



Archivos de Medicina (Col)
ISSN: 1657-320X
ISSN: 2339-3874
cim@umanizales.edu.co
Universidad de Manizales
Colombia

Psicólogos en el frente: la atención durante la crisis del Covid-19. De las emociones tóxicas a la salud psicológica

Rodríguez-Cebero, Marcelo

Psicólogos en el frente: la atención durante la crisis del Covid-19. De las emociones tóxicas a la salud psicológica

Archivos de Medicina (Col), vol. 21, núm. 1, 2021

Universidad de Manizales, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273865670019>

DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3941.2021>

Psicólogos en el frente: la atención durante la crisis del Covid-19. De las emociones tóxicas a la salud psicológica

Psychologists at the Front: attention during the Covid-19 crisis. From toxic emotions to psychological health

Marcelo Rodríguez-Ceberio marcelorceberio@gmail.com
Director del Doctorado en Psicología (Universidad de Flores), Argentina
 <https://orcid.org/0000-0002-4671-440X>

Archivos de Medicina (Col), vol. 21,
núm. 1, 2021

Universidad de Manizales, Colombia

Recepción: 11 Agosto 2020
Corregido: 25 Agosto 2020
Aprobación: 05 Septiembre 2020

DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3941.2021>

Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273865670019>

Resumen: **Objetivos:** sobre el marco de la pandemia del COVID-19 y la consecuente cuarentena, esta investigación tuvo por objetivo recolectar las principales intervenciones -“facilitadores”- que han realizado los psicólogos clínicos durante la cuarentena (4 meses). **Materiales y métodos:** es un estudio cualitativo, donde se seleccionó una muestra de 30 psicólogos psicoterapeutas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), de ambos sexos, con 10 a 30 años de experiencia clínica y de diferentes filiaciones terapéuticas, a través de un muestreo no probabilístico, intencional, basado en el conocimiento del investigador sobre la población de profesionales bajo estudio. Se privilegió la experiencia clínica, a la edad, género y modelo terapéutico. Se les formuló una pregunta concreta acerca de ¿cuáles fueron las principales intervenciones que realizaron con sus pacientes a la altura de 4 meses de cuarentena (20 al 30 de julio de 2020), enumerando y explicando un mínimo de 5 (cinco). **Resultados:** los facilitadores fueron agrupados en categorías por similitudes de intervención y contenido explicativo. De los 150 obtenidos, uniendo las diferentes y descartando las reiteraciones, se seleccionaron 15. **Conclusiones:** las intervenciones unen filosofía reflexiva de vida y acciones concretas para cambiar, apoyándose en algunos puntos comunes como la perspectiva de atribución de significado positivo por sobre las cosas, personas o situaciones, el empoderamiento y la seguridad, evitar climas beligerantes, crear y hacer proyectos a futuro, mejorar las relaciones con el entorno conviviente, reducir la incertidumbre y niveles de agresión, incertidumbre, angustia y ansiedad.

Palabras clave: COVID-19, cuarentena, confinamiento, empoderamiento, psicólogos.

Abstract: **Objectives:** on the framework of the COVID-19 pandemic and the consequent quarantine, this research aimed to collect the main interventions -“facilitators”- that clinical psychologists have carried out during the quarantine (4 months). **Materials and methods:** it is a qualitative study, where a sample of 30 professionals from the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) was selected, of both sexes, with between 10 and 30 years of clinical experience and different therapeutic affiliations, through a sampling non-probabilistic, intentional, based on the researcher's knowledge of the population of professionals under study. The clinical experience, age, gender and therapeutic model was privileged. They were asked a specific question about what were the main interventions they carried out with their patients at the height of 4 months of quarantine? (July 20 to 30, 2020), listing and explaining a minimum of 5 (five). **Results:** the facilitators were grouped into categories by similarities of intervention and explanatory content. Of the 150 obtained, joining the different ones and discarding the reiterations, 15 were obtained. **Conclusions:** the interventions unite reflective philosophy of life and concrete actions to change, relying on some common points such as the perspective of attribution of positive meaning over things, people or situations, empowerment and security, avoid belligerent climates, create and carry

out projects for the future, improve relationships with the living environment, reduce uncertainty and levels of aggression, uncertainty, anguish and anxiety.

Keywords: COVID-19, quarantine, confinement, empowerment, psychologists.

Introducción

La mayoría de las repercusiones científicas sobre la pandemia del COVID 19 se centraron fundamentalmente en las investigaciones sobre el virus y la tendencia al contagio, medidas para evitar la infección, la búsqueda de una cura o vacuna, reacción del sistema inmunitario, etc. [1,2,3,4,5]. El método más aplicado durante este periodo para proteger del contagio fue el aislamiento social. Pero la llamada cuarentena deja al descubierto una serie de emociones, signos y características psicológicas, cuyas secuelas acarrearán riesgo de futuras patologías [6,7,8].

Los diferentes desarrollos y estudios sobre las repercusiones en la salud mental debido a la pandemia del COVID19 no son alentadores en términos de pronóstico, aunque esto depende de cada contexto, los programas de atención psicológica, la información, la psicoeducación: todos factores que influyen a la hora de desencadenar o no sintomatologías. Según Schmidt [9] en la epidemia de ébola de 1995, los sobrevivientes informaron principalmente sobre el miedo a morir o contagiar a otras personas, o alejarse o sufrir abandono en las relaciones con familiares y amigos, así como la estigmatización social. Así mismo Hall et al. [10] comentan que los diferentes integrantes de los sistemas de salud, también mostraron estrés, angustia, ansiedad, temor al contagio y temor a transmitir el virus a sus seres queridos, o miedo a morir.

En una revisión sistemática de Molero-Jurado et al. [11], los resultados mostraron, primero, que las personas en situación de cuarentena presentaron niveles elevados de estrés, ansiedad, depresión y angustia psicológica; segundo, que un estilo emocional positivo se relacionó con un menor riesgo de desarrollar enfermedades. En otras epidemias y pandemias, tal como la del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), en Asia en el año 2003, se desarrollaron durante y post pandemia algunos trastornos desadaptativos en la población general y los profesionales de la salud [12,13] aunque los impactos psicológicos resultantes de la enfermedad fueron mayores en el personal de salud (Schmidt, B, 2020) [9].

Desde la aparición del COVID-19 en la vida de los seres humanos, la sociedad ha debido batallar con emociones como la ansiedad, la angustia y el miedo. A su vez, el confinamiento estricto llevó a incrementar la incertidumbre de la mano de la sobre-información. En la primera etapa, desde los tutoriales de cocina y gimnasia, la jardinería, las series de los canales de streaming, los juegos y las reuniones virtuales, amortiguaron esas emociones negativas. En este último periodo, la escolaridad online, las dificultades económicas, sumado a los efectos del confinamiento ya mencionados, han potenciado el malhumor, la intolerancia y el hastío, lo que ha provocado diferentes conflictos en las parejas y las familias. Esta tríada emocional, que ya se ha desarrollado en otros artículos [14], se

vio potenciada por las situaciones, que fueron divididas en dos etapas: en la primera se asocia cuarentena + sobreinformación + incertidumbre (alrededor de los primeros 15 días a partir del 19 de marzo, fecha de inicio de la cuarentena obligatoria), y la segunda, donde aparecen los defectos focalizados + economía y home office + escolaridad online (alrededor de los tres meses a partir de la fecha de inicio de cuarentena).

Los estudios realizados sobre las repercusiones emocionales y psicológicas del COVID-19 hasta finales de julio, han diferenciado a la población general de la población de riesgo. Los considerados grupos de riesgo a contraer COVID-19 están determinados de acuerdo a la página oficial del gobierno argentino (www.argentina.gob.ar), que son en su mayoría coincidentes con las descripciones aparecidas en la mayoría de páginas y sitios de internet de Argentina y del mundo, a saber:

1. El asma, de moderado a grave.
2. La enfermedad renal crónica, bajo tratamiento con diálisis.
3. Las enfermedades hepáticas crónicas, incluida la cirrosis.
4. Las enfermedades pulmonares crónicas, como el enfisema pulmonar obstructivo crónico (EPOC), incluida la fibrosis quística, bronquitis crónica y la fibrosis pulmonar idiopática.
5. La diabetes (tanto la diabetes tipo 1, tipo 2 o gestacional).
6. La inmuno-depresión por diferentes patologías o afecciones, por ejemplo, el tratamiento para el cáncer, déficit del sistema inmunitario, trasplantes, pacientes con VIH con un bajo recuento de células CD4 o sin tratamiento para el VIH, uso prolongado de corticoides y otros medicamentos que debilitan el sistema inmunitario.
7. Los adultos mayores, de 65 años de edad o más.
8. Los trastornos de la hemoglobina como anemia falciforme y la talasemia.
9. Adultos mayores que viven en asilos de ancianos o establecimientos de cuidados a largo plazo.
10. Las patologías cardíacas, incluidas las enfermedades cardíacas congénitas, las cardiomiopatías, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad de las arterias coronarias, y la hipertensión pulmonar.
11. La obesidad grave, que se define como un IMC de 40 o más.

Más allá de los factores orgánicos de los grupos de riesgo a infectarse, Zandifar y Badrfam (2020) [15] señalan que factores como la incertidumbre, la reproducción geométrica del virus, la gravedad de COVID-19, el riesgo de contagio, lo imprevisible sobre la finalización de la pandemia y la cuarentena, entre otros, tienen repercusión sobre la salud mental. Este panorama contextual, se agrava por las noticias falsas sobre el contagio y las medidas preventivas y de actuación sobre el virus, y la comprensión y acatamiento de normas impuestas por las autoridades de salud [16].

Entonces, la situación de aislamiento trae enormes consecuencias en múltiples niveles: social, psicológico, económico, comunicacional,

educativo. Masip et al. [17] desarrollaron una encuesta aplicada a 1.122 personas durante la fase de confinamiento estricto para investigar cómo el consumo de información se ha modificado durante este período y cómo perciben los ciudadanos la cobertura mediática. Encontraron que las personas se informaron más y con mayor frecuencia que antes de la crisis sanitaria, pero los autores tienen una actitud crítica de la información brindada por los medios puesto que realizan una cobertura condicionada por la línea editorial. “La mayoría de los ciudadanos afirma que los medios están tratando informativamente la pandemia de forma sensacionalista y generan alarma social innecesariamente” (pag. 8). En este sentido, los videoclips y mensajes alarmantes sobre COVID-19 han estado circulando en las redes sociales, a través de teléfonos inteligentes y computadoras, a menudo causando pánico [18].

Psicólogos en el frente

En el ínterin, los psicólogos trabajan arduamente en pos de mejorar la calidad de vida de las personas. Los trabajos online de sesiones terapéuticas, las clases y conferencias vía plataforma, como también los trabajos presenciales en hospitales y clínicas, la asistencia a los profesionales de la salud en espacios de contención, son algunas de las variables aplicadas para mejorar y a modificar los problemas de las personas durante el confinamiento [19]. Algunos autores señalan que la pandemia trajo situaciones de duelos traumáticos -la gente se muere en soledad-, sensaciones de impotencia, de falta de control, de distanciamiento social, de la dificultad de elaborar duelos, dificultad para aceptar la pérdida, evitación de recordatorios de la realidad de la pérdida, desconexión afectiva, sentimiento de vacío, entre otras [20,21,22].

Las intervenciones psicológicas dirigidas tanto a la población general como a los profesionales de la salud juegan un papel central en el tratamiento de los impactos en la salud mental debido a la nueva pandemia de coronavirus [16, 4]. Los ministerios de salud, las autoridades de sanidad, hospitales y clínicas, y los científicos de diferentes países han publicado diferentes guías de actuación saludable para soportar el encierro que implica la cuarentena [23,24]. También diversas organizaciones, fundaciones y ONG's, de diferentes países de Latinoamérica ofrecieron atención psicológica gratuita post la emergencia sanitaria, colaborando de forma solidaria en el intento de prevenir futuras patologías.

La mayoría de los psicólogos en época de cuarentena realizaron sesiones online vía diferentes plataformas como Zoom, WhatsApp, Skype y otros formatos de atención online. En países como Argentina se reprodujeron protocolos de atención clínica presencial de otros países que los precedieron en la salida de la cuarentena. El 20 de julio de 2020 se activó un formato de atención que consistía en una serie de pasos que incluían: esterilización del baño donde el paciente se higienizaría sus manos antes de entrar a la consulta; turnos de 20 minutos donde el terapeuta tenga tiempo de limpiar con alcohol y lavandina sillón y pisos, evitando también que se aglomeren pacientes en sala de espera; atender respetando los 2 mts. de distancia y por supuesto siempre con mascarilla o barbijo [25].

Muchos profesionales en el mundo, a pesar de estar habilitados para la atención presencial, decidieron mantener el formato online, no solo para proteger al paciente sino también para protegerse de cualquier posibilidad de contagio. Por esta razón se han mantenido servicios psicoterapéuticos mediatizados por la tecnología [26,27], aduciendo, además, que la presencialidad estaba absolutamente limitada por la distancia en el manejo del espacio, y además, la mascarilla cubre la mitad del rostro evitando la observación del lenguaje paraverbal, elemento fundamental en la comunicación. Por estas razones las consultas psicológicas presenciales -cara a cara- se han limitado al mínimo posible (por ejemplo, al ayudar a los profesionales de la salud que trabajan en la primera línea y que no han sido infectados), para minimizar el riesgo de propagación del virus [12, 28, 29, 9].

En relación a las intervenciones, hay variación de opiniones y estrategias de intervención. Por ejemplo, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social [22] se centra en procesos de duelo patológico y en el TEPT (trastorno por estrés postraumático), ya sea por el encierro y el aislamiento como una experiencia traumatizante, como también por las situaciones de la muerte en solitario, ya que no se permiten los tradicionales rituales de despedida como el velorio. Es también en estos casos que la OISS recomienda la psicoeducación como forma de contención y comprensión la terapia cognitivo conductual basada en el trauma como, por ejemplo, el EMDR (desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares) [30, 31].

Las intervenciones dirigidas a la población incluyen, por ejemplo, propuestas psicoeducativas mediante folletos informativos, programas de radio y TV, redes sociales [26]; Centros psicológicos y atención online 24 hs por 24 hs. ofreciendo canales de escucha psicológica para contener la ansiedad y angustia de las personas en aislamiento, tanto infectadas como no [14, 12, 4, 9].

Un detalle no menor en la atención clínica es que los psicólogos atienden a pacientes involucrados en el mismo contexto de crisis en que viven los psicólogos. Si bien, el marco general es el de contexto de crisis -la pandemia- que involucra a todas las poblaciones del mundo, cada persona hará su crisis de la crisis. En este sentido, la crisis del psicólogo posiblemente será diferente a la crisis de su paciente. Por tal razón, el paciente también le pregunta al terapeuta sobre su situación de cuarentena. Esta acción favorece el uso de las resonancias personales [32] y lleva a que el terapeuta empatice con su paciente, “hablando el lenguaje de la misma crisis” Haley [33], por cuanto ambos están inmersos en la misma situación y puede intercambiar las propias fórmulas que le dieron resultados en su vida.

También se han realizado encuestas e investigaciones sobre la efectividad clínica, la aparición y evaluación de trastornos, reacciones frente a la pandemia, como ansiedad y síntomas de estrés, además de varias emociones negativas ya mencionadas, como angustia, tristeza, miedo, soledad, con el objetivo de identificar rápidamente los casos con mayor

riesgo y diseñar estrategias más efectivas en la aplicación de tratamientos [4, 14].

A partir de este desarrollo introductorio, se estructuró una investigación con el objetivo principal de conocer las principales recomendaciones, sugerencias, consejos, intervenciones, que los psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizan en sus consultas en relación a la pandemia y la cuarentena consecuente en el 4º mes de confinamiento (20 de julio de 2020) y la exploración se desarrolló durante 10 días (del 20 al 30 de julio), tiempo en que se tardó en recibir las respuestas. A estas intervenciones se las denominó “facilitadores” puesto que operan como elementos de amortiguación de angustias, ansiedades y miedos, en el intento de reducir la incertidumbre, con el fin de mejorar la calidad de vida durante y después de la cuarentena. Estos facilitadores también expresan los objetivos particulares de cada profesional y lo que cada uno cree necesario para la población en estos momentos.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: la investigación consiste en un estudio cualitativo, a través de un muestreo no probabilístico e intencional.

Población: se seleccionó una muestra de 30 psicólogos psicoterapeutas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), de ambos sexos, de entre 10 y 30 años de experiencia clínica y de diferentes filiaciones terapéuticas. La selección se estableció en base al conocimiento que el director de la investigación tiene de la población de profesionales bajo estudio. Se privilegió la experiencia clínica, a la edad, género y modelo terapéutico. Resultó una muestra heterogénea en cuanto a género (19 mujeres y 11 varones), años de experiencia clínica (entre 10 y 30 años), y filiaciones de modelos terapéuticos (45% de terapeutas sistémicos, 26% cognitivos, 8% integrativos, 9% psicoanalistas, 12% compuesto por gestálticos, logoterapéuticos, mindfulness, psicodramatistas).

Procedimiento: se les formuló vía correo electrónico una pregunta simple y concreta: ¿cuáles son las principales intervenciones que realizaban con sus pacientes a la altura de 4 meses de cuarentena? (20 al 30 de julio de 2020), enumerando y explicando un mínimo de 5 (cinco) intervenciones. Las respuestas fueron redactadas por los profesionales y reenviadas al investigador de la presente, vía correo electrónico. Por intervenciones se aclaró que se incluían explicaciones, directivas, recomendaciones, sugerencias, consejos, tareas, entre otras, y se las denominó “facilitadores”, puesto que amortiguan las crisis y minicrisis durante la cuarentena. Los resultados fueron agrupados por similitudes de intervención y el contenido explicativo: en el caso de “crear espacios de autonomía”, 12 terapeutas proponían “buscar espacios de independencia”, “intentar encontrar lugares individuales”, “la individualidad para oxigenarse de las relaciones familiares”, “encontrar en la casa espacios de soledad y encuentro personal”. Este material y su explicación se reunió en el ítem señalado “autonomía” como categoría

que aunaba el resto de intervenciones propuestas. En ese proceso, de los 15 facilitadores obtenidos, uniendo los diferentes y descartando las reiteraciones, se obtuvieron 15 en total.

Resultados

De los 15 facilitadores que quedaron finalmente, algunos son más conceptuales, reflexivos o de filosofía de vida y otros se acercan más a prescripciones directivas de conductas concretas. Los 15 facilitadores son los siguientes:

1. Construir un nuevo cronograma de actividades: en esta etapa del confinamiento obligatorio es importante iniciar nuevas alternativas a las actividades que se plantearon al comienzo (los consejos que permitieron tolerar los primeros tiempos de confinamiento) y realizar un nuevo cronograma en donde se instauren otras actividades, posiblemente demarcar con menor rigidez ciertas pautas de organización, de limpieza del hogar, de compras, de cocinar, de lavar ropa, etc. e incorporar otras actividades. Por ejemplo, la inserción paulatina del Home Office en el seno de la cuarentena obliga indefectiblemente a modificar tiempo. Pero no solo el trabajo en casa, sino también el inicio de cursos de estudios, cierta flexibilidad en las salidas, o simplemente realizar cambios de cronograma inicial para romper con la rutina prefijada e insertar cierta innovación en las actividades en el tiempo de cuarentena. Consensuar los horarios con el resto de los integrantes de la familia o la pareja permite reducir el malestar y el fastidio que en algunas oportunidades se pueden traducir incluso en maltrato. Es importante reestructurar y planificar momentos que posibiliten establecer claridad en la comunicación, distribuir tiempos personales y laborales, y reducir las confusiones que pueden establecerse en climas tendientes a la beligerancia. Tal vez lo más importante en este fijar horarios sea buscar el consenso con el otro, y más aún, respetar los acuerdos, y si se producen cambios, éstos deben ser informados y vueltos a consensuar.
2. Crear espacios de autonomía: durante la cuarentena es muy importante -principalmente para quienes viven en familia o en pareja- colocar horarios específicos para espacios individuales en aras a descomprimirse relacionalmente. El hecho de estar de manera permanente con los otros, puede crear hastío e intolerancia. Si se busca mejorar la calidad de relaciones que se establecen en el confinamiento es imprescindible, aunque resulte paradójico, habilitar espacios de autonomía para generar conversaciones con amigos, hacer merienda con la familia, realizar charlas íntimas, en síntesis, tiempos de

- encuentro con el universo particular de cada integrante del grupo familiar o de la pareja.
3. Buscar aislamiento físico, pero no social: si bien la tecnología durante mucho tiempo fue criticada por generar aislamiento y ensimismamiento en las personas, hoy resulta una herramienta indispensable para establecer comunicación con el espacio exterior; es la ventana al contacto, a la comunicación. En este sentido, es un uso bienhechor y saludable. La computadora, Tablet o teléfono celular permiten generar conexiones con el trabajo, el estudio, compañeros y amigos, y de esta manera abrirse virtualmente a la relación social.
 4. Valorar la propia soledad: se debe resignificar el término “soledad” que, en general se interpreta como abandono y desvalorización. La verdadera soledad implica estar muy bien y a gusto consigo mismo, y para esto sí es necesario poder regular la propia autoestima. Ser autoconsciente del propio potencial y de lo que se adolece, quererse y valorarse. Es recomendable realizar este ejercicio: dividir una hoja en dos partes, en la primera columna colocar lo que no me gusta de mí y en la segunda, lo que me gusta de mí. Con esta mini evaluación, una especie de balance, se puede reflexionar acerca de aquellas cosas que valoro de mí y esas que no, y empezar a emprender actividades para uno mismo que representen un crecimiento personal, siempre con la finalidad de incrementar la autoestima. Una cosa por vez. En este sentido, la idea es: no hay nada mejor que estar conmigo mismo, porque de esta manera estaré mucho mejor con los demás, voy a ofrecer lo mejor de mí a los demás, porque estoy bien conmigo.
 5. Motivarse y crear: se trata de incrementar la creatividad, estimulándola en un contexto actual que limita oportunidades, pero que volverán cuando la crisis termine. Por ejemplo, qué oportunidades laborales, hobbies, o qué actividades estaban vedadas y se descubrieron como interesantes de llevar a cabo cuando se normalice la situación. Se crearán opciones alternativas que aliente un plan futuro, que motiven a la persona en una planificación. Se podrán realizar listas de acciones o tareas que la persona cree ser capaz de desarrollar de acuerdo a las necesidades del contexto. El crear es abrir el marco de posibilidades y oportunidades, incrementando la potencia y la aspiración personal en contra del abatimiento y la apatía. Diseñar proyectos es mirar hacia el futuro, es intentar avanzar y rompiendo con la queja inactiva.
 6. Colocar afirmaciones rotundas en preguntas: esta es una forma de lograr romper con la ortodoxia de ciertos conceptos que se vierten de manera categórica. Esta categoría en la que se inscriben nuestras afirmaciones, termina construyendo profecías que se auto cumplen si se llevan a la acción sin reflexionarlas. Se trata de lograr con la duda la realización

de un cambio de categoría donde se incluye tal afirmación, es decir, se la flexibiliza. Tal vez, esta modificación puede hacerse mediante tareas dirigidas en donde la persona se autopregunte cuando tiene afirmaciones rotundas: “me voy a morir”, “me voy a contagiar” y colocarlas como interrogación. Este mecanismo obliga a encontrar respuestas menos extremistas: “¿me voy a morir?”, “¿me voy a contagiar?”, “si me cuido y tomo las precauciones ¡estaré muy bien!”. Esta connotación positiva deviene de un cambio de significado que deviene de la autopregunta y de allí a un cambio de acciones.

7. Connotar y connotarse positivamente: ver el vaso medio lleno debe ser una de las características a la que nos debemos obligar en este tiempo de cuarentena. Hay personas que naturalmente tienen esta capacidad, pero una gran mayoría, en general, tiende a ver los aspectos negativos de las cosas o situaciones, y así esas personas pueden volverse quejas y criticonas. Pero el mirar positivamente también se entrena: es un ejercicio para intentar aprender a ver la parte positiva o noble de las cosas. Para esto, es interesante aplicar un cambio en las críticas negativas que automáticamente hacen las personas y realizar un giro de 180° de la crítica negativa a una afirmación positiva y no crítica. Aquí vale aplicar la técnica del pero: cuando surge una expresión en negativo se le continúa automáticamente con un pero, en donde se cambia tal apreciación por una interpretación positiva; por ejemplo, “estar encerrado es terrible, PERO, puedo aprovechar para planificar y organizar muchas cosas de mi vida.
8. Incrementar la autoestima: la posibilidad de mejorar nuestro estado anímico en la pandemia incrementa la valoración personal. La autoestima, el sentirse reconocido consigo mismo conlleva mejorar el estado de ánimo y hacer las tareas con mejor energía y actitud. Una de las bases para cimentar la valoración personal consiste en el apoyo afectivo familiar y de amistades. El sostén afectivo aleja las angustias cotidianas y ayuda a elaborar proyectos. En la medida que la persona se sienta activa y potente -en acción, más allá de los resultados-, le devuelve esta imagen a su grupo familiar y extrafamiliar que a la vez retroalimenta el hecho de poder verse a uno mismo de igual manera. Tal entrelazado interaccional conduce a encontrar resultados efectivos. No obstante, la autovaloración es un proceso introspectivo más allá del reconocimiento ajeno: la retroalimentación entre la autoconsciencia del valor personal y la calificación de los demás, hacen a la ecuación para el fortalecimiento de la autoestima.
9. Reducir la beligerancia y comprender-se en el fastidio y el malhumor: es absolutamente importante comprender que estamos en un entorno de hastío, donde cualquier situación por mínima que sea, hacer aflorar una catarsis de las tensiones

acumuladas en la reclusión. Por tal razón, hay que aceptar esta situación tal como es y no olvidar que estamos en modo reclusión; por eso la tolerancia hacia las reacciones del otro como así también en las propias, son una condición sine qua non en este momento. Las situaciones de crisis se caracterizan por el alto grado de complejidades que pronto se transforman en complicaciones. Las ansiedades, fastidio e intolerancia y las mismas angustias e incertidumbre, incrementan aún más las dificultades para encontrar puntos de concordancia. Hay que prestar atención y concienciar cuando se inicia la discusión y evitar pelear, discutir y escalar en los enojos, a sabiendas de que es un momento donde es fácil desarrollar planteos con un tinte conflictivo y problemático. En síntesis sería dejar de complejizar lo que podría convertirse en un clima de tensión y estrés durante días, puesto que el efecto dominó puede ser imparable.

10. Cambiar de contexto ante la discusión: es una estrategia efectiva para reducir el efecto de la bola de nieve o frenar escaladas simétricas. Consiste que cuando alguno de los integrantes de la pareja o de la familia, perciben que están a punto de escalada, inmediatamente alguno se retire a otro ambiente de la casa, dé una vuelta a la manzana, se duche, vaya al balcón o riege las plantas, es decir, cualquier acción que permita salir del circuito tóxico de la probable discusión. Para realizar este ejercicio se debe tener consciencia de que se avecina la catástrofe y tener la voluntad de resistir a la tentación de pelear para obtener el triunfo, porque al final de cuentas, la escalada es una contienda para vencer al otro. Esta maniobra desestructura la interacción enfermante de una discusión, que, en general, no conlleva ningún efecto productivo. Basta que uno salga fuera de la escena para que el juego se rompa.
11. Revalorizar y activar vínculos afectivos: refugiarse en los afectos, tanto en la familia nuclear como extensa y en los grupos secundarios (amistades y compañeros), es un respaldo afectivo relevante durante la cuarentena. Siempre los afectos constituyen el soporte de la autoestima y base de tolerancia de las crisis. Las situaciones críticas son los momentos en donde más se debe recurrir a la contención afectiva. Los afectos darán solvencia emocional y respaldo de cara a la crisis. De allí la necesidad de incrementar el flujo de las interacciones, afianzando los sentimientos, enseñando a metacomunicar, con el afán de evitar conflictos que complican aún más la situación caótica. También revisten importancia los grupos externos a la familia: los amigos y los grupos sociales, que nutren emocionalmente y sirven de amparo y contención de angustias y ansiedades. No es posible darse un abrazo real, pero sí un abrazo virtual y expresar el cariño y recibirlo mediante la palabra. Estos núcleos afectivos introducen relajación y

- resultan ansiolíticos en medio de la cuarentena. Quienes se encuentren en familia o en pareja pueden expresarlo en vía directa, y a las personas que pasen la cuarentena solas, la tecnología les posibilitará la expresión o recepción afectiva.
12. Cambiar la queja y rumia por acciones: este es un momento donde el fastidio y la intolerancia por el encierro llevan una y otra vez a pensar en lo que podría estar haciendo y no hago, del hartazgo de la reclusión, y quejas en esta perspectiva. Esto nos envuelve en una rumia donde vamos y venimos con estos pensamientos. Pero, además, cuando se está con otros aparece la queja y de esta manera se hace catarsis. La rumia y la queja resultan una combinación absolutamente desgastante porque se retroalimentan. Mientras que las personas se quejan, no accionan, es decir, al no hacer, no solo que no modifican su vida, sino que se empobrecen.
 13. Estructurar metas acotadas y concretas: aunque estemos dentro de casa conviene construir metas concretas y posibles. No vamos a aspirar a plantear proyectos grandiosos; esos los vamos a dejar para cuando esta situación se termine, pero sí aquellos pequeños proyectos que sean factibles para realizar desde casa, iniciativas que me posibiliten estimular la creatividad y poner en marcha las ideas y evaluar los resultados. Algo tan sencillo como leer 5 páginas de un libro puede ser una meta, para después evaluarla. De todas maneras, lo importante es plantearse objetivos que pueden escribirse, ordenarse en pasos y concretarlos. Su realización sirve para autoestimularse, empoderarse y sentir que a pesar de estar adentro podemos poner en marcha nuestras ideas y algunos proyectos.
 14. Realizar actividad física: hacer deporte, bajando tutoriales y clases de YouTube formaron parte de las recomendaciones iniciales; es de suma importancia mantener este hábito y, si no se realizó hasta el momento, no es tarde para comenzar. La práctica de gimnasia, deporte de cualquier tipo, no solo favorece nuestro sistema muscular, respiratorio y cardiovascular, sino que además estimula la secreción de endorfinas, nuestras morfina internas, que se producen con el ejercicio físico y nos instan al buen humor y a la sensación de bienestar.
 15. Reducir la incertidumbre día a día: nada más incierto que el futuro, máxime en este período. Se trata de no pensar demasiado en el futuro a largo plazo y dedicarse a establecer metas diarias, es decir, vivir y planificar cada día. Esta cuarentena deja a la intemperie algunas de nuestras seguridades y las permuta por la inseguridad más descarnada. En pos de reducir la ansiedad y lograr mejor adaptación a la situación actual, es necesario ir hacia lo concreto y lo inmediato, lo realizable y lo posible.

Discusión

Las intervenciones seleccionadas aúnan, tanto una filosofía reflexiva acerca de la vida como acciones concretas y directivas para cambiar, apoyándose en algunos puntos comunes como descubrir la perspectiva y el significado positivo de personas y situaciones, el empoderamiento y la seguridad, evitar climas beligerantes, crear y proyectarse a futuro, mejorar las relaciones con el entorno conviviente, reducir la incertidumbre y niveles de agresión, angustia y ansiedad.

Sobre el 100% del total de 15 facilitadores, un 33,33% (5) remiten específicamente a una expresión de reflexión o pensamiento a la manera de imperativo categórico. No sugieren ni ordenan acciones concretas, como son el 66,66% (10) restante. Valorar la propia soledad, motivarse y crear, incrementar la autoestima, reducir la beligerancia y comprender-se en el fastidio y el malhumor, revalorizar y activar vínculos afectivos, son facilitadores que no ordenan secuencias de conductas sino autoreflexión como cambio de filosofía de vida.

Los facilitadores 5 (“Motivarse y crear”), el 13 (“Estructurar metas acotadas y concretas”) y el 15 (“Reducir la incertidumbre día a día”), sería aparentemente contradictorios. Sin embargo guardan coherencia con lo que propone cada uno. El 5º afirma el no perder la creatividad y sugiere preparar proyectos para cuando termine la cuarentena, y no plantearlos cuando cese. El 13º señala realizar acciones productivas y de resultados inmediatos dentro de la reclusión, cuestión que permitan reducir la incertidumbre actuando paso a paso, como sugiere el 15º.

La intencionalidad que aparece no solamente radica en el poder lograr una estadía de cuarentena más saludable, reduciendo niveles de agresión, incertidumbre, angustia y ansiedad, sino que este probable último período de reclusión sea una puerta a una mejor integración social. Son interesantes los comentarios de algunos terapeutas cuando dicen estar observando que “a la gente la está estresando la salida a lo social”.

Aparecen emociones como el “miedo a contagiarme” y la ansiedad en el acercamiento, tendiendo a retornar rápidamente al hogar después de una salida. Esta actitud estresante en la salida podría describirse cuasi como un “síndrome de Estocolmo”, pero sin captores. Es factible pensar, en esta línea, que el captor es el encierro mismo, y el hogar (en lugar de una persona, como de hecho se produce en el síndrome de Estocolmo), aquello con lo que alguien retenido en contra de la voluntad, desarrolla un fuerte vínculo afectivo con el captor (Gomez A., 1999) [34]. Este fenómeno también es denominado “síndrome de la cabaña”, y no se trata de un trastorno descrito por la literatura científica, sino referido a los antiguos colonos americanos cuando tenían que pasar largas temporadas de invierno encerrados en cabañas.

Se observa es una cierta ambivalencia con respecto a la salida de la cuarentena. Por una parte, el deseo de salir del cautiverio y, por otra, el temor a salir. Por lo tanto, las recomendaciones muestran cómo mejorar la calidad de vida durante la estancia en cuarentena y a su vez preparar a las personas para la salida cuando toda finalice [35, 36]. Desde esta

perspectiva, se entiende este momento como un período bisagra, donde se produce un cierre (de la reclusión) y una apertura (a lo social).

Por último, también se distinguen dos factores en el ejercicio de las sesiones: el primero, ya mencionado, es el terapeuta viviendo en el mismo contexto crítico del paciente lo que se capitaliza como una igualdad de situación y de hablar del “nosotros en situación de crisis” que, a pesar que no sea la misma vivencia de crisis que la del paciente, se acentúa la posibilidad de ejercer mayor empatía puesto que “ambos estamos en el mismo barco”. Y, en segundo lugar, el terapeuta que trabaja en su casa y debe exponer su intimidad, mostrar su lugar -su casa- o la habitación donde desarrolla la sesión, someterse a ruidos ambientales, voces, perros, etc. lo que rompe con el tradicional hermetismo de la consulta profesional.

No obstante, a pesar de las dificultades, la psicoterapia durante la pandemia es un recurso muy importante porque, además del virus COVID-19, hay otros “virus emocionales”, en el sentido de que las emociones negativas que invaden a las personas en este período se reproducen tan rápido como los temidos virus, pues, de lo contrario, estará muy conscientes de protegerse del contagio virósico, pero la mente y las emociones no funcionarán adecuadamente para enfrentarse con la vida después de la pandemia.

Conclusiones

Los resultados de los 15 facilitadores son coherentes con las reacciones emocionales debidas a la longitud de la pandemia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ciudad absolutamente cosmopolita, de amplia circulación de personas del resto del país y de turismo extranjero y nacional, factores no menores en relación a los inicios de la cuarentena, concatenados al riesgo al contagio y en relación con las emociones que se detonan.

Las sensaciones de mal humor, fastidio y enojo, son algunas de las emociones que enfundan la angustia y el miedo, y que producen alteraciones y disfuncionalidades en la convivencia [14]. Un denominador común observado es que todas las recomendaciones apuntan a reestructurar comportamientos, empoderar a la persona incrementando su seguridad y autoestima, para que, de esta manera, obtenga una mayor solvencia afectiva y relacional, y la resiliencia suficiente en su forma de afrontar la pandemia en el estado actual de situación, tal ilustramos en el siguiente esquema de retroalimentación (Figura 1a,1b,1c,1d).



Figura 1a.
Esquema de retroalimentación [14]
EMPODERAMIENTO


Figura 1b.
SEGURIDAD


Figura 1c
AUTOESTIMA


Figura 1d
RESILIENCIA

Cada facilitador parece basarse en este esquema, construido a partir de las intervenciones recogidas, es decir, los consejos se estructuraron por la desorganización, el agotamiento de recursos, lo faltante, por el déficit, por lo que hace falta en estos momentos de cuarentena.

Dentro de las limitaciones del estudio, cabe observar que la investigación se ciñó a la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y esto remite a un sector de la población de Argentina y de Latinoamérica. También los consejos se limitaron a personas de clase social media. De todas maneras, sirve como baremo comparativo de otras capitales o ciudades de la Argentina o del exterior. La clase social y lugar limitan las posibilidades para realizar diferentes hipótesis al respecto.

Conflictos de interés: el autor del artículo y que llevó a cabo la investigación, no refiere conflictos de interés alguno.

Fuentes de financiación: esta investigación no fue subvencionada por ningún organismo ni público ni privado.

Literatura citada

1. Díaz-Pinzón JE. Estudio comparativo entre el contagio durante la cuarentena obligada por el COVID-19 y el contagio durante la apertura gradual y controlada para algunos sectores de la economía en Colombia. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2020; 29(Supl 1):52-58. DOI: 10.31260/RepertMedCir.01217372.1073
2. Zhang Y, Yu X, Sun HG, Tick GR, Wei W, Jin B. COVID-19 infection and recovery in various countries: Modeling the dynamics and evaluating the non-pharmaceutical mitigation scenarios. *arXiv preprint arXiv:2003.13901*. 2020; 1-29.
3. Tan CW, Low JG, Wong WH, Chua YY, Goh SL, Ng HJ. Critically ill COVID-19 infected patients exhibit increased clot waveform analysis parameters consistent with hypercoagulability. *American journal of hematology*. 2020; 95(7):E156–E158. <https://doi.org/10.1002/ajh.25822>
4. Zhou Z, Ren L, Zhang L, Zhong J, Xiao Y, Jia Z, et al. Heightened innate immune responses in the respiratory tract of COVID-19 patients. *Cell Host Microbe*. 2020; 27(6):883-890. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2020.04.017>

5. Zheng YY, Ma YT, Zhang JG, Xie X. **COVID-19 and the cardiovascular system.** *Nature Reviews Cardiology.* 2020; 17(5):259-260. DOI: 10.1038/s41569-020-0360-5
6. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. **Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional.** *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2020; 25(1):1-22. DOI: 10.5944/rppc.27569
7. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FH. **Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias.** *Revista debates in psychiatry.* 2020; 2020:en prensa.
8. Parrado-González A, León-Jariego JC. **COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española.** *Rev Esp Salud Pública.* 2020; 94(8):1-16.
9. Schmidt B, Crepaldi MA, Azeredo-Bolze SD, Neiva-Silva L, Demenech LM. **Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19).** *SciELO Preprints.* 2020; 1-26. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.58>
10. Hall RC, Hall RC, Chapman MC. **The 1995 Kikwit Ebola outbreak: Lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics.** *Gen Hosp Psychiatry.* 2008; 30(5):446-452. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.05.003>
11. Molero-Jurado MM, Pérez-Puentes MC, Soriano JG, Oropesa-Ruiz NF, Simón MM, Sisto M. **Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática.** *Eur J Health Research.* 2020; 6(1):109-120. DOI: 10.30552/ejhr.v6i1.206
12. Jiang X, Deng L, Zhu Y, Ji H, Tao L, Liu L, et al. **Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai.** *Psychiatry Research.* 2020; 286:1-3. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>
13. Taylor S. **The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease.** Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing; 2019.
14. Ceberio MR. **Los barbijos emocionales. Crisis e impacto psicológico en época del COVID-19.** Buenos Aires: Akadia. 2020.
15. Zandifar A, Badrfam R. **Iranian mental health during the COVID-19 epidemic.** *Asian J Psychiatry.* 2020; 51:1-2. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>
16. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. **2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society.** *The Lancet.* 2020; 395(10224):e37-e38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
17. Masip P, Aran-Ramspott S, Ruiz-Caballero C, Suau J, Almenar E, Puertas-Graell D. **Consumo informativo y cobertura mediática durante el confinamiento por el Covid-19: sobreinformación, sesgo ideológico y sensacionalismo.** *El profesional de la información.* 2020; 29(3):1-12. DOI: <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.12>
18. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. **Fear of COVID 2019: First suicidal case in India.** *Asian J Psychiatry.* 2020; 49:1-2. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989>

19. Gallegos M, Zalaquett C, Luna-Sánchez SE, Mazo-Zea R, Ortiz-Torres B, Penagos-Corzo JC, et al. **Coping with the Coronavirus (Covid-19) pandemic in the Americas: recommendations and guidelines for mental health.** *Interamerican J Psicol.* 2020 54(1):1-28. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1304>
20. Consuegra-Fernández M, Fernandez-Trujillo A. **La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas.** *Revista de Bioética y Derecho.* 2020; 50:81-98. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.50.31683>
21. Diaz-Manchay R, Perez-Loaiza J, Carrasco-Fernandez J, Ñique-Carbajal C. **Final de la Vida Humana y COVID 19: Experiencia desgarradora.** *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA.* 2020; 13(1):97-98. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.631>
22. Organización Iberoamericana de seguridad Social. **Recomendaciones de intervención psicológica con pacientes, familiares y profesionales en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19.** OISS Comunicación.Madrid. 2020; 2020:1-5.
23. American Psychological Association **Pandemics.** Recuperado em abril 02, 2020, de <https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/research-information/pandemics>
24. World Health Organization. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak.** Geneva: World Health Organization; 2020.
25. Universidad de Buenos Aires .**Protocolo de atención para la consulta psicológica programada en Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el Marco de la pandemia por COVID-19.** Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2020.
26. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. **Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China.** *Int J of Environ Res Public Health.* 2020; 17(5):1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
27. Xiao C. **A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)- related psychological and mental problems: Structured letter therapy.** *Psychiatry Investigation.* 2020; 17(2):175-176. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.02047>
28. Matías-Guiu J, Porta-Etessam J, López-Valdés E, García-Morales I, Guerrero-Solá A, Matías-Guiu JA. **La gestión de la asistencia neurológica en tiempos de la pandemia de COVID-19.** *Neurología.* 2020; 35(4):233-237. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.001>
29. Barrios V, Cosín-Sales J, Bravo M, Escobar C, Gámez JM, Huelmos A et al. **La consulta telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de la COVID-19: presente y futuro. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología.** *Rev Esp Cardiol.* 2020; 20(10):1-9 DOI: 10.1016/j.recesp.2020.06.027
30. Shapiro F. **EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism.** Washington DC: American Psychological Association; 2002.
31. Shapiro F. **Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures.** 3ª ed. New York: Guilford Publications; 2017.

32. Ceberio MR, Watzlawick P. **Ficciones de la realidad, realidades de la ficción**. Barcelona: Paidós; 2008.
33. Haley J. **Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson, M D**. New York: Norton. 1973.
34. Montero-Gómez A. **Psicopatología del síndrome de estocolmo. Ensayo de un modelo etiológico**. *Ciencia policial: revista del Instituto de Estudios de Policía*. 1999; 51:51-72.
35. Ruiz AL, Díaz-Arcano K, Zaldívar-Pérez D. **La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales**. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. 2020; 10(2):1-8.
36. Enumo SR, Weide JN, Vicentini EC, Araujo MF, Machado WL. **Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma cartilha**. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020; 37:1-10. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200065>

Enlace alternativo

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3941> (html)