

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE EN LÍNEA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

EFFICACY OF AN ONLINE BRIEF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION DURING LOCKDOWN ON COVID-19

Marcela Paz González-Brignardello¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7113-7846>

Teresa Olea Tejero¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2370-1048>

Miguel Ángel Carrasco¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3282-818X>

Luis Angel Saúl¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6351-8283M>

Purificación Sierra-García¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3774-2975>

¹ Servicio de Psicología Aplicada de la UNED, Facultad de Psicología, UNED. Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

González-Brignardello, M. P., Olea Tejero, T., Carrasco, M. A., Saúl, L. A. y Sierra-García, P. (2022). Eficacia de una intervención psicológica breve en línea durante el confinamiento por COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 173-193. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1102>



Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la intervención psicológica en línea ofrecida a los usuarios por el Servicio de Psicología Aplicada durante el periodo de alerta sanitaria decretado por la COVID-19. Adicionalmente, se cuantificó la satisfacción y eficacia percibida por el usuario, después de dicha intervención.

Se incluyeron 60 adultos (70.4%, mujeres) con una edad promedio de 41.49 años. Los instrumentos que se utilizaron pre y post-intervención fueron las versiones abreviadas del Listado de Síntomas (SA-45), la medida de resultados clínicos (CORE-OM), el Inventario de Afrontamiento (COPE-28) y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISK). El Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ-8) y la Percepción percibida de la eficacia de la intervención fueron cumplimentados después de finalizada la intervención. Este dispositivo fue diseñado con los objetivos de disminuir la sintomatología inicial mediante psicoeducación y ejercicios breves de regulación para potenciar las estrategias positivas de afrontamiento y resiliencia. Los resultados mostraron una disminución significativa ($p < .05$) de la sintomatología inicial, en todas las dimensiones analizadas y una mejoría de las estrategias de afrontamiento y resiliencia. Además, se observaron puntuaciones globales elevadas en la satisfacción y eficacia percibida por el usuario. En conclusión, nuestros resultados apuntan hacia una elevada eficacia de la intervención breve en línea en situaciones de confinamiento.

Palabras clave: COVID-19, eficacia, telepsicología, intervención psicológica en línea

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the online psychological intervention offered to users by the Applied Psychology Service during the health alert period decreed by COVID-19. In addition, we quantified the satisfaction and effectiveness perceived by the user after the intervention.

Sixty adults (70.4% female) with an average age of 41.49 years were included. The instruments used pre- and post-intervention were the abbreviated versions of the Symptom Checklist (SA-45), the Clinical Outcome Measure (CORE-OM), the Coping Inventory (COPE-28) and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISK). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) and the Perceived Intervention were completed after the end of the intervention. This intervention was designed with the objectives of decreasing initial symptomatology through psychoeducation and brief regulation exercises to enhance positive coping strategies and resilience. The results showed a significant decrease ($p < .05$) in the initial symptomatology on all the dimensions analyzed and a significant improvement on the coping strategies and resilience. A high overall score was observed in the users' satisfaction and perceived efficacy. In conclusion, our results point to a high efficacy of an online brief psychological intervention in a lockdown context.

Keywords: COVID-19, effectiveness, telepsychology, online psychological intervention

La pandemia mundial originada por la COVID-19 llevó a los gobiernos a implementar estrictas medidas restrictivas que incluyeron cuarentenas prolongadas, restricciones de movilidad, cierres de fronteras y distanciamiento social. En España, se decretó el estado de alarma sanitaria con un confinamiento generalizado de la población que se extendió desde el 15 de marzo hasta el 21 de junio de 2020. Desde el inicio de la pandemia hasta el 22 de junio de 2020, solamente en España, se reportaron 29.729 muertes y 258.463 casos confirmados, según los datos recogidos por la (Organización Mundial de la Salud, 2021). Las consecuencias psicológicas que esta situación provocó en la población, han sido descritas por distintos autores (Hidalgo et al., 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020; Sandín et al., 2020; Sierra-García et al., 2021). En este contexto de estrés poblacional generalizado y confinamiento surgió la necesidad de potenciar los servicios profesionales, lo que ha llevado a un aumento exponencial del empleo de la tele-psicología (Larroy et al., 2020). La telepsicología se define como la prestación de servicios psicológicos mediante tecnologías de telecomunicación (Telepsychology Task Force, 2013).

El meta-análisis de (Barak et al., 2008), brindó un fuerte apoyo para la adopción de intervenciones psicológicas en línea como una actividad terapéutica legítima y adecuada. Las investigaciones preliminares sobre la efectividad de la tele-psicología reflejaban resultados positivos y similares a la psicoterapia presencial (Watts et al., 2020). Entre los principales beneficios de la implementación de la telepsicología destacan la superación de barreras geográficas y la oportunidad de recibir atención psicológica para aquellas personas que no pueden desplazarse o carecen de tiempo para ello (Martin et al., 2020). No obstante, a pesar de la evidencia sobre la eficacia y eficiencia de la tele-psicología, una encuesta realizada a los psicólogos de la Comunidad de Madrid en 2018 aún recogía importantes preocupaciones que limitaban su implantación, entre otras: la dificultad de establecer un buen *rappor*t con el usuario en línea; o los aspectos éticos y legales que entrañaba su uso (González-Peña et al., 2017). De manera específica, una preocupación reiterada ha sido la capacidad que la teleterapia tiene para dar soporte a una adecuada intervención en crisis y en situaciones de emergencia psicológica (e.g. Glueckauf et al., 2018). No obstante, la tele-psicología fue, en muchas ocasiones, el único recurso del que pudieron servirse las personas que necesitaron ayuda psicológica durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19.

Respecto a la eficacia de la tele-psicología durante el confinamiento por COVID-19, una reciente revisión sistemática (Agüero-Fonseca et al., 2021) muestra resultados preliminares positivos. Si bien, diferentes estudios de (Dominguez-Rodríguez et al., 2020; Paul et al., 2020; Wahlund et al., 2021; Wang et al., 2020; Wei et al., 2020) han puesto de manifiesto una diversidad de medios y estrategias de intervención con abordajes muy diversos y resultados dispares. En general, los estudios existentes describen una reducción significativa de la sintomatología clínica aunque con tamaños muestrales pequeños (Jiang et al., 2020). Además, se han constatado diferencias evidentes a nivel cultural en las poblaciones descritas

(Cheng et al., 2020; Liu et al., 2020; Wang et al., 2020; Wei et al., 2020), así como en los tipos de confinamiento y la situación de emergencia en la que fueron surgiendo y diseñándose los dispositivos.

En cuanto a la eficacia de la tele-psicología sobre el incremento de estrategias de afrontamiento positivo y de resiliencia de los usuarios, hasta nuestro conocimiento, no se han encontrado estudios previos que evalúen el cambio mediante una evaluación pre y post-test a la intervención durante el periodo de confinamiento. En una muestra española en la que se analizaron las estrategias de afrontamiento durante el estado de alarma por la COVID-19 (Muñoz-Violant et al., 2021), se indicaba que la estrategia de afrontamiento psicológico más frecuentemente utilizada era la evitación. Es sabido que este tipo de estrategia de afrontamiento pasiva, en escenarios epidémicos, está asociado a morbilidad psicológica (Main et al., 2011).

Respecto a la satisfacción del usuario con la intervención psicológica en línea, escasos estudios recogen la percepción de satisfacción y eficacia por parte del usuario, a pesar de que conocer la satisfacción de los clientes en cuanto a los servicios de salud, permite dar el seguimiento oportuno y detectar carencias para diseñar estrategias de acción adecuadas, orientadas a las necesidades y realidades de los usuarios (Rydel, 2015). En el caso de la telepsicología, algún estudio ha descrito un grado de satisfacción elevado con este tipo de intervenciones (Fonseca et al., 2021).

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de una intervención psicológica breve y en línea realizada durante el confinamiento por COVID-19 en una muestra clínica española. La evaluación de la eficacia de un protocolo de intervención psicológica en línea con análisis pre y post-intervención permitiría aportar información estructurada y cuantificada sobre la eficacia de la tele-psicología en situaciones de crisis, detectar carencias y contribuir al desarrollo de protocolos futuros más específicos y orientados a las necesidades reales de los usuarios.

Método

Participantes

La muestra de participantes que componen el estudio fue incidental, no aleatoria. Los participantes fueron reclutados entre los usuarios atendidos por el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), dentro del dispositivo de atención psicológica en línea que se activó de forma especial y gratuita con motivo del confinamiento derivado del estado de alarma por la COVID-19. Este dispositivo se extendió entre los meses de marzo a junio del año 2020. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la UNED. Los usuarios que solicitaron atención psicológica durante este periodo fueron invitados a participar de forma voluntaria en este estudio.

De los 124 adultos atendidos, 60 decidieron participar en la evaluación pretest-postest de la intervención y completaron todos los cuestionarios propuestos. El resto

($n = 64$; 51%) desistió en la cumplimentación de los cuestionarios mencionados.

La muestra final ($n = 60$) estuvo compuesta por un 70.4% de mujeres, con una edad promedio de 41.49 años, cuyo estado civil predominante era soltero/a (48.4%). La profesión mayoritaria fue la de estudiante (28%) con un nivel de estudios universitarios (48.2%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: ansiedad (70.1%) y bajo estado de ánimo (48%), seguidos de estrés situacional (29.1%) e insomnio (25.2%). Entre los antecedentes personales que se relacionaron con el motivo de consulta destacaban los problemas previos de salud mental (30.7%). La sub-muestra reclutada para el estudio no difirió ($p < .05$) de la muestra global respecto a las variables sociodemográficas antes mencionadas ni respecto de los motivos de consulta aludidos. Una información más detallada sobre el conjunto de estas variables se recoge en (Sierra-García et al., 2021).

Instrumentos de Evaluación

- *Registro de datos ad hoc diseñado por el SPA.* El registro consistía en una ficha de diferentes datos sobre los usuarios de carácter sociodemográfico, motivo de la consulta y antecedentes personales y familiares, que fueron cumplimentados por los terapeutas que atendían a los pacientes.

- *Listado de síntomas SCL-90 de Derogatis (versión abreviada, española, SA-45;* (Sandín et al., 2008). Se utilizó la versión española validada por Sandín, et al. (2008) de la adaptación del *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45) de Davison et al. (1997). Es un instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos de 45 ítems derivado del SCL-90. Consiste en nueve escalas de cinco ítems que se corresponden con las nueve dimensiones del SCL-90: hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Cada persona debe indicar el grado en que ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana de acuerdo con una escala Likert de 5 puntos desde 0 (“Nada en absoluto”) a 4 (“Mucho o extremadamente”). Las propiedades psicométricas del cuestionario son adecuadas en cuanto a la fiabilidad como a la validez.

- *Medida de resultados clínicos CORE-OM (versión abreviada española;* (Feixas et al., 2012). Se aplicó la versión adaptada al español del CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure*). Se trata de un autoinforme diseñado para la evaluación del cambio terapéutico y sus resultados. Para este estudio, solo se incluyó la escala de riesgo de seis ítems dirigida a evaluar ideación y planificación autolesivas y suicidas, amenaza, violencia y autolesión. Los estudios psicométricos realizados (Trujillo et al., 2016) indican que el instrumento posee una validez y fiabilidad adecuadas, así como una excelente aceptación y sensibilidad al cambio terapéutico.

- *Inventario de afrontamiento COPE-28.* Se utilizó la versión española del Brief COPE de Carver (1997) (Morán et al., 2010). El COPE-28 es un inventario multidimensional desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante

el estrés. Consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias relativas al afrontamiento centrado en el problema, en la emoción, en el afrontamiento evitativo y en la autocrítica. Cada una de las estrategias se evalúa mediante una escala Likert de 4 puntos (0 - 3) según el grado que mejor refleja la manera que el usuario tiene de enfrentarse a los problemas o dificultades de la vida. 0 “no lo refleja en absoluto”; 3 “lo refleja mucho o demasiado”.

- *Escala de resiliencia de Connor-Davidson, CD-RISK (versión abreviada, española)*. Se utilizó la versión española, (Soler Sánchez et al., 2016) derivada de la versión abreviada propuesta por Campbell-Stills y Stein (2007). Se trata de una escala unidimensional de 10 ítems con una adecuada consistencia interna (*alfa* de Cronbach .85) y adecuadas evidencias de validez de constructo, convergente y discriminante. Esta escala abreviada deriva, a su vez, de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISK) y fue diseñada como una herramienta para el ámbito clínico con la que poder identificar conductas resilientes y valorar las respuestas de los pacientes adultos a los tratamientos psicológicos (Connor y Davidson, 2003).

En Sierra-García et al. (2021) se recoge información más detallada sobre los coeficientes de fiabilidad de la muestra, para cada una de las dimensiones del SA-45, COPE, CORE-OM y CD-RISK.

- *Cuestionario de Satisfacción del Cliente (versión adaptada al español, CSQ-8; Vázquez et al., 2019)*. Existen seis versiones: CSQ-3, CSQ-4, CSQ-8, CSQ- 18A, CSQ-18B y la versión completa de 31 ítems destinada exclusivamente a fines de investigación. La versión estándar breve es la CSQ-8 consta de ocho ítems con cuatro opciones de respuesta y una puntuación que va desde 8 a 32. La versión original de este cuestionario está en inglés, pero actualmente el CSQ-8 está disponible en más de 25 idiomas, entre ellos el español.

- *Item de Percepción de Eficacia de la Intervención Recibida (Elaboración ad hoc)*. El Cuestionario de Percepción de Eficacia de la Intervención Recibida, está constituido por un ítem (“valore la eficacia de la intervención recibida de 0 a 10”) acompañado de una escala Likert de 11 puntos (0-10).

Procedimiento

Los terapeutas explicaban los objetivos y metodología del estudio a los usuarios que contactaban con el SPA durante el confinamiento y les solicitaban la participación voluntaria y gratuita en el presente estudio. Aunque todos los usuarios recibieron la evaluación en línea y al protocolo de intervención, sólo participaron en el estudio los que dieron su consentimiento expreso.

Evaluación psicológica en línea. Tras la obtención del consentimiento informado, todas las pruebas de evaluación se administraron de forma individualizada, en el orden en el que se ha presentado en el apartado anterior, mediante un procedimiento en línea idéntico para todos los participantes. Para ello se utilizaba la plataforma QualtricsXM© (<https://www.qualtrics.com>) a través de un enlace que se enviaba a la cuenta de correo electrónico suministrada. En aquellos casos en los que la persona

no contaba con medios electrónicos, se ofrecía la posibilidad de cumplimentar la información solicitada mediante entrevista telefónica. En este caso, eran los propios terapeutas quienes incluían los datos resultantes de la entrevista en la plataforma electrónica QualtricsXM[®]. El tiempo medio en cumplimentar la evaluación fue de 50 minutos. Esta evaluación se realizaba tras un primer contacto telefónico en el que se realizaba una intervención de choque dirigida a atender la demanda inicial y, en los casos que se requería, a reducir la sintomatología en crisis. La evaluación, por tanto, estaba referida a la sintomatología previa a la intervención realizada.

Dispositivo de intervención en línea. El dispositivo de intervención consistió en la aplicación individualizada de un protocolo breve de una a tres sesiones, acorde a una intervención de emergencias, con los objetivos siguientes: (a) disminuir la sintomatología inicial mediante psicoeducación y ejercicios breves de regulación; (b) evaluar y valorar posibles riesgos situacionales o personales para su gestión futura, con especial atención a comportamientos autolíticos, y (c) potenciar las estrategias de afrontamiento y resiliencia. Adicionalmente se facilitó el acceso a múltiples recursos psicológicos en línea, que se podían realizar de forma gratuita y asíncrona, recogidos en (Sierra y Carrasco, 2021). El protocolo de evaluación e intervención se ajustó a la política de protección de datos de la UNED y a los requerimientos de consentimientos y confidencialidad asumidos por el SPA según la legislación vigente y el Código Deontológico.

A continuación, se detalla de forma esquemática el protocolo de atención en línea, estructurado y elaborado por el SPA que seguían los terapeutas previamente entrenados. El protocolo se compone de nueve pasos (ver Apéndice A: Registro de atención de llamadas):

- (1) *Recepción y encuadre*: compuesto por el saludo y presentación del terapeuta, recogida de información esencial, identificación del contexto y de los antecedentes esenciales.
- (2) *Escucha activa y atención*, con el objetivo de conectar, facilitando la expresión emocional, realizando validación y normalización, y una evaluación inicial.
- (3) *Desactivación/descalada*: aplicar una técnica o técnicas combinadas breves y eficaces para reducir el nivel de activación. En caso de no conseguirse el objetivo, valorar riesgos y derivación a dispositivos de emergencia.
- (4) *Delimitación del problema y la reacción*: dividido en dos pasos:
 - (a) Ayudar a identificar la reacción en el triple sistema de respuesta: fisiológica/emocional, cognitiva y comportamental.
 - (b) Realización de un microanálisis funcional: identificación de disparadores, antecedentes y consecuentes.

En este paso se valoraba la ideación autolítica y las situaciones de riesgo: ataque de pánico, agresión, violencia de género o sexual y, en caso necesario, se activaba una llamada a emergencias por el usuario o el familiar de referencia.

- (5) *Valoración de áreas principales de funcionamiento.* Se evaluaban los hábitos saludables y la existencia de rutinas cotidianas para la organización del día, las relaciones sociales, las tareas de casa/teletrabajo y la disponibilidad de tiempo de ocio.
- (6) *Valoración de apoyos sociales* (amigos, vecinos, familia y pareja).
- (7) *Acción:* búsqueda de posibles soluciones y valoración de la existencia de estrategias de afrontamiento. En este paso se integraban las siguientes actuaciones:
 - (a) Conceder una pequeña explicación de su reacción, validando la reacción del usuario/a y dándole sentido a lo sucedido. A continuación, se exponía la cadena de comportamiento y se entrenaban diferentes estrategias de calma ante la presencia futura de los disparadores identificados. Ayudar a identificar pensamientos negativos, (dejándolos estar y archivar) y proponer pensamientos alternativos –menos sesgados, más flexibles y realistas– a modo de auto-instrucciones.
 - (b) Establecer la importancia de una rutina basada en autocuidado y hábitos saludables (sueño- alimentación – ejercicio- ocio y aseo).
 - (c) Transmitir autoeficacia y resaltar las fortalezas ante situaciones adversas pasadas.
 - (d) Transmitir y buscar el sentido a la situación: responsabilidad, civismo y altruismo.
 - (e) Proyección temporal.
 - (f) Bajar la autoexigencia.
 - (g) Facilitar orientaciones psicoeducativas.
- (8) *Despedida y cierre.* Síntesis de los puntos más importantes, valorar su malestar y autoeficacia y, transmitir esperanza y apoyo.
- (9) *Seguimiento:* tras evaluar si había existido desactivación y aumento de autoeficacia, se proponía según los mismos, servicio a demanda o seguimiento hasta disminuir el grado de malestar.

Evaluación de la eficacia y satisfacción de la intervención percibida por los usuarios. En las semanas posteriores a la intervención psicológica, se realizó un nuevo contacto con el usuario, para valorar la satisfacción y la calidad del servicio mediante la administración de las escalas ya citadas. Se dio la opción de rellenarlos por teléfono o mediante un enlace a su correo electrónico. El tiempo necesario, para completar los cuestionarios fue de aproximadamente 20 minutos.

Análisis de datos

Los datos fueron anonimizados y se mantuvo la confidencialidad. Posteriormente se incorporaron a un fichero automatizado de datos de carácter personal del SPA de la UNED donde quedaron custodiados. A continuación, se procedió a su análisis estadístico, mediante el programa IBM SPSS versión 28.

El análisis de los datos se ajustó a un diseño pre-experimental pretest- post-test

sin grupo control. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas, con frecuencias y porcentajes; y de las variables cuantitativas, mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Para comparar las medias de dos series de mediciones relacionadas sobre las mismas unidades estadísticas se utilizó la prueba *t* de Student para dos muestras relacionadas. Un valor $p < .05$, indicó significación estadística. Para el cálculo del tamaño del efecto se utilizó *d* de Cohen. Se consideraron los tamaños del efecto pequeño *d* [.2, .3], mediano *d* [.5, .8], y grande, *d* [$> .8$] de acuerdo con (Cumming et al., 2012). Las diferencias por sexo se analizaron mediante análisis múltiple de la varianza (MANOVA) en el conjunto de dimensiones pertenecientes a un mismo instrumento. Cuando los contrastes multivariados fueron significativos se realizaron contrastes univariados tomando como factor la variable sexo y como variables dependientes, las diferentes dimensiones.

Resultados

Eficacia en la Disminución de la Sintomatología y Significación Clínica de los Usuarios

En la tabla 1, se muestran los contrastes univariados y las diferencias de medias y desviaciones tipo pretest-postest en cada una de las dimensiones del listado de síntomas SA-45 y CORE-OM-34.

Tabla 1

Análisis de las Diferencias Pre y Post Intervención en la Sintomatología Clínica Evaluada

| | Pre-intervención | Post-intervención | <i>t</i> | Sig. | <i>d</i> Cohen |
|------------------------------|--------------------|---------------------|----------|-------|----------------|
| | Media (<i>M</i>) | Media (<i>Dt</i>) | | | |
| SA-45 | | | | | |
| Hostilidad | 6.68 (5.50) | 3.65 (3.77) | 5.51 | .000* | .64 |
| Somatización | 9.68 (6.53) | 5.28 (4.78) | 6.73 | .000* | .77 |
| Depresión | 12.82 (5.85) | 7.32 (5.19) | 8.85 | .000* | .99 |
| Obsesión-compulsión | 10.02 (5.56) | 6.21 (4.95) | 7.17 | .000* | .72 |
| Ansiedad | 13.96 (4.87) | 6.88 (4.70) | 10.67 | .000* | .48 |
| Sensibilidad interpersonal | 9.23 (6.08) | 5.37 (4.91) | 6.44 | .000* | .70 |
| Ansiedad fóbica | 8.67 (7.26) | 5.19 (5.22) | 5.38 | .000* | .55 |
| Ideación paranoide | 7.86 (5.13) | 5.19 (3.97) | 6.02 | .000* | .58 |
| Psicoticismo | 4.09 (4.09) | 2.35 (2.92) | 5.11 | .000* | .49 |
| CORE-OM-34 | | | | | |
| Riesgo ideación autolesiva | 1.16 (1.59) | .60 (1.10) | 3.96 | .000* | .41 |
| Riesgo planificación suicida | 0.61 (1.13) | .28 (.65) | 3.59 | .001* | .36 |
| Riesgo amenaza | 0.35 (0.74) | .19 (.52) | 1.76 | .083 | .25 |
| Riesgo violencia | 0.81 (0.97) | .40 (.80) | 2.45 | .017* | .46 |
| Riesgo ideación suicida | 1.32 (1.60) | .68 (1.12) | 4.56 | .000* | .46 |
| Riesgo autolesión | 0.61 (1.05) | .25 (.54) | 2.85 | .006* | .43 |
| Riesgo global | 4.84 (5.85) | 2.40 (3.41) | 4.33 | .000* | .51 |

Nota. *Dt* = desviación estándar; *M* = media; Sig = significación estadística, (* $p < .05$); *t* = *t* de Student.

Las diferencias entre las puntuaciones pretest y posttest mostraron una disminución significativa de la sintomatología en cada una de las dimensiones del SA-45 con tamaños del efecto d de Cohen que oscilaron entre valores medios (.48) y altos (.99). La sintomatología que presentó una mayor disminución tras la intervención fue la relativa a depresión, somatización y obsesión compulsión.

Cabe destacar que después de la intervención el riesgo global previamente estimado disminuyó de forma estadísticamente significativa ($p < .05$), con un tamaño del efecto mediano.

También se analizaron los niveles de rumiación (pre-intervención $M = 5.92$; $Dt = 2.32$ y post-intervención $M = 3.59$; $Dt = 2.29$, $t_{(56)} = 8.36$, $p = .000$, d de Cohen = 1.01) y los problemas de sueño (pre-intervención $M = 2.87$; $Dt = 1.36$ y post-intervención $M = 1.66$; $Dt = 1.36$, $t(56) = 7.57$, $p = .000$, d de Cohen = 0.87), que fueron estadísticamente significativos y con tamaño del efecto grande.

Modificación de las Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Resiliencia

En la tabla 2 se muestran las modificaciones en las estrategias de afrontamiento y resiliencia pre y post-intervención medidos mediante los instrumentos COPE-28 y CD-RISC.

Tabla 2

Análisis de las Diferencias Pre y Post Intervención en las Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia

| | Pre- intervención | Post intervención | | | |
|----------------------|-------------------|-------------------|-------|-------|---------|
| | Media (M) | Media (Dt) | t | Sig. | d Cohen |
| COPE-28 | | | | | |
| Afrontamiento activo | 3.49 (1.66) | 4.42 (1.58) | -4.16 | .000* | -.57 |
| Planificación | 2.82 (1.67) | 3.60 (1.49) | -3.43 | .001* | -.49 |
| Reinter. positiva | 2.40 (1.69) | 3.49 (1.76) | -4.68 | .000* | -.63 |
| Aceptación | 2.86 (1.77) | 4.05 (1.52) | -5.94 | .000* | -.72 |
| Humor | 1.42 (1.64) | 2.23 (2.03) | -4.11 | .000* | -.44 |
| Religión | 1.82 (2.17) | 2.02 (2.09) | -1.31 | .194 | -.09 |
| Apoyo emocional | 3.11 (1.82) | 3.75 (1.92) | -3.09 | .003* | -.34 |
| Apoyo social | 3.53 (1.84) | 4.12 (1.62) | -3.05 | .003* | -.34 |
| Autodistracción | 2.65 (1.75) | 2.79 (1.70) | -.60 | .551 | -.08 |
| Negación | 1.81 (2.70) | 1.60 (1.79) | .92 | .362 | .09 |
| Desahogo | 2.35 (1.77) | 2.67 (1.64) | -1.68 | .098 | -.19 |
| Uso de sustancias | 1.21 (1.97) | 0.77 (1.49) | 2.22 | .030* | .25 |
| Desconexión | 1.84 (1.92) | 1.49 (1.69) | 1.59 | .117 | .19 |
| Autoculpa | 3.09 (2.21) | 2.63 (1.88) | 2.12 | .039* | .22 |
| CD-RISK-10 | | | | | |
| Resiliencia | 18.28 (9.69) | 23.39 (10.13) | -4.27 | .000* | -.51 |

Nota: Reinter = reinterpretación; Dt = desviación estándar; M = media; Sig = significación estadística, ($p < .05$), $t = t$ de Student.

Según los resultados pre-intervención del Inventario COPE-28, las estrategias de afrontamiento medido que más utilizaron los usuarios fueron la búsqueda de apoyo (social y emocional), el afrontamiento activo y la autculpa. En conjunto los datos pre-intervención mostraron un uso deficitario de estrategias de afrontamiento positivo. El análisis posterior a la intervención reveló mejorías estadísticamente significativas en la mayoría de las estrategias de afrontamiento. De todas ellas, destacaron el mayor uso de la aceptación, la reinterpretación positiva y el afrontamiento activo, cuyo incremento resultó estadísticamente significativo ($p < .05$) y con un tamaño del efecto grande. También se observaron mejorías con tamaño del efecto mediano, en las estrategias de afrontamiento referidas al humor, al apoyo (social y emocional) y la planificación.

De manera similar, tras la intervención los niveles de resiliencia evaluados mejoraron de forma estadísticamente significativa ($p < .05$) y con un tamaño grande del efecto.

Satisfacción y Eficacia de la Intervención Percibida por el Usuario

En conjunto, se informó una puntuación global alta en el Cuestionario de Satisfacción del Cliente con el Tratamiento con una media de 27.65 ($Dt = 4.35$) sobre una puntuación máxima de 32 así como en el ítem de Percepción de la Eficacia Recibida con una media de 8.64 ($Dt = 1.36$) sobre una puntuación máxima de 10.

Diferencias por Sexo en las Variables de Estudio

El estudio de los efectos por sexo e intervención se realizó mediante dos análisis multivariados de la varianza (MANOVA), uno para las variables relativas a la sintomatología (SA-45) y otro para las variables relacionadas con el afrontamiento (COPE-45). En relación con la sintomatología, los efectos multivariados para cada una de las variables no resultaron significativas ni para el sexo (*Wilks' Lambda* = .735, $F(9,43) = 1.723$, $p = .113$, $\eta^2 = .265$) ni para el sexo-intervención (*Wilks' Lambda* = .778, $F(9,43) = 1.364$, $p = .234$, $\eta^2 = .222$). La intervención si resultó significativa: (*Wilks' Lambda* = .272, $F(9,43) = 12.809$, $p = .000$, $\eta^2 = .728$) y se confirmó en todas las dimensiones del SA-45 en el análisis univariado ($p < .001$). Por lo tanto, la sintomatología entre hombres y mujeres resultó similar y no aparecieron diferencias entre sexos en función de la intervención recibida, ni en el análisis multivariado ni en el univariado ($p > .05$). Respecto al afrontamiento los efectos multivariados para cada una de las variables resultaron significativas para la intervención (*Wilks' Lambda* = .381, $F(14, 38) = 4.407$, $p = .000$, $\eta^2 = .619$) pero no para el sexo (*Wilks' Lambda* = .637, $F(14, 38) = 1.546$, $p = .142$, $\eta^2 = .363$). En las pruebas univariadas solo se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) tras la intervención recibida en las siguientes dimensiones: afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación, humor, desconexión y apoyo emocional y social. Estas diferencias resultaron similares tanto para hombres como para mujeres.

Discusión

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar la eficacia y calidad de la intervención psicológica en línea ofrecida por el SPA de la UNED durante el período de confinamiento debido a la pandemia por COVID-19. La evaluación psicológica de los usuarios se realizó de forma estructurada e individualizada, mediante una llamada telefónica inicial y la aplicación remota de instrumentos. El dispositivo estuvo basado en una intervención breve, consistente con lo indicado por Larroy et al. (2020), en línea y síncrona cuyos objetivos fueron disminuir la sintomatología inicial, potenciar estrategias de afrontamiento positivo y aumentar los niveles de resiliencia percibidos. Adicionalmente, se facilitó el acceso a recursos psicológicos en línea, para su realización asíncrona y gratuita a fin de prolongar y mantener los efectos de la intervención en el contexto cotidiano y habitual de los participantes. Complementariamente se evaluó la satisfacción y la percepción de eficacia del usuario de la intervención programada.

Los resultados de nuestro análisis son congruentes con otros estudios que valoran la eficacia de la telepsicología durante la pandemia de COVID-19. (Dominguez-Rodriguez et al., 2020; Paul et al., 2020; Wahlund et al., 2021; Wang et al., 2020; Wei et al., 2020). Los resultados de este estudio han sido coincidentes con los trabajos cuyos motivos de atención psicológica fueron similares: tamaños muestrales pequeños y reducción significativa de la sintomatología clínica tras la intervención. No obstante, hay que resaltar que existen diferencias en los métodos de evaluación (apreciación clínica versus uso de cuestionarios) y seguimiento o no de la intervención a los participantes.

Respecto a los resultados hallados en el estudio la comparación con otras investigaciones muestra algunas diferencias. Por ejemplo, el estudio de Muñoz-Violant et al. (2021) encontró en el análisis pre-intervención mayoritariamente estrategias de afrontamiento centradas en la evitación mientras que en el presente estudio destacaron como estrategias más utilizadas las centradas en el problema y la emoción. En cambio, después de la intervención los resultados fueron más similares, en ambos trabajos se observó una mejoría significativa en las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, como la reinterpretación positiva y la aceptación, las cuales se asociaron con mejores índices de salud mental y ansiedad. En cualquier caso, y a pesar de las diferencias halladas en variables particulares, resulta interesante destacar la adecuada eficacia de las intervenciones psicológicas en línea realizadas en periodos de confinamiento y, particularmente, las intervenciones breves y pautadas. Ello además pone en valor la eficiencia de estos recursos y su elevada versatilidad y accesibilidad necesarias en las condiciones de alerta sanitaria y confinamiento.

Escasos estudios recogen la percepción de satisfacción y eficacia por el usuario por lo que, en el caso particular de las intervenciones realizadas durante el confinamiento, estas medidas suponen una contribución. En este sentido, los resultados de nuestro estudio son congruentes con los reflejados en el de Fonseca et al. (2021), en

el que el grado de satisfacción con la intervención es muy elevado. Es importante señalar que la atención psicológica gratuita suministrada, así como la ausencia de servicios alternativos durante el periodo de confinamiento, ha podido contribuir a la satisfacción de los usuarios y a una percepción positiva de la misma influida por su agradecimiento y reconocimiento a la labor de estos Servicios.

A pesar de los resultados positivos y su elevada consistencia con estudios previos, el presente trabajo presenta ciertas limitaciones. Primero, la muestra del estudio es pequeña y no aleatoria, compuesta en su mayoría por estudiantes universitarios españoles, bajo una situación de confinamiento generalizado por emergencia sanitaria, lo que impide su generalización a otras poblaciones o a situaciones diferentes. En este sentido, los resultados deben suscribirse al tipo de muestra y las condiciones particulares en las que la intervención tuvo lugar. Segundo, es posible que los datos obtenidos como resultado de la investigación puedan estar sesgados al tratarse de un diseño pre-experimental sin grupo control de comparación, ni asignación aleatoria. Este tipo de diseños no permite llegar a conclusiones robustas por su escaso control y suponen solo una primera aproximación al objeto de estudio. Tercero y en línea con lo anterior, al no existir grupo control es difícil conocer con exactitud si fue la intervención la responsable de la mejora o el efecto de otras variables asociadas al control pandémico y la evolución-adaptación de los participantes al confinamiento.

Aun así, nuestros resultados apuntan a una elevada eficacia de las intervenciones psicológicas en línea ante situaciones de emergencias sanitarias. Eficacia que debiera ser confirmada mediante estudios futuros controlados y aleatorizados que permitan conocer el alcance real de este tipo de intervenciones. A pesar de esta limitación, no menor, nuestro estudio contribuye modestamente a aportar información estructurada y cuantificada sobre la modificación de variables psicológicas, con análisis pre y post-intervención, mediante tests validados. Además, añade información sobre la percepción de satisfacción y eficacia del usuario de este tipo de intervenciones. Igualmente cabe destacar, la propuesta de intervención estructurada en un protocolo breve aplicable en línea, cuyos resultados tuvieron un efecto inmediato positivo en la sintomatología y el bienestar de los usuarios. Estudios futuros podrían centrarse en obtener evidencia del uso estandarizado de la telepsicología y en la realización de protocolos de atención psicológica más especializados a través de diseños de mayor control.

Referencias

- Argüero-Fonseca, A., Cervantes-Luna, B. S., Martínez-Soto, J., de Santos-Ávila, F., Aguirre-Ojeda, D. P., Espinosa-Parra, I. M. y Beltrán, I. L. (2021). Telepsicología en la pandemia Covid-19: una revisión sistemática. *Uaricha*, 18, 1-10.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. y Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions [Una revisión exhaustiva y un metanálisis de la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas basadas en Internet]. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>

- Campbell-Stills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor---Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience [Análisis psicométrico y refinamiento de la Escala de Resiliencia de Connor---Davidson (CD-RISC): Validación de una medida de resiliencia de 10 ítems]. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019-1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief Coping [Quiere medir el afrontamiento pero su protocolo es demasiado largo: considere Brief Coping]. *International journal of behavioral medicine, 4*(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cheng, P., Xia, G., Pang, P., Wu, B., Jiang, W., Li, Y. T., Wang, M., Ling, Q., Chang, X., Wang, J., Dai, X., Lin, X. y Bi, X. (2020). COVID-19 Epidemic peer support and crisis intervention via social media [Apoyo de pares ante la epidemia de COVID-19 e intervención en crisis a través de las redes sociales]. *Community Mental Health Journal, 56*(5), 786-792. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00624-5>
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC) [Desarrollo de una nueva escala de resiliencia: La escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)]. *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cumming, G., Fidler, F., Kalinowski, P. y Lai, J. (2012). The statistical recommendations of the American Psychological Association publication manual: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis [Las recomendaciones estadísticas del manual de publicación de la Asociación Estadounidense de Psicología: tamaños del efecto, intervalos de confianza y metanálisis]. *Australian Journal of Psychology, 64*(3), 138-146. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00037.x>
- Dominguez-Rodríguez, A., de la Rosa-Gómez, A., Hernández Jiménez, M., Arenas-Landgrave, P., Martínez-Luna, S. C., Álvarez Silva, J., García Hernández, J. E., Arzola-Sánchez, C. y Acosta Guzmán, V. (2020). A self-administered multicomponent web-based mental health intervention for the Mexican population during the COVID-19 pandemic: Protocol for a randomized controlled trial [Una intervención de salud mental basada en la web multicomponente autoadministrada para la población mexicana durante la pandemia de COVID-19: Protocolo para un ensayo controlado aleatorio]. *JMIR Research Protocols, 9*(11), e23117. <https://doi.org/10.2196/23117>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. Á., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation—Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia, 23*(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Fonseca, A., Ojeda, A., Patricia, D., González, R., Ulises, O. y Pérez, G. (2021). Impacto de la telepsicología en la satisfacción de la atención a pacientes con satisfacción de la atención a pacientes con COVID-19. *Psicología Iberoamericana, 29*(3), e293325-e293325. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i3.325>
- Glueckauf, R. L., Maheu, M. M., Drude, K. P., Wells, B. A., Wang, Y., Gustafson, D. J. y Nelson, E.-L. (2018). Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs [Encuesta de prácticas de salud teleconductual de psicólogos: uso de tecnología, cuestiones éticas y necesidades de capacitación]. *Professional Psychology: Research and Practice, 49*(3), 205-219. <https://doi.org/10.1037/pro0000188>
- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. y del Olmedo, M. (2017). Use of information and communication technologies by Spanish psychologists, and their needs [Uso de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades]. *Clínica y Salud, 28*(2), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Hidalgo, M. D., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Santed, M. Á., Padilla, J. L. y Gómez-Benito, J. (2020). The psychological consequences of covid-19 and lockdown in the Spanish population: An exploratory sequential design [Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento en la población española: un diseño secuencial exploratorio]. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(22), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228578>
- Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., Yang, D. y Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai [Intervención de crisis psicológica durante el período de brote de nueva neumonía por coronavirus a partir de la experiencia en Shanghái]. *Psychiatry Research, 286*, 112903. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>
- Larroy, C., Estupiña, F., Fernández, I., Hervás, G., Valiente, C., Gómez, M. y Crespo, M. (2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19*. Universidad Complutense-Colegio Oficial de Psicólogos Madrid.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S. y Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak [Servicios de salud mental en línea en China durante el brote de COVID-19]. *The Lancet Psychiatry, 7*(4), e17-e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)

- Main, A., Zhou, Q., Ma, Y., Luecken, L. J. y Liu, X. (2011). Relations of sars-related stressors and coping to chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing sars epidemic [Relaciones de los factores estresantes relacionados con el sars y adaptación psicológica de los estudiantes universitarios chinos durante la epidemia de sars en Beijing de 2003]. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 410-423. <https://doi.org/10.1037/a0023632>
- Martin, J. N., Millán, F. y Campbell, L. F. (2020). Telepsychology practice: Primer and first steps [Práctica de Telesicología: Cartilla y primeros pasos]. *Practice Innovations*, 5(2), 114-127. <https://doi.org/10.1037/pri0000111>
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Muñoz-Violant, S., Violant-Holz, V., Gallego-Jiménez, M. G., Anguera, M. T. y Rodríguez, M. J. (2021). Coping strategies patterns to buffer the psychological impact of the State of Emergency in Spain during the COVID-19 pandemic's early months [Patrones de estrategias de afrontamiento para amortiguar el impacto psicológico del Estado de Alarma en España durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19]. *Scientific Reports*, 11(1), 1-16. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03749-z>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Panel de control de la enfermedad por coronavirus de la OMS (COVID-19)]*. <https://covid19.who.int>
- Paul, M., Bullock, K. y Bailenson, J. (2020). Virtual reality behavioral activation as an intervention for major depressive disorder: Case report [Activación conductual de realidad virtual como intervención para el trastorno depresivo mayor: Reporte de caso]. *JMIR Mental Health*, 7(11), 1-13. <https://doi.org/10.2196/24331>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain [Impacto psicológico y factores asociados durante la etapa inicial de la pandemia por coronavirus (COVID-19) en la población general en España]. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Rydel Niski, D. (2015). *Evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención: basado en el autoreporte de los usuarios* [Tesis de maestría, Universidad de la República Uruguay]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8336>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic: Negative and positive effects in spanish people during the mandatory national quarantine [Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: efectos negativos y positivos en los españoles durante la cuarentena nacional obligatoria]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/RPPC.27569>
- Sierra-García, P. y Carrasco, M. A. (2021). *Recursos psicológicos para tiempos de confinamiento y pandemia*. Sanz y Torres.
- Sierra-García, P., Saúl, L. Á., Carrasco, M. Á. y González-Brignardello, M. P. (2021). Perfil de usuarios de una clínica universitaria durante el estado de alarma sanitaria COVID 19. *Acción Psicológica*, 18(1), 11-26. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29867>
- Soler Sánchez, M. I., Meseguer de Pedro, M. y García Izquierdo, M. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the 10-item Connor-Davidson resilience scale (10-item CD-RISC) in a sample of workers [Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de Connor-Davidson de 10 ítems (CD-RISC de 10 ítems) en una muestra de trabajadores]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.002>
- Telepsychology Task Force. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology [Pautas para la práctica de la telesicología]. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F. y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the clinical outcomes in routine evaluation – outcome measure [Propiedades psicométricas de la versión en español de los resultados clínicos en la evaluación de rutina – medida de resultado]. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Wahlund, T., Mataix-Cols, D., Olofsdotter Lauri, K., De Schipper, E., Ljótsson, B., Aspvall, K. y Andersson, E. (2021). Brief online cognitive behavioural intervention for dysfunctional worry related to the COVID-19 pandemic: A randomised controlled trial [Breve intervención cognitiva conductual en línea para la preocupación disfuncional relacionada con la pandemia de COVID-19: un ensayo controlado aleatorio]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(3), 191-199. <https://doi.org/10.1159/000512843>

- Wang, Y., Zhao, X., Feng, Q., Liu, L., Yao, Y. y Shi, J. (2020). Psychological assistance during the coronavirus disease 2019 outbreak in China [Asistencia psicológica durante el brote de la enfermedad del coronavirus 2019 en China]. *Journal of Health Psychology*, 25(6), 733-737. <https://doi.org/10.1177/1359105320919177>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G. y Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance [Telepsicoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada: Impacto en la alianza de trabajo]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>
- Wei, N., Huang, B., Lu, S., Hu, J., Zhou, X., Hu, C., Chen, J., Huang, J., Li, S., Wang, Z., Wang, D., Xu, Y. y Hu, S. (2020). Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19 [Eficacia de la intervención integrada basada en Internet sobre los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19]. *Journal of Zhejiang University: Science B*, 21(5), 400-404. <https://doi.org/10.1631/jzus.B2010013>

Apéndice A: Registro de atención de llamadas

|   | |
|---|-----------------------------|
| ATENCIÓN ONLINE EN CRISIS ALERTA SANITARIA COVID-19 | |
| REGISTRO DE ATENCIÓN DE LLAMADAS | |
| DATOS DEL TERAPEUTA | |
| Nombre: | Apellidos |
| Fecha: | Hora: |
| Motivo de llamada | |
| DATOS DEL PACIENTE Y DEL PROCESO DE ATENCIÓN | |
| 1. RECEPCIÓN Y ENCUADRE | |
| Nombre: | Teléfono: Email |
| -Identificar contexto: Lugar en el que se encuentra: Personas que le acompañan: | |
| -Identificar antecedentes esenciales: Patología previa y/o tratamiento psicológico previo: Tratamiento psiquiátrico previo: Motivo de tratamiento previo: | |
| 2. ESCUCHA Y ATENCIÓN= CONECTAR | |
| -Expresión y ventilación emocional: "Cuénteme que le ocurre" | |
| - Evaluación Inicial: ¿Cuál es su grado de malestar en estos momentos de cero a diez? | |



ATENCIÓN ONLINE EN CRISIS ALERTA SANITARIA COVID-19

3. DESACTIVACIÓN/DEESCALAR*

Técnica/estrategia aplicada:

- Respiración lenta y suave
- Ejercicios de calma (ver postcasts y guías de Blanca)
- Redirección de la atención a una parte del cuerpo y acompasar la respiración
- Reconocer y aceptar la reacción:
 - Observa tu reacción
 - Poner un adjetivo o un color
- Instaurar un patrón de lentificación (Ver material de Marcela)
- Contacte con su entorno inmediato:
- Apoye los pies en el suelo y apriete, note su contacto
- Repiquetee con los dedos o las manos en el regazo.
- Observe elementos neutros de su entorno (cuadro, ventana...) describanoslo.
- Paseo lento por el entorno inmediato

Otras (Describir)

.....

.....

.....

Valorar riesgos en caso de no disminuir la activación:

- Contacto con persona de apoyo
- Contacto con emergencias

ATENCIÓN ONLINE EN CRISIS ALERTA SANITARIA COVID-19

4. DELIMITAR EL PROBLEMA Y LA REACCIÓN*

Ayudar a Identificar la reacción en el triple sistema de respuesta:

¿Qué sientes físicamente?

¿qué emoción crees que estás sintiendo?

¿qué pasa por tu cabeza? ¿qué estás pensando? ¿qué te preocupa en estos momentos?

¿qué haces ante esta emoción o pensamiento?

Micro-análisis funcional: indagar los disparadores/antecedentes y los consecuentes:

-Cuénteme qué ha pasado antes de tener esa reacción (dónde, con quién, cuándo)

- ¿Hay algo que haya disparado ese malestar o reacción?

- ¿Ha intentado hacer algo para sentirse mejor antes de llamar?

-¿Qué ha pasado después de su reacción?

***Valorar Riesgos:**

Resistencia Ideación autolítica ataque de pánico agresión

violencia de género Violencia sexual

Otras (anotar):

5. VALORAR ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO (0-10)

-Hábitos saludables: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Relación Familia/pareja 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Relación con Amigos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Hábitos tele-trabajo/tareas de casa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Tiempo para actividades de ocio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Rutina y organización del día 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ATENCIÓN ONLINE EN CRISIS ALERTA SANITARIA COVID-19
6. VALORAR APOYOS

- Amigos/vecinos: "tienes algún amigo/a especial con quien contactar"
- Familia/pareja: "tienes algún miembro de tu familia con quien poder hablar y a quien pedir ayuda"

7. ACCIÓN: BÚSQUEDA DE SOLUCIONES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO*

Describir la acción aplicada:

*Valorar si hay riesgos por escasez de recursos de afrontamiento

8. DESPEDIDA Y CIERRE

-Valorar su malestar y su autoeficacia:

- ¿Cuál es tu grado de malestar en estos momentos de cero a diez?
- ¿Cómo de capaz te sientes para afrontar/llevar esta situación?

9. SEGUIMIENTO

- Sin seguimiento
- Seguimiento: "¿me autoriza a contactar con usted (vía teléfono o email) para ver cómo continúa mañana?"

Anotar el tipo de seguimiento pautado (vía y periodicidad)

.....

.....

ATENCIÓN ONLINE EN CRISIS ALERTA SANITARIA COVID-19

10.OBSERVACIONES

| |
|--|
| |
|--|

REGISTRO DE COMPORTAMIENTOS AUTOLÍTICOS (Si procede)**PREGUNTAS CLAVE**

- ¿Has pensado alguna vez en hacerte daño o deseado estar muerto?
- ¿Has intentado hacerte daño deliberadamente? ¿crees que lo harías en el futuro?
- ¿Has pensado cómo lo harías: cuándo, dónde y cómo?
- ¿alguna vez te has hecho daño deliberadamente?

FACTORES DE ALTO RIESGO
 Intensidad depresiva alta

 Alta desesperanza

Pertenencia a grupo de riesgo:

 Adolescente Anciano LGTBI Personas con trastorno mental

 Policías Aislamiento Pérdidas recientes ruptura amorosa

 OTROS (ANOTAR).....
MEDIDAS O ACCIONES IMPLEMENTADAS

| |
|--|
| |
|--|

