# GUÍA DE INTERVENCIÓN POR TELEPSICOLOGÍA

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Universidad Del Magdalena

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

# Contenido

1. OBJETIVO 3
2. ALCANCE 3
3. RESPONSABLE 3
4. GENERALIDADES 3
5. GUÍA DE INTERVENCIÓN POR TELEPSICOLOGÍA 6
***A. PRIMERA INTERVENCIÓN*** 8
1. Ambiente 8
3. Evaluación 10
5. Comprensión de la crisis o problema 12
6. Activar 12
7. Recuperación del funcionamiento 13
8. Seguimiento 14
***B. SESIONES DE SEGUIMIENTO*** 14
8.1. Segunda Sesión 14
8.2. Tercera Sesión 15
8.3. Cuarta Sesión 16
8.4. Quinta Sesión 16
6. REFERENCIAS 17
7. REGISTRO DE MODIFICACIONES 18
ANEXOS 19

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

## 1. OBJETIVO

Brindar estrategias de intervención por telepsicología a personas que requieren acompañamiento por parte de las unidades de atención en psicología de la Universidad del Magdalena.

## 2. ALCANCE

La población beneficiaria son los estudiantes, docentes, funcionarios y familiares de estos, y población externa.

## 3. RESPONSABLE

El personal asistencial del Programa de Atención Psicológica, de Bienestar Universitario y Desarrollo Estudiantil.

## 4. GENERALIDADES

La emergencia sanitaria declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) por el brote de coronavirus (COVID-19) ha modificado la forma a través de la cual se brindaban los servicios de psicología en la Universidad del Magdalena. Lo anterior se establece en la Resolución 176 de 2020, la cual imparte que la jornada laboral de los empleados públicos administrativos de la Universidad del Magdalena debe llevarse a cabo mediante la modalidad de “Trabajo en Casa”, en cumplimiento de la orden de aislamiento preventivo obligatorio impartida por el Gobierno Nacional a través del Decreto N° 457 de 18 de marzo de 2020, como medida de prevención y de control de la propagación del COVID-19.

Lo descrito ha resaltado la necesidad de brindar acompañamiento psicológico a través de las plataformas digitales disponibles a fin de mantener el servicio que beneficia a la comunidad académica y a la población externa. El Colegio Colombiano de Psicología ha indicado que la atención psicológica virtual (telepsicología, ciberpsicología) debe cumplir con lo establecido en la Ley 1090 de 2006 donde se destacan aspectos como las competencias profesionales, confidencialidad. Igualmente, este mismo estamento formula los referentes éticos mínimos para la práctica de la telepsicología, indicando elementos como comunicación y almacenamiento electrónico de información del consultante, uso de dispositivos, medios de comunicación social, “seguridad” profesional en redes sociales, entre otros (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2020).

La situación actual de emergencia ha tenido un impacto directo en las áreas del funcionamiento de las personas, a causa de la reacomodación al modelo de aislamiento sugerido como garante del cuidado de la salud. En algunos casos, se pueden presentar alteraciones de tipo emocional, cognitivo-conductual, causado por un cambio súbito y significativo en la situación vital del individuo, lo cual se puede caracterizar por una incapacidad del sujeto para superar la situación con los mecanismos habituales de afrontamiento (SLAIKEU, 1998).

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

En los estados mencionados, puede presentarse una pérdida temporal del equilibrio, lo cual implica:

- Baja capacidad de control emocional.
- Baja capacidad para buscar soluciones.

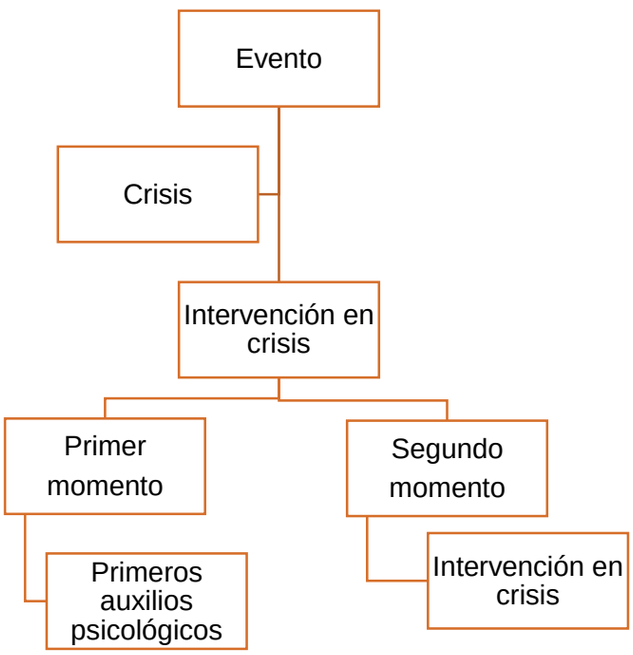
Para definir que una persona se encuentra en un estado de crisis debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Situación extraordinaria.
- Desestabiliza equilibrio.
- Carece de recursos (capacidad de solucionar porblemas).
- Necesita ayuda externa.

Diversos autores sugieren la existencia de dos niveles o instancias de intervención las cuales se describen a continuación:

- Primera instancia: Es aquella atención prestada por personas cercanas a la persona, que puede desarrollarse en un lapso de tiempo corto (de minutos a horas), en ambientes comunes, seguros y tiene como objetivo principal el alivio emocional inmediato, facilitar la adaptación frente a un evento estresor y favorecer la capacidad de solución de problemas.
- Segunda instancia: Es una atención ofrecida por psicoterapeutas y orientadores con formación en salud mental, que puede desarrollarse en un periodo de tiempo prolongado (de semanas a meses), en ambientes terapéuticos (consultorios, centros de salud, hospitales) y tienen como fin resolver la situación problemática, reestablecer el equilibrio emocional y disposición para enfrentar el futuro.

***Ilustración 1. Fases de atención psicológica en crisis***




***Fuente: Elaboración propia.***

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

La atención psicológica virtual (telepsicología) permite brindar apoyo al usuario, propiciando canales de escucha activa, comprensión y expresión de emociones. Así mismo permite evaluar el riesgo del sujeto, planteando la necesidad de acudir a redes de apoyo familiares y sociales, sugiriendo la importancia de un ingreso hospitalario para intervención psiquiátrica, si se considera como un caso de alto riesgo.

Al momento de prestar atención psicológica, es necesario tener en cuenta las recomendaciones al psicólogo que presta la atención (Ver ***Tabla 1***) y los siguientes elementos de logro:

- La posibilidad de recuperación emocional es mayor cuando se presta atención psicológica.
- La meta es ayudar al sujeto a recuperar su nivel de funcionamiento.

***Tabla 1. Recomendaciones al psicólogo***

| ¿Qué hacer? | ¿Qué no hacer? |
|---|---|
| Escuchar de manera empática | Hablar de manera tosca o brusca |
| Facilitar la reflexión | Generalizar |
| Respetar creencias religiosas | Desvalorar |
| Remitir a profesional especializado en caso de ser necesario | Minimizar |
| | Moralizar |
| Valorar las áreas afectadas por el problema | Proyectar |
| Entender cuál es la pérdida y el significado para la persona | Confrontar creencias irracionales |
| | Asumir un papel consolador |
| Motivar hacia la acción | Desvirtuar el relato |
| Mantener actitud respetuosa | Magnificar |
| Ser realista | Transferir |
| Delimitar sus funciones como personal de apoyo para resolver la situación de crisis en lo inmediato | Mostrarse ansioso |
| | Ofrecer algo que no se puede cumplir |
| | Utilizar un lenguaje técnico |
| | Apresurarse a dar una solución si la personas desea ser escuchada |

***Fuente: Adaptación de acciones del profesional durante una crisis (Hernandez & Gutierrez, 2014)***

Las entrevistas que se desarrollen en el marco de la telepsicología a los usuarios beneficiarios de los servicios de atención psicológica deben tener en cuenta las variables del consultante y las del psicólogo, teniendo como referencia que la conjunción de estos elementos favorece el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica. Dentro de los componentes a tener en cuenta se plantean los siguientes:

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

*Ilustración 2. Variables del consultante y del psicólogo durante la entrevista*

.

*Fuente: Elaboración propia.*

Un psicólogo efectivo cuenta con las siguientes características:

- Integra sus competencias interpersonales y técnicas.
- Posee un conocimiento global y adecuado de diferentes áreas.
- Dinámico para inspirar seguridad a los pacientes.
- Adapta los métodos a los pacientes.

## 5. GUÍA DE INTERVENCIÓN POR TELEPSICOLOGÍA

El método de intervención que se propone como estrategia atención, se basa en la adaptación del Protocolo ACERCARSE (Muñoz, Ausín & Pérez-Santos, 2007), el cual plantea 8 principios que pretenden salvaguardar la integridad física y emocional del usuario. Este modelo de intervención favorece la organización de las sesiones, y plantea como objetivos fundamentales los siguientes puntos:

- Ofrecer protección, seguridad y esperanza a quien solicite servicio.
- Aliviar de forma inmediata síntomas agudos.
- Prevenir reacciones diferidas de estrés.

En consonancia con lo descrito, se plantea que este modelo se organiza a través 5 principios, los cuales se ajustan a las condiciones de atención por telepsicología y los cuales se enuncian a continuación:

- **Proteger**: Es fundamental que la persona el usuario se sienta seguro y protegido. Desde este punto de vista, habrá que buscar y organizar un espacio físico donde se

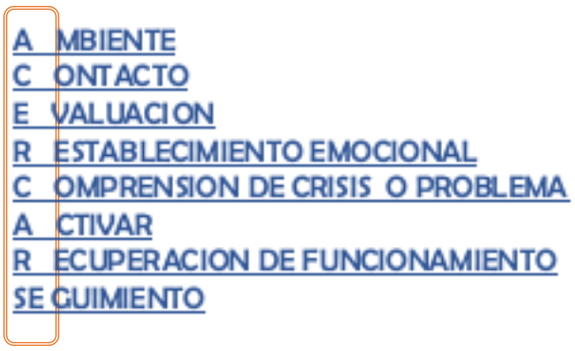
El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

garantice su protección en caso tal, que al momento de hacer el primer contacto no lo tuviese.

- **Dirigir**: El psicólogo deberá indicar la necesidad de que el usuario se separe de los lugares peligrosos y pedirle que se dirija a otros seguros. Debe considerarse que las personas pueden llegar a estar en un estado de confusión que les impida guiarse por sí mismos, en ese caso se evalua la necesidad de solicitar soporte de su contacto de emergia o de alguna autoridad competente.
- **Conectar**: El tercer principio se dirige hacia la necesidad de conectar a la persona con todos los recursos personales y sociales disponibles y útiles. En tal sentido, se recomienda enlazar con red de apoyo familiar, centros de información y grupo de personas (gubernamental o no gubernamental) que se encuentre ofreciendo apoyo. La información derivada de la Ficha de Solicitud de Cita y el primer contacto debe ser utilizado para favorecer la integridad del consultante.
- **Tratar**: La intervención se concentra en el manejo de las reacciones de estrés agudo, crisis de pánico, duelo, ideación o conducta suicida, casos de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual actual, principalmente; sin descuidar otros posibles comportamientos como el abuso de drogas, alcohol u otras reacciones.
- **Cuidados agudos**: La asistencia permitirá la atención que puede derivarse en casos de personas con sintomatolgoía aguda y favorecerá una atención rápida, orientada a la **resolución de problemas**.

Este método de intervención permite la organización de la praxis y ofrece unas pautas que facilitan el trabajo del profesional. Los 8 pasos propuestos, se convierten así en una referencia o guía que se sigue de acuerdo con las características de cada caso y se describen a continuación:

*Ilustración 3. Estructura de modelo de intervención ACERCARSE*




*Fuente: Elaboración propia*

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

*Tabla 2. Estructura de guía de atención por telepsicología*

| Estructura | Adaptación de protocolo ACERCARSE | |
|---|---|---|
| Duración | 5 sesiones | |
| Prestador | Profesionales de salud mental | |
| Lugar | Contacto formal vía telefónica, recursos tecnológicos. | |
| Fases | A. Primera Intervención | B. Sesiones de seguimiento |
| Metas | • Proteger<br>• Reducir la posibilidad de mortalidad<br>• Ofrecer alivio inmediato a manifestaciones de malestar<br>• Proveer información<br>• Desarrollar de estrategias de solución de problemas<br>• Conectar con sistemas de apoyo y enlazar con profesionales. | • Resolver problemas<br>• Restaurar funcionamiento a nivel conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo.<br>• Desarrollo de habilidades de afrontamiento efectivo<br>• Conectar con redes de apoyo<br>• Apertura para afrontar el futuro. |

*Fuente: Elaboración propia*

## *A. PRIMERA INTERVENCIÓN*

### 1. Ambiente

Es necesario informarse previamente, de las condiciones o características del consultante las cuales se consignan en la *Ficha de Solicitud de Cita* a través de la plataforma virtual.

1.1. Selección del usuario: Se establece el orden jerárquico de intervención con base al nivel de vulnerabilidad y/o gravedad más inmediata de acuerdo a la priorización de caso que permite la *Ficha de Solicitud de Cita* y el direccionamiento según la Matriz de Triage Psicológico.

1.2. Evaluación previa del usuario: Luego de seleccionar al usuario, se debe determinar el grado de afectación o letalidad del mismo a través de la información que se indica en *la Ficha de Solicitud de Cita* (grado de afectación del problema por el cual consulta), así como la potencial peligrosidad que represente en relación a sí mismo y a los otros (ataques de pánico, conducta suicida, etc.).

1.3. Contextualización: En este punto es importante familiarizarse con la información general antes de tomar contacto con el usuario (contextualización global).

1.4. Evaluación del Ambiente: determinar las necesidades más inmediatas y las redes de apoyo existentes hasta ese momento (Ficha de Solicitud de Cita).

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

## 2. Contacto

En segundo lugar, el psicólogo debe iniciar el contacto con el solicitante, teniendo como referencia que es importante transmitir confianza y seguridad para favorecer la alianza terapeutica. Igualmente, se resalta la necesidad de mantener en todo momento el trato cordial, empático, con un tono de voz suave y calmado. Este apartado es importante teniendo como referencia que se pueden presentar casos en los cuales el consultante puede reflejar estados de alteración a través de un tono de voz alto y una velocidad rápida en la conversación.

A continuación, se plantea la estructura del primer contacto:

2.1. Presentación: Mencione nombre, cargo y rol.
2.2. Solicitar permiso para hablar.

2.3. Indicar que la misión del profesional en ese momento es ofrecer ayuda.

2.4. Invitar a recibir el soporte psicológico en un espacio adecuado para tal fin, en el cual pueda tener la mayor privacidad posible.

2.5. En caso de ser menor de edad, se sugiere realizar un primer contacto con el representante legal o cuidador. En ese momento, expliqué el rol y solicite autorización para poder realizar acercamiento con el menor.

A continuación, se plantea el ejemplo de un diálogo de contacto inicial:

**EJEMPLO:**
"Mi nombre es ___ , soy _____ y me contacto con usted para ofrecerle mi orientación . Si lo desea, podemos hablar de lo que le ocurre, sin embargo primero quisiera validar una información ¿Le puedo preguntar su nombre?. Muy bien ____ antes de que hablemos del tema, ¿hay algo que necesite ahora mismo?

**NOTA:**
Para el primer contacto se recomienda:

- Respetar la privacidad de la otra persona y ofrercer unos minutos antes de intervenir.
- Mantenerse a la disponibilidad de esa persona.
- Ofrecer apoyo.
- Si la persona parece estar demasiado agitada, habla precipitadamente, parece estar perdiendo contacto con su entorno o llora demasiado y desconsoladamente, puede ser útil:
  - Pedirle al individuo que lo escuche y que lo atienda.
  - Descubrir si la persona sabe quién es, dónde está y qué está sucediendo.
  - Pedirle que le describa lo que está a su alrededor y que le diga dónde está. Si no se logra estabilizar, utilice la técnica de Grounding o Enraizado (Ver Anexo 1).

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

## 3. Evaluación

El psicólogo debe evaluar los siguientes aspectos:

3.1 Exploración inicial: consiste en llevar a cabo un examen del estado mental que incluye la evaluación de la orientación espacio temporal, atención, memoria, actitud a la hora de establecer contacto con el profesional, tono de voz, apariencia en caso tal de establecer contacto por videollamada, etc. (Ver Anexo 2).

Lo anterior puede llevarse a cabo a través de la entrevista de validación de los datos consignados en la *Ficha de Solicitud de Cita,* lo cual es un insumo requerido para la historia clínica del usuario, además de establecer el consentimiento informado.

**NOTA:**
En caso de percibir algunas de las siguientes señales:

- Ojos cristalinos, mirada ausente o perdida.
- Ausencia de respuesta a preguntas u órdenes verbales.
- Comportamiento desorganizado no intencionado.
- Respuestas emocionales intensas como llanto desconsolado, comportamiento agresivo, hiperventilación o movimiento estereotipados (que no mejoran durante la intervención).
- Reacciones físicas incontrolables
- Participación en actividades de alto riesgo.
- Conducta suicida, aislamiento.

Se requiere una atención psicológica de caracter directiva cuando se evidencia un alto riesgo de mortalidad, o cuando el usuario está incapacitado para actuar en su propio beneficio. La acción del psicólogo tratande debe orientarse hacia una llamada a un miembro de la familia (reportado como contacto de emergencia en el *Ficha de Solicitud de Cita)* para traslado a su institución de salud por urgencias o favorecer que una Unidad de Reacción Inmediata o Cuadrante de la Policía Nacional, lo visite en su hogar (Ver Anexo 3).

3.2 Identificación de problemas: Se solicita la narración de la situación problemática, procesamiento cognitivo de la situación (significado, atribuciones), evaluación del estado emocional (crisis de ansiedad, ira, ataques de pánico), manifestaciones fisiológicas, de acuerdo con el nivel de severidad del mismo: intensidad, frecuencia y duración (Ver Anexo 4).

**EJEMPLO:**
¿Podría indicarme el motivo por el cual solicita acompañamiento?
¿Quiere contarme qué ocurrió?
¿Qué piensa de esa situación o suceso?

**NOTA:**
No interrumpir el discurso del usuario, a no ser que veamos que empieza a divagar o a apartarse de una narración hilada. En este caso, volveremos a centrar la historia por el punto en donde se desvió para que la retome. El relato coherente y cronológico sobre lo ocurrido permitirá la integración de los componentes cognitivos (significado de lo ocurrido) con las emociones experimentadas, lo que además validará el examen mental.

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

**NOTA:**
En caso, que el problema esté asociado con la muerte de un ser querido es pertiente brindar consuelo emocional e información acerca de cómo afrontar la situación, incluyendo los siguientes apartados del presente protocolo (favorecer al resolución).

3.3 Estilo de afrontamiento: identificar habilidades de afrontamiento básicas (estilo evitativo vs. activo).

**Ejemplo:**
¿Qué postura o conducta adoptó en ese momento?
¿Qué hizo ante esa situación?

3.4 Evaluación de los recursos personales y sociales disponibles (consideración de factores de riesgo o de protección externo.

**NOTA: Factores de riesgo y protectores**
**Factores protectores:**
- Control emocional y valoración positiva de sí mismo y de la vida
- Apoyo social y estilos de vida equilibrados.
- Afrontamiento activo de las dificultades cotidianas.
- Aceptación de las limitaciones personales.
- Satisfacción laboral y/o personal.

**Factores de riesgo:**
- Tendencia a considerar el cambio como negativo y no deseado.
- Rigidez cognitiva
-Antecedentes previos psicopatológicos
-Consumo de SPA
-Inadecuado o ausente soporte familiar

## 4. Restablecimiento emocional

En esta fase del protocolo se debe facilitar la comunicación emocional y restablecer un nivel de funcionamiento adaptativo. Para ello, el psicólogo deberá:

4.1. Facilitar la expresión emocional.
Es útil utilizar la escucha activa a fin de estar atentos ante la posible aparición de una crisis. Es importante en todo caso tratar las necesidades inmediatas del consultante (físicas y emocionales).

¿Cómo se siente ahora que está hablando conmigo?

**NOTA:**
En caso de ser necesario utilice técnicas de desactivación o activación fisiológica (respiración, relajación, control de la tensión muscular) de acuerdo al estado y necesidades de cada caso (Ver Anexo 5)

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

4.2. Facilitar el reconocimiento de la red social disponible.

4.3. Ofrecer disponibilidad y accesibilidad inmediata, haciéndole saber que recibe de su parte atención y comprensión (es importante dejar claro que se establecerán horarios y canales para desarrollar el proceso de atención, los cuales deben ser concertados entre el psicólogo tratante y el usuario).

## 5. Comprensión de la crisis o problema

El objetivo en esta fase es favorecer la comprensión de la situación problemática por parte de la persona afectada. Por lo anterior, se sugiere:

5.1. Dar información general acerca de los problemas y efectos del estrés (síntomas); de su control y afrontamiento; y de las reacciones normales en situaciones excepcionales.

**NOTA:**
En este apartado puede ser útil describir reacciones de estrés comunes y comentar que las reacciones intensas son normativas bajo circunstancias altamente tensionantes y que disminuyen con el tiempo, es también importante evitar dar garantía general de que las reacciones van a desaparecer de manera inmediata. Se pretende será reducir la posoibilidad de altas expectativas en relación al tiempo requerido para la remisión de los síntomas, si estas reacciones continúan e inciden en la capacidad de funcionamiento en las diversas esferas del sujeto por más de un mes, deben considerar la necesidad de derivación a psicoterapia.

5.2. Dar información específica sobre el suceso: entender lo que ha pasado; promover una narración adaptativa (corregir errores, sesgos, falsas atribuciones, etc.); informar acerca de la situación y responder a lo que pregunten.

## 6. Activar

En el siguiente paso se debe favorecer la activación y orientación del consultante hacia la acción. Para ello, es conveniente:

**6.1.** Recuperar el nivel de procesamiento cognitivo. Es importante volver a centrar a la persona en actividades y hechos.

**6.2.** Se orienta a la identificación de las situaciones problema, con el fin de evaluar, jerarquizar y otorgar valores que permitan definir qué situaciones deben manejarse de forma inmediata (Ver Anexo 6).

**6.3.** Formular un plan de acción, en el que se discutan objetivos y posibles acciones explorando los propios recursos y estrategias de la persona afectada. Se orienta a la persona a describir de manera específica un listado de los problemas que estén generando malestar en la actualidad, y se les otorga valor y se prioriza de acuerdo a lo referido por la persona intervenida. En el plan de acción se definen tareas realistas a corto plazo, coherentes con la disminución de los problemas. La evaluación de la efectividad de las medidas, se realiza con base a la disminución del malestar del sujeto (Ver Anexo 7 y 12).

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

**Ejemplo:**
"Noto cuenta de que son muchas las cosas que le preocupan. ¿Le parece si vamos paso a paso y nos enfocamos primero en lo más urgente?"
"¿Cuál cree que es el problema más importante de resolver primero?"
"Entiendo que se sienta abrumado. Veamos si podemos identificar al menos tres cosas sobre las que tiene actualmente control para centrarnos en ellas"

**NOTA:**
Formular plan de acción a partir de los siguientes componentes:

- Lo que se está haciendo para asistirlo.
- Lo próximo que hay que hacer.
- Lo que se sabe del evento o problema que se está desarrollando.
- Los servicios de soporte disponibles.
- Manejo de posibles reacciones comunes ante el estrés.
- Autocuidado, cuidado de la familia y el manejo de la adversidad.

**6.4.** Planificar contratos para cumplir con el plan formulado (Ver Anexo 8).

**NOTA:**
Quienes solicitan acompañamiento psicológico, con frecuencia han agotado sus recursos personales y sociales o tal vez evalúan que lo que está disponibles para ellos (familia, amigos, compañeros de trabajo) no deberían estar implicados en los problemas en ese momento. Un contacto con el psicólogo orientador, puede ser la oportunidad para que el se pregunte acerca de la alternativas de solución previas, para analizar los obstáculos que se ha encontrado. El objetivo es crear tantas direcciones potenciales como sea posible, con el fin de actuar sobre las necesidades urgentes.

## 7. Recuperación del funcionamiento

Se pretende que el solicitante recupere su actividad normal, en ese sentido se debe hacer énfasis en los siguientes puntos:

7.1. Planificar actividades a desarrollar (Ver Anexo 9), en compañía y en solitario (para favorecer la independencia). El apoyo de la familia, los amigos y la comunidad puede fortalecer la habilidad de manejar la angustia o la adversidad.
Pregunte acerca del apoyo social de la siguiente manera:

**EJEMPLO:**
¿Hay miembros de la familia o amigos con los cuales puede contar para ayudarle con los problemas que está enfrentando actualmente?

**NOTA:**
A quienes no tengan apoyo social adecuado, ayúdeles a encontrar los recursos y servicios disponibles, provea información sobre el manejo de adversidades y apoyo social externo y ofrézcale una reunión de seguimiento.

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

7.2. Facilitar las interacciones sociales.

## 8. Seguimiento

De acuerdo con el proceso de evaluación, es pertienente plantear un seguimiento para que el usuario sienta una continuidad en la atención recibida. Este seguimiento permite identificar si se alcanzaron los objetivos propuestos en el plan de acción.

> **EJEMPLO:**
> "Yo tengo interés en usted, y quiero saber cómo se desarrollan las cosas. ¿Podría yo llamarle de nuevo (o en algún momento, después de que se hubiera completado un acuerdo acerca de los pasos de acción), para conocer cómo se desarrollaron las cosas?"

Teniendo en cuenta lo planteado, se formula un plan de atención por sesiones a fin de esbozar los componentes que pueden ser abordados en cada una de ellas.

### *B. SESIONES DE SEGUIMIENTO*

### 8.1. Segunda Sesión

Se da continuidad al registro de la información requerida en la historia clínica del consultante, en la que se registra evolución de la problemática, síntomas y se completan elementos de la anamnesis que no pudieron ser anotados durante la primera intervención.

En consonancia con lo anterior, la entrevista se dirige a explorar los cinco sistemas del sujeto como se describe a continuación:

*Tabla 3. Sistemas del sujeto (Adaptación de Modelo CASIC)*

| SISTEMA | SUBSISTEMA |
|---|---|
| **CONDUCTUAL**<br>Actividades y patrones de conducta manifiestas | • Ciclo de sueño<br>• Patrones de trabajo<br>• Interacción<br>• Descanso<br>• Ejercicio<br>• Dieta (hábitos de comida y bebida)<br>• Comportamiento sexual<br>• Hábitos de sueño<br>• Uso de drogas y tabaco<br>• Actos suicidas, homicidas o de agresión.<br>• Habilidades para resolver problemas |
| **AFECTIVA**<br>Aspecto afectivo/emocional relacionados con la crisis | • Presencia de ira, tristeza, ansiedad, depresión. Distorsión o negación del componente afectivo. |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

| | |
|---|---|
| **SOMÁTICA**<br>Funcionamiento físico general y estado de salud | • Funcionamiento físico general<br>• Antecedentes médicos<br>• Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. |
| **INTERPERSONAL**<br>Interacción en el ámbito familiar, amigos, vecinos, compañeros | • Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas.<br>• Identificación de: Fortalezas y problemas interpersonales.<br>• Número de amigos (frecuencia del contacto). |
| **COGNITIVA**<br>Aspecto relacionado con pensamientos y creencias | • Presencia de pensamientos: Catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida.<br>• Expectativas sobre el acompañamiento psicológico y atribuciones de cambio.<br>• Recuerdos, ideas e imágenes incomoda recurrentes. |

***Fuente: Adaptado de Perfil básico de la personalidad (Slaikeu, 1996).***

**NOTA:**
De manera paralela, se explora la adopción de estrategias de solución de problemas a fin de reformular el plan de acción en caso de ser requerido. Revisar aspectos a evaluar según adapatación del Modelo CASIC (Ver Anexo 10).

## 8.2. Tercera Sesión

Durante la tercera sesión, correspondiente al seguimiento del proceso de adaptación y acompañamiento del usuario, se continúa con la recopilación de los componentes de la historia clínica que ameriten exploración. Además, se plantea el siguiente objetivo:

8.2.1. Orientar al usuario hacia la resignificación del evento.

8.2.2. Realizar psico educación en hábitos de vida saludable.
Orientar e incentivar la práctica de actividades saludables: Deporte, higiene del sueño, alimentación adecuada, técnicas de respiración y relajación (Ver Anexo 11).

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

### 8.3. Cuarta Sesión

En esta fase del proceso de intervención, se realiza una evaluación parcial de los resultados alcanzados en el primer plan de acción planteado, con base en la influencia de los resultados en los Sistemas del Sujeto (CASIC). Así entonces, se debe:

- Evaluar acciones emprendidas para afrontar el problema y determinar los logros.

**NOTA:**
En este apartado se pretende verificar si se evidencia un equilibrio o reorganización de los sistemas del sujeto (CASIC).

### 8.4. Quinta Sesión

Se plantea como la sesión de cierre, en la que se evalúa la eficacia del proceso de intervención, a través de la evaluación conductual (Ver Anexo 12).

**NOTA:**
Se establece como criterios de cierre los siguientes componentes:

- Remisión significativa de los síntomas (somático, afectivo, conductual).
- Vinculación y funcionamiento adaptativo del sujeto en sus actividades matutinas.
- Verbalización de cogniciones más adaptativas y de estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas.
- Si no evidencia mejoría significativa, se sugiere evaluar la remisión a especialista de su EPS.

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

## 6. REFERENCIAS

Colegio Colombiano de Psicólogos (2020). Referentes éticos mínimos para la práctica de la telepsicología. Bogotá, Colombia. Extraído el 7 de abril de 2020 desde https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Referentes%20e%CC%81ticos%20mi%CC%81nimos%20para%20la%20pra%CC%81ctica%20de%20la%20Telepsicologi%CC%81a%20(2).pdf

Congreso de la República. (2006). Ley 1090 de 2006. Por el cual se reglamente el ejercicio de la profesión de Psicología y se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Extraído el 13 de abril de 2020 desde http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Cortés, P. & Figueroa, R. (2015). Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos. En crisis individuales y colectivas. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Corral, E. & Gómez, F. (2009) Apoyo psicológico en situaciones de emergencia: Técnico en emergencias sanitarias. Madrid: Arán Ediciones pp. 164.

Figueroa RA, Cortés PF, Accatino L, Sorensen R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: Orientaciones de manejo. Revista Médica de Chile, 144: 643-655.

Hernandez, I. & Gutierrez, L. (2014). Manual básico de Primeros Auxilios Psicológicos. Universidad de Guadalarjara. México. Extraído el 7 de abril de 2020 desde http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf

Muñoz, M., Ausín, B. & Pérez, E. (2007). Primeros auxilios psicológicos, protocolo ACERCARSE. Revista internacional de psicología clínica y de la salud. 3. 479 – 506.

Universidad del Magdalena. (2020). Resolución Nº 176. Santa Marta, Colombia. Extraído el 10 de abril de 2020 desde https://www.unimagdalena.edu.co/Content/ArchivosPublicaciones/Publicacion_82955/documento_1_20200403120331.799.pdf

Slaikeu, K. (1996) Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda Edición.Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia.

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

## 7. REGISTRO DE MODIFICACIONES

| Versión | Fecha | Ítem modificado | Descripción |
|---|---|---|---|
| | | | |

No aplica la primera vez

| ***Elaboró*** | ***Revisó*** | ***Aprobó*** |
|---|---|---|
| *Equipo de Trabajo*<br>*Programa de Atención Psicológica*<br>*14/04/2020* | *Yineth Pérez Torres*<br>*Responsable Mejora Continua COGUI+*<br>*Grupo de Gestión de la Calidad*<br>*15/04/2020* | *Karen Avila Labastida*<br>*Directora Programa Psicología*<br>*Programa de Psicología*<br>*16/04/2020* |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

## ANEXOS

## ANEXO 1.

**GROUNDING O ENRAIZADO**

Puede presentar esta técnica diciendo:

"Después de una experiencia estresante, a veces uno se encuentra abrumado con emociones o no puede dejar de pensar en lo que sucedió o de imaginárselo. Puede utilizar un método que se llama 'enraizado' para sentirse menos abrumado. El enraizado funciona porque logra que sus pensamientos se dirijan nuevamente hacia el mundo externo. Esto es lo que debe hacer"

1. Siéntese en una posición cómoda sin cruzar sus piernas o brazos
2. Respire hacia adentro y hacia afuera lenta y profundamente.
3. Mire a su alrededor y mencione cinco objetos que no le causan angustia. Por ejemplo, usted puede decir "veo el suelo, veo un zapato, veo una mesa, veo una silla, veo a una persona"
4. Respire hacia adentro y hacia afuera lenta y profundamente.
5. Ahora, mencione cinco sonidos que puede escuchar que no le causan angustia. Por ejemplo: "oigo a una mujer hablando, me oigo a mí mismo cuando respiro, oigo una puerta que se cierra, oigo a alguien escribiendo en el teclado, oigo un teléfono celular sonando"
6. Respire hacia adentro y hacia afuera lenta y profundamente.
7. Ahora, mencione cinco cosas que puede sentir y que no le causan angustia. Por ejemplo: "puedo sentir el brazo de madera de esta silla con mis manos, puedo sentir los dedos de mis pies dentro de los zapatos, puedo sentir mi espalda haciendo presión en el espaldar de la silla, puedo sentir la cobija en mis manos, puedo sentir mis labios pegados el uno al otro".

*Este tipo de técnica debe ajustarse en caso de personas con discapacidades visuales, auditivas o de expresión de lenguaje.

## ANEXO 2.

EVALUACIÓN SEMIOLÓGICA (Examen Mental)

Consultar enlace: Fierro, M. Semiología del Psiquismo.
https://www.academia.edu/37344282/Fierro-Marco-SEMIOLOGIA-Del-Psiquismo.pdf

**EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL**

| | |
|---|---|
| Estado de conciencia | Alerta o vigilia, somnolencia, obnulación, estupor o sueño profundo, coma |
| ¿Cómo se encuentra? | Motivado, obligado, por iniciativa propia, recomendación profesional, recomendación de amigo, recomendación docente. |
| Aspecto físico | Arreglado, aseado, sobrepeso, su apariencia física coincide con su edad cronológica, su apariencia física no coincide con su edad cronológica. |
| Estado de conciencia | Alerta o vigilia, somnolencia, obnulación, estupor o sueño profundo, coma |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

| | |
|---|---|
| Conducta observable, expresión corporal | Impulsivo, territorial, tic, ademanes, estereotipias, temblores agitación motriz: hiperactividad, inquietud, excitación, agitación. Disminución psicomotriz: moderación o retraso psicomotor, mutismo, negativismo, estupor, catatonia, inhibición psicomotora, / su conducta es congruente con el contexto de entrevista, se observa disponible a las solicitudes que se realizaron en la sesión |
| Contacto visual | Espontáneo, permanente, no mantiene contacto visual, evita todo el tiempo el contacto visual |
| Expresión facial | Desinterés, motivación, disponible, empático, apático. |
| Actitud | Moderada, de interés, perplejidad, distante, inhibición, extrañeza, altiva, intrusiva, quejumbrosa, infantil, demandante, hostil, pasivo-agresiva, seductora, histriónica. |
| Orientación | Tiempo, lugar y persona / En las tres esferas… orientado, desorientado |
| Atención | Focalización, concentración, hipoprosexia, hiperprosexia, euprosexia, atención distráctil. |
| Sueño | Hipersomnio, sonambulismo, pesadillas o terrores nocturnos, enuresis, somniloquio, bruxismo, confusión, insomnio (conciliación, intermitente, o despertar temprano) |
| Lenguaje | Coherente, lento, rápido, elocuente, verborrea, monótono, pobreza del lenguaje, esterotipos verbales, palilalia, ecolalia, mutismo, neologismos, pararrespuestas, bradifasia, aumento latencia de respuesta, disfemia, presión del habla, parafemia, logoclonia, verbigeración. |
| Percepción | Distorsionada. Alucinaciones, pseudoalucinaciones, ilusiones. |
| Pensamiento | Taquipsiquia, bradsiquia, fuga de ideas, disgregación, incoherencia, perseveración, bloqueos del pensamiento, asociaciones laxas o ilógicas, tangencialidad, circunstancialdiad, distrabilidad, divagación, pensamiento prolijo. Alteraciones en el contenido: preocupaciones, temores, dudas, ideas sobrevaloradas, ideas fijas, fobias, obsesiones, ideas delirantes, delirios, temática delirante. |
| Memoria | Amnesias (anterógradas o de fijación) Retrógradas (global, lacunar, poestraumática, selectiva) de evocación. Hipermnesia, pseudohipermnesia, criptomnesia, ecmnesia, falsos reconocimientos, confabulaciones, mentiras patológicas o pseudología fantástica, deja vu, jamais vu. |
| Introspección | Nivel de concienciación, capacidad de lograr insight. |
| Afectividad | Tristeza, disforia, anhedonia, alegría, exaltación, ansiedad, temor, pánico, ira, irritabilidad, insuficiente, plano, labilidad, afectos mixtos. |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

**ANEXO 3.**

DIRECTORIO DE EMERGENCIAS

| SERVICIO | INSTITUCIÓN | CONTACTO |
|---|---|---|
| Agua y servicios públicos | Gobernación del Magdalena | 018000955530 Opción 4 |
| Asistencia jurídica | Consultorio jurídico y centro de conciliación* | consultoriojurídico@unimagdalena.edu.co<br>(5) 4381000 ext. 3190, 3003, 3004, 3005 |
| Asesorías espirituales | Pastoral universitaria | 3116518068- 3002298983 |
| Atención en salud | Gobernación del Magdalena | 018000955530 opción 1 |
| Atención e información para la mujer | Gobernación del Magdalena | 018000955530 opción 8 |
| Ayuda psicosocial y violencia intrafamiliar | Alcaldía Distrital de Santa Marta** | 5) 4382777 opción 3 |
| Ayuda psicosocial al adulto mayor | Alcaldía Distrital de Santa Marta** | 5) 4382777 opción 4 |
| Acompañamiento Psicoeducativo | Desarrollo estudiantil Universidad del Magdalena | inclusion@unimagdalena.edu.co<br>3015493994 - 3142868783 |
| Banco de alimentos | Alcaldía Distrital de Santa Marta** | (5) 4382777 opción 1 |
| Banco de alimentos y ayudas solidarias | Gobernación del Magdalena | 018000955530 opción 2 |
| Compras de alimentos a pequeños y medianos productores | Gobernación del Magdalena | 018000955530 opción 9 |
| Denuncias y control de precios | Gobernación del Magdalena | 018000955530 opcion 3 |
| Información a víctimas | Gobernación del Magdalena | 018000955530 opción 6 |
| Movilidad | Gobernación del Magdalena | 018000955530 opción 7 |
| Orientación médica | Bienestar universitario Universidad del Magdalena | 3013630206 (6:00 a.m. -10:00 a.m.)<br>3046752545 (10:00 a.m. – 2:00 p.m.)<br>3006629852 (2:00 p.m. – 6:00 p.m.)<br>3175906427 (6:00 p.m. – 10:00 p.m.) |
| Orientación a Mujeres víctimas de violencia | Consejería presidencial para la equidad de la mujer | 155 |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

| | | |
|---|---|---|
| Policía Nacional | | 123 |
| Salud mental y ayuda psicosocial | Gobernación del Magdalena | 018000955530 opción 5 |
| Servicios públicos | Alcaldía Distrital de Santa Marta** | 5) 4382777 opción 2 |

*Línea de atención de consultorio jurídico habilitada de lunes a viernes de 8:00 a.m. – 12:00 m. y 2:00 p.m. – 6:00 p.m.
**Líneas de atención de la Alcaldía Distrital de Santa Marta se encuentran disponibles de lunes a sábado de 8:00 a.m. – 6:00 p.m. Domingos 8:00 a.m. – 12:00 m.

**ANEXO 4.**

MATRIZ DE ANÁLISIS FUNCIONAL

| |
|---|
| Se pretende comprender el problema que aqueja al usuario, es importante reflexionar sobre lo que ocurre y cómo nos comportamos frente a la situación estresante. |
| ¿Cuál es el principal problema?<br>Descripción del evento |
| En los momentos que se siente mal ¿Qué sensaciones físicas experimenta? |
| ¿Qué cree que pensó o imaginó en ese momento? |
| ¿Qué actitud adoptó? |
| ¿Qué cree que apareció primero?<br>Sensación física _____ Pensamiento _____ Acción _____ |
| ¿Cuántas veces al día o a la semana se presenta el problema? (en caso de ser persistente) |
| ¿Con qué intensidad experimenta el malestar que le genera el problema? (Escala de 1 a 10) |
| ¿Cuánto suele durar el malestar? |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

**ANEXO 5.**

TECNICA DE RESPIRACIÓN PROFUNDA Y RELAJACIÓN MUSCULAR

RESPIRACIÓN PROFUNDA

Se trata de un ejercicio útil para la reducción del nivel de activación general. En el momento de la intervención se brindan las siguientes pautas:

- Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.
- Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen debajo de donde apoyan las manos.
- Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.
- Mantener la respiración. Repetirse interiormente "mi cuerpo está relajado"
- Exhalar el aire despacio al mismo tiempo que se repite a uno mismo órdenes de relajación.
- Realizar 4 ó 5 ejercicios de respiración seguidos. Repetir los ejercicios varias veces al día, por la mañana, tarde, noche y en situaciones estresantes como un ritual. Es importante practicar regularmente los ejercicios.

TÉCNICA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD (USA)

En el siguiente ejercicio me gustaría que observase cualquier tensión corporal. Cuando nos sentimos ansiosos o tensos habitualmente el cuerpo nos manda señales sobre ese tipo de sensaciones. Algunas personas pueden sentir que sus hombros están tensos o elevados forzadamente, que la mandíbula esta apretada que la zona del pecho esta tensa. Otros pueden sentir la presión de un dolor familiar en la parte baja de la espalda en las sienes o en la frente, o bien sentir opresión en los pies. Otras señales de malestar pueden encontrarse en la forma en la que respiras, puede ser poco profunda, como si estuvieras consiguiendo aire suficiente, o bien la respiración puede ser demasiado rápida. Pueden desencadenarse los pensamientos correspondientes y aparecer entones sentimientos y pensamientos de malestar, intranquilidad o preocupación.

Cualquiera que sea el sentimiento solo voy a pedirle que se de cuenta del estado global de su cuerpo y de su mente. Me gustaría que pensara en una escala de 1 a 10, siendo el 1 el mayor estado de relajación y tranquilidad que has sentido nunca, y el 10 la mayor tensión o presión que tu cuerpo ha sentido. Note cuenta como se encuentra su cuerpo y su mente, ¿Qué numero le daría? y le preguntaré por su evaluación de manera intermitente, conforme vas aprendiendo esta técnica de relajación.

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

**ANEXO 6.**

EVALUACIÓN Y JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

| N° | Situacion Problema | Enumere de 1 a 10 (10 el problema de mayor gravedad y 1 el de menor gravedad) | Que grado de afectacion tiene en los diferentes ambitos de su vida (0% menor grado y 100% mayor grado de afectacion) |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

**ANEXO 7**

EVALUACIÓN PLAN DE INTERVENCIÓN (ANÁLISIS DOFA)

| **Situacion problema** | **Debilidades** | **Oportunidades** | **Amenazas** | **Fortalezas** | **Alternativas solucion** | **Acciones Especificas** | **Evaluacion** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

**ANEXO 8.**

CONTRATO TERAPEUTICO

| Contrato terapéutico |
|---|
| Fecha: Validez del contrato hasta la fecha:<br><br>Yo_____ acuerdo con el psicólogo _____que en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme. En este caso haré lo siguiente:<br>- Hacer algo físico (Dar una vuelta o pasear, hacer ejercicio) como lo siguiente:<br>_____<br><br>- Hace algo que me resulta o resultaba agradable (tanto si te parece agradable ahora mismo como si no) como lo siguiente:<br>_____<br>- Llamar y hablar con un amigo y otra persona, como con (lista de nombres y teléfonos)<br>_____<br>- Psicólogo:<br>-Médico:<br>- Emergencias:<br>- Otros: |

**ANEXO 9**

**PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES**

- Dominio: Sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada.
- Agrado: Sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad.

Se evalúa en una escala de 0 a 5, donde 0 representa la ausencia de dominio/agrado y 5 el máximo de dominio agrado.

| HORA | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8-9 a.m. | Bañarme<br>D:<br>A: | | | | | | |
| 9-12 m. | | | | | | | |
| 12-1 p.m. | | | | | | | |
| 1-3 p.m. | | | | | | | |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

## ANEXO 10.

ELEMENTOS A EVALUAR SEGÚN ADAPTACIÓN DE ESTRUCTURA CASIC

**Conductual:**
1. ¿Cuáles actividades (acudir al trabajo, a la escuela, dormir, comer y así sucesivamente) han sido las más afectadas por el problema?
2. ¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la problema?
3. ¿Cuáles conductas se han incrementado, fortalecido o dañado?
4. ¿Cuáles estrategias de afrontamiento se han intentado, y cuál fue el relativo éxito/fracaso de cada uno?

**Afectiva:**
1. ¿Cómo se siente la persona?¿Triste? ¿Deprimido? ¿Aturdido?
2. ¿Se expresan libremente los sentimientos o se mantienen ocultos? ¿Los sentimientos expresados son los adecuados en el manejo de la persona?
3. ¿El estado afectivo da algunas claves como para la etapa de translaboración de las crisis?

**Somática:**
1. ¿Existen molestias físicas asociados con el problema? ¿Es esto una reactivación de problemas anteriores o es algo "totalmente nuevo"?
2. Si el motivo por el cual consulta proviene de una pérdida física (pérdida de un miembro corporal, cirugía, enfermedad), ¿Cual es la naturaleza exacta de la pérdida, y cuáles son los efectos de ésta sobre otros funcionamientos del organismo?
3. ¿Hay antecedentes de uso de drogas o sustancias que inciden en el estado actual? ¿Requiere medicación alguna?

**Interpersonal:**
1. ¿El impacto del problema sobre el mundo social de la familia y los amigos resulta adaptativo o se encuentra en desadaptación?
2. ¿Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda?
3. Valorar la ayuda disponible de la familia o los amigos.
4. ¿Cuál es la actitud interpersonal que se adopta durante el problema, por ejemplo, aislamiento, dependencia, etc.?

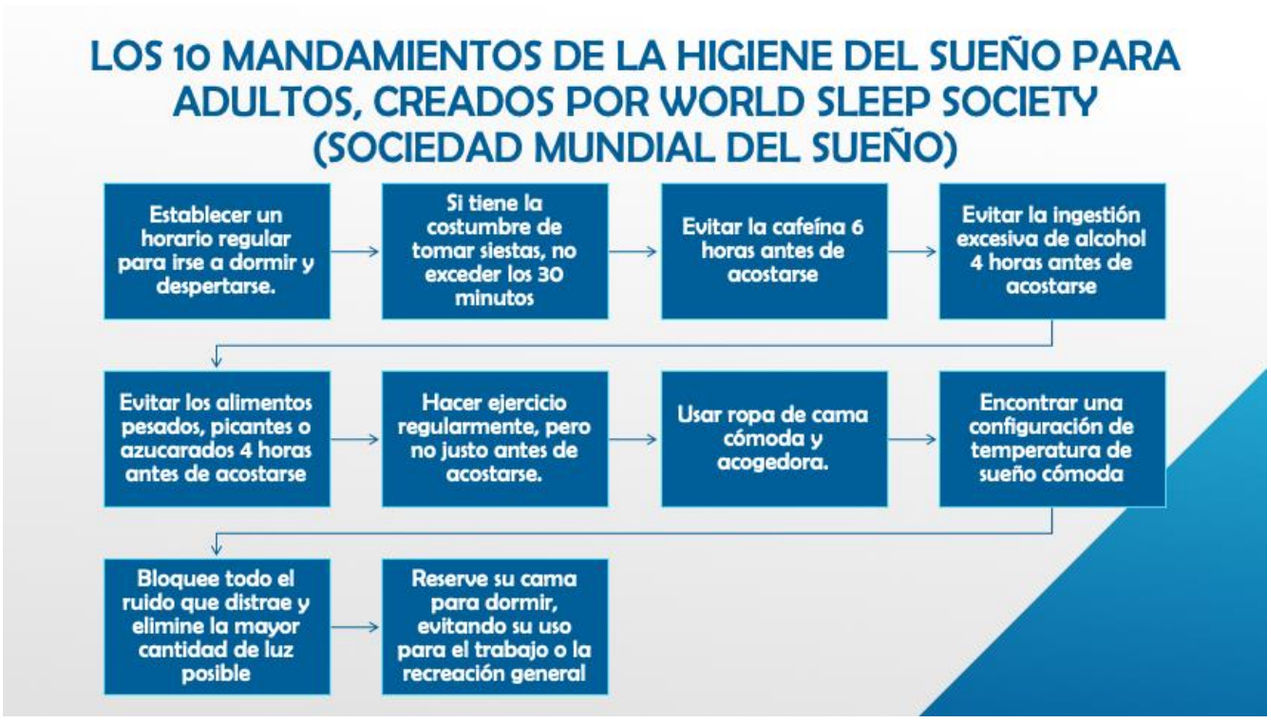
**Cognitiva:**
1. Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente el problema
2. Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales
3. El significado del incidente precipitante en la parcialidad y totalidad de la vida
4. Presencia de los "debería", tales como "yo debería haber sido capaz de manejar esto"
5. Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables
6. Los patrones usuales para hablarse a sí mismo

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

**ANEXO 11.**

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

**SUEÑO**



El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

## PLANEACIÓN DE RUTINAS

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.

**ANEXO 12**

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

| N° | SITUACION PROBLEMA | OBJETIVO | INTENSIDAD – FRECUENCA INICIAL | INTENSIDAD – FRECUENCA FINAL |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

El presente documento es producto del Programa de Atención Psicológica de la Universidad del Magdalena, absténgase de hacer reproducción o modificación parcial o total de este material sin autorización de los autores.