

GUÍA PARA EL ABORDAJE NO PRESENCIAL
DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS
DEL BROTE EPIDÉMICO DE COVID-19 EN
LA POBLACIÓN GENERAL

VERSIÓN 1.2



Cristina Larroy García
Francisco J. Estupiñá Puig
Ignacio Fernández-Arias
(Compiladores)

Elaborada por los equipos de la Clínica Universitaria de Psicología UCM¹, PsiCall UCM², y profesores del Departamento de Psicología Clínica³ de la Universidad Complutense de Madrid.

Marzo 2020

Cristina Larroy^{1,2,3}, Francisco J. Estupiñá^{2,3}, Ignacio Fernández-Arias^{1,3}, Gonzalo Hervás^{1,3}, Carmen Valiente^{1,3}, Mar Gómez³, María Crespo³, Nieves Rojo³, Laura Roldán³, Carmelo Vázquez³, Daniel Ayuela¹, Belén Lozano¹, Ana Martínez-Bernardo¹, Teresa Pousada¹, Ainara Gómez-Zubeldia¹, Marta Asenjo¹, Juan J. Rodrigo¹, Rocío Florido¹, Marina Vallejo-Achón¹, Sandra Sanz-Alcázar¹, Laura Martos², Silvia González del Valle², Ana A. Antón², Adela Jiménez-Prensa², Alejandro Miguel-Álvaro², Beatriz Abarca-Madero², Marta de la Torre y Rebeca Pardo.

MARCO CONTEXTUAL DE LA GUIA <i>Francisco J. Estupiñá e Ignacio Fernández-Arias</i>	7
CUESTIONES RELATIVAS A LA FUNDAMENTACIÓN	8
CUESTIONES RELATIVAS A LA INTERVENCIÓN	9
CUESTIONES GENERALES <i>Gonzalo Hervás y Carmelo Vázquez</i>	10
PRINCIPIOS TRANSVERSALES	10
PROTOCOLO BREVE DE INTERVENCIÓN TELEPSICOLÓGICA <i>Marta de la Torre y Rebeca Pardo</i>	14
CONSIDERACIONES GENERALES	14
CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	15
EVALUACIÓN GENERAL	
Y PROPUESTAS DE CRIBADOS <i>Alejandro Miguel-Álvaro e Ignacio Fernández-Arias</i>	22
PAUTAS DE INTERVENCIÓN	22
PROPUESTA DE INSTRUMENTOS BREVES Y ESPECÍFICOS QUE PUEDAN ORIENTAR LA INTERVENCIÓN	24
ORIENTACIONES PARA CASOS PUNTUALES DE LLAMANTES	27
ANSIEDAD <i>Beatriz Abarca-Madero y María Crespo</i>	32
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	32
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	32
DEPRESIÓN <i>Silvia González del Valle y María Crespo</i>	34
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	34
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	34
IDEACIÓN AUTOLÍTICA <i>Ana A. Antón</i>	36
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	36
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	37
SITUACIONES DE RIESGO <i>Adela Jiménez-Prensa</i>	39
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	39
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	39
MANEJO DE LA ENFERMEDAD Y PAUTAS SANITARIAS <i>Francisco J. Estupiñá</i>	41
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	41
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	42
ASISLAMIENTO Y CUARENTENA <i>Sandra Sanz-Alcázar y Marina Vallejo-Achón</i>	45
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	45
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	46
INCERTIDUMBRE <i>Ana Martínez-Bernardo y Marta Asenjo</i>	49
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	49
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	50
ANSIEDAD ANTE LA ENFERMEDAD <i>Daniel Ayuela y Belén Lozano</i>	53
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	53
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	54
IRRITABILIDAD Y CONFLICTIVIDAD EN LA CONVIVENCIA <i>Adela Jiménez-Prensa y Laura Martos</i>	56
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	56
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	58
INSOMNIO <i>Beatriz Abarca-Madero y Francisco J. Estupiñá</i>	60
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	60
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	61

NIÑOS Y ADOLESCENTES <i>Teresa Pousada, Ainara Gómez-Zubeldia y Cristina Larroy</i>	63
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	63
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	64
PERSONAS MAYORES <i>Nieves Rojo</i>	68
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	68
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	69
DUELO <i>Juan J. Rodrigo, Rocío Florido y Mar Gómez</i>	71
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	71
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	72
PAUTAS DE AUTOCAUIDADO PARA EL PROFESIONAL	74
ATAQUES DE PÁNICO <i>Belén Lozano y Laura Roldán</i>	76
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	76
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	77
COMPLICACIONES AGORAFÓBICAS <i>Marina Vallejo-Achón y Sandra Sanz-Alcázar</i>	79
EVALUACIÓN DEL PROBLEMA	81
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	82
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	83
COMPLICACIONES TRAUMÁTICAS <i>Rocío Florido, Ana Martínez-Bernardo y Juan J. Rodrigo</i>	86
EVALUACIÓN DEL PROBLEMA	87
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	88
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	88
PROCESOS OBSESIVOS COMPULSIVOS <i>Teresa Pousada y Ainara Gómez-Zubeldia</i>	90
EVALUACIÓN DEL PROBLEMA	91
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	92
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	92
AI SLAM IEN I O	
Y TRASTORNO MENTAL GRAVE <i>Ana A. Antón, Silvia González del Valle y Alejandro Miguel-Álvoro</i>	95
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	95
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	97
PSICOLOGÍA POSITIVA PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR Y LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS <i>Carmen Valiente y Gonzalo Hervás</i>	100
ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES	100
PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO	101
AUTOCAUIDADO DEL PROFESIONAL <i>Alejandro Miguel-Álvoro y Cristina Larroy</i>	104
OBJETIVO GENERAL	104
MEDIDAS DE ACTUACIÓN	104
WEBS DE AUTORIDADES Y TELÉFONOS DE COMUNIDADES	106
RECURSOS DE DERIVACIÓN	107
AUTOLESIONES E IDEACIÓN SUICIDA	107
ATENCIÓN PSICOLÓGICA GRATUITA O A BAJO COSTE	107

CONSIDERACIONES GENERALES

MARCO CONTEXTUAL DE LA GUIA

Francisco J. Estupiñá e Ignacio Fernández-Arias

Esta guía ha sido realizada *ex profeso* ante los acontecimientos relacionados con la pandemia debida a la enfermedad causada por coronavirus (COVID-19). Está destinada a profesionales de la Psicología con habilitación para el ejercicio sanitario y formación específica que pretendan intervenir, por medios telemáticos, con población general afectada por el aislamiento y otros fenómenos psicológicos asociados a la epidemia y sus consecuencias.

Vivimos un desafío sanitario, social, comunitario, económico, político y cultural sin precedentes en la historia reciente de nuestro país. Hace tambalear buena parte de nuestros esquemas sobre cómo funcionan las cosas, la sociedad y nuestras propias dinámicas de vida. Además, todas las personas nos vemos concernidas, no solo en la medida en que el confinamiento nos afecta, sino también en nuestra salud, economía, valores, rutinas, y seres queridos.

Parece lógico pensar que las consecuencias en cuanto a la salud mental de las personas serán grandes, por lo que cabe esperar diferentes reacciones a las que atender, muchas de ellas generales y otras con importantes particularidades. No obstante, más allá de la natural diversidad, hay varias razones que subrayan, desde la perspectiva de la Psicología, la novedad de esta situación.

- La **imposibilidad de desarrollar intervenciones cara a cara**, que va a motivar el mayor despliegue de intervención telepsicológica de nuestra historia. Esto puede forzar a un gran número de profesionales a marcos de intervención con los que tengan poca formación o familiaridad.
- La **escala personal y temporal del fenómeno**, que hace que toda la población esté afectada de manera tangible, durante un tiempo impredecible y con consecuencias inciertas en el futuro, lo que determina un escenario cambiante, con potencial escasez de recursos, y una necesidad de considerar el medio y largo plazo.
- La **dimensión comunitaria y de Salud Pública** de lo que ocurre, en tanto en cuanto trasciende el ámbito individual más habitual en la intervención psicológica y nos sitúa ante la necesidad de velar por la contención del virus y el seguimiento de las recomendaciones sanitarias, lo que potencialmente nos aboca a emplear recursos comunitarios (la participación en los aplausos, por ejemplo) y a enfrentar dilemas éticos (la ruptura de la cuarentena, por ejemplo).
- La **limitada base de evidencia disponible** para las intervenciones en este contexto, lo que dificulta el desarrollo de intervenciones con apoyo empírico y exige de la extrapolación de otros contextos y experiencias. Esto pone en primer plano la obligación de recoger información válida y fiable que sustente los procedimientos futuros (Sim & Chua, 2004).

Por todo ello, parece necesario desarrollar rápidamente un recurso ágil y bien fundamentado para apoyar y, en la medida necesaria, adecuar el buen hacer de la Psicología al

reto que supone la COVID-19. **El objetivo general de esta guía es servir como herramienta de consulta profesional que ofrezca información ágil, rápida y específica, que informe y sirva de apoyo a sus intervenciones con población general.** Esta guía no ha sido elaborada como una propuesta de protocolo específico sino como un conjunto de pautas generales de consulta y apoyo a la intervención profesional, y no puede sustituir a un criterio clínico experimentado.

CUESTIONES RELATIVAS A LA FUNDAMENTACIÓN

A modo introductorio, dada la naturaleza telemática de la intervención, la guía incluye una breve descripción de cuestiones técnicas y específicas de este tipo de intervenciones, realizada por Marta de la Torre y Rebeca Pardo Cebrián, autoras de la Guía para la Intervención Telepsicológica del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. El resto de la guía ha sido realizada por un conjunto de profesionales y profesores de la Clínica Universitaria de Psicología, del servicio PsiCall y de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Para el desarrollo de esta guía se ha considerado el conocimiento científico vigente y, muy especialmente, algunas publicaciones sobre el brote epidémico de SARS de 2003 que afectó a más de 30 países (SARS-COV-1) y la propia COVID-19 (Brooks et al., 2020).

Algunos datos relevantes que se derivan de este y otros estudios sugieren que, en la población sometida a cuarentena, las afecciones emocionales pueden llegar al 73% de bajo estado de ánimo y el 57% de irritabilidad. Parece que la mayor exposición al contagio, las creencias sobre la enfermedad y, muy especialmente, la autoeficacia en el seguimiento de las pautas, son variables cruciales para entender tanto la emisión de conductas de protección eficaces como los niveles de ansiedad; así mismo, la experiencia de carestía en suministros, y una duración de la cuarentena por encima de 10 días, agravan los riesgos a corto y largo plazo. En el largo plazo, los elementos más vulnerables de la sociedad (mujeres, tercera edad, bajos ingresos) manifiestan mayores riesgos psicológicos. Por último, será necesario contar con el estigma y el cambio permanente de hábitos de contacto interpersonal en el futuro.

La literatura coincide en que las intervenciones en este contexto han de ser **focales** (hacia problemas específicos) y maximizar la **eficiencia** (breves y dirigidas), por lo que no se plantea la intervención desde un encuadre psicoterapéutico dirigido a diferentes áreas problemáticas, complejo y largo. **Las intervenciones son concebidas como sesiones únicas (sin detrimento de realizar seguimientos si se considera necesario) y centradas en la situación actual.** Al mismo tiempo, es preciso considerar la volatilidad con la que evoluciona la situación, y que debe llevarnos a reconocer el carácter caduco de cualquier guía, que deberá ser actualizada conforme avance la situación (Leung & Wong, 2005). Ahora nos enfrentamos como Sociedad al aislamiento, pero luego vendrá el duelo, y después de la reconstrucción de una realidad que, probablemente, ya nunca será la misma. Por ello, esta guía es una primera versión que se verá actualizada y mejorada en versiones posteriores.

CUESTIONES RELATIVAS A LA INTERVENCIÓN

La guía recoge una propuesta marco de intervención general desde principios que pueden orientar la intervención. Estos principios se centran en el abordaje de **problemas específicos**, pero también en el **aporte de significados**, la **comprensión** y la **promoción del bienestar** (Folkman & Greer, 2000).

La guía también incluye una propuesta de evaluación general y cribado de problemas específicos. Dado que las personas pueden presentar reacciones muy diferentes, la guía ha sido **elaborada en función de diferentes módulos de intervención interdependientes entre sí**. El espíritu breve de la misma insta al profesional a utilizar aquellos módulos que considere necesarios y pertinentes en cada caso y siempre como un complemento a su intervención.

En la lectura de la guía se observarán solapamientos de contenidos entre los diferentes módulos; dada la naturaleza de la intervención, cada módulo ha sido elaborado para su consideración autónoma, y su aplicación no es dependiente de los demás. Evidentemente, si se emplea más de un módulo en una intervención será labor del profesional omitir aquella información solapada o repetitiva con aquella que ya ha sido ofrecida al usuario.

Cada módulo cuenta con orientaciones generales y presenta pautas específicas que se podrían ofrecer a las personas atendidas. También incluye bibliografía específica a nivel conceptual y sobre tratamientos específicos, en el caso de que se quiera profundizar.

REFERENCIAS

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. doi:10.1016/s0140-6736(20)30460-8
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*, 9, 11-19.
- De la Torre, M. & Pardo, R. (2018). Guía para la intervención telepsicológica del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid disponible en <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencioantelepsicologica>
- Leung, T. T. F., & Wong, H. (2005). Community Reactions to the SARS Crisis in Hong Kong: Analysis of a Time-Limited Counseling Hotline. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 12(1), 1-22. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J137v12n01_01
- Sim, K., & Chua, H. C. (2004). The psychological impact of SARS: A matter of heart and mind. *Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 811-812. doi:<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1032003>

CUESTIONES GENERALES

Gonzalo Hervás y Carmelo Vázquez

En esta guía describiremos cómo abordar las alteraciones o problemas más frecuentes que pueden darse en una situación de confinamiento, pero en este apartado nos centraremos en principios generales que guiarán las intervenciones de forma general. Este apartado también será de utilidad cuando el usuario plantee situaciones que no se recojan específicamente en los módulos.

PRINCIPIOS TRANSVERSALES

Generar comprensión

Uno de los retos de una situación de confinamiento es dar sentido a lo que siente cada persona en una situación que es nueva, y ayudar a normalizarlo como paso previo a instaurar un cambio.

Dar sentido a su experiencia aportando pequeñas intervenciones de psicoeducación suele ser una estrategia útil. Es de especial importancia ayudar a poner nombre a los sentimientos de la persona y validarlos (p.ej., “es normal sentirse así en estas circunstancias”). Pero también ayudar a entender de dónde vienen si así fuera necesario. Por ejemplo, es probable que la irritabilidad aumente según pasen los días (p.ej., si la vivienda es pequeña), y esto se puede explicar, al menos en una parte de los casos, por la falta de autonomía. Este déficit genera una frustración sutil pero creciente que, si no se reconoce, se acaba convirtiendo en irritación o incluso agresividad (dirigida hacia familiares, compañeros de trabajo, instituciones, etc.) y también aislamiento. El objetivo aquí sería pasar de sentir irritación a reconocer y validar la necesidad de autonomía, así como los sentimientos de frustración que se han activado fruto del confinamiento.

Por tanto, con el objetivo de poder facilitar una mayor comprensión sobre cómo la situación está afectando a la persona una posibilidad es evaluar, a veces junto con la persona, en qué medida la situación que atraviesa está afectando a estas 6 necesidades básicas (Deci & Ryan, 2000; Ryff, 1989): (a) Vinculación-Relaciones, (b) Autonomía (entendida como autodeterminación), (c) Competencia (entendida como posibilidad de manejar las demandas del entorno), (d) Crecimiento personal (entendido como la percepción de evolución, aprendizaje), (e) Autoaceptación, y (f) Sentido vital (entendido como tener un propósito y sentir en general la vida como útil y valiosa). Algunos autores añaden también la necesidad de seguridad/predictibilidad. Los cambios bruscos en el nivel de satisfacción de alguna de estas necesidades pueden estar asociados a reacciones emocionales con consecuencias relevantes (p.ej., pérdidas de control, adicciones, problemas de sueño). En una situación de confinamiento, además de la autonomía, es de esperar que se vean afectadas las necesidades de vinculación (p.ej., conectar con menos personas de lo habitual), competencia (p.ej., dificultad para gestionar el teletrabajo, las rutinas, la crianza si tienen niños, etc.), crecimiento (p.ej., sensaciones de aburrimiento, de

falta de estímulo) y en algunos casos de sentido vital (p.ej., por perder la posibilidad de ayudar a otras personas: abuelos que cuidan a nietos).

Generar alivio

Un objetivo básico en un contexto de dolor o malestar muchas veces inevitable es generar alivio. Aunque dependerá de cada caso, de modo general podemos destacar algunas conocidas estrategias que pueden facilitararlo (Levitt, Pomerville y Surace, 2016; Norcross, 2010):

1. Conectar emocionalmente con la persona usando reflejos frecuentes, usando la sincronía (p.ej., adaptando nuestro estado y forma de comunicar al del paciente) y compartiendo el dolor y malestar con la persona (p.ej., evitando mostrarnos fríos o indiferentes).
2. Aceptar incondicionalmente a la persona, aun con todos los problemas que pueda estar generando su comportamiento.
3. Reconocer y validar enfáticamente los esfuerzos que está haciendo la persona para afrontar la situación, y por el mero hecho de pedir ayuda.

Promover el equilibrio entre extremos

Algunas personas pueden verse atrapadas en un extremo de un comportamiento (p.ej., prevención excesiva, limpieza obsesiva, sobreinformación, sobreimplicación, etc.). Esto sucede muchas veces por tratar de alejarse del polo opuesto que es verdaderamente temido (p.ej., pérdida de un ser querido, enfermedad, no cumplir indicaciones, ser mal ciudadano, perderse algo importante, ser un egoísta). En estos casos, será importante validar su deseo o necesidad en un primer momento (“Por lo que me dices, entiendo que bajo ninguna circunstancia te gustaría caer en..., y eso es muy importante...”), para luego ayudar a la persona a definir la zona de equilibrio óptimo (si puede ser, de una forma operativa), para así evitar volver a caer, por inercia, en el polo opuesto. Usando técnicas de entrevista motivacional, se pueden usar preguntas clave para hacer a la persona más consciente de que cuando extrema su comportamiento (p.ej., de prevención) se generan otros problemas (p.ej., conflictos de pareja).

Aumentar recursos de afrontamiento

Un problema frecuente en situaciones de estrés es que la persona se siente desbordada por la situación o por la expectativa de no poder soportar el confinamiento y puede desarrollar conductas problemáticas asociadas (p.ej., consumo de alcohol o rumiación). En algunos casos, se puede trabajar en la dirección de reducir la(s) conducta(s) que están generando un problema, trabajando con pautas alternativas y con técnicas motivacionales (p.ej., entrevista motivacional). Pero tenemos también la opción de aplicar intervenciones dirigidas a reequilibrar su comportamiento promoviendo estados (i.e., podríamos llamarlos “antídotos”) que de forma natural reduzcan esa conducta (p.ej., generar estados de relajación para sentir menos alarma y así tener menos necesidad de información). Algunos ejemplos de recursos psicológicos o antídotos que pueden ser útiles son: relajación, emocionalidad positiva, sentimientos de utilidad u orgullo, sentimientos de control (p.ej., rutina, etc.), sentimientos de vínculo o de pertenencia, entre otros. Estos recursos están asociados y son eficaces en muchos casos por su conexión con las áreas de bienestar o necesidades psicológicas antes apuntadas.

Es muy importante preguntar por recursos usados previamente en situaciones difíciles resueltas exitosamente, o características positivas valoradas por los demás o por sí mismo. En todos los casos, es bueno no olvidar que uno de los mayores recursos que tiene la persona es su capacidad para tolerar el malestar y superar adversidades, que se facilita, entre otros, con un afrontamiento basado en el reto (“Esto es muy difícil, pero se puede superar” “No me voy a dejar vencer fácilmente”) en vez de un afrontamiento basado en la amenaza, la injusticia o en el derrotismo (p.ej., “No voy a poder”).

Dentro de este apartado es especialmente relevante la aplicación de estrategias de regulación, ya sea a nivel de psicoeducación como a nivel de recursos/intervenciones específicas, como listados de emociones, metáforas, etc. (ver Hervás y Moral, 2018). El objetivo en este caso será sustituir estrategias centradas en la supresión o en la aceptación acrítica de la experiencia emocional (p.ej., razonamiento emocional), por otras más adaptativas como la aceptación o la autocompasión, y poder desarrollar una cierta capacidad para entender el mensaje de sus emociones. Otro objetivo relevante es que la persona dedique algo de tiempo al día, sin ser este tiempo excesivo, a atender a su experiencia emocional a través por ejemplo de un autorregistro o un diario emocional.

Promover la activación de recursos en su entorno

Al igual que es bueno aprovechar todos los recursos ya presentes en la persona, también podemos aprovechar o activar recursos presentes en el contexto inmediato de la persona. Esto es especialmente importante en situaciones complejas que no tiene una “solución” y que son objetivamente muy estresantes o dolorosas. En estos casos, será importante, además de acompañar a nivel emocional, establecer vías posibles para generar un apoyo estable ya sea en su entorno inmediato (p.ej., familia, amigos, vecinos), buscar entornos asociativos que puedan servir de apoyo (p.ej., recursos laborales, sindicatos, asociaciones, etc.) así como activar recursos a nivel institucional si fuera necesario (p.ej., asistente social de su centro de salud).

Integrar adecuadamente factores externos e internos

Algunas personas por sus características personales o por sus circunstancias se focalizarán mucho en los hechos, lo que sucede a su alrededor, y otras personas, al contrario, pondrán el foco únicamente en cómo reaccionan (p.ej., lo que piensan o sienten). Es bueno dejar espacio para que aparezcan estas dos perspectivas para así poder integrarlas adecuadamente. Usando esta dicotomía interno-externo, se podrían definir dos polos (Beck y Beck, 1995):

1. El problema es generado por una situación externa muy complicada siendo la reacción perfectamente proporcional. En este caso, se deberían potenciar estrategias de aceptación, validación, y activación recursos (p.ej., estrategias de afrontamiento, recursos sociales, etc.).
2. El problema es generado en su mayor parte por una reactividad excesiva a una situación moderadamente negativa, debido a disposiciones previas del individuo (p.ej., creencias, rasgos, sensibilización o trauma previo, disfunciones emocionales..., etc.). En este caso, se deberían potenciar estrategias de psicoeducación emocional, reestructuración

cognitiva (psicoeducación de distorsiones, experimentos conductuales, búsqueda de información, técnica del doble rasero, etc.), promover un afrontamiento activo, entre otras.

Evidentemente, muchos casos se situarán en diferentes puntos del continuum entre estos dos polos, y la aproximación se deberá personalizar a cada caso.

Secuenciar adecuadamente la demanda

En cuanto a orden, en términos generales puede ser adecuado, tras recoger el problema y la expresión emocional del usuario, poner primero el foco más en lo externo para comprender mejor a la persona en sus circunstancias (p.ej., factores estresantes, influencia del confinamiento, limitaciones), para progresivamente pasar a explorar el mundo interno de la persona (p.ej., creencias, pensamientos, valores, necesidades, sentimientos, miedos... etc.). En la fase de intervención, se podrán combinar intervenciones dirigidas a modificar aspectos internos (modular creencias, validar sentimientos, etc.), así como otras focalizadas a modificar aspectos externos (p.ej., mejorar comunicación, solicitar ayuda, generar hábitos), haciendo más énfasis en unos u otros según el caso particular.

Es recomendable finalizar con un resumen en el que se detallen, de la forma más concreta posible, las estrategias y objetivos acordados con la persona que se hayan derivado de la sesión.

REFERENCIAS

- Beck, J. S. y Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford press.
- Hervás, G. y Moral, G. (2018). *Regulación emocional aplicada al campo clínico*. FOCAD, Consejo General de la Psicología de España. Descargable en https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11_FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf
- Levitt, H. M., Pomerville, A. y Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (p. 113–141). American Psychological Association
- Ryan, R.M., y Deci, E.L. (2000) Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069 – 1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

PROTOCOLO BREVE DE INTERVENCIÓN TELEPSICOLÓGICA

Marta de la Torre y Rebeca Pardo

La atención psicológica a distancia se ha convertido en un recurso esencial en nuestros días. Se distingue por favorecer el acceso y la equidad, así como mantener la regularidad en la provisión de atención psicológica.

Indudablemente, las actuaciones psicológicas a distancia plantean nuevas preguntas sobre el proceso terapéutico en lo que respecta a la adaptación de la intervención e interacción.

El presente protocolo proporciona a los/as psicólogos/as que brindan asesoramiento a distancia (online y telefónico) las recomendaciones y requerimientos éticos, legales y tecnológicos básicos previos a su implementación. Se recomienda su lectura junto con las Guías Clínicas para más información y detalle.

CONSIDERACIONES GENERALES

- La intervención telepsicológica (online y telefónica) debe contemplar adaptaciones en todas las fases del proceso terapéutico con especial atención en lo siguiente:
 - Protección de datos personales y de salud
 - Recomendaciones éticas
 - Requisitos tecnológicos y del espacio físico
 - Competencias, habilidades y comunicación
 - Plan de prevención de crisis.
- Los profesionales han de tomar un papel activo en su práctica. La intervención telepsicológica implica un gran compromiso y responsabilidad ética y profesional pues conlleva desafíos inherentes al cambio comunicativo y tecnológico.
 - Los/as psicólogos/as deben asegurar que la calidad de las intervenciones telepsicológicas son equivalentes a la atención presencial.
 - Los/as psicólogos/as deben mantenerse actualizados científica y tecnológicamente.
- Las organizaciones y los profesionales son responsables de asegurar la protección y preparación de los equipos y datos personales y seguir los procedimientos adecuados.
- La realización de terapia o consultoría psicológica a distancia siempre ha de hacerse previo análisis de las circunstancias del usuario.
 - El objetivo es garantizar que la intervención supondrá un beneficio y no perjudicará a la persona que demanda atención psicológica.
 - La asistencia a distancia se recomienda implementar cuando, por el contexto y características de la persona, sea la única o la mejor manera de proporcionar dicha asistencia.
 - Se recomienda optar por sesiones individuales frente a sesiones de pareja o grupales pues en las primeras el manejo de la información e interacción es mayor y más controlado.

- Siempre que sea posible, se debe valorar mantener al menos un contacto presencial (especialmente al inicio) para minimizar los riesgos, favorecer la evaluación y minimizar la pérdida de información.

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

Requisitos y actuaciones del psicólogo/a

- El psicólogo/a que realice una actividad sanitaria online, debe disponer de las titulaciones y acreditaciones requeridas para el ejercicio de la profesión en el ámbito sanitario:
 - Disponer del título para el ejercicio de la profesión; Psicólogo Sanitario habilitado, Psicólogo General Sanitario o Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
 - Estar colegiado y registrado como psicólogo ejerciente, en uno de los Colegios Oficiales de Psicólogos de España.
 - Cumplir con los requisitos fiscales correspondientes a su actividad.
 - Poseer un seguro de responsabilidad civil.
 - Que el centro o servicio en el que trabaje esté inscrito en el Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (REGCESS).
- Se recomienda que el psicólogo/a disponga de formación y experiencia específica en la modalidad online y/o telefónica.
- El psicólogo/a debe presentar sus acreditaciones e identificarse con los siguientes datos:
 - Datos personales (nombre y apellidos).
 - Titulación universitaria y número de colegiación.
 - Formación específica y experiencia en centros psicológicos sanitarios, orientación terapéutica, pertenencia a asociaciones científicas y profesionales, etc.
 - Localización e información de contacto.
 - Entidad/empresa responsable del tratamiento.

Normativa legal, aspectos éticos y deontológicos

Aspectos generales

- Se aplicarán los mismos principios que en terapia presencial respecto a la normativa ética y deontología en un marco presencial, además de las normas particulares que regula en nuestro país estos servicios online:
 - Normas legales sobre seguridad informática: Normas ISO 27001
 - Normas éticas: Código deontológico, Consejo General de la Psicología de España.
 - Protección de datos, privacidad y confidencialidad: Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999. Ley General de telecomunicaciones
 - Competencias profesionales del psicólogo sanitario: Ley General de Salud pública 33/2011 (Disposición adicional séptima).
 - Condiciones del espacio terapéutico: Autorización de centros, servicios y establecimiento sanitarios. Real Decreto 1277/2003. Orden SCO/1741/2006.

- Los psicólogos que realizan terapia online deberán conocer las principales leyes y reglamentos que rigen la prestación de servicios psicológicos en el país en el que se encuentren ubicados sus clientes.

Confidencialidad y protección de datos

- Informarse sobre los riesgos potenciales de confidencialidad de los datos antes de utilizar las tecnologías como herramienta terapéutica e informar a los clientes.
- Autenticar la identidad del cliente.
 - Se recomienda identificarlo mediante documento legal acreditativo de la identidad del cliente (DNI, NIF, Pasaporte, NIE...) y, en el caso que sea posible, recabar una copia del documento.
- Cumplir la normativa respecto al consentimiento informado y guardar la documentación por escrito. Particularidades:
 - Se debe precisar el consentimiento al cliente y/o los titulares de la patria potestad o tutela (libro de familia, sentencia judicial, convenio regulador...)
 - Se debe solicitar consentimiento expreso al cliente en aquellas situaciones en las que se requiera contactar con personas de su entorno u otros profesionales.
- Vigilar la seguridad de los dispositivos y el acceso de otras personas al ordenador o dispositivo que se utiliza para la intervención.
- No compartir cuentas de correo electrónico o programas para la terapia online y evitar el uso de dispositivos públicos o compartidos con otros usuarios. En los casos que no sea posible, utilizar contraseñas personales seguras.
- Borrar o proteger debidamente (cifrado, contraseña...) todos los posibles archivos generados tras finalizar una sesión y la historia clínica.
- Realizar copias de respaldo y recuperación de forma periódica, protegerse y almacenarse en área externa y segura durante el tiempo que estima la legislación para profesiones de salud.
- Mantener los correos electrónicos profesionales apartados de los personales y emplear cuentas de correo institucionales si se dispone o profesionales.

Condiciones del servicio y promoción

- Asegurarse que el paciente reciba información clara, exacta, actualizada y con un vocabulario que comprenda sobre las condiciones relativas al servicio.
 - Si el servicio que se ofrece es en tiempo real o no, el tiempo aproximado en que los clientes recibirán una respuesta a sus correos electrónicos, llamadas, etc.
 - El cliente debe conocer el coste de los servicios antes de contratarlos y los cambios que le puedan afectar por la modificación de los servicios.
- Evitar promociones o servicios que no se pueden garantizar o que no favorecen la implementación de un tratamiento validado o científicamente eficaz.

Espacio físico

- Las dos localizaciones deben asegurar la privacidad (auditiva y visual).
- En la videoconferencia, se ha de buscar una imagen lo más amplia posible, para poder acceder a información sobre el espacio en el que está el cliente.

- Hacer hincapié en que el cliente respete unas condiciones básicas para garantizar la seguridad y privacidad: la no presencia de terceras personas no implicadas en la terapia, y la no realización en lugares públicos ni la grabación de las sesiones.
- Despacho profesional y sanitario (Consejería de Sanidad).
- Favorecer condiciones en el ambiente:
 - Iluminación y colocación cámara adecuada para ver adecuadamente gestos, expresión facial, etc.
 - Fondo liso para evitar distracciones o acceso a información personal.
- En la videoconferencia, disponer de mesa para apoyar el dispositivo e imagen quede estable, con altura y ángulo de la cámara al nivel de los ojos para percibir mayor contacto ocular entre cliente y terapeuta.

Requerimientos tecnológicos

Las organizaciones y profesionales deben seleccionar las aplicaciones y medios tecnológicos que tienen apropiada verificación, confidencialidad y son seguros en cuanto a la protección de los datos de las personas.

- Ordenador, tabletas, smartphones y teléfonos.
- Conexión a Internet de banda ancha (ADSL, fibra óptica, cable, 4G o similar) para garantizar calidad de imagen y audio.
- Siempre que sea posible, emplear una conexión por cable.
- Webcam, entrada de audio (micrófono) y salida de audio (auriculares).
- Disponer de un teléfono y un “plan B” por si se interrumpe la comunicación por videoconferencia.
- No tener otras aplicaciones abiertas que interfirieran en la velocidad de conexión a internet o en la comunicación psicólogo-cliente.
- Los dispositivos deben tener actualizado el antivirus e incluir restricciones en su uso para otras personas ajenas a la intervención psicológica.

Consideraciones clínicas

El psicólogo/a tiene la máxima responsabilidad en la toma de decisiones y ajuste individual para mantener la calidad, eficacia y seguridad de la intervención. Por este motivo, no hay absolutas contraindicaciones sobre las personas a las que atender, pero sí se deben atender las siguientes recomendaciones:

- Se aconseja la intervención telepsicológica cuando es:
 - La única opción para la persona de recibir ayuda psicológica y no existe opción presencial posible o recomendada.
 - Está justificado y es equivalente o mejora al tratamiento presencial.
 - Las condiciones clínicas (tipo de problema, sin riesgo o crisis, gravedad leve o media, no requiere estrategias presenciales específicas) lo permiten.

- Se cumplen los criterios básicos (mayor de 16 años, buen manejo tecnológico, espacio y privacidad adecuada...)
 - Se adapta a las condiciones de trabajo terapéutico (tareas y ejercicios, sin impedimentos en la comunicación ni incongruencias, sin empeoramiento o riesgo, se producen avances clínicos).
- Se desaconseja la intervención telepsicológica cuando se incumplen las anteriores y en las siguientes condiciones clínicas:
- Muy bajo estado de ánimo.
 - Ansiedad excesiva, muy pocas estrategias de autocontrol emocional, crisis frecuentes.
 - Adicciones, problemas de alimentación o de control de impulsos graves.
 - Ideación suicida, riesgo autolítico o problemas de violencia, abuso o acoso.
 - Conflictos familiares/pareja importantes.
 - Pérdida de realidad, alucinaciones, delirios, etc.
 - Inhabilidad social grave/agorafobia – requiere estrategias específicas.

Consideraciones sobre comunicación y alianza terapéutica

En el entorno online y telefónico es fundamental mantener y adaptar las habilidades terapéuticas básicas y comunicativas que permitan el desarrollo y mantenimiento de la alianza terapéutica. Algunas sugerencias generales y específicas:

Sugerencias generales

- Son de aplicación todas las actitudes básicas (Escucha activa, empatía, aceptación incondicional y autenticidad), habilidades de escucha (clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis) y competencias de acción (Preguntas abiertas, confrontación, interpretación, información).
- Además de estas herramientas básicas de la intervención psicológica, en el uso del teléfono, cobra especial relevancia la comunicación paraverbal, ya que, en ausencia de la imagen del interlocutor, es la que transmite la dimensión emocional de nuestra relación con el llamante: Volumen, entonación, velocidad, claridad, pausas y silencios, latencia de respuesta, proporcionalidad en los tiempos de intervención.
- Por ello, queremos poner de manifiesto la importancia de elementos como la actitud personal, la voz, el uso de los silencios, la “sonrisa telefónica” o el lenguaje que utilizamos, pues son elementos que condicionarán el éxito de la llamada o videconferencia y de nuestra intervención.
- La actitud o predisposición personal con la que realizamos una llamada telefónica o videconferencia es detectada por nuestro interlocutor a partir de nuestra voz y del lenguaje que utilizamos. Es importante tener en cuenta que las actitudes se contagian, y por tanto, la actitud que tengamos afectará directamente a la eficacia de la conversación telefónica que estemos manteniendo, influyendo positiva o negativamente en nuestro interlocutor. Por tanto, debemos tener una actitud positiva y saber mantenerla a pesar de las diferentes situaciones que nos podamos ir encontrando, aprendiendo a controlar nuestros sentimientos y no dejar que el estado emocional que nos ha provocado una llamada afecte

a la siguiente. La concentración es fundamental para una buena comunicación telefónica o por videoconferencia; por lo que en el momento de la llamada no podremos hacer varios trabajos a la vez, algo que por desgracia puede ser tentador en el contexto de no-presencia. En ese caso, el interlocutor percibirá un déficit en nuestra atención. El teléfono y la videoconferencia exigen exclusividad y concentración.

- Por otra parte, conviene que adoptemos una posición relajada, estando bien sentados y cómodos. Es importante tener en cuenta los aspectos ergonómicos, y más en jornadas de trabajo largas.

Sugerencias específicas

- Generar un ambiente de bienvenida y positivo.
- Informar, resolver dudas, ajustar expectativas y clarificar los pasos a seguir para establecer las condiciones adecuadas para la intervención telepsicológica.
- Al inicio, ofrecer otras vías alternativas comunicación con el terapeuta por algún medio complementario entre las sesiones acordándose su uso (email, chat, teléfono, mensajes de texto, vídeo o audio, notificaciones en una plataforma, etc.).
- Utilizar recursos visuales y textuales adicionales en las explicaciones y valorar complementar información enviando esquemas o documentos resumen, vídeos, audios, dibujos, etc.
- Esperar a que responda por completo antes de volver a intervenir y emplear las clarificaciones que sean necesarias si se cree que algo en su entorno ha podido interferir en la comunicación (por ejemplo, tarda más tiempo en contestar, en videoconferencia pone cara extraña, su discurso ha cambiado...).
- Si hay dificultades o interrupciones resolverlas de forma empática y cálida.
- Tratar explícitamente si se siente “raro” o con dificultades respecto a la conversación online.
- Normalizar la incomodidad y extrañeza inicial al entorno online o telefónico o con el psicólogo/a al tratar aspectos personales. Se ha de señalar que es frecuente que a los pocos minutos se habitúe y revisar.
- Hablar de forma regular y abierta sobre la relación terapéutica y las emociones que le genera realizar terapia online. De esta forma se pueden generar estrategias de solución.
- Revisar los objetivos terapéuticos de forma periódica, dar y pedir feedback sobre su proceso terapéutico (informes, cuestionarios, etc.)
- A través de la voz damos forma a nuestros mensajes y transmitimos sensaciones, sentimientos y actitudes. Con nuestra voz podemos sugerir, tranquilizar, persuadir, crear confianza y ofrecer seguridad. Algunos aspectos que se deberán tener en cuenta en torno a la voz son:
 - Variar el tono de voz para evitar la monotonía, el agotamiento y el desinterés.
 - Utilizar un tono medio, ni gritarle a nuestro interlocutor, ni hablar tan bajo que tenga que hacer un esfuerzo para oírnos.
 - Igualar el tono de voz con el de nuestro interlocutor es una buena estrategia que nos facilitará la comunicación.
 - Los cambios en el tono pueden ser un buen recurso para enfatizar, remarcar.
 - Hablar abriendo bien la boca y marcando bien las palabras.

- Hablar con una cierta separación entre el auricular y la boca.
- No comer ni beber nunca mientras se habla por teléfono.
- Adaptarse a la velocidad del interlocutor.
- Aumentar el ritmo cuando estemos perdiendo el control de la conversación.
- La rapidez con la que contestemos transmitirá debilidad o control de la situación.
- El silencio ayudará a enfatizar y hacer reflexionar sobre palabras importantes de nuestro mensaje y cederán la palabra a nuestro interlocutor. Habrá momentos que estemos en silencio escuchando, en esos momentos de escucha activa tendremos que dar muestras de esa escucha (feedback positivo), hacer preguntas que tengas interés y sentido, no interrumpir innecesariamente y reformular.
- La “sonrisa telefónica” ayuda a establecer una buena comunicación, ya que refleja una actitud positiva y cordial, reclamando una actitud similar por parte del oyente. Utilizarla al inicio de la conversación, siempre ayudará a favorecer un buen clima, a lo largo de la misma facilitará la confianza y predisposición del interlocutor a contar su problemática y al concluir la conversación dejará una buena impresión de la persona que atendió su llamada.
- El lenguaje que utilizaremos deberá ser claro e inteligible, utilizando palabras y expresiones que faciliten el entendimiento de nuestro interlocutor.

Intervenciones en situaciones de crisis y emergencia

Los profesionales deben ser competentes en el manejo de situaciones donde se pueda producir una crisis o emergencia y esta ayuda debe quedar protocolizada.

Antes de comenzar la terapia y en **todos** los casos, se han de tomar las siguientes medidas: Disponer de un plan de actuación previo. Conocer los protocolos de actuación específicos para estos casos (ideación suicida, agitación, violencia, abuso sexual) y disponer de un documento ya informatizado que se pueda mostrar o enviar al cliente.

- Se debe conocer previamente a la intervención a distancia los datos del cliente, así como los teléfonos de urgencias del lugar desde el que se conecta la persona, la dirección desde la que se conecta y el teléfono de algún familiar o una persona de contacto cercano.
- En estos casos la intervención telepsicológica debe permitir una comunicación al menos sincrónica y de ser posible, según las circunstancias de cada caso, podemos recomendar y derivar a terapia presencial.

Pasos que seguir en situación de crisis **durante** la intervención telepsicológica o con un paciente crítico:

- Informar al cliente del riesgo de esta situación, explicarle la contraindicación de seguir una psicoterapia online y las razones para una derivación.
- Confirmar los datos de localización y contacto del cliente, para establecer un plan de actuación de protección del cliente. Siempre que sea posible, acordado entre los dos e instrucciones claras sobre cómo actuar.
- Contactar con una de las personas de apoyo (familiar o amigo cercano propuesto por el cliente) para solicitar asistencia, acompañamiento u otra atención (por ejemplo, traslado a un servicio médico para asistir la emergencia) si se detecta riesgo medio-alto.

- En caso de que, pese a las explicaciones y el trabajo terapéutico, el cliente o la persona de apoyo rechacen las actuaciones recomendadas, el psicólogo ha de cumplir con la normativa y solicitar la ayuda médica o de otras autoridades.

REFERENCIAS

De la Torre, M., y Pardo, R. (2017). *Guía para la intervención telepsicológica*. Madrid. Colegio Oficial de la Psicología: Madrid.

EVALUACIÓN GENERAL Y PROPUESTAS DE CRIBADOS

Alejandro Miguel-Álvaro e Ignacio Fernández-Arias

En el marco de intervención propuesto, el objetivo principal es llevar a cabo una labor asistencial en formato único y breve, frente a otras prácticas a medio o largo plazo como la psicoterapia. Por ello, la evaluación psicológica cobra especial importancia, ya que es necesario valorar de forma organizada y rápida la información que nos presenta quien llama. Cabe resaltar el carácter terapéutico de este proceso, puesto que permite al usuario organizar su propia narrativa.

La adopción de una perspectiva abierta y comprehensiva es crucial: deben muestrearse todos los motivos de consulta y valorar su importancia antes de priorizarlos para su abordaje. Este proceso debe ser resuelto con agilidad y con criterios sólidos; por ello, es altamente recomendable la adopción de pruebas de cribado validadas, así como el empleo de estrategias de evaluación multidimensionales cuando sea posible (Main, Zhou, Ma, Luecken, & Liu, 2011).

Adicionalmente, la valoración de los resultados de la intervención ya sea mediante una sesión de seguimiento o por medios automatizados, resulta muy importante, tanto para asegurar el bienestar de las personas usuarias como para validar la idoneidad de esta aproximación al malestar psicológico de la población general (Sim & Chua, 2004).

Por todo ello, el objetivo de este módulo es establecer un marco común de trabajo que sirva de guía para la obtención de información útil y facilite el establecimiento de las acciones más adecuadas.

PAUTAS DE INTERVENCION

ORIENTACIONES GENERALES PARA LA EVALUACION

El instrumento principal del proceso de evaluación será la entrevista, con la que se podrá valorar la problemática de quien llama, definiendo aspectos importantes implicados en el problema y descartando la información irrelevante.

A lo largo de la llamada, se seguirá el método hipotético-deductivo, utilizando como herramienta fundamental las preguntas. Se tendrá especial cuidado en formular dichas preguntas de una en una, dejando también el tiempo oportuno a la persona para que pueda expresarse. Así, se podrán reducir resistencias, facilitando su apertura y una actitud favorable hacia el proceso de evaluación.

La forma de las preguntas se adaptará al momento de la llamada. De este modo, se emplearán preguntas abiertas al inicio de la comunicación, ya que permiten obtener amplia información y son útiles para introducir nuevos temas. Las mismas son recomendables con perfiles conductuales inhibidos, facilitándoles control en la elección del tema de su discurso. Por otro lado, las preguntas cerradas se usan según avanza la llamada, puesto que tienen la finalidad

de delimitar y concretar la información dentro de una temática. Debemos tener especial cuidado a la hora de formularlas reiteradamente ya que se puede establecer una dinámica de interrogatorio que cause incomodidad e interfiera en la alianza de trabajo. Se propone especialmente su uso ante personas con un perfil verborreico facilitando el proceso de evaluación.

PAUTAS ESPECÍFICAS

El proceso de evaluación se centrará, por un lado, en identificar un listado inicial de problemas y sus parámetros y, por otro, en valorar las principales áreas vitales para definir posibles factores de riesgo, de protección y los recursos de quien llama. Algunas de estas áreas son: hábitos de vida y autocuidado, área familiar, red social, ámbito académico y ocio. Ha de tenerse en cuenta la idoneidad de las respuestas obtenidas a la luz de la actual epidemia de COVID-19. En ese sentido, la valoración del grado de conocimiento sobre la enfermedad y su validez; del conjunto de pautas y recomendaciones para la evitación del contagio; y del conjunto de creencias y atribuciones sobre la pandemia (riesgo de infectarse, riesgo de morir o sufrir consecuencias graves, otros temores respecto al futuro) resulta fundamental. Todas estas áreas pueden ser abordadas mediante preguntas abiertas en un marco de entrevista semi-estructurada.

Con independencia de la adopción de una estrategia basada en preguntas abiertas, es de gran utilidad el uso de escalas subjetivas y reglas de malestar, tanto para tomar decisiones sobre prioridad y necesidad de intervención por áreas, como con la intención de estimar la calidad de la intervención. En el primer caso, podemos pedirle a quien llama que ordene o asigne valoraciones a los diferentes problemas detectados, para decidir cuáles son susceptibles de evaluación y en qué orden. En el segundo caso, es posible, por ejemplo, preguntar a quien llama, tanto al inicio como al final del contacto, por su nivel de malestar (por ejemplo: “De 0 a 10, siendo 0 nada y 10 muchísimo, en qué medida sientes ahora mismo la tristeza de la que me hablas”) y su percepción de capacidad de resolución (“de 0 a 10, siendo 0 nada capaz y 10 totalmente capaz, en qué medida crees que puedes resolver el problema por el que llamas”). En los casos en que el llamante quien llama descienda en su “percepción de capacidad de resolución del problema” (la segunda valoración que nos proporciona es menor que la primera), trataremos de indagar sobre los motivos por los cuales se ha dado este fenómeno e intentaremos ofrecerle ayuda al respecto.

Adicionalmente, durante el proceso de evaluación, se podrán utilizarán preguntas clave que nos permitan comprender la problemática del llamante. Además, sus respuestas nos facilitarán la toma de decisiones en cuanto a la aplicación de los instrumentos de cribado que se muestran a continuación. Puntuaciones significativas en dichos instrumentos guiarán el proceso de evaluación y orientación de forma que nos permita activar los procedimientos específicos en cada caso (ver módulos específicos).

PROPUESTA DE INSTRUMENTOS BREVES Y ESPECÍFICOS QUE PUEDAN ORIENTAR LA INTERVENCIÓN

A continuación, se ofrece una propuesta de cribado para las diferentes problemáticas contempladas en esta guía. Algunos de los módulos propuestos (p. ej., complicaciones agorafóbicas, entre otros) pueden utilizar el cribado de ansiedad como prueba rápida de screening. En los correspondientes apartados de los módulos para los que el lector no encuentre cribado, se contempla una evaluación más específica dentro del propio protocolo.

Cribado de DEPRESIÓN

Si el motivo está relacionado con síntomas típicamente relacionados con bajo estado de ánimo: tristeza, apatía, desmotivación, sensación de culpa o fracaso, etc.

Tabla. Propuesta de preguntas de cribado de sintomatología depresiva (adaptado del PHQ-2, Díez-Quevedo et al., 2001).

En las últimas dos semanas/Desde que empezó el aislamiento, ¿qué tan seguido has tenido molestias debido a tener poco interés o placer en hacer cosas?

- a) Nunca (0)
- b) Varios días (1)
- c) Más de la mitad de los días (2)
- d) Casi todos los días (3)

En las últimas dos semanas/Desde que empezó el aislamiento, ¿qué tan seguido has tenido molestias debido a sentirte decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas?

- a) Nunca (0)
- b) Varios días (1)
- c) Más de la mitad de los días (2)
- d) Casi todos los días (3)

Si la puntuación obtenida es menor de 3 se considera retomar el motivo de consulta y continuar evaluando. Por el contrario, si la puntuación obtenida es de 3 o más, se debe valorar la posibilidad de riesgo autolítico con el seguimiento cribado.

Cribado de IDEACIÓN AUTOLÍTICA

El uso del ítem 9 del BDI-II como medida de ideación autolítica está bien fundamentado (Casey et al., 2006).

Tabla. Propuesta de cribado de ideación autolítica. Adaptado del ítem 9 del BDI-II; (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, & Vázquez, 2005).

Pensamientos o deseos de suicidio: Elige la opción que mejor describa cómo se has sentido en las últimas dos semanas/desde que empezó el aislamiento:

- a) No tengo ningún pensamiento de suicidio (0)
- b) A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería (1)

- c) Desearía suicidarme (2)
- d) Me suicidaría si tuviese la oportunidad (3)

Si la puntuación obtenida es menor que 1, se utiliza preferentemente el protocolo de depresión como guía. Sin embargo, si la puntuación obtenida es igual o superior a 1, se debe aplicar el protocolo específico de ideación autolítica.

Cribado de ANSIEDAD E INCERTIDUMBRE

Si el motivo de consulta de quien llama está relacionado con síntomas típicamente ansiosos como hiperactivación, incertidumbre (incluyendo la relativa a la epidemia de COVID-19), preocupación, taquicardia, tensión muscular, etc.

Tabla. Propuesta de cribado de sintomatología ansiosa (Adaptado del GAD-2; García-Campayo et al., 2012).

¿En las últimas dos semanas/desde que empezó el aislamiento, con qué frecuencia te has sentido nervioso(a), angustiado(a) o muy tenso?

- a) Nunca (0)
- b) Varios días (1)
- c) Más de la mitad de los días (2)
- d) Casi todos los días (3)

¿En las últimas dos semanas/desde que empezó el aislamiento, con qué frecuencia has sido incapaz de controlar tus preocupaciones?

- a) Nunca (0)
- b) Varios días (1)
- c) Más de la mitad de los días (2)
- d) Casi todos los días (3)

Si la puntuación obtenida es menor a 3, se debe retomar el motivo de consulta y continuar evaluando. Por el contrario, si la puntuación obtenida es igual o mayor a 3 es conveniente aplicar el protocolo específico de ansiedad y/o incertidumbre.

Cribado de ADHESIÓN A PAUTAS Y RECOMENDACIONES SANITARIAS

El objetivo de esta prueba es comprobar el grado de adherencia a las recomendaciones de las autoridades sanitarias. Para ello, se indaga acerca de las dificultades en el seguimiento de las pautas de manera no invasiva, en el marco de la entrevista:

Tabla. Propuesta de cribado para el incumplimiento de pautas y recomendaciones sanitarias (Adaptado del test de Haynes-Sackett; Rodríguez-Chamorro et al., 2008).

Muchas personas tienen dificultades siguiendo todas las recomendaciones sanitarias para evitar el contagio. ¿Te cuesta a ti?

Se considera una respuesta "Sí" como indicio de incumplimiento.

Incluso si la respuesta es “No”, se considera la deseabilidad social, continuando la indagación de alguien que no reconoce dificultades, preguntando por sus hábitos y medidas para no contagiarse:

¿Cómo tomas medidas para evitar el contagio?

A mucha gente se le hace difícil seguir todas las pautas. ¿Cómo te va a ti?

Puede tomarse el reconocimiento de dificultades en cualquier pregunta como indicio de incumplimiento.

Cribado de ANSIEDAD ANTE LA ENFERMEDAD

El objetivo de estas preguntas es identificar si la persona presenta reacciones especialmente ansiosas ante la enfermedad, en concreto ante la posibilidad de contagiarse.

Tabla. Propuesta elaborada ad hoc a partir de Arnáez et al. (2019) y Morales et al. (2015).

- 1. ¿Con qué frecuencia tienes dificultades para apartar de tu mente pensamientos sobre tu salud?**
- 2. Si notas alguna sensación o cambio corporal, ¿te preguntas con frecuencia qué significan?**
- 3. ¿Con qué frecuencia piensas que tienes la enfermedad (COVID-19)?**
- 4. ¿Crees que tener la enfermedad arruinaría muchos aspectos de tu vida?**

Si contesta sí o refiere cierta frecuencia en al menos 3 preguntas se recomienda pasar el protocolo de ansiedad ante la enfermedad.

Cribado de INTERVENCIÓN ESPECÍFICA CON NIÑOS

El objetivo de estas preguntas es identificar si la pudiera existir algún problema en el manejo de la situación cuando hay niños en el ámbito familiar. El propósito de este cribado es orientar al profesional hacia la posible necesidad de aplicar el módulo específico de niños.

Tabla. Propuesta elaborada ad hoc a partir de Pataki et al. (2019) y las recomendaciones de la UTTCB (2020).

- 1. ¿Qué sabe el menor con respecto al coronavirus? ¿Cómo se ha informado?**
- 2. ¿Cómo está actuando ante el desconcierto propio de esta situación?**
- 3. ¿Qué estáis haciendo los adultos responsables del menor ante este escenario?**

Si se detectan dificultades en las respuestas del usuario, es adecuado valorar la aplicación del módulo específico de abordaje con niños.

Cribado de DUELO

Dadas las particularidades de la situación y cómo esta afecta a todas las cuestiones relacionadas con el fallecimiento de un ser querido (ausencia de despedida, rituales, etc.) se considera que una única pregunta sería suficiente para considerar aplicar un módulo específico de duelo. Cuestiones temporales que no permiten examinar el curso de la reacción impiden la consideración de duelo complicado.

Tabla. Propuesta para el cribado de Duelo

¿Ha fallecido alguna persona relevante para ti en las últimas semanas?
<i>Una respuesta afirmativa justificaría la aplicación del módulo específico de duelo.</i>

Cribado de ATAQUES DE PÁNICO

El objetivo de estas preguntas es identificar la presencia de ataques de pánico. Está elaborado a partir de la Guía para el manejo de pacientes con ansiedad de atención primaria de la Comunidad de Madrid (2008) y las investigaciones de Oromendia, Bonillo y Molinuevo (2015).

<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha experimentado de forma repentina algunas de estas sensaciones físicas: palpitaciones, sudoración, dificultades para respirar, sensación de ahogo, entumecimiento, hormigueo, náuseas y/o sensación de irrealidad? 2. Cuándo esto ocurre, ¿tiene miedo a morir o perder el control a causa de esas sensaciones? 3. ¿Ha consultado a un médico y le ha dicho que estas sensaciones no están relacionadas con un cuadro médico?
<p><i>Si las 3 respuestas son afirmativas se recomienda aplicar el protocolo para ataques de pánico. Si las dos primeras son afirmativas, pero la tercera es negativa, se recomienda, en primer lugar, realizar una llamada al servicio médico.</i></p>

ORIENTACIONES PARA CASOS PUNTUALES DE LLAMANTES

Dadas las particularidades de la atención a distancia (tanto online como telefónica), a continuación, se presentan unas orientaciones generales para ayudar al profesional en el manejo de determinadas situaciones.

Tabla. Tipos de interacciones específicas.

Tipo de interacción	Aspectos que contemplar
<p>Perfil silencioso. Se refiere a la persona que no mantiene una comunicación fluida con el servicio, bien por inhibición total o parcial de la misma.</p>	<p>Se explica el funcionamiento del servicio haciendo hincapié en la confidencialidad, se refuerza el acto de llamar y mostrar disposición de ayuda. Es importante normalizar las dificultades para expresarse del llamante y dar tiempo. Se debe respetar el silencio y no llenar los espacios vacíos. Asimismo, se puede dar opciones para que quien llama pueda decidir acerca del objeto de la llamada. Esto puede facilitar que sienta mayor comodidad.</p>

<p>Perfil verborreico. Se trata de la persona que monopoliza el discurso convirtiendo la conversación en un monólogo en el cual tenemos dificultades para intervenir y participar.</p>	<p>Tras dejar un tiempo para que pueda explicar su demanda, se puede mostrar que comprendemos su necesidad de comunicación y urgencia, pero que es necesario ayudar a quien llama a organizar su discurso de manera que la asistencia sea más eficiente.</p>
<p>Perfil desbordado. Se refiere a la persona que está experimentando unas reacciones emocionales tan intensas que dificultan la conversación y que se expresan a través del llanto excesivo, signos de ansiedad, etc.</p>	<p>Validar sus reacciones y reforzar el hecho de que se haya puesto en contacto con el servicio, mostrando de forma explícita una actitud de acompañamiento y haciéndole saber que dispone del tiempo que necesite para expresar su demanda. En estos casos se hace especialmente relevante la modulación adecuada de la voz y la calidez en el tono, evitando contagiarse por el estado emocional de quien llama. En situaciones en las que la activación sean tan intensa que no sea suficiente rebajarla a través de la comunicación, se podrá recurrir a técnicas específicas. Algunas de estas serían el control estimular, promoviendo que se sitúe en un lugar cómodo, apacible, libre de sobreestimulación o técnicas de desactivación fisiológica como la respiración diafragmática guiada a través del teléfono.</p>
<p>Perfil agresivo. Se refiere a la persona que se muestra hostil durante la llamada pudiendo expresar numerosas quejas hacia terceras personas o hacia el propio servicio.</p>	<p>Facilitar el desahogo emocional y contener a quien llama. Validar su necesidad de expresar su queja, así como la emoción subyacente. Reconducir la conversación hacia una demanda concreta haciendo hincapié en aspectos paralingüísticos como el tono de voz o el ritmo del discurso, mostrando calma para facilitar un proceso de reciprocidad. En último término, en aquellos casos en los que quien llama cometa faltas de respeto, se le indicará la necesidad de mantener una actitud conciliadora para continuar con la llamada; de no ser así, se le informará que se dará por finalizada.</p>
<p>Perfil desorganizado. Se refiere a la persona que presenta un discurso desestructurado dificultando la recogida de información.</p>	<p>Evaluar las posibles causas de la forma de su discurso (intensidad emocional elevada, déficits cognitivos, brote psicótico, etc.) y aplicar el protocolo pertinente. Facilitar el desahogo emocional y devolver al llamante el</p>

	mensaje recibido de la forma más estructurada posible. Recurrir a preguntas breves y concisas con el objetivo de ayudar a quien llama a reorganizar su demanda y concretar el motivo de la llamada.
--	---

REFERENCIAS

- Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J., & Belloch, A. (2019). The spanish validation of the Short Anxiety Inventory: Psychometric properties and clinical utility. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 19*, 251-260.
- Casey, P.R.; Dunn, G.; Kelly, B.D.; Birkbeck, G.; Dalgard, O.S.; Lehtinen, V.; Britta, S.; Ayuso-Mateos, J.L. & Dowrick, C. on behalf of the odin group (2006) Risk factors for suicidal ideation in the general population: a five centre analysis from the ODIN study. *British Journal Of Psychiatry, 189*, 410-415.
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sánchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R.L., (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine. 63*(4), 679-686.
- García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, Rejas J. The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health Qual Life Outcomes. 2012*; 10:114.
- Main, A., Zhou, Q., Ma, Y., Luecken, L. J., & Liu, X. (2011). Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *Journal of Counseling Psychology, 58*(3), 410-423. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0023632>
- Morales, A., Espada, J. P., Carballo, J. L., Piqueras, J. A., & Orgilés, M. (2015). Short Health Anxiety Inventory: Factor structure and psychometric properties in Spanish adolescents. *Journal of Health Psychology, 20*(2), 123–131. <https://doi.org/10.1177/1359105313500095>
- Pataki, G. E., de Nueva York, G. E., Stone, J. L., de Salud Mental, O., LeViness, J., & de Salud Mental, S. (2001). Guía de consejería de crisis para niños y familias en casos de desastres. *Nueva York: US Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York*.
- Rodríguez Chamorro, M.A., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., Faus, M.J. (2008) Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria, 40*(8),413-417.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 16*(2), 121-142. http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/1806/180616104001/180616104001_1.html

Sim, K., & Chua, H. C. (2004). The psychological impact of SARS: A matter of heart and mind. *Canadian Medical Association Journal*, *170*(5), 811-812. doi:<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1032003>

UTCCB. (2020, 9 marzo). Cómo explicar a los niños los motivos del aislamiento o cuarentena por el coronavirus [Publicación en un blog]. Recuperado de <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/como-explicar-ninos-motivos-aislamiento-cuarentena-coronavirus>

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

ANSIEDAD

Beatriz Abarca-Madero y María Crespo

Los trastornos de ansiedad constituyen una importante problemática en la situación de aislamiento propia de una cuarentena por epidemia. Una revisión reciente (Brooks et al., 2020) se hacía eco de una prevalencia de miedo, ansiedad y nerviosismo que oscilaban entre el 7 y 20% de la población en cuarentena. Esta sintomatología afectaba en mayor medida a los profesionales sanitarios, y podía verse agravada en función de la duración de la cuarentena, el acceso inadecuado a información y suministros, el aburrimiento y la frustración.

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

1. **Acogida, ventilación emocional y valoración de la demanda.**
Cuanto antes se promueva el procesamiento emocional, menos oportunidad habrá de que se establezcan patrones cognitivos y de comportamiento no adaptativos o disruptivos.
2. **Si el estado emocional no permite la comunicación,** se aplicará la técnica de desactivación que más se adapte a sus necesidades (Muñoz, Ausín y Pérez, 2007).
3. **Si la reactividad emocional no disminuye tras la aplicación de técnicas de desactivación** y supone un riesgo objetivo para el estado de salud de la persona, tendremos que iniciar una intervención con los servicios de emergencias (Muñoz, Ausín y Pérez, 2007).

Algunas intervenciones, de corte cognitivo-conductual, han demostrado ser eficaces y útiles en lo que nos ocupa actualmente (Castro, 2011; Ströhle, Gensichen, y Domschk, 2018). Además, se toma de referencia un enfoque transdiagnóstico, para ofrecer una intervención común a los trastornos con sintomatología ansiógena.

4. **Psicoeducación en ansiedad.**
 - Introduce algunas pautas relacionadas con el de manejo de la activación como repeticiones de respiración lenta, visualizaciones agradables y relajantes, etc.
 - Explica el Modelo ABC. Propicia una evaluación realista de la situación. Introduce indicaciones para incrementar la flexibilidad cognitiva.
 - Propicia la aceptación de las sensaciones físicas y el malestar generado por la situación (reacciones normales ante una situación excepcional).

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

- *Fobia específica:* Explica la adquisición y mantenimiento de estos, normaliza su situación y sugiere expectativas de cambio.
- *Fobia social:* Ofrece información acerca de las repercusiones que tienen las habilidades sociales y da pautas que faciliten la comunicación asertiva.
- *Trastorno de pánico:* Explica variables relevantes, como el sesgo atencional a signos interoceptivos o la anticipación e interpretación catastrófica de éstos o la hiperventilación.

- *Agorafobia*: Además de la psicoeducación sobre el trastorno de pánico, puedes transmitir la naturaleza de la generalización de sus reacciones.
- *Trastorno de ansiedad generalizada*: Menciona el papel de las preocupaciones en relación con su problemática y relacionalas con su aparición ante situaciones que tienen o no tienen solución. Tras ello, podrás facilitar el establecimiento de planes de afrontamiento para abordarlas.
- *Trastorno obsesivo compulsivo*: Podemos recurrir al empleo de metáforas para promover insight relacionado con la fusión pensamiento/acción o aceptación emocional. Control de conductas rituales y de autocomprobación.
- *Trastorno por estrés postraumático*: Legitima las emociones, normaliza sus sentimientos ambivalentes y desculpabiliza.
- *Trastornos adaptativos*: Puedes transmitir información relacionada con la dificultad que los seres humanos tenemos para encontrar la solución adecuada para afrontar situaciones complicadas y situaciones con alta incertidumbre, ya que la vida no viene con un manual de instrucciones.
- Señala la importancia de la búsqueda de apoyo social y de exteriorizar sus pensamientos y sentimientos.
- Trabaja la importancia de la autoestima y sus implicaciones a la hora de enfrentar diferentes circunstancias.
- Cuando el nivel de activación es elevado, valora dificultades a la hora de conciliar el sueño y facilita pautas relacionadas con la higiene del sueño.
- Proporciona indicaciones para la detención y el control de pensamientos rumiativos.
- Establece con el usuario una rutina diaria con responsabilidades y tiempo para sí mismo/a, ayudándole en la confección de un horario de actividades.
- Establece con el usuario una rutina diaria en la que se fijen “tiempos libres” (esto es, periodos de alejamiento de la situación: sin consulta de informaciones sobre la cuarentena y la enfermedad, conversaciones no centradas en este tema...).
- Señala la importancia de mantener hábitos de vida saludables y da pautas para adaptarlos a las circunstancias de la cuarentena (e.g. ejercicio físico).

REFERENCIAS

- Brooks, S.; Webster, R.; Smith, L.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N.; y Rubin, G.J. (2020) *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. Lancet, 395, 912-920.
- Castro, L. (2011). *Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico*. En Caballo, V. E., (Ed.) Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide. (pp. 45-78).
- Muñoz, M., Ausín, B., y Pérez, E. (2007). Primeros auxilios psicológicos: protocolo ACERCARSE. *Psicología conductual = behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, (3), 479-506.
- Ströhle, A., Gensichen, J., y Domschke, K. (2018). The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(37), 611.

DEPRESIÓN

Silvia González del Valle y María Crespo

Según la Guía de Práctica Clínica sobre manejo de la depresión en el adulto:

“La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva” (Grupo de trabajo de la GPC sobre manejo de la depresión en el adulto, 2014, p.35).

Una revisión reciente (Brooks et al, 2020) señala que, en pacientes sometidos a cuarentena, en torno a un 18% podría estar experimentando síntomas depresivos significativos. Al mismo tiempo, existen evidencias de que las intervenciones telefónicas pueden ser eficaces para aliviar a la población que sufre depresión (Vázquez, et al., 2014).

El objetivo general de este protocolo es establecer un procedimiento de intervención pautada y homogénea para el Servicio de Asistencia Psicológica, tanto para la valoración y detección rápida de posibles casos, así como el abordaje de estos atendiendo al contexto en el que nos encontramos.

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

1. **Establecer un vínculo terapéutico que facilite la ventilación emocional.**
2. **Evaluar siempre el nivel de riesgo objetivo de intento autolítico.**
3. **Facilitar la información que requiera la persona** o que creas oportuno aportar en relación con su problemática.
4. **Apoyar y promover en la persona el proceso de toma de decisiones** enfocada a la resolución de su situación.
5. **Facilitar la información y el acceso a otros recursos** de ayuda en caso necesario.

Una vez que la actuación se complete, es importante resaltar los principales puntos de la llamada, así como las opciones de resolución para recoger el contenido principal y facilitar al llamante la organización de la información.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

- Explicar la relación entre la cognición, el afecto y la conducta basándonos en el modelo ABC. Es importante que el usuario entienda la implicación que sus pensamientos tienen en sus reacciones emocionales.
- Explicar la importancia de que identifique sus emociones para que logre manejarlas.
- Plantear estrategias para detener la tendencia a la rumiación.

- Plantear ejercicios en imaginación de proyección al futuro.
- Fomentar la recuperación de la actividad ayudando al usuario a establecer una rutina donde quede establecida la programación de las actividades de su vida diaria. Es importante que se haga de forma gradual y estableciendo en un primer momento objetivos a corto plazo fáciles de conseguir para que ello sirva de refuerzo al usuario.
- Ayudar al usuario a plantear un plan para introducir una rutina de diaria que propicie el contacto con actividades y estímulos que provocan emociones positivas.
- Trabajar la importancia de mantener hábitos de vida saludables y cuidar sus necesidades básicas (alimentación, higiene, sueño).
- Fomentar relaciones sociales y la comunicación asertiva. Señalar la importancia de exteriorizar los pensamientos y sentimientos; ello va a facilitar su desahogo, identificar atribuciones erróneas, organizar sus pensamientos y enriquecerse con el punto de vista que le ofrecen los demás.
- En caso necesario, es importante que el usuario tome conciencia de la importancia de contactar con un psicólogo para iniciar un proceso terapéutico con el fin de disponer de un espacio propio donde poder expresar y donde un profesional especializado pueda trabajar con él herramientas y estrategias para encontrar su bienestar.

Ante situaciones de riesgo autolítico

- Activar el protocolo de ideación autolítica y valorar el riesgo en el que se encuentra el llamante para guiar en la toma de decisiones y/o activar el servicio de emergencia.

REFERENCIAS

- Brooks, S.; Webster, R.; Smith, L.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N.; y Rubin, G.J. (2020) *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. Lancet, 395, 912-920.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t). Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Otero, P. & Hermida, E. (2015). *Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis*. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 6; 39-52.

IDEACIÓN AUTOLÍTICA

Ana A. Antón

La organización mundial de la salud (OMS) define los intentos de suicidio como: “aquellas situaciones en las que la persona ha cometido un acto que amenaza su vida con la intención de poner su vida en peligro o con la apariencia de dicha intencionalidad. Esto incluye actos interrumpidos por otros antes de que el daño se produzca”.

Así mismo, las personas que se encuentran en riesgo ante la posibilidad de llevar a cabo el suicidio habitualmente presentan un estado anímico bajo que contribuye a focalizar la atención en una sola opción haciendo difícil la contemplación de diferentes alternativas; su visión en túnel se agudiza y toman la decisión de dañarse por diferentes motivos. Debido a que puede presentar comorbilidad con diversos cuadros diagnósticos, es necesario prestar especial atención a los elementos más sutiles del discurso (presencia de bajo estado ánimo, sentimientos de impotencia, culpa, vergüenza, poco interés por diferentes ámbitos de su vida, expresar directa o indirectamente pensamientos relacionados con la muerte, etc.).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

1. Fomentar la ventilación emocional.

2. Valorar la demanda del llamante (De la Torre, 2014; Gobierno de Navarra, 2014). Para ello:

- Si se identifica un riesgo inminente y objetivo:
 - Utilizar la escucha activa y empática, la aceptación incondicional y refuerza la petición de ayuda.
 - Valorar qué ha ocurrido y si se han producido daños.
 - Señalar la importancia de que reciba ayuda de profesionales de manera inmediata y explica procedimientos (movilizar búsqueda de recursos de atención).
 - Solicitar dirección actual y teléfono.
 - Activar los servicios de emergencia. Mantener la llamada con el usuario activa hasta que el llamante esté con los profesionales.

- Si se identifica la presencia de ideación suicida sin riesgo objetivo:
 - Identificar las situaciones que desencadenan la ideación (antecedente y consecuente). Análisis topográfico.
 - Valorar los medios lesivos a los que la persona tiene acceso.
 - Valorar si se han dado intentos de suicidio previos y si existe un plan para llevarlo a cabo.
 - Explorar factores de riesgo y protección relacionados con la autolisis.
 - Valorar intentos de solución previos y recursos personales.

- Si se identifica la presencia de autolesiones sin riesgo objetivo (además de las pautas previas):
 - Explorar y determinar la función que cumple la autolesión.
3. **Búsqueda de soluciones** (Servicio Andaluz de Salud, 2010; De la Torre, 2014; Martín, 2016). Para ello:
- Tener especial cuidado a la hora de transmitir la información (no invalidar su perspectiva).
 - Transmitir la idea de la temporalidad de los problemas y su posibilidad de solución, a pesar de la gravedad percibida.
 - Informar de la influencia del estado de ánimo en la imposibilidad de encontrar soluciones (no percibidas en este momento, pero si existentes).
 - Trabajar la importancia de exteriorizar sus pensamientos y sentimientos.
 - Explicar el modelo ABC, trabajar el plano cognitivo para contrabalancear el punto de vista del llamante sin confrontar.
4. **Si existe presencia de autolesiones (además de las pautas previas)** (Servicio Andaluz de Salud, 2010; De la Torre, 2014; Martín, 2016):
- Explicar el mecanismo de las autolesiones como estrategia de regulación emocional y alerta sobre los riesgos.
 - Explicar la importancia del control estimular y fomentar la retirada de medios lesivos.
 - Ayudar a buscar estrategias alternativas de regulación emocional.
 - Trabajar en la creación y puesta en marcha de un plan de acción alternativo cuando tenga ganas de autolesionarse.
5. **Despedida y cierre** (Síntesis del proceso). Llegado el punto en el cual el llamante ya cuenta con la información necesaria sobre el problema, se ha sentido acompañado, conoce las posibles opciones de resolución y se ha completado el proceso de toma de decisiones, se realizará la síntesis narrada de todo este proceso. La breve exposición de esta información facilitará la organización de la información y podrá discriminar las ideas principales de lo sucedido.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Algunas pautas de intervención, especialmente para el alivio de la intensidad emocional o para facilitar la gestión emocional y la presencia de ideación suicida son las siguientes:

- Trabajar la importancia de exteriorizar sus pensamientos y sentimientos.
- Establecer un plan de protección (seguridad) ante la ideación suicida y un plan de seguridad y/o acción ante la presencia de autolesiones.
- Trabajar la importancia de establecer un control estimular sobre su ambiente (eliminar la presencia de medios lesivos).

- Establecer una rutina diaria (centrada en las actividades que pueden realizarse en la situación actual).
- Mantener y promover hábitos de vida saludables (teniendo en cuenta la situación actual).
- Favorecer relaciones sociales (pudiendo utilizar las nuevas tecnologías).
- Ofrecer información sobre recursos disponibles.
- Trabajar la importancia del uso del servicio y de iniciar un proceso terapéutico.

REFERENCIAS

De la Torre, M. (2014). *Protocolo para la Detección y el Manejo Inicial de la Ideación Suicida*. Madrid: Centro de Psicología Aplicada de la UAM.

Gobierno de Navarra. (2014). *Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas*. [PDF file]. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>

Martín, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. International. *Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233-250.

Servicio Andaluz de Salud (2010). *Recomendaciones sobre la detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida*. [PDF file]. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>

SITUACIONES DE RIESGO

Adela Jiménez-Prensa

Se contemplan como situaciones de riesgo, aquellas en las que se valore un riesgo objetivo inmediato para el bienestar físico del usuario, además de aquellas situaciones que requieran de una intervención inmediata por su gravedad:

- Situaciones en las que la integridad física o mental del usuario se encuentra en riesgo objetivo: brote psicótico, episodio maníaco, pérdida de conciencia, intoxicación por sustancias o accidentes físicos.
- Situaciones en las que el usuario indique lesiones graves y, dada su afectación emocional o gravedad, no pueda desplazarse o solicitar atención sanitaria.
- Situaciones en las que se identifique una reacción emocional que, debido a su intensidad, interfiera en la comunicación con el usuario.
- Situaciones de riesgo autolítico (Gobierno de Navarra, 2014).
- Conductas autolesivas (Gobierno de Navarra, 2014).
- Ataque de pánico.
- Agresión física/sexual/a víctima de violencia de género.

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

1. **Proporcionar un espacio de seguridad, acogimiento y empatía** (Bateman y Fonagy, 2012).
 - Reconocer el esfuerzo de la persona al haber pedido ayuda.
 - Validar la experiencia interna de la persona.
 - Utilizar una escucha libre de juicios y serena.
2. **Valoración de la demanda y análisis de los parámetros del problema.**
 - Valorar el riesgo objetivo para la integridad física y/o psicológica.
 - Identificar si requiere intervención inmediata.
 - Valorar la capacidad de la persona para contactar con los Servicios de Emergencias en caso de necesitarlo.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

En caso de intervención inmediata por nuestra parte con Servicios de Emergencias:

- Recogida de datos: Nombre completo, dirección donde se encuentra, teléfono, y consentimiento para trasladar sus datos a Servicios de Emergencias.
- Si la persona nos facilita sus datos: explicaremos el procedimiento y después contactaremos con los profesionales correspondientes de manera paralela, manteniendo la comunicación hasta que llegue la ayuda.

- Si no nos facilita sus datos: se informará de que procederemos a transferir su llamada con Servicio de Emergencias ya que, al existir un riesgo inminente, como profesionales, tenemos la obligación de intervenir (p. ej., Código deontológico COPC, 2015, Art. 39).

Si no se requiere nuestra intervención inmediata, y podemos valorar la causa:

- Si la persona puede desplazarse: mantenemos la llamada, hasta que el usuario se desplace al hospital/comisaría más cercano.
- Si no puede desplazarse, pero puede contactar con Servicios de Emergencias, instamos a que lo haga, mientras mantenemos o retomamos la llamada hasta la llegada de los profesionales.
- Si no puede contactar con Servicios de Emergencias, se mantendrá el contacto con la persona mientras procedemos a pedir los datos necesarios y consentimiento para realizar nosotros la intervención.

REFERENCIAS

Bateman, A.W. y Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Colegio Oficial de la Psicología de Cataluña (2015). Código deontológico. Recuperado de: https://www.copc.cat/adjuntos/adjunto_5328/v/Codi%20Deontològic%20en%20castellà.pdf?tm=1524062934

Gobierno de Navarra. (2014). Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas. [PDF file]. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>

MANEJO DE LA ENFERMEDAD Y PAUTAS SANITARIAS

Francisco J. Estupiñá

La confrontación que libramos con la COVID-19 tiene una dimensión innegable de Psicología de la Salud. Desde esta perspectiva, hay dos cuestiones fundamentales que pueden requerir abordaje: el seguimiento inadecuado de pautas sanitarias (de distanciamiento social, etc.) por desconocimiento u otras razones, y el afrontamiento negativo de la enfermedad, en el caso de haberla contraído o manifestar síntomas compatibles.

En el primero de los casos hablamos de adhesión a la pauta médica. Existe abundante literatura y modelos teóricos que revelan que el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias es un proceso complejo y multifactorial (Jackson, Eliasson, & Barber, 2014) en el que las creencias sobre la enfermedad y las medidas sanitarias son cruciales (Haynes et al., 2008). Adicionalmente, en el contexto epidémico en el que nos movemos, hay evidencias de que las creencias pueden incidir en el seguimiento de las pautas sanitarias, e incluso en los niveles de ansiedad (Cheng & Cheung, 2005; Lee-Baggley, DeLongis, Voorhoeave, & Greenglass, 2004; G. M. Leung et al., 2003). Esta dimensión es fundamental, y es prioritario orientar la intervención hacia ella, especialmente en caso de intervenir con personas que manifiestan su oposición activa a las pautas sanitarias o que informa de comportamientos de riesgo. En último término, el deber ético puede llevar a instar a las autoridades a tomar medidas para proteger a terceros.

En el segundo caso, existirán ocasiones en las que quien llame haya contraído la enfermedad. En esta situación, es importante tener presente que el mantenimiento de la calidad de vida es posible, y que la patología no supone necesariamente la ausencia de bienestar (Folkman & Greer, 2000) por lo que es posible promover esto activamente.

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

- 1. Identifica las creencias de quien llama a propósito de la enfermedad y las pautas de contención** (Haynes et al., 2008). Para ello:
 - Escucha con empatía y curiosidad, validando las emociones que producen las creencias como su resultado normal.
 - Cuestiona desde un marco de debate socrático.
 - Ofrece información, no la impongas ni confrontes.
- 2. Aporta información fiable, y acceso a las fuentes de información oficiales, para justificar las medidas sanitarias y de aislamiento** (Brooks et al., 2020). Para ello:
 - Ten en cuenta que la mayoría de las personas puede tomar las decisiones correctas por sí mismas cuando se le ofrece la información correcta de una manera empática.
 - No necesitamos ser especialistas en cuarentenas, pero debemos manejar las recomendaciones con familiaridad.
 - No se deben ofrecer recomendaciones basadas en opiniones propias; es preciso ceñirse a los mensajes oficiales.

3. **Promueve la autoeficacia** (Miller y Rollnick, 2015).

- Evoca éxitos pasados en el ámbito sanitario o en la superación de dificultades vitales prolongadas (por ejemplo, una enfermedad, una oposición, un periodo duro de la vida)
- Anticipa las consecuencias positivas del éxito.
- Rescata las afirmaciones de quien llama que sugieran competencia, parafraseándolas y reflejándolas.
- Apoya en el diseño de un plan.

4. **Promueve y mantén el bienestar ante la enfermedad** (Folkman & Greer, 2000).

- Favorece que la situación sea interpretada como un desafío, estableciendo objetivos realistas y enfatizando el control personal ante la enfermedad.
- Animar a perseguir las metas de manera concreta.
- Promueve un ánimo positivo mediante la evocación de sucesos placenteros y la indagación sobre las razones que le aportan ese significado.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Algunas pautas de intervención, especialmente para aquellos que padecen la enfermedad son las siguientes:

- Buscar únicamente fuentes de información fiables y detalladas, como la OMS, el Ministerio de Sanidad u Hospitales y centros de salud.
- Desconfiar de las informaciones recibidas por WhatsApp o redes sociales.
- Ser escrupuloso en el seguimiento de las pautas, incluso si puede parecer excesivo. Por ejemplo, evitar el contacto con personas a menos de 2m. está bien, pero el contagio por objetos ("vectores pasivos", por ejemplo, en el supermercado) es también un riesgo.
- Sugiere medidas de control de estímulos para facilitar el seguimiento de las pautas (por ejemplo, llevar mascarilla puede servir para minimizar los contactos automáticos de la mano y la cara; escribir el protocolo en una pizarra o un lugar visible).
- Apoyarse en las personas de nuestro núcleo para reforzar el cumplimiento de las pautas.
- Piensa que, en particular en medios a distancia, se suele sobrevalorar el cumplimiento.
- Premiarse por el esfuerzo bien hecho con algo sencillo se puede aplicar al distanciamiento y la prevención.
- Buscar elementos que conviertan la enfermedad o el aislamiento en retos.
- Apelar al altruismo, la responsabilidad, y la conexión con el esfuerzo colectivo, pero evitar el juicio moral en caso de personas que han fallado en seguir las pautas.
- En casos de resistencia a seguir las pautas, apela al riesgo para terceros o a la posibilidad de incurrir en sanciones o acciones legales.
- Ten presente que, en casos de imprudencia clara, el principio ético de responsabilidad y de no maleficencia pueden imponerse al deber de secreto profesional.
- Si quien llama padece la enfermedad, ayuda a elaborar planes concretos que pueda desarrollar de manera autónoma o con los apoyos disponibles, desde responsabilizarse de pautas de medicación a grabar mensajes para seres queridos.
- Trabaja para devolver a las personas enfermas sensación de control sobre su entorno, aunque sea simbólica.

- Planificar comportamientos placenteros es positivo en el contexto de la enfermedad.
- Recordar todos los días algo positivo y recordarlo con detalle, ponderando su significado.

REFERENCIAS

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912-920. doi:10.1016/s0140-6736(20)30460-8
- Cheng, C., & Cheung, M. W. L. (2005). Psychological Responses to Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome: A Prospective, Multiple Time-Point Study. *Journal of Personality*, *73*(1), 261-285. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00310.x
- Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Yip, P. S. F. (2008). A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*(12), 1231-1238. doi:http://dx.doi.org/10.1002/gps.2056
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*, *9*, 11-19.
- Jackson, C., Eliasson, L., & Barber, N. (2014). Applying COM-B to medication adherence. *The European Health Psychologist*, 7-17. Retrieved from http://openhealthpsychology.net/ehp/issues/2014/v16iss1February2014/16_1_EHP_February2014.pdf#page=7
- Lee-Baggley, D., DeLongis, A., Voorhoeve, P., & Greenglass, E. (2004). Coping with the threat of severe acute respiratory syndrome: Role of threat appraisals and coping responses in health behaviors. *Asian Journal of Social Psychology*, *7*(1), 9-23. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-839X.2004.00131.x
- Leung, G. M., Lam, T. H., Ho, L. M., Ho, S. Y., Chan, B. H. Y., Wong, I. O. L., & Hedley, A. J. (2003). The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *57*(11), 857-863. doi:http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.11.857
- Leung, T. T. F., & Wong, H. (2005). Community Reactions to the SARS Crisis in Hong Kong: Analysis of a Time-Limited Counseling Hotline. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *12*(1), 1-22. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J137v12n01_01
- Main, A., Zhou, Q., Ma, Y., Luecken, L. J., & Liu, X. (2011). Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(3), 410-423. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0023632
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, *16*(2), 121-142. Retrieved from http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/1806/180616104001/180616104001_1.html

- Sim, K., & Chua, H. C. (2004). The psychological impact of SARS: A matter of heart and mind. *Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 811-812. doi:<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1032003>
- Yip, P. S. F., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(2), 86- 92. doi:<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000015>
- Miller, W.R., y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. Barcelona: Paidós.

AISLAMIENTO Y CUARENTENA

Sandra Sanz-Alcázar y Marina Vallejo-Achón

La evidencia empírica nos muestra que los periodos de aislamiento conllevan una serie de consecuencias psicológicas de carácter negativo destacando la presencia de síntomas de estrés agudo, ansiedad y bajo estado de ánimo, así como agotamiento, desapego, irritabilidad, insomnio, confusión y estados de ira ante la frustración y pérdida de los refuerzos habituales (Cuenya et al., 2011; Echeverry Vera, 2010). Todo este abanico de síntomas en respuesta a la situación se ve incrementado si, además, existen problemas de salud mental y otras patologías previas que sitúen al individuo en una posición de mayor vulnerabilidad ante la pandemia (Brooks et al., 2020).

Además de los propios efectos negativos de una situación de cuarentena, no debemos olvidar las características específicas que la acompañan en este momento, como los temores a infectarse, el desconocimiento del virus o la frustración y el miedo ante la posibilidad de enfrentarnos a desabastecimiento de medios sanitarios, así como pérdidas financieras y laborales, entre otros, que contribuyen a aumentar el malestar.

Cabe destacar que varios estudios refieren que la presencia de secuelas psicológicas negativas puede aparecer incluso meses después de la situación de alarma, lo que indica una profunda necesidad de actuar y mitigar los efectos psicológicos negativos de la cuarentena (Brooks et al., 2020).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

- 1. Genera un ambiente distendido en el que la persona se sienta a gusto y con la libertad de expresar cómo se siente.** Para ello es importante normalizar sus emociones ante la situación que se está viviendo.
 - Alentar y facilitar la expresión emocional mediante la escucha atenta y empática.
 - Validar la valentía de llamar y pedir ayuda.
 - Conectar y validar sentimientos desde la normalización de que se sienta así.
 - Ayudar a expresar y poner etiqueta a sentimientos considerados como negativos, como ira, enfado o agresión.
- 2. Proporciona psicoeducación sobre el aislamiento y la cuarentena estableciendo las diferencias entre ambas y cómo pueden afectar a nuestra salud mental.** Es importante saber si la persona que llama ha estado aislada debido a que ha padecido los síntomas (o alguien de su entorno lo ha hecho) o si ha estado en cuarentena en casa, para poder acotar qué emociones le están inundando en la actualidad. Es bueno aprovechar la ocasión para reforzar el carácter altruista de su acto y agradecerse, dándole así una focalización más positiva de su situación.
- 3. Aporta información concisa y clara** para que la persona pueda entender la situación y reducir su malestar a través de la psicoeducación sobre la COVID-19, su proceso de

transmisión y sintomatología (si así fuera necesario) y sobre las fuentes oficiales a las que puede acudir para actualizar su información.

4. **Evalúa e identifica la presencia de creencias irracionales o desadaptativas, así como los miedos que mantienen las preocupaciones y el malestar.** Es importante que, una vez identificadas, se reestructuren los pensamientos erróneos con respecto a la COVID-19 (y los bulos relacionados) y las creencias ineficaces y catastrofistas derivadas de la situación de confinamiento.
5. **Aporta información y normaliza aquellas emociones que suelen corresponderse con sintomatología propia de trastorno de estrés agudo, ansiedad o problemas relacionados con el estado de ánimo como angustia, miedo, que esté más cansado o irritable.** Explica que estas emociones se generan por la no actividad, la pérdida de estructura y de apoyo social derivadas de estas circunstancias y que es habitual que aparezcan en situaciones de cuarentena, aislamiento y privación de libertades.
 - En el caso de la **rabia y frustración**, es importante transmitir comprensión y validar las emociones, evaluando su origen y si pueden estar enmascarando otras más primarias tales como tristeza o miedo y otros sentimientos como incertidumbre o cansancio.
6. **Normaliza la presencia de respuestas fisiológicas y somáticas asociadas a los pensamientos y emociones**, así como las conductas resultantes que pueden aparecer, de manera que las personas entiendan su funcionamiento y cómo estas pueden contribuir a mantener el malestar. Identificar la presencia de ansiedad y proporcionar psicoeducación sobre su función como respuesta del cuerpo ante la pérdida de rutina y del ritmo de actividad habitual. Es importante promover estrategias para su manejo y generar conciencia de que esto es una situación puntual y acotada en el tiempo.
7. **Proporciona herramientas concretas de afrontamiento otorgando a la persona un papel activo en la gestión y manejo del malestar y la indefensión.** Es importante que se promueva un afrontamiento positivo dirigido a la realización de actividades agradables (actividades físicas, manuales o intelectuales), focalizando la experiencia como algo que es manejable y pasajero.
 - Promueve un papel activo en la solución de problemas basado en situaciones vitales anteriores superadas por la persona y focalizando en habilidades y herramientas que ya posee.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Algunas pautas de intervención, especialmente para disminuir los efectos adversos que puede tener la cuarentena o el aislamiento sobre las personas son:

- Proporcionar información clara y concreta sobre la situación actual, hacer hincapié en la información contrastada por fuentes oficiales y extinguir las teorías falsas que circulan.
- No exponerse a sobreinformación de dos maneras. La primera es estableciendo momentos específicos para la visualización de noticias relacionadas con la COVID-19 a 1 ó 2 veces al día

y no por un tiempo superior a 1h/diaria. La segunda es evitar que todas las conversaciones con personas de su entorno cercano giren en torno a este tema.

- Generar una checklist de todas esas cosas que siempre ha querido hacer (en casa) pero que no ha hecho por falta de tiempo e instar a la persona a hacerlas ahora.
- Generar una búsqueda de soluciones intentadas anteriormente ante situaciones de similar envergadura y que fuesen de ayuda en su momento. Fomentar que, si es factible, las ponga en práctica también en este caso.
- Elaborar un calendario con una nueva rutina de actividad muy pautada y ajustada a las limitaciones de la cuarentena, transmitiendo a la persona la necesidad de seguir unos horarios estructurados y mantenerlos en la medida de lo posible diariamente. Incluir en esa rutina aspectos tan relevantes como el sueño, los horarios de trabajo, de comidas y de limpieza, así como de actividades de ocio y actividades físicas y mentales, delimitando espacios de casa para cada tarea.
- Incentivar que la persona de manera diaria mantenga un contacto con estímulos del exterior como la luz natural desde balcones, ventanas, terrazas....
- Incentivar el mantenimiento del contacto social por vía telefónica o el uso de redes sociales que le permitan relacionarse con sus seres queridos y fuentes de apoyo. Generar espacios en los que se hable de otros temas diferentes a la COVID-19.
- Fomentar un mantenimiento activo de su persona motivando que realice actividades manuales, físicas o intelectuales que le susciten interés y que actúen como técnicas de distracción. Estas pueden ir desde deporte, yoga, zumba, sudokus y puzzles, plastilina, dibujar, trabajar la arcilla...
- Fomentar un afrontamiento positivo de la situación generando un listado de cosas buenas que está haciendo por las personas que quiere, por la sociedad y por sí misma. Este listado podrá ser utilizado por la persona como autoinstrucción por las mañanas o cuando se encuentre más decaída para focalizarse positivamente ante la situación que vivimos.
- Generar un plan de acción: pensamientos que suelen venirme, situaciones que lo suelen evocar, autoinstrucciones que me ayuden a frenar estos pensamientos, acciones que me ayuden a distraerme o personas con las que puedo contar. Este plan de acción puede llevarlo siempre encima y usarlo cuando las pautas anteriores no estén surtiendo efecto.
- Promover el entrenamiento y práctica de autoinstrucciones que permitan a la persona modificar su diálogo interno y facilitar el afrontamiento de la situación. Por un lado, fomentar el uso de autoinstrucciones que le permitan ajustarse a las rutinas nuevas, por otro lado, generar autoinstrucciones útiles que permitan afrontar los pensamientos alarmistas y negativos en torno a la situación.
- Recomendar técnicas concretas para manejar las emociones y sensaciones de ansiedad, como técnicas de manejo del estrés o basadas en la atención plena.

REFERENCIAS

Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of hospital infection*, 76(2), 97-102.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin,

- G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Cuenya, L. Fosachea, S., Mustaka, A., Kamenetzky, G. (2011). Efectos del aislamiento en la adultez sobre el dolor y la frustración. *Psicológica*, 32, 49-63.
- Echeverri Vera, J. A. La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Revista Pensando Psicología*, 6(11), 157-166
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206.
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical medicine & research*, 14(1), 7-14.
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry*, 87, 123-127.
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *British Medical Journal*, 368.

INCERTIDUMBRE

Ana Martínez-Bernardo y Marta Asenjo

En situaciones excepcionales de emergencia, es normal que las personas sientan emociones difíciles de manejar. La constante evolución de la información, junto con la falta de rigor de esta, tiene una influencia directa sobre el estado anímico de las personas. Suele dar lugar a conductas de alerta que se muestran poco eficaces a nivel personal y social. Entre estas reacciones emocionales, es importante atender a la incertidumbre resultante de la falta de certezas y de la posibilidad de que aumente el tiempo de cuarentena, así como la preocupación por la situación económica, laboral, personal y social de cada uno.

Es importante atender a la incertidumbre que genera esta situación. La constante afluencia de información, la tendencia a estar constantemente escuchando noticias sobre el virus y la propia situación de cuarentena suele hacer que las personas se hagan muchas preguntas a las que no saben responder. La tranquilidad emocional es una medida más de defensa y prevención, para poder asegurar la atención y cuidados a la higiene y salud mental.

La literatura documenta que la percepción de riesgo respecto a un evento concreto depende de la incontrolabilidad y lo poco familiarizado que se esté con dicho evento, y estas variables afectan a la probabilidad de una persona de desarrollar sintomatología (Wu et al., 2009), siendo las situaciones más desconocidas o de las que no puede anticiparse mucha información, las que más influyen en la percepción subjetiva de riesgo experimentada por las personas, siendo uno de los factores que explica el malestar psicológico ante eventos como éste (Xie, Stone, Zheng & Zhang, 2011).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

- 1. Proporcionar seguridad, soporte y empatía** (Bateman y Fonagy, 2012). Para ello:
 - Reconozca el esfuerzo de la persona al haber pedido ayuda.
 - Escuche sin hacer juicios y empatizando con la emoción de la persona.
 - Normalice las emociones de la persona y fomente su etiquetación. Subraye que la incertidumbre es algo normal y más en esta situación.
 - Reduzca la intensidad emocional del paciente mediante la comprensión del malestar y la ventilación emocional.
- 2. Proporcionar psicoeducación sobre el proceso de incertidumbre y su funcionamiento** (Botella, 2008). Para ello:
 - Facilite información sobre lo que le está ocurriendo a nivel emocional. Explique por qué ante la incertidumbre necesitamos una sensación de control y por qué la anticipación ayuda a calmar la incertidumbre, aunque puede ser perjudicial.
 - Potencie la adopción de un papel activo por parte de la persona ante su malestar.
 - Explique que la preocupación es normal y aparece con un motivo relacionado con la situación, pero que preocuparse no tiene un propósito positivo ni ayuda a encargarse.

Aunque no podamos eliminarla, si creemos que tiene una función en sí misma podría meternos en un círculo vicioso.

3. Identificar y reestructurar pensamientos erróneos acerca del tema (Font, 2013). Para ello:

- Aporte fuentes de información verificada y completa que ayude a reducir la ansiedad incidiendo en una consulta dosificada.
- Ayude a flexibilizar el planteamiento dicotómico “todo o nada”, buscando que la persona no se sienta invadida por la incertidumbre y pase entonces a restarle toda la importancia. No trivializar el problema, pero tampoco dramatizarlo.
- Ayude a generar emociones ajustadas al problema para no huir de ellas.
- Reestructure ideas polarizadas o distorsiones (adivinación de futuro, generalización) para buscar que la persona tolere una emoción ajustada a la realidad y no intensificada por distorsiones.

4. Promover mecanismos de solución de problemas no únicamente basados en la preocupación (D’Zurilla y Nezu, 2004). Para ello:

- Favorezca una orientación positiva al problema, como algo normal que forma parte del día a día.
- Impulse a generar posibles acciones pequeñas que puedan resultar útiles para manejar la incertidumbre, con el fin de dar una sensación de autoeficacia.
- Invite al entrenamiento de la solución de problemas.

5. Ayudar a reconocer preocupaciones y tolerar la incertidumbre (Ladouceur, Bélanger y Léger, 2008). Para ello:

- Motive a aceptar la situación y el malestar derivado de la ausencia de certezas.
- Reestructure pensamientos relacionados con anticipaciones negativas
- Emplee estrategias de regulación emocional sencillas: explicar la función de la incertidumbre y los motivos por los que es normal que aparezca en esta situación.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Algunas pautas de intervención, especialmente para el alivio de la incertidumbre o para facilitar la tolerancia a la misma son las siguientes:

- Recomendar ver las noticias un máximo de dos veces al día.
- Contrastar toda la información que le llega con fuentes oficiales.
- Evitar dar respuesta a todas las preguntas. Evitar resolver la incertidumbre por todos los medios, no sobre informar y ayudar a tolerar la incertidumbre.
- Poner atención en dar respuesta a la búsqueda de control de la persona.
- Con los cuidadores de personas mayores o con diversidad funcional: invitarles a hacer un plan de acción por si enfermase el cuidador.
- Cambiar el foco de atención del virus a otros aspectos de su vida.
- Recomendar algunas técnicas de distracción.

- Invitar a la persona a que comparta sus preocupaciones con amigos, familiares o personas que constituyan un apoyo.
- Tratar de no comentar ni compartir las noticias que lleguen a su móvil u oídos, salvo cosas estrictamente necesarias.
- Tratar de encontrar situaciones a lo largo de su vida en las que se haya sentido de manera similar y buscar recursos que ayudaron en aquel entonces.
- Alentar a que la persona contacte con sus seres queridos y trate de no hablar del virus, sino de otras cosas, como por ejemplo de las actividades que está realizando.
- Generar una rutina y hacer una lista de todas las cosas que no puede hacer normalmente por falta de tiempo (ver películas o series, leer, ordenar, etc.).
- Llevar a cabo tareas de atención plena en las tareas que se llevan a cabo. Generar un espacio libre del virus.
- Promover la actividad de la persona a pesar del estado anímico de la persona, evitando caer en la trampa de “lo haré cuando esta emoción (o situación concreta) haya desaparecido”.
- Generar autoinstrucciones que ayuden a evocar lo hablado con el psicólogo.

REFERENCIAS

- Bateman, A.W. y Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Botella, C., Baños, R. M. y Guillén, V. (2008). *Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la adversidad*. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología 51nformat aplicada*. (pp. 129-154). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2020). *Comunicado: Recomendaciones dirigidas a la población para un afrontamiento eficaz ante el malestar psicológico generado por el brote de Coronavirus COVID-19*. Recuperado de: <https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1456/comunicado-recomendaciones-dirigidas-la-poblacion-un-afrontamiento-eficaz-el-malestar-psicologico-generado-el-brote-coronaviruscovid-19>
- D’Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Co.
- Font Guiteras, F. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces contra el cáncer*. En Pérez, M.; Fernández, C.; Amigo, I. y Fernández, J. R. (51nfor.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*, Vol. 2. (pp. 57-92). Madrid: Pirámide
- IASC (2020). *Adaptación al 51nforma español de la nota 51nformative sobre la atención a la salud mental y los aspectos psicosociales relacionados con la pandemia de COVID-19*. (Versión 1.0.). Grupo de referencia para la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en contextos de emergencia.
- Ladouceur, R., Bélanger, L. y Léger, E. (2008). *Deje de sufrir por todo y por nada*. Madrid: Pirámide.

Wu P., Fang Y., Guan Z., Fan B., Kong J., Yao Z., & Hoven C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 302–311

Xie, X.-F., Stone, E., Zheng, R., & Zhang, R.-G. (2011). The 'Typhoon Eye Effect': Determinants of distress during the SARS epidemic. *Journal of Risk Research, 14*, 1091–1107.

ANSIEDAD ANTE LA ENFERMEDAD

Daniel Ayuela y Belén Lozano

Tener miedo a padecer una enfermedad es algo frecuente en la sociedad en general. A veces se trata de una preocupación pasajera, pero en ocasiones se instaura hasta convertirse en un miedo incapacitante.

Es esperable que, en una situación de crisis sanitaria, las personas estén más pendientes de las reacciones de su cuerpo con el fin de detectar la presencia de la patología. En algunos casos, la presencia de ciertas sensaciones fisiológicas como cansancio, dolor de cabeza o malestar general, podrían generar una importante ansiedad al interpretarse como señal de estar padeciendo una enfermedad. Entonces, es común que la persona trate de manejar o disminuir este miedo con estrategias de control como ir al médico o mirar información. Estas conductas reducen el malestar en el momento, ya que se busca hasta encontrar alguna evidencia de que no se presenta la enfermedad o hasta que un familiar o amigo le tranquiliza. Sin embargo, hay situaciones en las que estas estrategias de control, lejos de ayudar, promocionan que se instale el malestar, el miedo y la duda (Tyrer & Tyrer, 2018).

Actualmente, la COVID-19 es el tema principal de los medios de comunicación, de conversaciones con amigos y familiares, reina la incertidumbre, los medios sanitarios para hacer consultas están colapsados y tenemos mucha información a nuestra disposición en internet. Parece lógico que todos estemos preocupados por nuestra salud en una situación así. Sin embargo, dadas las circunstancias particulares de incertidumbre e información invasiva, parece esperable que haya personas que estén viviendo esta situación con una especial ansiedad y aprensión.

En este contexto, la intervención del psicólogo podría estar encaminada a contener la angustia del demandante, explicarle cómo sus estrategias están manteniendo el problema y ayudarlo a cortar el bucle de conductas que lo están manteniendo e incrementando (Cooper, 2017).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

- 1. Escuchar y determinar qué miedos tiene la persona.** Es importante entender qué le está pasando y si realmente está llevando a cabo conductas de ansiedad respecto a la enfermedad como las anteriormente mencionadas. Para ello:
 - Indague cuáles son los miedos de la persona.
 - Identifique el nivel de malestar.
 - Pregunte si ha consultado al médico y qué le ha dicho.
 - Identifique las estrategias utilizadas para manejarlo: buscar información, hablar con amigos, llamar al 112, chequear en busca de síntomas. Estas son las estrategias que habrá que limitar.
- 2. Usar la psicoeducación como herramienta para explicar que buscar información contribuye al mantenimiento del problema.** En este punto puede resultar importante

realizar una normalización de la experiencia de miedo, angustia e incertidumbre por su salud y la de sus familiares. Resulta de ayuda incidir en que la búsqueda de procedimientos para eliminar estas sensaciones es lo que perpetúa la aprensión.

3. **Ayudar al usuario a eliminar las conductas que mantienen el problema y buscar otras alternativas más saludables.** Es importante acompañar en la búsqueda de estas alternativas (Bennett-Levy et al., 2004). Para ello se puede hacer uso de técnicas de control estimular lo más estructuradas posible que sirvan de entorno “seguro” a la persona para realizar conductas incompatibles con la reaseguración y “chequeo”.

Es importante validar su preocupación, aunque redirigiendo el foco a un procesamiento más útil y centrado en soluciones.

Si bien la literatura recomienda el uso de técnicas basadas en la exposición al malestar y la incertidumbre hacia una hipotética enfermedad (Hedman-Lagerlöf, 2019), se considera que, dadas las circunstancias actuales y las particularidades de la intervención, este tipo de técnicas deben ser examinadas y valoradas con cautela.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Algunas pautas de intervención, especialmente para la eliminación de las conductas de evitación y búsqueda de seguridad son las siguientes:

- Tener información clara y real sobre la enfermedad: evolución en la sociedad, previsiones, pautas para la ciudadanía... Si la persona es mayor, presenta dificultades de comprensión o tiene mucha ansiedad, es posible que esté saturada de información. El terapeuta promocionará los canales de información oficiales y desaconsejará activamente cualquier otro medio de información.
- Ver las noticias un máximo de dos veces al día.
- Atender únicamente noticias procedentes de fuentes fiables de información (Ministerio de Sanidad, hospitales...).
- Evitar hablar de los síntomas con amigos y familiares consensuando que, ante una sensación extraña, se hablará, pero se evitará hacer chequeos.
- Si la preocupación por los síntomas es muy elevada se recomienda escribir los síntomas y hacer una lista con otras causas posibles para dichas sensaciones. Después realizar otras actividades que le distraigan: leer, juegos...
- Tiempo basura (que rumie sobre los síntomas únicamente una hora al día).
- Elaboración de un plan de acción, basado en información realista sobre los síntomas, con diferentes alternativas de acción en función de la gravedad. Por ejemplo, si tengo tos, pero no tengo fiebre, esperar. Si tengo muchas dificultades para respirar, llamar para pedir ayuda.
- Posponer la conducta de comprobación.
- Exposición interoceptiva a las sensaciones (a valorar por el psicólogo dadas las circunstancias particulares de esta intervención). Se debe poner especial atención en el tiempo que se tiene para la intervención y en la intensidad del malestar del paciente.

- Identificar con el demandante qué actividades o estrategias que impliquen activación física o una atención sana a sensaciones fisiológicas utiliza en su vida diaria y le son útiles: técnicas de desactivación, mindfulness, deporte, ejercicios funcionales, yoga...
- Para manejar la ansiedad general y promover la sensación de autoeficacia se proponen técnicas de distracción, técnicas de autocuidado o técnicas de psicología positiva.

REFERENCIAS

- Axelsson, E., Hesser, H., Andersson, E., Ljótsson, B., & Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Mediators of treatment effect in minimal-contact cognitive behaviour therapy for severe health anxiety: A theory-driven analysis based on a randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *69*, 102172.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (Eds.). (2004). *Cognitive behaviour therapy: Science and practice series. Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198529163.001.0001>
- Cooper, K., Gregory, J. D., Walker, I., Lambe, S., & Salkovskis, P. M. (2017). Cognitive behaviour therapy for health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *45*(2), 110-123.
- Hedman-Lagerlöf, E. (Editor) (2019). *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety: Diagnosis, Mechanisms, and Effective Treatment (1st Edition)*. London, UK: Academic Press, Inc.
- McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., & Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *245*, 270-278.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A., & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy*, *58*, 65-74.
- Petricone-Westwood, D., Jones, G., Mutsaers, B., Leclair, C. S., Tomei, C., Trudel, G., Dikel, A., & Lebel, S. (2019). A Systematic Review of Interventions for Health Anxiety Presentations Across Diverse Chronic Illnesses. *International journal of behavioral medicine*, *26*(1), 3-16.
- Rodríguez, C. F., & Martínez, R. F. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Psicothema*, *13*(3), 407-418.
- Tyrer, P., & Tyrer, H. (2018). Health anxiety: detection and treatment. *BJPsych Advances*, *24*(1), 66-72.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual And Conceptual guide*. West Sussex, EN: John Wiley & Sons, Inc.

IRRITABILIDAD Y CONFLICTIVIDAD EN LA CONVIVENCIA

Adela Jiménez-Prensa y Laura Martos

En contextos de cuarentena, la irritabilidad es la segunda experiencia emocional más prevalente, por detrás de la tristeza (Brooks et al., 2020).

Esta irritabilidad puede deberse a la obligación que tenemos de quedarnos en casa, sumado a la incertidumbre del tiempo que durará la cuarentena, así como las diferentes preocupaciones relacionadas con la salud de los familiares, los efectos a la economía personal, la frustración por proyectos fallidos (laborales, ocio, etc.).

Esta irritabilidad puede afectar a la actitud e interacciones con el resto de las personas con las que convivimos de manera estrecha y continuada, haciendo que aparezcan conflictos. Hay que tener en cuenta que, probablemente, en ninguna de las situaciones conocidas hasta el momento ha existido una convivencia tan intensa con la familia/pareja/compañeros de piso, y esta situación necesita un proceso de aprendizaje y adaptación (Clínica de psicología de la Universidad de Valencia, 2020)

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

1. Acoge, ofrece un espacio de ventilación emocional y valora la demanda.

La persona debe sentirse a gusto y con libertad para expresarse.

2. Evalúa el estado del paciente en función de la curva de la hostilidad (Allaire y McNeill, 1983):

Pueden producirse varias situaciones: hostilidad del llamante hacia las personas de su entorno; el llamante convive con una persona que se encuentra muy hostil; o se están produciendo conflictos bidireccionalmente.

Sea cual sea la situación, es importante tener presente **la curva de la hostilidad y cada una de sus fases**, ya sea para que el psicólogo que recibe la llamada lo ponga en práctica o para explicarlo al llamante y que pueda comprender cómo actuar en estas situaciones: una reacción violenta o de enfado va a seguir un determinado patrón de activación emocional que debe manejarse adecuadamente a fin de afrontar satisfactoriamente la situación. Se podrá realizar un manejo adecuado cuando se reconozcan las fases de la curva de la hostilidad y se pueda identificar el punto crítico en el que poder intervenir para ayudar a las personas a reconducirse a un estado emocional más calmado.

- Fase racional: normalmente las personas solemos estar en un nivel racional, en el que se puede discutir sobre las cosas de manera calmada.
- Fase de salida: cuando los enfados se acumulan o aparece algún factor imprevisto interpretado como incómodo u hostil la persona se “dispara” y da rienda suelta a sus emociones. Cualquier intento de hacer entrar en razón a la persona en esta fase suele fracasar, por lo que es importante que siempre escuchemos (aunque a menudo son

quejas e insultos) y no entremos a discutir o debatir con la persona, tratando de tener mucho autocontrol.

- Fase de enlentecimiento: puesto que permanecer en esta fase es agotador, llegará un momento en que la persona “decaiga” por no tener más energía.
- Fase de enfriamiento: cuando las críticas y la hostilidad han terminado es el momento de demostrar a la persona que estamos escuchando y empatizar, ayudando a la persona a terminar de calmarse
- Fase de solución de problemas: una vez la persona se ha enfriado es el momento de solucionar el problema que ha llevado al conflicto.

3. Normaliza y valida.

Hacer explícito que estamos en una situación de mayor vulnerabilidad que de costumbre y, por tanto, más fácilmente activados. Por otra parte, los conflictos son una parte inherente a las relaciones humanas, y son frecuentes y habituales. Por lo tanto, hay que entender que es normal que se produzcan, simplemente hay que afrontarlos y resolverlos de la manera más adecuada posible (Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, 2020). Transmite que el conflicto no es bueno ni malo. Y puede estar bien o mal gestionado. Los conflictos bien gestionados producen cambios positivos en el crecimiento personal y las relaciones, mientras que mal gestionados generan distanciamiento y resentimiento.

4. Ofrece psicoeducación emocional.

- Explica modelo ABC: percibimos realidades diferentes que pueden estar determinadas por nuestras expectativas, sentimientos, creencias, valores y la interpretación que realizamos de las cosas. La convivencia y los conflictos que se derivan de estos pueden estar mediados por interpretaciones diferentes de las situaciones.
- Explica la importancia de que identifique sus emociones para que logre manejarlas. En concreto: ira, hostilidad, frustración, etc. Especial atención a emociones secundarias que pueden estar enmascarando otras primarias como miedo, tristeza, cansancio o incertidumbre.
- Explica técnicas de tolerancia al malestar como: a) estrategias de distracción; b) proporcionarse estímulos positivos; c) mejorar el momento, reemplazando los sucesos desagradables por otros más agradables, como usando la fantasía, practicando relajación, autoinstrucciones, etc.; y d) pensar acerca de los aspectos positivos y negativos de tolerar el malestar y de no tolerarlo (Hervás y Moral, 2018).

5. Promueve en la persona el inicio de la solución de los problemas de la convivencia (centrarse en el problema, y no en la persona).

- Definir el problema actual (no sacar temas pasados).
- Identificar la fuente del conflicto (ansiedad ambiental, situación de confinamiento, diferencias en la percepción de objetivos y expectativas, roles sin definición, falta de información que conlleva interpretaciones erróneas, etc.).
- Pedir una solución al mismo, en vez de desacreditar al otro. Por ejemplo, es mucho mejor decir "Quiero que cada día laves los platos para que no se acumulen" que "Eres un descuidado". Es buena idea hacer una lluvia de ideas de forma conjunta.

6. Explica la técnica de tiempo fuera para situaciones de emergencia.

Esta técnica consiste en poner un espacio físico entre uno mismo y su pareja o persona con la que se está teniendo el conflicto cuando los niveles de tensión son muy altos. El objetivo es permanecer suficiente tiempo aparte para absorber la emoción negativa de esa situación, para dejar que disminuya en intensidad, y luego expresar los sentimientos de uno mismo de manera asertiva, no criticando. Es importante que la persona que se va diga a dónde y cuándo volverá (por ejemplo, a otra habitación durante 30 minutos) y que después, cuando estén más calmados pongan en marcha la solución del problema a través de una comunicación asertiva (Labrador, 2015).

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

- **Mejorar habilidades de comunicación: asertividad.** Para ello hay que explicarle al llamante una serie de pasos que van a suponer una mejora en la comunicación entre las personas de la casa: 1) Prestar atención, entender y demostrárselo a la otra persona. 2) Decir lo que tú quieres, sin hacer daño. 3) Hablar de lo que tú piensas, de lo que a ti te pase.
Proponer un cambio. Algunas recomendaciones específicas serían cambiar “eres” por “haces” o “dices”; “yo” o “nosotros” en vez de “tú”; “a veces” mejor que “siempre”; proponer cambios con “me gustaría que...” (Clínica de psicología de la Universidad de Valencia, 2020)
- **Organizarse.** Crear una “asamblea” para recoger una lista de actividades individuales, en grupo, educativas, lúdicas y de tareas del hogar, para poder distribuir las en un horario. Y encontrar un espacio para hablar de manera habitual, sin distracciones, de cómo está yendo la convivencia, qué tensiones se detectan y cuáles son las posibles vías para resolverlas.
- **Cuidar del entorno de convivencia.** Mantener confortable el entorno. (orden, ruidos, limpieza etc.), buscando "espacios de descanso" para cada uno, y también tiempo de ocio compartido.
- **Cuidarse a uno mismo.** Dedicarle tiempo al autocuidado es prioritario en estos momentos. Pensar y planificar actividades que van a hacer que el/la llamante esté bien, y que sea consciente de que gestionar sus emociones es su responsabilidad. Su bienestar aportará bienestar a los demás (Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, 2020)

REFERENCIAS

Allaire, B. y McNeil, R. (1983). *Teaching Patient Relations in Hospitals: The Hows and Whys*. Edit. Health Forum

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.

Clínica de psicología de la Universidad de Valencia. (2020). *Guía para Gestionar situaciones familiares durante el confinamiento*. Recuperado de <https://www.fundaciolluisalcanyis.org/clinicas/wp-content/uploads/2020/04/guia-conflictos-clinica-psicologia.pdf>

Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. (2020). *Guia per a la gestió de les relacions i la convivència durant el confinament per l'epidèmia de COVID-19*. Recuperado de https://www.copc.cat/adjuntos/adjunto_15347/v/Guia%20per%20a%20la%20gestió%20de%20les%20relacions%20i%20la%20convivència%20durant%20el%20confinament%20per%20l'epidèmia%20del%20COVID-19.pdf?tm=1585817337

Hervás, G. y Moral, G. (2018). *Regulación emocional aplicada al campo clínico*. FOCAD, Consejo General de la Psicología de España.

Labrador, F.J. (2015). *Intervención psicológica en terapia de pareja*. Madrid: Pirámide.

INSOMNIO

Beatriz Abarca-Madero y Francisco J. Estupiñá

El insomnio constituye una importante problemática en la situación actual de cuarentena por la epidemia de COVID-19. Una revisión reciente (Brooks, 2020) recoge el insomnio como una queja frecuente en personas sometidas a cuarentena. Detrás de este problema pueden estar procesos relacionados con la preocupación por la situación actual, la pérdida de rutinas y sincronizadores psicosociales, y el descenso actividad física.

En cualquier caso, en relación al insomnio, la investigación actual concluye que, además del malestar que pueda generar por sí mismo, es un factor de riesgo en múltiples problemas de salud (Riemann et al, 2017), y, específicamente, es un predictor significativo de cuadros depresivos subsiguientes. Específicamente, tener insomnio duplica el riesgo de depresión (Baglioni, 2011). Tanto la presencia de insomnio como la falta de sueño aumenta significativamente las probabilidades de incidencia de depresión, independientemente de la predisposición a la depresión y de los recursos de afrontamiento que tenga la persona (Fernández-Mendoza, 2015). Por otro lado, la soledad también se asocia significativamente con el insomnio, incluso entre personas sin depresión. El insomnio y la soledad pueden preceder y predecir el inicio de la depresión.

Actualmente, la intervención cognitivo-conductual para el sueño es el tratamiento de primera elección, con un amplio consenso (Riemann et al., 2017). Aplicar un tratamiento cognitivo-conductual específico para el insomnio, no sólo mejora la calidad del sueño, además, mejora la sintomatología depresiva (Edinger, 2005, Hom, 2017). La terapia cognitivo-conductual para el insomnio incluye pautas de higiene del sueño, control estimular, restricción del sueño, terapia cognitiva y entrenamiento de relajación (Haynes, 2018).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

1. **Crea un espacio de acogida, ventilación emocional y valoración de la demanda.** Existe una comorbilidad muy amplia entre problemas de sueño y otros problemas psicológicos, por lo que es necesario prestar atención a otros procesos psicológicos asociados que pueda sugerir la persona (Díaz y Pareja, 2008). **Valora el efecto que tienen las preocupaciones de la vida diaria, así como el de las preocupaciones que tiene la persona sobre el propio sueño.**
2. **Fomenta que la persona cuente con sus propios recursos para medir y afrontar el problema,** como diarios del sueño o *apps* que midan la calidad del sueño. Lo ideal, en relación a la calidad del sueño, es que la persona duerma de forma continua más del 85% del tiempo que pasa en la cama. Una vez la calidad del sueño se incrementa, puede ir ampliándose el tiempo en cama en bloques de 15-30 minutos (Riemann et al., 2017).
3. **Disuade a la persona de la automedicación y ofrece alternativas conductuales,** como pueden ser las técnicas de control de estímulos, de desactivación o el ejercicio físico.

4. **Facilita la posibilidad de programar una solución de problemas adaptada a las preocupaciones que refuerzan el insomnio, si tienen entidad, o en su defecto, un tiempo basura (control estimular de la preocupación).**

- Es importante promover un papel activo de la persona rescatando herramientas que le hayan funcionado y recogerlas junto con aquellas que sean necesarias incorporar.
- Aumenta la sensación de autoeficacia con pautas de higiene del sueño.

5. **Facilita psicoeducación sobre cómo funciona el sueño:**

- Dormir no es un proceso voluntario sujeto a control consciente; no decidimos dormir, nos ponemos en las condiciones en las que el sueño se produce.
- El sueño aparece cuando hay una necesidad de dormir (cansancio, deuda de sueño) y unas condiciones adecuadas para el sueño (relajación, oscuridad, etc.)
- Regular el sueño en su conjunto implica mirar más allá de la necesidad inmediata de dormir la próxima noche o evitar la somnolencia.

6. **Proporciona habilidades concretas para manejar el sueño.** La persona no decide cuando dormirse, pero sí puede realizar conductas que propicien y faciliten que el sueño ocurra (control estimular o higiene de sueño, restricción de tiempo en cama, rutinas) (Riemann et al., 2017).

7. **Ten presente que las recomendaciones pueden producir un incremento transitorio de la somnolencia y valora los riesgos con la persona** (Riemann et al., 2017).

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

- Recomienda **levantarse todos los días a la misma hora**, independiente de cuándo se haya dormido.
- Haz hincapié en usar la cama solo para dormir y para las relaciones sexuales (excluyendo actividades como comer, ver la televisión o el móvil).
- Transmite la importancia de irse a dormir **sólo cuando se tiene sueño**.
- Si la persona no consigue alcanzar el sueño en 15-20 minutos, es recomendable que se levante y espere hasta que aparezca la sensación de sueño (repetir tantas veces como sea necesario, incluso si se despierta a medianoche). Recomienda que en ese tiempo realice alguna actividad rutinaria o relajante (que no le active).
- Una vez en la cama, es importante apagar la luz enseguida y evitar especialmente el uso de pantallas retroiluminadas (móviles, tablets).
- Es **fundamental evitar las siestas** diurnas; recomienda aguantar hasta la noche y fomenta la actividad diurna para ayudar a la persona a establecer una rutina diaria de sueño y actividad.
- Recomienda realizar ejercicio físico regularmente, pero no en las 3-4 horas previas a acostarse.
- Recomienda técnicas de relajación para propiciar el sueño (respiración diafragmática, yoga, meditación).
- Recomienda terminar de cenar 2-3 horas antes de acostarse.

- Se debe evitar el consumo de cafeína, alcohol y nicotina 2 horas antes de acostarse.
- Preparar el dormitorio con uso de luces tenues y un espacio silencioso.
- Es importante establecer una rutina antes de irse a la cama para ayudar de manera inconsciente a prepararse para ir a dormir (lavarse los dientes, darse una ducha, leer).

REFERENCIAS

- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ... & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders, 135*, 10-19.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*, 912-920.
- Díaz, M. S., & Pareja, J. A. (2008). *Tratamiento del insomnio*. Información terapéutica del sistema nacional de salud, 32, 116-122.
- Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical psychology review, 25*, 539-558.
- Fernandez-Mendoza, J., Shea, S., Vgontzas, A. N., Calhoun, S. L., Liao, D., & Bixler, E. O. (2015). Insomnia and incident depression: role of objective sleep duration and natural history. *Journal of sleep research, 24*, 390-398.
- Haynes, J., Talbert, M., Fox, S., & Close, E. (2018). Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Insomnia. *Southern medical journal, 111*, 75-80.
- Hom, M. A., Hames, J. L., Bodell, L. P., Buchman-Schmitt, J. M., Chu, C., Rogers, M. L., ... & Winer, E. S. (2017). Investigating insomnia as a cross-sectional and longitudinal predictor of loneliness: Findings from six samples. *Psychiatry research, 253*, 116-128.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Groselj, L. D., Ellis, J. G., ... & Spiegelhalder, K. (2017) European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research, 26*, 675-700.

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Teresa Pousada, Ainara Gómez-Zubeldia y Cristina Larroy

Dada la situación de aislamiento en los hogares es esperable que muchos padres presenten dudas a la hora de gestionar esta crisis sanitaria con sus hijos/as.

Como es lógico resulta fundamental atender a las necesidades emocionales de los niños/as con afecto, pero también establecer límites y normas (Maccoby & Martin, 1983) especialmente en una situación como ésta.

La particularidad de esta situación requiere a los padres un añadido de manejo más allá del que acostumbran en su día a día y que supone una tensión a la convivencia familiar. Los propios niños se ven sometidos a una situación especialmente estresante que desafía sus rutinas y una limitación estimular importante debido al confinamiento.

No debemos olvidarnos de mantenerlos informados de la situación que estamos viviendo de cara a reducir sus fantasías acerca de lo que sucede. Ellos detectan cuándo algo no va bien y es importante que la explicación que tengan sobre el aislamiento y el coronavirus sea veraz y ajustada a su edad (UTCCB, 2020).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

1. **Pedir al adulto que se aleje del menor para favorecer la comunicación privada**, siempre que sea posible, y exceptuando casos en los que el niño/a esté en crisis.
2. **Realizar un cribado para evaluar que el adulto está en disposición de recibir las pautas** (quizá haya que manejar primero la ansiedad o malestar del adulto).
3. **Ofrecerse para calmar al menor telefónicamente** si está teniendo una crisis ansiosa y los padres no se ven capaces de seguir nuestras instrucciones.
4. **Mostrarse abierto a resolver dudas**, compartir reflexiones o acoger emociones de los propios adultos responsables del menor.
5. **Validar, normalizar y permitir la ventilación emocional** del adulto. En este sentido es importante mostrar comprensión ante su malestar, confusión o angustia.
6. **Ofrecer desde la psicoeducación** un modelo de comprensión de porqué esta situación es también estresante para los menores y así, de esta manera, fomentar la comprensión ante sus emociones y comportamientos.
7. **Ayudar en la planificación de rutinas** para dar estructura y seguridad a los niños/as. Y así generar un soporte para conciliar la vida laboral (teletrabajo) y la familia (hijos- pareja).

8. Recordar los diferentes hitos evolutivos de los jóvenes a nivel cognitivo y, por tanto, **diferenciar por edades la información que se otorga** al adulto.
9. **Detallar a padres técnicas de desactivación fisiológica o estrategias de relajación** para crisis de ansiedad, nerviosismo o inquietud. La respiración diafragmática puede adaptarse a ellos haciéndole imaginar que un elefante pisa su pecho o que debe inflar la tripa como un globo. Se puede utilizar también la técnica de la tortuga.
10. **Instruir a los padres en práctica reforzada, exposición gradual y modelado participante ante miedos a contraer gérmenes** en el hogar derivados de la situación y que puedan suponer conductas de evitación y compulsión.
11. **Hacer entender a los padres que los niños/as pueden expresar la tristeza a través del mal comportamiento.** Dar pautas a los padres para que los niños puedan fomentar la expresión emocional de otras formas.
12. **Explicar pautas de manejo ante rabietas propias del aburrimiento y baja tolerancia a la frustración** (extinción, refuerzo positivo, tiempo fuera, etc.).

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Algunas pautas para proporcionar información y educar a los niños

- Hablar con los niños/as sobre lo que está sucediendo con respecto al coronavirus (qué es el coronavirus, por qué estamos aislados y no podemos salir de casa, cómo podemos ayudar...).
- Informar al menor la persona cuidadora o de referencia.
- Preguntar siempre qué es lo que sabe el niño/a antes de abordar el tema directamente y responder todas las dudas que nos plantee. El niño/a va a marcar el ritmo de la comunicación, y en función de cómo vaya respondiendo y reaccionando, el adulto guiará la información.
- No sobre informar, pero tampoco desinformar u ocultar.
- Responder a sus dudas restará incertidumbre y les alejará de sesgos de personalización que les pueda hacer culpables de la situación. Algunas dudas pueden ser: ¿qué es el coronavirus?, ¿por qué estamos aislados y no podemos salir de casa?, ¿cómo podemos ayudar?, ¿quién va a cuidar de mí?, ¿por qué no está papá con nosotros?, ¿dónde está el resto de la familia?, ¿ha sido por mi culpa?, ¿estoy castigado?, ¿ese virus me va a comer?, ¿vamos a morir?, ¿qué pasará con el colegio?...
- Apoyarse en recursos y materiales, como cuentos, para explicar la situación al niño/a de manera gráfica y clara.
<https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/rosa-contr-el-virus-cuento-para-explicar-a-los-ninos-y-ninas-el-coronavirus-y-otros-posibles-virus>
- Hacer participe al menor desarrollando con él los ejercicios que se plantean en los cuentos. Así, evitamos culpas, miedos y sesgos y dotamos al niño/a de responsabilidad, participación y civismo.
- Adaptar nuestro lenguaje a su edad, capacidad y madurez. Todo lo que digamos ha de ser verdad.

- Utilizar exclusivamente información de fuentes oficiales (gubernamentales y de autoridades) no de canales como archivos o mensajes reenviados por WhatsApp.
- Acceder a la lista de recursos de aprendizaje virtual, ante la preocupación por el aprendizaje de sus hijos/as y la posible ralentización de este por la situación de aislamiento.

Tabla. Recursos de aprendizaje virtual

<p>Academons Primaria. Aplicación de Homeschooling que ofrece 30 días de acceso gratis a todo su catálogo de juegos de Matemáticas, Lengua, Inglés, Ciencias y Science. http://bit.ly/Academons_Gratis</p>
<p>Ta-tum. Aplicación de Edelvives que ofrece acceso gratuito hasta el mes de julio a esta plataforma para el fomento de la lectura. http://bit.ly/Edelvives_Tatum</p>
<p>Smartick. Aplicación que ofrece acceso gratuito durante 15 días para repasar las Matemáticas. http://bit.ly/Smartick_15</p>
<p>Genially. Plataforma para hacer presentaciones interactivas que ofrece por un tiempo limitado sus plantillas y recursos Premium gratis. http://bit.ly/Genially</p>
<p>AMCO. Acceso a los juegos de Matemáticas y Lengua en su aplicación Eduzland de forma gratuita por un tiempo limitado. https://amconews.es/eduzland/</p>
<p>Smile and Learn. Aplicación que ofrece acceso gratuito durante un mes a su catálogo de juegos interactivos. http://bit.ly/smile_learn</p>
<p>M.A.R.S. Aplicación del grupo SM que ofrece códigos de descuento para acceder a los contenidos de 3º a 6º de primaria. http://bit.ly/MARS_App</p>
<p>CelebritiEdu. Plataforma que ofrece diversos juegos de primaria y secundaria de forma gratuita hasta final de curso. http://bit.ly/Cerebriti_Edu</p>

Algunas pautas destinadas a manejar las emociones de los niños

- Crear espacios de diálogo para que los niños/as puedan expresar sus preocupaciones. Si se detectan preocupaciones excesivas y muy rumiativas, se propone el cuento interactivo “Qué hacer cuando me preocupo demasiado” de TEA ediciones.
- Poner en práctica las técnicas de desactivación fisiológica y relajación detalladas por el profesional. Ayudarse de respiración diafragmática y técnica de la tortuga.
- Enseñar a los niños/as a centrarse en el momento presente y a acoger con afecto sus pensamientos y emociones a través de mindfulness. Existen audios-libros como “Tranquilos y atentos como una rana”. También recursos de yoga como <https://www.youtube.com/watch?v=SP5p1gLUOHI>
- Transmitir sensación de seguridad a sus hijos/as. Hay que explicar que gobernantes y sanitarios están haciendo todo lo posible para volver a la normalidad.

- No alarmarse ante el aburrimiento de los niños/niñas. El aburrimiento potencia su iniciativa, así como su capacidad creativa y su imaginación. Es buen momento para entrenar la tolerancia a la frustración.
- Elaborar un diario de gratitud en el que los niños/as puedan incluir 3 cosas positivas que les hayan pasado en el día y así valorar las cosas buenas que les suceden a pesar de estar en casa y fomentar emociones positivas. Los padres pueden participar y convertir este momento en una reunión familiar. Además, podrán realizar un dibujo diario en el que integren las tres cosas positivas que han ocurrido ese día.
- Eliminar conductas de evitación y compulsión en el menor (p.ej., excesivo lavado de manos) que aumentan la ansiedad y el miedo a enfermar, a través de las directrices dadas por el profesional.
- Utilizar cuentos como “El monstruo de los colores”, “El emocionario” o inventar uno propio en el para ayudar a conocer y regular las diferentes emociones que aparecen en los niños/as. Identificar, etiquetar y expresar emociones propias y ajenas les ayudará a canalizarlas y normalizar la situación. También se puede utilizar con este fin la expresión artística.

Algunas pautas destinadas al manejo de la conducta y normas de convivencia

- En caso de que ambos padres o diferentes adultos se encuentren en la misma casa, consensuar el contenido de la información dada.
- Establecer horarios y espacios de vida en el hogar estructurados (comidas del día, higiene, juego y ocio, estudio, horas para hablar con familia y amigos en la distancia y descanso). Si son muy pequeños, es bueno poner una agenda en imágenes (pictogramas) que se cuelgue en la nevera o en la pared. Ellos mismos pueden hacer los dibujos que sus padres les pidan en tiempo de ocio para entretenerse. Hacerles comprender por medio de esta agenda que no son vacaciones
- Establecer una lista de cosas pendientes que no solemos a hacer por falta de tiempo y por no ser del todo prioritarias. Serán tareas motivantes y divertidas.
- Detallar normas de la casa y colocarlas en un sitio visible. Algunos ejemplos de normas podrían ser: recoger todos los juguetes tras utilizarlos o lavarse las manos después de salir a la calle, patio interior o jardín.
- Vestirse con ropa de calle, aunque sea más cómoda (como chándal deportivo) pero no permanecer en pijama todo el día.
- Utilizar pautas de modificación de conducta para las rabietas (extinción, tiempo fuera...).
- Comedir el uso de las tecnologías. Se debe controlar el tiempo de exposición a las pantallas de los pequeños, aunque se flexibilice dado dicho escenario.
- Buscar un momento del día para estar informados de las últimas noticias sin presencia de los niños/as. Éstos recibirán la información por sus padres, no por la TV o radio.
- Facilitar medios, espacios y tiempos para que los adolescentes puedan tener videoconferencias grupales con sus amigos/as con privacidad
- Proponer actividades y espacios que motiven a los niños/as y les mantengan activos evitando el sedentarismo.

https://estacionbambalina.com/descargas/70_ideas_para_jugar_en_casa.pdf

REFERENCIAS

- Huebner, D., & Matthews, I. D. B. (2008). *Qué puedo hacer cuando... me preocupo demasiado. Un libro para niños con ansiedad*. Madrid: Tea Ediciones.
- Labrador, F. J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide.
- Llenas, A. (2012). *El monstruo de colores*. Flamboyant.
- Maccoby, E.E., y Martín, J. A. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent-child interaction*. En E. M. Hetherington & P.H. Mussen (Eds), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development Vol.4* (pp.1-101). New York: Wiley
- Moreno, M. I. C., & Pareja, M. V. (2000). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Dykinson.
- Pereira, C. N., Valcárcel, R. R., & Mayendia, L. (2014). *Emocionario*. Palabras Aladas.
- Pérez, M. et al. (2013). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III*. Infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide
- Snel, E. (2013). *Tranquilos y atentos como una rana: La meditación para niños... con sus padres*. Editorial Kairós.
- UTCCB. (2020, 9 marzo). Cómo explicar a los niños los motivos del aislamiento o cuarentena por el coronavirus [Publicación en un blog]. Recuperado de <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/como-explicar-ninos-motivos-aislamiento-cuarentena-coronavirus>

PERSONAS MAYORES

Nieves Rojo

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo de edad se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsicológicos más comunes en ese grupo de edad. Asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años o mayores.

Muchos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, el descenso del nivel socioeconómico por la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionar aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

Los mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto.

En el contexto epidémico en el que nos movemos, algunas evidencias apuntan a una mayor vulnerabilidad de las personas mayores. Por un lado, la mayoría de los fallecimientos por COVID-19 se dan en personas mayores, incrementando el miedo a contraer la enfermedad y la angustia ante la misma; por otro lado, las consecuencias a largo plazo apuntan a una importante sensación de desconexión, que se tradujo en algunos contextos epidémicos en un incremento de los suicidios entre personas mayores, especialmente mujeres, después de la epidemia (Cheung, Chau, & Yip, 2008; Yip, Cheung, Chau, & Law, 2010). Sin embargo, existen también evidencias de la resiliencia de las personas mayores, y de su buena respuesta a las pautas de autocuidado recibidas telefónicamente (Chan, So, Wong, Lee, & Tiwari, 2007; Lau et al., 2008).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

Algunas pautas básicas de intervención, especialmente con personas mayores, son las siguientes:

- 1. Regulación y ventilación emocionales para favorecer un procesamiento emocional óptimo y ayudar a sobrellevar las diferentes situaciones estresantes.**
 - Ayudar en la apertura emocional para que la persona tenga un acceso consciente de sus emociones
 - Prestar atención a las emociones generadas
 - Poner nombre a dichas emociones
 - Aceptar las emociones generadas
 - Analizar dichas emociones e identificar falsas alarmas

- Ayudar a modular las respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias emocionales, cognitivas o conductuales
2. **Valoración de la demanda.** En esta población, la necesidad de ayuda puede deberse a:
- Problemas de salud física y funcionamiento que generan dependencia (hipoacusia, visión, movilidad reducida, insomnio y salud en general).
 - Problemas de salud mental (depresión, deterioro cognitivo, trastorno mental crónico de larga duración).
 - Disponer de una escasa red de apoyo social o familiar.
3. **Evaluación de áreas.**
- Explorar factores de riesgo: salud y necesidades sociosanitarias, discapacidad, sintomatología psicopatológica, duelo, soledad, aislamiento, cuidados deficitarios
 - Explorar factores de protección: apoyo social, estilos de afrontamiento, actividades de ocio, entorno familiar colaborador
4. **Intervención.**
- Ante riesgos de salud física: remitir a protocolos de actuación en coordinación con los sistemas sociosanitarios.
 - Presencia de sintomatología psicológica: remitir a protocolos específicos
 - Para la soledad y el aislamiento: transmitir conciencia de que no están solos. Intentar proporcionarles llamadas de seguimiento para transmitir interés con un alto nivel de escucha activa y empatía. Muchas veces solo quiere sentirse escuchados y expresar sus sentimientos.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

- Aceptar la situación actual: El confinamiento en nuestros domicilios es una medida que nos permite a todos colaborar a frenar los contagios. Es desagradable no poder relacionarnos con nuestros amigos y familiares, pero es una situación transitoria. Todo volverá a la normalidad.
- Movilizar recursos utilizados en otras situaciones: Esta no será la primera situación de dificultad que ha vivido una persona de edad. ¿Qué hizo en otras ocasiones que le funcionara? Ayudar a listar sus fortalezas ante los problemas.
- Resaltar la importancia de cómo nos afecta lo que pensamos y decimos en nuestro estado de ánimo.
- Reforzar hábitos de cuidado relacionados con la alimentación, el sueño y la actividad física. Mantener la actividad, proponerse tareas y ejercicio, planificar el día sustituyendo las rutinas que se han interrumpido por otras.
- Mantenerse informado de la situación, pero sin sobreexponerse. La situación actual es novedosa en muchos sentidos, genera mucha inquietud y muchos bulos. Resaltar la importancia de atender a los canales autorizados de información sin estar continuamente consultándolos; evitar la sobreinformación; y ser escéptico ante las informaciones de las redes sociales y los medios sensacionalistas, ya que son contraproducentes.

- Mantener los contactos: Sus amigos y familiares están también en sus domicilios, animar a no esperar a que les llamen o que les contacten. Interesarse por los demás, compartir preocupaciones e inquietudes y, sobre todo, hay que recordar que las personas mayores pueden ser un valioso recurso para otros en momentos de crisis.
- Para ayudar a tranquilizar a las personas mayores y transmitir un lenguaje comprensible es necesario proporcionarles un mensaje claro, breve, pausado, haciendo énfasis en la parte redundante de la información, en un tono adecuado en función de sus deficiencias auditivas, adaptado al nivel cultural de cada persona y empático.
- Acompañamiento en la elaboración del duelo. El mayor número de personas que fallecen como consecuencia de esta pandemia, son las personas mayores. Tanto cuidadores como viudos se quedan sin la persona querida y sin la oportunidad de realizar un funeral para despedirse de ellos y ser conscientes de la realidad de la pérdida. Por ello es importante ayudar en la despedida de la persona querida y acompañar el duelo.
- Prestar atención a los cuidadores principales. Como consecuencia de la situación por la que estamos atravesando, los centros de día han tenido que cerrar, como consecuencia, las personas mayores dependientes se encuentran en su domicilio las 24 horas del día, recibiendo atención continuada y sin descanso por parte de sus cuidadores principales. Para que éstos puedan proporcionarles una atención adecuada y de calidad y evitar el síndrome de cuidador es importante prestarles atención, atender a sus demandas y dotarles de estrategias de afrontamiento adaptativas.

REFERENCIAS

- Chan, S. S. C., So, W. K. W., Wong, D. C. N., Lee, A. C. K., & Tiwari, A. (2007). Improving older adults' knowledge and practice of preventive measures through a telephone health education during the SARS epidemic in Hong Kong: A pilot study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1120-1127.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.04.019>
- Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Yip, P. S. F. (2008). A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1231-1238. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/gps.2056>
- Lau, A. L. D., Chi, I., Cummins, R. A., Lee, T. M. C., Chou, K.-L., & Chung, L. W. M. (2008). The SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) pandemic in Hong Kong: Effects on the subjective wellbeing of elderly and younger people. *Aging & Mental Health*, 12(6), 746-760. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13607860802380607>
- Yip, P. S. F., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(2), 86- 92. doi:<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000015>

DUELO

Juan J. Rodrigo, Rocío Florido y Mar Gómez

El duelo es un proceso social e el que resulta esencial sentir apoyo y poder verbalizar y compartir la experiencia de pérdida para favorecer su adecuada resolución. La situación actual requiere prestar atención al duelo ya que lamentablemente es cada vez más frecuente estar ante personas que tienen algún familiar o conocido que ha fallecido por causa del coronavirus. Además, los estudios muestran que una adecuada elaboración del duelo resulta fundamental para una buena salud física y mental del individuo (Martín, 2002). Actualmente, este proceso se ve dificultado ante la situación excepcional a la que nos enfrentamos. Así, resulta imprescindible realizar intervenciones concretas adaptadas a la situación actual de cara a paliar aquellos factores de peor pronóstico a los que la población española que ha sufrido pérdidas se enfrenta (p. ej., fallecimientos repentinos de familiares, imposibilidad de realizar ritos funerarios con allegados, etc.).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

- 1. Permitir la ventilación emocional de la persona.** Debido a la demanda que estamos atendiendo, puede ocurrir que la persona presente un estado emocional altamente reactivo. Es importante recoger información sobre la situación que expone el doliente (p.ej., comenzar con preguntas abiertas e ir hacia preguntas cerradas):
 - Explorar cómo se ha producido la pérdida (en el domicilio, en el hospital, en una residencia, etc.), identificar cómo ha sido el contacto en los últimos días con la persona fallecida (si han podido verse en algún momento, si han hablado, etc.), entre otras.
 - Identificar el nivel de malestar de la persona y evaluar la alteración que esta situación está provocando en su desempeño diario (alimentación, higiene, sueño, etc.).
 - Concretar donde se centra el mayor nivel de malestar, en relación a la pérdida (p. ej., no haber podido acompañarle en los últimos días, sentir que tenía temas pendientes con esta persona...) para hacer más énfasis en este aspecto durante la intervención
 - Explorar si se ha puesto en contacto con otros recursos asistenciales y si está tomando algún tipo de medicación.
 - Identificar posibles redes sociales de apoyo o factores de protección que ayuden a procesar la pérdida.
- 2. Usar la psicoeducación como estrategia para explicar el proceso de duelo y validar las emociones que pueden aparecer durante el mismo.** Se recomienda explicar que el duelo es un proceso de adaptación normal ante la pérdida de un ser querido que todo el mundo atraviesa. Es un proceso personal, lo que significa que cada persona lo vivencia de una forma diferente. Decimos que es un proceso porque requiere tiempo, pero también requiere de la participación del doliente, es decir, hay cosas que este puede hacer en el proceso de duelo que favorecen al mismo.
- 3. Ayudar a la persona para que lleve a cabo conductas que favorezcan al proceso de duelo.** Facilitar la expresión y desahogo emocional a través de la búsqueda de apoyos

sociales (amigos y familiares), tanto presenciales como de forma telemática (contacto telefónico o videollamadas). En estos momentos es esencial animar a la persona para que pueda expresar sus emociones y pensamientos a través de estos medios telemáticos porque posiblemente no tenga otras opciones (e.g. llamar a un amigo y expresar cuánto le gustaría poder estar a su lado en estos momentos). Se recomienda enfatizar la importancia del autocuidado durante estos días: cuidar la higiene, la alimentación, mantener un horario establecido y cuidar el descanso principalmente.

Se considera de especial relevancia poder realizar los ritos de despedida oportunos. Con las condiciones contextuales actuales debidas a la COVID-19, en muchos casos, nos encontraremos con la imposibilidad de llevarlos a cabo (p.ej., asistir al funeral, despedir junto a la familia, etc.). Sin embargo, los estudios muestran que estos rituales son factores de protección en la elaboración del duelo. Por este motivo, es aconsejable promover estos rituales de despedida generando espacios de recuerdo a los que poder acudir cuando se necesite, siempre y cuando esto sea posible para la persona y no suponga un aumento en su malestar. Para ello, se puede recomendar:

- Generar un rincón de recuerdo en casa
- Agrupar fotos para crear un álbum
- Recuperar vídeos
- Generar una caja de recuerdos del fallecido (fotos, pertenencias, etc.)
- Escribir una carta de despedida, dibujar una pintura, etc.

Estos rituales no tienen que realizarse inmediatamente tras la pérdida. Además, se puede trasladar a la persona que no se angustie por no poder llevarlo a cabo ahora, puesto que en algún momento posiblemente pueda realizar el ritual que desea y además tendrá el mismo valor.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Algunas pautas de intervención a corto y medio plazo

Estas pautas están orientadas a una adecuada gestión emocional y la promoción de una participación más activa en el proceso de duelo por parte del doliente:

A corto plazo

- Buscar apoyo de familiares y amigos (recordando que los medios telemáticos pueden ser igualmente válidos). Lo más importante es que la persona no sienta que está pasando el duelo sola.
- Los objetos o recuerdos se apartarán o no de la vista del doliente, en función de lo que al doliente le haga sentir mejor.
- Prestar atención a las patologías previas que presentase el doliente, puesto que en este proceso pueden darse alteraciones

A medio plazo

- Concederse permiso para vivir y seguir realizando aquellas actividades que generan bienestar en la persona. Pequeñas actividades gratificantes pueden ayudar a avanzar en el proceso de duelo.
- Permitir el proceso de duelo: aceptar emociones asociadas con la pérdida y normalizar pensamientos o conductas que pudieran generarse a raíz de la pérdida.
- Evitar tomar decisiones importantes de forma precipitada.
- Hay personas a las que les ayuda expresar pensamientos y/o emociones a través de la escritura, ya sea con un diario o a través de cartas dirigidas a la persona fallecida.
- Es importante no olvidar el autocuidado, es decir, no abandonar el cuidado de la alimentación, higiene, etc.
- Puede ser de ayuda establecer un horario con aquellas actividades que deben ser atendidas o que son importantes para la persona y que facilitan un desempeño diario normal.
- Es posible que los síntomas se intensifiquen por la situación de confinamiento. Si el doliente siente que no puede tolerarlos debe recurrir a un servicio de apoyo para recibir asistencia.

El adulto debe comunicar la noticia del fallecimiento a un menor

- **Comunicar de forma clara y honesta.** No utilizar metáforas o explicaciones demasiado elaboradas. La información que se dé al niño debe estar en consonancia con su edad y con su desarrollo madurativo y cognitivo. Pueden surgir problemas tanto por defecto de información como por exceso de realismo. Se puede explicar el hecho de la muerte con verdades parciales, midiendo lo que pueda asimilar y lo que necesita saber.
- **Escoger el momento y lugar oportunos.** Lo recomendable es dar la noticia lo antes posible y en un lugar conocido y seguro para el niño. Explicaremos lo ocurrido con palabras sencillas y claras que no den lugar a confusión por parte del niño: *“Ha ocurrido algo muy triste. El abuelo ha fallecido, ya no estará más con nosotros porque ha dejado de vivir... Ha estado muy, muy, muy enfermo durante un tiempo y esto le ha provocado la muerte”.*
- **Dejar explicitado que no ha sido culpa suya** y también aclarar que no hay ningún comportamiento o conducta que haga que el ser querido vuelva.
- Aunque se facilite de forma adecuada la información al menor, podemos encontrar menores que pregunten: ¿Cuándo va a volver el abuelo (o familiar fallecido)?; ¿El abuelo se ha ido porque el otro día me porté mal?; ¿Quién va a dar de comer al abuelo? Esta situación es totalmente normal y responde al momento madurativo del menor. Hay que explicar a los padres que los niños no siempre están capacitados (hasta los 12 años) para comprender el concepto de muerte y sus implicaciones.
- **Permitir que participe en los ritos funerarios.** En las circunstancias actuales sería adecuado hacer actividades que permitan despedir a la persona fallecida, siempre y cuando esto sea posible para el niño y no suponga un aumento en su malestar. Algunos ejemplos serían realizar un álbum de recuerdos, escribir una carta de despedida o realizar un dibujo relacionado con la persona fallecida. Previamente, es necesario explicar al menor como se puede sentir haciendo alguna de estas tareas y que sea el mismo quién decida si le apetece o no hacerlo.

PAUTAS DE AUTOCUIDADO PARA EL PROFESIONAL

Debido a la situación actual, los profesionales psicólogos podemos encontrarnos con demandas o problemáticas que pueden ser diferentes a las abordadas normalmente. Por ello, es importante tener en cuenta para un adecuado autocuidado los siguientes principios:

- No responsabilizarse o exigirse en exceso.
- Entender que no será posible dar respuesta a la totalidad de demandas que nos planteen.
- Planificar momentos y espacios de distensión diarios en los que realizar actividades contrarias a la atención directa (p.ej., escuchar música, leer un libro, hacer deporte en casa, etc.).
- Apoyarnos en aquellas personas que tengamos a nuestro alrededor, guardando un tiempo para cuidar y atender estas relaciones.
- Tener un espacio específico en casa donde poder acudir cuando aparezca la fatiga o haya necesidad de descansar.
- Atender a los “signos de alarma” como pueden ser cansancio en la voz, quemazón, etc., ya que la voz es nuestra principal herramienta de trabajo.
- Entender que podemos encontrarnos con circunstancias que no seamos capaces de gestionar, sobre todo en situaciones excepcionales como la actual.
- Estar dispuestos a pedir apoyo o ayuda psicológica si lo necesitamos.
- Ante cualquier sintomatología relacionada con la COVID-19 será obligatorio ponerlo en conocimiento del responsable del servicio. La salud es lo primero.

REFERENCIAS

- Betta, Morales, Rodríguez y Guerra (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 9(3), 9-19.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid., 2019. *Protocolo De Atención Al Duelo En La Comunidad De Madrid*. Madrid: SaludMadrid.
- Díaz, P., Losantos, S. y Pastor, P. (2004). *Guía de duelo adulto para profesionales sociosanitarios*. Fundación Mario Losantos del Campo.
- Esquerda, M., & Agustí, A. M. (2012). *El niño ante la muerte: Cómo acompañar a chicos y adolescentes que han perdido a un ser querido*. Milenio.
- Lacosta, M., Aguirre, A., Bleda, M., Roca, X., García, J. y Gómez, M. (2008). Guía para familiares en duelo. *Sociedad española de cuidados paliativos*. España.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida*. Paidós.
- Nevado Rey, M. y González Fernández, J. (2017). *Acompañar en el duelo: de la ausencia al significado de la ausencia*. Bilbao: Desclée De Brouw.

- Martín, M. J. (2002). Adherencia al tratamiento del duelo patológico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (62), 13-18.
- Stringari, D., Pinheiro, E. G., FERENTZ, L. M. D. S., Da Fonseca, M. N., & Favero, E. (2019). Intervención y salud mental en desastres: capacitación para la actuación de profesionales de la psicología en la gestión de riesgos y desastres. *Apuntes de Psicología*, 37(1), 13-19.
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós. Ibérica. Barcelona.

ATAQUES DE PÁNICO

Belén Lozano y Laura Roldán

Durante el confinamiento, las personas estamos sometidas a circunstancias particulares como la incertidumbre, el manejo de conflictos familiares, el cuidado de los hijos o la adaptación al teletrabajo. Además, muchas personas se ven expuestas a otras situaciones complicadas relacionadas con el manejo de la enfermedad propia o de un ser querido, o el fallecimiento de un familiar (DiGiovanni, Conley, Chiu & Zaborski, 2004; Brooks et al., 2020). En estas circunstancias es normal que nuestro cuerpo presente una respuesta de mayor activación emocional.

A veces, esto se traduce en activación fisiológica que aparece en forma de palpitaciones, sudoración, aumento de la respiración, hormigueo en manos y pies..., que pueden surgir de forma repentina, sin un precipitante inmediato claro. En esos momentos, la persona puede interpretar estas sensaciones como peligrosas y focalizar su atención en ellas, lo que hace que se incremente su intensidad. En ocasiones, deriva en que la persona sienta que está perdiendo el control o piense que va a morir por esas sensaciones y sufra un ataque de pánico.

En esos momentos se suelen llevar a cabo estrategias orientadas a disminuir estas sensaciones: distraerse, respirar con más fuerza, intentar relajarse, llamar a un médico, buscar en internet... Cuando la actividad fisiológica decrece, la persona considera que esto ha ocurrido por las medidas llevadas a cabo y que, gracias a eso, no se han cumplido sus temores. Esto favorece que la creencia de que estas sensaciones son peligrosas cobre fuerza. Todo ello propiciará que esté más atenta ante la aparición de sensaciones fisiológicas y que, cuando las sienta, lleve a cabo el mismo proceso (Bados, 2006).

Aunque la exposición interoceptiva es parte del tratamiento de elección (Moreno y Martín, 2008), las características de intervención telemática breve podrían dificultarlo. El profesional podría valorar esta opción, pero se propone una intervención en la que la exposición se realiza en los momentos en que aparecen las sensaciones.

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

1. **Evaluación de las sensaciones fisiológicas: de qué tiene miedo cuando siente eso (morir/perder el control) y de las estrategias llevadas a cabo en ese momento.** Es importante comprender bien estos puntos para poder realizar la explicación posterior y favorecer el bloqueo de conductas que están manteniendo el problema.
2. **Comprensión de las razones de las reacciones fisiológicas y de la dinámica llevada a cabo.** La psicoeducación permitirá a la persona comprender las reacciones del cuerpo, disminuir su miedo, y facilitará su aceptación.
3. **Favorecer la exposición a estas sensaciones.** Al ser una intervención breve, la exposición a ellas (notarlas sin llevar a cabo las estrategias) se podría hacer en aquellos

momentos en los que los ataques de pánico son de menor intensidad. Progresivamente, puede ir practicando en episodios más fuertes.

4. **Exploración de aspectos que puedan estar favoreciendo este aumento de activación fisiológica general y puesta en marcha de estrategias de regulación para el día a día.** Comprender si hay alguna circunstancia que pueda estar facilitando esta activación general del cuerpo y dedicar tiempo a gestionar estas circunstancias puede ser de gran utilidad.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

- Explicar la diferencia entre ataque de pánico y ansiedad.
- Explicar las reacciones fisiológicas del cuerpo, qué está ocurriendo internamente y por qué se expresa así: palpitaciones, hiperventilación, tensión muscular, opresión en el pecho, hormigueo, vista de túnel, tripa revuelta, mareo...
- Realizar un cuadro con tres columnas: en la primera apunta su sensación fisiológica; en la segunda, la interpretación que hace de dicha sensación, y, en la tercera, la explicación fisiológica.
- Escribir verbalizaciones que se pueden decir cuando aparezcan las sensaciones sobre la naturaleza real de las mismas y que sean incompatibles con las creencias de peligrosidad de éstas.
- En el caso de que aparezca hiperventilación, entrenar la respiración para estos momentos.
- Explicar la curva de ansiedad y cómo las sensaciones disminuyen por sí mismas cuando no tratamos de controlarlas.
- Realizar un listado de conductas de escape y control.
- Explicar cómo estas conductas sirven a corto plazo, pero a la larga no disminuyen el miedo ni previenen que las sensaciones vuelvan a aparecer.
- Registro de sensaciones cuando aparecen, ni antes ni después. En el registro se puede incluir información tanto de las sensaciones como de las circunstancias (Nardone, 2012). El objetivo es que, cuando surjan, el registro sirva para centrar la atención en esas situaciones y, así, durante este tiempo no se realicen estrategias de escape y control.
- Hacer listado de cada vez que se consigue observar el ataque de pánico sin hacer ninguna de estas acciones.
- Utilizar técnicas de desactivación para el día a día (respiración, relajación muscular, meditación...). Es importante aclarar que no se use en los momentos en los que ocurre el ataque de pánico, ya que cumpliría la función de estrategia de control.
- Buscar otras actividades que permitan favorecer la atención a sensaciones fisiológicas del cuerpo de una forma "sana": relajación, deporte, estiramientos, meditación, Mindfulness...

REFERENCIAS

- Bados, A. (2006). *Tratando... Pánico y agorafobia*. Pirámide: Madrid.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4–32. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.4>
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 395, 839-920.
- Carlbring, P., Bohmann, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B. E., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). Remote Treatment of Panic Disorder: A Randomized Trial of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Supplemented with telephone calls. *The American Journal of Psychiatry* 163(12):2119- 2125.
- DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, D. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Brosecur Bioterror* 2(4), 265-272.
- Moreno, P., y Martín, J.C. (2008). *Tratamiento psicológico para el trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas*. Desclée de Brower.
- Nardone, G. (2012). *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*. Herder Editorial, S.L., Barcelona.
- Noda, Y., Nakano, Y., Lee, K., Ogawa, S., Kinoshita, Y., Funayama, T., Watanabe, N., Chen, J., Noguchi, Y., Kataoka, M., Suzuki, M., & Furukawa, T. A. (2007). Sensitization of catastrophic cognition in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *BMC psychiatry*, 7, 70.

COMPLICACIONES AGORAFÓBICAS

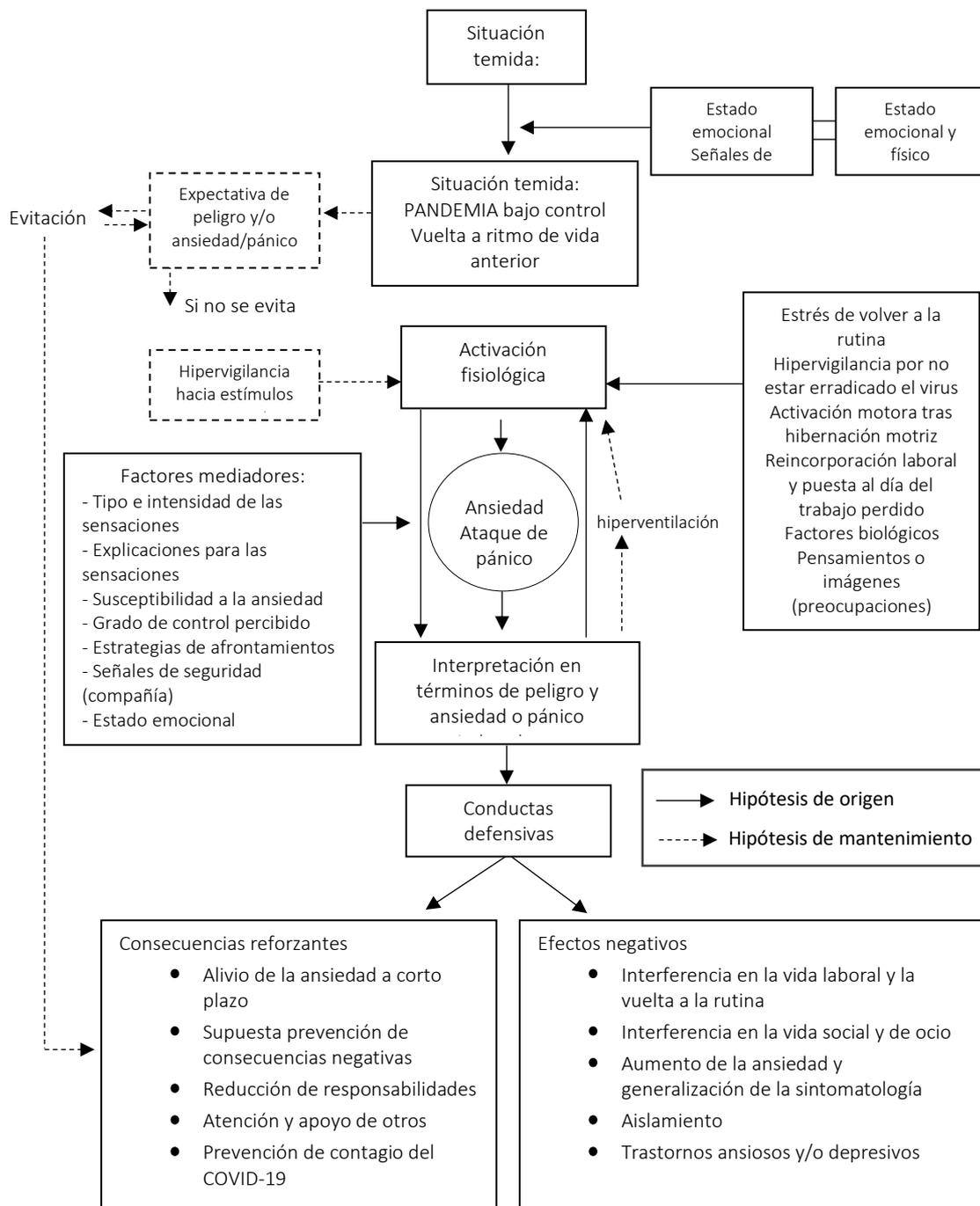
Marina Vallejo-Achón y Sandra Sanz-Alcázar

La investigación llevada a cabo en relación a las situaciones de aislamiento, propias de la cuarentena en distintas pandemias, nos aporta evidencias del aumento de la incidencia de los trastornos y síntomas ansiosos dentro de la población general. Estudios actuales nos reportan datos de entre un 7% y un 23% de la población con síntomas ansiosos durante el confinamiento (Brooks et al., 2020; Lee, Kang, Cho, Kim, & Park, 2018). Así, la bibliografía y la experiencia previa refieren que muchas personas llegan a mantener conductas de evitación incluso entre 4 y 6 meses después de haber finalizado la cuarentena, llegando a rehuir lugares cerrados, espacios públicos o evitar las multitudes en las semanas posteriores. Concretamente, durante el brote de síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en Canadá en el año 2003, se constató que hasta el 26% de personas evitaban los lugares cerrados y el 21% evitaban todos los espacios públicos en las semanas posteriores al período de cuarentena (Brooks et al., 2020). Estas evidencias denotan que los periodos de aislamiento y ruptura de los esquemas y rutinas de la población generan consecuencias en ella que afectan a su bienestar físico y mental, derivando y/o justificando procesos psicológicos desadaptativos. Uno de estos procesos es el que puede derivar en un trastorno agorafóbico.

El trastorno de agorafobia con/sin pánico está recogido en los diferentes manuales diagnósticos (CIE-10, 1990; DSM-IV-TR, 2000; DSM-5, 2013) y se caracteriza, fundamentalmente, por la evitación de diferentes situaciones provocada por una intensa experiencia de miedo y una búsqueda de seguridad percibida a modo de protección. Existen diferentes factores que se relacionan con la aparición y el curso del problema tales como factores biológicos, sociales o psicológicos. Entre ellos, destacan como factores precipitantes los psicológicos y el estrés.

En la actualidad, dada la situación global de pandemia que estamos viviendo, no nos encontramos exentos de esos factores que han derivado en la creación de una situación vital estresante. Esta situación genera, como no puede ser de otra manera, en la población, la tendencia a diseñar un lugar de “seguridad” que les proteja de la pandemia (“en mi casa estoy protegido”). Esta forma de reaccionar, a priori adaptativa, derivará en que, conforme la situación de alarma se vaya solucionando, aunque parezca lógico que la mayoría de las personas estén deseando volver a la normalidad y tener “libertad” de movimientos, otros no se encuentren muy a gusto con la acción de salir de su “nueva zona de confort”. En estos casos, el confinamiento y el establecimiento de la casa como clave de seguridad se habrá configurado como un factor precipitante de comportamientos agorafóbicos en los que “la normalidad” supone una amenaza formal a ese estado de confort. En estos casos, cabe esperar que las personas experimenten ansiedad a salir a la calle en la medida que no cuentan con las claves de seguridad que sí tienen en su casa, percibiendo múltiples fuentes de amenaza y una creciente necesidad de escapar de esas situaciones. Además, parece lógico que se evidencie un gradiente temporal y espacial (igual que se observa en los procesos agorafóbicos) en los que la persona experimenta mayor inseguridad, ansiedad y deseo de evitación conforme más tiempo lleve fuera de casa y más lejos encuentre de su lugar de seguridad (Bados, 2005; Bados, 2006).

Figura. Versión adaptada a la situación actual debida a la COVID-19 del Modelo explicativo del mantenimiento del trastorno de agorafobia (con o sin pánico). Fuente "Trastornos de pánico y agorafobia" por A. Bados, 2005. En J. M. Farré y M. A. Fullana (coords.), *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*, pág. 36. Copyright de Ars Médica. Modificado con permiso por A. Bados.



A este respecto, es necesario enfatizar que la activación fisiológica o malestar subjetivo que puede ser interpretada catastróficamente ("voy a sufrir un infarto", "me cuesta respirar a ver si voy a estar incubando el coronavirus y vuelvo a iniciar una pandemia o, peor aún, me voy a morir") y dar lugar a la ansiedad o pánico es producida, no por encontrarse en situaciones temidas, sino también por otra amplia variedad de factores implicados en este proceso. Nos

estamos refiriendo al estrés de volver a la rutina, la hipervigilancia debido a que, a pesar de poder salir, sigue estando el virus y hay que llevar a cabo conductas de protección, la activación motora descompensada tras un largo periodo de inactividad y sedentarismo, la reincorporación laboral con objetivos mucho más exigentes debido a la pérdida de más de un mes de trabajo o la ansiedad derivada de encontrarse sin trabajo o en riesgo de quedarse sin él, entre otros. Además, diversas variables mediadoras influyen en que dicha activación sea interpretada de modo más o menos amenazante. Conviene destacar también que, si los modelos teóricos (Bados, 2005) ya establecían que puede llegar a producirse una asociación directa entre ciertas sensaciones corporales y la experiencia de ansiedad o pánico (condicionamiento interoceptivo) sin la necesidad de que se observe la mediación de una interpretación consciente en términos de peligro, en la actualidad esto se vería reforzado y explicado por la incubación de activación fisiológica y ansiedad durante el periodo de cuarentena y por aprendizaje vicario a través de los medios de comunicación. Esto explicaría la posible aparición de ataques de pánico espontáneos o inesperados incluso antes de que se produjera la vuelta a la rutina y el posible desarrollo de sintomatología agorafóbica.

En este sentido, la persona podría afrontar esta situación desde una evitación activa a salir a la calle, pero también desde la configuración de ciertos rituales agorafóbicos en términos de conductas de seguridad o reaseguración (solo voy a determinados lugares, acompañado, etc.) que en ocasiones pueden resultar obsesivos. Todo este conjunto de afrontamientos, tal y como recogen los modelos explicativos clásicos, son claros factores de mantenimiento de la experiencia agorafóbica tanto por un proceso de reforzamiento negativo (alivio), como positivo (sensación de confort y seguridad en casa), así como una reafirmación de posibles esquemas previos.

EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

La evaluación de una problemática tan amplia como la agorafobia se ha implementado desde un enfoque multimétodo. En la actualidad y como ya venían estableciendo diversos autores, tales como Echeburúa y Corral, (1991); Mathews, Gelder y Johnston, (1981) y Mavissakalian y Hamann, (1986), se ha observado que, dado que el estado de confinamiento ha hecho que tengamos que adaptar la evaluación a una versión heteroaplicada y online, las medidas subjetivas (autoinformes y autorregistros) sean preferibles al resto de formatos al permitir una información rápida, razonablemente fiable y que correlaciona satisfactoriamente con los otros tipos de medidas.

A través de entrevista

Es importante tener en cuenta que, dado el carácter más impersonal y distanciado que suponen las terapias telemáticas, es de vital relevancia el juicio clínico del terapeuta que lleve a cabo la intervención.

Así pues, dentro de esta intervención inicial, es importante que se exploren de manera profunda aspectos como: situaciones y lugares evitados; cogniciones del paciente respecto a la

ansiedad y las situaciones temidas; conductas defensivas tanto manifiestas como cognitivas; síntomas fisiológicos y presencia de ataques de pánico y la historia y desarrollo del problema, teniendo en cuenta el criterio temporal. Además, debe incluir una valoración en torno a la gravedad, la interferencia y los recursos con los que cuenta la persona.

Algunas entrevistas que pueden ser de utilidad para sistematizar las sesiones de evaluación son:

- **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV)** (Brown, DiNardo y Barlow (1994); versión española de Botella y Ballester (1997)). Incluye un abanico amplio de preguntas referidas a trastornos comórbidos que pueden facilitarnos el diagnóstico diferencial. Además, posee una versión para niños y adolescentes (ADIS-IV-C, Silverman, Albano y Sandi (2000)) y otra para padres (ADIS-IV-P, Silverman, Albano y Sandi (2011)).
- **Entrevista para la Agorafobia** (Bados, 2000). Permite un acercamiento más específico al trastorno de la agorafobia.

A través de cuestionarios, inventarios y autoinformes

Estos instrumentos se emplearán de forma autoaplicada o heteroaplicada por el terapeuta.

- **Inventario de Agorafobia** (Echeburúa y cols., 1992). Evalúa la evitación a distintas situaciones, tanto sólo como acompañado a nivel conductual, cognitivo y psicofisiológico.

A través de autorregistros y diarios

Del mismo modo que en el caso anterior, se debe convenir con el paciente el intercambio regular de autorregistros y diarios de manera telemática con el fin de complementar información y poder llevar a cabo un análisis funcional individualizado de cara a la intervención.

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

Objetivos para la intervención

Objetivos inmediatos

- Disminución de la incertidumbre relacionada con la COVID-19, su sintomatología asociada y las consecuencias biopsicosociales que ha podido generar.
- Reducción de atención a sensaciones corporales de ansiedad.
- Aprender a identificar y modificar las creencias catastrofistas.

Propios de la intervención

- **Control de la crisis de angustia:** Si el paciente contacta en medio de una crisis reducir los síntomas y dar herramientas para manejar la sintomatología aguda.
- **Aumentar la comprensión del problema y la adherencia al tratamiento:** prestando especial atención a por qué ha surgido en esta situación. Normalizar que pueda tener sintomatología ansiosa sin por ello tener que ser un ataque de ansiedad.
- **Normalización de la situación actual**
 - Reorganización vital, planificación del tiempo e incremento progresivo de actividades agradables: Establecimiento de objetivos vitales a corto y medio plazo
 - Mejora de las habilidades de afrontamiento: Ensalzar y hacer conscientes estrategias que el paciente haya establecido con anterioridad y que han sido eficaces para la resolución de problemas y toma de decisiones
- **Reducción del miedo**
 - Reducción de la ansiedad: Aumentar el conocimiento sobre el modelo teórico que predomina en esta situación, aumentar el conocimiento sobre la verdadera función de la activación fisiológica y aumentar la tolerancia a sensaciones fisiológicas.
 - Eliminación de conductas de evitación y de creencias irracionales asociadas: identificar pensamientos ineficaces y sustituirlos por pensamientos adaptativos.
 - Exposición gradual a situaciones cotidianas: teniendo en cuenta las limitaciones actuales por la COVID-19.
- **Mejora del estado de ánimo**
 - Incremento de conductas gratificantes: y disminución del refuerzo social asociado a la responsabilidad de quedarse en casa.
 - Mejora de emociones aversivas: reducción de la culpabilidad y la minusvaloración por no ser capaz de enfrentarse a la situación y mejora de la identificación, expresión y regulación emocional.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

En la actualidad, existe consenso con respecto a los dos tipos de intervención que claramente muestran una mayor eficacia para abordar la agorafobia: la exposición en vivo (EV) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Bados, 2006; Pérez, 2003; Vallejo, 2012). Así, la evidencia muestra que la exposición en vivo (EV) es la que ofrece resultados más eficaces en la mejora de la sintomatología agorafóbica. Sin embargo, es frecuente que la agorafobia venga acompañada de otro tipo de problemas, como los relacionados con el estado de ánimo, siendo en estos casos cuando podemos contemplar la TCC multicomponente como el tratamiento de elección (Pérez, 2003).

Teniendo en cuenta el tipo de intervención telemática planteada en la guía debemos adaptar las recomendaciones anteriores prestando especial atención a la situación actual y al fenómeno que supone la COVID-19.

- **Proporcionar al paciente una explicación del problema** a partir del modelo teórico propuesto, explicitando qué factores influyen en el origen y mantenimiento de éste y haciendo hincapié en las circunstancias excepcionales vividas debidas a la COVID-19.
- **Validar y normalizar las emociones desagradables** que surgen durante el proceso fomentando su expresión y manejo con estrategias de regulación emocional.
- **Aportar herramientas útiles para el manejo de la sintomatología ansiosa.** Utilizar aquellas que conlleven una distracción del pensamiento y una activación conductual del organismo como la relajación muscular progresiva de Jacobson. En el caso de que el paciente presente sintomatología agorafóbica comórbida con ataques de pánico, psicoeducar en técnicas de desactivación interoceptiva. En todos los casos, esto será guiado de manera telemática y proporcionando por esta vía al paciente material audiovisual de apoyo.
- **Elaborar junto con el paciente un listado de actividades agradables** con el objetivo de mejorar el estado de ánimo y el sentimiento de eficacia personal.
- **Identificar pensamientos ineficaces** y modificarlos por otros más adaptativos y ajustados a la realidad que supone la nueva situación de COVID-19.
- **Explicar la técnica de detención del pensamiento** como estrategia para los pensamientos rumiativos.
- **Explicar la exposición** haciendo hincapié en por qué se ha producido la sensibilización y cómo la habituación hará que su respuesta fisiológica se estabilice dejando de generar malestar.
- **Evaluar los apoyos** cercanos del paciente con la finalidad de contar con un coterapeuta que apoye a la persona durante el transcurso de la exposición. Esta tendrá que ser psicoeducada con anterioridad. Hay que prestar especial atención a que la exposición que se va a planificar sea lo más gradual posible, sobre todo por la imposibilidad de realizarla en presencia del terapeuta.
- La exposición constará de tres fases: en imaginación, simbólica mediante videollamada (el paciente estará en su casa y mediante videollamada se expondrá a situaciones temidas), en vivo con un coterapeuta o con terapeuta a través de llamada o videollamada. Si el contacto es únicamente telefónico o no posee el apoyo de un coterapeuta deberemos planificar sesiones de exposición en imaginación que pueden ser guiadas y siempre adecuadas a cada individuo.
- **Pautar tareas de exposición simbólica o en vivo entre sesiones** teniendo en cuenta la fase del tratamiento. Es importante tener en cuenta que esta puede estar limitada por las circunstancias del momento y deberá volverse a hacer cuando las medidas propuestas por el Estado sean más laxas.
- En el caso de aparición de conductas evitativas o de seguridad durante la exposición, **promover un modelo de conducta adaptativa** facilitando conductas alternativas e incompatibles.
- **Reforzar todos los progresos** que el paciente va alcanzando por pequeños que sean, reduciendo las emociones desagradables que puedan surgir ante las dificultades encontradas.
- A modo de prevención de recaídas, **elaborar una agenda de rutinas entre las que se incluyan las tareas de exposición semanal.** De manera que se otorgue al paciente una estructura externa que le ayude a iniciar aproximaciones sucesivas a distintas situaciones.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.ª ed. revisada). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: ed. Pirámide
- Bados, A. (2005). Trastorno de pánico y agorafobia. *JM Farré y MA Fullana (Coords.), Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*, 35-46.
- Bados, A. (2006). *Tratando... pánico y agorafobia*. Ediciones Pirámide.
- Botella, C. & Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca (versión para trastorno de pánico y agorafobia)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation/Graywind Publications Incorporated.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1991). Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (eds.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*, Siglo XXI, Madrid.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Bajos, E. G., Rovira, D. P., & Mas, M. B. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y modificación de conducta*, 18(57), 101-123. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Inventario+de+Agorafobia&btnG=
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T.; & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry*, 87, 123-127. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.10.003
- Mathews, A.M., Gelder, M. y Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia. Nature and treatment*, Guilford Press, Nueva York. Recuperado de: https://journals.lww.com/jonmd/Citation/1984/06000/Agoraphobia__Nature_and_Treatment.15.aspx
- Mavissakalian, M. y Hamann, M. (1986). Assessment and Significance of Behavioral Avoidance in Agoraphobia, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, pp. 317-326. doi: <https://doi.org/10.1007/BF00960729>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- Silverman, W. K., Albano, A. M., & Sandín, B. (2000). *ADIS-IV: C: entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes según el DSM-IV: entrevista para el niño*. Klinik.
- Silverman, W. K., Albano, A. M., & Sandín, B. (2011). *ADIS-IV: P: entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV: entrevista para los padres*. Klinik.

COMPLICACIONES TRAUMÁTICAS

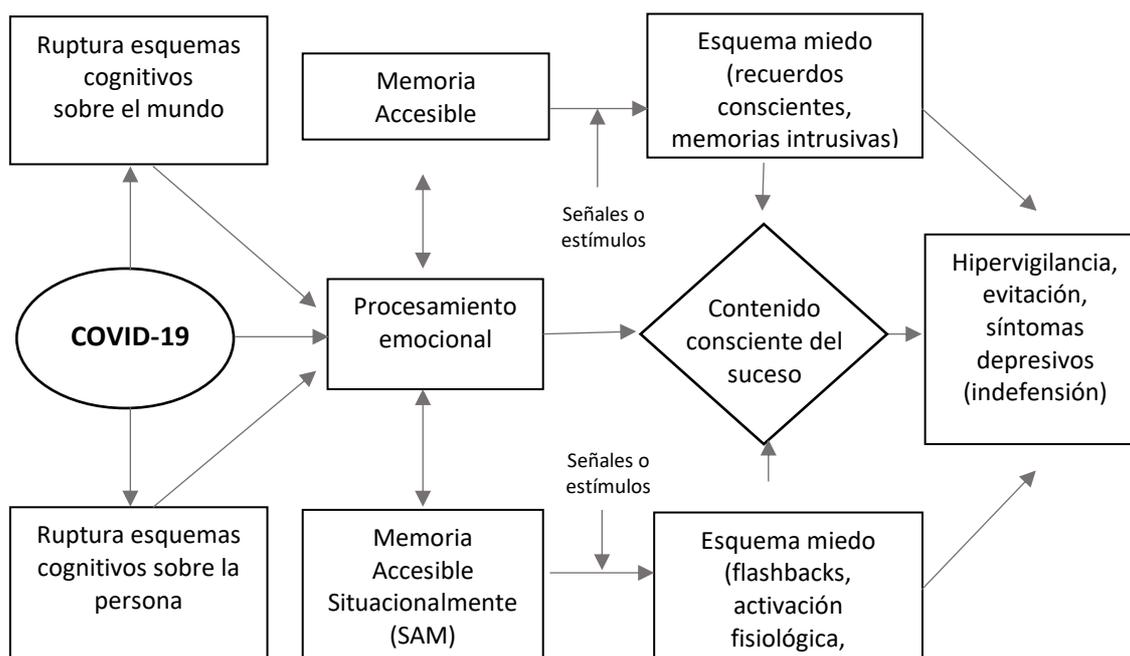
Rocío Florido, Ana Martínez-Bernardo y Juan J. Rodrigo

La crisis sanitaria de la COVID-19 supone un escenario sin precedentes que puede suponer un impacto traumático en las personas. Este escenario y sus características puede provocar una ruptura de los esquemas básicos en la población general que podría dar lugar a sintomatología de corte traumático. Sin necesidad de llegar a consolidar un cuadro de Estrés Postraumático, ciertas reacciones psicológicas como el embotamiento emocional o la reexperimentación podrían aparecer como consecuencia de un periodo prolongado de exposición a varios estresores que han modificado notablemente la vida de las personas durante semanas. Este conjunto de reacciones podría ser concebido como estrés o trauma agudo.

Por un lado, la situación de confinamiento y de alarma sanitaria surgió y se consolidó en nuestro país en un periodo muy corto de tiempo, suponiendo un impacto mayor debido a la imposibilidad de anticipar la situación y contribuyendo a la vivencia de esta como inesperada e impredecible, lo que explicaría el impacto traumático (Echeburúa y de Paz, 2009). A su vez, este corto periodo de tiempo ha influido en la ruptura brusca con las rutinas y el día a día, imposibilitando una adaptación paulatina a las medidas de urgencia. Así, se ha pasado de estar realizando las tareas y actividades con normalidad, a tener que paralizar nuestro funcionamiento habitual en cuestión de días. Esto se suma a la extensa duración del periodo de confinamiento por cuarentena, factor asociado con la aparición de sintomatología postraumática (Brooks et al., 2020). A esta ruptura de la cotidianidad se une la posible ruptura de esquemas básicos acerca de cómo se concibe la sociedad y de la idea que se tiene de seguridad, claramente desafiada por la situación actual. Estos eventos se suman a la información con la que contamos acerca de las alarmas y peligros a los que estamos expuestos, afectando directamente en nuestra percepción de confianza básica. A esto se añade la imposibilidad de anticipar y el bajo control interno hacia la situación, ambos procesos relacionados con factores de riesgo para desarrollar reacciones de estrés agudo (véase Figura 1).

A esta generalidad se añaden situaciones particulares o individuales que podrían desafiar la capacidad de procesamiento de la persona. Diferentes modelos explicativos ponen su énfasis en cómo determinadas experiencias exceden nuestra capacidad de procesamiento emocional (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991); Kushner, Riggs, Foa y Miller, 1993), lo que a su vez favorece una mala asimilación de estas (Brewin, 2007; 2014) sin que exista oportunidad a darles un significado cognitivo y emocional (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003). En la medida que este tipo de vivencias no son procesadas, existe la posibilidad de que el individuo se vea afectado por las mismas en su funcionamiento diario con la aparición de sintomatología como hiperactivación, ruptura de esquemas, embotamiento, pesadillas, reexperimentaciones, entre otros.

Figura. Modelo explicativo del impacto traumático producido por COVID-19 (adaptado de Foa y Kozak, 1986; y Brewin, 2007; 2014)



EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

A través de entrevista

- Información relacionada con las circunstancias experimentadas asociadas a la COVID-19 que han generado el impacto traumático en el solicitante (fechas, situaciones vividas, narrativa construida, sintomatología actual, grado de interferencia, entre otras).
- Es conveniente facilitar información y normalizar las reacciones que la persona cuente.
- En todos los casos se evalúa ideación suicida.

Se recomienda la entrevista estructurada Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) de Echeburúa, Amor, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz (2016).

A través de cuestionarios y autorregistros

Estos instrumentos no están diseñados *ad hoc* para evaluar el impacto traumático que ha podido ocasionar la COVID-19 en la población general, ni están diseñados para su aplicación a distancia ni heteroaplicada. No obstante, se incluyen en este módulo para que sirvan como guía y modelo que pudiera inspirar la evaluación por parte del profesional.

- El Inventario de cogniciones postraumáticas de Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo (ICPT; *Posttraumatic Cognitions Inventory- PTCI*, 1999) en su traducción a castellano (Muñiz y Hambleton, 1996).
- La Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) de Crespo, Gómez y Soberón (2017).

Por último, también es interesante considerar la posibilidad de evaluar a través de auto-registros (e.g., pensamientos intrusivos) (Labrador, Crego y Rubio; 2003).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

Objetivos para la intervención

El plan de tratamiento siempre estará elaborado *ad hoc* para el caso en concreto, por lo que no se hace alusión a las posibles especificidades de cada caso. Se propone los siguientes principios generales (adaptado de Labrador, Crego y Rubio, 2003).

1. Ofrecer una explicación de los mecanismos de origen y mantenimiento que explican el impacto traumático generado por la situación vivida (tanto verbal como escrito), así como la sintomatología específica y su posible evolución.
2. Fomentar la regulación emocional.
3. Reducir los niveles de activación fisiológica.
4. Reducir posible sintomatología asociada al impacto (p.ej., estado de ánimo bajo).
5. Involucrar a la familia y allegados en el tratamiento.
6. En caso de ser necesario, poner al alcance de la persona grupos de apoyo y tratamientos más intensivos.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Dada la particularidad de la intervención breve a distancia y las características sensibles de la experiencia traumática, la intervención debe ir dirigida principalmente a la promoción de la experiencia emocional.

- La ventilación emocional no ha de ser forzada por el terapeuta, el cual favorecerá una expresión “espontánea” del usuario que respete necesidades y momentos. Una exposición “forzada” al relato traumático puede dar lugar a efectos iatrogénicos (p.ej., reexperimentación).
- Utilizar técnicas de desactivación fisiológica (p. ej., respiración diafragmática).
- Utilizar la psicoeducación como mecanismo de comprensión de la experiencia emocional de tal forma que aporte información sobre la sintomatología.
- Normalizar la experiencia, haciendo hincapié en la excepcionalidad de la situación y en el carácter dinámico de las emociones.
- En la medida que el usuario se muestre receptivo, promocionar técnicas que favorezcan el reprocesamiento (p. ej., técnicas narrativas). En este caso será esencial realizar un seguimiento de la tarea y tomar las medidas correctoras necesarias.
- Implantar pautas dirigidas al autocuidado, la higiene del sueño, el incremento del estado de ánimo, etc., y fomentar que, en la medida de lo imposible, el usuario normalice su rutina diaria.
- Valorar en profundidad la necesidad de tratamientos intensivos y comunicar la posibilidad de implantar complementariamente los mismos en el momento actual o más adelante en

función de la urgencia. La urgencia ha de valorarse en función de (1) nivel de interferencia en la rutina diaria, (2) intensidad de la sintomatología traumática y (3) ideación autolítica resultante de la ruptura de esquemas provocada por el impacto traumático.

REFERENCIAS

- Brewin, C. R. (2007). What is it that a neurobiological model of PTSD must explain? *Progress in Brain Research*, 167, 217-228.
- Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 140(1), 69.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Crespo, M., Gómez, M. M. y Soberón, C. (2017). EGEP-5. *Evaluación global de estrés postraumático*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Echeburúa, E. y de Corral, P., 2009. Trastorno de Estrés Postraumático. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología* (Vol. 1). McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P. y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F y Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*, 11(3), 303.

PROCESOS OBSESIVOS COMPULSIVOS

Teresa Pousada y Ainara Gómez-Zubeldia

Los pocos estudios con los que contamos ya adelantan que la actual pandemia de COVID-19 puede incrementar el riesgo de la población a padecer trastorno obsesivo compulsivo (Li et al, 2020; Thakur, 2020).

Ya desde los modelos más clásicos se postula el valor reforzante de las compulsiones (p. ej., Mowrer, 1939). En este sentido, una persona llega a emitir una compulsión como forma de alivio y neutralización de una preocupación que se configura en forma obsesiva. No nos resulta difícil imaginar que, debido a la pandemia y las constantes recomendaciones de las autoridades sanitarias, la población asocie algunas acciones, como por ejemplo el no lavarse las manos o no comprobar su temperatura corporal, con contagiarse por coronavirus o con el agravamiento de la COVID-19 respectivamente. Además, el mensaje sanitario es preciso, lavarse mucho es bueno por lo tanto es útil. Parece claro que este contexto podría conformar un factor precipitante de conductas compulsivas de limpieza y/o comprobación, por ejemplo. A pesar de esto, hay que tener en cuenta que no todas las personas tienen la misma probabilidad de desarrollar este problema. Algunos estudios plantean que aquellas personas más vulnerables tendrán tendencia a expresar reacciones emocionales muy fuertes ante pensamientos que podría tener cualquier persona en esa situación. En este caso esos pensamientos estarían relacionados con el contagio (muy comunes y esperables en esta situación) pero las personas vulnerables les atribuirán una connotación negativa con sensación de descontrol, malestar y ansiedad. Esa percepción de descontrol puede ser resuelta y neutralizada con conductas y rituales de limpieza y comprobación que van más allá de las propias recomendaciones sanitarias.

Dado que las autoridades sanitarias estarán insistiendo constantemente en los peligros de contagio y en las acciones que se deben llevar a cabo para evitarlo, será necesario diferenciar entre los pensamientos negativos relacionados con el mismo y las denominadas obsesiones (Salkovskis, 1985). Las obsesiones suelen ser reconocidas como intrusivas, egodistónicas y, lo que es más diferencial con los pensamientos negativos, reconocidas como irracionales.

No obstante, diferenciar lo normal y lo problemático en este contexto es complejo. Es importante tener en cuenta el factor de interferencia en la vida diaria y los costes que esta dinámica está generando en el individuo (por ejemplo, heridas en las manos, rituales de horas para salir o entrar en casa, etc.)

Algunos trabajos apuntan a la situación actual no sólo como un precipitante sino también como un factor de mantenimiento. Esto debe orientar acciones terapéuticas dirigidas al momento presente, pero con la vista puesta en el medio y largo plazo ante la posibilidad de que los comportamientos problemáticos cesen una vez que la situación se normalice.

Por todo esto, consideramos pertinente elaborar un protocolo de actuación orientado a las obsesiones y compulsiones patológicas que puedan aparecer a consecuencia de la pandemia de COVID-19, en el que se plantearán las siguientes pautas de evaluación e intervención.

EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

La evaluación de esta problemática deberá incluir entrevista, autorregistros y cuestionarios. Debemos recabar información tanto de las obsesiones como de las compulsiones que presenta la persona. No obstante, en la situación presente, no todo está disponible por lo que los esfuerzos de la entrevista deben centrarse en operativizar las conductas problema valorando el nivel de interferencia de estas.

En la entrevista es importante recoger información de los antecedentes de las obsesiones, de las consecuencias anticipadas por el individuo en el caso de no realizar las compulsiones, de las variables disposicionales así como del malestar y la interferencia en la vida de la persona que generan estos procesos. Podremos también realizar test conductuales, sometiendo a la persona a distintas situaciones de exposición, a situaciones que desencadenan sus obsesiones y evaluar el grado subjetivo de necesidad de compulsión, el tiempo que resiste la exposición, etc.

No debemos olvidar que, el hecho de que las autoridades sanitarias adviertan continuamente del peligro de contagio y de las medidas a tomar para evitarlo, facilitará que toda la población esté más atenta a las medidas de higiene pertinentes para evitar el contagio de lo que estaba antes de la pandemia. Será por este motivo que la interferencia y el malestar cobrarán especial importancia en la evaluación de este trastorno en las circunstancias en las que nos encontramos actualmente.

Como apoyo se puede utilizar de manera heteroaplicada algunos cuestionarios que nos permitirán indagar, además, la posible existencia de otros problemas obsesivos en otras áreas.

Algunos ejemplos serían:

1. **Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale** (YBOCS; Goodman, 1991). Su tercera parte evalúa tanto el tiempo que se invierte en las obsesiones y compulsiones como la interferencia que suponen el estrés que produce, el grado de resistencia y la percepción de control que tiene la persona.
2. **Obsessive-Compulsive Inventory** (OCI; Foa, 1998). Además de evaluar la frecuencia de los síntomas nos da una medida del malestar que éstos producen.

Debido a la comorbilidad que este trastorno presenta con la depresión, sería de interés realizar también screening acerca de la interferencia que puede estar teniendo en el estado de ánimo de la persona con algún cuestionario como el **Inventario de Depresión de Beck II** (BDI II; Beck, Steer y Brown, 1996).

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

Objetivos para la intervención

- **Reducir la valoración negativa de los pensamientos** intrusivos, recurrentes, incontrolables y egodistónicos: las obsesiones.
 - **Disminuir el valor, la importancia y el significado que se le otorga a las obsesiones** (la sobreestimación de su poder e importancia) y como consecuencia, el malestar asociado a éstas y su frecuencia
 - **Cambiar o modificar ideas disfuncionales** relacionadas con sesgos como la responsabilidad exagerada, el perfeccionismo, la sobrevaloración del peligro o amenaza, la intolerancia a la incertidumbre, la peligrosidad de la ansiedad y la necesidad de controlar los pensamientos.
 - **Reducir y/o eliminar la frecuencia y duración** de las compulsiones, conductas neutralizadoras o de evitación.
- **Incrementar la conciencia de la persona** sobre los elementos que están funcionalmente relacionados con el problema, con el fin de que aumente la comprensión de este, se adhiera al tratamiento y se prevengan posibles recaídas, facilitando que pueda aplicar estrategias más eficaces para afrontar los problemas y estresores cotidianos.
- **Ayudar a la persona a discernir entre las conductas compulsivas** (lavarse las manos para reducir el malestar y ansiedad que le genera pensar que puede estar contaminado o contagiado sin causa aparente) a conductas ajustadas y adaptadas a la situación extraordinaria propia de COVID-19 (lavarse las manos con más frecuencia y rigurosidad como recomendación y pauta sanitaria)
- **Incorporar a la persona a su medio con normalidad** sin olvidar el ajuste y la adopción de las medidas propuestas por el ministerio de sanidad.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

El contexto terapéutico en el que se enmarca esta intervención no permite hacer una aplicación de exhaustiva, sistemática e intensiva de los tratamientos empíricamente validados para el TOC (Chambless y Ollendick, 2001)

No obstante, la intervención puede tener especial importancia como factor de prevención de conductas y pautas que ayuden a mitigar los síntomas y a proporcionar un manejo de los mismos.

A continuación, se exponen las técnicas eficaces y empíricamente validadas para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo con relación a los objetivos establecidos en líneas anteriores mediante pautas y recomendaciones dirigidas al usuario. Es fundamental adaptar el tratamiento a la individualidad de cada persona atendiendo al análisis funcional de su conducta y en especial, a la situación actual y al fenómeno COVID-19.

- **Informar a la persona acerca de lo que le pasa**, explicando los factores y aspectos relevantes que ayuden a comprender el origen y mantenimiento del problema (Abramowitz, 2007).

- **Normalizar las emociones como la ansiedad** que surge y comprender los síntomas asociados al problema (Abramowitz, 2007).
- **Identificar los pensamientos sesgados o distorsionados** y cambiarlos por pensamientos más adaptativos y realistas (Belloch et al, 2011).
- **Ejemplificar con la persona atendida los diferentes sesgos o distorsiones** presentes en el TOC (sobrestimación de la importancia, exageración de responsabilidad, el perfeccionismo, la peligrosidad de la ansiedad, la necesidad de control, la sobrevaloración de la amenaza o peligro...) (Wells, 2009).
- **No discutir la irracionalidad de las obsesiones.** Ofrecerle la posibilidad de descubrir las creencias y esquemas disfuncionales que están en la base de sus obsesiones (Belloch et al, 2011).
- **Modificar la relación que mantiene la persona con sus pensamientos obsesivos** (contemplación del pensamiento, repetición y agradecimiento de este). No controlarlos. Enseñar a diferenciar entre pensamiento y acción (Blackledge, 2015).
- **Exponer a la persona de manera gradual** a las situaciones, pensamientos o imágenes temidas (obsesiones) sin llevar a cabo el ritual o conducta neutralizadora de malestar (compulsiones manifiestas), comprobando la curva de la ansiedad (Marino et al, 2008).
- **Facilitar un modelo de conducta adaptativa** y afrontamiento activo que observe e imite, adquiriendo nuevos patrones de conducta (Labrador, 2008).
- **Pautar o prescribir lo más temido para la persona** de manera que se detenga la tendencia a evadir y controlar sus pensamientos mediante rituales. Informarle de la renuncia a los intentos previos de control y la aparición o aumento de sus síntomas (Nardone, 2013).
- **Exponer al pensamiento** y prevenir los rituales mentales (compulsiones encubiertas) a través de grabaciones de audio (Leahy et al, 2000).
- **Invitar al paciente a la aceptación y atención plena de sus pensamientos,** incluidos los obsesivos en lugar de al juicio o rumiación de estos, reduciendo el malestar emocional y, por consiguiente, la compulsión (Liu et al, 2011).

REFERENCIAS

- Abramowitz, J.S. (2007). Trastorno obsesivo compulsivo. México: Editorial El manual moderno.
- Barlow, D. H. (1988). Obsessive-compulsive disorder En Barlow, D. H. (Ed.) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford press.
- Belloch, A.; Cabedo, E. y Carrió, G. (2011). *TOC, obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología* (Vol. 2). McGraw-Hill.
- Blackledge, J.T. (2015). *Cognitive Defusion in practice. A Clinician's Guide to Assessing, Observing & Supporting change in your client*. USA: New Harbinger Publications.
- Casal, G. B., & Sánchez, M. P. B. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos. En *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 219-257).
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology, 52(1)*, 685-716.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

- Leahy, R.L. y Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guildford Press
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., ... & Xiang, Y. T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732.
- Liu, X., Han, K. y Xu, W. (2011). Effectiveness of mindfulness-based cognitive behavioral therapy on patients with obsessive-compulsive disorder. *Chinese Mental Health Journal*, 25(12), 915-920.
- Marino Perez, A.; Fernández, J.R.; Fernández, C. y Amigo, I. (2008). *Guía de tratamientos eficaces II*. Editorial: Pirámide, Madrid.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological review*, 46(6), 553.
- Nardone, G. (2013). *El arte de la estratagema: cómo resolver problemas difíciles con soluciones simples*. Barcelona: Herder.
- Pareja, M. A. V. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Dykinson.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.
- Thakur, J. S. (2020). Novel Coronavirus Pandemic may worsen existing Global Noncommunicable disease crisis. *International Journal of Noncommunicable Diseases*, 5(1), 1.
- Wells, A. (2009). *Emotional disorders and metacognition*. Chichester, UK:Wiley.

AISLAMIENTO Y TRASTORNO MENTAL GRAVE

Ana A. Antón, Silvia González del Valle y Alejandro Miguel-Álvaro

La situación de cuarentena generada por la COVID-19 se caracteriza por haber aumentado los niveles de estrés y de incertidumbre de la población. En este escenario, las personas que previamente al inicio de la crisis padecían algún trastorno mental son especialmente vulnerables y la evolución de su sintomatología puede verse agravada (COP-M, 2020; Yao, Chen & Xu, 2020). Además, sus familiares o cuidadores se encuentran del mismo modo en una situación de especial vulnerabilidad debido a que deben lidiar con el empeoramiento de los síntomas y aprender a manejar la situación en un contexto de recursos limitados.

Este grupo poblacional es un sector tradicionalmente invisibilizado (Confederación de Salud Mental de España (2020), y sobre el que las carencias del sistema en su reconocimiento y atención se revelan de manera clamorosa ante una situación de emergencia como la generada por la COVID-19, justo cuando más necesitan de apoyo. Por todo ello, se percibe la necesidad de suministrar pautas y guías específicas para este tipo de población y sus familiares.

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

En la intervención con pacientes

En la intervención con personas con trastorno mental grave, deterioro cognitivo o discapacidad, se recomiendan las siguientes orientaciones destinadas al profesional que desarrolle el abordaje telefónico (COP-M, 2020; Confederación Salud Mental España, 2020).

1. **Identificar y explorar la sintomatología presente en el llamante.** Realizar un diagnóstico precoz de lo que está sucediendo, si hay trastorno mental previo por si hubiera alguna descompensación. La intervención temprana ante los signos de descompensación evitará un número significativo de situaciones urgentes de alto riesgo.
2. **Explorar y valorar la existencia de conductas autodestructivas o ideación suicida.** En caso de detectar la presencia de estas, valorar el nivel de riesgo y aplica el protocolo de Ideación autolítica.
3. **Detectar las principales preocupaciones del llamante.** Utilizar para ello la escucha activa y la empatía, validando sus respuestas emocionales y normalizándolas.
4. **En caso de dificultades con la medicación o preocupaciones relacionadas con su enfermedad, remitir a su centro de salud o centro de salud mental.** Es posible que el llamante tenga un personal sanitario de referencia al que pueda consultar si tiene dudas o preguntas acerca de su medicación o problemática.

En la intervención con cuidadores

En la intervención con familiares y/o cuidadores de personas con trastorno mental grave, deterioro cognitivo o discapacidad, se recomiendan las siguientes orientaciones destinadas al profesional que desarrolle la intervención (Candela, 2020; COP-M, 2020; OMS, 2020).

1. **Fomentar la ventilación emocional.** Para ello, además:
 - Escuchar con empatía y escucha activa, validando las emociones que presenta la persona, y normalizándolas.
 - Normalizar las emociones de ansiedad, enfado, estrés, agitación y retraimiento de las personas con discapacidad o enfermedad mental durante el periodo de aislamiento.

2. **Ofrecer psicoeducación.**
 - Centrada en proporcionar información sobre la psicopatología / patología que presenta la persona bajo cuidado. Facilitará la comprensión del problema y del rol de cuidador/a, de las consecuencias asociadas a la problemática y de la validación emocional de la persona cuidada.
 - Sobre el rol de cuidador/a y la necesidad de procurarse cuidados así mismo/a.
 - Sobre las conductas autodestructivas y/o ideación suicida en los casos que sea necesario. Su función, motivo de aparición y características, así como señalando la necesidad de no ser ignoradas y/o reforzadas dependiendo del momento en el cuál aparezcan. Petición de ayuda profesional o de emergencias en los casos que sea necesario.

3. **Promover la autoeficacia y el manejo de la problemática presente.** Para ello:
 - Evocar y potencia sus propias experiencias de éxito como cuidador en el pasado.
 - Anticipar las consecuencias positivas del éxito.
 - Utilizar las propias afirmaciones que presente el/la llamante relacionadas con la competencia, parafraseándolas y reflejándolas.
 - Potenciar el uso estrategias de afrontamiento adecuadas, resolución de problemas, comunicación, empatía y asertividad.

4. **Detectar las creencias del cuidador que llama a propósito de su dedicación, disponibilidad de tiempo y responsabilidad para con el enfermo, y fomentar el cuestionamiento de estas.** Para ello:
 - Escuchar con empatía y validar las emociones que producen las creencias.
 - Identificar las creencias relacionada con pensar que no se dispone de ningún momento para dedicarse a sí mismo, capacidades y limitaciones del cuidado, pensamientos de debilidad en la petición de ayuda o delegación de cuidado, pensamientos sobre el egoísmo de reclamar tiempo para él mismo, posibilidad de fallar, no llegar a todo, etc.
 - Cuestionar desde un marco del debate socrático y facilita la reestructuración de dichas creencias.
 - Favorecer someter las creencias a pruebas de realidad.

5. **Observar la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y ofrecer pautas centradas en ella.** Para ello:

- Ofrecer psicoeducación sobre sintomatología ansioso-depresiva.
- Ofrecer estrategias de afrontamiento para las mismas.
- Fomentar la activación conductual, el entrenamiento en relajación y el uso de técnicas de desactivación fisiológica.
- Detectar creencias relacionadas o que fomenten la aparición de la sintomatología y usar técnicas cognitivas con ellas.

-

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Pautas específicas para el llamante con trastorno mental grave

- Tener disponible los recursos prácticos necesarios (teléfonos de atención, urgencias, sociosanitarios, etc.), mantener el contacto con el servicio de salud mental de referencia y las pautas de medicación (asegurando su provisión).
- Mantenerse informado de la situación actual, evitando la sobreinformación y utilizando las vías de información veraz y contrastada.
- Mantener rutinas diarias y establecer rutinas nuevas (establecimiento de horarios) continuando y fomentando hábitos de vida saludables, rutinas de higiene, alimentación, sueño, ejercicio físico adaptado.
- Fomentar el apoyo social y el contacto social (uso de nuevas tecnologías). Compartir con ellos sus preocupaciones y realizar ventilación y expresión emocional.
- Realizar actividades agradables y de ocio (listado y planificación de actividades).
- Uso de técnicas de relajación centradas en mantenerse relajado y favorecer la gestión emocional.
- En los casos necesarios (instrucción de 19 de marzo de 2020, del Ministerio de Sanidad), las personas con discapacidad y/o alteraciones conductuales agravadas por la situación de confinamiento (y su acompañante en caso necesario), pueden realizar los desplazamientos que sean precisos, adoptando las medidas necesarias para evitar el contagio. Para ello, deben portar:
 - D. N. I y Documento acreditativo del grado de discapacidad.
 - Informe de facultativo sanitario o social sobre el estado de salud y la necesidad de salida terapéutica.
 - Informes complementarios, en caso de poseerlo, que se describan las necesidades individuales y/o la existencia de dificultades conductuales.
 - Copia de la instrucción del 19 de marzo de 2020.
 - Justificante del centro de salud, si la salida tenía como motivo acudir a una cita médica.

Pautas específicas para cuidadores

Además de las pautas específicas para las personas con trastorno mental grave se puede facilitar las siguientes, teniendo en cuenta las características y necesidades individuales:

- Mantener un ambiente familiar tranquilo, fomentando una adecuada comunicación (sin actitudes defensivas o acusatorias).
- Solicitar ayuda en los momentos necesarios y repartir las tareas de cuidado siempre que sea posible.
- Organizar el tiempo con objetivos realista, adaptados y priorizando las acciones urgentes.
- Mostrarse flexible ante situaciones que surjan y el cambio de necesidades, transmitiendo y mostrando calma a la persona cuidada.
- En los momentos de agotamiento emocional o físico, en la medida de lo posible y con los recursos disponibles, buscar un espacio para poder desahogarse y distraerse.
- Transmitir la información por medio de datos sencillos, concisos y claros, sin contenido alarmista. Usando un lenguaje adaptado y medios de apoyo.
- Favorecer la autonomía, toma de decisiones y la percepción de autoeficacia de la persona cuidada. Respetar sus tiempos y espacios.
- Evitar elementos de riesgo en las zonas de uso de la persona cuidada.
- Facilitar espacios y oportunidades de expresión emocional, así como, comprender los estados emocionales, respetarlos y validarlos. Ofrecer información necesaria para calmar dichos estados.
- No acceder a demandas arbitrarias o sin fundamento, a largo plazo puede resultar más difícil establecer límites. Además, resolver los conflictos, describiendo el comportamiento que ha detonado el conflicto y el comportamiento o acción deseada (mensajes yo).
- Observar los posibles cambios de comportamiento y las causas de estos.

Recursos adicionales

AMAFE, Asociación Española de Apoyo en Psicosis, colabora en su página web con actividades de estimulación cognitiva, ejercicios de relajación, tablas de ejercicios deportivos para hacer en casa destinados a personas con trastorno mental. <https://www.amafe.org/amafe-y-el-covid-19>

REFERENCIAS

- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920
- Candela, R. (2020). *Cómo afrontar el aislamiento en casa con menores con discapacidad y trastornos del desarrollo*. Luchadores Ava fundación. Recuperado en <https://fundacionluchadoresava.org/como-afrontar-el-aislamiento-en-casa-con-menores-con-discapacidad-y-trastornos-del-desarrollo/>
- Colegio oficial de la psicología de Madrid (2020). *Guías temáticas recomendaciones sectoriales: Guía para cuidadores*. Recuperado en <https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1466/guias-tematicas-recomendaciones-sectoriales-guia-cuidadores>
- Colegio oficial de la psicología de Madrid (2020). *Guías temáticas recomendaciones sectoriales: Guía de intervención para personas con enfermedad mental y discapacidad*. Recuperado en

https://www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/Recomendaciones_Gui%CC%81apersonas_Mental.pdf

Confederación Salud Mental España (2020) *Intervención con personas con problemas de salud mental ante la situación de emergencia ocasionada por el covid-19*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/intervencion-salud-mental-seguridad-fuerzas-armadas-covid19/>

Confederación Salud Mental España (2020). *Tengo problemas de salud mental y he de quedarme en casa, ¿qué puedo hacer?* Recuperado en <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Recomendaciones-salud-mental-covid19.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*. Recuperado en <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>

Sociedad Española de Psiquiatría (2020). *Cuide su salud mental durante la cuarentena por coronavirus*. Recuperado en <https://gacetamedica.com/profesion/salud-mental-y-covid-19-consejos-para-combatir-el-aislamiento-por-la-pandemia/>

Yao, H., Chen, J.-H., & Xu, Y.-F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4).

PSICOLOGÍA POSITIVA PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR Y LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Carmen Valiente y Gonzalo Hervás

En estos días de dificultad, incertidumbre y aislamiento forzoso por un bien mayor, la superación de la pandemia de C-19, tenemos que manejar y regular nuestras emociones. Hay muchas estrategias que se expondrán en esta guía para manejar las emociones negativas. Sin embargo, en este apartado hablaremos de cómo utilizar y potenciar las emociones positivas.

Las emociones positivas y el bienestar son algo que todos queremos experimentar que, además, tienen algunos beneficios secundarios interesantes. Se han asociado con un menor riesgo de desarrollar síntomas de salud mental (Keyes, Dhingra y Simoes, 2010; Wood y Joseph, 2010) y un mejor funcionamiento, resistencia y satisfacción con la vida (Fredrickson y Joiner, 2002).

Afortunadamente, contamos con intervenciones muy sencillas que pueden ayudar a aumentar emociones positivas y fomentar nuestra resiliencia y capacidad para hacerle frente al estrés y dificultades. De acuerdo con la teoría de Barbara Fredrickson, Broaden-and-Build Theory (Fredrickson, 2001), las emociones positivas nos permiten ser más resilientes al incrementar nuestros recursos sociales, mentales y emocionales; lo cual se convierte en una “reserva emocional positiva” que nos ayuda en tiempos de adversidad, construimos relaciones de apoyo mutua para superar momentos difíciles, y somos capaces de pensar más creativamente para resolver problemas.

ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES

La idea es ayudar a la persona a centrarse en aspectos asociados al bienestar, sin negar la existencia de lo negativo, focalizando la energía en generar experiencias positivas y acciones congruentes con lo que es importante para los usuarios, incluso aunque la situación objetivamente no sea buena.

Es importante que el psicólogo trate de establecer relaciones horizontales con los usuarios. Algunas de las cosas que se pueden hacer para favorecer estas relaciones son las siguientes:

- Mostrar una afectividad y una actitud positiva hacia el usuario.
- Dar espacio a las quejas y sentimientos negativos de la persona, empatizando y reconociendo lo difícil de la situación (de forma que no sea vea el enfoque positivo como una invalidación o como un distanciamiento emocional).
- Evitar adaptar un rol que marque distancia o de experto, así como posturas autoritarias o de superioridad.
- Mantener una actitud empática ante las dificultades y frustración asociadas al cambio de foco hacia lo positivo. Es habitual que les cueste desligarse de los pensamientos y emociones negativas, y que piensen que no van a ser capaces de generar emociones positivas.

- Hacer breves auto-revelaciones apropiadas en relación a la confianza establecida.

PROPUESTA DE PAUTAS ESPECÍFICAS AL USUARIO

Aquí hay algunas consideraciones sobre cómo incorporar estas estrategias de la psicología positiva en la vida mientras de dure la cuarentena (ver Parks, & Schueller, 2014):

1. **Dar un marco para entender la importancia.** Explicarle al usuario que ante situaciones de tristeza o de estrés, automáticamente tendemos a desconectarnos de lo positivo, y eso genera un círculo vicioso: pasar mucho más tiempo del habitual sin experimentar ninguna sensación positiva, potencia el malestar.
2. **Mantener las emociones positivas**
 - *Comparte noticias positivas y agradables con los demás.* Comunica los sentimientos positivos directamente o digitalmente, nos dará la oportunidad de prolongar esas emociones positivas. Espontáneamente muchos de nosotros compartimos con los demás chistes o memes graciosos sobre el coronavirus que nos hacen reír y sonreír de nuevo al compartirlo.
 - *Ejercicios de saboreo.* El saborear los sentimientos y experiencias positivas pueden ayudarnos realmente a prolongar las emociones positivas prolongadas. Una forma sencilla de saborear es planificar actividades placenteras (ej. saborear un café caliente, escuchar música) y comprometerse plenamente con ese momento, tratando de captar la esencia a esa actividad prestando atención con todos nuestros sentidos (ej. olor, sensación al tomar ...). Disfruta con los sentidos: concéntrate, por ejemplo, en la dulzura de un alimento, o en la calidez del sol cuando sales a dar un paseo o de la música. Procura mantenerte en el presente y prestar atención a las sensaciones físicas.
 - *Evoca recuerdos positivos.* Rememorar momentos y experiencias positivas con las personas que te rodean es algo que todos podemos hacer, es fácil si sacamos el álbum de fotos o revisamos la fototeca de nuestro portátil. Selecciona aquellos que no generan nostalgia ni malestar, sino una sensación de netamente positiva (de alegría o de orgullo, por ejemplo). Revivir los acontecimientos más felices de tu vida sirve para prolongar las emociones positivas. Para ello, piensa en uno de los días más felices de tu vida, y reavívalo en tu cabeza como si rebobinaras una cinta de video y volvieras a verlo. No lo analices, límitate a saborearlo.
 - *Identifica tu mejor YO.* Piensa en momentos en lo que hayas mostrado tus mejores facetas, tus fortalezas. Piensa como puedes ponerlas en práctica durante la cuarentena. En este link puedes identificar tus fortalezas (<https://www.authentic happiness.sas.upenn.edu/es/testcenter>). Una vez que las tengas identificadas, selecciona aquella con la que más te identifiques, la que más energía te genere cuando la pones en práctica. Y ahora, ponlas a “trabajar”. Seguro que puedes hacer algo para que estén más presentes en estos días.
 - *No pierdas de vista tus valores.* Ahora que tienes tiempo en tus manos, no dejes que la pereza o tus temores te detengan, utilízalo para realizar esas cosas que son importantes para ti (ej. pasa tiempo jugando con tus hijos o hablando con tu madre o haciendo una maqueta con tu padre o cocinando con tu pareja, practicando tu instrumento favorito,

escribiendo cuentos...). Puede utilizar los ejercicios de Terapia de Aceptación y Compromiso para identificar valores y poner en marcha acciones congruentes con estos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

3. Aumentar las emociones positivas

- *Presta atención a las pequeñas experiencias positivas de cada día.* Si no estás atento, y no te encuentras bien te pasarán desapercibidas, pero si lo intentas podrás algunas cada día. Presta atención a la presencia de emociones positivas, anota mentalmente las que vas sintiendo cada día, así como en qué grado de intensidad con el que las experimentas. En los medios de comunicación vemos estos días actos de generosidad, solidaridad e ingenio que nos sorprende, maravillan, hacen sentir orgullosos, nos han sonreír etc... Atesora estos momentos de emociones positivas y admira la excelencia, lo excepcional.
- *Comunícate con los otros.* A pesar del aislamiento, hoy en día, hay numerosos modos en la actualidad de compartir y comunicarnos con los demás por teléfono, balcones, Skype, WhatsApp, Houseparty.... Dependiendo del manejo de las nuevas tecnologías por parte del usuario se potencian el uso de estas aplicaciones. Houseparty por ejemplo permite no solo comunicarse sino incluso realizar juegos sencillos (ej. pinturilla) online
- *Cultivar la gratitud es una forma de impulsar y mejorar nuestras emociones positivas.* Considera las ventajas en tu vida y aprecia todas las cosas buenas que tienes. De forma, espontánea han surgido muestras colectivas de agradecimiento que generan una oleada de emociones positivas y sensación de pertenencia. Este video "La Ciencia de la Felicidad: Experimento de Gratitud", tiene el objetivo de mostrar ejemplo sobre la puesta en práctica de la gratitud interpersonal, es decir, cómo una carta de gratitud hacia otra persona y especialmente, el acto de compartirla puede mejorar nuestros niveles de bienestar. <https://www.youtube.com/watch?v=OvV2wgj3AzE&t=1s>
- *Aprender a encontrar un significado y valor positivo ante adversidad,* también puede ayudarnos a cambiar nuestro estado emocional. Re-encuadrar y reevaluar las situaciones con una perspectiva positiva. Encuentra, si fuera posible, algún aspecto positivo de estar en cuarentena y el valor que esta situación ofrece. A veces las situaciones de adversidad nos hacen apreciar más lo que tenemos, ser más generosos, ponernos a prueba y sacar a la luz la mejor versión de nosotros mismos. Cultiva tu resiliencia en estos días de dificultad Echa un vistazo a este breve video sobre el Langui y su resiliencia <https://www.youtube.com/watch?v=7GR-Ts6Qp2A&t=185s>.
- *Ayuda a los demás.* Al realizar actos altruistas nos sentimos útiles y ayudamos a los demás, lo que hace que los otros también quieran ayudarnos, generando corrientes de generosidad y ayuda mutua. Echa un vistazo a este video https://www.youtube.com/watch?v=es_P7G18Er0.
- *Mantén una actitud autocompasiva contigo mismo y los demás.* Recuerda que los problemas son universales, todos los tenemos. Deja la crítica a un lado y dedica tiempo a cuidar de tus problemas o dificultades, lo mismo que harías con tu mejor amiga o alguien a quien quieres de verdad. En los momentos difíciles, es importante rebajar nuestras exigencias, y ser más tolerantes con nosotros mismos de lo habitual. Puedes consultar el trabajo de estrategias para fomentar conductas positivas de autocuidado de la terapia centrada en compasión (Gilbert, 2010).

- *Visualizaciones positivas y viajes en el tiempo.* Usa tu imaginación para generar un estado de mayor vitalidad y bienestar. Imagina cómo podrías estar dentro de 3 o 5 años, habiendo conseguido metas importantes para ti, y estando a tu máximo nivel en general en las diferentes áreas de tu vida. Intenta que sea una situación realista, que pueda estar al alcance de tus posibilidades si todo evoluciona razonablemente bien.

REFERENCIAS

- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, *56*(3), 218-229.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, *13*(2), 172–175.
- Gilbert, P. (2010). An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, *3*(2), 97–112.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1-25.
- Keyes, C. L., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2366–2371.
- Parks, A. C., & Schueller, S. (Eds) (2014). *The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions*. John Wiley & Sons.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten-year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *122*(3), 213–217.

AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL

Alejandro Miguel-Álvaro y Cristina Larroy

La atención psicológica telefónica y telemática conlleva una serie de riesgos para el operador que es necesario evaluar para poder prevenir y minimizar su impacto (Torre y Pardo, 2018). Las condiciones físicas del espacio de trabajo son importantes a la hora de desempeñar las diferentes funciones asignadas. Además, la asistencia puede conllevar la exposición a situaciones altamente estresantes que pueden repercutir en tu bienestar personal, social y en tu rendimiento laboral. Por otro lado, es importante tener presente que es posible que existan situaciones de altas demandas del servicio. Por todo ello, es importante implementar un protocolo de autocuidado que contribuya a mantener el bienestar de los miembros del equipo.

OBJETIVO GENERAL

Favorecer el bienestar físico, psicológico y social de los integrantes del servicio y prevenir la aparición de problemáticas de la misma índole.

MEDIDAS DE ACTUACIÓN

MEDIDAS ORGANIZACIONALES (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013)

- Espacio: Favorecer una superficie mínima de trabajo.
- Diseño del espacio de trabajo siguiendo principios ergonómicos (p.ej., colocación de la silla orientada a la pantalla, centro del monitor de trabajo a la altura de los ojos).
- Control del ruido Ambiental.
- Mantener un moderado volumen en el auricular.
- Adecuación de la iluminación de la sala.
- Adaptar la pantalla del ordenador a las necesidades del operador (distancia, brillo, etc.).
- Pautar tiempos de descanso, de al menos 10 minutos cada hora.
- Monitorizar de forma sistemática el estado emocional y la fatiga por compasión en el equipo, por ejemplo, empleando la Professional Quality of Life Scale (ProQOL; Stamm, 2005, 2010).

MEDIDAS INDIVIDUALES

Primaria. Promover y reforzar hábitos saludables (alimentación, higiene del sueño, postura, voz, etc.), así como desarrollar una formación continua que contribuya a la preparación psicológica para afrontar la tarea. Siguiendo las recomendaciones para el manejo del estrés elaboradas por el Grupo de Acción Comunitaria – SIRA – (2020) para el cuidado de los profesionales durante la crisis del brote de coronavirus es importante tomar conciencia de que sentir tensión no es lo mismo que estar desbordado emocionalmente. Esta, ayuda al profesional a llevar a cabo correctamente la asistencia. Pero teniendo en cuenta que el operador tendrá que abordar situaciones muy activadoras emocionalmente (p.ej., procesos de duelo complejo) es

necesario un entrenamiento en regulación emocional para que esta tensión fisiológica se mantenga dentro de unos límites adecuados. Para ello puede ser útil que durante el periodo de asistencia los operadores planifiquen durante el día periodos de tiempo para realizar respiraciones conscientes u otros ejercicios enfocados a la mejora de los procesos emocionales. Además, ante estas situaciones difíciles es necesario que los operadores tengan la capacidad para aceptar la realidad tal y como es sin luchar o intentar rechazar lo que ya ha sucedido. Los voluntarios deben ocuparse de aquello que pueden controlar y abandonar la posible lucha interna por desear que las cosas fueran diferentes a lo escuchado. Otras estrategias útiles para abordar situaciones de alta activación emocional serían el compartir las propias emociones con gente de confianza, darse cuenta del propio diálogo interno para detectar cuando surgen voces críticas y cuidar la realización de actividades básicas como dormir suficientes horas, comer saludablemente y establecer periodos de descanso.

Secundaria. Es normal experimentar respuestas emocionales intensas ante ciertas demandas asistenciales (Fatiga por compasión). Cabe mencionar que, en caso necesario, el operador cuenta con un profesional de referencia con el que poder realizar una ventilación emocional.

Terciaria. En los casos en los que el malestar sea continuado en el tiempo y/o interfiera en su desempeño, se sugerirá la derivación pertinente, pudiendo ser necesarias la reorganización de tareas o la suspensión de sus funciones como operador. Es importante asumir el propio cuidado como una responsabilidad y evitar la sobrecarga.

REFERENCIAS

- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- Stamm, B.H. (2005). *The ProQOL Manual. The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed*. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- SIRA Grupo de Acción Comunitaria (2020). *Guía de Apoyo Psicosocial Durante el Brote de Coronavirus*. Madrid: SIRA.
- Torre y Pardo (2018). *Guía Para la Intervención Telepsicológica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de: <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica>

WEBS DE AUTORIDADES Y TELÉFONOS DE COMUNIDADES

OMS

<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Ministerio de Sanidad

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>

Consejería de Sanidad Madrid

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/covid-19-reorganizacion-asistencia-comunicados>

Teléfonos COVID-19 de las distintas comunidades:

Andalucía	900 400 061 / 955 545 060
Aragón	976 696 382
Asturias	900 878 232 / 984 100 400 / 112 marcando 1
Cantabria	900 612 112
Castilla La Mancha	900 122 112
Castilla y León	900 222 000
Cataluña	061
Ceuta	900 720 692
C. Madrid	900 102 112
C. Valenciana	900 300 555
Extremadura	112
Galicia	900 400 116
Islas Baleares	061
Canarias	900 112 061
La Rioja	941 298 333
Melilla	112
Murcia	900 121 212
Navarra	948 290 290
País Vasco	900 203 050

RECURSOS DE DERIVACIÓN

Autolesiones e ideación suicida

Teléfono de Emergencias

Teléfono: 112.

Teléfono de la Esperanza

Teléfono: 717 00 37 17

RedAIPIS. Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS)

Dirección: Cuesta de San Vicente, 4 – 6ª Planta, 28008 Madrid (España)

Página web: <https://www.redaipis.org/contacta-con-nosotros/>

Atención psicológica gratuita o a bajo coste

Psicólogos sin fronteras

Terapia a bajo coste (no especifica precios), atención a inmigrantes, psicología jurídica, atención al duelo, neuropsicología, dificultades de aprendizaje etc.

Teléfono: 912335851 o 629790884

Página web: www.psicologossinfronteras.net