



# Crisis Sanitaria y atención remota en salud mental ¿es realmente una innovación?

*Iván Muñoz M.*

*Psicólogo P. Universidad Católica de Chile*

*Director Paréntesis - Asesorías y Servicios Clínicos*

*Fundación Paréntesis*

# AGENDA

*¿De quién es la Crisis?*

*Antecedentes de “lo remoto”*

*Consideraciones para la  
atención remota*



**COVID-19 está cambiando el mundo ¿cambiará también nuestra forma de hacer intervenciones en salud mental?**

## **¿DE QUIÉN ES LA CRISIS?**

**La atención remota ¿será la excepción o se convertirá en la regla?**



An illustration of a person in profile, facing right, with their arms crossed. The person is rendered in shades of purple and blue. Behind them is a large, circular gradient background transitioning from light blue to purple. Scattered around the person are several decorative elements: three orange diamonds and three small circles in shades of blue and purple.

Atención remota

**Parece novedosa pero  
¿es una innovación?**

# Antecedentes de “lo remoto”

The background features several overlapping, organic, wavy shapes in various shades of blue and purple. The shapes are layered, with some appearing more prominent than others, creating a sense of depth and movement. The colors range from light sky blue to deep, vibrant purple.

# Antecedentes de “lo remoto”



Desde los años 60 se ha experimentado con la intervenciones telepsicológicas



American Psychological Association (1995) indicó algunas guías para “Services by telephone, teleconferencing and Internet”



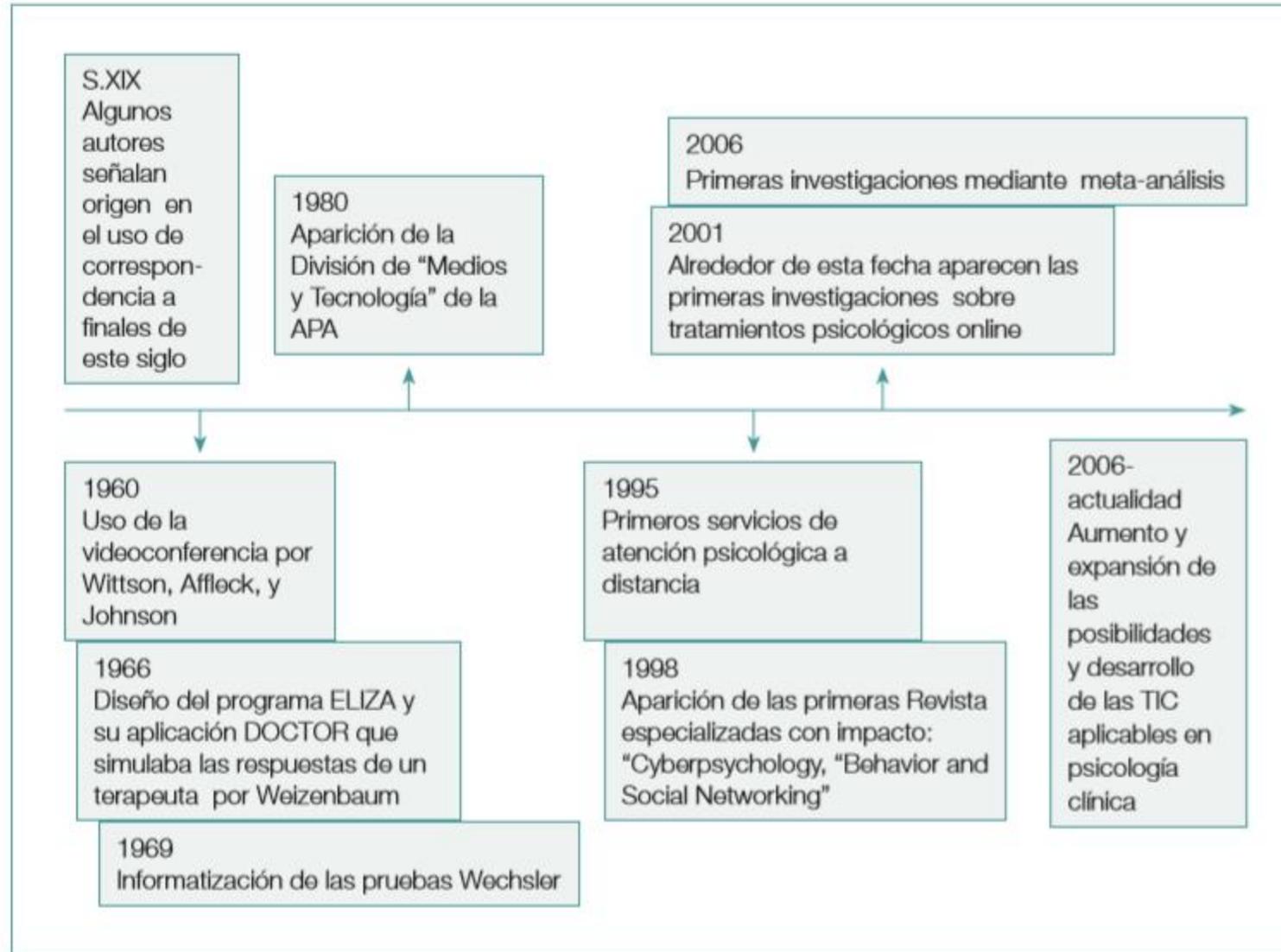
Desde 1995 estudios sobre el uso de intervenciones remotas: eficacia (Allen, 1995; Schneider, 1995; Baron, 1998; Clark, 1998; Schneider, 1999 y 2001) y May et al (1999) incorporando en el análisis la *videoconferencia*



APA 2003 presenta “Guidelines for the Practice of Telepsychology” considera la *Telepsicología* como la provisión de servicios psicológicos utilizando tecnologías de telecomunicaciones



OMS en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud considera los avances tecnológicos, insta a los estados miembros a “implantar servicios de ciber salud en los distintos ámbitos del sector de la salud”



**Figura 1.** Hitos más destacados en el origen y desarrollo del uso de las TIC en la psicología clínica, representados en una línea temporal

# ¿De qué hablamos cuando hablamos de atención remota?

*APA (2003) menciona:*

- *Email*
- *Mensajes de texto*
- *Chat en tiempo real*
- *Teléfono (voz)*
- *Videoconferencia (videollamada)*
- *Apps de teléfonos móviles*
- *Sitios web de autoayuda o intervención guiada*



# ¿Cómo podemos clasificar las intervenciones?

- Marco temporal: Sincrónica / Asincrónica
- Objetivo de la comunicación / intervención (seguimiento, terapia)
- Grado de contacto con terapeuta
- Tecnologías empleadas

*SotoPérez, Franco-Martín y Monardes (2016)*

# ¿Cómo podemos clasificar las intervenciones?

Respecto a las tecnologías utilizadas, Barak (2009, en COP Madrid, 2018) categoriza de la siguiente forma:

## Tipo de Intervención

## Características

### 1) Intervenciones estructuradas en web

Programas altamente estructurados que se desarrollan en una plataforma web con un objetivo de cambio terapéutico o educativo.

### 2) Asesoramiento e intervención Telepsicológica

Servicio de ayuda psicológica con un terapeuta y un cliente/s a distancia, a través de email, mensajería instantánea o chat y videoconferencia entre otros

### 3) Software terapéutico

Intervenciones mediante tecnologías de inteligencia artificial (robots terapéuticos, sistemas de diagnóstico, sistemas basados en juego, entornos virtuales...).

### 4) Otras actividades online

Blogs, canales de comunicación social, redes de apoyo a grupos, sistemas de evaluaciones y páginas de información, podcast y herramientas similares



# ¿Es útil?

- **Como Terapia Psicológica:**
  - Referido a procesos casi exclusivos por esta vía
- **Como complemento a un tratamiento psicológico presencial:**
  - Entrevistar o conocer a otro miembro del contexto de la persona
  - Aumentar frecuencia de sesiones combinando con presenciales
- **Como seguimiento de una terapia presencial:**
  - Facilitar la adhesión en esta fase y puede facilitar hacer seguimientos prolongados en el tiempo
- **Como servicio de asesoría o counseling:**
  - Desarrollar intervenciones psicológicas breves
  - Cuando se requiere información, orientación u entrenamiento en estrategias muy concretas
- **Como servicio de apoyo para personas con severas dificultades psicológicas:**
  - Apoyo en crisis, riesgo suicida o situaciones similares

# ¿Es útil?

**Tabla 2.** Ventajas y limitaciones del uso de las tecnologías para la prestación de servicios de psicología

VENTAJAS	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Accesibilidad:</b> facilita el acceso a colectivos que presentan dificultades para acudir a terapia presencial (jóvenes, con diversidad funcional, movilidad reducida, con centros sanitarios saturados o lejanos, residen en áreas rurales o en el extranjero, viajan, etc).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Uso desigual:</b> las tecnologías no son utilizadas por muchas personas, como por ejemplo, personas de edad avanzada.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Facilidad de inicio de terapia psicológica en algunos casos:</b> alternativa de acceso a una ayuda psicológica inicial para las personas que tengan dificultades para acceder a un servicio de ayuda psicológica presencial. Por ejemplo, en personas que sufren problemas psicológicos como problemas de ansiedad social, agorafobia, depresión o ideación suicida.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Riesgos clínicos:</b> existen mayores dificultades o incapacidad para asistir a las personas que requieren atención en crisis, por lo que no es aconsejable.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Rentabilidad y eficiencia:</b> reduce tiempo y gastos de desplazamiento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Inversión inicial:</b> requiere un mayor gasto inicial disponer de toda la tecnología apropiada.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Mantenimiento de la regularidad:</b> posibilidad de mantener un contacto regular y continuado en aquellos casos en los que no se podría dar una continuidad de forma presencial. Por ejemplo, personas que viajan de forma frecuente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dificultades legales:</b> existe desconocimiento y ausencia de requisitos claros respecto a la normativa legal y recomendaciones éticas.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Disponibilidad de la información:</b> la información del cliente (historia clínica, resultados de pruebas...) es fácilmente accesible y rápida para profesionales y clientes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Riesgos para la protección de la información:</b> la información del cliente por diferentes medios aumentan los riesgos y necesidades de protección de la información del cliente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Facilidades tecnológicas para profesionales:</b> permite mayor intercambio de información entre profesionales y facilidades en registros y análisis de la información recabada.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Escasa formación del profesional para la adaptación del proceso terapéutico al entorno online:</b> apenas existe formación disponible para los psicólogos que desean realizar intervenciones online.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cada vez existe mayor apoyo empírico en las intervenciones Telepsicológicas:</b> creciente número de investigaciones que apoyan el uso de las tecnologías en las intervenciones psicológicas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Necesidad de mayor investigación:</b> se requiere mayor evidencia empírica, con criterios homogéneos y unificados sobre el tipo de intervenciones online y soportes, así como de los problemas psicológicos menos comunes y de los formatos tecnológicos más novedosos.</li></ul>

# ¿Es eficaz?

## Estudios aprueban eficacia de la terapia psicológica a través de internet

### Además, apoyo empírico en

- **Ansiedad**
- **Depresión**
- **TOC**
- **TEPT**
- **Insomnio**
- **Control de peso**
- **Adicciones**
- **Psicología de la Salud (manejo dolor, enf. crónicas)**

**Meta-análisis que apoyan eficacia similar a lo presencial**

*Andersson, Rozental, Rück, & Carlbring, 2015; Grist & Cavanagh, 2013; Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter, & McGheeet, 2004*

*Bergstrom et al., 2005; Dear et al., 2015; Peñate & Fumero, 2016*

*Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers, Kleiboer, Karyotaki, & Riper, 2017; Karyotaki et al., 2015; Montero-Marín et al., 2016; Richards & Richardson, 2012*

*Dèttore, Pozza, & Andersson, 2015*

*Kuester, Niemeyer, & Knaevelsrud, 2016*

*Buysse, 2013; Ritterband et al., 2009*

*Sepah, Jiang, & Peters, 2015; Weinstein, 2006*

*Bewick et al., 2008; Bock, Graham, Whiteley, & Stoddard, 2008; Campbell et al., 2014*

*Abbott, Klein, Hamilton & Rosenthal, 2009; Beatty & Lambert, 2013; Chiauuzzi et al., 2010; Garg, Garg, Turin, & Chowdhury, 2016; Hicks, von Baeyer & McGrath, 2006*

*Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Andersson, Topooco, Havik, & Nordgreen, 2015; Barak, Hen, Boniel, & Shapira 2008; Cuijpers, Van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Hylar et al., 2005; Linn, Vervloet, van Dijk, Smit, & van Weert, 2011*

# Efectividad en Tratamiento / Abandono - abstinencia

*Am J Psychiatry*. 2014 Jun;171(6):683-90. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13081055.

## Internet-delivered treatment for substance abuse: a multisite randomized controlled trial.

Campbell AN, Nunes EV, Matthews AG, Stitzer M, Miele GM, Polsky D, Turrigiano E, Walters S, McClure EA, Kyle TL, Wahle A, Van Veldhuisen P, Goldman B, Babcock D, Stabile PQ, Winhusen T, Ghitza UE.

### Erratum in

Correction. [*Am J Psychiatry*. 2014]

### Abstract

**OBJECTIVE:** Computer-delivered interventions have the potential to improve access to quality addiction treatment care. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of the Therapeutic Education System (TES), an Internet-delivered behavioral intervention that includes motivational incentives, as a clinician-extender in the treatment of substance use disorders.

**METHOD:** Adult men and women (N=507) entering 10 outpatient addiction treatment programs were randomly assigned to receive 12 weeks of either treatment as usual (N=252) or treatment as usual plus TES, with the intervention substituting for about 2 hours of standard care per week (N=255). TES consists of 62 computerized interactive modules covering skills for achieving and maintaining abstinence, plus prize-based motivational incentives contingent on abstinence and treatment adherence. Treatment as usual consisted of individual and group counseling at the participating programs. The primary outcome measures were abstinence from drugs and heavy drinking (measured by twice-weekly urine drug screens and self-report) and time to dropout from treatment.

**RESULTS:** Compared with patients in the treatment-as-usual group, those in the TES group had a lower dropout rate (hazard ratio=0.72, 95% CI=0.57, 0.92) and a greater abstinence rate (odds ratio=1.62, 95% CI=1.12, 2.35). This effect was more pronounced among patients who had a positive urine drug or breath alcohol screen at study entry (N=228) (odds ratio=2.18, 95% CI=1.30, 3.68).

**CONCLUSIONS:** Internet-delivered interventions such as TES have the potential to expand access and improve addiction treatment outcomes. Additional research is needed to assess effectiveness in non-specialty clinical settings and to differentiate the effects of the community reinforcement approach and contingency management components of TES.

Las intervenciones a través de Internet tienen el potencial de ampliar el acceso y mejorar los resultados del tratamiento de adicciones, especialmente bajar tasas de abandono y aumentar tasas de abstinencia.

# Diferencias respecto al cara a cara / Tratamiento

*J Subst Abuse Treat.* 2014 Jan;46(1):36-42. doi: 10.1016/j.jsat.2013.08.009. Epub 2013 Sep 12.

## A randomized trial of Web-based videoconferencing for substance abuse counseling.

King VL<sup>1</sup>, Brooner RK, Peirce JM, Kolodner K, Kidorf MS.

### + Author information

#### Abstract

Web-based videoconferencing can improve access to substance abuse treatment by allowing patients to receive counseling services in their homes. This randomized clinical trial evaluates the feasibility and acceptability of Web-based videoconferencing in community opioid treatment program (OTP) participants. Participants that reported computer and Internet access (n=85) were randomly assigned to receive 12weeks of weekly individual counseling in-person or via eGetgoing, a Web-based videoconferencing platform. Fifty-nine of these participants completed the study (eGetgoing=24; in-person=35), with most study withdrawal occurring among eGetgoing participants. Participants exposed to the study conditions had similar rates of counseling attendance and drug-positive urinalysis results, and reported similar and strong ratings of treatment satisfaction and therapeutic alliance. These results support the feasibility and acceptability of Web-based counseling as a good method to extend access to individual substance abuse counseling when compared to in-person counseling for patients that are able to maintain a computer and Internet connection for reliable communication.

© 2013.

**KEYWORDS:** Methadone maintenance; Substance abuse treatment; Therapeutic alliance; Treatment satisfaction; Web-based videoconferencing

PMID: 24035556 PMCID: [PMC3818495](#) DOI: [10.1016/j.jsat.2013.08.009](#)

Resultados de tasas similares de asistencia al programa y resultados de análisis de orina. Calificaciones similares y altas de satisfacción con el tratamiento y alianza terapéutica.

# Diferencias respecto al cara a cara / Tratamiento

J Addict Med. 2017 Mar/Apr;11(2):138-144. doi: 10.1097/ADM.0000000000000287.

## Treatment Outcome Comparison Between Telepsychiatry and Face-to-face Buprenorphine Medication-assisted Treatment for Opioid Use Disorder: A 2-Year Retrospective Data Analysis.

Zheng W<sup>1</sup>, Nickasch M, Lander L, Wen S, Xiao M, Marshalek P, Dix E, Sullivan C.

### + Author information

#### Abstract

**OBJECTIVES:** To retrospectively review clinic records to assess the difference between face-to-face and telepsychiatry buprenorphine medication-assisted treatment (MAT) programs for the treatment of opioid use disorder on 3 outcomes: additional substance use, average time to achieve 30 and 90 consecutive days of abstinence, and treatment retention rates at 90 and 365 days.

**METHODS:** Medical records of patients (N=100) who were participating in telepsychiatry and in face-to-face group-based outpatient buprenorphine MAT programs were reviewed and assessed using descriptive statistical analysis.

**RESULTS:** In comparison with the telepsychiatry MAT group, the face-to-face MAT group showed no significant difference in terms of additional substance use, time to 30 days (P=0.09) and 90 days of abstinence (P=0.22), or retention rates at 90 and 365 days (P=0.99).

**CONCLUSIONS:** We did not find any significant statistical difference between telepsychiatry buprenorphine MAT intervention through videoconference and face-to-face MAT treatment in our Comprehensive Opioid Addiction Treatment model for individuals diagnosed with opioid use disorder in terms of additional substance use, average time to 30 and 90 days of abstinence, and treatment retention rates.

PMID: 28107210 PMCID: [PMC5354971](#) DOI: [10.1097/ADM.0000000000000287](#)



No hubo diferencias significativas respecto a uso de sustancias, tiempo promedio de 30 y 90 días de abstinencia y en retención en tratamiento.

# Efectividad de videoconferencia / Abandono - adherencia

[JMIR Ment Health](#) | 2017 Sep 29;4(3):e38. doi: 10.2196/mental.6713.

## Effectiveness of Optional Videoconferencing-Based Treatment of Alcohol Use Disorders: Randomized Controlled Trial.

Tarp K<sup>1</sup>, Bojesen AB<sup>2</sup>, Mejlidal A<sup>1</sup>, Nielsen AS<sup>1</sup>.

### [+ Author information](#)

#### Abstract

**BACKGROUND:** Treatment of alcohol use disorders (AUDs) is characterized by an adherence rate below 50%. Clinical research has found that patient adherence enhances treatment effect; hence, health authorities, clinicians, and researchers strive to explore initiatives contributing to patients receiving treatment. Concurrently, videoconferencing-based treatment is gaining ground within other addiction and psychiatric areas.

**OBJECTIVE:** The aim of this study was to test whether optional videoconferencing increases adherence to and effectiveness of AUD treatment in a randomized controlled trial (RCT). We hypothesized that the intervention would decrease premature dropout (the primary outcome), as well as increase successful treatment termination, treatment duration, and treatment outcome (secondary outcomes).

**METHODS:** We conducted this study in the public outpatient alcohol clinic in Odense, Denmark, between September 2012 and April 2013. It was an RCT with 2 groups: treatment as usual (TAU) and treatment as usual with add-on intervention (TAU+I). The TAU+I group had the option, from session to session, to choose to receive treatment as usual via videoconferencing. Data consisted of self-reported responses to the European version of the Addiction Severity Index (EuropASI). We collected data at baseline, at follow-up at 3, 6, and 12 months, and at discharge.

**RESULTS:** Among consecutive patients attending the clinic, 128 met the inclusion criteria, and 71 of them were included at baseline. For the primary outcome, after 180 days, 2 of 32 patients (6%) in the TAU+I group and 12 of 39 patients (31%) in the TAU group had dropped out prematurely. The difference is significant ( $P=.008$ ). After 365 days, 8 patients (25%) in the TAU+I group and 17 patients (44%) in the TAU group had dropped out prematurely. The difference is significant ( $P=.02$ ). For the secondary outcomes, significantly more patients in the TAU+I group were still attending treatment after 1 year ( $P=.03$ ). We found no significant differences between the 2 groups with regard to successful treatment termination and treatment outcome.

**CONCLUSIONS:** The results indicate that offering patients optional videoconferencing may prevent premature dropouts from treatment and prolong treatment courses. However, the small sample size precludes conclusions regarding the effect of the intervention, which was not detectable in the patients' use of alcohol and severity of problems.

Ofrecer a los pacientes videoconferencias opcionales puede prevenir el abandono prematuro del tratamiento y prolongar los procesos de tratamiento. No hay conclusión sobre efecto de la intervención.

# Avances y potencialidades – Revisión literatura / APS Tratamiento

[Med Clin North Am.](#) 2018 Jul;102(4):715-731. doi: 10.1016/j.mcna.2018.02.011.

## The Role of Technology-Based Interventions for Substance Use Disorders in Primary Care: A Review of the Literature.

[Tofighi B](#)<sup>1</sup>, [Abrantes A](#)<sup>2</sup>, [Stein MD](#)<sup>3</sup>.

### Author information

### Abstract

The burden of alcohol and drug use disorders (substance use disorders [SUDs]) has intensified efforts to expand access to cost-effective psychosocial interventions and pharmacotherapies. This article provides an overview of technology-based interventions (eg, computer-based and Web-based interventions, text messaging, interactive voice recognition, smartphone apps, and emerging technologies) that are extending the reach of effective addiction treatments both in substance use treatment and primary care settings. It discusses the efficacy of existing technology-based interventions for SUDs, prospects for emerging technologies, and special considerations when integrating technologies in primary care (eg, privacy and regulatory protocols) to enhance the management of SUDs.

Copyright © 2018 Elsevier Inc. All rights reserved.

**KEYWORDS:** Addiction; Mobile; Substance-related disorders; Technology

PMID: 29933825    PMCID: [PMC6563611](#)    DOI: [10.1016/j.mcna.2018.02.011](#)

Hace posible recopilación efectiva de datos, manejo de adherencia, el refuerzo de intervenciones psicosociales, mejor comunicación terapeuta/paciente, mayor retención y mayor abstinencia.

# Diferencias respecto al cara a cara (usuario joven) / Int. Breve

[Subst Abus.](#) 2019 Oct 23:1-9. doi: 10.1080/08897077.2019.1675116. [Epub ahead of print]

## A comparison between telehealth and face-to-face delivery of a brief alcohol intervention for college students.

King SC<sup>1</sup>, Richner KA<sup>1</sup>, Tulliao AP<sup>2</sup>, Kennedy JL<sup>1</sup>, McChargue DE<sup>1</sup>.

### Author information

#### Abstract

**Background:** Problematic alcohol use is a common occurrence among college students. While empirically supported interventions exist, their access is typically limited to those with greater resources. There has been an expansion of services provided via telehealth to increase client access to treatment in the health care field. However, the evidence is mixed regarding the effectiveness of face-to-face versus telehealth interventions and there is a gap in the literature regarding brief alcohol interventions delivered via telehealth. As such, the purpose of this study was to test the effectiveness of a well-validated brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS) when conducted face-to-face or through a videoconferencing system. **Method:** Participants included 51 college students who engaged in heavy episodic drinking (5+ drinks for males and 4+ drinks for females over a two hour period) over the last two weeks. They were randomly assigned to receive the face-to-face or telehealth intervention and completed a variety of questionnaires throughout. Follow up data on the participant's alcohol use and alcohol-related problems was collected at 1-, 2-, and 3-months. Multilevel modeling in SAS was utilized for analyses, which included the modeling of treatment outcome trajectories and the influence of predictors on the trajectory of change for each outcome.

**Results:** Results indicated that the intervention significantly reduced alcohol consumption and related problems regardless of condition. Both conditions saw an increase in treatment satisfaction and therapeutic alliance between the two sessions. Increased therapeutic alliance resulted in greater decreases in alcohol use and related harm across both conditions. Additionally, those with a mental health diagnosis showed greater improvement related to risk reduction for both treatment modalities. **Conclusion:** In sum, the results of this study suggest that telehealth services should be further implemented and the BASICS intervention can be effectively delivered via telehealth for college students.

**KEYWORDS:** Telemedicine; alcoholic intoxication; binge drinking; clinical trial; young adults

Los resultados indicaron que la intervención redujo significativamente el consumo de alcohol y los problemas relacionados, independientemente del formato. Ambas condiciones vieron un aumento en la satisfacción del tratamiento y la alianza terapéutica.

# Reducción de consumo / Tratamiento

*Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019 Oct 9:1-7. doi: 10.1080/00952990.2019.1658197. [Epub ahead of print]

## A novel telehealth platform for alcohol use disorder treatment: preliminary evidence of reductions in drinking.

Mitchell MM<sup>1</sup>, Mendelson J<sup>2</sup>, Gryczynski J<sup>1</sup>, Carswell SB<sup>1</sup>, Schwartz RP<sup>1</sup>.

### + Author information

#### Abstract

**Background:** Alcohol use disorder (AUD) treatment remains greatly underutilized. Innovative strategies are needed to improve AUD treatment access and patient engagement. The Ria Treatment Platform (RTP) is a patient-centered telemedicine AUD treatment program accessed through a smartphone application (app) that includes a package of physician visits (with AUD prescriptions as appropriate), text- and phone-based support from a recovery coach, video monitoring of medication adherence, and Bluetooth-linked breathalyzer tracking of alcohol intake. **Objectives:** The purpose of the current study is to examine changes in alcohol use among patients utilizing the RTP. **Methods:** This study examines daily breathalyzer blood alcohol content (BAC) readings collected from 77 adult patients (50.7% male) over the first 90 days in treatment with the RTP. Data were analyzed using dynamic structural equation modeling. **Results:** The treatment retention rate at 90 days was 55%. The best fit for the BAC data was given by a cubic curve, which showed that among patients who remained engaged for 90 days average BAC levels declined approximately 50% (from .091 to .045) from baseline to day 90. **Conclusion:** This study provides preliminary evidence of substantial alcohol use reductions among patients utilizing the RTP, an innovative telemedicine program accessed via smartphone. Although other alcohol-reduction apps have shown promise from scientific evaluations, the RTP appears to be the only app that incorporates physician-prescribed medication and a recovery coach. Research incorporating random assignment and meaningful comparison groups is needed to further evaluate this promising strategy.

**KEYWORDS:** Alcohol use disorder; dynamic structural equation modeling; intensive longitudinal data; smartphone app; telemedicine; treatment effectiveness

Resultados preliminares que señalan reducción del uso de alcohol en uso de plataforma de telemedicina (RTP) en personas que superan 90 días de retención en acompañamiento. RTP incluye videollamados con terapeuta.

# ¿Y las regulaciones?

*Estados Unidos*

Marzo 17 2020, la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) señala a sus proveedores de atención médica que pueden usar

*“aplicaciones populares que permiten chats de video, incluidos Apple FaceTime, video chat de Facebook Messenger, video de Hangouts de Google, Zoom o Skype, para proporcionar telesalud sin riesgo de que OCR intente imponer una multa por incumplimiento de las Reglas de HIPAA relacionadas con la provisión de telesalud, durante la emergencia de salud pública nacional de COVID-19”.*

Menciona además las aplicaciones autorizadas formalmente antes de este anuncio

---

Skype / Microsoft Teams  
Zoom for Healthcare  
Google G Suite Hangouts Meet  
GoToMeeting

Cisco Webex Meetings / Teams  
Updox  
VSee  
Amazon Chime  
Spruce Health Care Messenger  
Doxy.me

---

¿Y Whatsapp?

# ¿Y las regulaciones?

Chile

**39 PRESTACIONES DE SALUD ESTARÁN DISPONIBLES PARA SER ATENDIDAS REMOTAMENTE**

No será necesario una nueva inscripción especial para realizar estas atenciones remotas ya que, los códigos de atención y aranceles serán los mismos, por lo que basta que hayan estado **previamente inscritos en la Modalidad Libre Elección (MLE)**.

REVISÁ CUALES SON EN [FONASA.CL](https://fonasa.cl)



## REQUISITOS MÍNIMOS DE CONTROL

- 1 El profesional deberá llevar una ficha médica (podría ser un audio).
- 2 Que se utilice alguna plataforma tecnológica acordada previamente.
- 3 Que la plataforma tecnológica garantice la confidencialidad del acto médico.

**i** Los prestadores que realicen este tipo de atenciones remotas, están obligados a adoptar todas las medidas de seguridad de la información, y así también, velar por la privacidad y confidencialidad del paciente, permitiendo además el resguardo de la ficha clínica en el marco de la Ley 20.584 Derechos y Deberes de los Pacientes

REVISÁ CUALES SON EN [FONASA.CL](https://fonasa.cl)



## RECÉTAS MÉDICAS

Los profesionales de la salud que deban entregar una receta médica, podrán hacerlo digitalmente para que el paciente la imprima o muestre en la farmacia, a excepción de aquellas recetas retenidas que deben seguir siendo emitidas físicamente o con firma electrónica avanzada.

## CONSULTAS MÉDICAS

Estas consultas se podrán realizar usando cualquier tecnología de información para que el médico o profesional de la salud, desde cualquier lugar geográfico, pueda interactuar en tiempo real con su paciente, de igual forma en que lo haría presencialmente.



*No se explicita el tipo de instrumento para realizar estas intervenciones*

# Consideraciones para la atención remota



# Nuestra experiencia

*Hace casi 10 años se ha propiciado la atención remota principalmente en nuestros programas de Orientación Psicológica a trabajadores de empresas o instituciones. Incluye consultas vía correo electrónico, intervenciones telefónicas y videollamadas.*

*Hasta fines de año 2019, 6 de cada 10 de nuestros terapeutas consideraban la atención de videollamada como una posibilidad. Hoy aumenta a 8 de cada 10.*

*Las razones actuales para la intervención son para Dar continuidad terapéutica (80%) principalmente por efectos de la pandemia y para Dar atención debido a la lejanía de las personas del lugar de atención (75%)*

*La utilización de las videollamadas se hace mayoritariamente para atenciones de orientación psicológica (no más de 5 sesiones) y para llevar procesos psicoterapéuticos a distancia*

## DESVENTAJAS MENCIONADAS

### Pacientes

- Dificultad de personas atendidas para tener espacios de privacidad
- Baja alfabetización digital en grupos de personas mayores

### Terapeutas

- Generar espacio terapéutico de confianza
- Trabajar casi exclusivamente desde lo verbal

## VENTAJAS MENCIONADAS

### Pacientes

- Evita desplazamientos
- Continuidad terapéutica a pesar de contexto

### Terapeutas

- Apoyo constante / continuidad de procesos
- Optimización tiempos
- Podría bajar costos

# ¿Cuándo se puede utilizar la atención remota? 5 preguntas antes de realizarla

¿Se cumplen los requisitos básicos para poder realizar intervención online de forma adecuada?

¿Las condiciones del caso permiten llevar a cabo intervención online?

¿Supone una mejora frente al tratamiento presencial en este caso?

¿Es la única opción para la persona o existe la posibilidad de que acuda a terapia presencial?

Una vez comenzada la intervención  
¿Se siguen cumpliendo las condiciones óptimas para el trabajo?



# ¿Qué debemos cuidar?

Evaluar si es **adecuada, eficaz y segura**: posibles riesgos, problemas multiculturales y éticos y revisión del **medio más apropiado** (videollamado, teléfono, mensaje de texto, email, etc.)

## MODALIDAD



## CONOCIMIENTOS

Tener en cuenta el **conocimiento y competencia** del paciente/cliente a la hora de usar las **tecnologías** específicas para recibir este tipo de intervención

**Evaluar entorno remoto**, información previa acerca de la situación dentro del hogar (o contexto laboral), riesgo de distracciones o de violación de intimidad u otro impedimento que pueda impactar en una prestación efectiva

## ENTORNO

# ¿Qué debemos cuidar?

Tomar todas las medidas necesarias para **proteger y mantener la confidencialidad** de los datos y toda la información concerniente a sus pacientes/clientes e **informar de los riesgos potenciales**

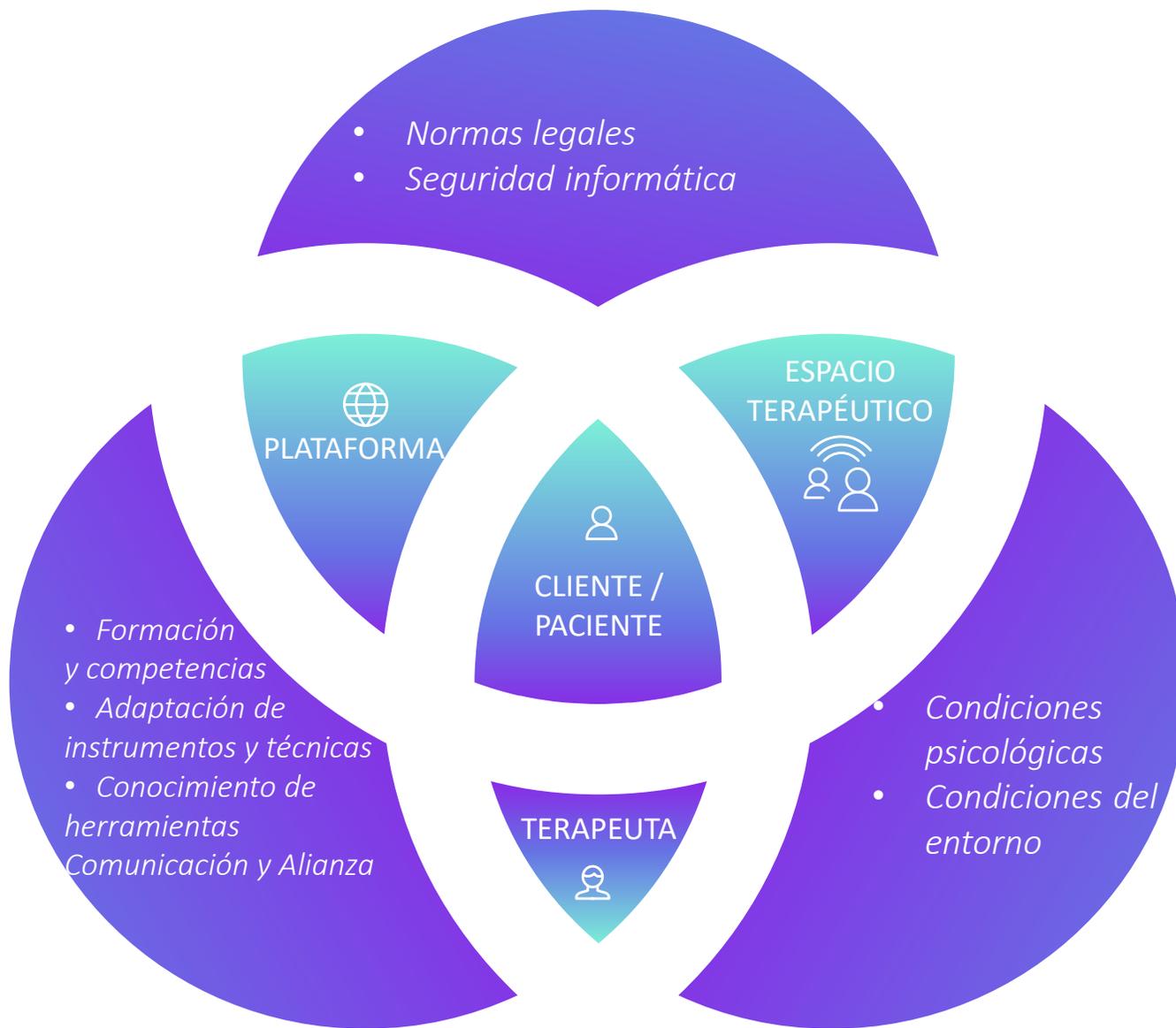
## CONFIDENCIALIDAD

## CONSENTIMIENTO

No olvidar que es importante obtener y **documentar un consentimiento informado**, específicamente vinculado a los servicios que serán proporcionados.

## EVALUACIÓN

**Evaluar constantemente** si proseguir con estos servicios puede no ser beneficioso o presenta riesgos para el bienestar emocional o físico del paciente/ cliente.



# Modelo atención remota



# ¿Cómo generamos el Espacio Terapéutico?

## Antes de la videollamada

- Lugar habitual de trabajo o espacio que defina cierta formalidad
- Privacidad auditiva y visual
- Recabar datos básicos del paciente con anterioridad a la conexión
- Si lo hace por un dispositivo móvil, configurar para que no reciba llamadas entrantes.
- Solicitar a la persona que cuide las condiciones básicas para conectar en la sesión \*\*



## PARA NUESTRA SESIÓN REMOTA - CAP

Estimad@

*Dado que resulta aconsejable limitar las salidas a menos que sea estrictamente necesario, nuestro Centro propone como una buena alternativa tener sesiones de atención por video llamada o teléfono.*

Una **sesión remota** es obviamente diferente a una presencial y tampoco es lo mismo que una conversación telefónica común o videollamada de Whatsapp o FaceTime.

Por eso, le envío unas **pautas generales** para obtener el mayor beneficio posible de estas sesiones remotas:

- 1. Lo más importante es tener privacidad.** El centro la proporciona cuando las sesiones son presenciales, pero ahora dependerá de usted. Por ello, asegúrese de estar en un *espacio privado* donde sea poco probable que le escuchen o interrumpen. Es recomendable usar *audífonos*, para así también tener las manos libres.
- 2. Evite interrupciones.** Pídale a las personas que estén cerca suyo que respeten tu privacidad permaneciendo en otra habitación y/o usando audífonos, por ejemplo.
- 3. Prepare el momento de sesión.** Trata de dejar un espacio libre de 15 min. antes y después de la sesión, esto dará tiempo para la *reflexión* antes de volver a la rutina. Si lo desea tenga pañuelos a su lado y un vaso de agua.
- 4. Intentar estar cómod@, pero no demasiado.** Si puede, siéntese en una *silla o sillón de su preferencia*. Evite acostarte en la cama o en el sofá en que ve televisión o caminar durante la sesión. Trate de simular una posición *lo más parecido a la de una sesión* como se pueda.
- 5. Apagar o poner en silencio otros dispositivos** que no sean el que está utilizando para realizar la llamada (computador, radio, televisión, etc.).

Como Centro, estamos conscientes de las sesiones remotas no son igual que las presenciales, pero confiamos en que el *beneficio adicional* de seguir en contacto valdrá el esfuerzo.

★ 17:15 ✓

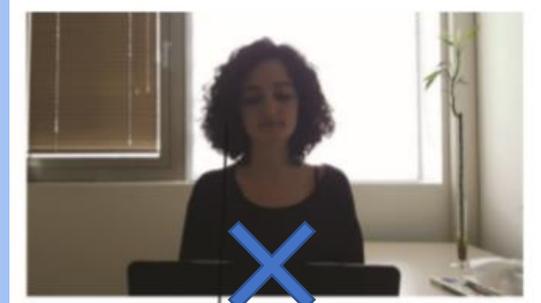
# ¿Cómo generamos el Espacio Terapéutico?



# ¿Cómo generamos el Espacio Terapéutico?

## En videollamada

- Iluminación de espacio y profesional adecuada
- Cara y parte superior de terapeuta a la vista
- Cámara fija, sin movimientos
- Fondo sin mucho estímulo
- Propiciar imagen de persona atendida en encuadre adecuado



Iluminación incorrecta, sombras, poca visibilidad de elementos importantes (brazos, manos).



Imagen amplia, ángulo visual adecuado, fondo adecuado, visibilidad de elementos corporales relevantes: manos, brazos, postura.



Escasa visibilidad de elementos corporales relevantes: manos, brazos, postura y ángulo visual inadecuado.

# Autocuidado del Terapeuta

Realizar atenciones en videollamada puede ser más desgastante incluso que las presenciales, por esto se debe cuidar:

- Diseño del **espacio de trabajo** siguiendo principios ergonómicos (p.ej., silla orientada a la pantalla, centro del monitor de trabajo a la altura de los ojos).
- Control del **ruido** ambiental/Mantener un moderado volumen en el auricular.
- Cuidar configuración de **pantalla** (distancia, brillo, etc.).
- Tiempos de **descanso**, de al menos 10 minutos cada hora.
- Monitorizar de forma sistemática el **estado emocional** y la fatiga

# Conclusiones

- Se puede desarrollar una relación terapéutica positiva con personas atendidas, generar alianza y lograr objetivos.
- A pesar de no ser un tipo de intervención nueva, aún debe adoptarse –y adaptarse- con criterios de calidad.
- Se debe estar atento a los riesgos y vulnerabilidades que presenta en todas sus dimensiones.
- En contextos de contingencia como la actual, se deben extremar las medidas de cuidado, para que no resulte iatrogénico.
- Posibilita aumentar frecuencia de atenciones para un apoyo constante o para asegurar un buen seguimiento luego de procesos.
- Oportunidad para ampliar acceso y oportunidades de atención en lugares remotos o sin especialistas.
- Necesidad de propiciar especialización de supervisión clínica y poblaciones específicas ajustada a estos espacios terapéuticos.



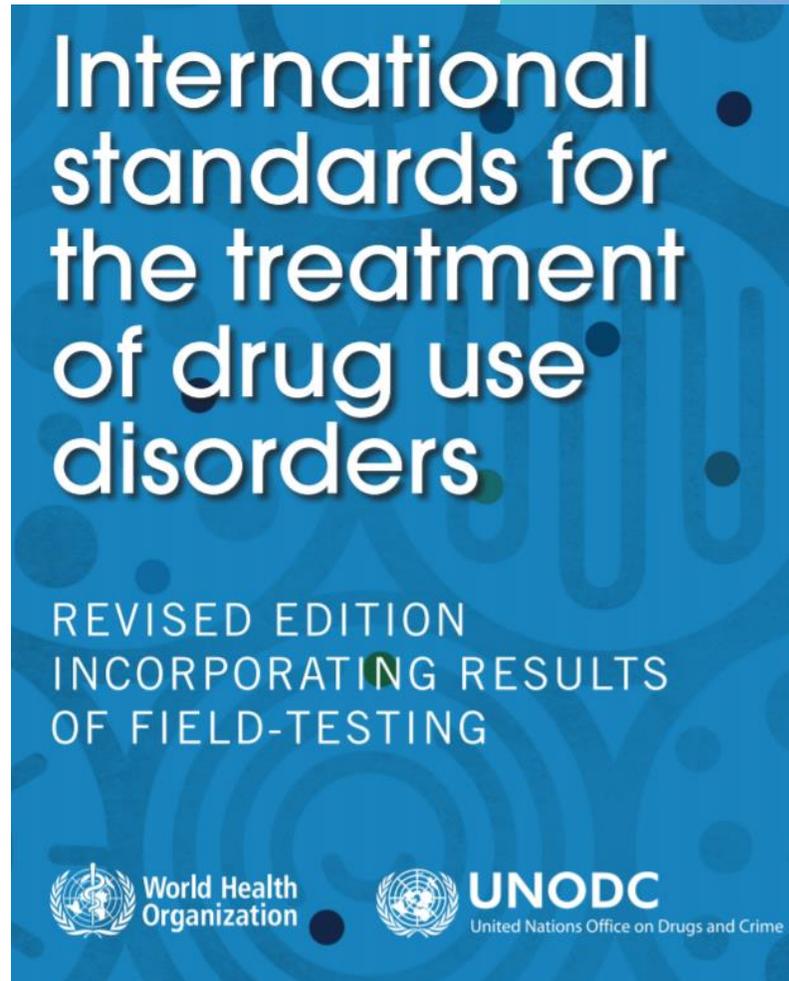
# Tareas pendientes

- *Abril 2020 se lanzan los “Estándares internacionales para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias” en edición colaborativa entre la OMS (WHO) y UNODC.*
- *En esta publicación no hace ninguna mención a las intervenciones remotas (sólo alude al apoyo de expertos a equipos no especializados a través de estos sistemas)*

---

*Tarea para actualizar*

---



# Bibliografía

- American Psychological Association (1995). Services by telephone, teleconferencing and Internet. Disponible en <https://www.apa.org/ethics/education/telephone-statement>
- Allen, B.J. (1995). Gender and computer-mediated communication. *Sex Roles*, 32, 7-8, 557-563.
- Baron, N.S. (1998). Letters by phone or speech by other means: The linguistics of email. *Language and Communication*, 18, 2, 133-170.
- Clark, L.S. (1998). Dating on the Net: Teens and the rise of "pure" relationships. En S.G.Jones (ed.), *Cybersociety 2.0: Revisiting computer-mediated communication and community*. California, USA: Sage Publications, Vol.2, pp. 159-183.
- Schneider, P.L. (1995). A comparison of outcome variables in psychotherapy: Distance technology versus face-to-face. Disponible en <http://telehealth.net/articles/litreview.html>
- Schneider, P.L. (1999). Psychotherapy using distance technology: A comparison of outcomes. Ponencia en American Psychological Association, Boston, USA.
- Schneider, P.L. (2001). Telehealth: Psychotherapy using distance technology: A comparison of outcomes. Disponible en <http://telehealth.net/articles/tecnologyvface.html>
- May, C.R., Ellis, N.T., Atkinson, T., Gask, L., Mir, F. y Smith, C. (1999). Psychiatry by videophone: a trial service in north west England. *Study of Health Technology of Information*. 68, 207-210.
- OMS Cibersalud [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23104/WHA58\\_28-sp.pdf;jsessionid=24734815E6835558E1ACAEFE2D10C854?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23104/WHA58_28-sp.pdf;jsessionid=24734815E6835558E1ACAEFE2D10C854?sequence=1)
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 19(6), 444–454. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0075>

# Bibliografía

- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. American Psychologist, 68 (9), 791-800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- Canadian Psychological Association. (2006). Ethical guidelines for psychologists providing psychological services via electronic media. Recuperado desde <http://www.cpa.ca/aboutcpa/committees/ethics/psychserviceselectronically/>
- New Zealand Psychologists Board. (2011). Draft guidelines: Psychology services delivered via the Internet and other electronic media. Recuperado desde [http://psychologistsboard.org.nz/cms\\_show\\_download.php?id=141](http://psychologistsboard.org.nz/cms_show_download.php?id=141)
- Ohio Psychological Association. (2010). Telepsychology guidelines. Recuperado desde [https://www.researchgate.net/profile/Kenneth\\_Drude/publication/264592548\\_TELEPSYCHOLOGY\\_GUIDELINES\\_Ohio\\_Psychological\\_Association\\_2010\\_revised/links/53e8d9d10cf25d674ea87293/TELEPSYCHOLOGY-GUIDELINES-Ohio-Psychological-Association-2010-revised.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Drude/publication/264592548_TELEPSYCHOLOGY_GUIDELINES_Ohio_Psychological_Association_2010_revised/links/53e8d9d10cf25d674ea87293/TELEPSYCHOLOGY-GUIDELINES-Ohio-Psychological-Association-2010-revised.pdf)
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2020). Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general, Versión 1.0. Recuperado desde <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-ABORDAJE-CONSECUENCIAS-PSICOLOGICAS-COVID19.pdf>
- De la Torre, M y Pardo, R. (2018) Guía para la Intervención Telepsicológica. Editado por Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Recuperado desde <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica>
- Siegmund, G. & Lisboa, C. (2015). Orientação Psicológica On-line: Percepção dos Profissionais sobre a Relação com os Clientes. Psicologia Ciência e Profissão, 35(1),168-181. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2820/282038428013>



CHILE chapter



# Muchas Gracias

[imunozm@fundacionparentesis.cl](mailto:imunozm@fundacionparentesis.cl)

*Iván Muñoz M.*

*Psicólogo P. Universidad Católica de Chile*

*Director Paréntesis - Asesorías y Servicios Clínicos*

*Fundación Paréntesis*

