

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología
Convocatoria: septiembre 2020

Intervención en crisis y primera ayuda psicológica para profesionales sanitarios en la pandemia COVID-19.

**Psychological first aid and crisis intervention for
healthcare workers in COVID-19 pandemic.**

Autora: María Teresa Valero Barrios.

Tutora: Yolanda Alonso.

1. RESUMEN

La pandemia del COVID-19 ha afectado física y psicológicamente a la sociedad global, especialmente a los trabajadores relacionados con el campo de la salud. Estos se vieron obligados a ofrecer una solución a un contagio del que aún no se conocían los detalles. Tampoco contaban con los elementos de protección necesarios, de tal manera, se exponían al riesgo de contagio tanto ellos como sus familiares. Esto se tradujo en altos niveles de ansiedad, preocupación, miedo, entre otros síntomas. Como resultado, en México se implementó un servicio telefónico de atención psicológica ante la emergencia sanitaria. Dicho servicio ofrece: psicoeducación, primera ayuda psicológica, intervención en crisis o incluso una posible intervención psicoterapéutica futura. Tiene la intención tanto de resolver la emergencia demandada por dichos trabajadores de la salud, como escucharlos, apoyarlos y orientarlos. En el presente trabajo se describe dicho servicio, las técnicas utilizadas, se exponen dos casos representativos atendidos en este contexto y se plantea la necesidad y utilidad de servicios psicológicos duraderos para los empleados prestadores de servicio.

Palabras clave: COVID-19, intervención en crisis, empleados sanitarios, primeros auxilios psicológicos.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has had a physical and psychological impact on global society, especially on healthcare workers, who found themselves obliged to offer a solution to a contagion whose details were not yet known. They also lacked the necessary protective equipment, thus exposing themselves and their families to the risk of infection. This resulted in high levels of anxiety, preoccupation, fear, and other symptoms. Consequently, a mental health helpline was implemented in Mexico to deal with the unforeseen sanitary crisis. This service offers: psychoeducation, first psychological help, crisis intervention or even possible future psychotherapeutic intervention. It is intended both to resolve the emergency demanded by said health workers, as well as listening, supporting and guiding them. This paper describes this service, explores the techniques used, presents two representative cases dealt with in this context and raises the need for and usefulness of long-term psychological services for service provider employees.

Key words: COVID-19, crisis intervention, healthcare workers, psychological first aid.

ÍNDICE

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	4
2.1. La COVID-19 y su relación con el personal sanitario.....	6
2.2. Supuestos teóricos y experimentales que respaldan el servicio Jalisciense.....	8
2.3. Contexto.....	9
3. Servicio “Psicoterapeutas Primer Contacto”.....	10
3.1. Antecedentes.....	10
3.2. ¿Qué es la primera ayuda psicológica?	12
3.3. Plan de actuación.....	13
3.3.1. La intervención psicológica.....	14
3.3.2. Objetivos de la intervención.....	14
3.3.3. Técnicas.....	15
3.3.4. Cierre.....	17
3.4. Descripción de dos casos.....	19
4. Conclusiones.....	22
5. Bibliografía.....	25
6. Anexo.....	28

2. INTRODUCCIÓN

El año 2020 empezó con la noticia de que en el continente asiático surgió un virus respiratorio de fácil transmisión (Coronavirus o COVID-19). No tardó en trasladarse a Europa y, posteriormente, a América. A pesar de ser un virus con baja tasa de mortalidad, su fácil contagio trajo consigo millones de personas enfermas con COVID-19 y miles de muertes alrededor del globo. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) enmarca este acontecimiento como una pandemia.

Al tratarse de una cepa sin vacuna ni tratamiento curativo, la mejor medida preventiva ha sido evitar la exposición (OME-AEN, 2020). Esta, junto a algunas otras medidas parecieron ser las más razonables como respuesta lógica hacia esta problemática, para la sociedad fue un cambio brusco y difícil de asimilar, tanto por la alteración de rutina de manera repentina, como por la incertidumbre de no saber qué podría ocurrir o cuándo acabaría esta situación.

En general, las recomendaciones fueron: lavarse las manos constantemente, usar mascarillas para salir a la calle, limpiar los artículos que adquirimos, evitar usar transporte público y quedarse confinados en casa la mayor cantidad de tiempo posible, saliendo solo para ir al super, a la farmacia o al médico; así empezó la cuarentena. Factores como la economía se han visto terriblemente afectados, ya que muchos locales se vieron obligados a cerrar. Así mismo, una parte de la población ha perdido su trabajo, otros adaptaron su ejercicio laboral a las actividades desde casa y otra simplemente dejó de trabajar.

Vivimos un desafío social nunca antes visto, que pone a prueba todas nuestras creencias de cómo funciona el mundo y cómo se deben hacer las cosas, incluso en nuestra propia vida diaria y laboral, ya que nos vemos obligados a velar por la prevención del virus y el seguimiento de las recomendaciones sanitarias (UCM, 2020).

Las pandemias tienen efectos psicológicos importantes en la población, debido a la incertidumbre, la sensación de urgencia y la confusión que causan (Taylor, 2019, como se citó en Chacón, y cols., 2020); son reacciones normales a situaciones cambiantes. Pero no porque sean normales deben dejarse pasar y no atenderlas.

En epidemias, son muy comunes los rumores e ideas erróneas sobre la enfermedad. Al principio del COVID-19, por ejemplo, se creía que era una enfermedad que sólo afectaba a personas mayores o que las mascotas podrían enfermarse y propagar el virus.

Estas falsas creencias bien pueden llevar a cabo conductas de riesgo o, por el contrario, a tomar acciones desmesuradas debido al miedo. Según la Federación Internacional de Asociaciones Cruz Roja (IFRC) las reacciones y comportamientos más habituales durante una epidemia, suelen ser:

Tabla 1. Conductas habituales durante una epidemia según la OMS.

Miedo a enfermarse y miedo a la forma de morir.
Miedo a los síntomas y las consecuencias.
Miedo a perder el sustento, no poder trabajar durante el aislamiento o perder el trabajo.
Estigma hacia las personas en contacto con la enfermedad.
Negarse a tener contacto con personal sanitario y amenazarlos física o verbalmente.
Creer que rezar es lo único que salvará a la gente.
Sentir impotencia y depresión debido al aislamiento.

Algunos de estos comportamientos y miedos vienen de peligros reales, pero la mayoría viene de la mala información recibida y de los rumores (IFRC, 2020).

Por todo lo mencionado anteriormente, parece indispensable crear un recurso eficiente y con una buena fundamentación para apoyar y, en la medida necesaria, adecuar la actuación de la Psicología al reto que supone la COVID-19 (UCM, 2020).

Lo principal sería mencionar que cualquier solución que se proponga deberá, en todo caso, no solo respetar las directrices recibidas sobre distanciamiento social, sino, sobre todo, evitar la “patologización” de los usuarios; lo cual, en primer lugar, podría ayudar a no colapsar el sistema y, en segundo, ayudaría a evitar futuros problemas psicológicos al plantear lo vivido como conductas propias de una situación catastrófica y abrumadora en todos los sentidos (emocionales, de recursos, económicos, etc.) (Liu y cols., 2020, como se citó en Chacón F., Fernández J. y García M., 2020).

En tal caso, reconocer que estos servicios no tienen como finalidad sustituir los procesos psicoterapéuticos brindados por profesionales, sino una atención psicológica breve que sería el paso previo a una psicoterapia en caso de ser necesaria; ya que podría haber casos en los que la atención, basada en validación, psicoeducación y ventilación emocional, será suficiente.

2.1. La COVID-19 y su relación con el personal sanitario

Dado que la pandemia creó una nueva e inesperada realidad a la que adaptarse, llena de incertidumbre, miedo, aislamiento y preocupación para toda la población, especialmente para los empleados sanitarios, éstos se han visto sometidos a grandes niveles de estrés. No solo por la cantidad de pacientes que debían atender cada día, lo repleto que se encontraban los hospitales, sino también al hecho de no saber concretamente qué hacer (por lo abrupto de tal suceso), la poca preparación, la ambigüedad del rol que desempeñar, el trabajar con equipos incómodos e insuficientes, el estar expuestos a mayor probabilidad de contagio y, por ende, ser capaces de contagiar a sus familiares o colegas; en otras palabras, no es de extrañarse que la salud mental del personal sanitario sea de las más afectadas (Dai, 2020).

En 2003 existió un brote de un Síndrome Respiratorio Agudo Grave, llamado SRAS causada también por la cepa de un coronavirus (OMS, 2003). Los datos mostraron que los trabajadores sanitarios no sólo sufrieron de estrés crónico durante esa epidemia, sino que también tuvieron altos niveles de ansiedad y depresión (McAlonan, y cols., 2007).

En estudios realizados en China tras el impacto de la mortal epidemia SARS, médicos y enfermeros reportaron sentirse frustrados, nerviosos, deprimidos y asustados. El miedo no sólo viene por la posibilidad de contagiarse ellos, sino también de contagiar a sus familiares, amigos y colegas (Xiang y cols., 2020). Posteriormente apareció el MERS, del mismo virus corona, tras esta epidemia, estudios mostraban una vez más que el personal sanitario, en situaciones como estas, sufría deterioros en su salud mental (Khalid y cols., 2016, como se citó en Park y cols., 2018).

Un estudio realizado este año mostró que las preocupaciones principales de los médicos eran, en primer lugar, que sus compañeros enfermen; en segundo, la infección de sus familiares; y, en tercero, las medidas de seguridad (Dai y cols., 2020), sin dejar de mencionar la preocupación por los pacientes, la sensación negativa de no poder garantizarles su mejora y la carga emocional de verlos sufrir o fallecer. Otro factor que influye en el malestar psicológico que padecen los trabajadores sanitarios es el estigma que existe sobre ellos en sus comunidades. La labor que cumplen los empleados sanitarios de estar tan en contacto con contagiados hace que vecinos, madres y compañeros de la escuela de sus hijos sientan miedo, los rechacen y discriminen.

El estigma llega a afectarles tanto que se ven en la obligación de separarse de sus familiares. En Corea incluso prohibieron al personal sanitario usar el ascensor de sus comunidades y la asistencia de sus hijos al colegio. (Jung, 2015).

En 2018 se demostró que el rechazo social, producto del estigma, hacia los médicos y enfermeros que atienden infectados con coronavirus (MERS-CoV), influía directamente en sus niveles de estrés y en su salud mental (Park, 2018). Se menciona también la necesidad de llevar a cabo programas educativos de intervención que considere aspectos nombrados anteriormente.

Otro de los motivos por el que son necesarios programas psicológicos de apoyo e intervención específicos para profesionales de la Salud es porque incluso un año después de la epidemia SARS, empleados sanitarios siguieron mostrando altos niveles de estrés, ansiedad y angustia (Lee y cols.2011), lo que llevó a estudiantes universitarios a indagar en los factores que pueden estar afectando la salud mental de éstos profesionales, encontrando relación entre altos niveles de estrés y afrontar las situaciones estresoras desde un estilo de afrontamiento evitativo.

Por último, es importante recordar que los trabajadores sanitarios tendrán también sus propios familiares enfermos, sus problemas en casa con ellos y por eso es importante extender la intervención a sus familiares (Levin, 2019).

Es necesario prestar atención a las demandas psicológicas de nuestros médicos, quienes dan la cara por la salud de todos. Es por eso que en este trabajo de fin de grado se presenta la solución social que se puso en marcha en Jalisco, México, como respuesta a la emergencia sanitaria que arrastró la COVID-19 en Guadalajara.

Se trata de una línea telefónica de primer contacto psicológico, el cual presta servicio a un amplio sector de trabajadores de primera mano que se describe con detalle a continuación.

2.2. Supuestos teóricos y experimentales que respaldan el servicio Jalisciense

Durante la pandemia, China propuso como solución para la emergencia sanitaria que demandaba la salud mental del personal médico, unas líneas telefónicas directas y abierta de atención psicológica (Comisión Nacional de Salud China, 2020), las cuales ofrecían como soluciones:

- A corto plazo: Intervención psicológica en crisis enfocada en la creación de un espacio de apoyo emocional y respeto donde se normalice el estrés, la rabia y las reacciones dolorosas, se mantengan pensamientos positivos sobre el futuro.
- A largo plazo: Psicoterapias enfocadas en posibles traumas o tratamientos psicofarmacológicos.

En este caso, la intervención en crisis que proponen tiene como objetivo prevenir, mitigar y tratar el impacto de la nueva realidad, así como lidiar con el estrés y aprender a regular las emociones. En caso de graves secuelas, recomendaban la asistencia a un proceso terapéutico focalizado (Levin, 2019).

En Cuba, la línea de ayuda telefónica ha demostrado ser una técnica y estrategia valiosa en otros problemas: depresión, intento suicida, enfermedades transmisibles, otros daños a la salud, como son las adicciones, el maltrato hacia la mujer, etc., (Valladares y López, 2020). También en Cuba se trabajó con la técnica de consejería, utilizada para informar, comunicar y educar sobre las conductas protectoras y de riesgo. Es, según la OMS, la técnica por excelencia para enfrentar las enfermedades transmisibles, para proporcionar apoyo personal y para ofrecer grandes posibilidades de modificación de comportamientos (López y Valladares, 2020).

El ministerio de Sanidad Española, del mismo modo, abrió un servicio telefónico para familiares de fallecidos, enfermos y profesionales sanitarios. Contaban con 3 números telefónicos, 15 líneas y 45 psicólogos y psicólogas. Para el mes de junio, habían recibido un total de tres mil llamadas (Chacón y cols., 2020).

Específicamente en Aragón, dos centenares de psicólogos voluntarios atienden de forma gratuita una línea telefónica abierta a toda la población que necesite apoyo psicológico en estos momentos difíciles (Heraldo, 2020).

Se presenta a continuación un servicio psicológico aplicado durante la situación pandémica actual en México, en el estado Jalisco, en la ciudad de Guadalajara. El mismo se ejecutó en pro de proporcionar al personal sanitario un espacio donde pudiesen encontrar la

orientación psicológica requerida. Este programa se desarrolló con base en el Manual Básico de Primeros Auxilios Psicológicos de la Universidad de Guadalajara (2014) y tiene como objetivo promover la Primera Ayuda Psicológica, definido como una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda (Esfera, 2011 y IASC, 2007, como se citó en OMS, 2015).

2.3. Contexto

En México, aun cuando el número de fallecidos por coronavirus en Italia y España era abrumador, se tomó una posición pasiva frente a las medidas de prevención de la propagación. Legalmente, la cuarentena era voluntaria, por ende, no existían leyes que penalizaran a quienes deban salir a trabajar ni los negocios que deban abrir. Sin embargo, el Estado de Jalisco fue estricto con las medidas de seguridad. A mediados de marzo, ya Jalisco decretó cerrar las puertas de estadios, colegios, universidades y el uso de mascarillas de manera obligatoria. En abril, se decretó la obligatoriedad de permanecer confinados en casa, a menos que fuese inevitable.

Es por esa decisión por la que, a pesar de que Jalisco es el cuarto estado más poblado del país, con más de ocho millones de habitantes, para mayo sólo presentaba 593 casos, mientras que la Ciudad de México tenían más de 9.700 casos (Ferri, 2020) y hasta la fecha, sigue teniendo una de las tasas de mortalidad más bajas del país (Anexo 1).

Aun así, ya que, en la ciudad de Guadalajara, se encuentra el Instituto Mexicano de Seguridad Social, de Occidente (IMSS), centro que habilitaron para manejar los casos infectados de coronavirus, todos los infectados en la zona del Occidente del país (Michoacán, Jalisco, Guanajuato, Colima, Nayarit y Aguascalientes) debían ir hasta el Estado Jalisco a recibir atención médica. Esto llevó a un desbordamiento del sistema de salud y en busca de promover el bienestar, y minimizar los daños psicológicos se propuso el servicio telefónico llamado Psicoterapeutas Primer Contacto.

3. SERVICIO “PSICOTERAPEUTAS PRIMER CONTACTO”

La solución a esta situación de emergencia fue ofrecer líneas telefónicas abiertas a todo el personal sanitario. Desde administrativos, recepcionistas, médicos, enfermeros y enfermeras, hasta personal de seguridad y limpieza. Este servicio fue llamado: “Psicoterapeutas Primer Contacto”.

Dichas líneas, lejos de ser un proceso terapéutico, se tratan de un primer contacto psicológico que tiene como objetivo ofrecer herramientas, técnicas y un espacio seguro al usuario, donde expresar sus miedos y preocupaciones. Se busca también disminuir la sensación de pérdida de control o angustia.

3.1. Antecedentes

A pesar de que las universidades cerraron sus puertas, las clases continuaron y se inició una etapa de educación virtual. Pero, lo que sí se interrumpió aquel entonces fueron las prácticas profesionales de los estudiantes en sus últimos años de la carrera de psicología, incluida aquella donde yo participaba.

El servicio telefónico fue coordinado por una psicóloga, investigadora, especialista y maestra en Terapia Sistémica Familiar, quien buscó, dentro de su círculo profesional, psicoterapeutas para formar parte de su propuesta a la situación que vivía el país. Así fue como conectó con la maestra que fungía como asesora de mis prácticas de Psicología Clínica en la universidad de Guadalajara en México quien le habló de sus alumnos en prácticas que quedaron sin posibilidad de continuar su labor. A raíz de esto, tuve la oportunidad de compensar las prácticas profesionales suspendidas por el contexto pandémico gracias a la participación en este servicio.

La coordinadora se encargó, entre otras cosas de aportar datos probatorios que demuestran la eficacia de este servicio y los métodos prácticos, que van desde la psicoeducación hasta la orientación (Valladares y López, 2020).

La invitación a participar en el servicio se les ofreció a 12 estudiantes en prácticas, de los cuales solo seis aceptamos a participar. En paralelo, la coordinadora había logrado reclutar a otros 13 voluntarios, todos psicólogos profesionales, especializados en la labor clínica. Juntos, formamos el equipo terapéutico.

En la semana del 20 al 24 de abril se realizó una preparación virtual junto con el equipo, con literatura relacionada al COVID-19 (tanto a la enfermedad como a la pandemia) donde se explicó qué se quería hacer y los pasos a seguir. En las reuniones que se hicieron esa semana, se elaboraron estrategias de abordaje, se pusieron ejemplos prácticos de qué hacer y cómo y se compartió literatura sobre los primeros auxilios psicológicos y la atención en crisis.

A partir de la segunda quincena de abril de 2020 (día 27), se abrieron las líneas telefónicas al personal sanitario. El servicio especializado se brindaba doce horas al día, de lunes a viernes, de 8 a 20 horas. El equipo terapéutico no ha decidido una fecha para darle fin al programa, sin embargo, los practicantes terminaron su participación una vez acabado el semestre; en este caso, el 29 de mayo.

Por último, de forma semanal, cada viernes se reunía todo el equipo terapéutico junto a la coordinadora para compartir casos, hacer preguntas, compartir estrategias de abordaje y resolución y aprender entre nosotros. La coordinadora se aseguraba de que cada uno de nosotros se encontrase emocionalmente estable y capaz de brindar el servicio a otros.

3.2. ¿Qué es la primera ayuda psicológica?

Debido a que se trata de un servicio psicológico, parece evidente que en él sólo pudiesen participar profesionales de la salud mental, egresados y experimentados. Sin embargo, al tratarse de un recurso social y humanitario y basándonos en la Guía de Primera Ayuda Psicológica (2015) escrita por la Organización Mundial de la Salud, la War Trauma Foundation y la Visión Mundial Internacional, sólo es necesario estar dispuesto a brindar ayuda y tener la información y herramientas suficiente para ofrecer. Por eso, los practicantes de psicología clínica fuimos idóneos para este servicio voluntario.

La Primera Ayuda Psicológica (PAP) se entiende como un modo práctico y humano para ayudar y apoyar a nuestros iguales en situaciones de crisis grave, como lo está siendo la pandemia. Y se utiliza cuando en nuestras comunidades, países o en el mundo ocurren hechos traumáticos, y se quiere tender la mano a los que se han visto afectados (OMS, 2015).

La PAP trata los siguientes temas:

- Brindar ayuda y apoyo prácticos, de manera no invasiva;
- Evaluar las necesidades y preocupaciones;
- Ayudar a las personas a atender sus necesidades básicas (por ejemplo, información);
- Escuchar a las personas, pero no presionarlas para que hablen;
- Reconfortar a las personas y ayudarlas a sentirse calmas;
- Ayudar a las personas para acceder a información, servicios y apoyos sociales;
- Proteger a las personas de ulteriores peligros.

No todos los que experimentan una situación de crisis necesitarán o querrán PAP. No se debe forzar la ayuda en aquellos que no la quieren, sino estar disponible (OMS, 2015), por ejemplo, a través de una línea telefónica para aquellos que puedan desear apoyo.

Pueden darse situaciones en las que la persona necesite apoyo mucho más avanzado que tan solo PAP o que debamos ayudar a las personas a acceder a otros servicios, para esto el equipo de Psicólogos Primer Contacto, cuenta con un directorio telefónico con los datos de todo tipo de apoyo social que el usuario necesite, desde abogados públicos, ambulancias, Cruz Roja, apoyo psicológico por un profesional, entre otros.

3.3. Plan de actuación

En cuanto a la intervención, se utilizó material del Manual Básico de Primeros Auxilios Psicológicos de Hernández y Gutiérrez (2014) y del Grupo de intervención psicológica en situaciones de emergencia, desastres y catástrofes del Colegio Oficial de Psicología de Navarra en su guía de Atención Psicológica Telefónica COVID-19 (2020).

El equipo terapéutico cuenta con el siguiente material de apoyo: un directorio telefónico que ofrecerles a los usuarios en caso de emergencia, un calendario en Excel donde cada fin de semana se coloca la disponibilidad horaria de cada interventor y guías generales sobre la intervención en situaciones de emergencia.

Sin embargo, toda información relacionada con los protocolos, es necesario actualizarla cada semana. Ya que se trata de una situación de emergencia, donde cada día hay novedades y descubrimientos, es el deber de cada interventor mantenerse informado sobre lo que la Organización Mundial de la Salud exponga sobre la pandemia antes de entrar a su guardia.

Cada lunes a las ocho de la mañana se abren las líneas telefónicas que dirigen las llamadas a los psicólogos disponibles en ese horario. El receptor de la llamada sigue los procedimientos de intervención (Tabla 3). Ésta no debe durar más de 40 minutos y antes de finalizar acuerda una llamada de seguimiento.

La llamada de seguimiento se programa para 3 días después del primer contacto, esta llamada no debe pasar de los 5 minutos, ya que su finalidad es saber si con los recursos proporcionados anteriormente le fue suficientemente útil para disminuir el estrés o gestionarlo de manera operativa. Si la respuesta es positiva, el caso se da por finalizado. Si la respuesta es negativa se le ofrece al usuario la posibilidad de llevar a cabo un proceso psicoterapéutico y se facilitará el contacto de uno y se debe mencionar que este nuevo proceso tiene coste ya que no forma parte del primer contacto.

3.3.1. La intervención telefónica

Como no puede ser de otra manera, lo principal es el saludo y presentarse, lo cual abre paso a que la persona se identifique también y empiece a hablarnos de qué le hizo llamar, recordando en todo momento hablar de forma clara, utilizando una buena entonación, volumen, velocidad, pausas y silencios.

Al igual que en psicoterapia, lo principal es siempre encontrar su demanda y establecer un objetivo sobre el cual basar la llamada. Es muy importante no hacer ningún tipo de intervención hasta tener claro el motivo de su llamada. Para poder concretar esto, se practica la escucha activa (en la que profundizaremos más adelante), la cual es muy útil para comprender la visión que tiene la persona sobre la situación que le afecta, cuidar el intercambio de turno de palabra, recoger la angustia o aspectos amenazantes y comprender su visión de los hechos, para entonces poder devolverle el control de su situación.

Es indispensable abarcar temas relacionados a la red de apoyo y recursos de la persona y en caso de estar escuchando un relato, explorar sobre dónde, con quién, riesgos y sus necesidades.

3.3.2. Objetivo de la intervención

- 1) **Apoyar:** Normalizar y validar sensaciones. Resignificar y reforzar.
- 2) **Escuchar:** Hacer preguntas, resúmenes y paráfrasis que faciliten la integración del suceso estresor, ventilación emocional de la persona y evaluación de su situación.
- 3) **Orientar:** Devolverle el control de su situación, orientarlo a la acción a través de planes a futuro que promuevan la autonomía.

Tabla 2. Qué hacer y qué no.

Que SÍ hacer:	Que NO hacer:
Escucha activa.	Dar consejos.
Validar emociones y sentimientos.	Mostrarse falsamente optimista
No interrumpir.	Emitir juicios de valor.
Verificar si hemos entendido. “Lo que quieres decirme es...” “Si te he entendido bien...”	Tomar parte en los conflictos o posicionarse.

3.3.3. Técnicas

Debido a la naturaleza de la atención psicológica en la pandemia y como especifica la Universidad Complutense de Madrid (UCM), las intervenciones han de ser focales (orientadas a problemas específicos) y eficientes (concisas y dirigidas), centradas en la situación actual y de sesiones únicas (UCM, 2020). Por este motivo, el servicio en este contexto se centra en el aporte de nuevos significados, la comprensión de la situación y la promoción del bienestar.

Para los trabajadores de la salud sentirse estresados es una experiencia normal, es algo que ocurre habitualmente (OSALDE, 2020). Por ello, en esta situación que es incluso más complicada, es importante saber manejar adecuadamente el estrés.

¿Cómo manejarlo? Haciendo uso de las habilidades que ya tienen.

Normalmente, las personas ya cuentan con las estrategias necesarias, pero en la situación actual se ha generado tanto desbordamiento, que no logran encontrarlas. Para ubicarlas, es necesario hacerles recordar alguna situación donde se sintieron de una forma similar y lo lograron superar. Una vez lo recuerden, preguntarles qué hicieron para sobrellevarlo, qué acciones tomaron, a quién le pidieron ayuda, qué hicieron diferente. Con esta

herramienta, se consigue ofrecerles soluciones que reconocen como suyas (aplicándolas a la situación nueva), además de ayudarles a percibir su capacidad y autoeficacia.

Del mismo modo, ante una situación de desbordamiento, puede ser útil recordarles qué les ha traído a donde están ahora. Qué les motivó a trabajar en un hospital, qué significa para ellos su profesión.

Ante situaciones de estrés o ansiedad es importante construir un espacio informativo, para la promoción y la prevención del contagio, con la intención de elevar los conocimientos, desarrollar las habilidades individuales para el cuidado y disminuir la sensación de indefensión ante una situación como la COVID-19. En otras palabras, se busca el esclarecimiento de las percepciones, conocimientos, creencias y mecanismo para lograr el cambio de comportamientos de riesgo (López y Valladares, 2020).

Estrategias generales:

- Minimizar el riesgo.
- Fortalecer sus cuidados.
- Connotación positiva: de la valentía para llamar, de la sensación de preocupación de su labor, etc.
- Promover el descanso, así como el cuidado físico y las actividades de entretenimiento y relajación.

Estrategias específicas:

- Empatía: Entender que tu lógica no es la misma que la de la persona afectada.
- Escucha activa: No se trata de oír lo que comentan, sino de devolverle aclaratorias sobre el mensaje que emite, es decir, señalar incongruencias, favorecer la externalización, centrarse en el contenido eliminando la fuerza de los “nunca”, “siempre”, “nada”, “todo” y así ayudarle a construir el suceso. En muchos casos, las personas evitan la integración de los sucesos estresantes por la creencia de que ignorándose se van a ir, sin embargo, la falta de orden estanca.
- Hacer preguntas: Cada una de las preguntas que se realizan deben tener un propósito, como el de obtener una información concreta, focalizar un tema, construir una narrativa, desarrollar o retomar el contacto con la realidad. Pero se debe ser cuidadoso con preguntar demasiado sin necesidad. Serán beneficiosas todas aquellas preguntas

relacionadas a recordar situaciones similares (si las hubiese) a esta que vive ahora e identificar qué hizo aquella vez que le podría funcionar ahora.

- Informar: Ofrecer información de todo lo que contribuya al control y la disminución de la incertidumbre y la ansiedad. Para informar se necesita ser objetivos, no se basa en opiniones o impresiones, sino en datos publicados en fuentes oficiales.
- Resignificar: traducir la vivencia del usuario a un intento de su organismo por hacer frente a la situación y recuperar su equilibrio. Se busca normalizar las sensaciones o conductas que tiene y connotarlas positivamente como parte de la adaptación.
- Emociones: Identificarlas, darles nombre y buscarles su sentido adaptativo en la situación.

La ventilación emocional es una parte importante de este servicio; en pocas palabras se trata de la expresión clara de las emociones que estamos sintiendo; esta expresión ayuda a humanizarnos y con el acompañamiento, se logra comprender por qué aparecen y qué poder hacer con ellas. Cuando estas emociones desbordan al usuario, las estrategias de regulación suelen ser útiles (ejercicios de respiración, de atención y/o relajación) (OSALDE, 2020).

3.3.4 Cierre

Debido a que la llamada no debe pasar de los 40 minutos, se recomienda estar atento al reloj para poder hacer un cierre que permita aclarar alguna duda pendiente, e intercambio de aprendizajes y retroalimentación. Aunque no existe un guion preestablecido para un buen cierre, se recomienda reforzar la disposición del usuario a llamar, confiar y escuchar una vez se entienda que la demanda de ayuda fue resuelta. Y finalmente, agendar la llamada de seguimiento que se realizará tres días después.

En la llamada de seguimiento se evaluará la mejora del usuario en referencia a la primera llamada, preguntar qué cosas hizo diferentes y validar sus esfuerzos, motivando a continuar. En caso de que se sienta peor, se recomienda iniciar un proceso psicológico lo antes posible. Se le facilita el contacto de un terapeuta disponible y se le comenta los itinerarios de dicho profesional.

Tabla 3. Resumen del procedimiento de intervención.

<p>Presentación del terapeuta</p> <p>Escucha activa de la situación experimentada</p> <ul style="list-style-type: none">a. Intervención ante situación crítica (algunas técnicas utilizadas):<ul style="list-style-type: none">i. Hablar con voz tranquila y suaveii. Contacto visual si es posibleiii. Ante sensación de desconexión o irrealidad, favorecer contacto con su entorno y él mismo: pies en el suelo, manos en el regazo, descripciones del entorno, enfoque en respiración. <p>Detección de factores de estrés desencadenantes, crónicos o traumáticos</p> <p>Detección de necesidades y priorizarlas.</p> <p>Identificación de recursos emocionales, materiales y afectivos disponibles.</p> <p>Identificación de redes de apoyo familiares, institucionales o derivaciones.</p> <p>Devolución resiliente:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Rememorar situaciones de descontrol anteriores en las que logró salir adelante.b. Informar y lograr “sensación de control” a corto plazo. <p>Cierre, se le avisa finalización de Primera atención psicológica y fecha de llamada de seguimiento.</p>

3.4. DESCRIPCIÓN DE DOS CASO

Durante la implementación de este servicio se atendió a diversos empleados de primera mano y me gustaría destacar dos casos que considero valiosos, los abordaré usando pseudónimos para identificar a las y los involucrados.

El primero que mencionaré fue abordado por uno de los psicólogos egresados y fue de los que más impacto me causó. Se trataba de un hombre de 45 años, que trabajaba como vigilante en uno de los centros médicos. A partir de ahora, a este hombre lo llamaremos José. El jefe directo de José le hizo llegar el número de la línea de apoyo y le dijo que creía conveniente que llamase, aunque José no lo creía necesario, llamó porque no quería perder su trabajo.

El psicólogo comenta que al principio estaba muy renuente a hablar; él consideraba que todo estaba bien y que nada malo le ocurría. El psicólogo, a quien llamaremos Juan, inicia una ronda de preguntas circulares. “¿Por qué crees que tu jefe vio necesario que llamaras? ¿Qué crees que le haya hecho sentir eso?” José respondió que su jefe estaba preocupado por el arañazo que tenía en la cara. Juan sigue indagando en la naturaleza del golpe, cómo ocurrió y qué pasó antes de eso, logrando que finalmente José contase la historia.

José le contó a Juan que un par de noches antes, al llegar a su casa y sentarse a la mesa a comer, empezó a discutir muy fuerte con su esposa, que, aunque no recuerda con exactitud qué desató la discusión, reconoce que se trataba de algo sin importancia como un cubierto sucio o algo fuera de lugar. La esposa de José decide levantarse de la mesa a arreglar lo que había sacado de quicio a José mientras seguían gritándose, hasta que en un punto José se levanta, se enfurece aún más y decide empujar a su esposa. Ella, como acto reflejo, se intentó sujetar de su cara, dejándole los rasguños que posteriormente vería el jefe de José.

La actitud de José frente al acto que contaba era de minimizar la situación e incluso en algún punto expresó que su esposa “se cayó” y no que él la empujara.

Juan nos comentaba en el equipo terapéutico que, aunque quería hacer muchas cosas, debía concentrarse en que estaba en una línea de apoyo y debía intentar solventar la situación. Decidió dejar de indagar en el tema de la violencia intrafamiliar y le preguntó a José cómo se sentía con el asunto del coronavirus, si sentía que algo relacionado con la pandemia lo podía estar afectando emocionalmente. Aunque José empezó contestando que no se sentía mal por la COVID, luego explicó que, debido al desborde sanitario, le ofrecieron doblar turno y aceptó para ganar más dinero. José estaba trabajando en un turno que llamó “48-24”, es decir, trabajaba dos días seguidos y descansaba uno. Juan, sorprendido, le preguntó a José sobre qué hacía en

sus ratos libres, a lo que respondió: “dormir.” Juan continuó: “¿Has podido descansar bien últimamente? José se tomó un tiempo para contestar que no, que tenía dos hijos pequeños que, debido a la suspensión de las clases, estaban en casa todo el día, haciendo ruidos. Lo despertaban y luego era complicado volver a conciliar el sueño; afirmó estar cansado.

Juan se tomó ese momento de apertura de José para, a través de la psicoeducación, explicarle que en ocasiones la falta de sueño podría volvernos irritables. Tras la explicación, inició otra ronda de preguntas, pero esta vez orientadas al cambio: ¿Qué podríamos hacer para que lo que ocurrió con tu esposa no se repita? ¿y qué podríamos hacer para que no se moleste tu esposa? ¿qué harás diferente?

Cerraron la llamada con las directrices de hablar con su esposa sobre lo que había aprendido sobre el descanso, proponiéndole las ideas que se le habían ocurrido, así como preguntándole a ella qué creía que podían hacer para favorecer al descanso de José.

En la llamada de seguimiento José se mostró sorprendido con cómo su esposa había logrado entenderle y dijo haber dormido “algo mejor”. Se reforzó la importancia de la comunicación, del descanso y las actividades en su tiempo libre.

El segundo fue un caso que atendí personalmente. Se comunicó conmigo una empleada administrativa del IMSS de 25 años. Tenía la voz fina y se escuchaba nerviosa. La llamaremos Carmen.

Carmen trabaja de cara al público. Si bien no se encuentra en el área de emergencias, es quien se encarga de registrar (con un sistema de tarjetas con chip) el ingreso y salida de los médicos, enfermeros y demás empleados del centro. Repetía que muchos de estos empleados tenían contacto directo con pacientes infectados de COVID-19.

Me comentaba que acababa de volver de la baja por maternidad y tenía en casa un bebé de poco más de tres meses. El mayor miedo de Carmen era enfermar a su bebé y verle morir, decía que jamás se perdonaría haberle infectado. A veces dudaba de si volver a casa, de si abrazar a su bebé, amamantarlo o besarlo, sentía terror de saber que ella le podría enfermar, pero tampoco podía renunciar a su trabajo porque ella era la única fuente de ingresos en su casa.

La escuché y la dejé hablar ya que parecía que tenía mucho que decir y no dejaba de preguntarme “¿Qué hago? ¿Qué debo hacer?” Ella sabía que su miedo era latente y real.

Le pregunté qué métodos de protección estaba usando, me respondió que guantes y cubrebocas, que aun así sentía miedo de pasarse el guante por la cara. Cuando le pregunté si había gel alcohólico donde estaba trabajando me dijo que sí, pero que era uso exclusivo para los que entraban y salían. Le ofrecí la idea de llevar su propio gel al trabajo y aunque la agradeció, la escuché inconforme aún.

Decidí abordar la problemática que le afectaba en realidad y le hice preguntas hacia las conductas de protección recomendadas.: ¿Qué cuidados están llevando en tu casa para cuidar al niño? ¿Qué has hecho? ¿Qué otras soluciones has intentado? ¿Qué medidas has tomado para evitar contagiar a tu hijo? ¿Qué haces cuando llegas a tu casa? Noté, que, aunque tomaba muchas de las medidas de precaución (incluso algunas en exceso, como aplicar gel en todo el cuerpo tras bañarse), había dos que no realizaba: Evitar entrar a casa con los zapatos con los que trabajaba y máxima higiene con la ropa de trabajo. Carmen entraba a casa con el uniforme e iba directo al baño a ducharse. Ahí se quitaba la ropa y zapatos, luego dejaba la ropa en la cesta de la ropa sucia y los zapatos en su habitación.

A través de la psicoeducación le expliqué la importancia de evitar que el uniforme tuviese contacto con el resto de la casa y la necesidad de la limpieza de esta. Se abrió un espacio informativo donde Carmen se sintió con confianza de preguntarme sobre otras muchas dudas que le estaban generando malestar, y respondí con la intención de fortalecer su percepción de seguridad.

Para darle cierre sólo me fue necesario notar su tono de alivio y darme cuenta de que ya no tenía más dudas que preguntarme. Pasé a hacerle saber que me parecía muy admirable de su parte que a pesar del miedo que sentía, siguiese trabajando para poder alimentar a su bebé, validando su función de proveedora y felicitándola por lo mismo. Finalicé preguntándole si se sentía más segura ahora y me respondió que sí.

En la llamada de seguimiento estaba feliz debido a que después de nuestra llamada había conseguido darle pecho a su bebé sin miedo y sin llorar o sentirse mal.

4. CONCLUSIONES

Si iniciar un proceso terapéutico con un nuevo usuario es siempre un reto, estar al teléfono para ofrecer salida a una persona en crisis, lo es aún más. El aprendizaje y las habilidades que desarrollas mediante este servicio son incalculables, desde la suprema empatía, sabiduría para sacar a la persona del foco donde se sumerge, hasta la atención plena a la velocidad de su respiración o la profundidad de un suspiro.

Una limitación importante de este servicio fue su falta de datos recabados por tratarse de una situación de emergencia. Se puso de inmediato la idea sobre la mesa, se aceptó y se empezó a trabajar en ello. Aunque existen algunos registros de llamadas, la mayoría no fueron anotados. Debido a la inmediatez, no es posible entonces presentar resultados cuantitativos de esta actuación, sin embargo, se toman en cuenta estudios asiáticos y europeos que validan la funcionalidad y utilidad de este tipo de soluciones. Este servicio se ejecutó en respuesta a una necesidad, jamás fue pensado para formar parte de un Trabajo de Fin de Grado o un estudio científico experimental, de ahí que tampoco se hiciera hincapié en archivar datos. Tengo la esperanza de que trabajos como este, que evidencian una problemática y una necesidad en el personal sanitario sean una iniciativa para la creación de programas psicológicos permanentes. Aún más conociendo las investigaciones que aseguran que los profesionales de la salud son un colectivo propenso a padecer trastorno de estrés post traumático o cuadros ansioso-depresivos (Cahill, 2020).

Ahora que se cuenta con información es todo más sencillo, sin embargo, cuando el coronavirus estaba en auge, hubo casos con los que se sintió que el miedo que percibían los usuarios era justificado y era una posibilidad real. Esos fueron los casos más complicados, en los que al enfocarnos en el discurso de quien llamaba y empatizar con su terror parecía no haber salidas, porque efectivamente, se está en una pandemia mortal y no es prudente dar mensajes vacíos impregnados en positivismo ante una realidad tan catastrófica. Para estos casos, la frase que tenía más presencia era: “*Sí, pero...*”, ya que, a pesar de que estaba en lo cierto, esa era su vivencia y así lo estaba sintiendo, era necesario despegarse de la visión del usuario y evaluar qué está haciendo para protegerse, qué medidas de seguridad conoce y cuáles toma, con qué apoyo cuenta y ofrecer soluciones en base a lo único que se sabe: cómo cuidarse. Era de suprema importancia actualizar de continuo la página de la OMS, dado que las directrices en aquel momento de crisis cambiaban con gran rapidez. Al fin y al cabo, si se toman acciones que favorezcan a la percepción subjetiva del control de una situación el miedo se verá

disminuido, del mismo modo que informar disminuye la incertidumbre y favorece la resignificación (Sánchez, 2020).

Surge, en este punto, la reflexión sobre sí para los psicólogos era urgente ofrecer soluciones al personal sanitario, a ellos les era igual o más de urgentes ofrecérselas a sus pacientes, quienes estaban infectados y sufriendo.

En muchos casos, iniciar el primer contacto psicológico era complicado, pues había que traspasar la barrera cultural que existe sobre los psicólogos y explicarles que podían hablar con total confianza y que no iban a pensar que estaban locos o que estaban perdiendo la cabeza. Hubo llamadas donde la persona perjudicada se excusaba bajo “la preocupación que sentía su pareja por su salud”, para recibir atención indirectamente, sólo para no aceptar que podía no estar bien.

Las reuniones con el equipo terapéutico donde los demás voluntarios nos contaban las llamadas que habían recibido y ver su abordaje era siempre lo más nutritivo de la semana, permitía no sólo compartir estrategias de afrontamiento al problema que transmitían sino también observar diferencias de abordaje y las similitudes de técnicas entre enfoques psicoterapéuticos, ya que algunos psicólogos trabajan desde el modelo cognitivo- conductual, otros desde el sistémico y otros desde el Gestalt.

A pesar de las diferencias de perspectivas, la finalidad de todos era devolverle al usuario su sensación perceptiva de control sobre la situación. Los practicantes coincidimos en que trabajar en equipo ayuda a obtener apoyo y respaldo en situaciones difíciles y es importante para crear seguridad en lo que llevábamos a cabo. El trabajo en equipo también puede lograr mayor eficacia (OMS, 2015).

Se ha demostrado cómo la pandemia afectó gravemente la salud mental del profesional médico, sin embargo, sin pandemia ya contaban con altos estresores laborales (Bernaldo-De-Quirós, 2020) así como prevalencias altas en desgaste emocional (Fessel y Cherniss, 2020).

Del mismo modo, en Sanidad, los servicios gratuitos de salud mental estaban repletos y con largas listas de espera mucho antes del coronavirus. Se mantiene la esperanza de que gracias a servicios como éste y los distintos estudios mencionados en este trabajo, se haga más visible la necesidad de, no sólo fomentar la psicoterapia clínica de calidad como parte del sistema de salud pública, sino que exista siempre un programa de apoyo psicológico abierto a funcionarios, que son quienes prestan servicios a toda la población. Al fin y al cabo, si la salud mental de quienes nos atienden está bien, quienes recibimos la atención también lo estaremos. Es una prioridad de primera índole cuidar de nuestros cuidadores (Cahill, 2020).

A manera de cierre, concluir que la salud mental no debería ser un lujo, ni un servicio a medias o mal dado.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Bernaldo-De-Quirós, M. (30 de marzo de 2020). *Cómo afecta la pandemia al personal sanitario: efectos psicológicos y cómo minimizarlos*. The Conversation.
<https://theconversation.com/como-afecta-la-pandemia-al-personal-sanitario-efectos-psicologicos-y-como-minimizarlos-133988>.
- Cahill, C. R. (4 de abril de 2020). *Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19*. Journal of Negative and No Positive Results.
<https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3662>.
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J., y García-Veraa, M. ^a. (27 de julio de 2020). *La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. La Respuesta de la Organización Colegial*. SciELO.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742020000200009#B14.
- Comisión Nacional de Salud China. (7 de febrero de 2020). *Aviso sobre emisión de lineamientos para la línea de atención psicológica durante la prevención y control de la nueva epidemia de neumonía por coronavirus*.
<http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202002/f389f20cc1174b21b981ea2919beb8b0.shtml>
- Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., y Yuan, X. (1 de febrero de 2020). *Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China*. MedRxiv. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20030874v1.full.pdf>.
- Ferri, P. (11 de mayo de 2020). *La Cuarentena en Jalisco empieza a romperse*. EL PAÍS.
<https://elpais.com/internacional/2020-05-11/la-cuarentena-de-jalisco-empieza-a-romperse.html>.
- Fessell, D., y Cherniss, C. (1 de julio de 2020). *Enfermedad Por Coronavirus 2019 (COVID-19) y Más Allá: Microprácticas Para la Prevención Del Agotamiento Emocional y Promover el Bienestar Emocional*. PubMed Central (PMC).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177131/>.
- Heraldo.es (23 de marzo de 2020). *Psicólogos voluntarios de Aragón atienden en el 876 036778 a la población de forma gratuita*. *Heraldo*.
<https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2020/03/23/coronavirus-un-telefono-de-atencion-psicologica-atiende-a-ciudadanos-de-aragon-desde-este-lunes-1365420.html>.
- International Federation of Red Cross And Red Crescent Societies (IFRC). (6 de febrero de 2020). *Mental Health and Psychosocial Support for Staff, Volunteers and Communities in an Outbreak of Novel Coronavirus – World*. ReliefWeb.

<https://reliefweb.int/report/world/mental-health-and-psychosocial-support-staff-volunteers-and-communities-outbreak-novel>.

Jung, S., (25 de agosto de 2020) *Sanciones por negarse a asistir a la escuela para los hijos del personal médico del MERS o en cuarentenas*. The Kyunghyang Shinmun. Recuperado 20 de agosto de 2020 de http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201506212253315&code=940100.

Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., ... Chua, S. E. (2007). Stress and Psychological Distress among SARS Survivors 1 Year after the Outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233–240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>.

Levin, J. (26 de agosto de 2020). *Mental Health Care for Survivors and Healthcare Workers in the Aftermath*. SpringerLink. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-15346-5_11.

López, L., y Valladares, A. (2 de junio de 2020). Consejería: alternativa para elevar la autorresponsabilidad y autoeficacia ante la COVID-19. SciELO. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2020000300307&script=sci_arttext&tlng=pt.

Martí, M., Cebrián, R. P., y de la Torre Martí, M., (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica>.

McAlonan, G., Lee, A., y Cheung, V. (1 de julio de 2007). *Immediate and Sustained Psychological Impact of an Emerging Infectious Disease Outbreak on Health Care Workers*. SAGE Journals. <https://journals.sagepub.com/action/cookieAbsent>

OME-AEN. (23 de marzo de 2020). Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus. <https://ome-aen.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>.

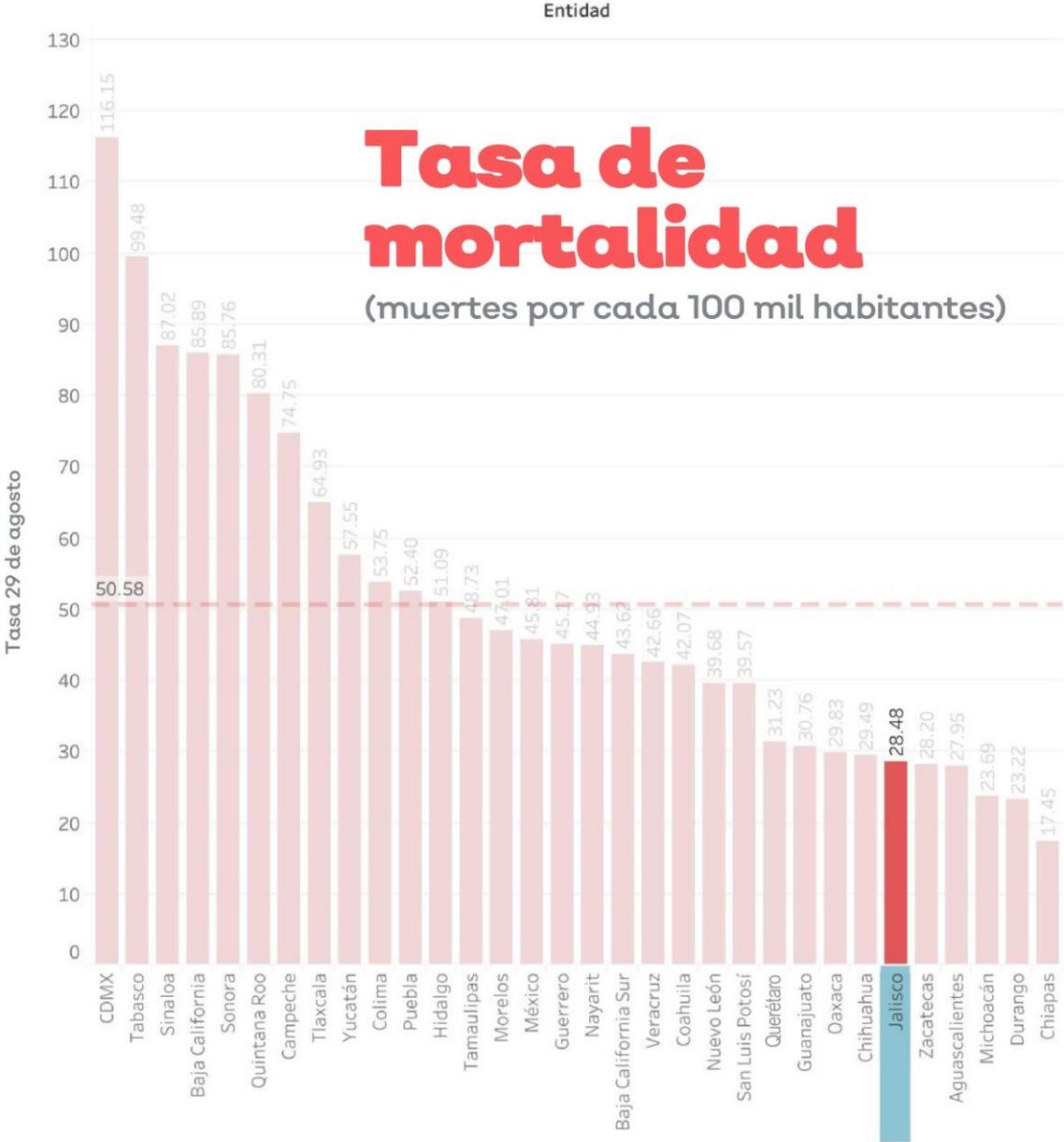
Organización Mundial de la Salud. (9 de julio de 2020). *OMS / El brote de SRAS ha sido contenido en todo el mundo*. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr56/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (11 de noviembre de 2015). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/es/.

- Park, J., Lee, E., Park, N., y Choi, Y. (1 de febrero de 2018). *Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study*. ScienceDirect.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941717300444#bb0145>.
- Sánchez, R. J. (27 de Julio de 2020). *La psicología de emergencias ante la COVID-19: enfoque desde la prevención, detección y gestión operativa del riesgo*. SciELO.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742020000200008.
- Universidad Complutense de Madrid (UCM). (5 de mayo de 2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general*. OISS – Organización Iberoamericana de la Seguridad Social.
<https://oiss.org/guia-para-el-abordaje-no-presencial-de-las-consecuencias-psicologicas-del-brote-epidemico-de-covid-19-en-la-poblacion-general/>.
- Valladares, A., y López, L. (2 de junio de 2020). *Línea CONVIDA. Propuesta de guía práctica psicológica ante la situación emergente de la COVID 19*. Cienfuegos, 2020. SciELO. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2020000300416&script=sci_arttext&tlng=en.
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., y Ng, C. H. (4 de febrero de 2020). *Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed*. The Lancet. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30046-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30046-8/fulltext).

6. ANEXOS

Anexo 1:



Fuente: Sinave
Conago. Proyección poblacional 2020.