

Protocolo de Atención en Emergencias Psicológicas Telefónicas

Autores

Diana Marcela Castillo Parra

Nidia Magaly Pardo Fontecha

Universidad autónoma de Bucaramanga

Extensión Unisangil- san gil

Facultad ciencias de la salud

Psicología

San Gil, Diciembre 2020

Protocolo de Atención en Emergencias Psicológicas Telefónicas

Autores

Diana Marcela Castillo Parra

Nidia Magaly Pardo Fontecha

Bajo la dirección de

Ps. Esp. Claudia Silva Sierra

Universidad autónoma de Bucaramanga

Extensión Unisangil- san gil

Facultad ciencias de la salud

Psicología

San Gil, Diciembre 2020

Tabla de Contenido

Pág.

Agradecimientos.....	5
Resumen.....	6
Abstract.....	6- 7
Introducción.....	8
Planteamiento del Problema.....	9-17
Justificación.....	18- 19
Objetivos.....	20
Objetivo General.....	20
Objetivos específicos.....	20
Marco de referencia.....	20- 29
Marco legal.....	29- 31
Marco contextual.....	32-34
Metodología.....	34
Referencias.....	39- 42

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1. Pasos para la elaboración de protocolos de atención en emergencias psicológicas.....	35
Tabla 2. Estructura Final del Protocolo de Atención en emergencias psicológicas.....	37
Tabla 3. Cronograma de trabajo.....	39

Agradecimientos

El presente trabajo de grado lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados, el poder culminar nuestra carrera profesional.

A nuestras familias, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Han sido el orgullo y el motor para poder culminar esta meta.

Así mismo queremos expresar nuestros profundos agradecimientos a la Ps. Esp. Claudia Silva Sierra por ser guía en este proyecto, por su paciencia, dedicación y apoyo incondicional.

De igual manera agradecemos al programa de psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga extensión Unisangil sede San Gil por permitirnos a través de los docentes generar conocimiento, enseñanzas y aprendizaje.

Resumen

El presente trabajo de grado pretende contribuir positivamente al campo de la salud mental, a través de la creación de un protocolo de atención psicológica telefónica, que tiene como fin proporcionar información que oriente el proceso para llevar a cabo la atención en primeros auxilios psicológicos requeridos en personas ante una situación de crisis o un caso de emergencia psicológica por medio telefónico.

Dicho trabajo contempla tres etapas: la primera consistió en la recopilación de información desde el panorama general hasta el particular, para ello se realizó una ardua investigación teniendo en cuenta la realidad a nivel mundial, nacional, departamental y local en cuanto a la prevalencia de problemas psicosociales y afecciones emocionales de la población.

La segunda etapa contemplo la construcción del protocolo de atención en emergencias psicológica telefónica.

Por último la tercera etapa consistió en la corrección y validación del protocolo por medio de Panel de expertos, grupo que estuvo conformado por 3 jueces a nivel Nacional, Departamental y local.

Palabras claves: Atención psicológica, bienestar emocional, intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, protocolo, salud mental, suicidio, trastornos mentales, telepsicología.

Abstract

The present care degree work aims to contribute positively to the field of mental health, through the creation of a telephone psychological protocol, which aims to provide information that guides the process to carry out psychological first aid care required in people in a crisis situation or a case of psychological emergency by telephone.

This work includes three stages: the first consisted in the collection of information from the general to the particular panorama, for this an arduous investigation was carried out taking into account the reality at the global, national, departmental and local levels in terms of the prevalence of problems psychosocial and emotional conditions of the population.

The second stage contemplated the construction of the protocol of attention in telephone psychological emergencies.

Finally, the third stage consisted of the correction and validation of the protocol by means of a Panel of experts, a group that was made up of 3 judges at the National, Departmental and local levels.

Key words: Psychological care, emotional well-being, crisis intervention, psychological first aid, protocol, mental health, suicide, mental disorders, telepsychology.

Introducción

El presente trabajo de grado siguió en su proceso de construcción, los lineamientos de elaboración de estos documentos propuestos por la academia, estando sujeto al cumplimiento de los requisitos del pensum normativo y de esta manera obtener el título como profesional, se tuvo en cuenta además las competencias de los estudiantes para la construcción de informes con bases teóricas, estadísticas, y tecnológicas que permitieron el dominio de la construcción de documentos válidos y efectivos basados en las normas American Psychological Association (APA).

Teniendo en cuenta lo anterior, se planteó como objetivo principal en el trabajo de grado presentar una propuesta de un protocolo de atención psicológica telefónica con el fin de proporcionar información que oriente el proceso para llevar a cabo la atención en primeros auxilios psicológicos requeridos en personas ante una situación de crisis o un caso de emergencia psicológica por medio telefónico.

En el momento de la elaboración del protocolo de atención psicológica telefónica se tuvo en cuenta la realidad a nivel mundial en cuanto a la prevalencia de problemas psicosociales y afecciones emocionales de la población. Por tal motivo, el protocolo pretende ofrecer pasos y pautas específicas para que profesionales en psicología y estudiantes que se encuentren realizando sus prácticas académicas tengan las directrices en caso que apoyen en el servicio de las líneas de atención psicológica telefónica y de esta forma se brinda cobertura a la población en general prestando el debido servicio como un medio de asistencia que permita la disminución del malestar psíquico y así favorezca el desarrollo del bienestar psicoemocional de los consultantes. De la misma manera, el protocolo busca ser una herramienta que puede ser adoptada por la Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL para la creación de la línea

telefónica psicológica como un soporte de apoyo más para el municipio, teniendo en cuenta que en la exploración realizada se encontró que existe una línea telefónica desde el plan de intervenciones colectivas y la alcaldía municipal que brinda atención a las emergencias en salud mental.

Planteamiento del Problema

A continuación, se presenta información detallada del panorama estadístico de salud mental a nivel mundial, nacional, departamental y regional. De esta manera la información contenida permitirá conocer la problemática que se vive a causa de los diferentes factores que interfieren en el bienestar emocional de las personas.

Se inicia aclarando que la salud mental es un estado de bienestar emocional, psicológico y social, que afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. Sin embargo, estar en medio de situaciones y circunstancias negativas pueden afectar de tal manera que pueden llevar a los sujetos desarrollar trastornos como la depresión, la ansiedad, las demencias, la esquizofrenia; en fin, trastornos desarrollados en las diferentes etapas de la vida.

Por esto, lograr que la población conserve la salud mental, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar este tipo de trastornos que terminan por afectar a gran parte de la población debido a la gran afluencia de situaciones por las que tiene que enfrentarse una persona en su diario vivir y el entorno que lo rodea.

Teniendo en cuenta que la finalidad del presente trabajo de grado es presentar un protocolo de atención psicológica, que será implementado mediante consulta telefónica a personas que soliciten el apoyo por encontrarse en un estado de emergencia psicológica. De aquí se vio la necesidad de hacer una revisión general de la salud mental, a nivel mundial hasta llegar

al reconocimiento real de la condición en salud mental de nuestra localidad, haciendo de esta manera un planteamiento claro de la problemática.

Primeramente se tuvo en cuenta una amplia revisión documental con el fin de reconocer la condición de Salud Mental de nuestro entorno global, reconociendo la incidencia y prevalencia en diagnósticos de trastornos manifiestos en el estado mental de las personas, de aquí se resalta que en Latinoamérica, lo que concierne a la particularidad de los trastornos en función de su tiempo de prevalencia, La Organización Panamericana de la Salud ,explica en cuanto a los que los trastornos por ansiedad son los de mayor número en la región (9,3% a 16,1%), seguidos por los afectivos (7,0% a 8,7%) y finalmente los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (3,6% a 5,3%); En relación a la prevalencia vitalicia y/o indefinida, la depresión grave afecta a un 12,5% de la población de la región, seguida por el abuso o dependencia del alcohol con un 11,7% (OPS, 2019, pp 1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que:

A nivel mundial la mitad de las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 años, pero la mayoría de los casos ni se detectan ni se tratan. Con respecto a la carga de morbilidad entre los adolescentes, la depresión ocupa el tercer lugar. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años. El uso nocivo del alcohol y de drogas ilícitas entre los adolescentes es un gran problema en muchos países y puede generar comportamientos peligrosos, como las prácticas sexuales de riesgo o la conducción temeraria (OMS, 2018, pp 1).

Según la carga de los trastornos mentales en la región de las Américas 2018, tiene como propósito:

Mejorar las evaluaciones de materia en salud mental de la región de las Américas representa un panorama actualizado y matizado sobre discapacidad por lo tanto encontramos que, según los datos estadísticos en Suramérica, la depresión continuó siendo la primera causa de discapacidad, explicó 7.8 % de los AVAD secundarios a trastornos mentales. Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia ocupan los cinco primeros lugares en cuanto al número de AVAD secundarios a depresión, y la población más afectada está entre los 15 y los 50 años (OMS, OPS, 2018, pp 25).

La Organización Mundial de la Salud en su Boletín de salud mental 2018 estima que:

La frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas se encuentra entre 3% y 5 %; en el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio. Cada año se suicidan más de 800.000 personas en todo el mundo y el principal factor de riesgo para este evento, es un intento de suicidio no consumado; se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años. “Históricamente, América Latina y el Caribe han tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, mientras que América del Norte se ubica en un lugar intermedio. Los datos de mortalidad en América Latina y el Caribe han sido descritos como “irregulares” y con marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo”; Guyana es el país de América con la mayor tasa de suicidio estimada para 2012 en todo el mundo (OMS, 2018, pp 3).

Las tasas de autolesiones, suicidio y ansiedad entre niños y jóvenes de todo el mundo son alarmantemente altas; por ello, El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la

Organización Mundial de la Salud (OMS) se están reuniendo con algunos de los principales expertos a nivel mundial para abordar esta amenaza creciente. (UNICEF, 2019, pp 1).

“Demasiados niños y jóvenes, tanto pobres como ricos, en todos los rincones del mundo, están experimentando enfermedades mentales”, explica Henrietta Fore (2019), directora ejecutiva de UNICEF. “Esta crisis inminente no entiende de fronteras ni de límites. La mitad de los trastornos mentales empieza antes de los 14 años, así que necesitamos estrategias urgentes e innovadoras para prevenirlos, detectarlos y en caso necesario tratarlos, a una edad temprana”.

Según los últimos datos: Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años. Alrededor del 15% de los adolescentes de países de ingresos medios y bajos se ha planteado el suicidio. El coste de los trastornos mentales no es solo personal, sino también social y económico. Y, sin embargo, la salud mental de los niños y adolescentes ha sido ignorada a menudo en los planes de salud nacional y global (UNICEF, 2019, pp 1).

“Muy pocos niños tienen acceso a programas que les enseñen a gestionar emociones difíciles”, afirma el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización mundial de la salud (UNICEF, 2019, pp 1).

Así como se dio información de datos estadísticos de salud mental a nivel mundial a continuación se presentarán datos a nivel nacional en Colombia:

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), el intento de suicidio es un evento de notificación obligatoria desde 2016. La información que se tiene antes de esta fecha proviene de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), integrada al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Las cifras muestran un incremento substancial en la tasa nacional del intento de suicidio.

En 2009 fue de 1,8 por 100.000 habitantes y en 2017, de 52,4, según la cifra preliminar reportada por el SIVIGILA, lo cual podría tener su origen en el subregistro, así como también en un incremento real del evento. Para el año 2017, los departamentos con tasas más altas fueron Vaupés, Putumayo, Caldas, Huila, y Arauca (Minsalud, 2018, pp 11).

Así mismo, el sistema de Vigilancia de Salud Pública en Colombia reportó:

En el 2016 que se presentaron 17.587 intentos de suicidio, y en el 2017 fueron 28.835, con un incremento del 47% de un año a otro. El 32,1 % tienen intentos previos, motivo por el cual cobra tanta importancia el seguimiento a los casos en el sistema de salud. De los 25.835 casos reportados al SIVIGILA en 2017, el 62,7% fueron de sexo femenino. En general, las mujeres son quienes intentan suicidarse con mayor frecuencia en razón de 2 mujeres por cada hombre. El 29,7% ocurrió en población de 15 a 19 años (48,5% entre los 15 y 24 años), el 79,9% proceden de cabeceras municipales, el 2,2% fueron indígenas y el 3,7% afrocolombianos.

En la población privada de la libertad se reportaron 412 casos (1,6%), en gestantes, que hubo 288 casos (1,1%). El 49,5% de todos los casos reportados en 2017 presentaba algún trastorno mental, el más frecuente fue la depresión (4.867 casos, 38%). El principal mecanismo utilizado para el hecho fue la intoxicación (68,7%) y el factor desencadenante más frecuente fue los conflictos recientes con la pareja (51,2%) (Minsalud, 2018, pp 11-12).

Siguiendo con el lineamiento de cifras anteriormente mencionadas la Organización Panamericana de la Salud en su informe ‘La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018:

Colombia ocupa la quinta casilla entre los países más afectados por discapacidad asociada a la depresión. Según las mediciones realizadas por la organización, el

porcentaje de discapacidad por depresión en el país es del 8,2 %, solamente superado por Ecuador (8,3%), Perú (8,6%), Brasil (9,3%) y Paraguay (9,4%). El informe también analizó el trastorno de ansiedad y en este ítem Colombia también ocupó el quinto lugar junto a Belice y Perú con un 5,3%, superado por Argentina (5,4%), Chile (5,5%), Paraguay (6,8%) y Brasil (7,5%). Frente al suicidio, Colombia presentó un 1,4 %, ítem en el que Suriname (3,6%) y Guyana (3,5%) ocupan las primeras casillas. (OPS, 2018)

Ante la importancia que los diferentes gobiernos dan a los programas de Salud Mental, la OPS concluyó que:

“En la Región de las Américas, el gasto oscila entre el 0,2% en Bolivia y el 8,6% notificado por Suriname. Existe una significativa correlación lineal directa entre los ingresos nacionales y el gasto público destinado a la salud mental como proporción del presupuesto total destinado a la salud” (OPS, 2018).

Frente a esto, según el informe, la Organización mundial de la salud recomienda “que la asignación del gasto de salud esté en proporción a la carga de enfermedad, y que haya paridad entre los aspectos físicos y mentales de la atención de salud. En términos prácticos, esto significa que los servicios de atención de salud física y mental deben prestarse de forma integrada, y que el porcentaje de gasto asignado a los servicios de salud mental debe ser proporcional al porcentaje de su carga atribuible” (OPS, 2018).

En 2020, a corte de la semana epidemiológica 18, Colombia presentó tendencia al aumento en la tasa de incidencia por 100000 habitantes a nivel nacional desde el periodo I hasta el período III (13,4); también se presentó aumento con respecto al año anterior con corte al mismo periodo (13,0 por 100000 habitantes); sin embargo, con corte al período IV (semana 16 de 2020), la tasa de incidencia fue de 16,6 por 100000 habitantes (n=

8448), 1,3 menos que el año anterior (17,9 por 100000 habitantes en 2019, n=9033) (INS, 2020, pp 2).

En el 76,9% de las entidades territoriales (30) se presentó decremento en la tasa de incidencia por 100000 habitantes a semana 16 de 2020 con respecto al año anterior; sólo Bogotá, Buenaventura, Bolívar, Caldas, Chocó, Guainía, Guaviare, Valle, y Vaupés presentaron aumento (Figura 2). Las tasas más altas en 2020 se registran en Caldas (33,1) y Risaralda (32,1) de manera similar al año anterior (32,7 y 40,2 respectivamente) (INS, 2020, pp 2).

Así como en Colombia se notaron altos índices de diferentes problemáticas en salud mental, a continuación, se puntualizará sobre lo que está sucediendo a nivel de salud mental del departamento de Santander:

El Observatorio de Salud Pública de Santander, a través de la base de datos SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, reporta que:

Por diagnósticos relacionados con intento suicida, se presentaron entre los años 2012 y 2016, un total de 941 atenciones (promedio 188 atenciones por año), siendo el año 2015 (249 atenciones) y el año 2014 (248 atenciones), los de mayor reporte, el 58,1% de estos registros fueron en hombres y el servicio de consulta de urgencias (40,5%) fue el de mayor reporte, seguido del servicio de observación en urgencias (28,1%) (OSPS, 2018, pp 1).

En un estudio sobre situación de salud mental en Santander, publicado en la última edición de la revista del Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS), destacaron datos sobre trastornos en la infancia y la adolescencia, así:

En el departamento, los trastornos del desarrollo del habla y lenguaje y los trastornos hipercinéticos en los primeros grupos de edad, los trastornos neuróticos y depresivos en los jóvenes, y en personas mayores la demencia. El 87,8% de estos diagnósticos fueron atendidos por consulta externa (OSPS, 2015, pp 1).

Ortiz Martínez, Coordinador del OSPS enfatizó que “A pesar de constituirse en un grave problema de salud pública, los problemas de salud mental son prevenibles mediante estrategias multisectoriales e integrales, especialmente dirigidas a niños y adolescentes” (OSPS, 2018, pp 1).

Además de lo anterior un reporte de la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo de la ciudad de Bucaramanga Santander, reveló que:

Las cinco primeras causas de atención dentro de la institución en 2018, por consulta externa, en su orden fueron: depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, problemas de la atención y la actividad y trastornos de ansiedad. (HPSC, 2019).

Según Germán Eduardo Rueda (2019), médico psiquiatra y docente de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), asegura que tanto la ansiedad como la depresión afectan la calidad de vida de quienes la padecen.

Los datos y cifras presentados por el observatorio nacional de salud mental permiten conocer el panorama general del fenómeno del suicidio en todo el país, a continuación, se exponen las cifras de salud mental referentes a la capital del departamento de Santander y los municipios de San Gil y Socorro:

Para la ciudad de Bucaramanga se encontró que en el año 2018 se contaba con un total de 528.610,00 personas, de las cuales 273.905,00 eran mujeres y 192 de ellas intentaron suicidarse. En cuanto a los hombres se contaba con un total de 254.705,00, de

los cuales 121 intentaron suicidarse. La edad en las que más se registraron intentos de suicidio para ese año fue de 15 a 19 con un total de 79 intentos de suicidio.

En el municipio de San Gil se encontró que en el año 2018 se contaba con un total de 45.891,00 personas, de las cuales 23.722,00 eran mujeres y 16 de ellas intentaron suicidarse. En cuanto a los hombres se contaba con un total de 22.169,00 de los cuales 10 intentaron suicidarse. La edad en las que más se registraron intentos de suicidio para ese año fue de 20 a 24 años con un total de 5 intentos de suicidio.

En el municipio de Socorro se encontró que en el año 2018 se contaba con un total de 30.985,00 personas, de las cuales 14.654,00 eran mujeres y 10 de ellas intentaron suicidarse. En cuanto a los hombres se contaba con un total de 16.331,00 de los cuales 7 intentaron suicidarse. La edad en las que más se registraron intentos de suicidio para ese año fue de 15 a 19 años con un total de 5 intentos de suicidio.

De acuerdo a los datos anteriormente mencionados se puede concluir que las cifras ponen de manifiesto el suicidio como problema de salud pública de gran importancia para el departamento de Santander. El volumen de mujeres que intentan quitarse la vida es superior al del género masculino. En cuanto a la edad en la que más se presentan intentos de suicidio corresponde a jóvenes entre las edades de 15 y 19 años razón que se fundamenta debido a múltiples factores como son: la exigencia académica, el matoneo escolar, la discusión entre los padres de familia, el abandono de la madre o el padre, el ciberbullying, la vinculación a grupos al margen de la ley, el abuso sexual y el duelo por la muerte de seres queridos entre otros son las causas que han llevado a los menores al suicidio o a tener ideas suicidas.

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la salud mental es un estado interno que puede depender de los siguientes factores para su debido funcionamiento: el ambiente más cercano en el que se desenvuelve diariamente la persona como la familia, la sociedad, los agentes biológicos y psicológicos. En gran medida la problemática en salud mental se presenta cuando uno de esos factores determinantes se relaciona de manera negativa con el sujeto, es decir cuando hay conflictos en familia, de pareja que no han sido debidamente resueltos, cuando en la sociedad la discriminación, la vulneración de los derechos del ser humano, las dificultades en las relaciones interpersonales, los eventos emergentes que pone en riesgo la vida, los factores biológicos como contar con miembros en la familia con diagnósticos de enfermedad mental y otros elementos propios e internos en el funcionamiento psíquico del sujeto suscita el desequilibrio en la salud mental.

Dando un vistazo del panorama general de los problemas en salud mental, siendo expuesta de forma amplia en el planteamiento del problema del presente trabajo de grado, se encontró que:

La OMS reporta que los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias constituyen el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades no mortales. (OMS, 2019), la OPS resalta que los trastornos de ansiedad, los afectivos y el consumo de sustancias psicoactivas van en aumento a lo largo del año 2019, la ONSM en 2019 anuncia que en Colombia hay un incremento significativo en muertes por suicidios en comparación de años anteriores. Y Minsalud reportó que existe una tasa en conducta suicida del 50; 8 % por cada 100.000 habitantes en el año 2018.

La realidad actual es que si bien es cierto a nivel nacional las grandes ciudades como Bogotá y Medellín cuenta con líneas de atención telefónica para casos de emergencias psicológicas, en Bucaramanga por la emergencia sanitaria provocada por el COVID-19 se creó la línea de atención psicológica (Alcaldía de Bucaramanga, 2020), se continua con una realidad y es que a pesar de los eventos de emergencia sanitaria solo la localidad de San Gil cuenta con una línea de atención desde el plan de intervenciones colectivas y la alcaldía municipal que brinda atención a las emergencias en salud mental las 24 horas del día a las personas con necesidades psicológicas.

De aquí nació la necesidad de crear un protocolo de atención psicológica telefónica para en un futuro llevar a cabo la apertura de una nueva línea psicológica telefónica que promueva el bienestar emocional, y la mejora de la calidad de vida de las personas, así también se pretende generar más cobertura a otros municipios aledaños. De esta forma el personal profesional que atiende la línea, actuará asertivamente en el entrenamiento de habilidades y estrategias que favorezcan la capacidad de los seres humanos para el afrontamiento y la interacción en las distintas situaciones o realidades que pueden llegar a afectar el estado emocional.

A lo largo de los años, se ha podido determinar cómo las guías, los protocolos, las cartillas y los manuales que precisan los procedimientos para el abordaje a casos clínicos específicos, generan un impacto positivo en medio de los profesionales de la salud especialmente en los psicólogos ya que ofrecen pautas y directrices para el desenvolvimiento profesional, es por este motivo que se justificó el diseño del protocolo de atención psicológica telefónica.

Objetivo general

Diseñar un protocolo de atención psicológica telefónica que aborde conceptos y pautas metodológicas como guía en el proceso de orientación en primeros auxilios psicológicos a personas en situación de crisis o emergencia psicológica.

Objetivos específicos

- Establecer criterios y pautas de intervención psicológica como estructura principal del protocolo de atención psicológica telefónica.
- Resaltar la importancia de la atención psicológica como aporte para restablecer el bienestar emocional y la funcionalidad de una persona recientemente afectada por una situación de crisis.
- Poner a disposición el protocolo de atención psicológica telefónica a la Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL, como aporte para la creación de una Línea de atención Psicológica.

Marco de Referencia

Marco Conceptual

Psicología Clínica y de la Salud

El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socio-económicos (Díaz, Núñez, .2010, pp 2)” La

psicología clínica pretende ser un “todo” que abarque en rango y totalidad la conducta humana. Es llamativa para las personas que buscan una profesión altruista y cuyas metas son aliviar el dolor y mejorar la condición humana. La psicología clínica se puede definir como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido (Goldemberg, 1973, pp 1). La psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana.

Salud Mental

En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.

Según la Organización Mundial de la salud, la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. (OMS, 2004, pp 7).

Trastornos Mentales

Actualmente no existe una manera biológicamente sólida de hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de los desequilibrios en este campo. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos y problemas mentales (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos. El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como:

1. Su duración
2. Coexistencia (mezcla)
3. Intensidad
4. Afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas) (Minsalud, 2014, pp 1-2).

Crisis

Una crisis es un estado temporal de trastorno, que se caracteriza por una desorganización reflejada en una incapacidad para enfrentar la situación adversa que se está viviendo, manejar adecuadamente las emociones, enfocar el pensamiento y la conducta en resolver el problema (Osorio,2007, pág. 4).

Los seres humanos a lo largo de su vida se enfrentan a distintas crisis. (Slaikau, 1996, pp 5) describe la crisis como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”.

Se pueden distinguir dos tipos de crisis principalmente (Slaikau, 1996, pp 5):

Circunstanciales: se refieren a aquellos sucesos cuyo rasgo más sobresaliente es que se relacionan con algún factor ambiental, como pueden ser la muerte de alguien querido, una inundación o un incendio.

De desarrollo: se refieren a aquellas tareas que se deben cumplir en la transición de una etapa de la vida a otra, que están implicadas en el proceso de desarrollo mismo de cualquier persona.

Las situaciones de crisis dependen de la forma como cada individuo las perciba, las interprete, las afronte y les dé un significado, esto influirá en la conceptualización que se haga de la crisis, la cual repercutirá en la forma de ver el mundo de la persona a partir de dicha situación.

Existen otros factores que interactúan como son las experiencias anteriores, los valores, las estrategias de afrontamiento, las creencias, las redes de apoyo, la capacidad de resiliencia, entre otros (Datilio y Freeman, 2000). Lo cierto es que ante una crisis hay personas que despliegan estos recursos y las afrontan, y otras van a requerir apoyo del exterior.

Halpern (1973) hace una descripción de aquellos síntomas que aparecen más frecuentemente en las personas que atraviesan por una crisis:

- Sentimientos de cansancio y agotamiento

- Sentimientos de desamparo
- Sentimientos de inadecuación
- Sentimientos de confusión
- Síntomas físicos
- Sentimientos de ansiedad
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales
- Desorganización en sus actividades sociales

Si las crisis no se afrontan correctamente y en un tiempo oportuno, se corre el riesgo que la persona que experimentó dicho evento pueda padecer graves problemas psicológicos (García, 2003, pp 5).

La intervención en crisis es la estrategia que se aplica en el momento de una crisis, su objetivo es que la persona se recupere de este estado de trastorno y recupere la funcionalidad para poder afrontar el evento a nivel emocional, conductual y racional. (Slaikau, 2000, pp 6)

La intervención en crisis se divide en:

1) Intervención en primera instancia: consiste en dar los primeros auxilios psicológicos y restablecer el enfrentamiento inmediato ante la crisis que se está viviendo.

2) Intervención en segunda instancia: consiste en brindar a las personas que lo requieren un proceso psicoterapéutico dirigido a ayudar a translaborar los sucesos traumáticos.

Primeros Auxilios Psicológicos

Es la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual. (Slaikeu, 2000, pp 6).

Las intervenciones de primera instancia por lo general son cortas y la ayuda es brindada por cualquier persona de la comunidad que esté presente en el momento que surge la necesidad en cualquier emergencia, esta ayuda puede ser brindada por policías, enfermeras, cajeros en los bancos, padres y maestros, entre otros. Esta intervención es llevada a cabo generalmente en el lugar donde se desarrolló la emergencia, o en el lugar a donde las personas han sido trasladadas inmediatamente después de esta, como son los hospitales, la escuela, el hogar, la calle o ambientes de trabajo (Slaikeu, 2000, pp 6).

Se pretende que en los distintos espacios, ya sea educativo, empresarial, gubernamental, del sector salud, las personas se formen para brindar estos primeros auxilios psicológicos de una manera más profesional y efectiva, se propone la creación de brigadas de intervención en crisis que tengan herramientas concretas para brindar a las personas que lo requieran (Slaikeu, 2000, pp 7).

La meta de los primeros auxilios psicológicos es que la persona salga del shock y active sus recursos para recuperar su capacidad de afrontamiento. El objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye la

conceptualización del hecho, la clarificación de los pensamientos, el manejo adecuado de las emociones y sentimientos, el control de la subjetividad, de la fantasía catastrófica, de la sensación de amenaza y comenzar así el proceso de solución del problema (Slaikau, 2000, pp 7).

Existen tres aspectos o subtemas de los primeros auxilios psicológicos que dan dirección a la actitud del asistente (Slaikau, 2000, pp 7):

- Proporcionar apoyo
- Reducir la mortalidad
- Proporcionar el enlace con las fuentes de asistencia

Proporcionar apoyo es el primero, y se basa en la premisa de que es mejor para las personas no estar solas, en los eventos de crisis, estresantes o traumáticos. De manera concreta, ello significa permitir a la gente hablar para crear un vínculo de presencia, calidez, empatía y escucha que permita aterrizar las ideas y proporcionar una atmósfera en la que el temor, la ira, la ansiedad y otras emociones puedan expresarse libremente (Slaikau, 2000, pp 7).

Reducir la mortalidad, se dirige a la salvación de vidas, bajo el lema “primero lo supervivencia” y la prevención del daño físico durante la crisis. Es frecuente, que algunas crisis conduzcan al daño físico (como golpear a los hijos o al cónyuge) o aun a la muerte (suicidio, homicidio). Una submeta determinante para los primeros auxilios psicológicos es, entonces, tomar medidas para hacer mínimas las posibilidades destructivas y desactivar la situación (Slaikau, 2000, pp 7).

Por último, proporcionar el enlace con las fuentes de asistencia, esta submeta se vincula directamente con la definición de la crisis vital como un período en el que los suministros y recursos personales se han agotado (Miller, Iscoe, 1963). Antes que tratar de resolver el problema completo de manera inmediata, el asistente fija con precisión las necesidades fundamentales y entonces realiza una remisión adecuada a algún otro asistente o agencia. Algunas veces esta remisión será para orientación individual de tipo (de terapia para crisis) breve. Otras veces será para asistencia legal o auxilio de parte de una agencia de servicio social.

Telepsicología

Los servicios psicológicos a través de medios de telecomunicación ahora conocidos como telepsicología o ciberpsicología, pueden incluir no solo intervenciones o evaluaciones psicológicas con los usuarios, sino también supervisión a profesionales en formación, recibiendo o brindando consultas o haciendo capacitación o educación en línea. Los rápidos avances en microelectrónica y nanotecnología, han permitido que dispositivos portátiles de comunicación, datos, imágenes y dispositivos de almacenamiento de sonido, y una amplia gama de dispositivos teléfonos inteligentes que incorporan muchas de esas posibilidades, sean asequibles y estén disponibles en gran parte del mundo. Una amplia gama de comunicaciones personales y transacciones comerciales ahora se producen en el ámbito del ciberespacio. En el área de las ciencias de la salud y en la salud mental, la tendencia a nivel mundial se orienta hacia la incorporación de las tecnologías de la telecomunicación en la práctica profesional.

De acuerdo a lo señalado por Maheu, con la incursión de lo que podría denominarse “psicotecnologías” (esas tecnologías particularmente útiles para oferta de cuidado de la salud mental), los psicólogos pueden atraer nuevos clientes, realizar

pruebas de valoración, evaluación y varios tipos de terapia y ofrecer una gama de servicios más allá de lo que antes era práctico o incluso posible (2012, pp 2).

Los beneficios de las psicotecnologías para complementar los servicios tradicionales de salud mental han sido documentados durante bastante tiempo (Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamín y Brown-Connolly, 2004, pp 3), por permitir a los psicólogos realizar éticamente evaluaciones y terapias clínicas total o parcialmente por teléfono, correo electrónico, videoconferencia y a través de sitios web. Cuando estas se realizan en entornos cuidadosamente controlados, se han obtenido resultados documentados altamente exitosos. Por ejemplo, en un estudio de 98,000 pacientes de salud mental, la utilización de estas herramientas redujo la hospitalización en un promedio del 25% entre 2006 y 2010 cuando la telesalud mental y los servicios se entregaron con videoconferencia remota (Godleski, Darkins y Peters, 2012, citados por Maheu 2012).

La telepsicología ofrece oportunidades para profesionales de la psicología adecuadamente preparados, no solo para aumentar su efectividad, sino para ampliar su gama de servicios y enriquecer sus prácticas. Sin embargo, la telepsicología también exige innovación en la formación de posgrado y educación continua, hace necesaria la expedición de directrices de asociaciones profesionales, evaluar la cobertura de seguros para estos nuevos enfoques y la regulación de la actividad profesional en concordancia con las leyes pertinentes. La regulación de la telepsicología se está expandiendo al requerir seguro de salud y leyes de portabilidad y rendición de cuentas. Se necesitan telepsicólogos en una variedad de entornos institucionales que incluyen instalaciones

correccionales, escuelas, hospitales, instituciones militares e instituciones de salud y hogares de ancianos e instituciones de salud mental (Maheu et al., 2004).

Marco Legal

En el siguiente apartado se presentan las principales normas vigentes, relacionadas con los deberes del psicólogo frente a los usuarios, y las normas, artículos o leyes del sistema de salud mental en Colombia.

A continuación, se describirá detalladamente el contenido en relación con los lineamientos de la prestación de servicios de salud a la sociedad, teniendo como eje principal la seguridad del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos.

Deberes del psicólogo frente a los usuarios:

El reconocimiento que hace el Congreso de la República por el cual se reglamenta la ley 1090 de 2006 código deontológico y bioético del ejercicio profesional de la psicología en su artículo 33 estipula que el profesional en psicología deberá poner en disposición sus servicios a la persona o población que lo necesite sin más limitaciones que las expresamente señaladas por la ley, rehusando la prestación de sus servicios para actos contrarios a la moral y la honestidad profesional.

En el artículo 34 de la presente ley se ponen a disposición en los casos en el que el usuario podrá hacer uso de los servicios prestados por el profesional de la salud:

- a) Por solicitud voluntaria de los servicios profesionales;
- b) Por atención en casos de urgencia, emergencia o catástrofe;
- c) Por solicitud de servicio de terceras personas con el debido consentimiento del segundo.
- d) En cumplimiento de un deber emanado de una relación legal o contractual.

Dentro del Artículo 35 se exponen los casos en los que el psicólogo podrá excusarse o interrumpir la atención de sus servicios si se presentan alguno de los siguientes motivos:

- a) Cuando no corresponda a su campo de conocimiento o competencia
- b) Cuando el consultante rehúse la intervención del psicólogo;
- c) Cuando el usuario no acepte los costos que implica la intervención del profesional;
- d) Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo para prestar un servicio especial.

De acuerdo con la Ley 1616 de 2013, La Salud Mental, es definida como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. Es por ello que la salud mental en Colombia es de gran interés y prioridad para el gobierno nacional, debido a que está estipulada como un derecho fundamental en el que cada ciudadano que lo requiera podrá ser atendido por un profesional de psicología quien a través de la prestación de sus servicios contribuirá de forma positiva en el disfrute y mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

El objetivo de la ley 1616 de 2013 es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con

fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

La Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 13 establece:

La protección de aquellas que por sus condiciones (económica, física o mental) se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Así mismo en el artículo 47 expone la atención especializada para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos con el fin de crear una política de previsión, rehabilitación e integración social.

A continuación, se presentan las normatividades que se deben tener en cuenta en el territorio colombiano para la prestación de servicios en salud vía internet o de telemedicina:

Ley 1341 de 2009, la Ley 1419 de 2010 y la Resolución 1448 de 2006, las cuales deben tener en cuenta los psicólogos interesados en esta alternativa de servicios profesionales. Todo prestador de servicios de salud debe llevar la historia clínica electrónica. Así lo establece la Ley 1438 de 2011, que reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano. Esta Ley señala que la Historia Clínica Única Electrónica es de obligatoria aplicación desde el 31 de diciembre del año 2013.

Recientemente, mediante la Ley 215 de 2020, se regula la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica. La norma que recoge todo lo relacionado con la telesalud es la Resolución 2654 de 2019, por medio de la cual se establecen las disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en Colombia

Marco Contextual

En el siguiente marco contextual se encontrará información detallada de las líneas de atención psicológicas existentes a nivel nacional, con el fin de proporcionar datos que permitan conocer entidades certificadas y avaladas que ofrezcan el servicio a la población en general en el momento que se presenten crisis de emergencia psicológica.

Se inicia contando que La línea de atención psicológica 106 el poder de ser escuchado en Bogotá se fundó desde el año 1997, el objetivo de dicha línea telefónica es que los niños, niñas, adolescentes y adultos de todas las edades, reciban apoyo psicológico por parte de la Secretaría Distrital de Salud. Siendo un puente entre los ciudadanos y las instituciones que velan por sus derechos, brindando un espacio en el que las personas que requieran el servicio, puedan conversar, hablar, dialogar o expresar lo que sienten.

La misión de esta línea ha sido escuchar a las personas que lo necesitan y promocionar la salud mental. El personal a cargo de la línea es un grupo de profesionales que brindan un espacio a toda la ciudadanía, para que comparta todo tipo de situaciones que puedan presentarse en su cotidianidad.

Así mismo El Ministerio de Salud y protección Social en Bogotá creó la nueva línea telefónica gratuita el 11 de marzo de 2011, con el fin de ofrecer una orientación e información sobre problemas de adicciones por consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de salud mental.

Dentro de los servicios ofrecen orientación e información sobre problemas de adicciones por consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de salud mental. Los Profesionales de la salud que hacen parte de la línea anteriormente mencionada atenderán de manera confidencial y anónima, durante las 24 horas del día y de lunes a domingo, las inquietudes, solicitudes y crisis

asociadas al consumo de psicoactivos y de otros casos que demanden atención inmediata, como la idea de suicidio, los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), depresión, consumo de alcohol, y dudas relacionadas con comportamientos sexuales, entre otros.

Además de la orientación, los profesionales que atienden la línea telefónica gratuita y el chat de la página web, están en capacidad de informar sobre los procedimientos a seguir cuando las personas requieren de atención y las consecuencias que ocasionan a nivel social, familiar y personal estas problemáticas.

De la misma forma la Secretaria Distrital De Salud en Bogotá creó la Línea de atención 106, nueva amiga de niños, niñas y adolescentes con el objetivo de prevenir e identificar temprana y oportunamente el riesgo de situaciones que afecten la salud de los menores a través de procesos de notificación, canalización, remisión y seguimiento. Esta línea es un espacio de comunicación que contribuye a la salud mental de niños, niñas y adolescentes de la ciudad en temas como: violencias, uso y abuso de sustancias psicoactivas, conducta suicida, alteraciones de la conducta alimentaria, entre otras situaciones, a través de estrategias de acompañamiento y orientación psicológica.

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en norte de Santander crearon en el año 2020 la Línea de orientación psicológica por el COVID-19, esta línea tuvo como objetivo brindar atención en casos donde las personas presenten crisis de ansiedad por la medida de aislamiento, preocupación por la situación económica o estrés por la propagación del COVID-19. La orientación se ofrece por medio de líneas telefónicas, chat, WhatsApp, grupos en línea, correos electrónicos para ser guías en medio de las dificultades que atraviesa la región por el COVID-19.

La estrategia de atención ha sido acogida por la comunidad como un espacio para la escucha de profesionales en salud mental que están despejando dudas sobre el autocuidado en relación al afrontamiento en tiempos de aislamiento y también están brindando primeros auxilios psicológicos frente a las necesidades de asistencia humanitaria.

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud en Santander es la encargada de coordinar la atención y resolución de las urgencias médicas, las emergencias y los desastres del Distrito Capital a través del Sistema de Emergencias Médicas.

Al CRUE se reportan toda clase de eventos que requieren atención en salud como consecuencia de una urgencia, emergencia o desastre, incluyendo situaciones relacionadas con urgencias en salud mental. De manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben contribuir en la atención adecuada y oportuna de los pacientes que requieren atención de situaciones de urgencia.

Metodología

El presente documento corresponde a un trabajo de grado que está enfocado en el diseño de un Protocolo de Atención en emergencias psicológica telefónica, el cual contiene un conjunto de normas y actividades a realizar en la atención a personas en estados de crisis emocionales que solicitan la ayuda por línea telefónica.

Para el desarrollo de este Protocolo, se tuvo en cuenta las aproximaciones metodológicas propuestas en el Manual para la Elaboración de Protocolos Clínico en el Instituto Nacional de Cancerología, los métodos de elaboración que proponen son de tipo formales e informales, en los formales se realizan basados en consensos formales o basados en evidencia; teniendo en cuenta que los métodos formales son considerados de mejor calidad y fortaleza metodológica,

se escogió el método basado en consensos formales por medio de Panel de expertos, grupo que está conformado por 3 jueces a nivel Nacional, Departamental y local: Leidy Yaneth Ballesteros Moreno profesional secretaria de salud de Santander, Nelly Rivas Calderón profesional ministerio de salud y protección social, Viviana Porras Gómez, coordinadora del plan de intervenciones colectivas del municipio de san gil.

La validación final del producto, se basa en:

Consulta a personas que tienen grandes conocimientos sobre el entorno en el que la organización desarrolla su labor. Estas personas exponen sus ideas y finalmente se redacta un informe en el que se indican cuáles son, en su opinión, las posibles alternativas que se tendrán en el futuro (Rodríguez, 2010). Los expertos pueden ser especialistas internos o externos. Este método no requiere que se llegue a un consenso. El objetivo es más bien obtener un número de opiniones que se haya reducido por la aplicación del método, esta información sirve después para validar el producto.

Para dar soporte a la creación del protocolo de atención en emergencias psicológicas y dar respuesta al objetivo planteado, se debe cumplir con los siguientes pasos (ver tabla 1) y la estructura (ver tabla 2).

Tabla 1.

Pasos para la elaboración de protocolos de atención en emergencias psicológicas

No.	Pasos	Descripción
1	Priorizar los temas a desarrollar mediante protocolo de atención.	En este paso se pretende determinar los temas que deben ser desarrollados de acuerdo a aspectos relacionados con la demanda actual de trastornos o crisis emocionales persistentes en las personas.

2	Conformar el equipo desarrollador.	El equipo estará conformado por dos grupos: El primer grupo es aquel conformado por los estudiantes a cargo y el docente asesor, y el segundo grupo es el conformado por el panel de expertos quienes harán parte de la revisión científica.
3	Definir los alcances y objetivos del protocolo de atención.	En este paso se incluye la población que recibirá la atención psicológica y los objetivos planteados para alcanzar las metas propuestas en el protocolo.
4	Elaborar y priorizar las preguntas a incluir en el protocolo de atención.	El protocolo de atención deberá responder a preguntas tales como: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es una línea telefónica? • ¿Qué hacer en caso de que una persona se encuentre en determinada crisis emocional?
5	Buscar la evidencia en protocolos de atención.	Para ello se realizará una amplia revisión de información relevante y válida protocolos de líneas de atención psicológica telefónica ya establecidos.
6	Elaborar las indicaciones mediante consenso formal.	El proceso de validación del protocolo de atención psicológica telefónica a través del juicio de personas con experiencia para revisar la viabilidad de los temas tratados en el protocolo.
7	Elaborar los diagramas de flujo del protocolo de atención.	Es decir, la estructura base en la que los procedimientos indicados en el protocolo seguirán un orden definido.

8	Elaborar el reporte del protocolo preliminar (contenido y forma de presentación).	El reporte del protocolo debe brindar la suficiente información que permita establecer si la evidencia utilizada cuenta con herramientas que permitan el acceso rápido a las indicaciones y demás anexos que se dispongan para facilitar la aplicabilidad de los protocolos.
9	Evaluar el protocolo atención mediante revisión externa.	Por medio del Panel de Expertos.
10	Elaborar la versión final del protocolo de atención.	De acuerdo a las indicaciones finales dadas por el panel de expertos. Es la culminación del proceso de la elaboración del protocolo.
11	Presentación del Protocolo de atención	

Fuente. Manual para la Elaboración de Protocolos Clínico en el Instituto Nacional de Cancerología

Tabla 2.

Estructura Final del Protocolo de Atención en emergencias psicológicas

No.	Partes del Protocolo	Descripción
1	Fecha de Elaboración, Fecha de Revisión	
2	Autores	Son los creadores del protocolo de la línea de atención psicológica.
3	Introducción	Son los motivos del por qué se hace necesario la elaboración del protocolo de atención telefónico psicológica.
4	Ampliaciones conceptuales	Se hace una descripción breve de las técnicas y procedimientos implementados en el protocolo de atención telefónica psicológica.
5	Objetivos	Lo que se desea alcanzar con el protocolo de atención psicológica telefónica.

6	Ámbito de Aplicación	Se refiere hacia quién va dirigido el protocolo de la línea de atención psicológico.
7	Población Diana	Existen criterios de inclusión y exclusión para hacer uso del protocolo de atención telefónica psicológica.
8	Personal que interviene	Grupo de trabajo de profesionales que participa del protocolo de atención de la línea telefónica psicológica.
9	Material	Son las herramientas que se van a utilizar para prestar el servicio del protocolo de atención telefónica psicológica.
10	Términos y definiciones	Es definir aquellos términos o técnicas que se van a utilizar para que se haga fácil el uso del protocolo de atención psicológica telefónica.
11	Procedimientos	Lo que se debe hacer de manera profesional para garantizar el estado emocional del consultante.
12	Evaluación	Es el último paso y consiste en la elaboración de un sistema de indicadores que facilita la evaluación y el control del proceso utilizado.
13	Bibliografía	
14	Anexos	

Fuente. Manual para la Elaboración de Protocolos Clínico en el Instituto Nacional de Cancerología

Cronograma de Trabajo

Tabla 3.

Cronograma de Trabajo

Fecha	Actividad
Febrero – marzo 2020	Revisión Antecedentes Salud Mental
Abril 2020	Revisión Conceptual, Contextual y legal
Mayo – junio 2020	Definición metodológica mediante revisión de manuales metodológicos en PC y GPC
Julio – agosto 2020	Elaboración del Protocolo de Atención
Septiembre 2020	Organización del documento Final
Noviembre 2020	Evaluación de protocolo mediante revisión externa
Noviembre 2020	Revisión del Evaluador asignado por comité curricular del Programa de Psicología
Noviembre 2020	Sustentación de la Propuesta a los jurados de proyectos de grado.
Diciembre 2020	Presentación de la propuesta a los directivos de la Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL.

Fuente. Elaboración propia

Referencias

Blog activa tu mente, transforma tu vida (2017). Línea psicoactiva.

http://dragatuvida.blogspot.com/2017/09/linea-psicoactiva_16.html

Cárdenas, Correa y Gaviria (2013). Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”. *República de Colombia - gobierno nacional*. Bogotá.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Carrasco, Polo, Quintero, Ortiz, Borrillo, Espejo, Blasco, García (2015). Voluntariado en salud mental.

https://www.uma.es/media/tinyimages/file/Voluntariado_en_Salud_Mental.pdf

Consultorsalud. (2013). Reglamentación de la ley de Salud mental 2013.

<https://consultorsalud.com/reglamentacion-de-la-ley-de-salud-mental-2013/>

Ministerio de salud y protección social (1996). Resolución número 4028 de 1996 Por la cual se conforma el Grupo de Atención al Usuario y se establece el Sistema de Quejas y Reclamos del Ministerio de Salud. República de Colombia.

[file:///C:/Users/Magaly%20Fontecha/Downloads/21945e7f31fb51b4fccc6947a26b2573b9bc4763ae10b6bd1b59afda8959aab3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Magaly%20Fontecha/Downloads/21945e7f31fb51b4fccc6947a26b2573b9bc4763ae10b6bd1b59afda8959aab3%20(1).pdf)

Ministerio de salud y protección social (2011). Nueva línea telefónica gratuita y página web para atención de adicciones y salud mental.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nueval%C3%ADneatelef%C3%B3nicagratuitayp%C3%A1ginawebparaatenci%C3%B3ndeadiccionesysaludmental.aspx>

Ministerio de salud y protección social (2014). Abecé sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2016). Protocolo de atención al ciudadano. Sector salud.

<file:///C:/Users/Magal%20Fontecha/Downloads/protocolo-atencion-ciudadano-sector-salud.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2018). Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio. *Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental – Gobierno de Colombia*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2018). Boletín de salud mental Conducta suicida

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín No 2, julio de 2017.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2018). Política Nacional de Salud Mental. *Ministerio de Salud y Protección Social - Resolución 4886 de 2018*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2018). Guía: protocolo de atención y servicio al ciudadano e instituciones cliente. Departamento Administrativo para la Prosperidad Social - Prosperidad Social Bogotá D.C.

file:///C:/Users/Magaly%20Fontecha/Downloads/Protocolo_Servicio_al_Ciudadano_DPS.pdf

Observatorio nacional de salud mental (2017). Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Organización panamericana de salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Carga%20de%20los%20trastornos%20mentales%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%202018.pdf>

Organización mundial de la salud (2018). Los jóvenes y la salud mental en un mundo en transformación.

https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/

Periódico la opinión (2020). Las líneas de orientación psicológica por el COVID-19 en Norte de Santander.

<https://www.laopinion.com.co/cucuta/las-lineas-de-orientacion-psicologica-por-el-covid-19-en-norte-de-santander-194139#OP>

Secretaria de salud (2020). Línea 106 el poder de ser escuchado.

http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Quienes_Somos_linea106.aspx

Sistema integrado de información de la protección social (2018). Tasa de intento de suicidio

<http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>

Toro et al (2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario oficial edición no. 46383.

https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf

Vanguardia (2019). *Salud mental es el principal problema de salud pública, dicen los expertos.*

<https://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/salud-mental-es-el-principal-problema-de-salud-publica-dicen-los-expertos-BY1753120>

Vallejo, Ortega, Sánchez, Pedraza R, Feliciano-Alfonso, García, Gutiérrez, Merchán (2016).

Manual Metodológico para la elaboración de protocolos clínicos en el Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología.

https://intranet.cancer.gov.co/Guias_y_%20Protocolos/Manual_metodologico_180716.pdf

f