

Estudio De Consultas A Un Servicio De Contención Y Acompañamiento Durante La Pandemia De Covid-19

Ponce, Luciano Federico.¹ González, María Cristina¹; Rossi, Alejandra Noemí²; Estrada, Ezequiel Matías¹; Frank, María Laura¹; Herrera, María José¹; Nanzer, Lorena Soledad¹; Ortega, Noelia Argentina¹; Ribero, Giuliana³; Soto, Sofía Evangelina⁴

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, ARGENTINA

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba y Casa del Joven, Secretaría de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, ARGENTINA

³ Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba y Hospital de Alta Complejidad "Presidente Juan Domingo Perón", Formosa, ARGENTINA

⁴ Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba y Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, ARGENTINA

Palabras claves

CONTENCIÓN
ACOMPANIAMIENTO
CONSULTAS
COVID-19

Resumen

Introducción: Con el inicio del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) vinculado a la pandemia de COVID-19, se pusieron en marcha en Argentina diferentes servicios de salud mental dirigidos a amortiguar los efectos de la emergencia. Las Facultades de Psicología y Ciencias Médicas (UNC), el Ministerio de Salud (Provincia de Córdoba) y la Dirección de Salud Mental fundaron el primer servicio dirigido a contener y acompañar personas y sus familias contagiadas con el virus y/o en cuarentena. Objetivos: El objetivo de este trabajo es caracterizar las consultas realizadas durante el fenómeno: a) motivos principales de consulta, y b) comportamiento de la demanda a lo largo del aislamiento. Metodología: Se realizó el análisis de las consultas partir de las planillas de registro elaboradas por los operadores. La unidad de análisis fueron los consultantes y se realizaron estadísticas descriptivas de los datos. Resultados/Contribuciones: Se analizaron 951 intervenciones. Se caracterizaron 3 momentos de consulta: a) Instalación de la emergencia -18 de marzo al 13 de abril-; b) Estabilización de la emergencia -14 de abril al 14 de mayo- y; c) Retirada de la emergencia, a partir del 15 de mayo. El promedio diario de consultas disminuyó a lo largo del tiempo. Al inicio, las consultas referían a angustia, ansiedad, temor y preocupación por terceros. Luego se sumaron conflictos de comunicación familiar, preocupación por el proyecto de vida y economía, solicitud de tratamiento psicológico y agudización de cuadros preexistentes. Se infiere que principales motivos de consulta se sostienen a lo largo del aislamiento pero la frecuencia disminuye, lo que sugiere el desarrollo de respuestas eficaces frente a la emergencia socio-sanitaria. Este hallazgo se contraponen a las aseveraciones que predicen consecuencias nocivas del aislamiento sobre la salud mental de la población.

Información de Contacto

luciano.federico.ponce@unc.edu.ar

1. Introducción

El 11 de marzo del año 2020, la Organización Mundial de la Salud declara que el brote de coronavirus (COVID-19) iniciado en diciembre de 2019 en China es considerado una pandemia. A partir de esta declaración, los países del mundo comienzan a adoptar medidas socio-sanitarias diversas dirigidas a frenar la ola de contagios. El aislamiento social fue la acción tomada por la mayoría de los estados. En este sentido, los cambios abruptos en la vida de las personas derivados de esta medida, más la amenaza representada por el avance de la pandemia, constituyeron una situación de emergencia mundial diferente a cualquier emergencia antes vivida. El presente trabajo presenta el análisis de las consultas realizadas a un Servicio de Contención y Acompañamiento a personas y familiares de contagios confirmados de COVID-19 y/o en cuarentena durante los primeros tres meses de aislamiento social preventivo y obligatorio en Argentina. La perspectiva principal del manuscrito es la Psicología de las Emergencias, entendida como un campo específico de la Psicología General, y los Primeros Auxilios Psicológicos como una herramienta de abordaje eficaz en situaciones de emergencia.

La Psicología de Emergencias es un campo del saber especializado en el estudio del comportamiento humano ante, durante y tras la presentación de eventos o situaciones de emergencia (Sandoval-Obando, 2019). Valero (2002) dirá que a este campo le compete el

“estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre, así como de la implementación de estrategias de intervención psicosocial orientadas a la mitigación y preparación de la población, estudiando cómo responden los seres humanos ante las alarmas y cómo optimizar la alerta, evitando y reduciendo las respuestas inadaptativas durante el impacto del evento y facilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción”.

En la dirección de la intervención temprana en situaciones de emergencia, se pueden encontrar revisiones importantes y sistemáticas de los principales acercamientos (Reyes y Elhai, 2004; McNally, Bryant y Ehlers, 2003; Gibson, Hamblen, Zvolensky y Vujanovic, 2006), publicándose incluso manuales y materiales de formación (American National Red Cross, 1995; Cohen, 2000; De Wolfe, 2000; Myers, 1994; Raphael, 2000; Colegio Oficial de Psicólogos, 2001; Simonsen y Reyes, 2003; García-Vera, Labrador y Crespo, 2006). Esta literatura proporciona una visión general y actual del estado del arte en la temática. El dispositivo de trabajo descrito en este artículo adopta el modelo de intervención en crisis propuesto por Karl A Slaikeu (1999), por considerarse el que más ductilidad ofrece a la hora de desplegar acciones de distinta índole.

Definimos la intervención en crisis como un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a las personas o comunidades que han atravesado un evento disruptivo, potencialmente traumático, acompañandolás en el modo de sobrellevarlo. En la idea original de Slaikeu (1999) con esta ayuda, la probabilidad que los efectos debilitantes en las personas (estigmas emocionales, daños físicos)

se minimizan y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximizan. Su sello singular es el enfoque preventivo con el que nació, en la década de 1940. Caplan (1974) sostiene que cualquier intervención dirigida a asistir a la gente en el manejo de las crisis vitales se ha considerado como importante puesto que puede prevenir la aparición de psicopatologías de alguna clase en etapas posteriores. Como estrategia, tiene principios clínicos que la rigen: 1) la oportunidad, en tanto la efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de su proximidad, tanto en el tiempo como en la accesibilidad en distancia (Ley de Hansel). 2) las metas, centradas en ayudar en la recuperación del equilibrio previo al incidente de crisis. 3) la valoración de las fortalezas y debilidades de los subsistemas implicados, como de los recursos disponibles; y 4) el comportamiento del asistente, que se caracteriza como proactivo, directos y orientados a la consecución de objetivos (Slaikeu, 1999). Dentro de las estrategias de intervención en crisis se presentan una gama de opciones tanto para la primera respuesta (primeros auxilios psicológicos) como para aquellas donde se deba acompañar a la resolución del estado que inició con una crisis (psicoterapias breves de distinta índole).

La perspectiva de primeros auxilios psicológicos ofició de marco para el despliegue del Servicio que subyace a la elaboración de este trabajo. Técnicamente, propone cinco pasos de intervención y tres sub-metas que han sido rectoras también para el accionar de esta oferta prestacional: a) proporcionar apoyo; b) reducir el peligro de muerte y c) enlazar con los recursos de ayuda accesibles a los consultantes. Los cinco pasos de los primeros auxilios psicológicos guían el proceso de ayuda. En primer lugar, se analiza, una vez que se puso en marcha el motivo de consulta, cuáles son las dimensiones de este problema que el consultante no puede manejar o le trae malestar para, en conjunto, ensayar posibles soluciones para lidiar con el mismo. “En conjunto” implica que el operador no se ubica en el lugar de saber o tener todas las soluciones, sino que lo invita a construir entre ambos el camino hacia el equilibrio emocional. Si se vislumbran alternativas posibles es necesario acompañar a ejecutar esas posibles soluciones. El círculo se cierra cuando, en el lapso de unos días, el operador se vuelva a contactar con el consultante en un espacio que se denomina seguimiento. Es en esta ocasión donde se chequea que las tres sub-metas hayan sido alcanzadas y que la persona que consultó haya encontrado en el servicio una respuesta que le permitió seguir adelante. Si el dispositivo no logró estos objetivos, se reinicia el proceso de la misma manera. El quinto componente de los primeros auxilios psicológicos (que en el protocolo original se enuncia en primer lugar) hace referencia al comportamiento del asistente. Se denomina de esta manera a quien brinda ayuda (en este dispositivo le llamamos “operador”) de forma amplia. El asistente u operador debe reunir muchas más características que el solo hecho de haber sido entrenado para la tarea: debe ser proactivo, empático, orientado a metas y con los valores éticos y morales que la tarea requiere. Como detalle de interés, el asistente no necesariamente debe ser un profesional de la salud mental, sino que puede entrenarse en primeros auxilios psicológicos a gente ajena al campo.

Dispositivo de contención y acompañamiento virtual

Reflexionar sobre el dispositivo que justifica el presente trabajo nos lleva a la evidencia que Levine y Levine plantearan en los años 70, en tanto a que los servicios de ayuda son influidos, o más bien definidos, por las condiciones sociales y económicas de los tiempos. Fueron épocas donde la asistencia telefónica resultaba ser una metodología moderna... cincuenta años después las redes han crecido tanto en su variedad y accesibilidad, de modo tal que el mecanismo implementado por el servicio que presentamos respondió a las características de nuestra época. Si nos fijamos en los predecesores, el Centro de Asistencia al Suicida de Los Ángeles fue el primero en desarrollar técnicas para la utilización de un dispositivo remoto para la intervención en crisis (en su caso particular, para salvar vidas). En nuestro caso en particular, el objetivo fue sostener a las personas durante el período de crisis.

La American Psychological Association (APA), propone el nombre Intervenciones Telepsicológicas a la provisión de servicios psicológicos mediante tecnologías que permiten la comunicación no presencial, como sería el caso de dispositivos como teléfono, email, texto, videoconferencia, aplicaciones móviles y programas estructurados en una web (APA, 2013; Rees, & Haythornthwaite, 2004; como se citó en De la Torre Martí & Cebrián, 2018). De esta manera, se configura una nueva forma de entender la comunicación entre usuarios y profesionales en salud, que supone tanto un desarrollo tecnológico, como una nueva manera de trabajar, sustentada en una actitud positiva hacia la tecnología, un compromiso para mejorar la salud desde una perspectiva global y conectada (Eysenbach, 2001, como se citó en De la Torre Martí & Cebrián, 2018). Según De la Torre Martí & Cebrián (2018) asimismo, la telepsicología presenta varias ventajas con respecto a otros modos de abordaje. Se puede considerar como una primera ventaja lo que consiste en liberar al paciente de la estigmatización y le da la oportunidad de mantener en privado su tratamiento. Una segunda, vinculada a la movilidad de las personas con movilidad reducida o alejadas geográficamente. Una tercera, en relación a las dificultades inherentes a los síntomas de una enfermedad o un trastorno, como la agorafobia, que lleva a los pacientes a permanecer habitualmente en sus casas. La cuarta, se relaciona con la flexibilidad en el acceso y el tiempo, permitiendo que se pueda acceder a cualquier hora, en función de la disponibilidad de cada uno. Y por último, una ventaja adicional es económica, ya que el coste de estos programas suele ser más bajo que el de los tradicionales” (Peñate, Roca y Del Pino, 2014, como se citó en Muñoz y Muriel, 2020). Por otro lado, de acuerdo con González y Sánchez (2020), se pueden pensar algunas dificultades en este tipo de atención psicológica, entre ellas, ciertas condiciones como la privacidad de pacientes por la falta de espacio en sus casas, el hacinamiento o la intrusión directa de familias, también problemas relativos a la carencia de internet residencial, o fallos en la señal o en las condiciones económicas como el saldo telefónico.

En este sentido, el dispositivo contención y acompañamiento descrito en el presente trabajo, recurrió a un modo de contacto escrito, principalmente, por medio de una plataforma libre y gratuita de chat (facebook). Éste fue uno de los principales temas de discusión entre los



operadores al momento de poner el dispositivo en funcionamiento. Los operadores señalaban al principio la extrañeza de interactuar con los usuarios prescindiendo de un registro no gestual analógico, pero, con el paso del tiempo, se pudo observar que el recurso técnico oficiaba eficazmente como un medio de establecimiento de contacto, vínculo inicial y modo de dirigir la intervención. Dicho en otras palabras, la utilización de un medio escrito como forma de contacto implica una necesaria discusión en cuanto al modo de definir y establecer un encuadre de trabajo vinculado a la recepción de demandas en el primer nivel de Atención Primaria de la Salud (APS). Aún cuando restan múltiples ensayos y estudios para poder evaluar de manera empírica su eficacia, estamos frente a la posibilidad de desarrollar una herramienta económica y de gran alcance que podría facilitar el modo en el cual se ofrece la asistencia en servicios de salud mental y psicología.

Considerando lo descripto hasta el momento, este trabajo describe y caracteriza la demanda de la población en referencia a la emergencia configurada por la pandemia de COVID-19 y las medidas socio-sanitarias adoptadas, teniendo en cuenta un dispositivo de intervención basado en telepsicología, de acuerdo a lineamientos de intervención adaptados de los primeros auxilios psicológicos propuestos por Slaikeu.

2. OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es caracterizar las consultas realizadas durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO, en Argentina) al Servicio de Contención y Acompañamiento. Se pretende dar cuenta de dos dimensiones propias del fenómeno: a) motivos principales de consulta, y b) comportamiento de la demanda a lo largo del aislamiento.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Descripción del dispositivo de contención y acompañamiento.

Se estableció el funcionamiento del dispositivo de atención por medio de la red social Facebook en el formato de página o “fan page”. Es de acceso, creación y uso libre y gratuito para cualquier usuario de la red social. La elección de este medio de comunicación se tomó considerando la sencillez en cuanto a su acceso y uso, tanto para los consultantes/usuarios como para los operadores del servicio. Por otra parte, al ser una de las redes sociales más utilizadas en el mundo, su uso aumentaba potencialmente el acceso al servicio de grupos heterogéneos. Considerando la situación de pandemia y aislamiento social, el uso de Facebook además posibilitó un inicio rápido de las prestaciones (se puso públicamente en marcha el 18 de marzo de 2020, dos días antes de la

disposición del aislamiento social, preventivo y obligatorio), y el acceso múltiple a la plataforma sin necesidad de traslado y movimiento de los operadores.

La vía directa de contacto entre los consultantes y los operadores fue la escritura. Esta particularidad presentó el desafío de una nueva manera de escucha clínica, poniendo en tensión los modos tradicionales de establecimiento de encuadre y entrevista. Si bien esta modalidad generó incertidumbre y cierta reticencia en los operadores al inicio de las actividades, y también algunas veces en los consultantes del servicio, fue luego consolidándose y cobrando fortaleza. Inicialmente, el dispositivo consideró respuestas a pedidos de información referidos a la pandemia y las medidas-sociosanitarias, consultas por terceros y consultas directas. En el caso de las consultas por terceros, se solicitaba que la persona por la cual se consultaba acceda a contactar la página para ser depositaria de la intervención.

3.2. Registro de casos.

Finalizada la intervención, cada caso se cargó en un formulario de Google que genera un archivo con todos los datos de cada intervención individual. Allí se incluyeron datos demográficos expresados en la consulta de forma voluntaria, motivo de consulta, horario de inicio y finalización de la misma, identificación de la urgencia primaria de la consulta, recursos para resolver problemas y si el consultante intentó algo para cambiar la situación que presentaba y estado de ánimo del operador al momento de la consulta. También se precisó en ese formulario la especificación acerca del seguimiento y/o derivación y, en tal caso, a dónde se derivó. Paralelamente, se creó una carpeta de google drive compartida a todo el equipo con distintos recursos e información relevante para el contexto: guía con teléfonos y direcciones de interés socio-sanitario: hospitales, centros de salud, líneas COVID provinciales y nacionales, centros de ayuda en diferentes ámbitos. Esta información estuvo orientada, principalmente, a fortalecer la capacidad de derivación en caso de ser necesaria. Además, se contó con una planilla de guardias que se actualizaba semanalmente, registrando la disponibilidad de cada operador.

3.3. Conformación del equipo. Modalidad de guardias.

El equipo de profesionales se conformó con psicólogos, acompañantes terapéuticos, médicos y una comunicadora social. La cantidad inicial de 19 operadores se amplió la segunda semana sumando 13 profesionales más, entre los que se incluyeron médicos psiquiatras. Todos los integrantes del equipo fueron voluntarios y no percibieron remuneración por su trabajo.

El horario de atención del servicio fue inicialmente de 08 a 20. A raíz de la demanda fuera de ese horario se amplió la atención hasta las 22 en la segunda semana, siempre de lunes a domingos

inclusive. Desde julio, en virtud de variación horaria en la demanda de consultas, la atención se realizó de 09 a 13 y de 17 a 21, siempre en los siete días de la semana. Las guardias de los profesionales se organizaron por turnos según disponibilidad individual registradas en una planilla compartida a ese fin. Desde el inicio, todas las guardias contaron con, al menos, dos profesionales disponibles. Junto con el acceso a la página de facebook del servicio, los operadores eran incorporados a un grupo de WhatsApp de soporte y consulta que funcionó también como un espacio de supervisión entre pares.

3.4. Consideraciones éticas

Dado que se anticipó una llegada nacional e internacional del servicio (lo que efectivamente ocurrió), se tomaron a consideración lineamientos locales, nacionales e internacionales en cuanto a la dimensión ética de la intervención. Específicamente en lo referido a la privacidad, confidencialidad y autodeterminación del consultante, así como la obligación de brindar servicios idóneos a todo el que lo solicite por igual.

En cuanto a privacidad, el contacto por escrito brinda la posibilidad de realizar una consulta que, aún en un entorno con presencia de otras personas, pueda realizarse sin nadie esté al tanto del diálogo. Esto representa una ventaja frente a la atención virtual clásica por video llamada o por plataformas de reuniones como zoom, meet, etc., que exigen disponer de un espacio personal en privacidad para desarrollar una intervención.

En este sentido, la facilidad en el acceso al dispositivo garantiza que accedan a sus prestaciones todos aquellos consultantes que tengan disponible internet y un dispositivo móvil, lo cual en la actualidad es muy común. Además, las prestaciones de contención y acompañamiento ofrecidas fueron completamente sin costo para el usuario.

Respecto de la confidencialidad y resguardo de los datos personales, los mismos se copiaron en archivos de acceso exclusivo del equipo, del mismo modo que las historias clínicas son de acceso exclusivos de los profesionales de cualquier institución de salud en la cual presten servicios. A los operadores que dejaron de pertenecer al servicio, por el motivo que sea, se les restringió el acceso a los archivos, a la plataforma y las carpetas de recursos compartidas. Otro aspecto en relación al manejo ético fue el trabajo en equipo sobre los casos complejos o que excedían el ámbito de competencia de cada profesional. En ése sentido profesionales especialistas en suicidio, violencia, adultos mayores, adicciones, entre otros, tomaban los casos relacionados con esas problemáticas. Todo la información recolectada e informada en este trabajo fue obtenida de la plataforma reservando el secreto profesional, protegiendo así la seguridad de los participantes y siendo utilizada solo para finalidades de la investigación.

4. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

4.1. Origen de la demanda.

De acuerdo a lo descrito anteriormente, dado que la consulta se realizaba mediante un salón de conversación público (Fanpage de la red social Facebook), no existieron restricciones en cuanto a la localización geográfica de la consulta. Se recibieron consultas provenientes de 15 provincias de Argentina (Córdoba, Buenos Aires, Catamarca, Jujuy, Río Negro, Neuquén, Chubut, Salta, Santiago del Estero, Entre Ríos, La Pampa, Corrientes, San Juan, Misiones y Santa Cruz). En relación a la provincia de Córdoba (donde estaba radicado el Servicio), las consultas provinieron de 20 ciudades, pueblos o parajes, incluyendo la capital de la provincia (Capital, Alta Gracia, Bell Ville, Juárez Celman, Río Cuarto, Unquillo, Río Tercero, Villa del Rosario, Villa Dolores, Malagueño, La Calera, La Falda, Jesús María, San José de la Dormida, San Francisco, Mendiolaza, Carlos Paz, La Carlota, Cañada de Luque y Anisacate). Finalmente, se recibieron contactos de 2 países americanos (Colombia y Estados Unidos de Norteamérica) y 2 países europeos (España e Italia)

4.2. Características socio-demográficas de la población.

Como fue mencionado, se trabajó con un total de 951 casos efectivos. De este total, el 79,8% de las consultantes fueron mujeres, 19,4% varones y 0,4% de los consultantes reportó identidad de género diversa. El 61,2% de los y las consultantes se ubicó en el rango de edad entre los 21 y 41 años, siendo la edad mínima de consulta de 15 años y la máxima de 84. Del total, el 50,2% de los consultantes reportó ser soltero o soltera, el 18,3% casado o casada, 11,1% en pareja hace un año o más, 6%, unión libre o de hecho, 10% reportó separación o divorcio y el 1,2% viudez. Además, el 61,1% de los usuarios dijo vivir con su familia, el 9,5% vive con su pareja, 6,3% vive con amigos o amigas, o compañeros, el 17,6% vive solo o sola, 3% dijo estar pasando el aislamiento junto a su pareja, aun cuando en el cotidiano no conviven. El 42,8% de los usuarios reportó estar estudiando una carrera universitaria, el 20,9% dijo ser empleados, el 76,4% trabajadores autónomos, el 5% reportó trabajo informal, el 10,2% refirió desempleo y el 2,3% jubilados.

4.3. Motivos generales de consulta.

En total, del registro cualitativo de los motivos de consulta, se pudieron extraer 19 diferentes. Los mismos pueden apreciarse en la Tabla y Gráfico 1. Dicha información gráfica está ordenada de acuerdo al orden de aparición a lo largo de los 82 días de trabajo analizados. Los tres motivos más frecuentes fueron Angustia y Tristeza ($f=175$), Ansiedad ($f=162$) y Preocupación por Terceros ($f=99$). Es importante mencionar que la preocupación por terceros refiere a aquellas consultas referidas al estado anímico de familiares, conocidos o vecinos derivado, principalmente, de la

situación de aislamiento social. Luego siguen la Agudización de Cuadros Preexistentes ($f=68$) y los Problemas Interpersonales ($f=65$). Cabe aclarar que en esta última categoría se incluyen los conflictos derivados de la pareja, amigos, compañeros de trabajo y/o estudio, originados de modos de interacción previos al surgimiento de la pandemia y el aislamiento social. El Temor al Contagio ($F=58$) aparece como el sexto motivo de consulta más frecuente y refiere a la preocupación derivada de la necesidad de salir de casa, la circulación y el contacto obligado con personas sea en la calle, el comercio, el trabajo o la familia. A partir de allí, se puede describir un conjunto de 13 motivos de consulta restantes, distribuidos más o menos uniformemente, variando desde cuestiones sintomatológicas físicas o psicológicas, cuestiones de relaciones familiares emergentes durante el período de aislamiento, búsqueda de información en relación a la patología, entre otras. El motivo de menor frecuencia absoluta a lo largo del período evaluado fueron los problemas asociados al uso de drogas ($f=2$).

Tabla 1. *Motivos de consulta, expresados en frecuencias absolutas y porcentajes totales, a lo largo del período total reportado*

Motivo de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	183	18,65
Angustia y tristeza	196	19,98
Preocupación por terceros	110	11,21
Temor de contagiarse o contagiar a alguien	67	6,83
Agudización de cuadro psicopatológico preexistente	75	7,65
Consulta por síntomas médicos	52	5,30
Búsqueda de información (enfermedad, servicios de asistencia, denuncias, etc)	41	4,18
Problemas de comunicación/relación familiar (discusiones, indiferencia)	48	4,89
Insomnio y otros trastornos de sueño	45	4,59
Ideación suicida/autolesiones	31	3,16
Tensión, nervios y stress/stress laboral	28	2,85
Desorganización, desmotivación, pérdida de concentración	44	4,49
Soledad	12	1,22
Conflictos vinculados al proyecto de vida (pre-pandemia)	28	2,85
Problemas interpersonales (pareja, amigos, compañeros de trabajo/estudio, pre-pandemia)	63	6,42
Situaciones de violencia y/o abuso (actuales o pasadas)	18	1,83
Preocupación o padecimiento económico	25	2,55
Necesidad de Tratamiento Psicológico	13	1,33
Problemas asociados al uso de drogas	2	0,20
Total	1081	100

Figura 1. Motivos de consulta, expresados en frecuencias absolutas, a lo largo de todo el período analizado de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19



Descripción de los datos registrados de acuerdo a los períodos descriptos.

El funcionamiento asistencial del servicio permitió, en términos descriptivos, establecer tres períodos de consultas. Estos tres períodos fueron establecidos a posteriori de las consultas y considerando la frecuencia absoluta de contactos y el promedio diario de consultas. En virtud de ello, delimitamos los siguientes momentos: a) **Instalación** de la emergencia “Pandemia COVID-19”, comprendido entre el 18 de marzo y el 13 de abril; b) **Estabilización** de la emergencia “Pandemia COVID-19”, comprendido entre el 14 de abril y el 14 de mayo y; c) **Retirada** de la emergencia “Pandemia COVID-19”, comprendido entre el 15 de mayo y el 7 de junio del corriente. Es necesario aclarar que esta descripción de las etapas del aislamiento no se correlaciona con el número oficial de contagiados o fallecidos en el país y en el mundo, sino que es una descripción del comportamiento de la demanda al servicio a lo largo del tiempo.

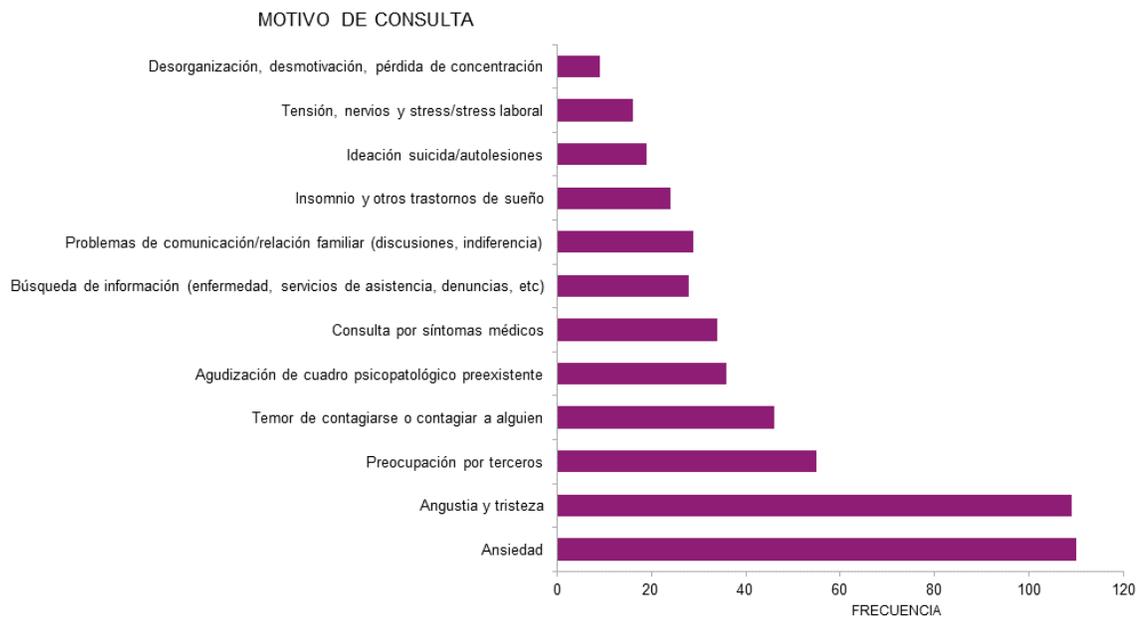
a) Período de instalación de la emergencia “Pandemia COVID-19” (18 de marzo - 13 de abril)

El período de instalación de la pandemia fue el de mayor frecuencia absoluta de consultas y el de mayor promedio diario de contactos. Se consideró como período inicial y se extendió por los primeros 27 días de funcionamiento del dispositivo. Se analizaron 515 motivos de consulta. En la Tabla 2 se observan las frecuencias absolutas y los porcentajes relativos de cada motivo de consulta registrado durante el período. Se clasificaron un total de 12 categorías. La ansiedad, la angustia y la tristeza fueron los principales motivos de consulta de esta etapa, con 110 y 109 menciones, respectivamente. Esto representó el 21,36 y el 21,17% del total de las consultas en el período. La preocupación por terceros, en relación a su estado anímico, salud mental o bienestar fue el tercer motivo de consulta más frecuente en esta etapa, registrando una frecuencia absoluta de 55 consultas, lo que representó un 10,68% del total de los motivos registrados. En cuarto lugar se ubicó el temor de contagiarse COVID-19 o contagiar a una persona cercana, registrando una frecuencia absoluta de 46 menciones (8,93% del total de los motivos de consulta registrados). La franja media de las consultas la ocuparon la agudización de cuadros psicopatológicos preexistentes ($f=36$; 6,99% del total de los motivos registrados), la consulta por síntomas médicos asociados al COVID-19 ($f=34$; 6,6%), la búsqueda de información sobre el virus o sobre diferentes centros asistenciales y los problemas de relación o comunicación familiar (discusiones e indiferencia, mayormente) durante el aislamiento obligatorio cerraron la franja media de consultas, con 28 y 29 registros, respectivamente. Finalmente, se ubicaron el insomnio y otros trastornos de sueño, la ideación suicida y autolesiones, la tensión, los nervios y el stress, la desorganización, desmotivación y pérdida de concentración. El detalle de esta información se presenta visualmente en el Gráfico 2.

Tabla 2. *Motivos de consulta, expresados en frecuencias absolutas y porcentajes totales, a lo largo del período de instalación de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19*

Motivo de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	110	21,36
Angustia y tristeza	109	1,17
Preocupación por terceros	55	10,68
Temor de contagiarse o contagiar a alguien	46	8,93
Agudización de cuadro psicopatológico preexistente	36	6,99
Consulta por síntomas médicos	34	6,60
Búsqueda de información (enfermedad, servicios de asistencia, denuncias, etc)	28	5,44
Problemas de comunicación/relación familiar (discusiones, indiferencia)	29	5,63
Insomnio y otros trastornos de sueño	24	4,66
Ideación suicida/autolesiones	19	3,69
Tensión, nervios y stress/stress laboral	16	3,11
Desorganización, desmotivación, pérdida de concentración	9	1,75
Total	515	100

Figura 2. Motivos de consulta, expresados en frecuencias absolutas, a lo largo del período de instalación de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19



b) Período de estabilización de la emergencia “Pandemia COVID-19” (14 de abril - 14 de mayo)

Durante este período, que comprendió 31 días, se registró una notable caída en la cantidad de consultas totales y la media de consultas diarias (ver en el próximo apartado). Se analizaron 430 motivos de consulta y emergieron nuevos motivos de consulta, clasificándolas en 19 categorías totales. Esto significa que, aunque las consultas totales disminuyeron en relación al período anterior, los motivos fueron igualmente complejos, con más de una razón de consulta por cada consultante. Como puede observarse en la Tabla 3, Angustia y tristeza, por un lado, y ansiedad por el otro, siguen siendo los 2 principales motivos de consulta ($f= 67, 54$, respectivamente). La preocupación por terceros ocupa el cuarto lugar en relación a los motivos generales de consulta ($f=38$). Interesantemente, los problemas interpersonales referidos a la pareja, amigos, compañeros de trabajo o estudio ocupan el tercer lugar en términos de frecuencia absoluta ($f=46$). Cabe destacar que esta categoría refiere a conflictos iniciados o pendientes desde antes del inicio de la pandemia. La agudización de cuadros psicopatológicos preexistentes y la desorganización, desmotivación y falta de concentración ocuparon el rango medio de consultas ($f=33$ y 27 , respectivamente). Finalmente, se sumaron la soledad, los problemas vinculados al proyecto de

vida, las situaciones de violencia y/o abuso, la preocupación por la economía personal o el padecimiento actual en relación a esta dimensión, la búsqueda de tratamiento psicológico y los problemas asociados al uso de drogas como nuevos motivos de consulta. Esta información se ve representada en el Gráfico 3.

Tabla 3. Motivos de consulta, expresados en frecuencias absolutas y porcentajes totales, a lo largo del período de estabilización de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19

Motivo de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	54	12,56
Angustia y tristeza	67	15,58
Preocupación por terceros	38	8,84
Temor de contagiarse o contagiar a alguien	17	3,95
Agudización de cuadro psicopatológico preexistente	33	7,67
Consulta por síntomas médicos	16	3,72
Búsqueda de información (enfermedad, servicios de asistencia, denuncias, etc)	9	2,09
Problemas de comunicación/relación familiar (discusiones, indiferencia)	18	4,19
Insomnio y otros trastornos de sueño	17	3,95
Ideación suicida/autolesiones	9	2,09
Tensión, nervios y stress/stress laboral	10	2,33
Desorganización, desmotivación, pérdida de concentración	27	6,28
Soledad	10	2,33
Conflictos vinculados al proyecto de vida (pre-pandemia)	20	4,65
Problemas interpersonales (pareja, amigos, compañeros de trabajo/estudio, pre-pandemia)	46	10,70
Situaciones de violencia y/o abuso (actuales o pasadas)	13	3,02
Preocupación o padecimiento económico	17	3,95
Necesidad de Tratamiento Psicológico	7	1,63
Problemas asociados al uso de drogas	2	0,47
Total	430	100

Figura 3. Motivos de consulta, expresados en frecuencias absolutas, a lo largo del período de estabilización de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19



c) Período de retirada de la emergencia “Pandemia COVID-19” (15 de mayo - 7 de junio)

En este período de 24 días se experimentó una notable disminución en la frecuencia total de consultas y en el promedio diario de intervenciones. En la la Tabla 4 se detallan las frecuencias absolutas y porcentuales de los motivos de consulta registrados. Se incluyeron en el análisis 136 motivos de consulta, clasificados en 18 categorías excluyentes. Angustia y tristeza, ansiedad, y preocupación por terceros fueron las tres variables con mayor frecuencia de aparición ($f=20$, 19 y 17, respectivamente). Los problemas interpersonales originados previos a la pandemia y referidos a la pareja, amigos, compañeros de trabajo o estudio ocupan también el tercer lugar en términos de frecuencia absoluta ($f=17$). Esta información, descrita en la Tabla 4, en líneas generales, coincide con lo observado en los períodos anteriores. El resto de los motivos de consulta comparte identidad con los motivos incluidos en el período anterior, salvo la ausencia de consultas referidas a problemas asociados al uso de drogas. Estos datos se resumen en el Gráfico 4.

Tabla 4. Motivos de consulta, expresados en frecuencias absolutas y porcentajes totales, a lo largo del período de retirada de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19

Motivo de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	19	13,97
Angustia y tristeza	20	14,71
Preocupación por terceros	17	12,50
Temor de contagiarse o contagiar a alguien	4	2,94
Agudización de cuadro psicopatológico preexistente	6	4,41
Consulta por síntomas médicos	2	1,47
Búsqueda de información (enfermedad, servicios de asistencia, denuncias, etc)	4	2,94
Problemas de comunicación/relación familiar (discusiones, indiferencia)	1	0,74
Insomnio y otros trastornos de sueño	4	2,94
Ideación suicida/autolesiones	3	2,21
Tensión, nervios y stress/stress laboral	2	1,47
Desorganización, desmotivación, pérdida de concentración	8	5,88
Soledad	2	1,47
Conflictos vinculados al proyecto de vida (pre-pandemia)	8	5,88
Problemas interpersonales (pareja, amigos, compañeros de trabajo/estudio, pre-pandemia)	17	12,50
Situaciones de violencia y/o abuso (actuales o pasadas)	5	3,68
Preocupación o padecimiento económico	8	5,88
Necesidad de Tratamiento Psicológico	6	4,41
Total	136	100

Figura 4. Motivos de consulta, expresados en frecuencias absolutas, a lo largo del período de retirada de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19



Frecuencia y promedios diarios de consulta.

De acuerdo al comportamiento de la demanda, pudimos identificar 3 períodos de consulta, en referencia a las dimensiones descriptas en el apartado anterior. Cabe recordar que la división en períodos es arbitraria en términos descriptivos, aunque se corroboran cambios en el comportamiento de los motivos de consulta hacia adentro de cada uno de los períodos. Durante el primer período, la cantidad total de casos fue de 515, en el segundo período se registraron 351 consultas efectivas y en el tercero, 85. En términos de lectura de datos, no se consideró necesario someter la información a análisis inferenciales, dado que las diferencias absolutas son suficientes para pensar las características de un fenómeno que aun no tiene registro en la literatura del tema. casos en virtud de los períodos de la pandemia definidos. Asimismo, en términos de promedios de consultas, durante el primer período se recibió una media de 19,07 consultas diarias. Durante el segundo período, 11,32, mientras que el tercer período recibió 3,54 consultas por día. Estos datos se encuentran graficados y disponibles en el Gráfico 6.

Figura 5. Cantidad de consultas (frecuencia, cantidad total de casos) recibidas al servicio a lo largo de todo el período analizado (incluyendo la instalación -18 de marzo al 13 de abril-; la estabilización -14 de abril al 14 de mayo y la retirada -15 de mayo al 7 de junio-) de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19.

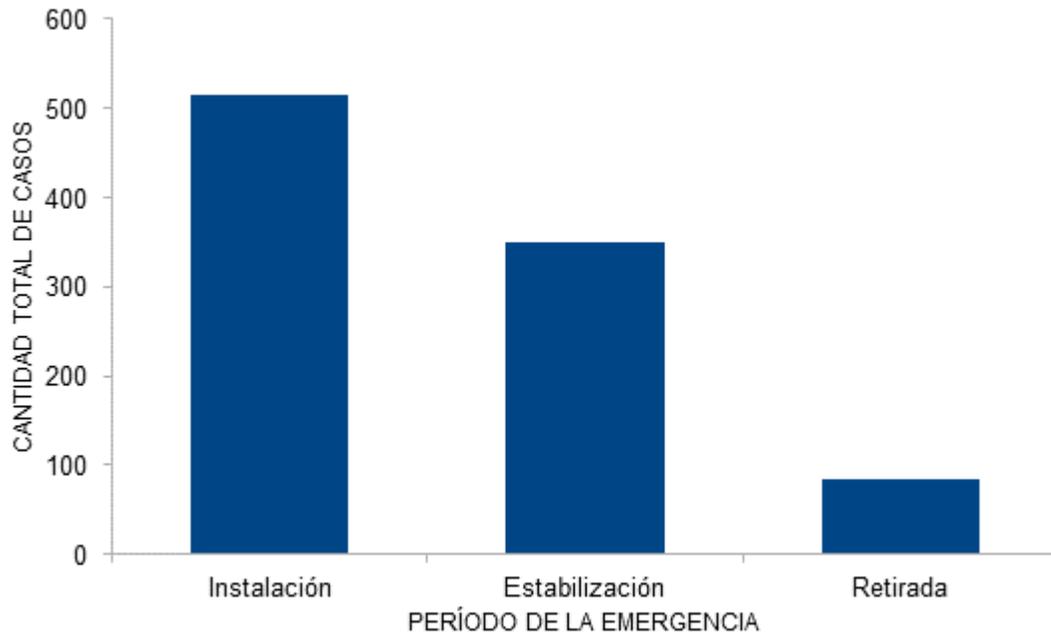
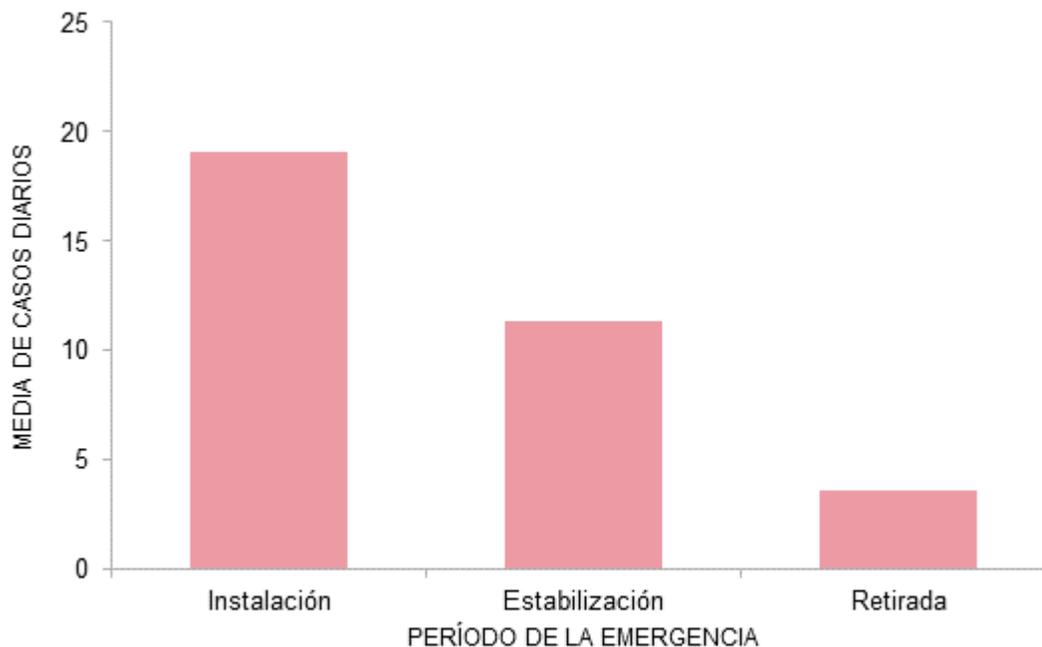


Figura 6. Media diaria de las consultas recibidas al servicio a lo largo de todo el período analizado (incluyendo la instalación -18 de marzo al 13 de abril-; la estabilización -14 de abril al 14 de mayo y la retirada -15 de mayo al 7 de junio-) de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19.



Descripción comparativa de motivos de consulta de acuerdo a los períodos descriptos.

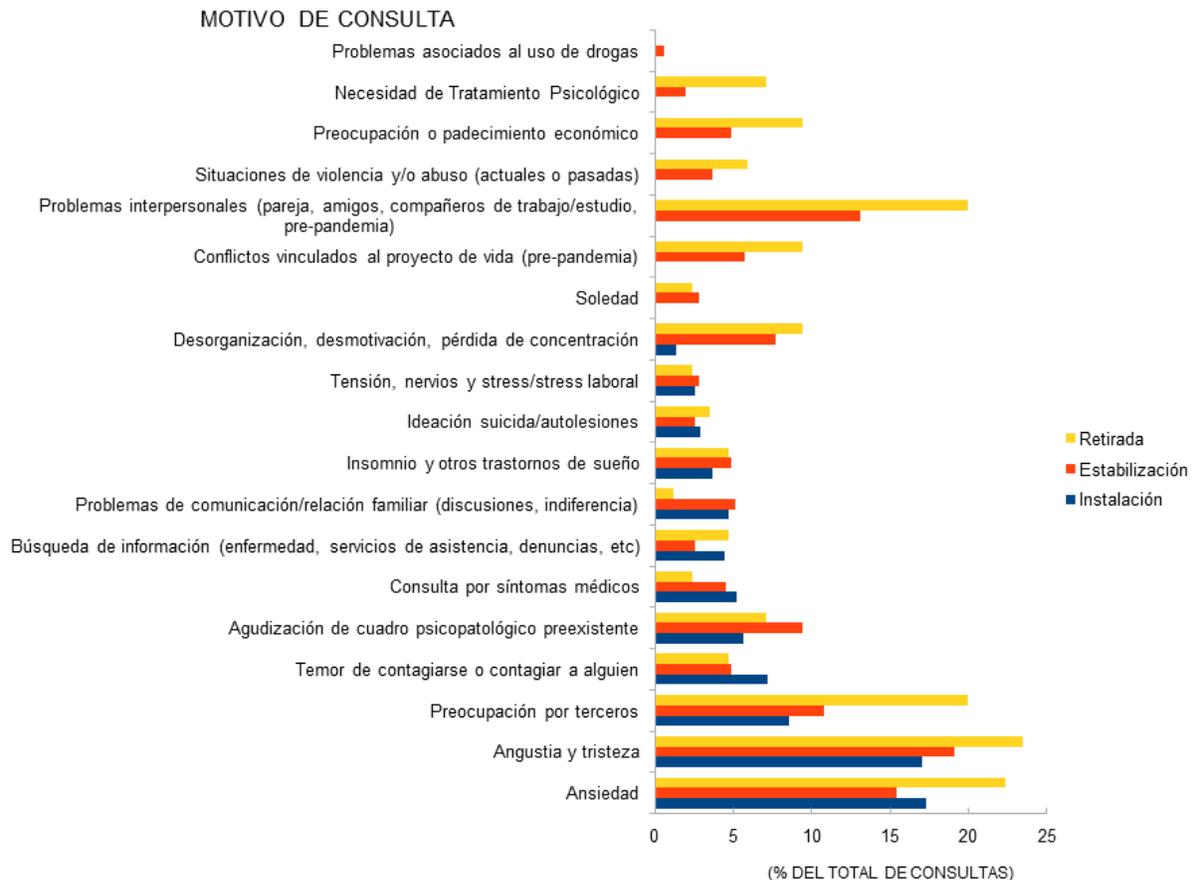
Para realizar una lectura transversal de los motivos de consulta recibidos a lo largo de todo el período de asistencia analizado (18 de marzo – 7 de junio) se consideró un total de 1081 motivos de consulta registrados, clasificados en 19 categorías descriptivas. En base a este total, se calcularon porcentajes relativos para cada categoría en virtud del total de consultantes en cada período (n= 515, 351 y 85, respectivamente). La intención de crear este índice fue realizar una lectura relativa del peso de cada motivo de consulta en función de la totalidad de consultantes, asumiendo que, más allá que los mismos puedan expresar varios motivos, el consultante representaría la unidad de análisis si referimos la información al comportamiento de la demanda a lo largo del aislamiento. Esta información se encuentra resumida en la Tabla 5. Luego de una inspección visual de la información, puede inferirse que los tres principales motivos de consulta (angustia y tristeza, ansiedad, y preocupación por terceros) experimentan un leve crecimiento a medida que avanza el aislamiento social preventivo y obligatorio. La agudización de cuadros

psicopatológicos preexistentes también experimenta un leve ascenso entre el primer y segundo período de pandemia, aunque su porcentaje absoluto en relación a las tres primeras variables comentadas es sensiblemente menor. Por otra parte, salvo la soledad y problemas asociados al uso de drogas, los motivos de consulta surgidos durante el segundo y tercer período de pandemia (Conflictos vinculados al proyecto de vida [pre-pandemia], problemas interpersonales [pareja, amigos, compañeros de trabajo/estudio, pre-pandemia], situaciones de violencia y/o abuso [actuales o pasadas], preocupación o padecimiento económico y necesidad de tratamiento psicológico) exhiben aumentos leves entre ambos períodos, lo que se encuentra representado en el Gráfico 7.

Tabla 5. *Motivos de consulta, expresados en porcentajes en relación a la cantidad de consultantes por período (Instalación, estabilización y retirada) de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19*

Motivo de Consulta	Instalación	Estabilización	Retirada
Ansiedad	17,28	15,38	22,35
Angustia y tristeza	17,09	19,09	23,53
Preocupación por terceros	8,54	10,83	20,00
Temor de contagiarse o contagiar a alguien	7,18	4,84	4,71
Agudización de cuadro psicopatológico preexistente	5,63	9,40	7,06
Consulta por síntomas médicos	5,24	4,56	2,35
Búsqueda de información (enfermedad, servicios de asistencia, denuncias, etc)	4,47	2,56	4,71
Problemas de comunicación/relación familiar (discusiones, indiferencia)	4,66	5,13	1,18
Insomnio y otros trastornos de sueño	3,69	4,84	4,71
Ideación suicida/autolesiones	2,91	2,56	3,53
Tensión, nervios y stress/stress laboral	2,52	2,85	2,35
Desorganización, desmotivación, pérdida de concentración	1,36	7,69	9,41
Soledad	0,00	2,85	2,35
Conflictos vinculados al proyecto de vida (pre-pandemia)	0,00	5,70	9,41
Problemas interpersonales (pareja, amigos, compañeros de trabajo/estudio, pre-pandemia)	0,00	13,11	20,00
Situaciones de violencia y/o abuso (actuales o pasadas)	0,00	3,70	5,88
Preocupación o padecimiento económico	0,00	4,84	9,41
Necesidad de Tratamiento Psicológico	0,00	1,99	7,06
Problemas asociados al uso de drogas	0,00	0,57	0,00
Total	515	351	85

Figura 7. Motivos de consulta (expresados en porcentaje del total de casos por período) en relación al período de la emergencia referida a la pandemia de COVID-19 (instalación -18 de marzo al 13 de abril-; estabilización -14 de abril al 14 de mayo y retirada -15 de mayo al 7 de junio-).



5. Discusión Y Conclusiones

El presente estudio tuvo por objetivo caracterizar las consultas realizadas a un servicio de contención y acompañamiento para personas afectadas por la cuarentena, durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) en Argentina, referido a la pandemia de COVID-19. El servicio presentó un formato novedoso de consulta en el contexto de la telepsicología: los contactos y las intervenciones se realizaron de manera escrita exclusivamente, planteando un gran desafío en lo referido al desarrollo técnico de la contención y acompañamiento como herramientas en salud mental. Asimismo, dada la naturaleza virtual de la oferta, permitió traspasar barreras de distancia en cuanto al origen de los consultantes, por lo que referente al

origen de las demandas provinieron desde diversos lugares de la ciudad, la provincia, el país y otros países americanos y europeos. Esto, en términos técnicos y metodológicos, representa una ventaja de accesibilidad de la oferta sin perder eficacia en el dispositivo.

Por otra parte, es posible pensar que el dispositivo descrito en este trabajo se presente en futuro como una estrategia válida en acciones dirigidas a disminuir las consecuencias emocionales que las emergencias socio-sanitarias implican.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población consultante, se observa que una mayoría (79.8%) fueron mujeres. En este sentido, Johnson y colaboradores (2020) han observado que las mujeres manifestaron, en mayor medida, sentimientos de miedo, angustia junto con sentimientos de responsabilidad, cuidados y valorización de la interdependencia, afectos y la posibilidad de introspección y reflexión que la pandemia generaría. Parte de esto se podría explicar por las particularidades implicadas en socialización de género, que vincula de forma diferencial a las mujeres con lo afectivo, los cuidados y la expresión de emociones mientras que la socialización de género masculina obstaculiza su expresión en determinados contextos (De Boise S. 2017). De este modo, la mayor frecuencia de consulta por parte de las mujeres, podría deberse a un hábito de vivencia y comunicación.

En referencia a la edad de las y los consultantes, hemos observado que la mayor parte fueron, jóvenes en el rango de edad entre los 21 y 41 años, en su mayoría solteros, estudiantes universitarias/os que viven con sus familias. Esta observación coincide con un estudio realizado sobre propietarios de caballos en cuarentena debido a la gripe equina, donde se identificaron varias características asociadas con mayores impactos psicológicos negativos, siendo la edad (ser joven, entre 16 y 24 años) uno de los factores de importancia (Taylor, Agho, Stevens, & Raphael, 2008 citado por Urquijo et al. 2020). Cabe destacar que otros estudios señalan que factores demográficos como el estado civil, la edad, la educación, vivir con otros adultos y tener hijos no se asocian con efectos psicológicos durante períodos de aislamiento (Hawryluck et al., 2004).

Otro de los aspectos dentro del análisis de las características demográficas de los y las consultantes lo representa la condición laboral. Se observó que una gran proporción de ellos (76,4%) reportaron ser trabajadores autónomos. En fuerte coincidencia, Brooks et al. (2020) informan que la pérdida financiera constituye un problema durante las situaciones de cuarentena ya que las personas no pueden trabajar y tienen que interrumpir sus actividades de manera abrupta sin posibilidades de una mínima planificación previa.

En cuanto a los principales motivos de consulta durante el periodo observado, se pudo observar que la angustia y tristeza, ansiedad y la preocupación por terceros han sido los de mayor prevalencia. En concordancia con esta observación, Johnson y colaboradores (2020) muestran que la incertidumbre, el miedo y la angustia son sentimientos que principalmente se asocian a la pandemia. Por otra parte, se ha observado, a lo largo del aislamiento, un aumento de consultas



motivadas por la agudización de cuadros preexistentes. Podríamos en este punto pensar que, tal cual lo sugiere Johnson y colaboradores (2020) la incertidumbre, la ansiedad y el temor juegan un papel fundamental en esta observación. Existen reportes que señalan que el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas de aquellos con trastornos mentales preexistentes (Shigemura J. 2020 citado por Ramirez Ortiz et al. 2020).

Es llamativo observar que las problemáticas asociadas al uso de drogas han ocupado el último lugar entre los motivos de consulta a lo largo de la intervención. Contrariamente, se ha señalado que es altamente probable que una situación socio-sanitaria, como la pandemia de COVID-19, pueda inducir el aumento en el uso de drogas como una forma de hacer frente al temor, la incertidumbre y el encierro (Rojas Jara 2020). En este sentido, podríamos suponer que el fenómeno subyacente a la menor consulta vinculada al tema no sea la baja frecuencia de dicha conducta, sino la reticencia a asumirla como un motivo real de preocupación. Asimismo, es importante recordar que la mayoría de las consultantes son mujeres y esto implica que, frente a los problemas asociados al uso de drogas, el estigma por la transgresión del rol de género (“las drogas son cosas de hombres”) lleva generalmente a ocultar el padecimiento (Llort Suárez, Ferrando Esquerré, Borrás Cabacés y Purroy Aritzeta, 2013).

Como fue mencionado en apartados anteriores, en este estudio se han delimitado y caracterizado tres momentos de la consulta. Durante el período de instalación de la emergencia, el temor al contagio fue uno de los 4 motivos de consulta más prevalentes, cambiando su posición hacia el segundo y tercer período. En estos últimos dos períodos, los problemas interpersonales (pareja, amigos, etc) previos a la pandemia han aumentado su prevalencia, aún cuando los principales motivos de consulta se han mantenido durante los tres tiempos (angustia y tristeza, ansiedad y preocupación por terceros). Este aumento en la frecuencia de casos de consulta podría indicar la emergencia de problemas que, debido a la “novedad” del aislamiento y la pandemia fueron silenciados temporalmente. Habiéndose desarrollado habituación a esta novedad, los conflictos preexistentes vuelven a tomar protagonismo. Por otra parte, los problemas de comunicación familiar originados durante el aislamiento han ido disminuyendo su prevalencia a lo largo de los 3 períodos. Consideramos que esto puede estar vinculado a las sucesivas flexibilizaciones del aislamiento coincidiendo el inicio del 2 período (Estabilización de la emergencia del 14/04/2020) con el comienzo de la Fase de segmentación geográfica del aislamiento (13/04/2020) que permitió la movilidad del 50% de la población. (Decreto DNU 355/2020). Dicho en otras palabras, la disminución en los problemas de comunicación intrafamiliar podría estar relacionada con el cambio en el encierro y hacinamiento, permitiendo las salidas paulatinas disminuir el quantum de conflictividad relacional.

A partir del momento de estabilización de la emergencia, se ha registrado una caída importante en la cantidad total de consultas recibidas por el servicio de contención. Es posible pensar que esto coincide con lo que varios autores siguiendo a Caplan afirman sobre el concepto de crisis y el tiempo de duración de las mismas. Él definió crisis como el estado que aparece cuando una



persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un periodo de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones cuya resolución requiere una decisión estructurante. Clínicamente se puede conceptualizar la crisis como una situación transitoria de estrés, cuyo desarrollo sigue un proceso fásico, que se completa, habitualmente, en un tiempo inferior a ocho semanas. (González de Rivera y Revuelta, 2001; Silvia Raffo, 2005; Slaikeu, 1996). En este sentido, la disminución en las consultas fue significativa a lo largo del aislamiento, aun cuando las mismas continuaron a lo largo de los períodos analizados. Esto podría deberse a que cada anuncio estatal y cada cambio en las condiciones de aislamiento representaron actualizaciones y desafíos adaptativos nuevos.

Finalmente, es importante señalar que el dispositivo de asistencia aquí descrito representa una modalidad novedosa y eficaz en cuanto a la intervención en situaciones de emergencia. Un recorrido exhaustivo por la literatura nos permite afirmar que no existen antecedentes de la aplicación de dispositivos asistenciales como el aquí descrito y que combinen la asistencia virtual escrita con la perspectiva de primeros auxilios psicológicos. En este sentido, a modo reflexivo, podemos pensar que algunas innovaciones transitorias aplicadas en el campo de la salud mental para afrontar las consecuencias del aislamiento social y la pandemia, puedan ser consideradas como herramientas posibles y fundamentales en el futuro. Como un modo de complejizar el razonamiento, sería importante discutir la eficacia y alcance del dispositivo en el contexto de lineamientos éticos y deontológicos de las profesiones implicadas, con miras a adaptarlos a las nuevas condiciones socio-sanitarias y de intervención.

Referencias

- Beyrer, C., Baral, S. D., Van Griensven, F., Goodreau, S. M., Charialertsak, S., Wirtz, A. L., & Brookmeyer, R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *The Lancet*, 380(9839), 367-377. [Online] disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext) [acceso 12 de setiembre de 2020]
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health: Lectures on concept development. Behavioral Publications.
- De Boise, S., & Hearn, J. (2017). Are men getting more emotional? Critical sociological perspectives on men, masculinities and emotions. *The Sociological Review*, 65(4), 779-796.
- Decreto de necesidad y urgencia 355 (2020). Aislamiento social, preventivo y obligatorio. Ministerio de justicia y derechos humanos. Presidencia de la Nación. Boletín oficial. [Online]



disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/336212/norma.htm> [acceso 12 de setiembre de 2020]

- De la Torre Martí, M., & Cebrián, R. P. (2018). Guía para la intervención telepsicológica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- González de Rivera y Revuelta, J. L. (2001). Psicoterapia de la crisis. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (79), 35-53.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. Emerging infectious diseases, 10(7), 1206.
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2447-2456.
- Llort Suárez, A., Ferrando Esquerré, S., Borrás Cabacés, T., & Purroy Aritzeta, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias.
- Muñoz, N., y Muriel, S. (2020). Impacto Psicológico del Covid - 19 y el Papel de la Telepsicología: Una Reflexión de la Psicología en el Ámbito Social y Organizacional. *CIE*. Vol. 1. (9), 57-70.
- Raffo, S. (2005). Intervención en crisis. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA SALUD MENTAL ASOCIADAS AL AISLAMIENTO SOCIAL.
- Rojas-Jara, C. (2020). Cuarentena, aislamiento forzado y uso de drogas. Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology, 14(1).
- Sandoval-Obando, E. (2019). ¿Por qué Hablar de Psicología de la Emergencia en América Latina? Una discusión necesaria. *REDER*, 3(1), 102-107.
- Slaikau, K. (1999). Teoría de la crisis. Estructura general. Intervención en crisis. Mejico, Manual moderno.
- Urquijo S.; Juric L & Andrés ML. (2020). Evaluación del Impacto Emocional del Aislamiento por COVID-19. *IPSIBAT. UNMDP-CONICET-CIC*.
- Valero Álamo, S. (2002). Psicología en emergencia y desastres. In *Psicología en emergencia y desastres*. Editorial San Marcos.