuario o buscar otras alternativas
- Análisis de riesgos y beneficios de las relaciones interpersonales consultante/profesional derivadas del uso de las TIC.

Por otro lado, según Ramos *et al.* (2017), quien solicita el servicio debe tener:

- Antecedentes y experiencias previas
- Posibilidad de acceso a las TIC
- Conocimiento/experiencia en el uso de las TIC o acceso a información básica para su uso
- Valorar en conjunto con el profesional si la modalidad es adecuada para su caso
- Garantizar un espacio cómodo, privado, sin interrupciones, seguro y propicio para tomar las sesiones
- Proporcionar información veraz de su situación.

## **Eficacia de tratamiento vía Internet**

Desde hace varias décadas, se han validado científicamente los tratamientos en telepsicología (Cárdenas López *et al.*, 2020). La mayor parte de la evidencia de eficacia se deriva de la terapia cognitivo-conductual, desde la cual se han realizado estudios sobre depresión, ansiedad, conducta suicida, entre otros, con buenos resultados. También se han realizado investigaciones de intervención a distancia en población

infantil, obteniendo resultados favorables tras la intervención con medios electrónicos (González-Peña *et al.*, 2017).

## Aspectos éticos

En este aspecto, De la Torre Martí y Cebrián (2018) señalan las pautas generales a observar en el ejercicio de la telepsicología:

- a) *Minimizar riesgos y procurar siempre el bienestar del usuario.* El terapeuta debe valorar si el usuario puede obtener beneficios del servicio de telepsicología e identificar si es adecuada una intervención sincrónica, asincrónica o mixta.
- b) *Proporcionar intervenciones eficaces.* Se debe contar siempre con respaldo de evidencia empírica en relación con el tipo de intervención elegida, el tipo de problema o caso en el cual se aplicará la telepsicología.
- c) *Cumplir con la normatividad ética y legal.* Se debe observar el riguroso cumplimiento del código deontológico<sup>1</sup> de la profesión al proteger los datos personales y asegurar la confidencialidad de la información tomando en cuenta las medidas adicionales a las recomendadas en las intervenciones presenciales.
- d) *Realizar seguimiento del impacto de la intervención telepsicológica en el usuario.* La evaluación es importante, sobre todo por la forma en que se interactúa en esta modalidad donde el uso de la tecnología puede interferir y afectar la intervención.

Para concluir este apartado, se retoma la clasificación de Ramos *et al.* (2017) de los ejes centrales de la telepsicología en tres áreas o dimensiones: lo jurídico, lo tecnológico y lo deontológico. Estos ejes estarán determinados y solucionados por la legislación y condiciones de cada país, por ende, resulta importante observar cuidadosamente los principios

---

<sup>1</sup> Documento que recoge un conjunto más o menos amplio de criterios, normas y valores que formulan y asumen quienes llevan a cabo correctamente una actividad profesional. Para el caso de la psicología se recomienda el Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología en: [https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)

éticos derivados del Código Deontológico de nuestra profesión, teniendo en cuenta siempre que el avance tecnológico hará necesaria la adaptación de estos principios.

## Referencias

- Acero, P. D., Cabas, K., Caycedo, C., Figueroa, P., Gordon, P. y Martínez Rudas, M. (2020). *Telepsicología. Sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. Asociación Colombiana de Facultades de Psicología. <https://editorial.ascofapsi.org.co/books/telepsicologia-sugerencias-para-la-formacion-y-el-desempeno-profesional-responsable/>
- American Psychological Association (APA) (2013). Telepsychology Guidelines for Psychologist. Guidelines for the Practice of Telepsychology, *American Psychological Association*, 68(9), 791-800. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Botella, A. C. (2009). *Los tratamientos psicológicos basados en evidencia*. Servicio de Comunicación y Publicaciones Universitat Jaume I. [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/23301/lecci%C3%B3n\\_Botella\\_Arbona.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/23301/lecci%C3%B3n_Botella_Arbona.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Cárdenas López, G., Botella Arbona, C., Quero Castellano, S., De la Rosa Gómez, A. y Baños Rivera, R. (2014). Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 45-54. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133944229006.pdf>
- Cárdenas López, G., Reyes Torres, F. y Stepanov, N. (2020). "Telepsicoterapia: Definiciones, evidencia empírica y potenciales aplicaciones en el tratamiento del abuso de alcohol". En: C. Carrasco Venegas y L. Echeverría San Vicente (coords.), *Terapias cognitivo-conductuales en México* (pp. 158-190). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. <https://www.alcoholinformate.org.mx:8383/jspui/>
- De la Torre Martí, M. y Cebrián, R. P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.psicologosypsiquiatras.cl/wp-content/uploads/2020/04/Guia-para-la-Intervencion-en-Telepsicologia.pdf>
- Franco, M., Jiménez, F., Monardes, C. y Soto, F. (2010). Internet y Psicología Clínica: Revisión de las Ciber-Terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 19-37. <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4082/3936>

- González-Peña, P., Torres, R., Del Barrio, V. y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- NU. CEPAL. (2013). *Desarrollo de la telesalud en América Latina: aspectos conceptuales y estado actual*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35453-desarrollo-la-telesalud-america-latina-aspectos-conceptuales-estado-actual>
- Olivella-López, G., Cudris-Torres, L. y Medina-Pulido, P. L. (2020). La telepsicología: una perspectiva teórica desde la psicología contemporánea. *Desbordes*, 11(1). <https://doi.org/10.22490/25394150.4078>
- Ramos, R., Alemán, J. M., Ferer, C., Miguel, G., Prieto, V. y Rico, C. (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología*. Consejo General de la Psicología. <http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 329-342.
- Soto-Pérez, F., Franco-Martín, M. y Monardes Seeman, C. (2016). Ciberterapias: tratamientos mediados por ordenador y otras tecnologías. *FOCAD*, 29(1), 1-29 [https://www.researchgate.net/publication/303485517\\_Cybertherapies\\_treatments\\_mediated\\_by\\_computer\\_and\\_other\\_technologies](https://www.researchgate.net/publication/303485517_Cybertherapies_treatments_mediated_by_computer_and_other_technologies)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2009). *Considerations for the Provision of E-therapy*. <https://www.chestnut.org/resources/c3035eeb-78fe-43da-b683-88b71fe1c276/CSAT-percent-20E-therapy-percent-202009.pdf>

# 2

## Ejercicio de la telepsicología en el ámbito clínico

Gabriela Leticia Sánchez Martínez  
Mario Fabián Vázquez Sánchez

**E**n el capítulo anterior se mencionó que la atención a través de la telepsicología implica ciertas competencias tanto de quien brinda el servicio como de quien lo recibe, las cuales están relacionadas con las habilidades, conocimientos y experiencia en el manejo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC); sin embargo, también se requiere la valoración del caso en particular y la pertinencia de este tipo de atención por parte del profesional.

Dentro de las consideraciones fundamentales se pueden enfatizar la confidencialidad, la privacidad y el resguardo de la información de quienes solicitan el servicio, aspectos que serán atendidos en este apartado.

### **Protección de datos y confidencialidad**

Uno de los riesgos de la información compartida a través de medios digitales tiene que ver con el acceso a ella y el resguardo de la misma. Por tanto, la o el profesional de la psicología deberá establecer protocolos de

manejo y protección de los datos personales, así como de la información relacionada con su trabajo en cada caso.

Asimismo, deberá considerar el riesgo del uso de espacios de almacenamiento en la nube frente a *hackers*, virus, robos o extravíos de dispositivos de almacenamiento de información, daños en los dispositivos a través de los cuales se establece el contacto, problemas con el software (Ramos *et al.*, 2017), acceso a documentos electrónicos o sitios inseguros y/o uso de tecnología obsoleta (APA, 2013). Para lidiar con estas situaciones es clave resaltar la importancia de la forma en que se desarrollan las sesiones para la consecución de los objetivos terapéuticos pactados y mediados por la telepsicología. Para ello, se propone realizar la intervención asegurando la seguridad y confidencialidad de los datos, el manejo adecuado de la información, así como de los lineamientos mediante los cuales se llevará a cabo la intervención (Drum & Littleton, 2014; De la Torre y Pardo, 2018), además de informar al consultante de los posibles riesgos y ofrecer de manera clara los medios para evitarlos o prevenirlos (American Psychological Association [APA], 2013; Ramos *et al.*, 2017).

Finalmente, es responsabilidad del profesional asegurarse de contar con un buen resguardo de la información, así como de los medios necesarios para poder eliminar o destruir la misma.

## **Pertinencia de la intervención**

Es responsabilidad de quien brinda la atención valorar la pertinencia de atender de manera remota el caso, además de evaluar constantemente su competencia en el manejo de las tecnologías y el impacto de las mismas en el consultante (APA, 2013).

Por ello, se debe realizar en una primera sesión la evaluación general para establecer los criterios, beneficios y riesgos asociados a la telepsicología, en la que además se le explique a la persona usuaria/consultante los requerimientos del tratamiento, la responsabilidad requerida en el acceso a este tipo de atención, así como las implicaciones generales relacionadas a buscar un espacio que permita contar con la privacidad

necesaria para poder realizar las sesiones de intervención. También se deben considerar las condiciones del ambiente, buscando asemejarse a las del consultorio con el fin de evitar distractores o la presencia de personas ajenas, tanto en el espacio de la persona usuaria como del profesional, promoviendo en todo momento la privacidad y respeto a la intimidad (Ramos *et al.*, 2017).

Asimismo, es importante considerar aspectos como el *rapport*, la alianza terapéutica, el posible fallo en la comunicación verbal y no verbal, además de la velocidad en la comunicación (González-Peña *et al.*, 2017), pues aun en los medios sincrónicos los problemas asociados a la conectividad pueden implicar un desfase de segundos al momento de las sesiones. Del mismo modo, pueden presentarse cortes en la comunicación que requieran buscar alternativas para concluir las sesiones. Entre otras complicaciones que pueden resultar de la intervención mediada por las TIC se pueden mencionar dificultades en el funcionamiento de los medios de comunicación, además de que el desconocimiento del uso de las herramientas puede derivar en una mala configuración de los equipos y pérdida de información por mensajería o correo. Estos casos pueden resolverse con una correcta capacitación, con la cual se puedan identificar las situaciones presentadas y actuar oportunamente (Díaz, 2013; Ramos-Del Río y Martí-Noguera, 2022)

Además, es necesario contar con los datos de ubicación geográfica de la o el usuario para poder buscar apoyo ante una urgencia, así como el contacto con algún familiar o persona cercana que pueda responder, en caso de presentarse.

Del mismo modo, deberán considerarse las características individuales del caso, si la o el consultante podrá obtener el máximo beneficio de este tipo de intervención o si amerita un tratamiento de tipo presencial o combinado. Es importante conocer la existencia de recursos presenciales a los cuales se pueda remitir a la o el usuario de ser necesario (Ramos *et al.*, 2017). Finalmente, deberá dejar claro si existe la posibilidad de contacto en el intervalo entre sesiones o la comunicación se limitará a las citas previamente establecidas.

## Contacto con las o los usuarios

La telepsicología se ofrece como una alternativa a la interacción cara a cara, por tanto, para reducir los impactos negativos mencionados anteriormente, los cuales pueden llegar a presentarse por las condiciones en las cuales se desarrolla la intervención, se propone seguir las recomendaciones siguientes en la medida de lo posible (Ramos *et al.*, 2017):

- a) Considerar las habilidades tecnológicas o el manejo tecnológico de la o el usuario, sus antecedentes en el manejo de la tecnología, así como lo relacionado a su salud física y mental, la capacidad cognitiva, dificultades particulares de acceso a los medios que permitirán la comunicación con el profesional, conductas de abuso de sustancias, historial de violencia, comportamientos autolesivos, entre otros factores de riesgo susceptibles de requerir intervención de urgencia.
- b) Establecer la identidad de los participantes de las sesiones. Esto puede realizarse a través de la presentación en la primera sesión, en la cual se recomienda usar la videoconferencia para establecer el primer contacto; es válido solicitar por ambas partes la presentación de algún documento de identificación si fuere necesario. En el caso de la o el terapeuta, se pueden presentar las credenciales que acrediten el poder proporcionar el servicio en cuestión; por su parte, a la o el consultante se puede solicitar cualquier documento que permita la identificación.
- c) Explicar la forma de trabajo, los lineamientos bajo los cuales se realizarán las sesiones, los horarios y fechas para el trabajo, así como los medios de contacto durante las sesiones y las fechas intermedias de ser necesario.
- d) Buscar herramientas de fácil acceso para la comunicación entre la o el profesional de la psicología y la o el consultante; estas deben permitir la comunicación y proteger la privacidad de ambos. Se recomienda evitar el uso de redes sociales o de acceso abierto, controlando el acceso a las sesiones de trabajo únicamente a los interesados; asimismo, evitar el empleo de servicios que permitan abrir de forma simultánea más de una sesión de trabajo. Adicionalmente, es

importante cuidar que, al término de la sesión, no permanezcan disponibles para consulta o acceso la información o datos recabados, al no contar con un protocolo que asegure el resguardo de los datos correspondientes.

- e) Asegurarse de que la sesión se lleve a cabo en un ambiente privado, profesional y culturalmente incluyente para reducir la probabilidad de que la información compartida en las sesiones sea escuchada por externos. Para ello, se deben buscar ambientes privados; por ejemplo, en casa u oficina, en donde no puedan ser interrumpidos por un tercero, cerrando la puerta o comunicando que se encuentra en una reunión. Cabe resaltar la importancia del uso de un lenguaje profesional y empático durante la duración del proceso.
- f) Establecer un plan de acción ante algún fallo en la comunicación entre quien recibe la atención y quien la proporciona, el cual permita continuar con el trabajo de la sesión y mantenga la comunicación entre ambos.

Adicional a lo anterior, es importante que la o el terapeuta considere lo siguiente:

- a) Al momento de elegir el espacio físico en donde se llevarán a cabo las sesiones, se recomienda considerar estas características: un espacio con privacidad (visual y auditiva), una estancia que denote profesionalidad, iluminación adecuada (preferencia por la luz natural), ausencia de sombras en la cara o reflejo por luz de fondo, distinción clara de la figura del terapeuta por sobre el fondo, el cual no debe desviar la atención, y no contar con distractores en el dispositivo por el cual se lleva a cabo la comunicación.
- b) Prestar atención a los elementos visibles para la o el usuario durante el desarrollo de la intervención; por ejemplo, la vestimenta del terapeuta o el lugar en el cual se encuentra. Por ende, se debe considerar aquello que pueda complicar la formalidad del proceso y represente dificultades en la búsqueda o consecución de los objetivos, al considerarla demasiado informal o de amistad (Andersen *et al.*, 2001). Por ello, es necesario establecer límites

y desarrollar una atmósfera de inclusión y aceptación evitando elementos intrusivos (interacción familiar o la presencia de un objeto personal) que podrían dirigir la atención a otro punto. También el sonido excesivo, de cualquiera de los ambientes de los involucrados, puede causar distracción de la interacción o cuestionar la privacidad de la misma, por tanto, resulta evidente la importancia de preparar el espacio destinado y el esfuerzo por procurar que la interacción tenga un sentido y este pueda respetarse (Drum & Littleton, 2014).

- c) Respetar la hora de inicio de la sesión y su duración, la cual se llevará a cabo en horarios de actividad profesional y en días laborales; esto permite diferenciar la terapia por sobre las demás actividades y establece un ambiente estructurado, consistente, predecible y profesional.
- d) Verificar que el dispositivo donde se realiza la conexión tenga las características técnicas adecuadas y permita la comunicación fluida con la protección de antivirus actualizada y con carga suficiente para llevar a cabo la sesión. Además, se debe contar con una conexión a Internet de banda ancha estable y rápida, si es posible utilizar el cable ethernet por sobre el wifi; disponer de una cámara web, micrófono y salida de audio funcionales y de buena calidad; además, contar con otro medio de comunicación en caso de fallas en el Internet o eléctricas (así como datos en el celular en caso de mandar correo de aviso). También es recomendable no tener más aplicaciones abiertas para no consumir recursos del dispositivo o señal de Internet; a su vez, estos equipos deben contar con una contraseña con la cual solo los responsables de la intervención puedan acceder a los datos.

Tomando en cuenta los puntos anteriores, cabe reiterar la necesidad de que la o el terapeuta sea capaz de resolver las incidencias y dificultades en la conexión, así como poder orientar a la o el usuario si su equipo presenta problemas y, de esta manera, resolver la situación de manera inmediata para continuar el proceso terapéutico o, en caso de no poder retomar la sesión, reagendarla a través de otro medio por el cual se puedan comunicar.

## Supervisión de casos

El motivo de llevar a cabo una supervisión es preparar al terapeuta sobre las diversas situaciones que se pueden presentar en la telepsicología y asesorarlos en la manera de resolver dichas contingencias mediante el conocimiento de la teoría utilizada, investigación y aplicaciones. Además, al generar familiaridad con el uso de la tecnología se logra una nueva experiencia de trabajo, en la cual se dan ideas sobre cómo organizar o planear las sesiones con los usuarios al experimentar de primera mano el teletrabajo; esto puede fomentar su empatía con los usuarios. La supervisión mediada por TIC no presenta diferencias palpables frente a la supervisión cara a cara (McCord *et al.*, 2020; Saenz *et al.*, 2020).

Las evidencias en la aplicación de la telesupervisión muestran que los terapeutas supervisados de esta manera obtienen los mismos resultados que aquellos supervisados cara a cara. Además, permite establecer de la manera esperada el *rapport* y, en caso de presentar fallos tecnológicos, solucionarlos otorga una nueva perspectiva y herramientas para cuando llegue a presentarse una situación similar con un o una usuaria. Al igual que con la telepsicología, esta supervisión debe realizarse priorizando la formalidad, teniendo presentes las ventajas y desventajas del proceso y llevarla a cabo en un ambiente privado, sin distracciones y con un horario establecido. De esta manera, tener bien definidos los papeles de cada participante permite reconocer las carencias o necesidades de los y las terapeutas y el supervisor intentará dar respuesta a esta situación (Saenz *et al.*, 2020).

La supervisión puede llevarse a cabo de manera grupal o individual, recordando que hay un espacio (medio de comunicación) y horario establecido para estos encuentros, este debe ser acordado entre los participantes. En este espacio se reportan los avances o retrocesos de la situación general del terapeuta y permite dar lineamientos o ideas generales que pueden facilitar o permitir ver desde otra perspectiva el caso abordado.

## Herramientas de apoyo para el servicio de telepsicología

Como ya se mencionó, para llevar a cabo la intervención telepsicológica es de gran importancia tener claro el qué y cómo se va a hacer, además de definir bien las variables que permiten este proceso. Por tanto, resulta favorable precisar las normas bajo las cuales se llevará a cabo la intervención, establecer y concretar las responsabilidades y derechos de los involucrados, fijar la manera adecuada de resguardar la información y el manejo de la misma, y cómo actuar ante situaciones o casos específicos no contemplados en las normas de atención.

### Aviso de privacidad

Consiste en un documento en donde se hace mención de los lineamientos por los cuales se llevará a cabo la intervención, además del uso que se les dará a los datos recabados en la intervención y quién o quiénes tienen acceso a esta información. Además, se asegura la confidencialidad de los usuarios mediante la aplicación de medidas de seguridad en la práctica de la telepsicología. De esta manera, el uso y resguardo de los datos permite que la información no sea divulgada o comprometida.

Otras medidas que considera el aviso de privacidad son: uso de ciertos buscadores o redes sociales por parte del terapeuta (APA, 2013), medios por los cuales se llevará a cabo la intervención, así como recomendaciones acerca de los lugares en los cuales se llevarán a cabo las sesiones; esto tiene como base el desarrollo ético de esta práctica (Saenz *et al.*, 2020).

### Consentimiento informado

En este documento se explican las normas a seguir durante la intervención, donde ambas partes llegan a un acuerdo para garantizar la integridad mutua; asimismo, se establece el objetivo del proceso, los lineamientos, políticas que rigen la interacción, así como los posibles

beneficios, riesgos y alternativas a la intervención. Este documento de consentimiento debe ser bien entendido y, en caso de ser necesario, traducido o ejemplificado con el fin de evitar confusiones. Por este medio, también se comunican las obligaciones y derechos, los cuales van desde los horarios, el manejo de las asistencias y faltas, y otros medios por los cuales se podría llevar a cabo la comunicación. El usuario debe aceptar los lineamientos siguientes para poder ser candidato al servicio (McCord *et al.*, 2020; Saenz *et al.*, 2020):

- La realización del *screening*<sup>1</sup> considerando el contexto del usuario
- Límites de la confidencialidad y las posibles variables
- Procedimientos de emergencia a emplear ante sucesos inesperados
- Medios de comunicación (sincrónica y asincrónica)
- Explicación del uso y disposición de los datos
- Aceptación de las condiciones.

## Solicitud de servicio

Con el fin de brindar un servicio adecuado es necesario verificar que los procesos de atención se sigan acorde a lo establecido. La manera en la cual se puede cerciorarse de que la atención sea brindada a la población objetivo es mediante la confirmación de los datos de identificación de la o el usuario; por ejemplo, número de cuenta y datos sociodemográficos proporcionados.

## Procesos de evaluación

El proceso de evaluación se desarrolla con el apoyo de diversas tecnologías, pero no se debe perder de vista que fueron diseñados para su aplicación en un ambiente cara a cara. Por ende, resulta primordial que los y las terapeutas tengan conocimiento de los test aplicados, su impacto

---

<sup>1</sup> El *screening* es un instrumento para indagar sobre las variables de los individuos con alguna condición en específico. Su objetivo no es el diagnóstico, sino la identificación de personas o situaciones de riesgo, que son susceptibles a intervenir. Se presentan interrogantes y se observa la respuesta que permite contextualizar la sintomatología presentada (Nieves, 2015).

en las y los usuarios, su funcionalidad, capacidad de poderse aplicar, la interpretación adecuada de los datos y no sobregeneralizar la información encontrada en los mismos, resaltando el contexto en el cual se realizó la evaluación y la finalidad de la misma, así como establecer las posibles propuestas de intervención que pueden llegar a plantearse (APA, 2013).

## Expediente electrónico

La creación y utilización del expediente electrónico es de vital importancia en la práctica de la telepsicología, pues resulta de la interacción entre consultante y terapeuta. Este contiene los elementos que permiten contextualizar los avances o retrocesos logrados con la intervención, por tanto, su elaboración y resguardo es clave al utilizarse como guía en las actividades. Es clave considerar los puntos siguientes:

1. Evitar el uso de información que pueda identificar al usuario o usuaria (nombre o fotografías).
2. Resguardo de la información bajo una contraseña y en una memoria o disco duro el cual sea de uso personal.
3. Elaboración del reporte para poder verificar las actividades realizadas en cada sesión.
4. Gestión del estatus de los usuarios o usuarias (alta, baja o modificación) en tiempo y forma.
5. Disponer de una relación actualizada de las usuarias y usuarios activos, así como su revisión para establecer los objetivos de cada sesión (De la Torre y Pardo, 2018; Drum & Littleton, 2014).

## Guiones de comunicación

Las sesiones de intervención telepsicológica deben garantizar la seguridad de los datos, la confidencialidad y privacidad del usuario o usuaria, dichas sesiones deben llevarse a cabo en un lugar pulcro y formal (De la Torre y Pardo, 2018), por ende, se debe considerar:

- a) Conectarse a la hora pactada mediante un dispositivo en el cual pueda llevarse de manera continua la intervención, contar con el software y hardware adecuados, probar su funcionalidad para el proceso, y tener posibles soluciones a las contingencias que puedan presentarse.
- b) Llevar a cabo la sesión en un espacio físico adecuado que minimice las interrupciones y tener elaborado el plan de la sesión, el cual sirve de guía para el trabajo. Por su parte, la revisión de tareas, bienvenida, psicoeducación, aplicación de la técnica, retroalimentación, tarea y comentarios finales deben incorporarse al plan de sesión y tener como finalidad la consecución del objetivo de tratamiento previamente pactado.
- c) Realizar conforme a los lineamientos la elaboración del expediente, planear la próxima sesión y realizar el reporte correspondiente de actividades al supervisor.
- d) Agendar la próxima sesión y repetir los pasos conforme a los avances o retroceso de los usuarios.

### Manuales para casos específicos: ideación o intento suicida, violencia, adicciones

En caso de una situación de crisis o urgencia, en la cual la influencia del terapeuta pueda verse comprometida, resulta importante conocer los procedimientos y reconocer el momento adecuado para aplicarlos durante la intervención telepsicológica.

Una de estas medidas consiste en recabar información al momento del primer contacto del contexto del usuario o usuaria antes de comenzar la terapia; posteriormente, durante el desarrollo de la misma, en todo momento se debe prestar atención a posibles indicadores de una situación de riesgo (violencia, ideación o intentos suicidas, adicciones) y, de esta manera, priorizar el bienestar del usuario o usuaria promoviendo la salud mental. Una vez que se ha podido sortear dicho suceso, es necesario considerar la posibilidad de canalizar al o la consultante a una instancia en donde pueda recibir atención para resolver

su problemática, esta puede o no estar relacionada con el motivo de consulta. Se recomienda el uso de un directorio en el cual el usuario o usuaria elija alguna institución con la capacidad e infraestructura para poder dar el seguimiento adecuado.

## Referencias

- American Psychological Association (APA) (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. Joint task for the development of telepsychology guidelines for psychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Andersen, M., Van Raalte, J., & Brewer, B. (2001). Sport psychology service delivery: Staying ethical while keeping loose. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 12-18. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.1.12>
- De la Torre, M. y Pardo, R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica>
- Díaz, D. (2013). TIC en Educación Superior: Ventajas y desventajas. *Educación y Tecnología*, (04), 44-50.
- Drum, K., & Littleton, H. (2014). Therapeutic boundaries in telepsychology: Unique issues and best practice recommendations. *Professional Psychology Research and Practice*, 45(5), 309-315. <https://doi.org/10.1037/a0036127>
- González-Peña, P., Torres, R., Del Barrio, V. y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017>
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., & Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1060-1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- Nieves, A. (2015). Cribado: para qué y cómo. *Anales del Sistema Sanitario Navarra*, 38(1), 5-7. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000100001>
- Ramos, R., Alemán, J. M., Ferer, C., Miguel, G., Prieto, V. y Rico, C. (2017). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- Ramos-Del Río, B. y Martí-Noguera, J. (2022). *Experiencias en Ciberpsicología*. FES Zaragoza, UNAM. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- Saenz, J., Sahu, A., Tarlow, K., & Chang, J. (2020). Telepsychology: Training perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1101-1107. <https://doi.org/10.1002/jclp.22875>

# 3

## Telesupervisión: importancia y pautas de implementación en el ámbito clínico

Lorena Alejandra Flores Plata  
Dulce María Díaz Sosa  
Francisco Omar Hernández Orduña

**H**olloway (1995) conceptualiza la supervisión como una “alianza de aprendizaje”, en donde, aunque el supervisor busca fomentar un ambiente de aprendizaje, no es unidireccional, pues el éxito de la supervisión reside, en gran medida, en el buen entendimiento y colaboración de ambas partes (Caballero-Suárez *et al.*, 2021).

La supervisión desempeña un papel fundamental en el crecimiento clínico de los profesionales en salud mental. Esto se debe, en gran medida, a que facilita la expansión del conocimiento del terapeuta en áreas específicas de su labor, por tanto, contribuye a la ampliación del conocimiento de su marco teórico de referencia. Asimismo, potencia y consolida las habilidades clínicas al brindar a los terapeutas la oportunidad de reflexionar sobre sus propias creencias y experiencias personales, además de ayudarles a identificar la manera óptima de abordarlas (Falender y Shafranske, 2008); por ende, ayuda a la optimización de la calidad en las intervenciones (Allan *et al.*, 2017). En virtud de lo anterior, la supervisión puede concebirse como un proceso colaborativo, en el cual el supervisor se involucra con los aprendices con el fin de fomentar su desarrollo profesional. Esto ocurre en un entorno seguro, confiable y ético,

brindando así un contexto propicio para el crecimiento y la evolución de los terapeutas en proceso de formación (Hawkins & Shohet, 2012).

Por otro lado, la pandemia global por covid-19 exigió a los sistemas de atención médica, incluida la psicología, ajustar su forma de brindar servicios con el fin de garantizar que los usuarios no vieran afectada negativamente su salud mental. Debido a esto, la supervisión ha tenido que transformarse de acuerdo a las nuevas necesidades, adoptando enfoques remotos para llevar a cabo su implementación. Esta modalidad, conocida como “telesupervisión”, se ha convertido en una herramienta esencial en este contexto. Es importante señalar que, dada la necesidad imperante de no detener los servicios en salud mental, muchos profesionales con o sin formación o experiencia en telepsicología, implementaron los servicios en línea (Tavares *et al.*, 2020; Yuchang *et al.*, 2022). Según datos proporcionados por Pierce *et al.* (2020) y Rodríguez-Ceberio *et al.* (2021), previo a la pandemia solo 39% de los terapeutas utilizaban la telepsicología (*early adopters*), y durante esta aumentó a un 85-98%. Un aspecto relevante señalado por los terapeutas que emplearon esta herramienta durante el confinamiento obligatorio fue la necesidad de adquirir más habilidades relacionadas con la telepsicología. Además, se destacó la importancia de recibir supervisión como un elemento fundamental para potenciar su práctica. En las próximas secciones, se explora de manera detallada el concepto de telesupervisión en el ámbito clínico.

## Definición

La telesupervisión, también denominada supervisión remota, implica la utilización de tecnologías de telecomunicaciones e informática en su implementación (Bernhard & Camins, 2021; Philips *et al.*, 2021, p. 287). En esta modalidad, el rol del supervisor está encaminado a fomentar el desarrollo profesional del supervisado, adaptando los medios disponibles a la distancia y buscando cumplir objetivos particulares de cada una de las sesiones de supervisión. Este proceso puede adoptar diversos formatos (Wood *et al.*, 2005):

- a) *Sincrónico*. Este formato implica que la telesupervisión se lleva a cabo en tiempo real, con la videoconferencia como medio principal.
- b) *Asincrónico*. En este caso, se realiza con un desfase temporal. Las herramientas clave aquí incluyen el uso del correo electrónico para el envío de videos educativos o la participación en foros de discusión en plataformas específicas.
- c) *Híbrido*. Este enfoque combina los dos formatos mencionados anteriormente, permitiendo una combinación de interacción en tiempo real a través de videoconferencia y actividades asincrónicas utilizando otras herramientas.

La evidencia sobre la eficacia de la telesupervisión ha demostrado ser comparable a la supervisión presencial. Además, la satisfacción con este enfoque es al menos igual a la experimentada con la supervisión tradicional (Andreucci-Annunziata *et al.*, 2022; Inman *et al.*, 2019; Wood *et al.*, 2005).

## **Beneficios y desafíos de la telesupervisión**

Diversos investigadores han aportado información valiosa sobre los beneficios de la telepsicología en el ámbito de la salud, varios de ellos se pueden trasladar al ejercicio de la telesupervisión. Entre dichos beneficios se encuentran la reducción de costos y tiempos de desplazamiento, la comodidad de poder elegir un entorno adecuado tanto para el supervisor como para el supervisado, y la eficiencia al promover la calidad de la supervisión sin exponerse al agotamiento físico derivado de los desplazamientos (tráfico, condiciones climáticas extremas, entre otros); asimismo, favorece sesiones de supervisión grupales.

Bajo esta línea de evidencias, otro beneficio destacado de la telesupervisión se relaciona con la posibilidad de acceder a una amplia gama de supervisores que no se encuentran en la misma localidad. Esto se traduce en una mayor disponibilidad de conocimientos especializados, por tanto, las restricciones financieras y los largos desplazamientos pueden ser reducidos (Abbass *et al.*, 2011).

La adopción de enfoques de telesupervisión puede proporcionar a los profesionistas en formación una mayor familiarización con el uso de la telepsicología en un contexto más general. Este aspecto es particularmente valioso para que los aprendices puedan comprender de manera completa la experiencia de los clientes al utilizar los servicios de telepsicología (Bernhard & Camins, 2020). Al mismo tiempo, brinda flexibilidad en la elección de entornos de trabajo, esto contribuye a la comodidad y efectividad del proceso de supervisión. Estas cualidades posicionan a la telesupervisión como un recurso valioso y adaptativo en el ámbito de la salud mental y la formación profesional.

Por otra parte, la telesupervisión se enfrenta a ciertos desafíos inherentes. Entre los más evidentes se encuentran:

- a) La necesidad de reforzar los protocolos para asegurar la confidencialidad rigurosa de las personas involucradas. Esto implica garantizar que el entorno en el cual se lleva a cabo la telesupervisión esté diseñado de manera que los sonidos y la información se mantengan protegidos y resguardados.
- b) La solución de contratiempos tecnológicos imprevistos y la poca familiarización de los aprendices y supervisores con el procedimiento de telesupervisión (Wood *et al.*, 2005).
- c) Aunque el 78.6% de la población mexicana tiene acceso a Internet y el 79.2% posee al menos un dispositivo móvil (teléfono celular o computadora) (INEGI, 2022), aún queda un porcentaje significativo de personas que no se benefician de estos servicios. Por tanto, es crucial implementar planes emergentes para incluir a aquellas personas que carecen de acceso a Internet o dispositivos móviles.
- d) Mantener respaldo a nivel local durante episodios de crisis cuando surge la urgencia de supervisión de manera inmediata representa una consideración esencial (Abbass *et al.*, 2011).

Es posible que los supervisores no siempre estén disponibles y algunas situaciones puedan ser demasiado urgentes para esperar a contactar una cita de supervisión. En este sentido, con el propósito de prevenir posibles dilemas éticos o legales, así como abordar contingencias críticas; por ejemplo, ideación suicida (Perry *et al.*, 2020; Sampaio *et al.*, 2021), la telesupervisión debe incorporar enfoques basados en

evidencia dirigidos al fortalecimiento de aptitudes relacionadas con la regulación del estrés, la empatía y estrategias que mitiguen el agotamiento y conductas inapropiadas. Estos aspectos son cruciales y requieren ser atendidos en el marco de la telesupervisión para garantizar su eficacia (García *et al.*, 2022).

Tomando como base los desafíos previamente expuestos, se constata la imperativa necesidad de establecer y cultivar ambientes de aprendizaje y capacitación específicos para el ámbito de la telesupervisión tanto de supervisores como de supervisados. La naturaleza compleja y las implicaciones multifacéticas de esta modalidad subrayan la relevancia de promover un proceso de formación que aborde de manera integral las particularidades tecnológicas, éticas, clínicas y operativas características de la telesupervisión. Asimismo, se hace evidente la necesidad de desarrollar competencias especializadas entre los profesionales involucrados, con la finalidad de enfrentar los retos y situaciones singulares que pueden surgir en este contexto (Baier & Danzo, 2021; Saladino *et al.*, 2020; Rotger & Cabré, 2022).

## **Pautas de la implementación de la telesupervisión**

Con el propósito de llevar a cabo un despliegue y ejecución efectivos de la telesupervisión es importante tener en cuenta determinadas directrices fundamentales (McCord *et al.*, 2020).

La elección de la modalidad de telesupervisión, ya sea sincrónica, asincrónica o híbrida, así como la determinación del tamaño del grupo de participantes, el cual puede variar desde un enfoque uno a uno, en pares o sesiones grupales, son aspectos cruciales que deben ser considerados. Estas elecciones están intrínsecamente vinculadas a las necesidades específicas de cada contexto y la infraestructura tecnológica disponible. Se debe establecer con claridad el conjunto de recursos y materiales que serán empleados durante la telesupervisión; por ejemplo, el uso de audios, herramientas de pizarra tanto convencionales como electrónicas, narraciones, y otras similares (Allan *et al.*, 2017). Por tanto, es esencial que el telesupervisor se familiarice profundamente

con estas especificaciones y desarrolle planes contingentes para hacer frente a posibles interrupciones en el proceso.

Algunos estudios recomiendan grabar las sesiones de intervención cuando son en línea; de este modo, el supervisor tiene la oportunidad de observar al supervisado y al cliente en sesión, lo cual puede resultar altamente beneficioso (McCord, 2020). Por supuesto, esto debe considerarse algunos puntos particulares de cuidado, como tener la autorización o consentimiento firmado del paciente, especificando el uso y manejo de la grabación; también se debe tener en cuenta que los videos y/o el audio deben guardarse en una unidad o servidor seguro y encriptado al cual solo supervisado y supervisor tengan acceso mediante un servidor externo (Jordan & Shearer, 2019; McCord *et al.*, 2020).

La videoconferencia sobresale como la modalidad preponderante y de elección principal en el contexto de la telesupervisión (Inman *et al.*, 2019), pues es particularmente adecuada para aquellos aprendices caracterizados por niveles elevados de autonomía, un enfoque más flexible y pragmático, además de una inclinación a expresar abiertamente sus requisitos y requerimientos (Hames *et al.*, 2020; Jordan & Shearer, 2019; Martin *et al.*, 2018).

El uso de tecnología y la separación geográfica entre el telesupervisor y el supervisado pueden potencialmente intensificar la experiencia de estrés y añadir una carga adicional, especialmente a quienes requieren una supervisión más intensiva (Jordan & Shearer, 2019), o bien, para aquellos que no se encuentren del todo familiarizados. En este contexto, los telesupervisores desempeñan un papel central en la mitigación de este estrés y agotamiento. Para abordar esta cuestión, de manera más general, se pueden implementar diversas estrategias: estar disponibles para consultas en línea, establecer directrices precisas en la provisión de telepsicología y telesupervisión; asimismo, crear recursos de apoyo virtual y ofrecer accesos a servicios de atención psicológica personal (Hames *et al.*, 2020).

Es sumamente aconsejable que los telesupervisores establezcan una relación caracterizada por la apertura y la accesibilidad, facilitada a través de una plataforma de fácil ingreso para las sesiones. Además, se recomienda complementar las sesiones de telesupervisión basadas en videoconferencia con la implementación de planes preestablecidos por escrito (Jordan & Shearer, 2019; Martin *et al.*, 2018; Phillips *et al.*, 2021).

También es recomendable el uso de estrategias de comunicación efectivas (por ejemplo, estilos de habla más formales y lentos, práctica de turnos, uso efectivo del silencio), esto puede mejorar la eficacia de la telesupervisión (Martin *et al.*, 2018); por ende, su entrenamiento puede ser un factor a considerar al momento de realizar las sesiones de supervisión.

Se ha visto que los supervisores con menor disponibilidad y disposición para consultas entre sesiones de supervisión o responder menos por correo electrónico, teléfono o mensajes instantáneos no son candidatos ideales para la telesupervisión, independientemente de sus otras fortalezas clínicas o de supervisión (Jordan & Shearer, 2019), por ende, un análisis que permita comprender mejor las necesidades y competencias de aprendizaje, las metas y las expectativas individuales puede ayudar a identificar mejor a aquellos supervisores y supervisados que presenten mayor facilidad ante la telesupervisión, los cuales puedan atender las necesidades para desarrollar planes de acción particulares.

Es probable un cambio en la supervisión a medida que las personas aumenten el trabajo desde casa y que las intervenciones se vayan adaptando e implementando a una modalidad remota; esto aumenta la oportunidad de observar el trabajo en vivo o mediante grabación de video de las sesiones, lo cual ya es un desafío hoy día. Asimismo, en la actualidad, las políticas institucionales y éticas que requieren un proceso de aprobación, a menudo largo, para cualquier software o tecnología pueden interferir significativamente con la capacidad de las instituciones al acceder a plataformas seguras de videoconferencia y almacenamiento de registros. Por ello, diferentes estudios hacen énfasis en la importancia de seguir trabajando arduamente en la consolidación de estas políticas y procedimientos, lo cual permitirá una mejor práctica tanto de la telepsicología como de la telesupervisión (Hames *et al.*, 2020; Miller *et al.*, 2003; Phillips *et al.*, 2021).

También se ha destacado la necesidad de abordar el cumplimiento de estándares éticos generales en telepsicología (Lin *et al.*, 2022; Sora *et al.*, 2022; Yuchang *et al.*, 2022). Esto está directamente relacionado con generar más investigación y mejorar la formación profesional bajo un enfoque de capacitación técnica, ética y basada en la supervisión clínica constante.

Con base a lo descrito previamente, se definen varios pilares a tomar en cuenta en la implementación de la telesupervisión. Dichos

pilares comprenden los objetivos que se desean cumplir en la telesupervisión, además de la estructura y el formato que se adoptarán, los métodos empleados y la metodología para evaluar su eficacia. A manera de una exposición más detallada y específica de estos pilares, se ofrece una descripción precisa en el cuadro 3.1.

Cuadro 3.1. Pilares en la implementación de la telesupervisión

|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| <b>Objetivos</b>            | Determinar la perspectiva teórica en la cual se basará la intervención que los supervisados aplicarán  | En la actualidad, se ha constatado que la telesupervisión ha sido empleada con enfoques provenientes de la perspectiva cognitivo-conductual (Cromarty <i>et al.</i> , 2020) y también desde la terapia familiar (Nadan <i>et al.</i> , 2020). Definir claramente la perspectiva teórica a partir de la cual se guiará la telesupervisión resultará en una mayor precisión en la delimitación de los objetivos propuestos |
|                             | Establecer los objetivos de la supervisión   | Los objetivos pueden ir en función de fortalecer las habilidades relacionadas a la telepsicología, supervisar que el trabajo clínico de los supervisados cumpla con los objetivos de la telepsicología y fortalecer aspectos éticos y de inclusión de perspectiva de género  |
| <b>Estructura y formato</b> | Informar sobre el día y la hora de la telesupervisión  | Establecer desde un inicio los principios de la estructura y formato permitirá dar certidumbre en la telesupervisión, además de sistematizar y operacionalizar los principios de modo que puedan ser replicables y verificables (Milne & Reiser, 2012), estas actividades son indispensables considerando lo novedoso de la telesupervisión y la necesidad de generar más evidencia al respecto                          |
|                             | Establecer el lugar, la modalidad y el número de participantes incluidos en la telesupervisión   |  |
|                             | Establecer la plataforma a utilizar para implementar la telesupervisión  |  |
|                             | Acordar sobre qué otros medios (además de la telesupervisión) serán utilizados para el intercambio de información en caso de urgencia psicológica o en caso de no urgencia psicológica |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Métodos de telesupervisión</b>       | Determinar y desarrollar los materiales a utilizar para llevar a cabo la telesupervisión  | Dentro de las principales estrategias de supervisión se encuentra la discusión de casos clínicos, retroalimentación, lecturas y análisis de técnicas de intervención, videos temáticos, ensayo conductual, formulación de casos, entre otros (Mora-Miranda, 2013)  |
|   | Establecer si se utilizarán las grabaciones con los clientes para ser empleados en la telesupervisión                                 | En caso de optar por este lineamiento, es imperativo establecer los lineamientos éticos que deberán atenderse, como la firma del consentimiento informado, el lugar del resguardo de los videos, el tiempo de resguardo, entre otros   |
|   | Desarrollar un plan de supervisión donde se consideren los temas que serán abordados y cómo se distribuirá cada sesión de supervisión | Dentro del marco del plan de telesupervisión, además de los aspectos previamente señalados, se recomienda abordar: a) desarrollo y consolidación de competencias clínicas desde la perspectiva teórica elegida y en el ámbito de la telepsicología, y b) estrategias y enfoques para establecer y fortalecer la alianza terapéutica en el contexto específico de la telesupervisión  |
| <b>Evaluación de la telesupervisión</b> | Evaluar la telesupervisión  | La supervisión tradicional, en persona, implica una evaluación de aspectos tales como: administración de la supervisión, práctica de la escucha activa, uso de refuerzos, retroalimentación, obtención de información, desafío de las capacidades del aprendiz, validación de los conocimientos de los supervisados, formación, orientación hacia el aprendizaje experiencial (mediante modelado y ensayo conductual), así como otras competencias pertinentes (Milne & James, 2002). Con respecto a la telesupervisión, es necesario incorporar la tecnología en la evaluación de estas competencias. Por ejemplo, podrían grabarse videos para demostrar el modelado, o bien, recurrir a formatos electrónicos con la finalidad de hacer llegar información de manera óptima al supervisado. En este sentido, los instrumentos de evaluación deben estar disponibles en formato electrónico. No obstante, también resulta crucial incluir la evaluación de las habilidades relacionadas con el uso de la tecnología. |

Otras directrices cruciales a tener en cuenta son las relacionadas con la figura del telesupervisor. Además de manifestar las cualidades intrínsecas a la supervisión tradicional, como la sensibilidad, la humildad y la flexibilidad, entre otras (Hawkins & Shohet, 2012), el telesupervisor debe demostrar un dominio general en la utilización de plataformas digitales, en particular, las destinadas a las videoconferencias. Además, debe asignar tiempo para abordar las demandas asincrónicas provenientes del supervisado, las cuales puedan surgir fuera del horario establecido para las sesiones de telesupervisión.

## Líneas futuras

La supervisión clínica es una herramienta sumamente importante en la formación y desarrollo de psicólogos clínicos que brindan atención. Con la creciente ola de necesidad de uso de atención a distancia (telepsicología) resulta imprescindible adaptar y desarrollar formas de supervisión a distancia.

Estudios recientes (Caballero-Suárez *et al.*, 2023; Mendizabal, 2019; Miller *et al.*, 2003; Phillips *et al.*, 2021) han identificado la viabilidad y necesidad de llevar a cabo la telesupervisión con la finalidad de cubrir las necesidades del mundo actual y de la atención psicológica en línea.

Como se ha mencionado, ya existen algunos modelos que plantean algunas competencias y habilidades importantes a desarrollar por parte del psicólogo; por ejemplo, la especificación de objetivos, evaluación y diagnóstico, así como el diseño y aplicación de intervenciones (Mendizabal, 2019). El incorporar prácticas de juego de roles en los programas de telesupervisión puede ser altamente recomendable en la identificación de necesidades y desarrollo de las competencias (Phillips *et al.*, 2021).

El telesupervisor podría canalizar varios de sus esfuerzos en ayudar a identificar y desarrollar habilidades de autogestión para manejar sus propias dificultades al momento de realizar intervenciones con sus pacientes (Sayrs & Linehan, 2019). Tener terapeutas autogestivos puede ser una parte medular en la formación y desarrollo profesional.

Incorporar el desarrollo de habilidades que faciliten la práctica clínica permite al profesional de la psicología prestar sus servicios a través de la telepsicología de una manera eficaz. Algunas de estas pueden incluir la gestión de la práctica, habilidades de comunicación verbal y no verbal, investigación y autorreflexión (Mendizabal, 2019); además, pueden ser de suma importancia para el supervisado, así como al momento de realizar la telesupervisión.

Cabe añadir a estos modelos de telesupervisión la óptima evaluación de adquisición de las competencias y habilidades desarrolladas en las sesiones; es decir, una forma óptima de utilizar los medios tecnológicos para medir el impacto de la telesupervisión en la práctica clínica (Mendizabal, 2019). Por otro lado, se debe tener un plan de acción para el desgaste y el estrés generados por el uso de los medios utilizados en la telesupervisión.

El uso de los medios tecnológicos para la facilitación del aprendizaje y desarrollo de las sesiones de supervisión es un área importante a desarrollar. Resultaría benéfico la evaluación y uso de algunos medios tecnológicos como videos educativos, acceso a material informático reciente a través del Internet, el uso de pizarrones virtuales para la organización, fijación de objetivos y desarrollo de las sesiones, así como el posible desarrollo de realidad virtual y su incorporación en esta área.

Por último, se debe seguir el desarrollo y capacitación en las consideraciones éticas y legales del uso y riesgos de las tecnologías actuales (Luxtton *et al.*, 2016), tanto en la práctica de la telepsicología como en la telesupervisión, con la finalidad de cumplir en posición de responder a las inquietudes de las adversidades que se vayan presentando en el desarrollo de la telesupervisión. A pesar del desarrollo de diversos estudios que evalúan la efectividad de la telesupervisión y de algunas revisiones sistemáticas de la literatura en el tema (Andreucci-Annunziata *et al.*, 2022; Augusterfer *et al.*, 2020; Aviram y Nadan, 2022; Martin *et al.*, 2018; Ratcliffe & Kaluzeviciute-Moreton, 2023; Soheilian *et al.*, 2023), los resultados, aunque aceptables, siguen estando carentes de evidencia; por tanto, sugieren tener cautela en su uso, principalmente atendiendo a recomendaciones que pueden ayudar a aumentar la efectividad (atender cuestiones

éticas, capacitación en cuestiones técnicas tanto para supervisor como supervisado y desarrollo de habilidades de comunicación, entre otras).

En nuestro país, la telesupervisión aún es un área poco desarrollada y hace falta mayor cantidad de estudios que permitan proponer modelos con componentes específicos y efectivos; sin embargo, la aplicación de estos programas puede tener grandes beneficios en el desarrollo de profesionales de la salud mental tanto en su modalidad presencial como a distancia, y puede ser un apoyo importante en contextos de atención de salud, en el área educativa y de formación.

## Referencias

- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry, 74*(1), 58-71.
- Allan, R., Mcluckie, A., & Hoffecker, L. (2017). Effects of clinical supervision of mental health professionals on supervisee knowledge, skills, attitudes and behaviour, and client outcomes: protocol for a systematic review. *Campbell Systematic Reviews, 13*(1), 1-44. <https://doi.org/10.1002/CL2.179>
- Andreucci-Annunziata, P., Mellado, A., & Vega-Muñoz, A. (2022). Telesupervisión in Psychotherapy: A Bibliometric and Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(23), 16366. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316366>
- Augusterfer, E. F., O'Neal, C. R., Martin, S. W., Sheikh, T. L., & Mollica, R. F. (2020). The role of telemental health, tele-consultation, and tele-supervision in post-disaster and low-resource settings. *Current psychiatry reports, 22*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01209-5>
- Aviram, A., & Nadan, Y. (2022). Online clinical supervision in couple and family therapy: A scoping review. *Family process, 61*(4), 1417-1436. <https://doi.org/10.1111/famp.12809>
- Baier, A., & Danzo, S. (2021). Moving toward a new era of telepsychology in university training clinics: considerations and curricula recommendations. *Training and Education in Professional Psychology, 15*(4), 259-266. <https://doi.org/10.1037/tep0000359>

- Bernhard, P. A., & Camins, J. S. (2020). Supervision from afar: Trainees' perspectives on telesupervision. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 377-386. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1770697>
- Caballero-Suárez, N. P., Gálvez-Hernández, C. L., Huerta-Barrientos, C., Monroy-Ortiz, I. C., Sánchez-Ramos, S. M. y Sánchez-Sosa, J. J. (2023). Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 33(2), 427-439. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2825>
- Caballero-Suárez, N., Gálvez-Hernández, L., Gutiérrez-Velilla, E. y Sánchez-Ramos, S. (2021). "Programas académicos de psicología y salud en México: desafíos para la supervisión clínica". En: J. Piña-López y S. Beltrán-Moreno (Eds.), *Nuevas tendencias en psicología y salud. Teoría, investigación y práctica profesional* (pp. 69-85). Qartuppi.
- Cromarty, P., Gallagher, D., & Watson, J. (2020). Remote delivery of CBT training, clinical supervision and services: in times of crisis or business as usual. *Cognitive Behaviour Therapist*, 13, 1-12. <https://doi-org/10.1017/S1754470120000343>
- Falender, C. A. y Shafranske, E. P. (Eds.). (2008). *Libro de casos para la supervisión clínica: un enfoque basado en competencias*. Asociación Americana de Psicología. <https://doi.org/10.1037/11792-000>
- Garcia, K. M., Nanavaty, N., Nouzovsky, A., Primm, K. M., McCord, C. E., & Garney, W. R. (2022). Rapid Transition to Telepsychology: Health Service Psychology Trainee Responses Amidst A Global Covid-19 Crisis From An Ecological Perspective. *Training and Education in Professional Psychology*, 16, 87-94. <https://doi.org/10.1037/tep0000369>
- Hames, J. L., Bell, D. J., Perez-Lima, L. M., Holm-Denoma, J. M., Rooney, T., Charles, N. E., Thompson, S. M., Mehlenbeck, R. S., Tawfik, S. H., Fondacaro, K. M., Simmons, K. T., & Hoersting, R. C. (2020). Navigating uncharted waters: Considerations for training clinics in the rapid transition to telepsychology and telesupervision during COVID-19. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 348-365. <https://doi.org/10.1037/int0000224>
- Hawkins, P., & Shohet, R. (2012). *Supervision in the Helping Professions*. McGraw.
- Holloway, E. L. (1995). *Clinical supervision: A systems approach*. Sage Publications.
- Inman, A. G., Bashian, H., Pendse, A. C., & Luu, L. P. (2019). Publication trends in telesupervision: A content analysis study. *The Clinical Supervisor*, 38, 97-115. <http://dx.doi.org/10.1080/07325223.2018.1528194>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2022). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2022*. <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2022/>

- Jordan, S. E., & Shearer, E. M. (2019). An exploration of supervision delivered via clinical video telehealth (CVT). *Training and Education in Professional Psychology, 13*(4), 323. <http://dx.doi.org/10.1037/tep0000245>
- Lin, T., Heckman, T. G., & Anderson, T. (2022). The efficacy of synchronous teletherapy versus in-person therapy: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology: Science and Practice, 29*(2), 167-178. <https://doi.org/10.1037/cps0000056>
- Luxton, D. D., Nelson, E. L., & Maheu, M. M. (2016). *A practitioner's guide to telemental health: How to conduct legal, ethical, and evidence-based telepractice*. American Psychological Association.
- Martin, P., Lizarondo, L., & Kumar, S. (2018). A systematic review of the factors that influence the quality and effectiveness of telesupervision for health professionals. *Journal of Telemedicine and Telecare, 24*, 271–281. <http://dx.doi.org/10.1177/1357633X17698868>
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., & Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology, 76*(6), 1060-1082. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22954>
- Mendizabal, J. B. (2019). EuroPsy: Un modelo basado en competencias. ¿Es aplicable a la formación sanitaria especializada en Psicología Clínica? *Educación MClínica, 20*, 154-162. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.05.017>
- Miller, T. W., Miller, J. M., Burton, D., Sprang, R., & Adams, J. (2003). Telehealth: A model for clinical supervision in allied health. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 1*(2), 6. <http://dx.doi.org/10.46743/1540-580X/2003.1016>
- Milne, D. L., & James, I. A. (2002). The observed impact of training on competence in clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 55-72. <https://doi.org/10.1348/014466502163796>
- Milne, D., & Reiser, R. (2012). A Rationale for Evidence-Based Clinical Supervision. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 42*, 139-149. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-011-9199-8>
- Mora-Miranda, M. (2013). La supervisión Clínica en Medicina Conductual. En: E. Reynoso y G. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 25-42). Qartuppi.
- Nadan, Y., Shachar, R., Cramer, D., Leshem, T., Levenbach, D., Rozen, R., Salton, N., & Cramer, S. (2020). Behind the (Virtual) Mirror: Online Live Supervision in Couple and Family Therapy. *Family Process, 59*(3), 997–1006. <https://doi.org/10.1111/famp.12573>
- Perry, K., Gold, S., & Shearer, E. M. (2020). Identifying and addressing mental health providers' perceived barriers to clinical video telehealth utilization. *Journal of Clinical Psychology, 76*(6), 1125-1134. <https://doi.org/10.1002/jclp.22770>

- Phillips, L. A., Logan, J. N., & Mather, D. B. (2021). COVID-19 and beyond: Telesupervision training within the supervision competency. *Training and Education in Professional Psychology, 15*(4), 284–289. <https://doi.org/10.1037/tep0000362>
- Pierce, B., Perrin, P., Tyler, C., McKee, G., & Watson, J. (2020). The COVID-19 telepsychology revolution: a national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *American Psychologist, 76*(1), 14–25. <https://doi.org/10.1037/amp0000722>
- Ratcliffe, K., & Kaluzeviciute-Moreton, G. (2023). Telesupervision in counselling and psychotherapy: a systematic review of the literature. *British Journal of Guidance & Counselling, 1*-14. <https://doi.org/10.1080/03069885.2023.2264480>
- Rodríguez-Ceberio, M., Agostinelli, J., Daverio, R., Benedicto, G., Cocola, F., Jones, G., Calligaro, C. y Díaz-Videla, M. (2021). Psicoterapia online en tiempos de Covid-19: adaptación, beneficios, dificultades. *Archivos de Medicina (Col), 21*(2), 548-556. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.404>
- Rotger, M., & Cabré, J. (2022). Therapeutic Alliance in Online and Face-to-face Psychological Treatment: Comparative Study. *JMIR Mental Health, 9*(5), 36775. <https://doi.org/10.2196/36775>
- Saladino, V., Algeri, D., & Auriemma, V. (2020). The Psychological and Social Impact of Covid-19: New Perspectives of Well-Being. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577684>
- Sampaio, M., Haro, M., De Sousa, B., Melo, W. V., & Hoffman, H. G. (2021). Therapists Make The Switch to Telepsychology to Safely Continue Treating Their Patients During the COVID-19 pandemic. Virtual Reality Telepsychology May Be Next. *Frontiers in Virtual Reality, 1*. <https://doi.org/10.3389/frvir.2020.576421>
- Sayrs, J. H., & Linehan, M. M. (2019). *DBT teams: Development and practice*. Guilford Publications.
- Soheilian, S. S., O'Shaughnessy, T., Lehmann, J. S., & Rivero, M. (2023). Examining the impact of COVID-19 on supervisees' experiences of clinical supervision. *Training and Education in Professional Psychology, 17*(2), 167. <https://doi.org/10.1037/tep0000418>
- Sora, B., Nieto, R., Montesano, A., & Armayones, M. (2022). Usage Patterns of Telepsychology and Face-To-Face Psychotherapy: Clients' Profiles and Perceptions. *Frontiers in Psychology, 13*, 4076. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.821671>
- Tavares, F., Santos, E., Diogo, A., & Ratten, V. (2021). Teleworking in Portuguese communities during the COVID-19 pandemic. *Journal of Enterprising Communities: people and places in the global economy, 15*(3), 334-349. <https://doi.org/10.1108/JEC-06-2020-0113>

- Wood, J. A. V., Miller, T. W., & Hargrove, D. S. (2005). Clinical supervision in rural settings: A telehealth model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 173-179.
- Yuchang, J., Zheng, Z., Peixuan, Z., & Junxiu, A. (2022). Telepsychology: Applications, advantages, and challenges. *Advances in Psychological Science*, 30(1), 141-156. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1042.2022.00141>

# II

---

## Estrategias y herramientas para la intervención clínica

# Telepsicología

Pautas para intervenciones digitales

# 4

## Intervenciones basadas en la evidencia

Judith Rivera Baños  
Alicia Ivet Flores Elvira

### Tratamientos eficaces

Según Labrador *et al.* (2003), un tratamiento psicológico es una intervención profesional cuyas bases se encuentran dentro de un contexto médico, ya sea centro de salud mental, hospital, consulta privada o asociaciones, este lo realiza un psicólogo clínico especialista en problemas de comportamiento humano, y utiliza técnicas y tratamientos, cuya eficacia ha sido verificada por medio de diversas investigaciones científicas.

La forma de aplicar diversos tratamientos en salud mental (tanto en la modalidad presencial, como la atención mixta o *blended* y la telesalud) ha cambiado a lo largo de los años, derivado de la vasta investigación realizada para conocer su efectividad y realizar diagnósticos adecuados que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas usuarias.

Con la finalidad de consolidar la confianza de la población que, en la actualidad, recurre a servicios psicológicos, es necesario documentar las experiencias exitosas y manifestar el tipo de intervención utilizada que

llevó a tales resultados positivos; de esta manera, se espera conseguir que más personas reconozcan oportunamente los beneficios de empezar un proceso de atención psicoterapéutica (Labrador *et al.*, 2010).

Los tratamientos psicológicos que en mayor medida han sido sometidos a pruebas de investigación son los derivados del enfoque cognitivo conductual, los cuales tratan diversas problemáticas: trastorno de ansiedad, depresión mayor, problemas de pareja, disfunción sexual, trastorno de alimentación e intervenciones médicas como TDAH y esquizofrenia (Labrador *et al.*, 2003). De estas pruebas han surgido protocolos para realizar intervenciones con mayor grado de eficacia.

La estandarización de protocolos de intervención mediante normas de diagnóstico y tratamiento ha manifestado la importancia de utilizar metodología basada en evidencia como resultado de investigaciones científicas en materia de salud; asimismo, desalienta el empleo de intervenciones de dudosa efectividad (Moriana y Martínez, 2011). Por ende, aplicar diferentes tratamientos a personas con el mismo problema de salud genera diferentes resultados, además de una variación en costos. Por tanto, es necesario utilizar procedimientos estandarizados para obtener mejores resultados con los y las consultantes, lo cual también aporta en la adquisición de conocimientos de quienes son profesionales de la salud.

Resulta de igual relevancia considerar, en la formación inicial de psicólogas y psicólogos, la enseñanza de teorías y metodologías con sustento empírico, de manera que se perfile un ejercicio profesional objetivo, susceptible de ser evaluado y con una gestión de recursos optimizada (Pérez *et al.*, 2014).

Desde 1995, la American Psychological Association (APA) comparte listados de tratamientos psicológicos, detallando su grado de eficacia. A partir de 2006, distingue tres categorías concretas: 1) bien establecido, 2) probablemente eficaz y 3) experimental, considerando a los que cubren las primeras dos categorías como tratamientos con suficiente evidencia científica para ser incorporados a la práctica clínica (Primero y Moriana, 2011).

De acuerdo con Moriana y Martínez (2011), la normalización de la práctica clínica debe contar con documentos basados en evidencia

científica, estos pueden ser protocolos desarrollados bajo el enfoque basado en evidencia, los cuales se apoyen en pruebas científicas, cuyo fin es orientar la práctica. A su vez, cumplen con el objetivo de optimizar recursos, apoyar la necesidad de normalizar la práctica clínica, priorizar el manejo de algunas patologías, definir los derechos de los usuarios, usar racionalmente medicamentos, entre otros.

Es pertinente señalar que contar con los datos en los cuales se sustentan las intervenciones eficaces puede además transformar las políticas públicas, como ha sucedido en Reino Unido, donde, a partir de contar con información sobre el incremento de resultados eficientes, se amplió la cantidad de profesionales en psicología clínica que participan en su sistema de salud (Labrador *et al.*, 2010).

De la Torre y Pardo (2018) realizaron una revisión de la literatura y concluyeron que se cuenta con suficiente evidencia para aplicar intervenciones psicológicas a través de Internet, ante problemas como ansiedad y depresión, entre otros de elevada incidencia en la práctica clínica y de la salud (trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, problemas de sueño, de control de peso, abuso de sustancias, apoyo en el manejo del dolor y acompañamiento ante enfermedades crónicas). Del análisis realizado por estos autores, se destaca que los resultados de las intervenciones en las cuales se hace uso de las TIC son favorables; además, su grado de eficacia es “similar a la terapia presencial”. Desde luego, es necesario seguir con las indagaciones al respecto para procurar que la implementación de tecnología en la práctica psicológica se realice de forma competente.

## Uso de guías clínicas y de atención

Según Field y Lohr (1990, como se cita en Moriana y Martínez, 2011), las guías clínicas contienen una serie de recomendaciones elaboradas con sustento en la evidencia científica, esto permite orientar tanto a profesionales como a consultantes al momento de tomar una decisión sobre las intervenciones sanitarias adecuadas y eficientes de acuerdo con un problema específico y considerando las circunstancias particulares. Dichas

guías han pasado por un proceso de evaluación de resultados, así como del grado de su utilización. A su vez, las guías de atención contienen los lineamientos técnicos para la atención; además, orientan al personal de los servicios, con el objetivo de realizar promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red.

Por tanto, de acuerdo con Moriana y Martínez (2011), los objetivos de las guías clínicas, guías de atención y protocolos se centran en homologuear el proceso de atención, mejorando la eficacia y toma de decisiones oportuna cimentada en evidencia. También permite definir la responsabilidad de cada nivel de atención, así como promover el respeto a los derechos de los usuarios en el proceso de atención y sintetizar el registro de información para la evaluación. A la par, se debe procurar el seguimiento de los estándares que permitan fortalecer la práctica del personal de salud con un respaldo en atención a quienes solicitan el servicio.

Es importante remarcar que la aplicación de tratamientos específicos, protocolizados, basados en la evidencia científica cuando se ha detectado un trastorno clínico, problema emocional o respuesta problemática que genera malestar psicológico favorece a la mejora de quien consulta (Espada *et al.*, 2020).

Por su parte, Vera (2019) destaca que, en la creación de este tipo de guías, se parte de una exploración metódica del estado del arte, lo cual permite abarcar elementos relacionados con la prevención, detección oportuna, formas de atención y evaluación relacionadas al tema central de la guía.

Pérez *et al.* (2014) recomiendan una visión crítica en la construcción de guías psicológicas, mencionan que si estas herramientas siguen un modelo médico se cometen omisiones importantes y generan incongruencias con la práctica psicológica. Entre otras recomendaciones, señalan el saber reconocer la “naturaleza multidimensional” de los problemas psicológicos; por ende, se debe seleccionar cuidadosamente el momento de realizar la evaluación de resultados, dado que las intervenciones psicológicas se proponen atender un problema particular, pero también cubren funciones de tipo educativo y de divulgación. De tal forma, los efectos de un tratamiento podrían presentarse a mediano o largo plazo.

Se puede decir que el uso de guías clínicas, guías de atención y protocolos es parte del quehacer cotidiano de los y las profesionales en psicología, pues constituyen una herramienta de trabajo. Con el auge de la incorporación tecnológica a la práctica clínica, es importante considerar que la utilización de estos documentos sigue siendo fundamental para obtener resultados satisfactorios en beneficio de las personas usuarias, tanto en una intervención presencial como *online*. Según Baena *et al.* (2010), el trabajo a distancia no solo consiste en el trasladar la presencialidad a distancia, también requiere aplicar las herramientas de manera adecuada.

Ahora bien, para saber si los instrumentos utilizados muestran un tratamiento eficaz, se debe considerar el origen del protocolo consultado. De acuerdo con Santillán (2022), la APA, el Instituto Nacional de Psiquiatría en sus guías clínicas, el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos, entre otras organizaciones, han establecido que una de las mejores intervenciones de tratamiento es la psicoterapia cognitivo conductual; es decir, se debe identificar si el documento a utilizar se deriva de esta base teórica.

La localización de las guías clínicas o protocolos es variable, estas pueden ubicarse en repositorios académicos (Google Académico), clínicos (Instituto Nacional de Psiquiatría) o institucionales (UNAM). De forma más específica, se pueden consultar directamente las recomendaciones emitidas por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA); otra fuente de información es el Centro Cochrane Iberoamericano. En México se puede consultar el Centro de Documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental a cargo del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

De la Torre y Pardo (2018) hacen mención de “guías publicadas para las intervenciones psicológicas *online*”, señalando en el rubro internacional guías desarrolladas por la APA, la British Psychological Society (BPS), el National Institute of Mental Health (NIMH), entre otros. Estos documentos pueden servir de base para el desarrollo de protocolos específicos o de carácter más local, los cuales conduzcan la preparación de profesionales en psicología y encaucen la ejecución de intervenciones vía Internet.

## Uso de protocolos

El uso de protocolos dentro de la práctica clínica es común, por ende, lograr identificar su concepto, características y utilidad es de gran valor en el ejercicio profesional de la psicología.

Se considera un protocolo médico aquel instrumento elaborado para el control sanitario de patologías que, por sus características, son un problema de salud pública, por tanto, se requieren normas definidas de actuación mínima, con la garantía de una buena práctica, así como tener un registro de vigilancia epidemiológica (Moriana y Martínez, 2011).

Por otro lado, Moriana y Martínez (2011) mencionan que un protocolo es el instrumento de aplicación, orientación y práctica, el cual puede o no resumir el contenido de una guía clínica. Un protocolo de actuación contiene las actividades de forma secuenciada para el trabajo con usuarios o grupos de usuarios que presentan una patología determinada, la cual define su manejo específico estandarizado.

En el apartado anterior se destacaba la importancia de dar seguimiento a investigaciones que propicien una práctica clínica más eficiente; sin embargo, se debe reconocer, como señala Barraca (2005), que los resultados obtenidos en una intervención realizada en el marco de una investigación suelen diferenciarse de los resultados obtenidos directamente del ejercicio en práctica privada. Además, se debe considerar que “la práctica clínica es tan abierta, tan exigente, tan desconcertante y tan frustrante en ocasiones, que muchos anhelan disponer al igual que en el ámbito médico de unos tratamientos protocolizados” (p. 34).

Vera (2019) encuentra entre las ventajas que brindan los protocolos la promoción de prácticas clínicas organizadas, con mayor certeza de su correcta aplicación; asimismo, se incrementa la probabilidad de realizar la evaluación en menor tiempo, de forma continua y en los momentos más adecuados para orientar la intervención. Evidentemente, hacer uso de estos instrumentos para el entrenamiento de profesionales que inician su ejercicio profesional permitirá ofrecer una atención de calidad más allá de su experiencia en el campo.

Un ejemplo de protocolo de acuerdo con Gutiérrez *et al.* (2020) es el “Protocolo de atención psicológica a distancia para el personal de

salud en trabajo directo con pacientes afectados por covid-19”, donde se enmarcan una serie de lineamientos de intervención con el objetivo de elevar la capacidad de resiliencia del personal de la salud que trabaja directamente en campo con usuarios afectados durante la pandemia.

Es importante que psicólogos y psicólogas se conduzcan con ética y profesionalismo, por tanto, como se expuso anteriormente, es indispensable la utilización de herramientas confiables y técnicas basadas en evidencia, siempre en beneficio de la persona consultante.

## Referencias

- Baena, A., Fuster, H., Sánchez, X. C. y Oberst, Ú. E. (2010). Retos metodológicos de la investigación psicológica a distancia. *Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, (26), 137-156.
- Barraca, J. (2005). El desarrollo de los tratamientos eficaces y la competencia profesional en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 16(1), 31-44.
- De la Torre, M. y Pardo, R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A. y Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el covid-19. *Clínica y Salud*, 31(2), 109-113.
- Gutiérrez Álvarez, A., Cruz Almaguer, A., Sánchez de González, A., Pérez Almoza, G., Cribeiro Sanz, L., Peña Hernández, N., Hidalgo Pérez, E., Rodríguez Expósito, Y., Peña Castillo, Y., Zaldívar Santos, E., Báez Rodríguez, K. e Hidalgo Martinola, D. (2020). Protocolo de atención psicológica a distancia para el personal de salud en trabajo directo con pacientes afectados por covid-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), 865.
- Labrador, F. J., Vallejo, M. Á., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, (84).
- Labrador, F., Estupiñá, F. y García, M. (2010). Demanda de atención en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 81-100.
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. y Amigo, I. (Coords.) (2014). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Pirámide.

- Primero, G. y Moriana, J. (2011). Tratamientos con apoyo empírico, una aproximación a sus ventajas, limitaciones y propuestas de mejora. *Revista IIPSI*, 14(2), 271-276.
- Santillán, C. (2022). *Estrés postraumático causado por sismos. Programa de Intervención*. FES Iztacala, UNAM.
- Vera, O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz*, 25(2), 70-77.

# 5

## Habilidades terapéuticas

Adriana Irene Hernández Gómez  
Oscar Iván Negrete Rodríguez  
Obdulio Porfirio Godínez Vallejo

### Introducción

Desde sus inicios, la psicología se ha enfocado en la atención de diversos problemas tanto de carácter individual como social, incrementando su campo de acción y su demanda académica de manera exponencial; por ello, en la actualidad es una de las carreras de mayor demanda en el país. En este sentido, hablar de la formación del estudiantado es vital y, evidentemente, de las maneras de enseñanza y aprendizaje de la psicología. Peñalosa (2013) señala que el aprendizaje se relaciona con un cambio relativamente permanente en el conocimiento del estudiantado, el cual se produce por las experiencias educativas que construye y conduce un docente. Además, como menciona Negrete (2002), al evaluar el aprendizaje se deben considerar algunas cuestiones: lo aprendido, la manera de aprender, las circunstancias en que se aprende y las manifestaciones del aprendizaje. En virtud de lo anterior, las habilidades terapéuticas ¿se aprenden en el aula?, ¿en la práctica?, ¿en ambos?, ¿de quién se aprenden y cómo?

De inicio, las habilidades terapéuticas no pueden considerarse solo una serie de características con las cuales se cuenta *a priori* y, por

supuesto, no son habilidades aprendidas únicamente con la formación académica. Dicho de otro modo, aun cuando se lea e informe acerca de ellas y su importancia dentro del proceso terapéutico, esto no asegura de ninguna manera que se pondrán en marcha en la práctica. ¿A qué se debe esto? En primer lugar, a que la práctica clínica real difiere de lo establecido por la teoría; por ejemplo, generalidades; es decir, la realidad supera a la teoría. Esto no quiere decir que los libros no ilustren la realidad, sino que cada caso clínico a enfrentar, aun cuando pueda guardar ciertas semejanzas con otros, es absolutamente singular.

Autores como Dejours (2013) han establecido una interesante diferencia entre el denominado trabajo prescrito y el trabajo real. El trabajo prescrito se indica claramente en libros, manuales, instructivos e incluso lineamientos de trabajo, pero este no ocurre en realidad; es decir, el clínico bien formado en teoría, metodología y técnica se confronta con lo real del trabajo (el caso) y así, comprueba a cada paso que los casos no son como se muestran en los libros, ya que para cada uno de ellos se emprende una estrategia distinta (por supuesto, siempre en torno a su marco teórico). En esta diferencia entre trabajo prescrito y trabajo real se enmarcan las habilidades terapéuticas, las cuales se construyen en la práctica. Entonces, ¿cómo pensar estas habilidades?, ¿cuáles son y cómo se adquieren?

Definitivamente, más que pensarlas como un aprendizaje, deben considerarse una incorporación de las mismas; en otras palabras, no se aprenden, sino que se aprehenden de la práctica misma. Cuando se habla de incorporación se toma esta palabra a la letra: incorporar; es decir, llevar al cuerpo, hacerlo parte del cuerpo. Por ende, más allá de hablar únicamente de habilidades, se habla de la construcción de las formas específicas *de hacer* en el oficio. Ser un buen clínico, entonces, implicará no solo tener un fuerte conocimiento teórico, metodológico y técnico, sino haber incorporado las *formas del hacer*, específicas del oficio de la psicología clínica.

A lo largo de estas páginas se abordará la importancia de adquirir estas habilidades, ya que, como se ya mencionó, inician en un excelente manejo teórico del modelo que se trabaja; además, se sostienen de un fino manejo metodológico-técnico y se ponen en práctica en conjunto

con una escucha aguda, afinada, abierta y activa, para que, de manera hospitalaria, pueda recibirse a quien solicita la consulta y generar las estrategias de intervención acordes a la situación de la persona.

## **Habilidades relacionadas con el manejo teórico**

A partir del perfil establecido de cada profesión, se da la pauta para la construcción de situaciones de enseñanza-aprendizaje orientadas al desarrollo de actividades particulares, las cuales pueden estar supeditadas a un campo de especialización en función de la profesión. Esta serie de actividades y funciones específicas que establecen las disciplinas a sus egresados han sido denominadas puntualmente como perfil profesional (Harrsch, 2005). Considerando lo anterior, al analizar la labor del psicólogo es posible afirmar, sin duda alguna, que su ejercicio profesional tiene la condición constitutiva de adquirir un conjunto de habilidades, que le permitirán en un futuro cumplir con ciertas tareas que requieren ajustarse a criterios particulares.

Antes de continuar, es conveniente definir qué se entiende por “habilidad”. De acuerdo a lo planteado por Caballo (2015), una habilidad es una actividad o conducta organizada y coordinada relacionada con un objeto o una situación en la cual se involucran distintos procesos sensoriales y motores; por tanto, la información sensorial percibida define el control del comportamiento. De esta manera, dentro de las habilidades se encuentran una formación teórica particular, así como una serie de habilidades y competencias.

En distintos momentos se ha hecho mención a diferentes funciones o habilidades con las que deben contar las y los psicólogos para cumplir con los encargos sociales de la disciplina; entre estas se ha hablado de: motivar y animar, formación teórica, capacidad de análisis, dominio de técnicas y metodologías, percibir y tratar problemas, capacidad de síntesis y habilidades de observación, evaluación e intervención (Ander-Egg, 1993; Harrsch, 2005; Ribes *et al.*, 1980; Rodríguez, 2002).

De esta manera, las competencias que deben formar parte del repertorio del psicólogo pueden ser identificadas, delimitadas, definidas y

clasificadas de formas diversas, una de estas categorías propuestas son las competencias de orden. Fernández-Ballesteros (1998) considera como parte de las habilidades teóricas recordar conocimientos específicos de la disciplina. Dentro de tales conocimientos es factible incluir los conceptos desarrollados por la teoría desde la cual se ha formado el o la profesional en cuestión, datos espacio-temporales, además de considerar la capacidad para organizar, clasificar y expresar conocimientos, dominio de principios y generalizaciones. Tratando de ser sintéticos, se puede afirmar que se hace referencia a un dominio teórico-conceptual, el cual incluye principios y conceptos.

Lo anterior resulta clave pues aquellas disciplinas que se hacen llamar científicas incorporan términos conceptuales en su argot con una intención específica y puntual, definida a partir de una serie de convenciones derivadas del acuerdo entre los miembros de la comunidad científica en particular. En este caso, es necesario considerar que la historia de la humanidad y sus usos del lenguaje determinaron que un buen número de los términos que forman parte del bagaje psicológico fueron recuperados del lenguaje ordinario y la creación de uno propio es relativamente reciente; con esto último se hace alusión a un lenguaje integrado por conceptos descriptivos y designativos (Ribes, 2007).

De esta manera, las competencias teóricas juegan un papel medular cuando el psicólogo se enfrenta a situaciones de orden profesional en donde tiene la demanda de dar una explicación sobre las causas de un problema disciplinar; tal explicación da la oportunidad de aclarar una serie de dudas por parte de los usuarios de sus servicios relacionadas con la situación o interacción problemática observada. Esto, a su vez, sienta las bases para generar estrategias de solución ante la problemática o problemáticas detectadas; estas estrategias demandan poner en práctica otra serie de competencias que se pueden definir como técnicas.

A partir de lo planteado sobre las competencias de orden teórico es pertinente afirmar que el quehacer profesional del psicólogo determina su efectividad en cuanto a las distintas competencias con las que cuenta y despliega al hacer frente a un problema de índole disciplinar; tal problema demandará la articulación secuencial de distintas competencias.

## Habilidades relacionadas con el manejo metodológico

Se podría considerar que para realizar un proceso terapéutico sería necesario únicamente el manejo de aspectos relacionados con un estilo terapéutico particular, además de la empatía o la escucha como recursos en función de una intervención exitosa; sin embargo, dichos aspectos requieren una base que permita un desarrollo “objetivo” en el cual puedan intervenir una serie de aspectos basados en modelos específicos con el fin de conducir una intervención a un desarrollo adecuado y eficiente.

En este sentido, las técnicas y recursos personales se expresan en función de un modelo particular, lo cual, a su vez, permite un desarrollo terapéutico que puede otorgar cierto control de aquellos aspectos relacionados tanto a los recursos metodológicos, como con los objetivos. Por tanto, de acuerdo al modelo teórico identificado, se puede trazar una estrategia que, por una parte, implique un conjunto de recursos en función de un objetivo particular y, por otra, delimite adecuadamente las expectativas y los límites personales del terapeuta dentro de un proceso de intervención en conjunto.

Dentro de la consideración teórica referida, se hace patente el adecuado conocimiento de un modelo en función de una formación académica particular, considerar esto permite al terapeuta en desarrollo emplear recursos metodológicos que le representen cierta afinidad, proporcionándole la posibilidad de mantener una determinada estructura con elementos específicos respecto a su propio abordaje, las técnicas y la delimitación de tratamientos y objetivos que, como se ya mencionó, recaen de forma inminente dentro de un manejo metodológico derivado de un modelo teórico específico. Esto puede garantizar, en cierto modo, una intervención objetiva direccionada hacia una estructura definida.

No obstante, la observación de un modelo teórico específico mantiene una estrecha interacción con otros aspectos relacionados con el estilo personal del terapeuta; es decir, características propias de este en torno a una intervención, las cuales son abordadas en el presente capítulo y permiten el desarrollo en función de una estructura o postura teórica definida. Dicho modelo ciñe al terapeuta hacia determinado sentido,

pero, posteriormente, le permite un desarrollo individual importante debido a la direccionalidad de una estructura específica sin perder su propia personalidad. Al respecto, Ceberio, Moreno y Des Champs (2000) mencionan que mantener cierta ortodoxia teórica trae consigo ciertas implicaciones en el desarrollo del profesional, refiriendo que dicha rigurosidad termina cercenando la creatividad del terapeuta.

En virtud de lo anterior, el objetivo del presente apartado es motivar al terapeuta a mantener un riguroso sentido teórico-metodológico en su intervención, sin olvidar el propio desarrollo de habilidades personales en función de una intervención particular.

## **Fases del proceso de atención psicológica**

Una consideración importante en torno a una intervención recae en la necesidad de dividir en fases dicho proceso; por ende, es necesario mantener una estructura que pueda conferir cierto grado de control dentro del seguimiento del trabajo terapéutico, organizando la información obtenida a través de la aplicación de instrumentos de evaluación previos a la intervención (preevaluación), la realización de una entrevista clínica, el planteamiento del objetivo terapéutico, la intervención y, finalmente, una evaluación del trabajo realizado (posevaluación). Los pasos anteriores brindan una estructura metodológica sólida dentro de una intervención psicológica; debido a ello, su manejo requiere del conocimiento de un modelo teórico específico, el cual permite transitar por los diversos recursos técnicos en función de los objetivos particulares planteados en una intervención.

### **Preevaluación**

No se puede iniciar un proceso de intervención psicológica sin antes haber evaluado a la persona usuaria, ya que la evaluación y la intervención son procesos concomitantes (Fernández-Ballesteros, 1998). Ahora bien,

para dar inicio con el proceso de evaluación se cuenta con herramientas de diversa índole y características. Por ejemplo, se pueden considerar criterios estandarizados descritos en manuales internacionales de clasificación o procedimientos centrados en identificar la presencia de factores biológicos o psicológicos mediante el empleo de instrumentos clínicos, como entrevistas o cuestionarios clínicos (Ruiz *et al.*, 2012).

La adecuada aplicación de este primer paso proporciona una medida cuantificable respecto a determinados resultados; esto, a la postre, conduce al manejo de un proceso en el cual es posible contrastar distintas fases de la intervención.

## Entrevista

Un segundo elemento necesario es el uso de la entrevista clínica. Dicho instrumento facilita un abordaje específico sobre algunos elementos particulares en torno a la problemática planteada por parte del usuario o usuaria. Además, promueve el desarrollo de una relación terapéutica encaminada al éxito; es decir, se propicia un adecuado *rapport*, aspecto que generará la obtención de información importante en la construcción de estrategias de intervención adecuadas al contexto personal de usuario.

Según Bleger (1964), la entrevista puede ser abierta o cerrada. En esta última es visible el uso de preguntas ya previstas en orden y forma, por tanto, el entrevistador no puede alterar ninguno de estos aspectos. Por otro lado, en la entrevista abierta, el entrevistador maneja con amplia libertad el planteamiento de preguntas de acuerdo al desarrollo de la misma, especificando o generalizando según lo considere, en torno al caso particular.

## Planteamiento del objetivo terapéutico

Una vez realizados los pasos anteriores, y tomando en cuenta la demanda de la persona usuaria, se plantea un objetivo terapéutico; a través de este, se establece la intervención basada en aquella conducta o aspecto sobre el cual se trabajará su manejo, disminución o extinción. En

este punto, el terapeuta plantea los recursos técnicos propios del modelo teórico metodológico, en función de un objetivo específico, de tal manera que se puede plantear una intervención de forma general y una intervención específica de acuerdo al número de sesiones planteadas para la intervención.

## Intervención

En esta fase es posible observar el desarrollo y aplicación de los recursos técnicos adecuados a cada modelo teórico específico. A partir de los pasos anteriores se puede tener una base estructural que permita el desarrollo de un proceso terapéutico con cierto grado de control; es decir, un proceso de intervención desarrollado en función de un problema y usuario o usuaria específicos. La intervención se adecua al contexto de la persona solicitante; sin embargo, esta puede requerir ajustes durante su desarrollo, los cuales se pueden mantener dentro de un parámetro razonable debido a un manejo previo en la planeación de sesiones y técnicas en torno al proceso particular. Por ende, es necesario enfatizar el uso de los recursos obtenidos en las fases anteriores con la finalidad de conducir el trabajo terapéutico hacia el alcance de los objetivos acordados.

## Posevaluación

Como se puede observar, en el proceso de intervención psicológica es necesaria la aplicación de los pasos ya mencionados, pues es una forma de control sobre las diversas variables en torno a un proceso terapéutico; de esta manera, es posible mantener cierta direccionalidad sobre la conclusión de un proceso particular. Dicha conclusión requiere, invariablemente, de la aplicación de los instrumentos utilizados durante la fase inicial, los cuales permitieron la obtención de resultados cuantitativos y cualitativos, y serán sujetos a contraste en este punto a través de la fase identificada como posevaluación.

La posevaluación permite realizar un comparativo del proceso en perspectiva, esto puede significar la identificación de aquellas áreas que

lograron un impacto favorable a consecuencia del proceso realizado; por otro lado, también se puede observar aquellas otras que pudieran plantear resultados menos significativos o requirieran un proceso más extenso o con otro tipo de enfoque.

Una vez realizada esta posevaluación, es posible plantear un cierre del proceso. En este punto se ha llevado a cabo la revisión de los resultados obtenidos a través de la intervención, así como una valoración sobre los objetivos generales y particulares, así como su desarrollo en función del proceso general.

En este punto es posible plantear, de acuerdo con el desarrollo del caso, una intervención más extensa o que requiera algún otro modelo teórico, por tanto, se puede derivar al usuario hacia el servicio más adecuado o hacia un proceso diferente.

Esta presentación sobre la estructura metodológica de una intervención y su adecuado manejo por parte de la persona encargada del proceso terapéutico plantea una estructura básica pensada en un modelo de intervención breve; sin embargo, cabe hacer mención sobre otro tipo de estructuras que pueden diferir en algunos pasos, pero al final, conservan un orden estructural afín, por ello, es relevante la sugerencia sobre el adecuado manejo de una estructura metodológica específica, ya que este conocimiento puede permitir al terapeuta en formación la integración o adecuación de otras posturas o planteamientos manteniendo un posicionamiento teórico específico.

## **Hacia las habilidades terapéuticas específicas**

Se ha visto con anterioridad la necesidad de tener un claro y firme conocimiento teórico y un correcto manejo metodológico, pues son esenciales en el trabajo clínico; sin embargo, hay una serie de condiciones que deben cubrir las y los terapeutas para llevar a cabo su trabajo de atención psicológica. Si se es en extremo concreto, se puede afirmar que el terapeuta requiere de habilidades como la escucha activa, empatía, cordialidad, asertividad, guardar una cierta postura frente al consultante

(de imparcialidad, de no juicio, entre otros). No obstante, más allá de solo acotarlo a términos que corren el riesgo de ser banalizados o dados por hecho, se vuelve indispensable volver sobre cada una de estas habilidades para analizarlas y mostrar su importancia e incluso, la forma en que estas se desarrollan al aprehender el oficio de terapeuta.

A continuación, se recupera el listado hecho Barraca (2009) de las habilidades tradicionales de la terapia cognitivo-conductual, quien las divide de la siguiente forma:

- Básicas (empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad y respeto a la profesión)
- Escucha (clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis)
- Acción verbal (preguntas, confrontación, interpretación, análisis, etc.)
- Conocimientos generales del modelo
- Competencia en manejo de técnicas del modelo
- Otras habilidades generales (fluidez, flexibilidad, seguridad, etc.).

Adicional a estas habilidades, Barraca indica que en las terapias de conducta de tercera generación (Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítico Funcional y Terapia Conductual Dialéctica) es también importante considerar otras habilidades, las cuales implican un uso más sofisticado del lenguaje y de las técnicas a implementar con las y los consultantes; por ejemplo:

- Empleo de metáforas y lenguaje paradójico adecuadamente con el caso
- Mayor flexibilidad en la ejecución motora durante los ejercicios experienciales, no solo a nivel de modelado
- Un manejo flexible y cuidadoso de la empatía en cada caso; esto, en ocasiones, es sustancial para el avance del caso en cuestión
- Capacidad para discriminar funciones de respuesta en consultantes y cambiar el propio comportamiento, de acuerdo a lo requerido
- Una fuerte creatividad e imaginación para construir técnicas *ad hoc* al caso.

Por otra parte, Prado-Abril *et al.* (2019) indican que:

... la pericia clínica no solo trata sobre aprender un tipo de técnica o formarse en una corriente psicoterapéutica concreta bajo un programa

de aprendizaje más o menos estructurado. Es algo más. Un efecto asociado, una actitud y un proceder que se relaciona con la persona del profesional. Por ello, no existe tampoco una vía sencilla o rápida para desarrollarla. (p. 91)

Ahora bien, si solo pensamos a estas habilidades como una serie de características a cumplir de manera irrestricta, todo queda claro; sin embargo, la puesta en práctica es un tema distinto. A lo largo de las páginas siguientes, no solo se muestra el nombramiento de dichas habilidades, sino también una reflexión en torno a aquello que debe estar presente en el trabajo terapéutico y configurará la pericia en el trabajo clínico.

### El cuidado de sí como condición del trabajo terapéutico

Como parte de un adecuado proceso de intervención, es necesario observar un cuidado particular de *sí mismo*, de tal manera que este derive una intervención efectiva y adecuada. En este sentido, el terapeuta debe necesariamente llevar un proceso de *autocuidado* permanente sobre la base de la observación de aspectos que pudieran influir de forma negativa en su desempeño profesional, manteniendo un objetivo claro del adecuado manejo de aquellos aspectos de tipo personal o emocional que pudieran implicarse dentro de una intervención.

Rodríguez y Arias (2013) conciben el autocuidado como parte de un proceso de tipo personal, en el cual es necesario conocerse y conectarse consigo mismo para, de esta manera, poder lograr una conexión con los demás. En esta misma línea, el terapeuta busca, a través de la observación de aspectos relacionados con su salud física y mental, el desarrollo de procesos que permitan una adecuada interacción entre las partes personal y profesional en torno a un proceso de tipo terapéutico. Esta situación deriva en la autoobservación constante de aquellos elementos sensibles que pudieran requerir apoyo adicional o tuvieran un impacto en el proceso terapéutico.

Por otro lado, Foucault (2010) se ha detenido en la cuestión del cuidado de sí como posicionamiento ético, aludiendo a que el cuidado

de sí es también el cuidado de los otros y, en ese sentido, hace un llamado a la responsabilidad: “El cuidado de sí es ético en sí mismo; pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida en que este *éthos* de la libertad es también una manera de ocuparse de los otros” (p. 1032). Aquí aparece una condición muy importante al hacer referencia al trabajo clínico: el cuidado del terapeuta consigo mismo es, a su vez, un cuidado del paciente, pero de manera general, también un cuidado del oficio. ¿A qué se hace referencia con cuidado de sí en este contexto preciso? Al constante monitoreo de la situación emocional del terapeuta; es decir, recibir una atención psicológica personal de así necesitarlo. Cuando esto no ocurre, el terapeuta puede ver comprometido su trabajo clínico e incluso llegar a afectar el proceso con sus consultantes.

Adicional a esto, parte del cuidado de sí, que impacta al cuidado de la deontica de la profesión, es la adecuada supervisión de casos con un profesional de mayor experiencia, esto sobre todo al inicio de la práctica clínica, pero también más adelante si el tipo o la complejidad del caso lo demanda. Llevar una adecuada supervisión de los casos permitirá al terapeuta, por un lado, contar con una guía sobre su actuar en el caso y, por otra parte, un cuidado de sí, del consultante y de la profesión en sí misma. Foucault (2010) en este mismo texto agrega que: “El *éthos* implica, asimismo, una relación con los otros en la medida en el que el cuidado de sí es capaz de ocupar, en la ciudad, en la comunidad, o en las relaciones interindividuales, el lugar adecuado” (p. 1033).

## El vínculo terapeuta-paciente

Hay múltiples posiciones respecto a la relación terapeutas-pacientes, y cómo este vínculo se vuelve importante en el proceso terapéutico en sí mismo. Por supuesto, dicho vínculo se entiende de formas distintas dependiendo del modelo teórico desde el cual se aborde; sin embargo, esta relación, para todos los modelos (el cognitivo-conductual no es la excepción), es relevante, pues permite el trabajo clínico, a partir del establecimiento de una relación de confianza, confidencialidad, respeto,

calidez y apertura. Este vínculo se configura desde el inicio del proceso terapéutico y va cambiando e incluso, se fortalece conforme el tiempo pasa; asimismo, permite a los consultantes permanecer y finalizar su proceso adecuadamente. Esto depende en gran medida del papel que juega el terapeuta, pero sobre todo de su pericia para generar un vínculo con el consultante, el cual dé soporte al proceso mismo.

A este vínculo se le nombra de distintas maneras, una de las más usadas en distintos modelos es la conocida *alianza terapéutica*. Según Prado-Abril *et al.* (2019) esta es una de las habilidades más importantes a desarrollar por el terapeuta, ya que, aunado al comportamiento con cada consultante, tiene efectos relevantes en el proceso terapéutico. Estos autores nombran esta alianza terapéutica una de las variables mediadoras de los efectos de la terapia; además, pareciera que el terapeuta deberá encontrar la forma específica de vincularse con cada paciente, reinventando las formas de generar este vínculo, sin importar la multiplicidad de tipos de pacientes que hay.

De la Fuente y Cruz (2017), entre otros autores, analizan variables como la personalidad y la formación del terapeuta con la finalidad de establecer una mejor alianza terapéutica con los pacientes. Para ello, las y los terapeutas deberán recibir una formación que les permita afinar sus habilidades para generar este vínculo, sobre todo al iniciar, pero también en sus actualizaciones a lo largo de su vida profesional. Asimismo, encontraron la existencia de la relación entre la amabilidad, el intelecto-imaginación y la responsabilidad con la alianza terapéutica; esto implica que un trato amable, cálido y respetuoso, junto con el uso del lenguaje, el empleo ciertas expresiones, así como su constancia en el acuerdo de las sesiones, horarios y en general del encuadre terapéutico, fomentará el vínculo entre paciente y terapeuta. Por último, mencionan que la experiencia profesional se relaciona positivamente con la alianza terapéutica, esto indica que, como ya se dijo, la pericia del terapeuta para generar este vínculo con los consultantes se adquiere en la experiencia y en la incorporación del oficio.

## La escucha como dispositivo de intervención

No hay duda alguna de que el desarrollo de una escucha activa, sensible y aguda es indispensable en el trabajo terapéutico (incluso más que la observación, pero en conjunción con ella). Autores como Crespo *et al.* (2005) consideran la escucha parte de las habilidades de comunicación; sin embargo, más que una habilidad, se debe tener en cuenta que la escucha misma funciona como un dispositivo de intervención (Hernández, 2020) si el terapeuta ha adquirido la pericia necesaria en su oficio.

¿Qué implica la habilidad de escucha y cómo diferenciarla de un dispositivo de intervención? Si se retoma lo planteado por González (2010) respecto a la escucha activa, se puede pensar un listado de aquello que debe y no debe hacerse en el proceso terapéutico. La autora indica que llevar una escucha activa implicaría evitar caer en los errores siguientes:

- Distraer la atención de lo que está planteando el paciente
- Interrumpir el discurso del paciente innecesariamente
- Juzgar al paciente
- Ofrecer soluciones prematuras
- Rechazar o minimizar lo que siente el o la consultante
- Abordar el problema desde la historia del terapeuta, entre otras.

En otras palabras, escuchar implicaría mantener la atención en el discurso del paciente, sin interrumpir el flujo de su discurso y con una apertura tal, que permita encontrar en esa escucha un espacio de confianza para expresar su sentir y su vivir tal como lo experimenta. Entonces, escuchar implica no enjuiciar lo que se escucha, no rechazarlo, ni minimizarlo o, en otras palabras, dar paso al discurso del paciente desde el paciente mismo y sus condiciones; esto quiere decir que el terapeuta deberá hacer de la escucha uno de sus dispositivos de intervención. En palabras de Hernández (2020):

... generar las condiciones para que la persona que solicita la atención psicológica hable y que su palabra sea verdadero motor de la intervención [...] La escucha que se propone aquí permite recibir la problemática del usuario con hospitalidad (escucha abierta y comprometida), lo cual no

quiere decir que se recibe con condescendencia, con una mirada lastimera y un trato que paraliza e imposibilita más que ayudar. Se trata de una escucha más allá de la llamada empatía (que a veces cae en la identificación narcisista). Es una escucha que en su apertura localiza la demanda del que habla y acude desde ahí, desde la palabra del otro, a la teoría y a las estrategias a emplear (nunca al revés). (pp. 213, 215)

Se debe considerar, entonces, que la escucha sí es una habilidad, una cierta sensibilidad desarrollada en el oficio clínico, pero también es una manera de intervenir por sí misma; es decir, un dispositivo de intervención clínica. De esta forma, el o la terapeuta debe escuchar activa y abiertamente, además de saber hacer uso de su palabra, pero también del silencio.

### La empatía como posicionamiento clínico

En repetidas ocasiones se ha mencionado la importancia de la figura del terapeuta; la manera en que se conduce durante el proceso terapéutico determina incluso el éxito o fracaso del mismo. Evidentemente, su postura con respecto al paciente se vuelve un punto clave. La mayor parte de los modelos terapéuticos consideran la empatía una habilidad básica, pues permite establecer una alianza terapéutica; sin embargo, la empatía también debe ser puesta en juego de manera precisa y acorde a cada caso, además, debe ser pensada cuidadosamente, pues al ser un concepto recurrente en su uso coloquial, pero también profesional, se corre el riesgo de banalizar o llevar a una simplificación extrema esta condición. Si bien la empatía ha sido ampliamente estudiada y analizado su concepto, pareciera no haber una uniformidad en sus concepciones.

De esta manera, se puede comprender la empatía como aquello que lleva a establecer vínculos interpersonales, los cuales se podrían denominar favorables; es decir, en un contexto de confianza y seguridad. Salgado (2015) afirma que “la empatía es un fenómeno de la condición humana que se expresa en la relación con los otros, que posibilita la socialización y que se va desarrollando en los sujetos humanos a medida que crecen” (p. 45).

Gimeno *et al.* (2015) indican que la empatía percibida por el paciente es fundamental e incluso, en ocasiones, lo es mucho más que la serie de técnicas y estrategias clínicas puestas en juego; por tanto, se deberá tomar muy en cuenta el posicionamiento clínico del terapeuta, ya que este será la base en la cual se llevan a cabo las técnicas y estrategias clínicas. Finalmente, los autores indican que es:

... el factor humano, el hecho de mostrar genuino interés en el sufrimiento ajeno y mostrarse como una persona con capacidad para entender las vivencias de otra y no solo como mero administrador de una u otra terapia, ha demostrado tener mucha importancia a la hora de ayudar a las personas demandantes de ayuda psicológica a lograr alcanzar una solución de sus problemas”. (p. 188)

Es importante mencionar que la empatía no es un concepto sencillo y mucho menos fácil de llevar a la práctica. Ser empático en el proceso terapéutico no quiere decir sentir lo que siente el paciente, sufrir su sufrimiento o posicionarse en un lugar condescendiente, paternal o cariñoso, ni mucho menos en una “sensiblería filantrópica”, como afirma Nancy (2007); esto ocurre cuando se cae en una identificación con el caso, cuestión más común de lo que se cree.

En síntesis, es clave para todo terapeuta considerar su posición en el proceso y frente al consultante mismo; es decir, tomar un posicionamiento en su práctica clínica, partiendo de la empatía, la cordialidad, el respeto, la apertura, la calidez, pero cuidando que siempre sea acorde al caso, pues habrá pacientes, o bien, situaciones o momentos en el proceso terapéutico en los cuales se vuelve indispensable sostener un lugar terapéutico mucho más cálido y otros donde el terapeuta deberá sostenerse desde un lugar un tanto más distante y firme. Estas distintas formas de sostener un posicionamiento clínico, de acuerdo al caso en cuestión, se desarrollan con el paso del tiempo, con la experiencia, pero también con la sensibilidad clínica de lo que va requiriendo el proceso en cuestión.

## El manejo de los tiempos y del espacio

A lo largo de este capítulo se han mencionado ampliamente los aspectos que competen de manera preponderante al comportamiento del

terapeuta durante el proceso; de su conocimiento y apego a la teoría y metodología; de su participación en el proceso terapéutico; de cómo incluso aspectos vinculados con su personalidad, el cuidado de sí, con su formación y experiencia, van moldeando su estilo clínico y van permitiendo que los procesos terapéuticos con sus consultantes se desarrollen adecuadamente en beneficio de estos últimos. Adicional a esto, es necesario tener en cuenta una serie de aspectos que podrían calificarse de técnicos, o bien, de detalles que acompañan el proceso; por ejemplo, el manejo de los tiempos de la sesión y del espacio de sesión (sea este de manera presencial o virtual).

Estos aspectos, en apariencia sencillos, como es el manejo y cuidado de los tiempos y espacio de sesión, pueden beneficiar o afectar el desarrollo del proceso. Se vuelve muy importante que el terapeuta tenga un manejo adecuado, organizado y bien controlado de la agenda, esto implica lo siguiente:

- Agendar cada una de las sesiones, con plena certeza de que ese espacio será utilizado únicamente para este efecto
- Evitar hacer cancelaciones o movimientos en la agenda, a menos que estos fueran estrictamente necesarios
- Cumplir con los días y horarios pactados, esto incluye la rigurosa puntualidad del terapeuta
- Evitar hacer esperar al consultante, es importante que el o la terapeuta esté en el espacio físico (o virtual) previamente a la llegada del paciente.

Asimismo, el cuidado del tiempo de las sesiones es importante. Aun cuando puede haber variaciones en el tiempo de cada sesión y no exista un acuerdo único al respecto, la duración recomendada para llevarse a cabo varía entre los 45 y 60 minutos, dependiendo del modelo desde donde se trabaja. Se puede hacer una excepción en algunas de las primeras entrevistas, las cuales suelen tener una duración levemente mayor, ya que esta primera sesión brinda información inicial muy importante acerca del problema del paciente, además de ser sesiones emocionalmente más intensas, derivado de las primeras narraciones del problema. De este modo, resulta muy importante cuidar que las sesiones no rebasen los 60 minutos de duración. Esta indicación no es una regla estricta, pero es importante la noción de límite en el mismo proceso terapéutico.

Respecto a lo anterior, suele observarse en terapeutas principiantes una dificultad de llevar las sesiones hacia un cierre y esto puede llevar a sesiones largas e incluso desgastantes para ambas partes. Ante esto, hacer cortes cuidadosos en el discurso del paciente, con la finalidad de enmarcar o resaltar algo que afirmó y, así, llevar la sesión hacia un cierre puede ser efectivo y una estrategia adecuada en el proceso; asimismo, lo es también el llevar los tiempos de la sesión de manera más o menos controlada, por si el o la terapeuta considera dejar espacio suficiente para dar las indicaciones de la próxima sesión. De esta manera, el manejo de la agenda, horarios y duración de las sesiones configura el estilo del terapeuta y su manera de ejercer el oficio. A su vez, el adecuado manejo permitirá un espacio terapéutico con estructura, límites claros y precisos, lo cual en algunos casos es absolutamente indispensable.

Por último, se vuelve parte importante en este mismo manejo el cuidado del espacio, ya sea físico o virtual. En el caso del espacio físico es vital que se encuentre en óptimas condiciones de limpieza y orden, además de representar un lugar de tranquilidad, confidencialidad y, si es posible, de confort. Cuando la atención ocurre dentro de instituciones no hay libertad de decidir sobre los espacios de atención; sin embargo, el orden y la limpieza deben tenerse en consideración, así como el manejo del ruido exterior en la medida de lo posible, y de evitar interrupciones (en caso de que sea un espacio compartido o de uso común). En el caso de los espacios virtuales, aun cuando algunos de estos aspectos varían, es importante también tener en cuenta que el espacio físico y virtual donde se encuentra el terapeuta cumpla con algunos detalles:

- El espacio virtual es previamente pactado con el consultante (regularmente esto se hace desde lo institucional)
- El enlace para la conexión debe ser enviado y/o agendado con suficiente tiempo de antelación
- El espacio donde se encuentre el terapeuta también debe ser cuidadosamente elegido. Intentar que sea lo más neutral posible es una buena solución (un muro de color blanco o neutro, por ejemplo)
- El espacio debe estar fuera de posibles interrupciones, cuidando que no haya más gente presente o que pueda aparecer en cámara; esto representaría una ruptura de la confidencialidad
- Los detalles de conexión deben ser previamente identificados.

El cuidado de estos detalles no es menor y representa una posibilidad de que el proceso terapéutico se dé en las mejores condiciones. Como ha podido observarse, el trabajo terapéutico no solo implica un fuerte manejo teórico y metodológico, sino una serie de habilidades y destrezas para ejercer el oficio clínico. Dicha pericia se desarrolla a lo largo de la experiencia profesional del psicólogo y se va nutriendo con el paso de los años, en la experiencia clínica, la supervisión de casos y, por supuesto, en la continua actualización y adquisición de conocimientos en torno a la psicología.

## Referencias

- Ander-Egg, C. (1993). *Introducción a las técnicas de investigación social*. Lumen.
- Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-117. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S1130-52742009000200001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1130-52742009000200001)
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica. Temas de psicología (entrevista y grupos)*. <https://www.terapia-cognitiva.mx/wp-content/uploads/2016/02/La-Entrevista-Psicologica.pdf>
- Caballo, V. (2015). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI.
- Ceberio, M., Moreno, J. y Des Champs, C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. *Perspectivas Sistémicas*. <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2021/02/La-formacion-y-el-estilo-del-terapeuta-1.pdf>
- Crespo, C. García, V., Rozada, C. y Trío, S. (2005). Taller de habilidades de comunicación para futuros psicólogos: Una experiencia necesaria en orientación universitaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 429-440. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832310040>
- De la Fuente, J. y Cruz, C. (2017). Personalidad, experiencia y formación del psicoterapeuta como predictor de la alianza terapéutica. *Psicología Iberoamericana*, 25(2), 17-25.
- Dejours, C. (2013). "L'intelligence au travail". En: *Travail vivant 1. Sexualité et travail*. Petite Bibliothèque Payot.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Pirámide.
- Foucault, M. (2010). "La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad". En: *Obras Esenciales* (pp. 1027-1057). Paidós.

- Gimeno, A., Coto, R., Barrio, A., Saavedra, I., Vicente, C., Lagarón, M., Álvarez, T., Hernández, J. y González, A. (2015). Relación entre la empatía del terapeuta y los resultados del tratamiento. *Revista de psicoterapia*, 26(101), 179-189.
- González, C. (2010). Aprender a escuchar: un desafío para los profesionales guantananeros en los momentos actuales. *Revista Electrónica EduSol*, 10(31), 11-18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475748670002>
- Harrsch, C. (2005). *Identidad del psicólogo*. Pearson-Hall.
- Hernández, A. (2020). “La escucha como principal dispositivo de intervención psicológica a distancia, en Licenciatura en Psicología SUAyED”. En: *Perspectivas y retos para su consolidación en el marco de su XV aniversario*. FES Iztacala, UNAM.
- Nancy, J. (2007). *A la escucha*. Amorrortu.
- Negrete, O. (2002). *Impacto del Servicio Social: Propuesta para mejorar la Calidad del Servicio Social en la carrera de Psicología* [Tesis de licenciatura]. FES Iztacala, UNAM.
- Peñalosa, E. (2013). *Estrategias docentes con Tecnologías*. Pearson
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada. El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Ribes, E. (2007). *Psicología general*. Trillas.
- Ribes, E., Fernández, C., Rueda, M., Talento, M. y López, F. (1980). *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología: un modelo integral*. Trillas.
- Rodríguez, M. J. y Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul-Americana de Psicología*, 1(2), 216-234.
- Rodríguez, M. L. (2002). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 11-19.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). “Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)”. En: M. Ruiz, M. Díaz y A. Villalobos (Eds), *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Salgado, E. (2015). Manejo de la empatía en la interconsulta. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 12(1), 44-51. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483557806006>

# 6

## Definición del objetivo de consulta y de las estrategias de intervención en el ámbito clínico

Oscar Iván Negrete Rodríguez  
Edith González Santiago  
Cristina González Méndez

En el desarrollo de este trabajo se plantean los procedimientos tradicionales para llevar a cabo la psicoterapia desde la corriente cognitivo-conductual, los cuales pueden integrarse en telepsicología, realizando algunas observaciones sobre variaciones o retos que conlleva la práctica mediada por las TIC.

Desde la década de los 70, los servicios de atención psicológica se han diversificado. El desarrollo de la tecnología se ha incorporado paulatinamente en las intervenciones en el ámbito de la salud en distintas modalidades, desde la presencial, la mixta y a distancia. Con esta diversidad en los modelos de atención, tanto física como mental, han surgido nuevos términos para nombrar a los servicios proporcionados a distancia (terapia en línea, ciberterapia, e-terapia, e-salud, telesalud, telepsicología, entre otras.). La American Psychological Association (APA) ha tomado el término de intervenciones telepsicológicas para definir todos aquellos servicios psicológicos que se proporcionan a través de tecnologías y permiten la comunicación a distancia; por ejemplo, a través de un teléfono, mensajes de texto, sistemas de videoconferencias, correo electrónico, aplicaciones móviles o sitios web (De la Torre y Pardo, 2019).

En el manual del Plan Nacional de Telesanidad (Comisión Nacional Telesanidad, 2004), se menciona que la misión de los servicios de salud en línea es contribuir a la descentralización e integración del sistema de salud del país y a la universalidad de los servicios de salud con calidad, eficiencia y equidad para beneficio prioritario de las poblaciones excluidas y dispersas a través de la incorporación de las tecnologías de información y comunicación; considerando a la salud y la atención en salud, con calidad eficiencia y equidad, un bien social, un derecho humano básico y factor clave en su desarrollo.

De la Torre y Pardo (2018) mencionan que, en la actualidad, la asistencia psicológica individual con asistencia de un profesional se divide en dos grandes grupos: sincrónicas y asincrónicas. Las primeras son aquellas que se desarrollan al mismo tiempo, permitiendo un intercambio fluido e inmediato entre cliente y profesional; por ejemplo, las llamadas telefónicas, o bien, las videoconferencias. Las asincrónicas involucran modalidades de atención donde el intercambio se produce en tiempos diferidos. En este grupo se incluyen la atención vía correo electrónico, chat o mensajes de texto. Además, en el ciberespacio se presentan una multiplicidad de ofertas donde el cliente puede buscar a un profesional tratante según distintos criterios: nacionalidad, línea teórica, especialización, problemática y/o costo de la consulta.

La intervención psicológica ha incorporado estas adaptaciones a distancia, considerando varios aspectos: características de terapeuta y persona usuaria, espacio físico y soporte tecnológico. El modelo de Torre y Pardo (2018) lista las características de los agentes que participan de algún modo en el proceso de la terapia en una modalidad a distancia:

- a) Profesional de la psicología:
  - Formación y competencias
  - Adaptación de instrumentos y técnicas de intervención
  - Comunicación y alianza
  - Afrontar situaciones de crisis y emergencias
  - Normas legales, éticas y deontológicas.
- b) Consultante:
  - Cumplimiento de criterios de inclusión.

- c) Espacio terapéutico:
  - Condiciones tecnológicas
  - Condiciones del entorno.
- d) Plataforma:
  - Seguridad informática
  - Normas legales.

## Formulación del caso

Las intervenciones cognitivo-conductuales se basan en la teoría de que las cogniciones están relacionadas con la etiología y permanencia de algunos trastornos. Desde este enfoque, el diseño de las intervenciones tiene por objetivo aumentar la capacidad de adaptación, adquiriendo nuevas formas de procesamiento de la información (Calderón, 2004).

Nezu *et al.* (2006) mencionan que en la práctica clínica no es posible encontrar un “clásico caso de libro de texto”; por ello, más allá de buscar una técnica o estrategia de tratamiento, la terapia cognitivo conductual debe seguir un proceso que comienza con la formulación de caso, lo cual permite el diseño de un tratamiento acorde a las características y circunstancias únicas de cada usuario.

La formulación del caso o clínica ha sido definida por diversos autores; para Wolpe y Turkat (1985) es una hipótesis que vincula los factores existentes en el caso, explicando las causas de la problemática y ofrece una predicción sobre las condiciones del usuario. González (2009) la define como un enunciado breve en el cual se describe la relación entre los datos relevantes del caso, su funcionamiento y psicopatología. Por su parte, Eells (1997) menciona que es básicamente una hipótesis donde se integran las causas, precipitantes y las influencias que mantienen el problema psicológico y conductual en el individuo. Por otro lado, Morris (2003) encuentra en la formulación de un caso un modelo de los mecanismos involucrados en un problema psicológico; por ende, es fundamental conocer esos mecanismos al ser los que guiarán la planificación de un tratamiento de intervención exclusivo para ese caso en particular. Finalmente, González (2009) afirma: “la formulación clínica

es un mapa que orienta al terapeuta para la comprensión e intervención sobre el caso, y permite llenar el vacío que existe entre diagnóstico y tratamiento” (p. 93) vinculando la etiología y descripción, teoría y práctica o ciencia y arte.

## Componentes de una formulación del caso

Una formulación considera de manera puntual las particularidades de la persona usuaria y lo establecido en la teoría; por tanto, es necesaria una visión objetiva que evite forzar un caso al modelo teórico de referencia (Eells, 1997).

Distintos autores han ofrecido modelos que faciliten la formulación clínica de un caso, uno de ellos es el Contenido de la Formulación de Caso (CFCCM) de Eells, Kendjelic y Lucas (1998), el cual ofrece una herramienta con buena confiabilidad ( $Kappa = 0.86$ ) y categoriza adecuadamente la información necesaria para conceptualizar a un usuario. Los elementos que integran esta herramienta son:

- Síntomas y problemas
- Estresores precipitantes o eventos
- Eventos de vida predisponentes o estresantes
- Mecanismo que relaciona las categorías 1, 2 y 3, ofreciendo una explicación de los precipitantes e influencias que mantienen los problemas manifestados por la persona consultante.

Existen distintas propuestas para guiar la formulación de un caso en función del enfoque o tradición al que se refiere, en el caso del enfoque cognitivo-conductual es el análisis funcional de la conducta, el cual proporciona esta “aproximación sistemática a la formulación de caso como un momento explicativo de la conducta” (González, 2009, p. 97). Desde este enfoque, se proponen siete elementos básicos en la formulación del caso, los cuales se presentan en el cuadro 6.1.

Cuadro 6.1. Elementos básicos en la formulación de caso desde la perspectiva cognitivo-conductual (Persons y Tompkins, 1997)

| Elemento  | Descripción   |
|---|---|
| <b>Lista de problemas</b>                       | Lista exhaustiva de las dificultades que expresa el o la usuaria, expresadas de forma concreta, simple y descriptiva  |
| <b>Creencias centrales</b>                      | El o la terapeuta ofrece hipótesis sobre la visión que la persona tiene de sí misma, de los otros y del mundo; esto contribuye a mantener la problemática expresada por el o la usuaria                   |
| <b>Precipitantes y situaciones activantes</b>   | Se especifican eventos externos y situaciones que activan creencias centrales, las cuales producen síntomas y problemas o sirven como estímulos reforzadores en un análisis funcional                     |
| <b>Hipótesis de trabajo</b>                     | Es el núcleo de la formulación, donde el terapeuta “relata una historia” que vincula los problemas señalados en la lista de problemas, las creencias centrales y los eventos activantes y situaciones     |
| <b>Orígenes</b>                                 | El o la terapeuta describe uno o pocos incidentes o circunstancias de la historia temprana de la persona consultante, en los cuales se explica cómo podría haber aprendido las creencias ya identificadas |
| <b>Plan de tratamiento</b>                      | En esta sección se señalan las metas e intervenciones derivadas de los puntos anteriores ya mencionados, con los cuales guardan una relación directa  |
| <b>Obstáculos predichos para el tratamiento</b> | Posibles factores que puedan representar un obstáculo para el tratamiento   |

Adaptado de González (2009)

Un formato sencillo y objetivo, similar al anterior, es el propuesto por Persons y Davidson (2003, como se cita en Carrascoza, 2008):

1. *Lista de problemas*. El o la terapeuta explora los componentes emocionales, conductuales y cognitivos del motivo de consulta de la persona usuaria. Es necesario complementar con información interpersonal, ocupacional, médica, social, familiar e incluso,

financiera, con el objetivo de establecer relaciones causales que faciliten la formulación de una hipótesis de trabajo.

2. *Diagnóstico*. En algunos casos, puede ayudar a conocer los tratamientos exitosos si se realizan con base en el DSM-IV o en instrumentos de evaluación. En esta fase, el o la terapeuta indaga sobre los pensamientos que tiene el o la usuaria sobre su problema, cuáles son sus respuestas emocionales y conductuales, así como las consecuencias antecedentes y consecuentes a esas respuestas.
3. *Hipótesis de trabajo*. Una vez identificadas las relaciones causales, se formula una hipótesis de trabajo, la cual permitirá entender el problema, sus circunstancias y se podrá, entonces, desarrollar un plan para resolverlo. Este proceso debe asumirse como un trabajo colaborativo en el cual participan “dos expertos, uno en su propio problema, y otro en las estrategias para solucionarlo” (p. 7). De este modo, el o la terapeuta presenta a la persona usuaria esa hipótesis de trabajo y esta podrá realizar sus propias propuestas y análisis al respecto.
4. *Fortalezas y ventajas*. La información sobre redes de apoyo, habilidades sociales, todo tipo de recursos, estilo de vida, etc., proporcionan elementos útiles para la hipótesis de trabajo y el plan de tratamiento.
5. *Plan de tratamiento*. Con base en la lista de problemas y de la hipótesis de trabajo, se diseña un plan que puede incluir los elementos siguientes:
  - i. Metas. Objetivos a alcanzar establecidos en acuerdo terapeuta y usuario.
  - ii. Modalidad. Si es adecuada la modalidad individual o grupal.
  - iii. Frecuencia. Agenda de las sesiones.
  - iv. Intervenciones. Importante establecer el tipo de intervención que se realizará.
  - v. Terapias complementarias. En el posible caso del uso de un tratamiento complementario para problemas asociados al problema principal.
  - vi. Obstáculos posibles. Situaciones de riesgo probable, dificultades no consideradas al inicio; estas deben identificarse con prontitud para hacerles frente a tiempo y de forma eficaz.

## Agenda de la o el usuario

Durante la primera entrevista (*screening*) es importante observar algunos puntos importantes que se irán presentando en forma secuencial (Quinto-Barrera, 1994):

1. *Estado de ánimo, ansiedad o síntomas.* Se recomienda el uso de escalas objetivas y validadas como las de Beck o Hamilton para ansiedad y depresión.
2. *Establecer la agenda.* Se establece considerando los puntos importantes de cada reunión. El o la terapeuta entrenará a la persona usuaria desde las primeras sesiones y la motivará a proponer temas de manera que, conforme avancen, se espera tenga una mayor participación en la elaboración de esta agenda.
3. *Recordar la sesión anterior.* Con apoyo en la agenda de la persona usuaria, se retomarán las tareas y los puntos importantes.
4. *Discusión de la agenda de la persona usuaria.* Se discuten los avances, los posibles retrocesos, la elaboración de tareas.
5. *Tareas asignadas.* Se establecen nuevas tareas a realizar antes de la siguiente sesión y que se relacionan con los puntos importantes de la agenda.
6. *Resumen.* Se tratan los puntos de la agenda, las tareas a realizar.
7. *Retroalimentación.* El o la usuaria retoma los puntos tratados y manifiesta inquietudes personales.

El establecimiento de la agenda se lleva a cabo desde la primera sesión, será un recurso de apoyo a lo largo de todo el proceso de intervención.

## Definición del problema

Para poder definir un problema, el o la terapeuta debe tomar en cuenta procederes al establecer la problemática de la o del consultante y atenderla.

Nezu *et al.* (2006) mencionan que los y las terapeutas se enfrentan, en la atención a personas usuarias, a una serie de problemas por resolver, por ende, es necesario evaluar y aplicar un tratamiento. Desde esta perspectiva, el o la terapeuta debe apoyar al o la usuaria para llegar

desde un punto A hacia un punto B; es decir, el tratamiento cognitivo conductual deberá ser una herramienta para la resolución de problemas expresados por quien solicita el servicio. Lo que se busca en la solución de un problema es que el o la consultante sea capaz de aprender a generar alternativas, de tomar decisiones ante un único problema, elegir la mejor alternativa para aplicarla, generar aprendizajes distintos para nuevas problemáticas y extender su capacidad de solución a varios aspectos de su vida (Nezu *et al.*, 2014).

La terapia de solución de problemas propuesta por Nezu *et al.* (2014) tiene como meta mejorar la capacidad del o de la usuaria para afrontar estresores menores y mayores, estos autores proponen tres componentes clave en la terapia de solución de problemas (Badenes, 2017):

1. *Problemas*. “Situación vital presente o anticipada que requiere una respuesta adaptativa para evitar consecuencias negativas a corto o largo plazo y que debido a la existencia de obstáculos o barreras la persona no tiene acceso inmediato a una respuesta eficaz evidente” (p. 10).
2. *Solución*. “Solución eficaz que cambia la situación para mejor y/o reduce el estrés que provoca, maximizando las consecuencias positivas y minimizando las negativas simultáneamente” (p. 10).
3. *Solución de problemas*. “Entrenan la modificación de la naturaleza de la situación, reacciones y respuestas emocionales inadaptadas al problema” (p. 10).

Con respecto a los objetivos centrales, Badenes (2017) menciona que se centran principalmente en aumentar la orientación positiva hacia la solución de problemas y reducir la negativa, además de incentivar la solución planificada de problemas, minimizar la evitación y la solución impulsiva de problemas. Algo importante a considerar para alcanzar estos objetivos son los posibles obstáculos: procesamiento cognitivo sesgado, sentimientos de impotencia, sobrecarga cognitiva, poca regulación emocional y una ineficaz planeación de las habilidades de solución de problemas.

Este modelo de terapia (Cuadro 6.2) toma en cuenta la orientación al problema y el estilo de solucionar problemas (Nezu *et al.*, 2014).

Cuadro 6.2. Modelo de Nezu *et al.* (2014)

| Orientación al problema  | Estilo de solucionar problemas  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orientación positiva al problema.</b> Actitud constructivista que valora un problema como un reto y no como amenaza. Cree que la solución de un problema es posible y depende de su esfuerzo, persistencia y tiempo</li> <li>• <b>Orientación negativa al problema.</b> Actitud negativa que concibe a un problema como amenaza e irresoluble. Hay frustración y perturbación al encontrarse frente a una situación concebida como un problema.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Adaptativo o solución racional.</b> Existe análisis, planificación, ejecución y conciencia de las habilidades que se poseen</li> <li>• <b>Impulsivo o irreflexivo.</b> Actúa sin pensar en las consecuencias. El azar puede hacer que funcione algunas veces, pero en situaciones complejas es incapaz de resolver un problema.</li> <li>• <b>Evitativo.</b> Generalmente pasivo, posterga la acción esperando que alguien más resuelva el problema.</li> </ul> |

Nezu *et al.*, (2014) proponen un modelo de cuatro etapas para la solución de un problema:

1. Orientación o actitud hacia los problemas:
  - Percepción del problema
  - Atribución del problema
  - Valoración personal
  - Control personal
  - Compromiso de tiempo y esfuerzo
  - Reconocer los problemas precozmente
  - Aprender a hacer atribuciones causales correctas y ver un problema como un desafío.
2. Definición y formulación de un problema:
  - Recogida de información
  - Comprensión del problema
  - Establecimiento de metas
  - Reevaluación del problema.
3. Generación de soluciones alternativas:
  - Especificidad
  - Lluvia de ideas
  - Aumento de la cantidad y calidad de soluciones.
4. Toma de decisiones:
  - Evaluar cualitativamente.

## 5. Aplicación de la solución:

- Poner en práctica
- Identificar posibles obstáculos
- Autorregistros-autoevaluación
- Autorreforzamiento
- Evaluación y corrección de estrategia.

Este proceder clínico se ha encontrado en la clínica tradicional donde la consulta se tenía de manera presencial. En la actualidad, las TIC plantean nuevos retos para el actuar del profesional de la salud mental a la hora de delimitar un problema junto al consultante en línea.

De la Torre y Pardo (2018) ponen énfasis en la desinhibición como una oportunidad para el servicio en línea, esto en el entendido de que no nos comportamos del mismo modo en el mundo físico y en el mundo virtual, pues no hay autoridad que nos juzgue por nuestras acciones en línea, y porque las personas no están presentes para limitar las acciones. La no presencia física acerca, de otro modo, la expresión de situaciones emocionales y padecimientos subjetivos. Algo del orden de lo reprimido se ve liberado gracias a la mediación tecnológica y la distancia física. Los pacientes suelen presentarse con más desinhibición llegando con mayor inmediatez a desplegar sus más profundas angustias y conflictos subjetivos.

Por tanto, este fenómeno puede ser benéfico al permitir que los y las consultantes puedan sentirse más libres para hablar de sus problemáticas y emociones; sin embargo, estas situaciones también conllevan crisis en algunas personas durante la delimitación del problema.

Mora (2022) menciona que el conocimiento de los procedimientos necesarios para responder ante una situación de crisis y emergencia resulta clave en todas las intervenciones psicológicas, sobre todo cuando es *online*, pues la dificultad para responder aumenta cuando el psicólogo se encuentra a distancia de la persona consultante. En estos casos, el o la terapeuta deberá poner en marcha medidas especiales de protección. La información que se debe recabar primero es en el contexto para saber si corre algún riesgo o peligro. Posteriormente, se debe brindar una contención mientras se detecta el estado psicológico de la persona y, en caso

de encontrarse con el empeoramiento de la misma, se recomienda que sean directamente remitidos a los servicios de salud si el caso lo amerita y a una terapia presencial (propia o externa) con inmediatez.

Para ello, es deseable que el o la terapeuta cuente con un amplio directorio de canalización, el cual permita auxiliar de manera provisional a la persona en crisis en lo que llega la atención adecuada.

## Mapa clínico de patogénesis

La evaluación conductual, de acuerdo con lo planteado por Fernández-Ballesteros (2013), se diferencia puntualmente de otros modelos de evaluación al dar un papel central a la observación sistemática y analítica del comportamiento en cada una de las ocasiones y situaciones en las que se presenta. Esto es importante porque solo así será posible identificar las relaciones de índole funcional que presenta el motivo de consulta (conducta de interés) con los aspectos personales (cognitivos y fisiológicos) y medioambientales (sociales y ambientales) en términos espacio-temporales.

Existen distintos modelos que pueden usarse en el análisis pormenorizado de las variables de una relación funcional con la conducta de interés de quien requiere los servicios de atención psicológica, uno de ellos es el mapa clínico de patogénesis (Nezu *et al.*, 2006). Este es una representación gráfica de las distintas variables identificadas, a partir de la evaluación conductual, y contribuyen al desarrollo y mantenimiento de ciertas problemáticas de orden psicológico.

Los aspectos funcionales que integran el mapa clínico de patogénesis son las siguientes:

- a) *Variables distantes*. Son aquellas situaciones que forman parte de la historia interactiva del individuo y se relacionan de manera directa con la problemática reportada, al encontrarse relacionadas con un déficit conductual o con aprendizajes que no han brindado la oportunidad de desarrollar conductas adaptativas. Ejemplo de estas variables pueden ser las experiencias de aprendizaje en la infancia, el abandono por parte de los padres o la exposición a prácticas de crianza asociadas a problemas conductuales,

eventos prenatales, perinatales, postnatales o experiencias traumáticas, entre otras situaciones.

- b) *Variables antecedentes.* Son todas aquellas situaciones estímulares (estímulos) que desencadenan la conducta o respuestas problemáticas en el presente, por así decirlo detonan la aparición de la(s) conducta(s) de interés sobre la que se enfocará la intervención. Como variables antecedentes se pueden mencionar la llegada de una persona a una situación, un sonido, una imagen o cualquier tipo de estímulo que, al ser percibido por el individuo, desencadena una serie de respuestas (conductuales, fisiológicas o cognitivas), las cuales se pueden categorizar como negativas, problemáticas o maladaptativas.
- c) *Variables organísmicas.* En esta categoría se incluyen diversas variables que se podrían considerar constitutivas o atributivas del individuo, incluyendo aspectos de índole afectivo, biológico, social, étnico y cultural. Cada uno de esos aspectos median o moderan la respuesta del individuo, quien tiene una relación funcional con las variables antecedentes. De esta manera, en esta categoría se incluyen puntualmente respuestas fisiológicas (sudoración, ritmo cardíaco o hiperventilación, entre otras), variables cognitivas (distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, valores o juicios subjetivos) y conductuales (repertorios conductuales deficientes que limitan el comportamiento ante la situación problemática).
- d) *Variables de respuesta.* Aquí se consideran las respuestas manifiestas que integran o se relacionan directamente con la problemática reportada por el o la consultante, ya sean las conductas maladaptativas presentes en una situación específica o el conjunto de síntomas experimentados por el individuo (por ejemplo, conductas depresivas, ansiógenas, uso o abuso de sustancias, manifestaciones de ira, entre otras).
- e) *Consecuencia.* Finalmente, en la secuencia funcional, se encuentran todos los eventos del medio ambiente (social y físico) y del individuo que tienen un efecto gratificante o aversivo en el individuo y propician el incremento o decremento de la conducta con la cual se relacionan actuando como reforzadores o castigos

positivos o negativos, o en su defecto al encontrarse ausentes propiciar un proceso de extinción.

A continuación, se presenta un ejemplo de mapa clínico de patogénesis (Figura 6.1).

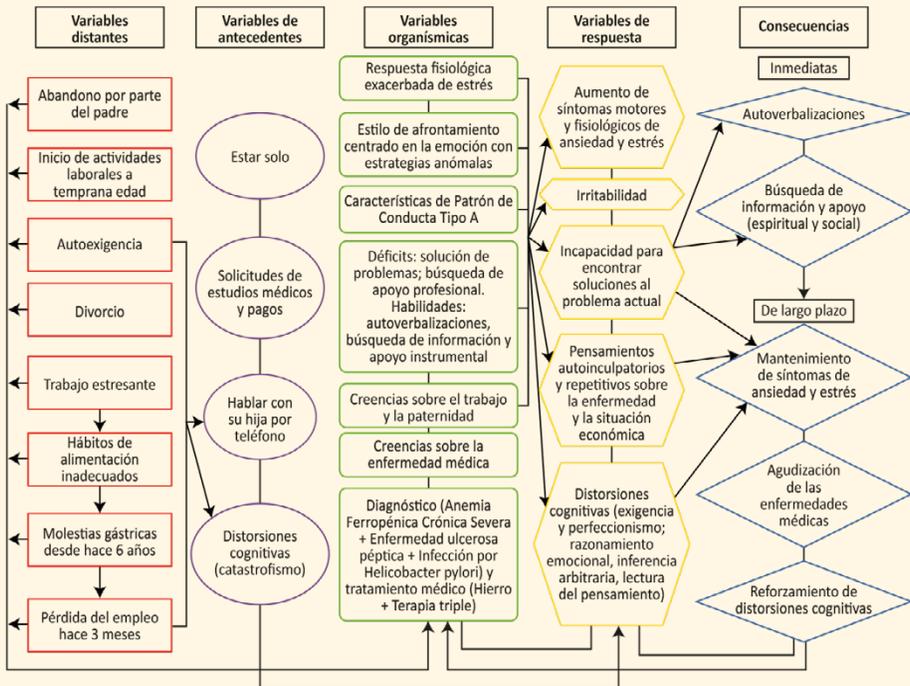


Figura 6.1. Mapa clínico de patogénesis.  
Fuente: Carrillo y Ordaz (2019)

## Establecer una hipótesis del caso

Para Fernández-Ballesteros (2013), una de las características que distinguen a la evaluación conductual de otros modelos es la observación; esta se asume como un proceso sistemático, el cual contempla no solo el comportamiento en aislado, sino a las distintas situaciones en las cuales se presenta. Esto es importante porque solo tras identificar las relaciones

existentes entre el comportamiento de interés (conducta blanco) y otras variables que moderan o median tal comportamiento se podrán establecer los objetivos de la intervención a llevar a cabo.

Por su parte, Kazdin (2009, p. 63) lista una serie de criterios de utilidad para identificar la conducta o conductas en que se puede enfocar un programa de intervención clínica. Esta incluye los comportamientos siguientes:

- a) Aquellos que ocasionan a los pacientes presentar un repertorio conductual afín a la norma, teniendo como referencia su grupo de coetáneos.
- b) Los que representan un riesgo para el o la consultante o terceros.
- c) Comportamientos que disminuyan la vulnerabilidad de la persona en relación con alteraciones de su salud, daños físicos, problemas sociales y/o cualquier problema psicológico.
- d) Aquellos que propicien la adaptación del individuo a los entornos donde establece interacciones.
- e) Que retribuyan en otros cambios positivos.
- f) Finalmente, aquellos que signifiquen una experiencia aversiva para quienes se encuentran expuestos a las mismas (padres, profesores, sociedad).

Guevara *et al.* (2010), por su parte, señalan que para planear una intervención es recomendable apoyarse en el análisis de tareas, puntualizando los repertorios de entrada con la finalidad de cumplir con el objetivo de la intervención y considerar en todo momento el diseño y descripción de los escenarios o contextos donde se realizará la instrucción o se ejecutarán las condiciones necesarias para atender al motivo de consulta, identificar las materias y actividades a desarrollar, así como las estrategias de instrucción a seguir.

De este modo, una vez recopilada toda la información relacionada con los aspectos ambientales, sociales y personales que pueden ejercer un control sobre la conducta de interés (aspectos que pueden operar a manera de estímulos a las situaciones discriminantes), así como las contingencias gratificantes o aversivas, el evaluador se encuentra en posibilidad de plantear las primeras hipótesis contrastables, las cuales guiarán las etapas siguientes de evaluación y formulación del caso clínico.

Para concluir este apartado es importante reiterar que el análisis pormenorizado de toda la información recopilada durante la entrevista y el contraste con las hipótesis planteadas por el profesional de la psicología sobre el caso, le permiten delimitar el motivo de consulta y ajustar las expectativas del o de la usuaria a objetivos concretos y factibles de cumplir apegados a los términos técnicos de las intervenciones de índole cognitivo-conductual (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2011; Fernández-Ballesteros y Carroble, 1983; Rodas, 2009).

## Diseño de la intervención

En relación con el diseño de la intervención, Aragón y Silva (2002) precisan que es recomendable tener presentes los aspectos siguientes, los cuales, en mayor o menor medida, perfilan las técnicas de intervención que podrán ser empleadas:

- Tener como eje de la intervención a la conducta manifiesta
- Identificar la relación existente entre alguna respuesta emocional y la conducta de interés
- Identificar las variables ambientales que ejercen algún control sobre la conducta de interés
- Centrarse en las distintas relaciones de índole funcional que existen entre el usuario y su entorno.

Además de lo anterior, es conveniente considerar que, en la mayor parte de las ocasiones, el problema psicológico identificado no es monosintomático, pues pueden presentarse diversas conductas objetivo relacionadas con el motivo de consulta (Godoy, 2015). En este sentido, será una misión importante identificar la relación existente entre los distintos síntomas para elegir las estrategias de intervención y la secuencia en las cuales podrán implementarse; para ello, la teoría será una guía clave. Tal cual afirma Godoy, el profesional de la psicología en su práctica clínica deberá hacer uso de todos los planteamientos teóricos, técnicas y hallazgos de la psicología científica, esto le brinda la posibilidad de identificar el sistema conceptual afín a la problemática a enfrentar y, así,

describirlos con precisión y planear las mejores estrategias de intervención para modificar los comportamientos y/o cogniciones maladaptativas.

En cuanto a telepsicología, señala Mora (2022) que el tratamiento cognitivo-conductual es especialmente adecuado en la atención en línea. En la actualidad, existen distintos modelos para la aplicación de esta terapia proporcionada a través de Internet. Los pacientes pueden recibir ejercicios autodirigidos con distintos grados de seguimiento profesional. Una importante revisión bibliográfica evidencia que la incorporación de cuestionarios, tareas y autoevaluaciones a través de Internet permitieron monitorear el progreso y resultados de los pacientes fácilmente. Es la terapia cognitivo-conductual la que mayor investigación tiene realizada en cuanto a su eficacia clínica en la atención *online*; por ende, su eficacia es particularmente estudiada en cuadros depresivos y trastornos de ansiedad.

Por ello, en ambientes virtuales se pueden integrar los procedimientos ya descritos; sin embargo, es importante tener en cuenta una serie de acciones, las cuales permiten establecer las condiciones del contacto a distancia, así como las contraindicaciones de la misma. Mora (2022) explica los puntos a considerar siguientes:

- a) *El encuadre online*: encuadre mediado por tecnología y con propia especificidad, esto involucra que la escena del consultorio se circunscribe al cuadrante de la pantalla que nos brinda otra información del paciente. Teniendo en cuenta que el consultorio es un espacio controlado por el o la terapeuta, será de gran importancia considerar, en primer lugar, contar con las condiciones tecnológicas en relación a la conectividad y a los dispositivos. Asimismo, se debe acordar junto a la persona consultante cuál será la plataforma utilizada para el encuentro, qué sucederá si hay dificultades en la conexión y cuál es el plan de acción ante; por ejemplo, la caída del servicio al interior del encuentro. Se debe explicitar la ubicación de la cámara, y la importancia de disponer de un espacio íntimo y privado, donde se propicie el trabajo terapéutico. Son importantes las entrevistas preliminares de encuadre, pues se expone el motivo de consulta, el problema a definir, las expectativas de resultados y el consentimiento informado, mismo que se hace

llegar en un medio virtual; este presenta el acuerdo mutuo referido a la prestación del servicio. A su vez, se debe informar acerca de la seguridad de datos, al contar con una interacción mediada por la tecnología y evaluar si el paciente cuenta con las habilidades digitales para disponer de un tratamiento virtual.

- b) *Consentimiento informado*: es el documento por excelencia. Este debe ser consensuado y debidamente firmado para dar lugar al tratamiento, y dejar establecidas las condiciones del acuerdo. El tratamiento a distancia no está recomendado ante situaciones de urgencia. Por tal motivo, debe quedar registrado en el consentimiento informado uno o varios teléfonos de contacto.
- c) *Criterios de exclusión*: los pacientes agudos requieren de una presencia que habilite la puesta del cuerpo, además de la inmediatez y disponibilidad del terapeuta para hacer frente a situaciones de crisis o urgencias; por tal razón, ciertos cuadros de impulsividad, problemáticas graves en el consumo de sustancias, cuadros con ausencia de criterios de realidad, no están indicados para esta modalidad de tratamiento.
- d) *Alianza terapéutica*: independientemente de las modalidades de comunicación (chat, e-mail, videoconferencia, teléfono), los grupos diagnósticos y la cantidad de contacto entre consultante y terapeuta, la evaluación de la alianza terapéutica por parte del paciente es equivalente a la modalidad de atención cara a cara. La alianza terapéutica en línea parece estar relacionada con el compromiso de la persona usuaria y, en consecuencia, con la adhesión al tratamiento; por ello, se deben fomentar las buenas prácticas y la formación específica para que se lleve a cabo dicha alianza.
- e) *Competencias del o de la terapeuta en la atención online*: se debe contar no solo con los conocimientos referidos a la salud mental y la asistencia de pacientes sino también asimilar las competencias digitales necesarias para poder brindar una atención mediada por la tecnología que posibilite una práctica responsable.
- f) *Inicio de la sesión virtual*: es importante verificar la identidad de la persona consultante mediante algún número donde se le pueda

localizar, esta a su vez debe contar con la privacidad necesaria y asegurar que no se esté grabando la sesión sin los permisos necesarios.

Posterior a estas recomendaciones, la sesión puede fluir como si fuese presencial, y con los conocimientos que ya se tienen para la atención psicológica.

## Objetivos

El estudio de los objetivos terapéuticos se dirige hacia la identificación de conductas problema con la finalidad de alcanzar las metas establecidas; estos, a su vez, constituyen aquella clase de conductas sobre las que se centra la intervención terapéutica.

Godoy (2015) menciona que lo primero a identificarse son las quejas y las demandas. Se necesita conocer cómo se traduce cualquier queja del o de la consultante en conductas a cambiar, de este modo, si se cambian se convertirán las conductas de queja en conductas de satisfacción; a esto se le denomina demanda. Ambas suelen agruparse en lo considerado como “el motivo de consulta”. Las quejas se refieren a lo que va mal y se quiere eliminar, a las causas de un problema, a lo negativo y molesto. Las demandas, a su vez, hacen referencia a lo que se quiere adquirir, a lo positivo; sin embargo, en general, puede decirse que toda queja encierra una demanda: una nueva forma de comportarse o un cambio en el ambiente. Las demandas no siempre coinciden con la eliminación de lo que constituye una queja. Continúa puntualizando que no toda demanda o queja produce una conducta objetivo. Aunque suele hablarse de conductas problema y conductas objetivo, en muchas ocasiones el o la terapeuta de conducta las propone a manera de problemas o puntos a incidir en la terapia, no como tales conductas, sino condiciones ambientales; por tanto, los objetivos se deben centrar en identificar quejas para crear la demanda, identificar conductas y las condiciones ambientales que puedan propiciar, agravar o reforzar los problemas. Para ello, se deben analizar las diversas variables que juegan un papel importante en las conductas y condiciones ambientales.

Para analizar el problema actual de un consultante, Bados y García (2009) proponen los pasos siguientes:

1. Identificar y especificar los distintos componentes del problema. Ponen de ejemplo las sensaciones ansiógenas, los ataques de pánico, las interpretaciones de peligro, las conductas defensivas y la evitación de las situaciones temidas en el caso de la agorafobia.
2. Establecer las relaciones entre los diferentes componentes del problema. Mencionan, a manera de ejemplo, cuando un agorafóbico experimenta ciertas sensaciones corporales en una situación determinada, es más probable que las interprete como signo de peligro (desmayo, infarto, apoplejía), lo cual facilita la adopción de ciertas conductas defensivas (toma de medicación, escape) con lo cual evite afrontar la situación en ocasiones posteriores. A su vez, esta evitación ayuda a mantener la ansiedad y las interpretaciones de peligro.
3. Identificar y especificar otras variables ambientales o personales que contribuyen actualmente al mantenimiento del problema. Otro ejemplo expuesto en el caso de la agorafobia es que pueden influir otros factores tales como situaciones de conflicto interpersonal, problemas laborales, reacciones de la familia, baja laboral, nivel general de activación y preocupación general por la salud.
4. Establecer las posibles relaciones entre las variables que contribuyen a mantener el problema y los componentes del mismo. Las situaciones de conflicto interpersonal y los problemas laborales pueden aumentar el nivel general de activación y las sensaciones ansiógenas, las cuales pueden facilitar un ataque de pánico. Por otra parte, las reacciones sobreprotectoras de la familia y la baja laboral pueden contribuir a mantener las conductas de evitación agorafóbicas.

## Selección de estrategias y técnicas

La selección de estrategias y técnicas durante la evaluación e intervención van de la mano; por ello, es importante identificar cada proceso y articularlos durante la terapia psicológica.

Mencionan Bados y García (2009) que hay métodos de evaluación empleados en el análisis del problema actual: entrevista con el cliente y con otras personas, cuestionarios específicos sobre los problemas de interés, observación durante la entrevista y autorregistro. Asimismo, se emplean con menor frecuencia la observación y los registros psicofisiológicos. También es aconsejable emplear cuestionarios sobre la interferencia que producen en la vida del paciente los problemas evaluados.

Como señalan Peterson y Sobell (citado en Phares, 1999), la evaluación conductual en un contexto clínico no es una valoración de un solo golpe, la cual se ejecuta antes del inicio del tratamiento; más bien, es un proceso continuo que ocurre antes, durante y después del tratamiento. La evaluación conductual es importante porque informa sobre la selección inicial de estrategias de tratamiento.

En este sentido, Olivares *et al.* (2013) resumen que la intervención psicológica se trata de un proceso a lo largo del cual el profesional de la psicología evalúa, entrena (o trata) y cuantifica los efectos inmediatos del tratamiento. Pero no se queda ahí, la intervención continúa de la mano de la evaluación y del seguimiento de los efectos conseguidos, valorando su persistencia temporal, su validez social y su generalización a través de situaciones distintas a las del tratamiento o entrenamiento. Existen diferentes técnicas para el trabajo, y es importante diferenciar entre los modelos de terapia de la primera, segunda y tercera generación en el campo cognitivo-conductual, e identificar algunas de sus técnicas. A continuación, se describen las técnicas base de cada una de estas generaciones.

En cuanto a la intervención psicológica conductual, Ruiz *et al.* (2012) puntualizan que las técnicas de intervención basadas en el condicionamiento operante constituyen uno de los pilares básicos de la terapia de conducta desde sus comienzos. Las técnicas operantes desarrolladas durante la primera generación de la terapia de conducta se han mantenido hasta la actualidad y siguen plenamente vigentes; por ende, constituyen un cuerpo de procedimientos altamente eficaces y de base para el trabajo en terapia.

Se distinguen cuatro tipos de intencionalidades en las técnicas operantes del modelamiento de la conducta, según los fines del tratamiento. Estos se clasifican para:

- a) *Incrementar y mantener conductas* (reforzamiento positivo y negativo), así como programas de reforzamiento.
- b) *Adquirir nuevas conductas*: moldeamiento, encadenamiento, insinuación/atenuación.
- c) *Reducir o eliminar conductas*: reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), extinción, castigo positivo y negativo y sobre-corrección.
- d) *Conseguir la implicación de la persona al tratamiento terapéutico*: contrato de contingencias.

Ruiz *et al.* (2012) esclarecen que la cognitivización de la terapia de conducta marcó el comienzo de la llamada segunda generación. Esta modificaba la forma de intervenir, al tomar en cuenta elementos cognitivos. En este sentido, el primer sistema de terapia cognitivo-conductual corresponde a la terapia racional emotiva conductual, la cual trata de distinguir pensamientos irracionales que generan emociones desadaptativas y, a su vez, resultan en conductas destructivas. Se trabajan mediante técnicas cognitivas, conductuales y emotivas.

- a) Técnicas cognitivas:
  - Discusión y debate de creencias por medio de análisis y evaluación lógica; reducción al absurdo; análisis y evaluación empírica; contradicción con el valor apreciado; apelar a consecuencias negativas. En este trabajo cognitivo, el o la terapeuta suele adoptar diferentes estilos, según lo considere más conveniente. Los estilos habituales son: socrático, didáctico, metafórico y humorístico
  - Entrenamiento en autoinstrucciones
  - Distracción cognitiva e imaginación.
- b) Técnicas conductuales:
  - Ensayo de conducta
  - Inversión del rol racional
  - Refuerzo y castigo
  - Entrenamiento en habilidades sociales
  - Entrenamiento en solución de problemas.
- c) Técnicas emotivas:
  - Imaginación racional emotiva
  - Técnicas humorísticas.

De acuerdo con Ruiz *et al.* (2012), la descripción de la tercera generación de terapia se caracteriza por estar en contraposición con la primera época de la terapia de conducta que tomaba sus técnicas de la psicología experimental y una segunda época marcada por el advenimiento de lo cognitivo. No se trató de un cambio revolucionario ni radical en la forma de hacer terapia de conducta, sino de un viraje hacia aspectos quizá poco valorados u olvidados por esta. A su vez, utiliza elementos como la aceptación, la conciencia plena, la desactivación cognitiva, la dialéctica, los valores, la espiritualidad y las relaciones; aunque no son nuevos para la psicoterapia, la diferencia es que ahora son interpretados desde un nuevo entramado teórico sobre el cual se desarrolla la praxis de esta nueva generación de terapias de clara vocación empírica. Dos de los principios que sirven para este tipo de terapia son la aceptación y la activación.

Para conseguir las metas establecidas en la terapia individual se utilizan técnicas terapéuticas como el manejo de contingencias, la exposición o las técnicas cognitivas. Estas técnicas se complementan con las llamadas actividades tácticas y procedimientos coordinados empleados por el o la terapeuta para conseguir los objetivos del tratamiento, y se pueden agrupar en cinco categorías:

1. Dialécticas.
2. Nucleares.
3. Estilísticas.
4. De gestión de casos.
5. Integradoras.

## Diseño de tareas entre sesiones

El diseño de tareas entre sesiones está relacionado directamente con las hipótesis de trabajo delimitada durante la evaluación. Eells (como se cita en Nezu *et al.* 2014) menciona que estas hipótesis son, por lo general, delineadas por una teoría de la personalidad u orientación de psicoterapia particular. Estas, a su vez, toman en cuenta las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo, en la toma de decisiones para las metas terapéuticas.

Por tanto, depende de la formación del terapeuta y de su estilo terapéutico, la manera de orientar hacia determinados tipos de tareas con el fin de trabajar con las problemáticas del cliente. Por ejemplo, Nezu *et al.* (2014) tienen la perspectiva de que el terapeuta cognitivo-conductual debe ser un solucionador de problemas. Ante esto, mencionan que las metas generales para la formulación de un caso de la terapia cognitivo conductual son:

- Comprender con detalle los problemas presentados por el o la consultante
- Identificar las variables relacionadas de manera funcional con esas dificultades
- Diseñar objetivos y metas de tratamiento.

Desde un punto de vista cognitivo-conductual, Nezu *et al.* (2014) sugieren un enfoque específico con ocho pasos concretos:

1. Evaluar la identidad cultural y el grado de aculturación.
2. Evaluar y valorar al paciente que presenta problemas en relación con sus normas culturales.
3. Valorar las atribuciones causales de los y las pacientes respecto de sus problemas.
4. Efectuar un análisis funcional.
5. Comparar la formulación de caso propia con el sistema de creencias de la persona consultante.
6. Establecer objetivos y métodos del tratamiento de común acuerdo con el o la consultante.
7. Comentar con el o la consultante la necesidad de recopilar datos para evaluar el progreso del tratamiento.
8. Analizar la duración, curso y resultados esperados del tratamiento con el o la consultante.

En las intervenciones de terapia breve cognitivo-conductuales, Hewitt y Gantiva (2009) señalan que se trata de favorecer la toma de decisiones en el o la consultante con el fin de realizar cambios actitudinales y comportamentales que favorezcan su calidad de vida.

En este sentido, Miller y Sánchez (1994) proponen una estructura básica de intervención breve de seis pasos:

1. Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
2. Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio.
3. Asesorar al o a la consultante sobre su cambio de comportamiento.
4. Proveer al o a la consultante una amplia gama de opciones de cambio.
5. Desarrollar una relación empática.
6. Fortalecer la autoeficacia en el o la consultante sobre su capacidad de cambio.

Complementario a lo anterior, el Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (como se citó en Hewitt y Gantiva, 2009) propone una estructura de intervención construida con base en la evidencia empírica y consiste en:

1. Retroalimentar al o a la consultante sobre los resultados de las evaluaciones realizadas y los riesgos para su salud.
2. Asesorar persuasivamente al o a la consultante para el cambio de comportamiento.
3. Evaluar la disponibilidad al cambio de la persona.
4. Negociar el establecimiento de metas y el tratamiento a utilizar.
5. Programar sesiones de seguimiento.

Además, Bados y García (2009) mencionan que, sea cual sea el tratamiento a aplicar, las sesiones de tratamiento tienen una estructura en la cual se incluyen los elementos siguientes:

- a) *Breve revisión de la sesión anterior.* Se pregunta a la persona qué cosas le parecieron importantes de la sesión anterior y si hay algo que quiera comentar.
- b) *Establecimiento del orden del día.* Se trata de determinar qué se va a hacer en la sesión y en qué orden. La finalidad es doble: 1) hacer que la terapia no se desvíe de la conceptualización del problema y de los objetivos específicos perseguidos, y 2) proporcionar a la vez la flexibilidad necesaria para trabajar con otros problemas cuando surgen y se considera importante dedicarles atención. El orden de

la sesión, aunque previamente pensado por el o la terapeuta, se termina de establecer de común acuerdo con el o la consultante. Se sugiere que las primeras sesiones sean directivas y las últimas responsabilicen en mayor grado a la persona.

- c) *Revisión de las actividades entre sesiones.* Se trata de ver cómo han ido las actividades acordadas (a través de la revisión de los autorregistros correspondientes), lo que el o la consultante ha aprendido de las mismas, los posibles obstáculos que ha habido para su realización y las dificultades que han podido surgir al llevarlas a cabo y buscar posibles soluciones.
- d) *Aplicación de técnicas específicas.* La mayor parte de la sesión está dedicada al empleo de técnicas dirigidas a trabajar los puntos acordados en el orden del día. Así, se pueden cuestionar ciertos pensamientos negativos, realizar experimentos conductuales dentro de la sesión o seguir el proceso de resolución de ciertos problemas ya iniciado en una sesión anterior. Si surgen cuestiones no contempladas en el orden del día, terapeuta y consultante deciden si es mejor seguir con este o introducir un cambio.
- e) *Acuerdo sobre las actividades a realizar entre sesiones.* Las actividades han de ser acordadas, aunque el nivel de colaboración dependerá de la fase del tratamiento. Por otra parte, las actividades deben derivarse de lo que se ha trabajado en la sesión, estar claramente descritas y justificadas, y se debe tratar de anticipar posibles dificultades para la realización de las mismas. Terapeuta y consultante deben quedarse con una copia escrita de las actividades para minimizar problemas de incomprensión y olvido e incluir los aspectos clave, así como lo que no han comprendido.
- f) *Resumen y retroalimentación del paciente.* La sesión termina pidiendo a la o el consultante un resumen de los puntos principales que ha aprendido o descubierto; el o la terapeuta puede ayudar en este proceso haciendo preguntas y ofreciendo breves resúmenes. Finalmente, se pregunta a la persona sobre su reacción global a la sesión, si hay algo que no le haya gustado y si hay cuestiones poco claras o poco consideradas. De ser así, y si el tiempo lo permite, se ofrece la información correspondiente; de no ser posible, pasan a formar parte del orden del día de la siguiente sesión.

## Referencias

- Aragón, L. E. y Silva, A. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Pax.
- Badenes, S. M. (2017). *Terapia de Solución de Problemas (TPS) en personas afectadas por la crisis económica* [Tesis de maestría]. Universitat Jaume I.
- Bados, A. y García E. (2009). *El proceso de evaluación y tratamiento*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/9893/1/Proceso%20de%20intervenci%C3%B3n.pdf>
- Calderón, A. J. (2004). Estudio del caso clínico desde una perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 17(43). Congreso de la Asociación Internacional Psicoanalítica. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000295>
- Carrascoza, C. (2008). La práctica de la Terapia Cognitivo Conductual: Una guía para su aplicación. CEAA. *Anuario De Investigación en Adicciones*, 9(1). <https://biblat.unam.mx/hevila/Anuariodeinvestigacionenadicciones/2008/vol9/no1/9.pdf>
- Carrillo, L. y Ordaz, M. (2019). Intervención cognitivo conductual en un caso de anemia ferropénica crónica severa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(4), 2918-2938. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num4/Vol22No4Art3.pdf>
- Comisión Nacional de Telesalud (2004). *Plan Nacional de Telesalud*. Lima. [http://www.hhv.gov.pe/wp-content/uploads/Telesalud/Plan\\_Nacional\\_Telesalud.pdf](http://www.hhv.gov.pe/wp-content/uploads/Telesalud/Plan_Nacional_Telesalud.pdf)
- De la Torre, M. M. y Pardo, C. R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio oficial de psicólogos de Madrid. <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>
- Eells, T. D. (1997). "Psychotherapy case formulation: History and current status". In: T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 1-25). Guilford Press.
- Eells, T. D., Kendjelic, E. M., & Lucas, C. P. (1998). What's in a case formulation? Development and use of a content coding manual. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(2), 144-153.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). "Conceptos y modelos básicos". En: R. Fernández-Ballesteros (Ed), *Evaluación Psicológica: Conceptos, métodos y estudios de caso* (pp. 27-60). Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Márquez, M., Vizcarro, C. y Zamarrón, M. (2011). *Buenas prácticas y competencias en evaluación psicológica. El Sistema Interactivo Multimedia de Aprendizaje del Proceso de Evaluación*. Pirámide.

- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobbles, J. A. (1983). *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Godoy, J. (2015). "El proceso de la evaluación conductual". En: V. Caballo (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI.
- González, L. (2009). Formulaciones clínicas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 27(1), 93-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100009>
- Guevara, Y., Ortega, P. y Plancarte, P. (2010). *Psicología Conductual: Avances en Educación Especial*. FES Iztacala, UNAM.
- Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1). 165-176.
- Kazdin, A. (2009). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- Miller, W. y Sánchez, V. (1994). *Motivación en jóvenes adultos para el tratamiento en el cambio de vida*. Universidad de Notre Dame.
- Mora, Z. (2022). "Capítulo 3. La digitalización de la clínica: ¿cómo abarcar la nueva complejidad de la asistencia psicológica online?". En: *Experiencias en ciberpsicología: hacia una nueva era de la psicología* (pp. 59-84). FES Zaragoza, UNAM. <https://www.zaragoza.unam.mx/wpcontent/2022/Publicaciones/libros/csociales/Ciberpsicologia.pdf>
- Morris, S. J. (2003). A metamodel of theories of psychotherapy: a guide to their analysis, comparison, integration and use. *Clinical, Psychology & Psychotherapy*, 10(1), 1-18. <https://doi.org/10.1002/cpp.351>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y D'Zurilla, T. J. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. Desclée de Brouwer.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Olivares, R., Mácia, D. y Alcázar, A. (2013). *Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamientos*. Pirámide.
- Phares, J. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. Manual Moderno.
- Quinto-Barrera, S. K. (1994). *El modelo cognitivo conductual. Manual de Terapia Cognitiva*. APAL.
- Rodas, V. R. (2009). *Análisis conductual aplicado*. Universidad de Manizales.
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.

- Torre, M. M. y Pardo, C. R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>
- Wolpe, J., & Turkat, I. D. (Ed.) (1985). "Behavioral Case Formulation". In: I. D. Turkat, (Ed.), *Behavioral case formulation* (pp. 5-36). Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3644-8>

# 7

## Intervención en crisis

Cristina González Méndez

**E**n este capítulo se presenta un panorama general sobre la intervención en crisis como un modelo vigente de terapia breve y algunas aplicaciones que pueden ejecutarse en el área de la telepsicología.

### Definición de crisis

Slaikeu (1996) define crisis como “un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del usuario para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (p. 5).

Por otro lado, menciona González de Rivera (2001) que la crisis es un síndrome agudo de estrés, determinado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio crucial, significativo y determinante que representa la interrupción intolerable de un continuo psíquico, razón por la cual este debe restablecerse inmediatamente. La situación de crisis produce

un replanteamiento vital, obligando a la construcción de un nuevo sentido. La crisis implica la inevitabilidad de una transformación.

A su vez, la crisis marca el cambio de curso ante un evento o situación forzada que deriva en un avance o retroceso en la continuidad psíquica de la persona. Involucra los procesos psicológicos, cognitivos y emocionales de afrontamiento frente a un estresor agudo de tal implicación que podría marcar un antes y un después, incluso la pérdida de futuro. Se deben considerar las posibles opciones que una crisis conlleva; en un aspecto una percepción de incapacidad, de impotencia, le coloca frente a una posible renuncia ante su proyecto, sea cual fuere. Representa un obstáculo de tales dimensiones y debe resolverse con rapidez, en un periodo muy corto, además de reconsiderar su existencia; sin embargo, toda crisis implica también una oportunidad, el despliegue de un repertorio de decisiones y acciones potencializadoras de autocuidado que desconocía, aportando a favor de su vida (Valdez, 2012).

La aplicación del concepto de crisis en salud mental presupone un principio de continuidad psíquica, entendido como una experiencia básica subyacente a todas las demás. La interrupción de esta vivencia de continuidad es intolerable y, si ocurre, debe ser rápidamente reparada. El grado de importancia que se le confiere a la atención en crisis es lograr marcar una diferencia a favor del desarrollo y bienestar subsecuente en la vida de las personas que atraviesan por situaciones de crisis. De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis (González de Rivera, 2001).

Se pueden categorizar dos tipos de crisis (Slaikeu, 1996):

- a) *Circunstanciales*. Son accidentales o inesperadas provocadas por un acontecimiento externo o ambiental; por ejemplo, pérdida de algún ser querido en algún desastre natural, crímenes violentos o sucesos como cambio de residencia, divorcio, entre otros.
- b) *De desarrollo*. Situaciones esperadas ligadas al desarrollo que exceden la capacidad de respuesta de las personas.

De acuerdo con la teoría de la crisis, la enfermedad física y las lesiones corporales son acontecimientos que desafían la capacidad del individuo y su familia para enfrentarlos y adaptarse. El cómo se interpretan los sucesos, en especial con relación a la autoimagen y los planes

a futuro, y cómo se realicen los ajustes de comportamiento, serán fundamentales al determinar el curso esencial de la resolución de la crisis (Slaikau, 1996).

Actualmente, se han identificado dos tipos de reacciones ante la crisis (Álvarez *et al.*, 2020):

1. *Reacciones normales o esperadas*. De forma general, la reacción inicial frente al desastre es un estado temporal de *shock*. Las personas actúan con aturdimiento, confusión y desorientación. Estos estados pueden persistir desde minutos hasta horas. En cuanto al estado psicológico, los sucesos violentos parecen ejercer un efecto que temporalmente impide a las personas comprender la gravedad de la situación y, con frecuencia, las víctimas presentan dificultad para interpretar las experiencias complejas, sobre todo cuando es difícil identificar los factores que las generan. Algunas personas requieren de ayuda psicológica para recuperarse, otros lo hacen solos y lo hacen muy bien, otros solo necesitarán de uno a tres meses para estabilizarse y reintegrarse a su vida cotidiana.
2. *Reacciones patológicas*. A diferencia de las reacciones normales, existe un grupo más pequeño de individuos en quienes los síntomas siguen presentándose afectando su funcionalidad y calidad de vida. Esta sintomatología va desde pesadillas, recuerdos constantes sobre el evento, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, evitar los estímulos asociados con él; se puede tener la sospecha de que presenta probablemente un trastorno de estrés postraumático y, por lo tanto, requerirá atención especializada por psiquiatría.

## Estructura de una crisis

En el manual de primeros auxilios psicológicos de la UIPC (Hernández y Gutiérrez, 2014), se describen las fases de una crisis activa, que es cuando la persona se encuentra en estado de desequilibrio, donde la tensión le ha invadido y cuyos mecanismos homeostáticos se han roto. Se identifican cinco fases:

1. *Precipitante*. Ocurre un evento percibido como amenazante o abrumador, lo que provoca mucho estrés en la víctima. Hay respuestas de *shock* o negación.
2. *Respuesta desorganizada*. Se muestran comportamientos desorganizados que van desde la aflicción a la angustia. Es un intento por reestablecer el significado de la existencia.
3. *Explosión*. Pérdida de control de emociones, pensamientos y comportamientos. Puede haber conductas inapropiadas y/o destructivas.
4. *Estabilización*. Comienza a aceptar la situación; sin embargo, al recordararlo se presentan reacciones, aunque no tan extremas como en fases anteriores. Es vulnerable a volver a “explotar”.
5. *Adaptación*. Se llega a una conciliación entre el evento sucedido y la realidad actual del individuo. Se toma el control de la situación y se orienta hacia el futuro.

## Factores protectores y factores de riesgo

Los factores protectores y de riesgo se encuentran presentes debido a la interrelación y afectación del evento de desastre. La psicología dirige su influencia en los pilares de la cognición, conducta y las emociones con el fin de estudiar, entender y explicar qué elementos se deben contemplar en la atención en momentos de crisis. Identificar estos factores en la atención de la situación de crisis es clave para intentar prevenir por medio de la intervención en crisis el desarrollo de psicopatologías, optimizar los recursos personales, contribuir en la atención individualizada y generalizada al incidir en la atención de la población, y contribuir en el cuidado y fortalecimiento del tejido social (Fernández, 2010).

Fernández (2010) distingue los factores protectores y de riesgo siguientes:

### a) *Factores personales de protección:*

- Control emocional y valoración positiva de uno mismo
- Apoyo social y estilos de vida equilibrados
- Afrontamiento activo de las dificultades cotidianas

- Sentido del humor
- Actitud positiva ante la vida
- Creencias religiosas o espirituales
- Aceptación de las limitaciones personales
- Satisfacción laboral y/o personal.

*b) Factores de riesgo o perjudiciales:*

- Carencias en el sentido del compromiso (alienación)
- Un *locus* de control externo
- Tendencia a considerar el cambio como negativo y no deseado
- Personas rígidas.

## Primeros auxilios psicológicos

Como se ha mencionado, la intervención en crisis es una atención dirigida para auxiliar a la persona y su familia a procesar un evento traumático con el objetivo de ayudarle a procesar el impacto emocional y físico y favorecer el desarrollo de nuevas habilidades para afrontar la vida (Slaikou, 1996).

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) están vinculados al primer nivel de la atención del modelo de intervención en crisis; se llevan a cabo al momento inmediato o muy cercano a la crisis, mediante una asistencia urgente en un periodo corto de tiempo (se brinda desde unos minutos hasta unas cuantas horas) y, por lo regular, se lleva a cabo en una sola sesión. El ambiente donde es proporcionada puede ser en el mismo lugar que se produjo la crisis; por ende, suele ser en ambientes informales (Slaikou, 1996).

Los PAP tienen la misma lógica de los primeros auxilios médicos; es decir, brindan los cuidados inmediatos y provisionales a personas accidentadas o con enfermedades de aparición súbita, ya que se utilizan las técnicas básicas para reducir el riesgo de mortalidad y mantener al usuario/a estable para su consiguiente atención integral (Estrada *et al.*, 2017).

Slaikou (1996) menciona que la experiencia de crisis es tomada como un periodo de alto riesgo en la persona y su familia; por ello, se

requiere de un apoyo psicológico disponible de manera inmediata y una ubicación de fácil acceso, pues existe peligro de mortalidad para sí mismo u otros, de ahí la importancia de reducir la amenaza que puede representar la crisis. El objetivo general de esta primera intervención es el enfrentamiento inmediato como enfoque principal (pasar el día/noche; planear lo mejor para la próxima etapa). En la práctica, esto se divide en tres acciones: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad (abuso en niños, maltrato del cónyuge, suicidio y casos de homicidio) y vincular recursos de ayuda (referir a un asesor/especialista). El primer contacto completo de ayuda se dirige a estas áreas, y no más; no se hace el esfuerzo de finalizar la resolución psicológica de la crisis. Estas funciones las pueden ejecutar las personas que perciban la necesidad en el momento y lugar donde surja. Por ello, se puede capacitar a cualquier persona para brindar los primeros auxilios psicológicos, bajo la misma lógica de capacitación de primeros auxilios físicos.

En el *Manual curso-taller “Intervención en crisis”. Una alternativa en el tratamiento de urgencias psicológicas* (Gutiérrez Rodríguez, s.f.) se menciona que la técnica de los primeros auxilios psicológicos se construye de un proceso teórico-técnico de trabajo multidisciplinario, el cual incorpora las aportaciones metodológicas siguientes:

- Aportaciones de la psicología de emergencia, difundida en la Unión Americana y en países de Latinoamérica
- Teorías de Lindemann y Caplan
- Conceptos ampliados, desarrollados y modificados por Rapaport, Parad, Kaplan, Jacobson, Strickler y Sifneos
- El modelo de intervención en crisis de Slaikeu.

Los objetivos particulares de la atención son:

- a) Alivio inmediato de los síntomas provocados por el evento.
- b) Restauración de un nivel mínimo de funcionamiento del CASIC (cognitivo, afectivo, somático, interpersonal y conductual).
- c) Contención de los eventos precipitantes relevantes que llevaron al desequilibrio.
- d) Identificación de los recursos de ayuda y rescate a utilizar: personales, familia, profesionales, comunidad, etc.

- e) Iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo que sucedió.
- f) Desarrollar habilidades de afrontamiento, autoestima, asertividad y solución de conflictos.
- g) Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente.

En esta primera etapa, los primeros auxilios psicológicos están centrados en los recursos y fortalezas, no en la patología. La temporalidad es a corto plazo, tan rápida y directa como sea posible.

La valoración en esta fase de la intervención (primaria) debe evaluar las fortalezas y las debilidades de cada área, según el CASIC, intentando identificar en qué áreas necesita más apoyo y cuáles pueden dar aún sostén.

Se identifican cinco componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos:

1. *Realizar contacto psicológico.* Se debe promover la conversación, la observación de sentimientos y emociones, se puede resumir o parafrasear con el objetivo de hacer fluir la atención y promover la escucha. Se debe reducir la angustia para reactivar las capacidades cognitivas.
2. *Analizar las dimensiones del problema.* Se debe indagar en el pasado (sucesos previos), presente (lo ocurrido y buscar fortalezas personales) y futuro inmediato (proyecciones y decisiones ante lo ocurrido).
3. *Sondear posibles soluciones.* Identificación de diversas soluciones, analizando necesidades inmediatas y las que pueden esperar, así como obstáculos.
4. *Iniciar pasos concretos.* Implica apoyar a realizar acciones concretas para dar el siguiente paso (específicamente apoyo personal y profesional).
5. *Verificar el progreso.* Se refiere a extraer información y establecer un contacto para el seguimiento y verificación de progresos y descensos.

Por otro lado, también se han realizado ciertas especificaciones en relación al actuar del psicólogo frente a las crisis. El Centro de

Intervención en Crisis, Psicólogos sin Fronteras México (Álvarez *et al.*, 2020), por medio de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, han diseñado una estrategia educativa para que los profesionales de la psicología realicen intervenciones a distancia con el fin de brindar atención psicológica a los pacientes afectados, sus familiares y población general. Ante esto, elaboraron un manual diagnóstico para medir la percepción social de la covid-19. Es una visión general de los aspectos básicos que se deben conocer al realizar una intervención psicológica en crisis. En estas especificaciones, además de los procedimientos descritos en este trabajo, también se señala que es importante, al ejecutar los primeros auxilios psicológicos, lo siguiente:

1. Realizar la intervención en un lugar seguro: identificar que la zona donde se realice la intervención sea segura; valorar el riesgo e identificar las limitaciones propias; aplicar: “primero yo, luego mi compañero/colega, y al último el paciente/afectado”.
2. Observar las propias emociones, así como postura y gesticulaciones.

Estos procedimientos cubren las etapas necesarias y suficientes para el primer contacto crítico con una persona en crisis, pues es el comienzo del proceso para la superación de esta; por ello, no es suficiente pero sí clave en el apoyo de las personas en riesgo posterior al evento precipitante, ya que se puede obtener una solución rápida e inmediata al problema.

La segunda intervención es por medio de psicoterapia; por ello, la durabilidad de la atención es de algunas semanas o incluso meses, debe ser impartida por psicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros, enfermeros psiquiátricos u orientadores vocacionales. Los ambientes donde se realizan son formales y orientados a resolver la crisis, procesar y reelaborar el evento traumático en la historia de vida del paciente y fortalecer su resiliencia.

## Estrategias de emergencia vía Internet

El confinamiento debido a la enfermedad por covid-19 ocasionó un aislamiento social como medida preventiva ante el virus. Esta emergencia sanitaria no solo implicó consecuencias en la salud física de la población, además tuvo un impacto importante a nivel emocional, psicológico, y comportamental en distintos ámbitos (personal, familiar y social). Ante dicha situación, se han sumado esfuerzos para adaptar el dispositivo de intervención en crisis vía Internet, que, si bien no es una forma de atención nueva, ahora resulta necesaria.

De la Torre y Pardo (2018) mencionan que la atención psicológica *online*, en términos generales, sigue los mismos principios que la presencial; no obstante, en el contexto de la intervención telepsicológica, el clínico debe adaptar sus habilidades de comunicación, empatía y, si se requiere, de tratamiento terapéutico después de los PAP, también se debe prestar atención en las herramientas de evaluación. El avance de las nuevas tecnologías ha puesto a disposición de los psicólogos diversos instrumentos de evaluación para ser utilizados tanto en la terapia presencial como *online*: registros conductuales, cuestionarios de cumplimentación y corrección *online* y aplicaciones de registro pueden facilitar la realización de las tareas de evaluación. Algunas herramientas que pueden complementar la evaluación psicológica *online* son: auto-registros, cuestionarios, inventarios, test y evaluación mediante realidad virtual. Es sencillo encontrar en Internet diversas aplicaciones y herramientas de dudosa validez y procedencia no identificada, que no han sido diseñadas por psicólogos, sin avales legales o científicos; por tanto, no aseguran la privacidad de los datos registrados ni la fiabilidad de la evaluación realizada. Para fines terapéuticos, se recomienda evitar el uso de instrumentos gratuitos o pseudocientíficos no validados.

En la *Guía para la intervención telepsicológica* (De la Torre y Pardo, 2018) se motiva a que los servicios de psicología se realicen de preferencia de manera presencial, debido a que a veces los sistemas en línea pueden representar limitaciones en la intervención debido a malas conexiones a Internet o mala calidad en el audio de los dispositivos.

Además, existen problemáticas que requieren la presencialidad y servicios físicos que permitan darle una atención oportuna, inmediata y eficaz a la persona para reducir al mínimo el riesgo de mortalidad (sobre todo en situaciones de crisis). No obstante lo anterior, la telepsicología es una buena opción para dar atención a las personas, sobre todo si es un recurso disponible y de único alcance de la persona; por ello, es de relevancia tomar en cuenta las condiciones que hacen adecuada o no la intervención psicológica en línea.

A continuación, se mencionan ambas condiciones:

1. *Adecuadas:*

- a) Cuando el o la consultante ha buscado un psicólogo presencial en la ubicación donde se encuentra, que hable su lengua materna, pero no encuentra ningún servicio presencial o costos que se ajusten a su presupuesto. Entonces, puede solicitar el servicio de un psicólogo vía Internet, el cual se adapte a su situación.
- b) El o la consultante ha comenzado una terapia presencial con un terapeuta, pero después de un cambio en su entorno, debido a cuestiones de ubicación/distancia o idioma, quiere continuar el proceso terapéutico de forma *online*.
- c) El caso no presenta situación de riesgo o crisis, que pueda comprometer la vida de la persona o de otras personas.
- d) El tipo de problema no está relacionado con violencia, conflictos familiares o de pareja graves, problemas de control de impulsos, ansiedad excesiva, pérdida de realidad, muy bajo estado de ánimo, adicciones, problemas de alimentación o cualquier otra problemática en la cual el o la terapeuta considere que existe cierto riesgo por no tener un mayor control y seguimiento de forma presencial.
- e) El caso no presenta una gravedad alta y no requiere más de una sesión semanal.
- f) El tipo de problema no requiere estrategias presenciales específicas.

## 2. *No adecuadas:*

- a) El cliente ha buscado un psicólogo presencial en la ubicación en la que se encuentra, que hable su lengua materna y ha encontrado servicios disponibles que pueden garantizarle una terapia psicológica eficaz.
- b) El cliente quiere comenzar terapia con el o la psicóloga (porque ha sido recomendado o derivado a ese en particular) pero no puede/quiere acudir a una sola terapia presencial y, sin embargo, sí tiene opciones de acudir a otras terapias presenciales.
- c) Muy bajo estado de ánimo.
- d) Ansiedad excesiva.
- e) Autocontrol emocional, crisis frecuentes.
- f) Adicciones, problemas de alimentación o problemas graves de control de impulsos.
- g) Ideación suicida, riesgo autolítico o problemas de violencia, abuso o acoso.
- h) Conflictos familiares y de pareja.
- i) Pérdida de realidad, alucinaciones, delirios.
- j) Inhabilidad social grave/agorafobia.
- k) Requiere estrategias específicas.
- l) El cliente es menor de 16 años y no hay contacto con responsables legales.

Continuando con la *Guía para la intervención de telepsicología*, se mencionan ciertas contraindicaciones en la intervención en crisis, especialmente en casos de ideación suicida, agresiones sexuales, relaciones de violencia, ideación homicida, trastornos graves de la alimentación, abusos de sustancias o alguna psicopatología; mientras tanto, en la situación de confinamiento por covid-19, se ha hecho imperativo la atención a todo tipo de casos. Por tanto, el psicólogo que no se considere capacitado para dar atención a algunas de las mencionadas problemáticas deberá tener a disposición un directorio de canalización. Al momento de llevar a cabo estas medidas se debe tomar en cuenta:

- a) Disponer de un plan de acción previo escrito para el terapeuta. En estos casos, el o la terapeuta debe conocer los protocolos básicos

de actuación en caso de alguna ideación suicida, violencia, etc., con la finalidad de prevenir situaciones aún mayores de riesgo.

- b) Obtener, mediante el consentimiento informado, datos sobre la identidad de la persona (nombre, apellidos y dirección), los recursos de emergencia y atención sanitaria de su área: números de teléfono de ayuda, localización de hospitales y servicios médicos (preferiblemente con urgencias y atención psiquiátrica), así como el contacto de una persona de apoyo, amigo, familiar cercano u otros profesionales relevantes (por ejemplo, psiquiatra). Esta información se debe recabar antes de comenzar cualquier sesión, en el primer contacto o en la primera sesión, explicando los motivos de la captación de estos datos. Este paso es muy importante y no debe omitirse.
- c) Proporcionar al cliente (usuario/a) información sobre asociaciones y otros recursos profesionales de apoyo en crisis en su entorno, de ser posible con el mismo consentimiento informado.
- d) Recomendar, de forma preferente, la realización de intervención telepsicológica con el uso de tecnologías que permitan una comunicación sincrónica. Para ello, debe tenerse la elección de diversas herramientas eficaces de este tipo de comunicación, con la finalidad de darle opciones de atención a la persona consultante. Una adecuada señal de Internet permitirá que las sesiones sean fluidas, aunque este punto no solo depende de la o el terapeuta, pero sí será importante que cumpla con los requerimientos mínimos para la atención telepsicológica.

En otras recomendaciones de la terapia en línea, se debe procurar:

- a) No compartir cuentas de tecnología de comunicación sincrónica con contactos personales y consultante. Es importante mantener por separado lo personal y lo profesional, para evitar confusiones entre contactos, así como garantizar la privacidad de ambos aspectos.

- b) Emplear otros nombres de usuario y datos en espacios privados del psicólogo; de esta manera, no se podrá relacionar su actividad privada con su actividad profesional en otras tecnologías (por ejemplo, perfil personal de Facebook, blogs). Además, se han de realizar los ajustes oportunos de privacidad de cada red para evitar el acceso por parte de la persona a aspectos privados de la o el terapeuta.
- c) Asegurarse de que la persona recibe información clara, exacta, actualizada y con un vocabulario comprensible sobre las condiciones relativas al servicio (cualquier tipo de aviso sobre las citas o algún cambio de horario).
- d) Informar claramente sobre las tarifas que se aplican a los servicios psicológicos antes de su contratación, así como de la duración de la sesión, forma y tiempos de pago, penalizaciones o servicios adicionales por los cuales varíe el precio.
- e) Informar que los datos bancarios de ambos interlocutores son confidenciales y se deben mantener protegidos y seguros. Es una falta muy grave la utilización de estos datos para otras finalidades no previstas en la prestación del servicio terapéutico, así como el abono de cantidades relativas a otros servicios de los que no se haya informado previamente (De la Torre y Pardo, 2018).

En el manual del Centro de Intervención en Crisis, Psicólogos sin Fronteras México, se puntualiza que los primeros auxilios psicológicos no son una intervención sistematizada. El cuadro 7.1 recupera una tabla presentada en dicho manual, donde se muestran las acciones esenciales que deben realizarse.

Con estas consideraciones, se pueden llevar a cabo los primeros auxilios psicológicos de forma básica por medio de la mediación digital, y prepara al psicólogo para la intervención clínica de las crisis.

**Cuadro 7.1. Acciones  
para primeros auxilios psicológicos**

| Componente                | Objetivos   | Acciones del interventor durante los PAP  |
|---------------------------|---|---|
| Contacto psicológico      | Generar confianza, promover la verbalización de las emociones y que la percepción del acompañamiento disminuya su ansiedad. | Preséntate: Di tu nombre y pregunta el suyo<br>Invita a la persona a hablar<br>Escucha de forma activa<br>Evita emitir juicios de valor<br>Monitorea postura, tono de voz, lenguaje no verbal, tanto el tuyo como el de la otra persona   |
| Dimensiones del problema  | Dirigir la intervención hacia las necesidades inmediatas y a corto plazo.   | Indaga sobre el evento que precipitó la crisis<br>Examina recursos personales y sociales<br>Identifica proyectos o planes a corto plazo   |
| Solución de problemas     | Formular posibles soluciones a necesidades inmediatas y a corto plazo.  | Identifica qué ha hecho hasta ahora para solucionar su problema<br>Apoya en la elaboración de alternativas<br>Ayuda a re-definir el problema  |
| Manejo interdisciplinario | Identificar riesgo suicida u otras conductas de riesgo o condiciones que requieran manejo especializado por Psiquiatría.    | Identifica el riesgo suicida, presencia de conductas de riesgo que pongan en peligro la vida de la persona y/o la presencia de condiciones de salud mental que pongan en peligro su vida y refiere a atención especializada. El tamizaje en línea por el paciente de sus síntomas le ayudará a tener una evaluación más objetiva. Utiliza el siguiente tamizaje durante tu evaluación. <a href="https://tamizaje.psicologiaunam.com">https://tamizaje.psicologiaunam.com</a><br><br>En caso de que el resultado indique que el paciente requiere atención especializada utiliza los directorios anexos a este documento para su referencia.<br><br>Utiliza otras líneas de atención en caso necesario:<br>Línea de la Vida 800 911 20 00<br><br>Emergencias Línea 911 |
| Seguimiento               | Verificar el proceso de atención posterior a los PAPs   | En la medida de lo posible establece contacto con la persona atendida, la institución de referencia o los familiares después del evento.  |

Fuente: Álvarez *et al.*, (2020)

Por otro lado, la *Guía para la intervención telepsicológica* (De la Torre y Pardo, 2018) menciona las características adecuadas para el espacio teleterapéutico:

- Una estancia que tenga privacidad y denote un espacio formal y profesional (despacho u oficina)
- Audición clara y sin sonidos en el fondo
- Iluminación adecuada (preferiblemente luz natural y si es artificial que sea suficiente)
- Ausencia de sombras en la cara o en las manos, reflejos en la pantalla por luz de fondo
- Clara distinción entre la figura y el fondo. Fondo liso sin demasiados objetos que pudiesen distraer la atención del cliente
- De preferencia, contar con una mesa para apoyar el dispositivo y la imagen quede estable, con altura y ángulo de la cámara al nivel de los ojos de modo que se perciba un mayor contacto ocular entre consultante y terapeuta
- Un servicio tecnológico eficiente
- Se ha de tener una conexión a Internet y banda ancha suficientemente rápida y estable (ADSL, fibra óptica, cable, 4G o similar; al menos 1MB/ 300kB). Siempre que sea posible, se ha de emplear una conexión por cable para evitar las interferencias del wifi y aumentar la seguridad de la comunicación
- Hacer hincapié en que el lugar escogido debe respetar unas condiciones básicas para garantizar la seguridad y privacidad, sin la presencia de terceras personas no implicadas en la terapia y no realizarse en lugares públicos
- Disponer de un teléfono por si se interrumpe la comunicación por videoconferencia
- Se recomienda no tener otras aplicaciones abiertas que interfirieran en la velocidad de conexión a Internet o en la comunicación entre el psicólogo y el cliente.

Estas son algunas recomendaciones para llevar un servicio de psicoterapia vía *online* de manera exitosa. En cuanto a la intervención en crisis, es adecuado tomar en cuenta los aspectos tecnológicos y si la persona solo cuenta con ese recurso en ese momento, llevar a cabo los

primeros auxilios como comúnmente se realiza. En caso de que la persona necesite un apoyo presencial, orientarle y acompañarle para encontrar los enlaces necesarios y, así, continúe con su proceso.

## Referencias

- Álvarez, J., Andrade, C., Vieyra, V., Esquivias, H., Merlín, I., Neria, R. y Bezanilla, J. (2020). *Manual operativo del curso emergente para la brigada de atención psicoemocional y psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID-19 en México*. Secretaría de Salud. [https://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual\\_brigadas\\_2020.pdf](https://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual_brigadas_2020.pdf)
- De la Torre, M. y Pardo, R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>
- Estrada, L., Gutiérrez, L. y Hernández, I. (2017). *Manual Básico de Primeros Auxilios*. Unidad Interna de Protección Civil. Protección Civil Universitaria, CUCS. [https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual\\_primeros\\_auxilios\\_2017.pdf](https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_2017.pdf)
- Fernández, L. (2010). *Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal*. Máster en Terapia para Adultos Grupo Luria. Dirección Nacional de Bibliotecas. <http://www.cop.es/uploads/PDF/MODELO-INTERVENCION-CRISIS-RESILIENCIA-PERSONAL.pdf>
- González de Rivera y Revuelta, J. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79), 35-53. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004&lng=es&tlng=es)
- Gutiérrez Rodríguez, F. J. (s.f.). *Manual curso-taller "Intervención en crisis". Una alternativa en el tratamiento de urgencias psicológicas*. Colegio de Profesionales de la Psicología del Estado de Jalisco, AC.
- Hernández, I. y Gutiérrez, L. (2014). *Manual básico de primeros auxilios psicológicos*. Unidad Interna de Protección Civil. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. [https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual\\_primeros\\_auxilios\\_psicologicos\\_2017.pdf](https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf)
- Slaikou, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. Manual Moderno.
- Valdez, I. (2012). *Aspectos generales de una crisis*. Departamento de psiquiatría. UANL. [https://www.cedhnl.org.mx/pdf/por%20temas%20especificos%20copia/02%20salud/presentaciones/Crisis\\_Definicion\\_y\\_Tipos.pdf](https://www.cedhnl.org.mx/pdf/por%20temas%20especificos%20copia/02%20salud/presentaciones/Crisis_Definicion_y_Tipos.pdf)

# Telepsicología

Pautas para intervenciones digitales

# Telepsicología

Pautas para intervenciones digitales

es una obra editada y publicada por la **Universidad Nacional Autónoma de México** en la Coordinación Editorial de la **Facultad de Estudios Superiores Iztacala**, Av. de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP 54090. En la composición tipográfica se utilizaron las familias Adobe Garamond Pro 12.5:14.5 y Calibri 10:12 pts.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de  
**José Jaime Ávila Valdivieso**

Coordinación Editorial: (55)5623-1203

Correo-e: josejav@unam.mx

<http://www.iztacala.unam.mx/coordinacioneditorial>

**Los Reyes Iztacala, 2024**