



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 24 – Invierno 2020

Impacto de la crisis de la Covid-19 en una Unidad de Salud Mental. Reflexiones sobre la praxis desde la Concepción Operativa

Elena Vázquez Ramo¹

Victoria de Felipe García-Bardón²

Adriana Gutiérrez Fernández de Velasco³

Ignacio Trevijano Frago⁴

“Así, todo pasaba con el máximo de rapidez y el mínimo de peligro. Y, sin duda, por lo menos al principio, es evidente que el sentimiento natural de las familias quedaba lastimado. Pero, en tiempo de peste, éstas son consideraciones que no es posible tener en cuenta: se había sacrificado todo a la eficacia.”

La peste, Albert Camus.

Resumen: En el presente trabajo se analiza y reflexiona sobre el impacto de la pandemia Covid-19 en una Unidad de Salud Mental y la respuesta asistencial. Se analiza la intervención *psicológica para familiares de fallecidos por Covid-19* y se comprueba la importancia del acompañamiento y despedida para los familiares en los procesos de duelo. También se analiza la satisfacción de los pacientes con la *consulta telefónica*. En base a las respuestas no podemos plantear la consulta presencial y la telefónica como algo dilemático, ya que los pacientes ven puntos fuertes y débiles en ambas modalidades. Se reflexiona sobre los efectos de la pandemia en el rol profesional, la necesidad de integrar la atención psicológica derivada de la pandemia con la atención al resto de pacientes y la importancia de incorporar las medidas de seguridad sin caer en un reduccionismo asistencial.

Palabras clave: Covid-19, telepsicología, duelo Covid-19, concepción operativa de grupo, adaptación activa a la realidad.

¹ Psicóloga Clínica, Hospital Universitario de Guadalajara

² Psicóloga Clínica, Hospital Universitario de Guadalajara

³ Psicóloga Interna Residente, Hospital Universitario de Guadalajara

⁴ Psicólogo Clínico, Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”

Introducción

En este trabajo pretendemos reflexionar acerca del impacto que la actual pandemia Covid-19 ha tenido en la Unidad de Salud Mental de Adultos de Guadalajara (USM-A) y la manera en la que nos hemos ido adaptando, en nuestro rol de psicólogos clínicos, a la realidad que nos rodeaba.

En marzo de 2020 aparecieron los primeros casos notificados de Covid-19 en nuestro país. En pocos días el impacto fue devastador, los hospitales desbordados, las UCIS sin capacidad de ingresos, el número de muertes imparable y los profesionales sanitarios agotados y expuestos. Con el paso de las semanas se tomó conciencia de que la pandemia ha generado una crisis en múltiples ámbitos: sanitario, económico, social, individual.

Las crisis, como señala Quiroga (2020) penetran en cada plano, en cada espacio-tiempo de nuestras vidas y “nos herirán con sus armas favoritas: la incertidumbre, la imprevisibilidad de los hechos, la desorganización del ritmo y las formas en que se construye nuestro día a día. El daño que esto implique se expresará en distintas formas de padecimiento psíquico: ansiedad, depresión, soledad, vivencia de estar hoy a merced de los acontecimientos y ante un futuro catastrófico”.

Cada día son más numerosas las voces que alertan de las consecuencias de la Covid-19 sobre la salud mental de la población general (Wang et al., 2020; Cénat et al., 2020), y de la población de supervivientes, familiares y profesionales sanitarios en primera línea (García-Ontiveros et al., 2020). Con relación a la enfermedad Pichon-Rivière (1980b) entiende que es efecto de la contraposición de múltiples causas (policausalidad): factor constitucional (genético e intrauterino), disposicional (el impacto que tiene en el factor constitucional del sujeto el grupo familiar), factor desencadenante del proceso de enfermar (una privación, una pérdida, una frustración o sufrimiento). Pichon-Rivière aludía a la importancia del factor desencadenante en la generación de patología, teniendo en cuenta que la forma de afrontar esa situación estaba relacionada con la manera de haber resuelto situaciones depresivas previas. La situación de crisis que estamos viviendo en todos los ámbitos (individual, familiar, social, comunitario) es de tal calibre que ha removido los cimientos de muchas personas, las pérdidas y duelos que ha conllevado han sido innumerables. Es difícil encontrar a alguien que no se haya visto afectado por la pandemia.

Los dispositivos de salud mental han tenido que adaptarse a esta situación, tanto a la nueva demanda como a la manera de atenderla ya que una de las medidas preventivas de demostrada eficacia para evitar la propagación del virus es la “distancia social”, así impacta de lleno en uno de aspectos clave de nuestra práctica clínica, el vínculo. En concreto, el funcionamiento de las Unidades o Centros de Salud Mental (USM, CSM), como pilar

fundamental en la atención a la salud mental de nuestro país se ha visto alterado de un día para otro, tanto respecto al funcionamiento del equipo como a las respuestas asistenciales individuales y grupales.

En esta situación, en la que los profesionales hemos tenido que cambiar el modo de atención, pasando por períodos en los que no podíamos tener consultas presenciales, queremos mencionar dos conceptos fundamentales de la Teoría de Grupo Operativo que nos han ayudado, centrado y acompañado en este recorrido, “la adaptación activa a la realidad” y “la praxis”, la interrelación teoría y práctica.

La adaptación activa a la realidad remite a la salud mental, al modo de relación del sujeto consigo mismo y al modo de relación con la realidad (Pichon-Rivière, 1980a). En estos meses de caos y desconcierto, de miedo e incertidumbre, desbordados y sin los recursos terapéuticos que habitualmente utilizamos nos hemos preguntado en muchas ocasiones si nos estábamos adaptando de manera activa a la realidad asistencial que nos rodeaba o, por el contrario, las resistencias al cambio, a incorporar nuevas modalidades asistenciales como las consultas telefónicas nos mantenía en una pasividad no productiva.

Por otra parte, **la praxis**, la síntesis entre teoría y práctica, la continua retroalimentación de la teoría a través de su confrontación en la práctica nos ha impulsado a evaluar e investigar sobre las nuevas formas de atención, en concreto las *consultas telefónicas*. Pichon-Rivière (1980a) afirma que “la experiencia de la práctica conceptualizada por una crítica y una autocrítica realimenta y corrige la teoría mediante mecanismos de rectificación y ratificación, logrando una objetividad creciente”. Consideramos fundamental evaluar las intervenciones que realizamos, en este caso revisar los materiales publicados, preguntar a los pacientes y reflexionar sobre sus respuestas nos ha ayudado a romper algunos estereotipos respecto a este modo de atención, así como mejorar el encuadre y la técnica y, probablemente, incorporar a partir de ahora esta modalidad en nuestra práctica habitual, en los casos que consideremos se puedan beneficiar.

Es importante contextualizar el lugar desde el que vamos a reflexionar, por lo que queremos señalar alguna característica de la Unidad de Salud Mental de Adultos (USM-A) y las intervenciones terapéuticas. Incidir en la elevada demanda, y la psicoterapia grupal como eje central de nuestra intervención psicológica. Respecto a la demanda en esos primeros momentos, cambió de manera drástica. Nos encontramos desbordados por personas ingresadas en situaciones vitales críticas, familiares de personas que habían fallecido sin poder despedirse, profesionales angustiados, impotentes y desbordados. Al mismo tiempo se anularon las citas de los pacientes que acudían a la USM-A y se dejó de atender a los nuevos pacientes derivados. Respecto a las intervenciones terapéuticas, se suspendió la

atención presencial, la psicoterapia de grupo y se sustituyó, pasados unos días, por la atención telefónica. Un cambio que impactó en el modo de atención psicológica.

Por último, queremos señalar que la comunicación en el equipo también se vio alterada de manera importante, no podíamos reunirnos, o lo hacíamos en espacios abiertos por riesgo de contagio, y manteníamos el contacto y la posibilidad de pensar a través de correo y WhatsApp.

En este trabajo pretendemos describir y reflexionar sobre las intervenciones que pusimos en marcha desde ese momento, como manera de parar y evaluar lo realizado para poder mejorar. Podríamos describir los acontecimientos en tres momentos diferenciados: la primera ola, salida de la primera ola y la segunda ola. Vamos a describir de modo más profundo únicamente dos intervenciones, la intervención con *familiares en duelo* y la *consulta telefónica* a pacientes de la USM-A. En segundo lugar, queremos reflexionar sobre las repercusiones de esta situación en nuestro rol profesional, en los profesionales de salud mental.

La OMS prevé que la tercera ola tendrá que ver con las consecuencias originadas por la pandemia en la Salud Mental. Los trastornos de ansiedad y el bajo estado de ánimo son lo que habitualmente aparecen cuando la población ve peligrar su salud, su economía y su vida social. También, aparecerán más dificultades con relación a las habilidades sociales y al desarrollo afectivo. Por otro lado, la población con patología previa será más vulnerable a los efectos que la Covid-19 pueda ocasionar.

Intervenciones psicológicas realizadas en la USM-A de Guadalajara en el tiempo de pandemia Covid-19

Con una finalidad didáctica y teniendo en cuenta que las intervenciones psicológicas y su evaluación han estado muy relacionadas con la evolución de la pandemia, vamos a diferenciarlas de acuerdo con la secuencia temporal que, en líneas generales, se ha descrito como la primera y segunda ola.

La primera ola

El 11 de marzo de 2020 nos comunicaron la suspensión de la psicoterapia de grupo y las intervenciones grupales en la USM-A, suponíamos que, para unas pocas semanas, llamamos a los pacientes para comunicárselo y quedamos en volver a llamar cuando se pudiera retomar. ¿Qué pensábamos esos primeros días? Desde luego que esto era breve, pasajero y menos grave de lo que después la realidad nos demostró. A partir de ese día se fueron sucediendo las restricciones en la atención a pacientes hasta que el día 16 de marzo se cierra toda consulta presencial y se nos da la orden de iniciar *las consultas telefónicas*,

algo totalmente novedoso para todos los profesionales. Hubo que instalar línea al exterior en todos los teléfonos ya que no existía esa posibilidad. Además, se suspendió la entrada de pacientes nuevos a la USM, habitualmente cada psicólogo clínico evalúa a ocho pacientes nuevos a la semana.

Como consecuencia de los numerosos debates internos y los pedidos institucionales, y con la inestimable ayuda de tantos materiales y publicaciones que se fueron compartiendo en esos primeros momentos, se organizó la atención psicológica y psiquiátrica dirigida a cuatro grupos de población: a) personas ingresadas por Covid-19 en las que se detectase un elevado y mantenido grado de ansiedad, tristeza, miedo y desesperanza que bloqueaba sus recursos de afrontamiento b) familiares de fallecidos por Covid-19 que pudieran desarrollar cuadro de duelo complicado, c) profesionales sanitarios y d) mantener la atención de los pacientes que acudían a los dispositivos de Salud Mental vía telefónica, salvo urgencias que se realizaban de modo presencial.

En cada ámbito un responsable organizaba la atención en la que participábamos todos los profesionales de los dispositivos de Salud Mental. En la USM (Adultos e Infanto-Juvenil) en ese momento, se atendió a los familiares de los fallecidos derivados de Atención Primaria, Especializada, Urgencias y a los pacientes de las propias consultas.

Diferentes autores plantean la importancia, en un primer momento, de estas intervenciones psicológicas. Así, Inchausti et al. (2020) describen tres focos principales de la Psicología Clínica en estas primeras fases de intervención: profesionales sanitarios más expuestos, personas con psicopatología previa (grupos especialmente vulnerables), los familiares de pacientes con mal pronóstico o que han fallecido. En esta misma línea, Montecchi (2020) señala que “necesitamos no abandonar a los familiares de los fallecidos, que no pueden tener el consuelo de los ritos funerarios y ser sostenidos por los abrazos. Debemos pensar en los familiares de los ingresados en terapia intensiva, sabiendo que no se pueden sostener mutuamente. Médicos y enfermeros deben ser sostenidos y hace falta pensar en momentos para la descarga de la tensión y del miedo”.

En esta primera ola las principales intervenciones que se realizaron dentro del Servicio de Psiquiatría fueron la atención a personas ingresadas por Covid-19, atención a profesionales sanitarios y familiares de fallecidos. La mayoría de las intervenciones fueron telefónicas, por motivos de seguridad en un primer momento. Vamos a desarrollar a continuación únicamente una de las intervenciones realizadas, la intervención psicológica para familiares de fallecidos por Covid-19.

La intervención psicológica para familiares de fallecidos por Covid-19

La mayoría de las personas que pierden a un ser querido realizan un duelo normal, desde la USM intervenimos únicamente en los duelos en los que por diferentes factores consideramos que pueden desarrollar un duelo patológico. En general, dado que la lista de espera para psicología clínica es tan larga, cuando los pacientes llegan a nuestra consulta llevan unos meses de evolución en su proceso de duelo, lo cual no podemos considerar que sea algo positivo, sino todo lo contrario, pero en relación con el proceso duelo facilita la evaluación clínica y toma de decisiones (con respecto a iniciar o no un tratamiento psicológico).

La lógica de esta intervención tan temprana y sin lista de espera, fue que dadas las características de la muerte durante esta pandemia numerosos autores consideran que aumenta el riesgo para el desarrollo de un duelo complicado (García-Ontiveros et al., 2020; Payás, 2020), además, como plantean Moriconi y Barbero (2020) lo que sucede en los momentos previos a la muerte e inmediatamente después condiciona mucho el desarrollo del proceso de duelo.

Esta intervención tenía el objetivo de reducir la probabilidad de desarrollar duelo patológico y minimizar el impacto potencialmente traumático del duelo en estas circunstancias. Se designó a una responsable que canalizaba las derivaciones a los psicólogos clínicos que participaban, los cuales pertenecían a diferentes dispositivos dentro del servicio (aunque ubicados en el mismo edificio, lo cual facilitó la coordinación): Unidad de Salud Mental de Adultos (USM-A), Unidad de Conductas Adictivas (UCA), Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ), Hospital de día Infantojuvenil (HD-IJ). Se acordó que esta intervención psicológica terminaría cuando se retomara la actividad de consulta habitual, en ese momento las vías de derivación al Servicio de Psiquiatría serían las habituales.

Freud fue de los primeros en plantear la diferencia entre duelo normal y patológico, y referirse al duelo como un proceso (1915 /1973). Así, plantea que el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción (la patria, la libertad...). Observa cómo ante idénticas situaciones en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (disposición enfermiza). No consideraba las graves desviaciones de la conducta normal en la vida que acarrea el duelo como un estado patológico, ni consideraba oportuno remitirlo al médico para su tratamiento, afirmando en que pasado cierto tiempo se lo superará, y consideraba inoportuno y aún dañino perturbarlo.

Worden (2004) explica como el duelo normal (en sentido clínico y estadístico) abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. El duelo patológico, según el autor está más relacionada con la intensidad o la duración de una

reacción que con la presencia o ausencia de determinados síntomas, y con el estancamiento de proceso de duelo.

Como plantea Payás (2020) en relación con Duelo por Covid-19 la naturaleza traumática de la muerte, y la falta o limitación de apoyo social podrían ser dos factores que aumentan el riesgo de padecer duelo complicado. Otros factores de riesgo y particularidades del duelo Covid-19 que tendrían que ver con una mayor posibilidad de duelo patológico serían: las circunstancias de la muerte (rapidez, sorpresa, incomprensión y falta de información), aspectos relacionales (no rituales significativos), soledad (al recibir la noticia y durante el duelo), doble duelo (distancia física con red de apoyo y distancia emocional por estar toda la sociedad afectada), posibilidad de duelos múltiples (fallecimiento de más de un miembro de la familia), dificultad de acceso ayuda especializada (primera intervención a distancia), el terapeuta está en duelo también (por la afectación global en pandemia).

Para Pichon-Rivière el concepto de pérdida es también central, planteando la existencia de un núcleo o elemento central, de naturaleza depresiva (ligado a procesos de pérdida y duelo), patogenético (generador de patología), y del que todas las formas clínicas observables serían intentos fallidos, fracasados, de desprendimiento y elaboración (teoría de la enfermedad única).

Decidimos registrar algunos datos de esta *intervención psicológica para familiares de fallecidos por Covid-19*, con la colaboración de los psicólogos clínicos que participaron y los residentes de psicología clínica, ya que teníamos preguntas, dudas e incertidumbres en relación con la atención, con la esperanza de que la investigación nos ayudara a resolverlas. Además de considerar importante conocer las características de los pacientes que necesitaron ayuda para afrontar el duelo, necesitábamos saber si las intervenciones terapéuticas se ajustaban a la demanda para no caer en una atención psicológica innecesaria provocada, probablemente, por la angustia que dicha situación generaba. Se presentan a continuación algunos resultados, que fueron analizados con el programa estadístico SPSS 20.

Desde el inicio de la intervención psicológica a finales de marzo hasta su finalización a finales de mayo se atendieron por esta vía a un total de 27 personas, 22 mujeres (81,5%) y 5 hombres (18,5%). La edad media fue de 50,52 años (desviación típica de 10,8), siendo la edad mínima de las personas atendidas 19 años y la máxima 68 años. La distribución según el estado civil fue la siguiente: soltero (26,9%), casado o pareja estable (50%), divorciado o separado (11,6%) y viudo (11,5%). El 63,6% fueron derivados por su médico de Atención Primaria, el 18,2% por compañeros psiquiatras (implicados en las llamadas a familiares de pacientes ingresados), el 9% por otros psicólogos clínicos del servicio y el 9,5% por trabajadores sociales de Atención Primaria. Otros datos de estas personas atendidas son: el 76,9% tuvo tratamiento previo en USM-A, y la mayoría tenían una red de apoyo social

adecuada (92,3%), en el momento de la intervención también la mayoría (70%) tenían otros problemas asociados (médicos, económicos, familiares). El 72% habían sufrido algún acontecimiento vital estresante a lo largo de su vida o algún duelo previo (48%).

En relación con las características del fallecimiento del familiar: en la mayoría de los casos el fallecido era uno de los dos padres (86,4%), seguido de la pareja (9,1%) y de hermanos (4,5%). La mayoría de los fallecidos eran hombres (65,2%). En la mayoría de las familias únicamente había un fallecido por Covid-19 (77,8%), seguido de 3 fallecidos (14,8%) y de 2 fallecidos (7,4%). La mayoría de las personas no tuvieron un ritual de despedida (62,5%).

Con relación a las intervenciones psicológicas realizadas las personas atendidas recibieron una media de 7,2 sesiones, las personas recibieron como mínimo 2 sesiones y como máximo 20, el 84,6% de la muestra recibió 10 sesiones. Se dio el alta al 66,7%, es decir el 33,3% continúan en seguimiento en el momento actual. La lista de espera (habitualmente de meses para ser atendido por un psicólogo clínico) fue prácticamente inexistente, un máximo de 6 días, siendo el 81,8% de los pacientes atendidos en los dos primeros días desde la derivación. La mayoría de la atención fue telefónica (92,6%) el resto de las intervenciones fue mixta (telefónica y presencial) sobre todo en los pacientes que han continuado seguimiento más a largo plazo.

Según el criterio clínico de los psicólogos clínicos sólo un 33,3% de estas personas atendidas tendrían síntomas que nos harían pensar en un diagnóstico de Trastorno de adaptación (F43) según la clasificación CIE-10 (OMS, 2000), para el resto de la muestra se considera que la reacción de duelo es la normal y el diagnóstico es la de Desaparición o muerte de un miembro de la familia (Z 63.4). Solo el 33,3% de la muestra presenta una mala adaptación a la muerte de su familiar, y podríamos pensar que podrían tener factores de riesgo para la complicación de su proceso de duelo.

Se realizaron varios análisis estadísticos para comprobar si existe alguna asociación entre los indicios de padecer un duelo complicado y variables sociodemográficas o clínicas.

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre los indicios de padecer un duelo complicado y haber recibido tratamiento previo en USM-A, haber tenido un duelo previamente, haber tenido acontecimientos vitales estresantes previos, haber tenido Covid-19, o tener otros problemas asociados.

Encontramos asociaciones con tendencia a la significación estadística entre impresión clínica de duelo patológico y algunas variables como: ser mujer ($p=0,080$) y no haber tenido ritual de despedida ($p=0,074$).

Finalmente encontramos una asociación estadísticamente significativa entre tener una reacción normal de duelo y ser dado de alta ($p=0,009$).

Queremos aclarar que estos resultados corresponden al momento de la evaluación, octubre 2020 y que algunos pacientes, como hemos dicho, aún permanecen en psicoterapia en la actualidad.

Salida de la primera ola

A partir de mayo, junio, tras la salida del confinamiento, volvimos poco a poco y con muchas limitaciones a la atención presencial, primero los pacientes nuevos, después los más graves (3 pacientes máximo por día) y, por fin, psicoterapia de grupo (5 pacientes por grupo).

Psicoterapia de grupo, cierre y apertura de espacios breves

Cuando comenzó la pandemia y se cerraron todas las consultas presenciales, los grupos de terapia se interrumpieron de manera brusca. Muchos pacientes (realizamos un grupo diario) se quedaron sin el espacio terapéutico y sin saber cuándo se podría retomar, lo prioritario en ese momento, respecto a lo grupal, fue cerrar los grupos que habían quedado interrumpidos.

Todos los autores señalan la importancia del cierre grupal, si no se realiza, como dice Baz (1991) es probable que se nos reviertan masivamente los elementos ahí depositados, con consecuencias abrumadoras y desorganizantes de los procesos de aprendizaje.

En el marco de la Concepción Operativa de Grupo, la idea de cierre tiene que ver con la forma como el grupo elabora la finalización de su tarea. Esto último, no en el sentido de completada la tarea, sino de la conciencia de separación o disolución del grupo, por cumplimiento del encuadre de trabajo. La importancia del punto final reside en su potencialidad para resignificar el proceso recorrido (Baz,1991).

Irazábal (2020) se refiere a las diferentes terminaciones grupales, terminación prematura (abandonos, deserciones), forzada (el terapeuta decide expulsar a un miembro o el terapeuta se va), circunstancial (cuando cambia algo en la vida del paciente y se tiene que ir). Estas tres terminaciones dificultan la elaboración. La terminación planificada es fruto de un consenso, en los grupos abiertos. La terminación por cumplimiento del encuadre es cuando la fecha está fijada desde un inicio. Y están las finalizaciones “por fuerza mayor”, como ha pasado con el coronavirus, sería una terminación forzada.

En un intento de finalizar o cerrar los grupos que habían sido interrumpidos de manera tan abrupta, con la dificultad de que no podíamos reunir a todo el grupo (suelen ser

de 10 pacientes), resolvimos este obstáculo haciendo combinaciones de pacientes de tal modo que todos pudieran despedirse. En cada sesión coincidían 5 pacientes, de manera que en las tres sesiones que quedaban para finalizar el grupo iban coincidiendo unos y otros para que todos se pudieran despedir. La vuelta para cerrar el grupo fue muy agradecida por los pacientes y terapeutas. El encuadre grupal que realizamos es el corredor terapéutico (Duro et al., 1990; Bauleo et al., 2005) por lo que los grupos tienen una fecha de finalización planificada, en nuestro caso doce sesiones y después comienza otro, por este motivo quedaban tres sesiones para cerrar los grupos que estaban en funcionamiento.

Tomando conciencia del valor del grupo y de la posibilidad de que en septiembre no pudiéramos retomar (se hablaba ya de segunda ola) decidimos aprovechar para realizar dos intervenciones grupales, por necesidad breve.

Un grupo para *pacientes con dolor crónico*, por el porcentaje tan alto en las consultas de pacientes de estas características, y por el beneficio que obtienen estos pacientes al trabajar aspectos de manejo psicológico de dolor crónico. Consistió en tres sesiones (aprovechando el mes de verano) con psicoeducación, coordinación y observación. La intervención estaba diseñada como paso previo a la incorporación posterior a un grupo largo, que no pudo realizarse por cerrarse de nuevo la actividad grupal, por lo que sólo se realizaron esas tres sesiones iniciales y, a pesar de que el formato fue más psicoeducativo la evaluación que hacemos no es favorable. En tan pocas sesiones no se puede hablar de pertenencia, cohesión, es un enorme esfuerzo para terapeutas y pacientes en un intento de aprovechar al máximo la experiencia para poder cambiar algo y queda cierta sensación de frustración. A pesar de ello fue bien valorado por las pacientes, sobre todo respecto a la aceptación de las limitaciones, adaptación activa a esta situación y la importancia de lo emocional en el manejo del dolor.

Un “*grupo de alto rendimiento*”, de una duración de 7 sesiones (las que pudimos realizar en los meses de verano). Estuvo compuesto por 5 integrantes que habían realizado previamente psicoterapia grupal, con sintomatología grave (no psicótica), años de evolución, alta motivación, deseo de saber sobre lo que les pasaba y buena capacidad de introspección y simbolización. No se conocían entre ellos, ya que habían realizado la psicoterapia en diferentes momentos y en distintos grupos terapéuticos. Se organizaron de la siguiente manera, en la primera sesión se presentaron, se conocieron, hablando de sus expectativas, las cinco siguientes sesiones las dedicaron a trabajar entre todos la problemática de un paciente, en cada sesión durante los primeros minutos compartía su historia, dificultades actuales, síntomas que le preocupaban, y entre todos se pensaba cómo ayudarlo. La última sesión se dedicó al cierre o despedida. La idea era poder retomar unos meses después este mismo grupo con un encuadre breve. No ha sido posible hasta la fecha.

La valoración de los pacientes fue muy positiva, reflejando en las respuestas a las encuestas de satisfacción que se les administra tras la psicoterapia haber profundizado en algún conflicto previo *“creo que ha caído una capa de cebolla respecto a lo que me pasaba con mi madre”* *“He visto aspectos de mi vida que desconocía o que de alguna forma rechazaba. He conseguido, sobre esos puntos, aclarar mis ideas y obtener respuestas”*. Valorando el trabajo grupal *“realimentarnos de ese compartir nuestras fuerzas y vulnerabilidad”*, *“seguir aprendiendo de uno mismo a través de los demás”*. Obtenido algún cambio en su manera de responder *“estoy aprendiendo a no precipitarme y dejar de ser tan organizativa”*. Aumento de autoestima *“seguridad”*, *“valorarme”*, *“incrementar la confianza en mí misma”*. Mejoría de los síntomas *“he salido de casa y relacionarme”*. Refieren que a pesar de pocas sesiones han podido aprovecharlas ya que todos habían realizado psicoterapia *“he aprendido que todo el grupo aporta cosas a tu propia historia, reflexionas y piensas”*

Segunda ola

Al finalizar el verano parecía que la normalidad volvía de algún modo, a pesar de no haber recuperado toda la consulta presencial. Al comienzo de octubre y en relación con el empeoramiento de la pandemia, de nuevo se volvió a suspender la psicoterapia de grupo y la mayoría de las consultas presenciales.

La consulta telefónica

Somos conscientes de nuestro cambio en relación con la atención telefónica, de una atención puntual a la crisis y la reprogramación de citas en la primera ola, a un intento de proseguir con la psicoterapia interrumpida en esta segunda ola.

Dado que asumimos que estaremos una temporada con esta prestación decidimos conocer algo más sobre ella de cara a poder adaptarnos y atender mejor a los pacientes.

La American Psychological Association (APA) (2013) define como *intervenciones telepsicológicas* a la provisión de servicios psicológicos mediante tecnologías que permiten la comunicación no presencial, entre las que se incluye el teléfono, email, texto, videoconferencia, aplicaciones móviles y programas estructurados en una web.

Un tema importante en psicoterapia se refiere a los aspectos éticos y deontológicos. González-Peña, Torres, del Barrio, y Olmedo (2017) plantean algunos principios éticos y legales sobre la telepsicología como son: minimizar el riesgo buscando el máximo bienestar del cliente (el clínico ha de valorar si el cliente puede beneficiarse con una intervención online, si es imprescindible una atención presencial o es preferible plantear una intervención mixta), hacer un seguimiento del impacto de la intervención telepsicológica en el cliente

(evaluar periódicamente cómo este tipo de interacción puede afectar a la intervención), y por supuesto cumplir con la normativa ética y legal vigente.

Existen determinados casos y situaciones en las que no se recomienda la aplicación de intervenciones telepsicológicas, como son personas con ideación suicida, agresores sexuales, relaciones violentas o de violencia de género, ideación de heteroagresividad, trastornos de conducta alimentaria graves, abuso de sustancias y trastornos mentales graves y/o que impliquen una pérdida del juicio de realidad (De la Torre Martí y Cebrián, 2018).

Debido a que se trata de un tipo de intervención en expansión, aún no se posee evidencia suficiente para valorar como ventajas e inconvenientes algunos elementos, por lo tanto, decidimos estudiar más detenidamente la satisfacción de los pacientes respecto a esta modalidad terapéutica para mejorar su implementación.

Estudio sobre la satisfacción de los pacientes a la consulta telefónica

Para valorar la aceptación y satisfacción de los pacientes respecto a esta nueva forma de atención decidimos iniciar una investigación.

Se diseñó una encuesta ad hoc (Figura 1) sobre la satisfacción del formato telefónico, que se aplicó oralmente mediante una llamada de teléfono, aceptando cada paciente las condiciones de un consentimiento informado sobre el uso de sus datos. La encuesta incluía datos sociodemográficos, sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, profesión, situación laboral y clínicos, diagnóstico, terapia previa y tipo de intervención psicológica. La ventana temporal en que se aplicó la encuesta fue el mes de octubre de 2020, administrando la encuesta a pacientes de dos consultas diferentes de psicología clínica con el objetivo de minimizar el sesgo producido por características del profesional, siendo los dos grupos de pacientes homogéneos en variables sociodemográficas y clínicas. Las dos profesionales tienen la misma orientación teórica, psicoanalítica y concepción operativa. Las preguntas en su mayoría son abiertas, permitiendo que los sujetos argumenten los motivos por los que están a favor o en contra de lo que se les plantea. A continuación, se desarrollan las preguntas junto con las respuestas que dieron los pacientes, analizadas con el programa SPSS.20.

Figura 1. Encuesta de satisfacción

- 1.- ¿Por qué cree que el Hospital ha tomado la medida de hacer consultas telefónicas?
- 2.- ¿Qué puntos fuertes ve a la modalidad presencial?
- 3.- ¿Qué puntos débiles ve a la modalidad presencial?
- 4.- ¿Qué puntos fuertes ve a la modalidad telefónica?
- 5.- ¿Qué puntos débiles ve en la modalidad telefónica?
- 6.- Beneficios de la consulta telefónica frente a la ausencia de tratamiento
- 7.- Valoración: muy buena, buena, regular, mala y muy mala.
- 8.- Otras aportaciones

La muestra está compuesta por 61 pacientes de los que el 80,3% son mujeres.

Algunos datos descriptivos de la muestra estudiada son: la mayoría reside en medio urbano (72,5%). Aproximadamente la mitad están casados y tienen hijos. También está equilibrado el nivel de estudios ya que el 47,5% tiene estudios primarios, bachillerato o grado medio y el 52,5% grado superior o universitarios. El 45,9% se encuentran en situación activa laboral y respecto al diagnóstico y siguiendo criterios de la clasificación CIE-10 (OMS, 2000) utilizados en la USM-A de Guadalajara, el 31,4% presentan un trastorno afectivo y el 68,6% un trastorno neurótico secundario a situaciones estresantes que incluyen, entre otros, los trastornos de ansiedad, mixtos ansioso-depresivos y adaptativos. Sólo el 14,8% presentaban también un trastorno de personalidad o rasgos disfuncionales de personalidad.

Respecto a las respuestas a las preguntas de la encuesta hemos podido agruparlas de la siguiente manera:

1. ¿Por qué cree que el hospital ha tomado la medida de hacer consultas telefónicas? La mayoría (75,4%) dan respuestas que indican que entienden el motivo y están de acuerdo (*por el contagio, para no quedarse sin atención*) pero un 24,6% hace algún tipo de crítica (*es exagerado, se podría hacer guardando las distancias, se podrían hacer más consultas presenciales*).

2. ¿Qué puntos fuertes ve a la modalidad presencial? Todos los participantes, menos uno, refieren algún punto fuerte, centrados fundamentalmente en la relación que se establece entre terapeuta y paciente (*contacto, empatía, seguridad, mejor trato*).

3. ¿Qué puntos débiles ve a la modalidad presencial? La mayoría (62,3%) responde que ninguno frente al 37,7% que indica algún punto débil (*desplazamiento, tener que pedir día en el trabajo o faltar a clase, que te vean en la sala de espera*).

4. ¿Qué puntos fuertes ve a la modalidad telefónica? Prácticamente la totalidad (91,7%) han encontrado algún punto fuerte a esta modalidad, que podemos agrupar entre los que señalan la posibilidad de seguir teniendo atención psicológica (49%) de aquellos que se refieren a cuestiones relacionadas con el encuadre (*no pedir día en el trabajo, no desplazamiento, comodidad*) (51%).

5. ¿Qué puntos débiles ve en la modalidad telefónica? La mayoría (88%) de los encuestados ha señalado algún punto débil a la consulta telefónica, que se refieren sobre todo a cuestiones relativas a la alianza, vínculo y en menor medida al encuadre (*no llamar a un horario fijo, menos cómoda, no estar preparado en el momento en que llamen*).

6: Beneficios de la consulta telefónica frente a la ausencia de tratamiento. El 93,3% encuentran beneficio en la consulta telefónica frente a la ausencia de *tratamiento* (*no sentirme abandonada, sentirme acompañada, disponibilidad*).

7. Valoración. Escala Likert. Muy buena el 42,6%; Buena el 32,8%; Regular el 16,4% y Mala 8,2%. El 75,4% da una respuesta positiva (muy buena y buena) y el 24,6% una respuesta negativa (regular y mala).

8. Otras aportaciones. Por último, respecto a otras aportaciones el 38,3% responde que ninguna. Las aportaciones más frecuentes han sido: *Más consultas presenciales con medidas de seguridad, videollamadas y combinar presenciales y telefónicas o franja más precisa de llamadas y dedicar más tiempo a las llamadas.*

Al comparar las respuestas de las dos psicólogas clínicas, no se encuentran diferencia estadísticamente significativa respecto al hecho de entender el motivo de las llamadas, en ambos casos la mayoría lo entiende sin hacer crítica. Tampoco se encuentran diferencias en el beneficio de la consulta telefónica frente a la ausencia de tratamiento ni en la valoración de la consulta telefónica.

Se estudia la asociación entre las respuestas a las preguntas de la encuesta con variables sociodemográficas o clínicas.

Se ha hallado asociación estadísticamente significativa entre:

Puntos fuertes de llamada telefónica. Los hombres valoran como puntos fuertes de la llamada telefónica cuestiones relativas al encuadre (*no pedir día en el trabajo, desplazamiento*) y las mujeres con la continuidad de la atención ($p=0,04$).

Puntos débiles en la modalidad telefónica los pacientes que tienen hijos ven menos puntos débiles a la modalidad telefónica ($p=0,018$); quienes tienen un nivel educativo superior ven más puntos débiles a la modalidad telefónica ($p=0,012$). Quienes tienen mayor nivel educativo valoran como más negativo la pérdida del vínculo en las consultas telefónicas que quienes tienen menos estudios (tendencia a la significación $p=0,07$). También señalan como una pérdida importante el tipo de vínculo que se establece entre terapeuta y paciente cuando la consulta es telefónica quienes viven en medio urbano ($p=0,059$, tendencia a la significación).

Respecto al diagnóstico son los pacientes con diagnóstico de trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes (CIE-10) que incluyen síntomas de ansiedad, mixtos ansioso-depresivos y de adaptación quienes ven más puntos fuertes a la modalidad

telefónica frente a quienes tienen diagnóstico de trastornos afectivos ($p=0,065$). Los pacientes con diagnóstico de trastorno de adaptación, en general, valoran más positivamente tanto la consulta telefónica como la presencial, en general valoran mejor la asistencia. Queremos señalar que existe poca representación de los llamados Trastorno Mental Grave en esta encuesta, por lo que los datos tienen una aplicación limitada a esta población.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa en relación al número de llamadas con las preguntas de la encuesta, ni respecto al tiempo que lleva en psicoterapia un paciente.

Atención a pacientes de dolor crónico: intervención psicológica on-line

En un intento de mantener la terapia de grupo de pacientes con dolor crónico que los PIRes venían haciendo durante años en la Unidad de Salud Mental de Adultos, se ha iniciado una alternativa adaptada a la nueva situación sanitaria que atravesamos. Se han seleccionado 12 pacientes con un perfil clínico semejante y se les está aplicando un programa psicoeducativo del manejo del dolor crónico de 12 sesiones. Tras una primera entrevista presencial (con fines de establecer alianza, explicar encuadre y realizar una evaluación previa) se inicia el programa. Se les envía semanalmente una tarea vía email de carácter psicoeducativo para que la realicen durante esa semana, la cual tienen que devolver realizada a la terapeuta. Tras recibir la tarea semanal, se les hace una consulta telefónica en la que se tratan temas relacionados con la actividad.

Una vez finalizadas las 12 sesiones, se les volverá a citar presencialmente para pasarles de nuevo los cuestionarios de evaluación. Y si se da el caso de que el paciente lo requiera, se le continuará haciendo un seguimiento terapéutico, presencial o telemático, en función de lo que la situación de pandemia permita.

La propuesta de este formato telefónico fue acogida por el 100% de los sujetos a los que se les ofreció. Todos ellos, valoraron muy positivamente esta oportunidad, sintiendo que en las circunstancias sanitarias que atravesamos, podrían aprovechar en gran medida los recursos que se les estaban brindando.

Repercusión de la pandemia en el rol profesional

Los contextos de crisis tienen una exigencia sobre nuestros marcos de referencia, en los que nuestra capacidad de adaptación se ve interpelada. En esta crisis los profesionales de la salud mental hemos tenido que hacer un esfuerzo para adaptar nuestra forma de trabajar.

En este segundo apartado queremos describir la repercusión en nuestro rol profesional, de esta situación. Dividiremos, como hemos hecho anteriormente la secuencia según las olas referidas.

Primera ola

Nos gustaría añadir que, acompañando a este desconcierto en lo profesional, en lo personal gran parte del equipo enfermamos de Covid-19, de modo leve en general. Cada profesional teníamos nuestros temores y complicaciones personales, algunos por edad, otros por tener hijos en edad escolar y permanecer en casa...

Lo que marca estas dos o tres primeras semanas de la primera ola fue el aislamiento de cada profesional en el despacho, y el inicio de la atención telefónica, que en un primer momento estuvo basada en informar a los pacientes de la situación, dar otra cita (confiando que esa cita ya sería presencial) y mostrarnos disponibles por si nos necesitaban, facilitando los teléfonos de nuestros despachos y email corporativo, algo que hasta este momento no hacíamos ya que el contacto era a través de Secretaría.

A pesar de que la Institución no permitía las reuniones de profesionales, queremos destacar que era una situación paradójica ya que no podíamos pensar en intervenciones psicológicas a implementar en este primer momento a un tema tan novedoso de modo individual, así que tuvimos la necesidad, literalmente de organizar reuniones en el aparcamiento (al aire libre) con distancia, a través de móviles y entre todos pudimos pensar en una intervención coherente y adaptada a la situación, mucho mejor de la que cada uno pudo pensar por separado.

Queremos destacar que en este proceso de construcción de las primeras intervención fue fundamental el pensamiento grupal, para salir de lo que Pichon-Rivière (1968) define como el pensamiento típico ante situaciones catastróficas (serían las situaciones que afectan a un conjunto humano, que en un momento dado se ve sometido a frustraciones, miedos, con fenómenos de explosividad y paralización), se trataría de una comunidad no operativa, que difícilmente se defiende de la situación y que no puede planificar. Es sorprendente cómo Pichon-Rivière describe muchas de las fases que hemos vivido como equipo: de la negación inicial (de la necesidad de intervención psicológica “lo que se necesita son médicos y no psicólogos”), pasando por el conflicto (compañeros que planteaban intervenciones más ambiciosas a nivel de la población y otros con una actitud más inhibida) y la reivindicación (“sin más psicólogos clínicos no podemos hacer nada”). Pichon-Rivière señala cómo en toda situación catastrófica se produce un trastorno de la comunicación y la importancia de discriminar estas situaciones, poner límites (hay que seguir atendiendo al resto de pacientes), pudiendo nombrar nuestro miedo (a contagiarnos).

En este sentido, en algunas ocasiones a lo largo de la pandemia, tal como señala Tarí (2020a) hemos caído en un reduccionismo asistencial no operativo en el campo de la salud mental en el que se ha dejado de hablar de cualquier problemática que no sea el Covid-19 y las medidas destinadas a prevenirlo o combatirlo, olvidando los otros motivos de salud y sufrimiento por los que acuden a consulta los pacientes.

Salida de la primera ola

Como decíamos, marcada por el retorno de la actividad grupal. Hacemos una valoración positiva del cierre de los grupos y del grupo de alto rendimiento, pero no tanto del grupo de dolor crónico, quizá deseábamos tanto retomar lo grupal que nuestra expectativa fue excesiva, esperábamos demasiado de tres sesiones, el grupo necesita su tiempo.

Hemos sido más conscientes, si cabe, de la importancia de la psicoterapia grupal. Nuestro duelo también ha sido por la suspensión de este formato terapéutico, aunque haya sido de manera temporal ha supuesto un impacto en nuestra capacidad de ayuda a los pacientes de la USM.

Segunda ola

Al finalizar el verano parecía que la normalidad volvía de algún modo, a pesar de no haber recuperado toda la consulta presencial. Al comienzo de octubre y en relación con el empeoramiento de la pandemia de nuevo se volvió a suspender la psicoterapia de grupo y la mayoría de las consultas presenciales.

Esta es la fase en que nos encontramos al momento de escribir, con un estado emocional que ha ido variando a lo largo del tiempo de la confusión inicial y la intervención para apoyar a pacientes Covid-19, a la esperanza del verano de poder retomar la actividad presencial y grupal, a la preocupación actual por los pacientes de la USM. No podemos negar que fue un jarro de agua fría perder lo avanzado en la asistencia a los pacientes en el verano.

En este momento nos planteamos explorar e indagar algo sobre el estado de los psicólogos clínicos de USM-A (la mayoría de ellos con una amplia experiencia como psicólogos en el Sistema Nacional de Salud).

Breve encuesta a profesionales

Diseñamos una breve encuesta realizada ad hoc para esta cuestión con 3 preguntas: 1) ¿Qué te está generando esta pandemia en lo profesional?, 2) ¿Cómo consideras que te estás adaptando?, 3) ¿Has reflexionado algo con respecto a la asistencia previa a la pandemia?

Brevemente señalar algunas respuestas a estas preguntas:

1) ¿Qué te está generando esta pandemia en lo profesional?: pérdida de intervenciones importantes (psicoterapia de grupo) y cansancio por el esfuerzo de adaptación a nuevas modalidades de atención (teléfono), desmotivación, frustración, decepción con los gestores, deseo de volver a trabajar presencialmente con pacientes. La inhibición provocada, en ocasiones, por el miedo al contagio, contagiar a las personas queridas y a la muerte. La contradicción entre estos sentimientos y el deseo de ayudar y mantener las actividades presenciales. El esfuerzo por superar estos miedos.

2) ¿Cómo consideras que te estás adaptando?: Bien, regular, los pacientes facilitan una buena adaptación, con frustración. La importancia del apoyo del equipo, de los compañeros y la necesidad de poner en común las nuevas formas de atención.

3) ¿Has reflexionado algo con respecto a la asistencia previa a la pandemia?: unanimidad en plantear que trabajamos con mucha sobrecarga asistencial y la necesidad de ampliar el número de profesionales. Toma de conciencia del aumento de atención a problemáticas no tipificadas como trastornos mentales en detrimento de atención mínimamente adecuada a los trastornos mentales en general. Necesidad de incluir más profesionales de la salud mental, psicólogos clínicos, en otros ámbitos asistenciales (Hospital, Especialidades, Atención Primaria). Toma de conciencia de la importancia de lo grupal para manejar la sobrecarga asistencial. Poder implementar formas de teletrabajo/teleasistencia.

Discusión

En este trabajo pretendemos reflexionar acerca del impacto que la actual pandemia Covid-19 ha tenido en la Unidad de Salud Mental de Adultos de Guadalajara (USM-A) y la manera en la que nos hemos ido adaptando, en nuestro rol de psicólogos clínicos, a la realidad que nos rodeaba.

En un primer momento reflexionaremos sobre las intervenciones que hemos realizado.

A lo largo del artículo hemos ido describiendo las intervenciones psicológicas realizadas en la secuencia temporal que ha marcado la pandemia y las “olas”. Coincidimos con otros autores en las intervenciones psicológicas planteadas en esta primera fase: atención a profesionales sanitarios, a pacientes ingresados por Covid-19 y a familiares en duelo (García-Ontiveros, 2020), y con otros que a las tres intervenciones previas se añade la importancia de mantener la atención a personas con psicopatología previa (Inchausti et al., 2020). Entendiendo la enfermedad con relación a la policausalidad planteada por Pichon-Rivière hemos observado que los sanitarios, las personas en duelo y los enfermos por Covid-19 son quienes se han visto más afectados en un primer momento por la pandemia (por padecer un factor desencadenante más grave). Las personas con psicopatología previa podrían ser más vulnerables (factor constitucional y disposicional) al estrés de la pandemia (que se añade al sufrimiento previo) y por eso la necesidad de atención desde el inicio.

Consideramos que la decisión de implementar la atención a familiares en duelo fue pertinente, estamos de acuerdo con los autores que lo plantean como una intervención clave en un primer momento (Inchausti García-Poveda et al., 2020; Montecchi, 2020; García-Ontiveros et al., 2020). Payás (2020) habla de dos posibles intervenciones con relación a duelo por Covid-19, intervención en crisis (universal, indiscriminada, corto tiempo, preventiva) y una psicoterapia de duelo (especializada según niveles de riesgo, medio/largo plazo, elaborar tareas, integrar la pérdida). Worden (2004) plantea una distinción entre asesoramiento (ayudar en duelo normal, facilitar las tareas del duelo) y terapia (ayudar a personas con duelos anormales o patológicos ayudando a identificar y resolver los conflictos que imposibilitan el avance en el proceso de duelo a través de la realización de las tareas).

En el área de Guadalajara, como en la mayoría de las CCAA, diferentes Asociaciones y Colegios profesionales (Colegio Oficial de la Psicología, Teléfono Esperanza, Cruz Roja) se dedicaron a ese primer nivel de atención. Respecto a la intervención psicoterapéutica, como se ha descrito previamente, se realizó de manera coordinada por profesionales de diferentes dispositivos de manera ágil, diferenciando intervenciones más breves y preventivas de aquellas que necesitaron más atención. La mayoría realizó una intervención breve (menos de 11 sesiones) que podríamos considerar una primera intervención en crisis o asesoramiento, de modo que fueron dados de alta tras la misma. Estos datos apuntan a la importancia de realizar intervenciones psicoterapéuticas, eficaces, en el inicio de los procesos que pueden derivar en patológicos, en aras de su prevención. La asociación entre las personas con una reacción normal de duelo y haber sido dadas de alta ($p=0,009$) confirmaría la pertinencia de estas intervenciones breves.

En la situación que estamos viviendo, la importancia del factor desencadenante probablemente haya tenido un peso más homogéneo en todos los pacientes y ha permitido realizar una psicoterapia más breve. Algunos pacientes que continúan en tratamiento presentan situaciones previas complicadas que se han reactualizado con la pérdida actual. También hemos encontrado casos en los que han confluído muchas situaciones traumáticas.

Se ha encontrado una tendencia a la asociación estadísticamente significativa entre no haber tenido ritual de despedida y la impresión de duelo patológico. En nuestra cultura manejamos una suerte de ensayo simbólico respecto a los procesos de enfermedad y muerte, “actos simbólicos” (tanatorios, entierros) que nos ayudan a expresar nuestros sentimientos ante una pérdida, a poner un poco de orden en nuestro caótico estado emocional, a establecer un orden simbólico para los acontecimientos vitales y nos permiten la construcción social de significados compartidos. Nos abren la puerta a la toma de consciencia del proceso de duelo. Dichos símbolos han quedado superados en la primera ola de la pandemia, lo cual sin duda ha podido influir en tener más probabilidad de complicación de duelo si estos rituales de despedida no se han podido realizar como es tradicional realizarlos. Creemos que este es un tema para abrir en futuras situaciones similares. Qué es mejor ¿sacrificar todo por la seguridad total? o ¿cuidar algunos aspectos en relación con la compañía en la muerte y los ritos con medidas de seguridad? ¿Qué costes (económicos, emocionales, sociales) a largo plazo implica ese sacrificio por la seguridad total?

El proceso de duelo ha tenido que ser elaborado de modo diferente al habitual, dadas las circunstancias de la enfermedad y la muerte del Covid-19, entendemos que los terapeutas y los pacientes hemos tenido que hacer una adaptación activa en el afrontamiento del duelo. Por ejemplo, tolerar y asumir que el no haber podido acompañar al ser querido ha tenido que ver con las situaciones contextuales y no caer en una culpa patológica; buscar otra forma de realizar rituales de despedida y entender que el no poder despedirse no implica que la persona amada no supiera de tu amor y tu disponibilidad; buscar la compañía y el vínculo social más allá de la presencia física...

En relación con **la asistencia telefónica** existe el debate entre los profesionales sanitarios de que derivado de la pandemia Covid 19 se va a producir una expansión de estas herramientas de “telemedicina” y “telepsicología”. Respecto a la atención telefónica a pacientes en la USM, queremos profundizar sobre los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción.

Encontramos que la mayoría de los pacientes encuestados entiende esta medida, y aquellos que no lo hacen proponen medidas que nos hacen pensar en la importancia de no alargar demasiado esta situación e incluir posturas mixtas (presencial y telefónica) o consultas presenciales con seguridad. Algo que nos recuerda a la preocupación de Tarí

(2020a) por las adhesiones indiscriminadas a lo telemático. Consideramos que aplicar estas intervenciones con profesionalidad y ética implicaría no adscribirse a estas herramientas sin crítica, en un “como si” fuera lo mismo que la consulta presencial o en un “como si” fuera lo mismo para todos los pacientes.

En base a las respuestas no podemos plantear la consulta presencial y la telefónica como algo dilemático, ya que los pacientes ven puntos fuertes y débiles en ambas modalidades, si bien es importante analizar más detenidamente los mismos para poder integrar ambas modalidades terapéuticas.

Así, los *puntos fuertes de la consulta presencial* tienen que ver con la relación terapéutica (*contacto físico, empatía, seguridad, mejor trato*), y que remiten a la importancia del vínculo planteada por Pichon-Rivière (1980c), ¿qué cambios puede haber en el vínculo terapéutico del paso de la presencialidad a la teleasistencia? Con relación a este tema Adamson (2020) plantea cómo la distancia derivada de la pandemia ha “develado” la dimensión de lo físico en el concepto de vínculo, se trataría de los elementos más primarios del vínculo (dérmico, olor, sonoridad del otro) y los más inconscientes, por lo tanto, la autora plantea que ha habido algo traumático en la pérdida del otro (en la pérdida de ese vínculo más primario) que relaciona con el excesivo “apego virtual” que hemos vivido en las primeras semanas del confinamiento.

En la misma línea Tarí (2020a) plantea la preocupación en la asistencia sanitaria de la adhesión indiscriminada a lo telemático, como sustituto de los contactos cara a cara, preguntándose si realmente lo telemático puede sustituir los procesos de cuidado, procesos que podríamos decir que desde el inicio de la humanidad han estado vinculados a un contacto estrecho, íntimo (vinculado al olor, a la visión cercana, al tacto...), que es lo que se pierde en esta pretensión del cuidado a través de los ordenadores, es algo que deberíamos tener al menos discriminado.

Creemos que algo de la transferencia en psicoterapia se juega en este vínculo más primario e inconsciente, de ahí la importancia concedida al contacto físico y la seguridad en relación a la atención presencial.

Por su parte, de la Torre Martí y Pardo Cebrián (2018) plantean como una limitación de las intervenciones telepsicológicas la necesidad de mayor investigación, y ponen como ejemplo el tema del desarrollo de la alianza terapéutica en la que los estudios muestran datos contradictorios entre los estudios que aseguran que se puede construir una alianza similar a la presencial, y los que lo plantean como un reto aún sin resolver, y aconsejan intercalar sesiones presenciales para potenciar la construcción de una buena alianza terapéutica. Carlino (2006) refiriéndose al tratamiento analítico telefónico, plantea que si

bien la presencia no es corporal tampoco podemos pensar en términos de ausencia, plantea “otro tipo de presencia” en el acuerdo del encuentro en hora y día y teléfonos acordados.

Por otra parte, hay un porcentaje de pacientes, nada desdeñable (37,7%), que señalan **puntos débiles a la modalidad presencial**, como *el desplazamiento y el tener que pedir permiso en trabajo o lugares de estudio*. Hay que tener en cuenta la amplia extensión de la provincia de Guadalajara y la atención a la salud mental únicamente en dos ciudades, Guadalajara y Azuqueca de Henares, muchos de los pacientes recorren cientos de kilómetros por carreteras nacionales para llegar a la consulta.

También encontramos puntos fuertes y débiles en la consulta telefónica.

Respecto a los puntos fuertes, prácticamente la totalidad (91,7%) han encontrado algún punto fuerte a esta modalidad, que podemos agrupar entre los que señalan la posibilidad de seguir teniendo atención psicológica (49%) de aquellos que se refieren a cuestiones relacionadas con el encuadre (*no pedir día en el trabajo, no desplazamiento, comodidad*) (51%). No podemos comparar estos datos con investigaciones previas ya que en nuestro caso no hubo otra alternativa, se realizó de manera brusca sin acuerdo mutuo entre paciente y terapeuta. Por otra parte, durante un tiempo no se realizaron encuadres terapéuticos reglados pues estábamos esperando retomar la atención presencial, excepto en la atención a los familiares de duelo. No obstante, los beneficios de realizar una psicoterapia sin la necesidad de desplazamiento son referidas por De la Torre Martí y Pardo Cebrián (2018) y el grupo de intervención psicológica en situaciones de emergencia, desastres y catástrofes de Navarra.

Los hallazgos respecto a la mejor valoración de las consultas telefónicas por los hombres, personas más mayores o personas que tienen hijos, aluden a las posibilidades de dicho formato para las personas que tienen dificultad de asistir o se encuentran más asustadas por las consecuencias de la pandemia.

Respecto a los puntos débiles de la modalidad telefónica La mayoría (88%) de los encuestados ha señalado algún punto débil a este tipo de consulta, que se refieren sobre todo a cuestiones relativas a la alianza, vínculo y en menor medida al encuadre (*no llamar a un horario fijo, menos cómoda, no estar preparado en el momento en que llamen*). Datos que coinciden con los referidos por el grupo de intervención psicológica en situaciones de emergencia, desastres y catástrofes de Navarra quienes plantean como limitaciones de la asistencia telefónica, el uso de un único canal (oral/auditivo), ausencia de contacto ocular, ausencia de comunicación no verbal y ausencia de contacto físico.

Nos ha resultado interesante la asociación estadísticamente significativa encontrada entre los puntos débiles de la modalidad telefónica y el nivel de estudios, hallando que son los de mayor nivel educativo quienes valoran peor la consulta telefónica. No podemos interpretar estos datos, pero nos sugieren que el nivel educativo se puede relacionar con una mayor capacidad y seguridad a la hora de criticar a la Institución o en una mayor conciencia de pérdida. Quienes tienen mayor nivel educativo además valoran como más negativo la pérdida del vínculo en las consultas telefónicas.

Respecto a **los aspectos clínicos y su asociación con la satisfacción de las consultas telefónicas**, no hemos encontrado asociación entre el tiempo de psicoterapia previa con la mayor o menor satisfacción con la consulta telefónica. Este resultado nos ha sorprendido ya que nuestra impresión clínica es que la atención telefónica con pacientes que llevan más tiempo en terapia es mejor y creemos importante cuidar la construcción de la alianza terapéutica de modo presencial en las primeras sesiones en los tratamientos telepsicológicos como plantean Torre Martí y Pardo Cebrián (2018).

Los resultados encontrados relacionando **el diagnóstico** con la satisfacción de las consultas telefónicas sugieren que las personas diagnosticadas de trastornos afectivos no están tan satisfechas con las consultas telefónicas, informan de más puntos débiles de esta modalidad que las personas diagnosticadas de trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes. Es interesante tener en cuenta estos resultados de cara a la implementación de esta modalidad terapéutica. Los trastornos afectivos valoran mejor la consulta presencial. Por otra parte, los pacientes con diagnóstico de trastorno de adaptación, en general, valoran más positivamente tanto la consulta telefónica como la presencial. Queremos señalar que existe poca representación de los llamados Trastorno Mental Grave en esta encuesta, por lo que los datos tienen una aplicación limitada a esta población.

Las respuestas sobre **los beneficios** de la consulta telefónica frente a la ausencia de tratamiento muestran que la mayoría de los pacientes encuestados (93,3%) valoran dichos beneficios, por lo que estas medidas de seguimiento telefónico podrían ser importantes cuando no se puede tener consulta presencial por diferentes motivos (pandemia, imposibilidad de asistir del paciente a una sesión...).

Respecto a la valoración más cuantitativa de la consulta telefónica, destacar que únicamente el 8,2% considere la atención telefónica recibida como mala. En relación con la aceptación y satisfacción de los pacientes con las intervenciones telepsicológicas existen algunos estudios que informan de una amplia aceptación y satisfacción de las intervenciones telefónicas (Simon et al., 2004) y de un tratamiento autoadministrado a través de internet (Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009), y del uso de las TIC aplicado a los

problemas de ansiedad (Regidor y Ausín, 2020). A pesar de que nuestro estudio no es comparable con los descritos, por cuestiones relativas a la técnica (diferentes grupos de población, diferentes intervenciones terapéuticas, diferentes modos de intervención online) o metodológicas, nos parecen importantes como apoyo a estas nuevas metodologías terapéuticas y la necesidad de seguir investigando.

Algunas **aportaciones** que dan los pacientes en la encuesta, como *tener una franja más precisa de llamadas o dedicar más tiempo a las llamadas*, remiten al tema del **encuadre**, fundamental en psicoterapia. Bleger (1967) describe el encuadre como el no proceso, las constantes dentro de cuyo marco se da el proceso, y queremos aclarar que en muchos de los casos de las consultas telefónicas descritas no se ha mantenido un encuadre adecuado. Se realizaban las llamadas como manera de apoyar y acompañar al paciente esperando la vuelta a la consulta presencial. No saber cuánto tiempo íbamos a permanecer así no ayudaba, no se recordaba las consultas por mensaje como se hace habitualmente, llamábamos el día anterior o la semana anterior como nos indicaron, había que priorizar los grupos de riesgo....

Otras aportaciones dadas por los pacientes como *más consultas presenciales con medidas de seguridad, videollamadas y combinar presenciales y telefónicas*, nos recuerdan que la pandemia actual ha venido a interrumpir el encuadre previo con el que trabajábamos, la institución ha cambiado el encuadre de presencial a telefónico con las consecuencias en la relación terapéutica que describíamos anteriormente y las respuestas señalan la resistencia a dicho cambio al tiempo que proponen otras alternativas.

En la medida que ha ido pasando el tiempo hemos podido ir tomando conciencia de la importancia de reformular el encuadre previo para retomar procesos terapéuticos que quedaron paralizados. Bleger (1967) también plantea que lo que altera la posibilidad de un tratamiento profundo es la ruptura que el psicoanalista introduce o admite en el encuadre. Hemos tomado conciencia de la importancia y posibilidades que aportan las consultas telefónicas, siempre y cuando se realicen “de manera adecuada y en un encuadre establecido”.

Esperemos que no haya más pandemias y que esta vaya mejorando y no lleguemos a la tercera ola, si las hubiera sacamos algunas conclusiones de esta experiencia y de los datos y bibliografía analizada: hay que organizar cuanto antes un método de telepsicología claro, si es posible lo más parecido al formato presencial (videoconferencia) y acordar con los pacientes un encuadre definido. Es conveniente realizar las primeras sesiones de manera presencial, alternando a lo largo del tratamiento sesiones presenciales y telefónicas.

Esta experiencia nos ha permitido superar algunas resistencias respecto a la psicoterapia online, pudiendo llegar tal como plantean algunos autores a realizar un trabajo psicoterapéutico más profundo (Ferrer, 2016; Carlino 2006; Carlino, 2011). Ferrer (2016) plantea que algo fundamental para poder realizar un trabajo psicoanalítico a distancia es “crear un espacio para pensar en el que haya un diálogo reflexivo con un clima propenso al pensamiento y al trabajo elaborativo, con una vivencia opuesta a lo rápido y fugaz, tan típica de los diálogos a través de internet”. Además, es importante que se establezca un vínculo ideo-afectivo estrecho entre terapeuta y paciente para que se haga efectiva la presencia del analista y del análisis en la vida del paciente (Ferrer, 2016).

No obstante, tal como plantean de la Torre Martí y Pardo Cebrián (2018), cuando se recibe una demanda psicológica siempre que sea posible se ha de priorizar la realización de un tratamiento presencial, si se descarta la posibilidad de que la persona puede acceder a una terapia presencial adecuada, se aconseja ofrecer una intervención online antes que desestimar una ayuda psicológica. Y, además, aunque se acabe decidiendo iniciar una intervención online se recomienda analizar con el cliente la posibilidad de realizar algunas sesiones presenciales, especialmente en inicio y evaluación, en el acuerdo de objetivos terapéuticos y sesiones de control durante el tratamiento.

Estamos de acuerdo con Vázquez, Torres, Blanco, Otero y Hermida (2015) en que la investigación en intervención psicológica a través del teléfono va a quedar relegada por la investigación en otro tipo de intervenciones como las videoconferencias, dado que la relación terapéutica y el tipo de interacción se asemeja más a la consulta presencial, incorporando la comunicación no verbal que en la consulta telefónica no es posible. Sin embargo, somos conscientes que muchos de los pacientes a los que atendemos no tienen acceso fácil a internet (por edad, por discapacidad o por falta de recursos) y el teléfono nos ha permitido poder acceder a prácticamente a la totalidad de los pacientes.

Finalmente queremos reflexionar sobre la repercusión de la pandemia en el rol profesional.

Los profesionales de la salud mental nos hemos visto atravesados por esta situación, no sólo a nivel profesional como hemos ido describiendo a lo largo de este trabajo, sino también a nivel personal. Las ansiedades confusional, paranoide y depresiva no nos han sido ajenas y han influido en nuestra repuesta como terapeutas, algo que podemos ver en las encuestas realizadas a los profesionales de la USM. El miedo que esta situación ha generado en la población general también nos ha atravesado.

Tanto se ha hablado de duelo este tiempo, es posible que los profesionales también estemos en duelo con respecto a nuestra praxis previa, transitando por las famosas fases del duelo (negación, ira, negociación, depresión, aceptación). Creemos que la ruptura abrupta

de nuestro modo de funcionar nos generó una situación de shock inicial y confusión que marcó unas primeras semanas de parálisis, de negación. La negociación vino con la salida de la primera ola cuando pudimos retomar la actividad grupal (aceptamos reducir los integrantes de grupos, reducir número de sesiones para poder cerrar procesos, e iniciar otros procesos de psicoterapia breve), pilar fundamental para nuestra praxis en los servicios públicos de salud. La depresión vino con el inicio de la segunda ola, con la pérdida de nuevo de la actividad grupal y de la mayoría de la actividad presencial recuperada.

Es posible que estemos intentando aceptar o adaptarnos mejor a esta situación una vez que asumimos que va a durar más de lo esperado, lo intentamos también a través del estudio de las encuestas de satisfacción sobre la atención telefónica y a través del proyecto de manejo de dolor crónico, en un intento de seguir y mejorar las prácticas que nos hemos visto obligadas a implementar, y como una forma de seguir manteniendo una tarea común y un pensamiento grupal sobre la misma, tan difícil de conseguir en estos tiempos y tan necesario.

Dentro de este proceso de duelo que describimos, nuestro mayor dolor y vacío es con la psicoterapia de grupo, consideramos que es la mejor atención psicoterapéutica que podemos dar en una institución pública de salud. Estamos empezando a ver las repercusiones en la atención a los pacientes de la suspensión de la psicoterapia grupal, por un lado, el aumento de frecuencia entre citas es muy significativo (con un encuadre grupal se tenían 12 sesiones en 3 meses, con el actual se tendrán 6 sesiones en un año), y la pérdida de calidad terapéutica es clara (tanto el aumento de frecuencia entre citas, como por la pérdida del rico trabajo que se produce en lo grupal).

En las encuestas que realizamos a nuestros compañeros pudimos objetivar algunas de estos estados emocionales (pérdida, enfado con gestores, cansancio, frustración, miedo...), pero también la necesidad de no caer en una paralización y resistencia, sino movernos, ser creativos, revisar las experiencias previas y poder seguir ayudando a los pacientes con nuevas intervenciones terapéuticas adaptadas a la realidad que vivimos. Para ello es fundamental transitar con otros compañeros, saliendo del aislamiento (también del aislamiento del pensamiento) que esta crisis nos impone, como plantea Quiroga (2020) la salud, como forma de relación sujeto-mundo, es un proceso colectivo siempre en construcción, siempre en movimiento.

En un principio nos debatíamos entre iniciar intervenciones terapéuticas sin que hubiera una demanda o esperar a que surgiera, optando por una situación intermedia, en la que organizamos ayuda psicológica a grupos de riesgo (enfermos de Covid-19, familiares de fallecidos y profesionales) antes de que se generara dicha demanda. En esta situación creemos que ha sido acertado, dado que como psicólogos clínicos sabemos que hay

determinadas situaciones potencialmente traumatizantes y hemos considerado necesario estar disponibles, sin poder abrirnos a un modo de acceso directo, ya que es posible que esta demanda no fuera compatible con nuestra tarea de psicólogas clínicas de una Unidad de Salud Mental. En este sentido, García-Ontiveros et al. (2020) plantean que el ofrecimiento de ayuda de modo respetuoso puede favorecer el acceso a su debido tiempo.

La crisis de la Covid-19 ha obligado a flexibilizar un modo de atención sanitaria que desde hace años parecía inamovible. El cierre de la actividad presencial, la suspensión de los grupos de psicoterapia, la dificultad de la comunicación entre profesionales, las nuevas demandas, han perjudicado la atención, pero también nos ha permitido incorporar otras intervenciones terapéuticas, lo que puede flexibilizar algunos aspectos de funcionamiento de la institución.

Estamos de acuerdo con Saidón (2020) que de lo que se trata para los psicoterapeutas, y los agentes de salud mental, es cómo pueden ayudar a pensar las ansiedades que esta pandemia ha provocado y aliviar con su accionar, con su escucha, con su palabra, el padecimiento (Saidón, 2020), y poner en marcha dispositivos para poder soportarlas.

La Covid-19 ha aumentado la necesidad de los servicios de salud mental, sin embargo, también ha provocado su cierre, lo que genera una contradicción. Creemos fundamental como plantea Segura (2020a) que tenemos que encontrar la manera de compatibilizar la “distancia social” con la solidaridad comunitaria y, en nuestro caso, con la atención psicológica. Si echamos el cierre sin más y lo único que se tiene en cuenta es que no se produzcan brotes en las Unidades de Salud Mental no se estará realizando una adaptación activa y sana a la realidad, y como profesionales tenemos la responsabilidad de plantearlo por el bien de la población general y de los pacientes y dado que la Institución está agotada en el afrontamiento de esta crisis sanitaria, en la que poco queda para pensar en lo mental cuando lo físico está siendo tan grave.

Conclusiones

- La Concepción Operativa de Grupo es una teoría y técnica sobre la salud y la enfermedad, sobre la familia y grupos sociales, su utilidad va más allá de la aplicación a la coordinación de grupos.
- Algunos aspectos de nuestro ECRO, la adaptación activa a la realidad y la praxis, han supuesto una enorme ayuda en el afrontamiento a esta crisis, desde nuestro rol profesional.

- Es fundamental flexibilizar nuestra forma de trabajar para adaptarnos activamente a las situaciones del afuera (pandemias, grupos poblacionales más vulnerable por algún motivo...).
- Es fundamental cuidar los procesos de muerte para prevenir el desarrollo de duelos complicados.
- Las consultas telefónicas fueron de utilidad y así lo valoraron los pacientes durante el estado de alarma, cuando la consulta presencial era imposible por motivos de seguridad. Se requiere una valoración de la utilidad en cada caso y compatibilizar la consulta telefónica y presencial.
- La suspensión de la psicoterapia de grupo ha supuesto una pérdida de la calidad de la atención psicológica en una USM-A.
- Es fundamental valorar cómo compatibilizar la seguridad y la atención sanitaria de calidad.

Bibliografía

- American Psychological Association (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>
- Adamson, G., Carmona, J. y Tarí, A. (26 de junio de 2020). *La Covid y sus efectos en los vínculos*. Conferencia en “Diálogos en pandemia” organizados por la Escuela de Psicología Social del Sur.
<https://www.youtube.com/watch?v=Fp19IDTPXOQ&feature=youtu.be>
- Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005). *Psicoanálisis operativo: a propósito de la grupalidad*. Atuel.
- Baz, M. (1991). La coreografía de los adioses: el cierre grupal. *Tramas: Subjetividad y procesos sociales*. Nº 2, pp. 119-126
- Bleger, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Revista de psicoanálisis*, 24(2), 241-258.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M., & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de psicología*, 40(2), 155-170.
- Carlino, R. (2006, octubre). *¿Psicoanálisis por teléfono?* XXVI Congreso Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL), Lima, Perú.
- Cazau, P. (2005). Diccionario de Psicología Social (Pichon-Rivière). [Archivo PDF] <https://psicuagtab.files.wordpress.com/2012/06/diccionario-en-psicologc3ada-social.pdf>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., ... & Labelle, P. (2020). Prevalence of Symptoms of Depression, Anxiety, Insomnia, Posttraumatic Stress Disorder, and Psychological Distress among Populations Affected by the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry research*, 113599.
- de la Torre Martí, M. y Pardo Cebrián, R. (2018). Guía para la intervención telepsicológica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. [Archivo PDF] <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>

- Duque, P. (26 de marzo de 2020). *Covid-19: Trabajo con personal asistencial para el Tratamiento Psicológico de Estrés Traumático Agudo: Cuidando al cuidador*. Conferencia ANPIR.
- Duro, J. C., Ibáñez, M. L., López, L. y Vignale, R. (1990). Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale, *La Concepción Operativa de Grupo*, (pp. 37-77). AEN.
- Freud, S. (1973). *Duelo y Melancolía, Tomo II*. Editorial Biblioteca Nueva España. (Obra original publicada en 1915).
- Ferrer Román, C. (18-19 de noviembre de 2016). *¿Es posible el psicoanálisis a distancia?* GRADIVA IX JORNADAS, Barcelona, España.
- González Peña, P., Torres, R., del Barrio Gandara, M.V, & Olmedo Montes, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica Y Salud*, 28(2), 81-91.
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J., & Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107.
- Irazábal, E. (2020). El proceso terapéutico grupal. Proceso de selección, iniciación, desarrollo y final de un grupo terapéutico. Clase dictada en el curso Psicoterapia de Grupo Operativa. Una lectura psicoanalítica. Área3 Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales
- Montecchi, L. (2020). Breves notas sobre estrategia, táctica, técnica y logística en la guerra contra el coronavirus. *Diario de cuarentena, web de Área 3* www.area3.org.es
- Moriconi, V., Barbero Gutiérrez, J. (2020). *Guía de acompañamiento al duelo Covid-19*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. [Archivo PDF] https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/contenidos/documentacion/doc_sosa_guia_duelo_cvd19/es_def/index.shtml
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*.
- Quiroga, A. (26 de diciembre de 2014). *Los Criterios de Salud desde la Psicología Social Pichoniana*. 1968 Grupalista. <http://milnovecientossetentaiocho.blogspot.com/2014/12/los-criterios-de-salud-desde-la.html?q=Los+criterios+de+salud+desde+la+Psicología+Social+Pichoniana>

- Quiroga, A. (2020). *Ese vertiginoso acontecer llamado crisis. Salud y enfermedad, reflexiones acerca de una histórica batalla.* [Archivo PDF] https://docs.wixstatic.com/ugd/536db9_23909703263d4342ae21d3cf9f1ec345.pdf
- Payás Puigarnau, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas.* Paidós.
- Payás Puigarnau, A. (7 de abril de 2020). *Duelo por Covid 19. Retos terapéuticos en su abordaje.* Conferencia Institut IPIR, Barcelona, España.
- Pichon-Rivière, E. (1968). Situaciones catastróficas.
<http://www.area3.org.es/uploads/Situacionescatastroficas.pdf>
- Pichon-Rivière, E. (1980a). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (Vol. 1), (5ª Ed.). Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1980b). *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social* (Vol. 2), (3ª Ed.). Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1980c). *Teoría del vínculo.* Ediciones Nueva Visión.
- Regidor, N., & Ausín, B. (2020). Tecnologías de información y comunicación (TIC) aplicadas al tratamiento de los problemas de ansiedad. *Revista Clínica Contemporánea.* 2 (11 2020).
- Saidón, O. (2020). *Cuarentena y Psicología Social.* [Archivo PDF] http://www.area3.org.es/uploads/Cuarentena-y-psicologiasocial-OSaidon_1.pdf
- Segura del Pozo, J. (12 de marzo de 2020). *¿Cómo sería una respuesta comunitaria al coronavirus?*
<https://www.cuartopoder.es/ideas/2020/03/12/como-seria-una-respuesta-comunitaria-al-coronavirus/>
- Simon, G.E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B., & Von Korff, M. (2004). *Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment. A randomized controlled trial.* Journal of the American Medical Association, 292, 935-942.
- Tarí, A. (2020a). *Planteamientos en torno al Covid.* Diario de cuarentena, web de Área 3
- Tarí, A. (2020b). *Sobre la “clínica del reencuentro”.* Diario de cuarentena, web de Área 3
- Vázquez, F. L., Torres, Á., Blanco, V., Otero, P., & Hermida, E. (2015). *Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis.* Revista iberoamericana de Psicología y Salud, 6(1), 39-52.

- Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós. 2a edición revisada.