Rev Psiquiatr Urug. 2023;87(1):7-29| https://doi.org/10.46706/PSI/87.1.1

# *Experiencia de la línea 0800 1920 durante la emergencia sanitaria por la covid-19 en Uruguay durante el período abril-diciembre 2020*

## Apoyo emocional para la atención primaria en salud mental

Trabajo original


### *Resumen*

***Este trabajo describe la experiencia de los profesionales de salud mental que atendieron en la línea 0800 1920 de Apoyo Emocional, implementada por el gobierno durante la emergencia sanitaria decretada en marzo de 2020, frente a la pandemia de covid-19. Como objetivo general se considera transmitir, describir y explorar esta experiencia realizada en un momento de fuerte impacto social. Asimismo, se propone analizar su utilidad como recurso para la atención en un nivel primario de la salud mental poblacional y su posible función una vez superada la pandemia. Se entrevista a profesionales de la salud mental que participaron de forma voluntaria en la línea y en el presente estudio, recabando sus opiniones sobre los beneficios que presta la línea. Se concluye que la demanda de la población muestra una necesidad de escucha, contención y orientación que va más allá de la covid-19 y que la línea cumple una labor de apoyo emocional, por lo que se valora su continuidad pospandemia. El estudio, que abarca el período abril a diciembre de 2020, es un testimonio de la labor realizada y puede significar un estímulo a futuras investigaciones sistemáticas cualitativas, cuantitativas o mixtas.***



### *Palabras clave*

*salud mental*
*covid-19 Uruguay*
*teleasistencia*
*atención primaria*



### *Summary*

***This study describes the experience of mental health professionals that staffed the 0800 1920 Emotional Support Helpline launched during the COVID-19 sanitary emergency declared by the Uruguayan government in March 2020. Its aim is to share, describe and explore this experience that took place at a time of strong social impact. Its usefulness as a tool for mental health primary care and future applications once the pandemic is over is also analyzed. Mental health professional volunteers were interviewed and gave their opinion regarding this line's benefits. The conclusion is that people's need of listening, counseling and guidance goes beyond COVID-19; the line provides emotional support and therefore its post-pandemic continuity is evaluated. The study, which goes from April to December 2020, may stimulate future qualitative, quantitative or mixed research.***



### *Keywords*

*mental health*
*COVID-19 Uruguay*
*telemedicine*
*primary care*



### Autores

***Ema Ponce de León***
Doctora en Psicoanálisis por la Universidad Complutense de Madrid. Psicoanalista (APU-IPA), cocoordinadora y supervisora de «Juntos» Línea 0800 1920 en el período 2020-2021.

***Mercedes Gallinal***
Licenciada en Psicología. Magíster en Psicoanálisis. Psicoanalista (APU-IPA) y supervisora de «Juntos» Línea 0800 1920 en el período 2020-2021.

***Paola Fernández***
Licenciada en Psicología. Voluntaria en «Juntos» durante el año 2020.

***Ricardo Bernardi***
Psiquiatra. Doctor en Psicología. Psicoanalista (APU-IPA). Integra la Academia Nacional de Medicina.

Colaboradores:
Licenciados en Psicología Irene Batista, Analía Carballeira, Martín Correa, Virginia Chavarría, Adriana García, Dina Gonnet, Mónica Lara, Sabrina Mazal, Agustina Pérez Gomar, Belén Silva, Soledad Silveira y Elbia Suárez, y Amelia Miller, médica especialista en psiquiatría de niños y adolescentes.

Correspondencia:
ema.pdl@gmail.com

## Introducción

Este trabajo se propone transmitir la experiencia de los profesionales de salud mental que atendieron en la línea de Apoyo Emocional implementada por el gobierno durante la emergencia sanitaria decretada en marzo de 2020 frente a la pandemia de covid-19. Se plantea describir y conocer la utilización de esta línea telefónica pública como medio para atender la salud mental de la población en tiempos de confinamiento y fuerte impacto social debido a la pandemia y su posible utilidad una vez finalizada esta.

Desde su inicio se plantean preocupaciones sobre los efectos y las consecuencias que tendrá en la salud mental de la población. Asimismo, se destaca la necesidad de realizar un monitoreo en tiempo real del estado de la salud mental poblacional para poder desarrollar intervenciones efectivas, como fue señalado por diversos autores.[1, 2] «El impacto en la salud mental no es a corto plazo, sino más bien parece que continuará un largo período después de que la pandemia termine».[3]

La amplitud y la gravedad de estos efectos en todos los niveles de la salud de la población llevan a sumar, junto con la noción de «pandemia» —que se extiende a varias regiones o a todo el planeta—, la noción de «sindemia» para referirse a la covid-19. Por sindemia se entiende cuando dos o más epidemias interactúan provocando un daño mayor que la mera suma de ambas. Toma en cuenta los factores biológicos, sociales y ambientales que promueven los efectos negativos de su interacción.[4] Este concepto cambia la estrategia de lucha contra la enfermedad ampliando sus frentes, ya que «lleva a estudiar no solo la transmisión del virus, sino toda la cadena de consecuencias a las que da origen y la forma en la que se entrelazan y potencian».[5]

La comunicación de los primeros casos de infección de covid-19 se conocen en Uruguay el 13 de marzo de 2020. En dicha fecha, además de la declaración de la emergencia sanitaria, se establecen medidas restrictivas con suspensión de actividades en varias áreas como educación, espectáculos, actividad comercial y se exhorta al teletrabajo en oficinas del Estado, cierre de fronteras y otras. Se solicita a la población una cuarentena no obligatoria, apelando a la responsabilidad individual con la consigna «Quedate en casa», lo que tiene un índice de acatamiento muy importante. Es de destacar que la población en ese momento recibe mucha información de situaciones graves en algunos países que cursan la primera ola, lo que seguramente influye en su comportamiento.

Un mes después se retoman actividades en forma progresiva y con protocolos muy rigurosos. Esto tiene como resultado un control satisfactorio de la pandemia en ese período, porque permite un seguimiento estricto del hilo epidemiológico de los casos que se presentan en forma de brotes que son testeados y controlados. Es importante señalar que el número total de fallecidos por covid-19 al 31 de diciembre de 2020 es de 174 y el total de infectados es de 19.119.[6]

Ante esta situación de fuerte impacto social, se implementa desde las autoridades nacionales una línea telefónica, 0800 1920, para el apoyo emocional, abierta a toda la población, que incluye a usuarios de prestadores públicos y privados.

Frente a la dificultad de hacerlo en forma rápida a través de un llamado a concurso, se genera una iniciativa que convoca a profesionales titulados de la salud mental, psicólogos y psiquiatras, que puedan ofrecer un tiempo de atención telefónica de acuerdo con sus posibilidades. Se logra reunir un grupo de 150 profesionales en 15 días que se organiza bajo el nombre de Voluntariado Juntos. La creación de esta línea telefónica recibe el apoyo de la Academia Nacional de Medicina y cuenta con el asesoramiento de uno de sus miembros.[7, 8] El comienzo de la atención es el 14 de abril de 2020. Posteriormente, otras instituciones vinculadas a la Salud Mental también implementan iniciativas vinculadas a la teleasistencia.

## Objetivos

**Objetivo general.** Realizar una descripción detallada de la experiencia de los profesionales de salud mental que trabajaron en la línea telefónica, como forma de conocer y explorar su uso para un primer nivel de atención dirigido a la población durante la emergencia sanitaria.

**Objetivo específico.** Analizar, sobre la base de estos testimonios, la función y utilidad de una línea de este tipo durante la pandemia y como recurso para atender la salud mental de la población, sobre todo en situaciones de crisis, una vez superada esta.

## Antecedentes

Las líneas telefónicas para atención de crisis de salud mental comienzan a utilizarse y se extienden en la segunda mitad del siglo XX en el mundo anglosajón (Reino Unido, Estados Unidos, Australia). Se crean inicialmente para riesgo de suicidio y depresión, pero se amplían para cubrir crisis emocionales y otras emergencias sociales. También se inicia el llamado *counselling* telefónico.[9-14]

Es frecuente que estas líneas utilicen una mezcla de personal voluntario y rentado.[15] Encontramos numerosas investigaciones referidas a los usuarios frecuentes de las líneas para atención de crisis emocionales buscando ayuda regular a través de la línea telefónica y que muchas veces no presentan una crisis inminente. El objetivo de estas investigaciones es comprender el fenómeno para poder dar una respuesta adecuada, discutir el impacto que tienen las líneas de atención en crisis,[15] detectar empíricamente el beneficio que brindan,[16] crear un nuevo modelo de servicio que pueda atender mejor a todos los usuarios contemplando estrategias especiales para los usuarios frecuentes.[17] En un estudio, se señala que las razones para llamar son las siguientes: alguien con quien hablar, ayuda con sus problemas de salud mental y asistencia en eventos negativos de sus vidas. Encuentran beneficios a corto plazo en el apoyo sin restricciones ofrecido por la línea de apoyo, pero surge la necesidad de continuidad para cubrir sus necesidades de un modo más eficiente.[18] Esta búsqueda sobre la utilización de líneas telefónicas en salud mental se realiza en Scholar Google, Google y ResearchGate, utilizando como buscadores Mental Health, Helpline y similares. El punto sobre los usuarios frecuentes es de interés porque es un problema que también se presenta en la línea a la que se refiere este trabajo.

Es importante considerar que Uruguay cuenta con antecedentes en líneas de atención telefónica de la población en situaciones críticas específicas como la Línea Vida (prevención de suicidio); Línea Violencia Basada en Género; Línea de Apoyo INDA (canastas alimenticias); Línea de Atención a Personas en Situación de Calle; Línea Azul (maltrato de niños, niñas y adolescentes); Línea de Atención Adultos Mayores Víctimas de Abuso o Maltrato; Línea Estamos Contigo (denuncias de problemáticas LGBT+) y Línea para la Atención de Usuarios de Drogas y sus Familias. No se encuentran hasta el momento trabajos publicados sobre estas líneas.

En cuanto a la atención telefónica dirigida a la salud mental de la población durante la pandemia, se realiza una búsqueda en Scholar Google, desde el período de inicio a la fecha. Se consideran las investigaciones realizadas durante el año 2020, al igual que el presente trabajo. Se utilizan buscadores como Helpline COVID y «línea de ayuda telefónica COVID». No se encuentran investigaciones cualitativas basadas en opiniones de los profesionales que atienden las llamadas referidas al funcionamiento de la línea, sino que se interesan en el comportamiento y necesidades de los usuarios, así como en el impacto que supone para revisar el sistema de salud mental y sus dispositivos a futuro.

Las investigaciones encontradas se refieren al tema en India,[19, 20] Bangladesh,[21] Malta,[22] Irlanda,[23] Suiza[24] y Grecia.[25] Algunos consideran la respuesta a líneas telefónicas ya existentes, otros a líneas que comienzan por la pandemia,

como India, Bangladesh y Grecia. Se centran en la primera ola, salvo la de Malta, que toma primera y segunda ola.

En todos los casos subyace la necesidad de medir el sufrimiento psicológico y social de la población durante la pandemia, dando por sentado que «la salud mental se vuelve una crisis por derecho propio».[21] Todas ellas coinciden en la importancia de la existencia de la atención telefónica durante la pandemia y más allá de esta.

Considerando las publicaciones, encontramos coincidencias en la creación de la línea en India y en Uruguay. En India se publica una reseña[19] sobre la creación de una línea gratuita a nivel nacional, multilingüística, en cooperación entre el gobierno y organizaciones no gubernamentales que aportan 1328 voluntarios profesionales de la salud mental. Se apunta a que el financiamiento estatal posibilite la sustentabilidad a largo plazo.

Como antecedente del presente trabajo en nuestro país, cabe destacar la publicación de Bagattini *et al*., en colaboración con el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) del gobierno,[26] en la que se aportan los datos cuantitativos preliminares de los usuarios de la línea telefónica 0800 1920. En una muestra de 1363 llamadas de los primeros dos meses el 74 % es de género femenino; un 22 %, masculino y un 2 %, LGBT. Respecto a la edad, la mayor utilización son adultos entre los 61 a 70 años, seguidos de personas entre 51 a 60 años y de 41 a 50 años. Según la severidad de la problemática planteada se presenta un 43 % de llamados leves, 33 % moderados, 11 % severos y 13 % sin datos. Se informa que la mayoría de los usuarios son de Montevideo (62 %), seguidos de Canelones (12 %), y que se atiende tanto a usuarios de ASSE como del sistema mutual.

## Funcionamiento de la línea

El grupo Voluntariado Juntos comienza integrado por 150 psicólogos en su gran mayoría y psiquiatras, organizados en pequeños grupos bajo la supervisión de profesionales de mayor experiencia. Pasa a trabajar en calidad honoraria y transitoria, dentro de la órbita de ASSE, con el apoyo del Ministerio de Salud Pública, que se encarga de los aspectos de organización, soporte administrativo y tecnológico para dar viabilidad a la tarea de la línea.

Se crea una plataforma denominada Circuit, en la cual cada profesional puede atender las llamadas que llegan desde su propio celular. Se utiliza la llamada telefónica de rápida implementación y fácil acceso, que garantiza el anonimato del usuario y no la videollamada —que puede tener ventajas diagnósticas—, ya que se jerarquiza el apoyo emocional inmediato que puede brindarse sin una precisión diagnóstica mayor, pero que permite en todos los casos derivaciones cuando se necesita atender el caso en profundidad.

Se establece una duración de las llamadas de entre 30-45 minutos, con ciertos protocolos de atención que según la severidad del caso se clasifican en códigos verde, amarillo y rojo cuya descripción haremos más adelante. Luego de cada llamada el profesional debe llenar una ficha con los datos sociodemográficos del usuario, motivo de la llamada y severidad del caso para registro de ASSE, en términos de confidencialidad.

Los supervisores realizan reuniones periódicas *online* con sus respectivos grupos, además de las supervisiones personales que se requieran. Se introducen capacitaciones para todos los profesionales de la línea sobre temas de interés como Abordaje de adicciones, Prevención de suicidio, Intervención en crisis, Psicología positiva y otros. Se recibe una gran respuesta de la población: más de 8100 llamadas en los dos primeros meses.[27] Se continúa con un alto número de llamadas llegando a 29.400 en junio de 2021.[28]

El período evaluado en este trabajo corresponde a los meses de abril a diciembre de 2020. Los datos de las entrevistas podrían ser diferentes si se hubieran recogido en el primer semestre del año 2021, debido al crecimiento exponencial de los casos, a la

circulación comunitaria del virus y a la gran ola de contagios y fallecimientos ocurridos.

## Material y método

Se sigue un enfoque cualitativo descriptivo de tipo testimonial, por considerar que es el que más se ajusta a este tipo de estudio. El análisis se aplica a las entrevistas de un grupo de 13 profesionales de salud mental elegidos en forma intencional según criterio de conveniencia. Para la selección de los participantes se pide a los supervisores de los diferentes grupos los nombres de algunas personas con facilidad de comunicación de sus vivencias, dispuestos a colaborar y con suficiente tiempo de participación en la línea.

Se logra un grupo de participantes que refleja la composición del grupo general en cuanto a franja etaria, a los años de experiencia laboral, a la formación teórica y a los centros de estudios universitarios. El detalle de la muestra es presentado en el anexo 1.

Se opta por este tamaño de muestra en primer lugar para hacer posible la tarea y basados en que en el análisis cualitativo se utiliza una muestra con menor número de participantes que en el análisis cuantitativo. No se busca la generalización a una población como en el análisis cuantitativo, lo que exige una muestra estadísticamente representativa, sino la generalización de un fenómeno con sus características y sus variaciones. La muestra cualitativa tiene que cubrir esas variaciones recopilando información de los distintos participantes de la muestra hasta que las respuestas se vuelven repetitivas logrando la saturación. Busca la profundidad en la transmisión de la experiencia con inclusión de ricas descripciones y contextualizaciones de los datos.[29, 30, 31]

Para reunir la información se utiliza la entrevista en profundidad, ya que «la información obtenida a través de las entrevistas permite aproximarse a la forma de entender la realidad por parte del entrevistado».[32] Se analiza primero en forma directa el punto de vista de estos profesionales voluntarios que aceptan dar su testimonio. En segundo lugar, se busca conocer en forma indirecta el punto de vista de los usuarios a través del relato de sus vivencias que hacen los entrevistados. Por último, se infieren algunos aspectos del Sistema de Salud Mental de acuerdo con los relatos de los profesionales y los usuarios. Los tres son considerados como actores para el presente estudio. «La interlocución con los actores clave constituye una forma adecuada para obtener información cualitativa de especial valor».[33]

Se plantean dos preguntas como disparadoras del análisis:

- ¿Es útil la línea 0800 1920 de apoyo emocional durante la emergencia sanitaria?
- ¿Es un recurso válido como primera atención para la salud mental de la población, una vez superada la pandemia?

Dentro de las distintas aproximaciones posibles a una metodología cualitativa descriptiva, en un primer momento se utilizan algunos elementos del análisis de contenido de los relatos tomando en cuenta las palabras, las frases significativas, las metáforas y los temas expresados. Los datos recabados son reelaborados formando conjuntos homogéneos o categorías, agrupando contenido de similar sentido hasta llegar a conceptualizaciones que justifican su agrupamiento.[34] Se realiza una codificación manual con cuantificación que se expresa en tablas y se ve una coincidencia con los datos aportados por Bagattini *et al*.[26] en cuanto a los motivos de las llamadas y a la gravedad de la problemática planteada (anexo 2. 1-2).

Avanzado el estudio se considera que el análisis temático, más flexible, es más acorde a los objetivos buscados. Puede ser descripto como un método para identificar, analizar e informar los temas que surgen del texto. Es apropiado cuando se busca entender las experiencias, pensamientos y conductas que surgen de un conjunto de datos.[35] Se realiza una aproximación inductiva, porque se van encontrando situaciones críticas no esperadas

que desbordan la hipótesis inicial de que las llamadas van a estar relacionadas principalmente con covid-19, cosa que no sucedió. Se estudian las características de estas situaciones que requieren atención y de qué modo son expresadas en las llamadas y captadas por los voluntarios de guardia.

Las entrevistas a los profesionales receptores de llamadas son personales, anónimas, de una duración de entre 50 y 60 minutos, realizadas vía plataforma Zoom por dos entrevistadores con uso de video. Uno de ellos conduce la entrevista y el otro como observador participante lleva el registro, graba e interviene cuando lo considera necesario para aclarar o complementar información, ya que, en un momento posterior, va a ser responsable de la transcripción del material. Son realizadas de forma semiestructurada, con las mismas preguntas generales (anexo 3), pero de acuerdo a cómo se van desarrollando dan lugar a nuevas preguntas que focalizan y enriquecen la transmisión de las ideas y con final abierto. «La pregunta inicial de un estudio cualitativo suele ser amplia y abierta y tiende a volverse más refinada y específica a medida que progresa la investigación y van emergiendo los problemas del área que se está investigando».[36]

Una primera versión de este trabajo es enviada a todos los profesionales que figuran como colaboradores, para ser discutida grupalmente *online*, como forma de tener un *feedback* y saber si se sienten representados por el texto final, así como dar lugar a sugerencias y modificaciones.

## Aspectos éticos

Los profesionales entrevistados son invitados por los autores a participar en el presente trabajo en carácter de colaboradores. Para ello se les envía un correo en donde se explica las condiciones. Se les informa que las entrevistas serán grabadas y que, posteriormente, las grabaciones serán eliminadas. Se cuida la confidencialidad de la información brindada y la no identificación de los usuarios sobre situaciones nombradas en las entrevistas de forma anónima. Asimismo, se garantiza la confidencialidad, el anonimato y la libertad del entrevistado para retirarse cuando lo desee. La respuesta afirmativa al correo enviado es tomada como consentimiento.

## Análisis del material de las entrevistas

Se presenta a continuación la información del material recogido en las entrevistas agrupado en tres grandes temas:

1. **Aspectos referidos a los profesionales que participan en el servicio**
2. **Aspectos referidos a los usuarios**
   - Descripción de las características de las consultas, clasificadas según su severidad en los códigos Verde, Amarillo y Rojo.
   - Vivencias de los profesionales frente a estas llamadas y recursos técnicos utilizados.
   - Atención en crisis y descripción de la intervención frente a un ataque de pánico como ejemplo de un caso típico.
   - Contextos desde donde se reciben las llamadas.
   - Fortalezas y limitaciones del servicio para estas consultas.
3. **Aspectos referidos al Sistema de Salud Mental**

### 1. Aspectos referidos a los profesionales participantes

Las motivaciones que manifiestan los profesionales que se ofrecen a formar parte del Voluntariado Juntos son principalmente la solidaridad y el deseo de colaborar con la situación del país. Expresan que esta participación los ayuda a afrontar los momentos de incertidumbre de la pandemia, les trae beneficios personales, cambios y valiosos aportes en su práctica profesional. Entre

estos beneficios, destacan el sentirse útiles, el poder superar los propios temores generados por la pandemia ayudando a otros, el aporte a la autoestima personal y profesional, el valor de estar realizando un trabajo en común con otros colegas. También expresan la satisfacción de poder colaborar con la comunidad en un momento difícil, el sentimiento de pertenencia y la oportunidad de aprendizaje con la nueva experiencia, valorando especialmente las capacitaciones y espacios de supervisión.

Algunas frases textuales ilustrativas:

«Aportar mi granito de arena, estar ahí, para ayudar al otro, aportar un contacto humano…»

«Tuve muchos miedos personales en cuanto a enfermarme, en lo económico, por mi familia que le pasara algo y como yo viví eso y lo pude afrontar, entonces dije: de esto se sale trabajando, remando, tirando este bote para adelante entre todos».

«Me sentí útil en todas las llamadas, fue para mí una herramienta de salvación, terminaba mi día sintiendo que había hecho algo por alguien».

«Siento orgullo de haber participado en una tarea en común frente a esta pandemia de COVID».

«Antes de mi experiencia en la línea trabajar en forma virtual me parecía imposible […] yo subestimaba bastante la posibilidad de atender desde la distancia y me pareció una experiencia riquísima […] incorporando cosas nuevas».

Además de las vivencias positivas mencionadas, aparecen también temores y ansiedades provocados por las llamadas. Estos son volcados en el espacio de la supervisión, lo que permite elaborarlos y contenerlos. Se refieren predominantemente a la incertidumbre de lo desconocido que trae cada llamada, el temor a la responsabilidad que implica, las dudas de poder dar una respuesta a la altura de la demanda del usuario, la dificultad de afrontar llamadas de usuarios que usan a la línea con fines agresivos o sexuales y la angustia por no poder dar respuesta en las situaciones de vulnerabilidad socioeconómica extrema.

## 2. Aspectos referidos a los usuarios

Las llamadas recibidas se clasifican, según la severidad de la consulta, en Código Verde, Código Amarillo o Código Rojo. Se describen a continuación las características de cada uno y las fortalezas y limitaciones de la línea para su atención.

### 2.1. Código Verde

Se incluye dentro de esta categoría todas las llamadas en las que los profesionales consideran que el usuario tiene los recursos internos que le permiten afrontar la situación con la ayuda ofrecida dentro del tiempo que se estipula para ello. Estas consultas son las más frecuentes y en caso necesario se plantea la posibilidad de volver a llamar.

Los operadores manifiestan que se logran buenos encuentros con los usuarios en los cuales destacan la actitud positiva y el agradecimiento. En estas consultas predomina en los profesionales la vivencia de sentirse útiles y de que la línea de apoyo emocional cumple con su función.

A pesar de que la mayoría de los voluntarios no tiene una formación específica sobre trabajo telefónico ni experiencia previa, considera que su formación le permite dar una atención adecuada a estas consultas código verde. El número de llamadas recibidas directamente vinculadas al temor al contagio, a la enfermedad o a la muerte por covid-19 no son la mayoría, como se esperaba.

Los motivos de las llamadas son diversos; los más frecuentes tienen relación con síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, estados de angustia, soledad y aburrimiento. Estos datos concuerdan con los aportados por Bagattini *et al*.[26] (anexo 2.1-2). También los ataques de pánico, la preocupación por pérdida laboral e incertidumbre económica, la dificultad de acceso a la medicación y consulta psiquiátrica. Algunas, menos frecuentes, son las llamadas

de adolescentes y jóvenes que extrañan a sus amigos y las actividades habituales.

Las consultas muestran que el contexto de pandemia agudiza esta sintomatología. El aislamiento de los primeros tiempos intensifica los sentimientos de soledad y tristeza, las crisis familiares y personales en los usuarios con mayor fragilidad psíquica o vulnerabilidad económico-social.

**2.1.1. Recursos técnicos.** En las llamadas código verde es donde los profesionales atienden con los recursos técnicos de que disponen habitualmente. Los ordenamos en dos grandes grupos.

**a. Intervenciones de apoyo emocional.** Se utilizan intervenciones como la escucha empática, comprensión, acompañamiento, espejamiento y validación de los sentimientos. La regulación afectiva como calmar, tranquilizar, contener y la búsqueda de las fortalezas yoicas del usuario para enfrentar la situación. Muchas de ellas se pueden considerar «afirmativas» en el sentido de remover dudas acerca de la experiencia de realidad y restablecer un sentimiento de identidad.[37] También se emplean las técnicas de relajación y respiración frente a las crisis de ansiedad y ataques de pánico.

**b. Intervenciones de tipo cognitivo.** Dentro de este grupo se consideran las intervenciones como brindar información válida respecto al coronavirus, los cuidados necesarios y la información general requerida por el usuario. También se utilizan los señalamientos, la clarificación, psicoeducación y el cambio de perspectiva. Como forma de ayuda para ordenar el pensamiento del consultante se busca hacer la síntesis de lo escuchado.

En ciertas llamadas se realizan sugerencias de actividades beneficiosas y recomendaciones para dominar estados de ansiedad y recuperar el control. Un profesional lo expresa de esta forma:

«… recomendaba, por ejemplo, tener contacto con la naturaleza en su propia casa o jardín, tareas manuales, buscar e investigar sobre sus procesos de ansiedad, experimentar técnicas de relajación en YouTube. Organizar un plan de vida cotidiana con hábitos y procesos mentales saludables que descentraran los patológicos. Sacar la atención de sí mismo y socializar dentro de lo posible, ayudar a otro, poner su atención en otras personas. Celebrar cada éxito y perseverar. Utilizar el humor es importante para desmantelar una preocupación».

Algunos voluntarios manifiestan que con el tiempo van descubriendo su mejor manera de ayudar a resolver situaciones críticas. La comunicación entre pares y el grupo de supervisión juega en este aspecto un rol importante. Se imparten lineamientos generales y éticos con respecto a la atención vinculada a los diferentes códigos, pero la modalidad de atención varía de acuerdo con el estilo y la formación teórica de los profesionales. Consideramos que frente a muchas consultas código verde predomina un enfoque de «atención en crisis». Entendemos que se necesita una atención en crisis cuando los mecanismos de afrontamiento de la persona se ven superados por la intensidad y la magnitud de la situación vivida, que en general es inesperada y con un potencial devastador para la persona y su entorno. Requiere de un tipo de atención que, siguiendo a Yeager & Roberts,[38] se puede sintetizar en los pasos siguientes: evaluar la situación y el riesgo para sí y para otros; establecer el vínculo, examinar la dimensión del problema y el evento que lo precipitó; explorar los sentimientos y las emociones; explorar los mecanismos de afrontamiento; desarrollar un plan de acción y dejar abierta la posibilidad de seguimiento o encauzar a una posible consulta.

Presentamos a continuación, a modo de ejemplo, relatos de voluntarios que contienen elementos de especial interés sobre cómo realizan este tipo de atención.

«Personalmente atendí cada llamada consciente de que seguramente fuera la única oportunidad de mi parte para ayudar a esa persona, A su vez, siendo una línea destinada en su origen a la “atención en crisis”, adopté

una actitud activa y no solo de escucha, ya que cierta acción es requerida deliberadamente para sortear el momento de "emergencia". Mi intención siempre fue "armar" a la persona con herramientas para que comprendiera el origen de sus síntomas actuales y futuros, aunque con pronósticos variables de acuerdo con el "diagnóstico". Recomendé psicoterapia en varios casos, así como que contaran con la línea para futuros estados de crisis si llegaran a darse».

## Crisis agudas de ansiedad, miedo o pánico

«Estas situaciones fueron las más recurrentes, permitiéndome, dada la frecuencia, ir mejorando mi enfoque y "puliendo" con el tiempo la información funcional que resultaba más útil para el usuario.

No me ponía límite de horario, la consulta duraba lo que tenía que durar. Asumí que mi responsabilidad terminaba cuando finalizara la situación de "crisis" y la persona llegara a un estado de cierta comprensión genuina y responsabilidad personal para manejarse con la crisis.

Ante las llamadas en plena crisis aguda, algunas veces el usuario tenía cierto conocimiento de lo que le ocurría, por haber pasado por eso anteriormente. En otras ocasiones, las personas que consultaban estaban experimentando los síntomas por primera vez».

Pasos a seguir:

**a. Examinar y responder a la situación de emergencia real**

«Tratando de proyectar una perspectiva real y desenfocar al usuario de su inminente ansiedad o incluso de su propia evaluación personal de lo que es un peligro real.

Ejemplo: Cuando atendía a alguien llorando o hiperventilando asustado, en pleno estado de ansiedad aguda, intentaba dirigir su atención a ciertas situaciones de peligro real, para que pudiera discernir entre el miedo de un peligro real material inminente y una percepción psicológica personal de peligro imaginado. Lo hacía a través de preguntas que lo llevaran a una evaluación real y cognitiva de la amenaza que percibía por sí mismo. Las preguntas podían ser: "¿Estás en peligro ahora?". "¿Estás seguro/a en este momento?".

Estas preguntas incitaban a reevaluar en el acto la situación real de la persona llevándola sutilmente al propio discernimiento de su "aquí y ahora", promoviendo una breve reevaluación de perspectiva momentánea, donde pudiera ser consciente de que hay muchos peligros a los que yo podría estar refiriéndome y que el suyo en la mayoría de los casos no era una situación de peligro real, sino emocional. Acto seguido, reforzaba el alivio generado por la propia evaluación de que, a pesar de su estado de "ansiedad, pánico o miedo", no había peligro inminente: "No, no estoy en peligro". Le respondía; "Bien, me alegro".

Muchas veces usaba las preguntas de la ficha para llevar la atención de la persona que consultaba a otros peligros a los que sí podría estar expuesta, pero por lo general no lo estaba. "¿Estás atravesando síntomas de COVID ahora?". "¿Alguien de tu familia los está atravesando?". Estas preguntas la guiaban a una reevaluación de otros peligros o situaciones negativas que sí existían, pero que no le estaban ocurriendo a ella. Esto provocaba una ampliación de su perspectiva y realidad, así como retiraba su atención de su estado, quitándola del foco de sus emociones actuales al tomar conciencia de lo que no le estaba ocurriendo.

De ahí en más todo resultaba más liviano, menos atemorizador y amenazante. Recién ahí consideraba que el usuario era capaz de mover la atención de su estado de "ceguera emocional" a una atención más "neutral" donde pudiera intervenir con mayor receptividad de su parte, aprovechando la ayuda que iba a recibir como única y valiosa oportunidad.

Podía decirle: "Entonces tranquilízate, respira, lávate la cara si quieres. Yo te espero, así conversamos bien acerca de por qué te estás sintiendo así o te sucede eso". Siempre

trasmitiendo tranquilidad, disposición y el sentido de no urgencia, mostrando la posibilidad de que su situación podía ser explicada y comprendida, y por ello integrada y superada. A veces respiraba con ellos hasta llegar al punto en que entraban en control propio».

**b. Enfriar la crisis**

«Por lo general el resto de la llamada constaba de algunas preguntas más, como cuándo había sentido esto por primera vez. Muchas veces descubría situaciones de abuso detrás de los síntomas; otras veces los síntomas respondían a consecuencias de conductas asumidas por la persona para evitar males de menor carga patológica que las propias consecuencias.

Un aspecto importante consistía en lograr una comprensión cognitiva de sus propios procesos, a través de una breve pero asertiva explicación psicológica y neurológica del proceso ansiedad-miedo-pánico, sobre cómo funciona nuestra mente y nuestros pensamientos al procesar la incertidumbre, las potenciales amenazas y las emociones traumáticas no procesadas. Siempre con la profundidad que la persona que consultaba permitía. Se trataba de enfriar la crisis aguda, convirtiéndola en un tema conocido del que se podía dialogar y tratando de que integrara la explicación brindada.

Muchas veces esto provocaba múltiples asociaciones de otras situaciones y una visión ya más clara de cómo eso fue ganando terreno mental en su vida».

**c. Redondeo/Cierre: desactivar el proceso de crisis por sí mismo**

«Para cerrar, siempre incluía la responsabilidad del juicio crítico personal, atribuyéndole al propio usuario la posibilidad de identificar sus propios pensamientos antes de desatar la crisis y activar modificaciones inmediatas, así como el poder de su voluntad para manejar sus estados mentales, emocionales y su conducta: "Desactiva el proceso, que no crezca, no lo alimentes" a través de acciones que lo detengan: una ducha, un paseo, ordenar, etc. Nunca dejaba pendiente la solución a una segunda llamada ni a terceros. Incentivaba el poder de "recuperarse a sí mismo", sin dejar de recomendar psicoterapia o la psicofarmacología disponible para asistir estos procesos, pero no como fuente única de solución.

Por lo general, si no encontraba fundamento dentro de la entrevista, introducía un cuestionamiento acerca de la cronicidad, abriendo la oportunidad de recuperación y devolviéndole la confianza de buscar y procurar su bienestar y salud mental.

La llamada la daba por culminada cuando la persona comenzaba a agradecer o simplemente perdía interés en nuevas sugerencias, demostrando así que ya estaba fuera de crisis y que su atención estaba agotada».

Los contextos desde donde llegan las llamadas son muy variados.

## Llamadas desde el contexto familiar

La mayoría se realizan desde el propio domicilio, a título personal o planteando problemas de pareja, con los hijos o distintos problemas familiares. Muchas tienen un alcance más allá de lo individual; lo hacen por familiares o amigos, creándose de este modo una red de contención que también brinda mayor seguridad sobre la continuidad de la atención de la persona que motiva la consulta, al constatar la existencia de un tercero que se interesa por el problema. También a veces se genera un efecto terapéutico sobre los conflictos de los vínculos implicados en la consulta.

Una mujer le dice a su pareja: «Vení, que acá nos están escuchando, vamos a hablar de lo que nos pasa».

Aparece con frecuencia la búsqueda de orientación o escucha empática, en una situación en la cual la dificultad de acceder a los servicios y comunicarse es grande.

«Habían tocado todas las puertas y ya no sabían dónde más golpear. En cinco minutos se abrían y mucho, la gente iba al punto y

con una confianza total. ¡A ese anónimo le contaban todo!».

## Llamadas desde residenciales

Las llamadas desde los residenciales son habituales, dado que durante la pandemia los protocolos de visita son muy estrictos e intensifican en los residentes el sentimiento de soledad y angustia.

Un comentario:

«Mucha soledad… Llamaban ancianos que querían hablar, necesitaban un contacto humano, una compañía, hablar con alguien, aunque fuera por teléfono. Me contaban su historia, sus proyectos, y esto era conmovedor. Quedaban agradecidos y yo sentía que había dado a esa persona lo que necesitaba en ese momento y eso estaba bueno».

## Contexto CTI y asistencia a profesionales de la salud

Se reciben llamadas de las instituciones de salud buscando apoyo emocional tanto para los profesionales a cargo como para los pacientes ingresados. En varias ocasiones llamadas de médicos y enfermeras de CTI, en pleno turno de trabajo. Llaman a la línea buscando contención emocional para los pacientes, ya que, dadas las exigencias de la situación, ellos no la pueden brindar en forma adecuada en el momento que el paciente la necesita. Es de público conocimiento la exigencia, el estrés y el desborde por exceso de trabajo que sufre el personal de salud durante la pandemia.

«Soy enfermera de CTI. Tengo un paciente que no para de llorar y no puedo quedarme con él, tengo muchos pacientes, ¿lo puedes ayudar?».

«Soy médica. Tengo un paciente muy deprimido y no logro calmarlo, ¿cómo puedo ayudarlo? ¿Le puedo decir que los llame directamente?».

### 2.1.2. Fortalezas de la línea para las llamadas Código Verde

Las fortalezas de la línea se ponen de manifiesto cuando los profesionales y los usuarios consideran que la atención recibida es beneficiosa. Se destacan en todas las entrevistas estudiadas, y como aspectos muy valiosos, la gratuidad, la inmediatez de la atención, la disponibilidad por la amplitud horaria, la facilidad de acceso desde el propio domicilio en el momento justo y la confianza en que alguien va a estar dispuesto a escuchar.

Los profesionales señalan la utilidad de brindar un espacio de contención y escucha para tratar situaciones agudas en el momento que la persona lo precisa. También la facilidad con que se crea un buen *rapport*, así como la posibilidad de tomar contacto con la devolución del profesional. Es frecuente la expresión de gratitud y de alivio. Siempre se recomienda la consulta en el prestador de salud, ya que muchas veces se trata de una primera consulta a un psicólogo. Se señala que la gente que llama realmente necesita ayuda y valora lo recibido, aunque no se trate de casos urgentes o graves.

### 2.1.3. Limitaciones de la línea para las llamadas Código Verde

Las limitaciones del servicio se ven en aquellos casos en que una vez terminada la consulta el profesional considera que hay una necesidad de seguimiento. Esto genera malestar y frustración en algunos operadores por no poder brindarlo, ya que no está dentro del encuadre de la línea.

Se marca la diferencia entre llamadas donde es sencillo intervenir y generar alivio de acuerdo con el motivo de consulta y otras de mayor complejidad donde es necesario un seguimiento para continuar trabajando lo planteado. También hay casos de usuarios que buscan establecer un vínculo terapéutico.

Estas situaciones son expresadas por los profesionales señalando que la línea es una

primera respuesta a la que debe seguir una asistencia regular dentro del sistema:

«Es un primer apoyo». «Es un salvavidas, pero que necesita también de un rescate, de un bote». «Es un eslabón más de una cadena». «Me dejó con gusto a poco, con la preocupación de ¿qué pasará después?». «Se necesitaba algo más, un enlace, no dejar a la persona sola, descolgada». «Me quedaba maquinando qué habrá pasado».

Algunos usuarios expresan su frustración por el cambio de profesional cuando necesitan volver a llamar. Otros, sabiendo que este es el protocolo, aceptan el cambio de profesional sin problema, entre ellos los adultos mayores en residenciales que llaman todas las noches para tener una conversación y sentirse acompañados antes de irse a dormir.

Los problemas de conectividad son otra limitación que ocurre en algunos momentos durante los primeros meses de funcionamiento del servicio y que altera las condiciones de la atención. Esta limitación es solucionada con el cambio a una nueva plataforma Contact, que requiere utilizar PC, lo cual para algunos profesionales resulta un inconveniente, ya que prefieren la utilización más versátil del celular.

**2.2. Códigos Amarillo y Rojo**

Se consideran dentro del Código Amarillo las llamadas que ameritan una derivación a otra línea especializada o a un servicio asistencial y Código Rojo aquellas consultas en las que el profesional valora que la persona que llama no está en condiciones de quedar sola, porque corre riesgo su vida o la de terceros. También las descompensaciones por agravamiento de patologías psiquiátricas preexistentes, drogadicción y pensamientos suicidas con riesgo de pasaje al acto, los intentos de autoeliminación y los casos de violencia doméstica. Ante estas situaciones difíciles se extiende la llamada por el tiempo que sea necesario y se le pide al usuario algún teléfono para contactar a un familiar, amigo o vecinos. En algunas ocasiones es necesario llamar al 105 o al 911.

En ciertas consultas, se logra desactivar situaciones de actuación con ideación suicida, donde el usuario no considera necesario o no quiere llamar a la Línea Vida, a pesar de que siempre se le indica e insiste por parte del operador. En todos los casos de gravedad, los profesionales entienden necesario realizar una derivación y seguimiento y en algunos casos hacen una excepción de volver a llamar al paciente a ver si consultó. Ello confirma la necesidad de tener un protocolo de actuación para dar seguridad al usuario en caso de emergencia, y las limitaciones del encuadre de una sola llamada para los casos Código Rojo y Amarillo.

«Tuve una llamada de una mujer joven que se había empastillado y decía que no quería vivir más. Al recibir la llamada no tienes ni idea con lo que te vas a encontrar, no sabes absolutamente nada de la persona. Y la persona tampoco sabe de vos y tienes que generar desde lo auditivo un vínculo, porque sin vínculo no puedes intervenir. Fue la llamada que más me impactó, porque estaba en un pasaje al acto, ¡pero había llamado a la línea! La contuve y le pedí teléfonos, llamé a sus familiares y me aseguré de que tuviera una red de contención y ayuda. La derivé a la Línea Vida. Se sostuvo bien. Al rato la volví a llamar y me dijo que la charla le había hecho bien y que no necesitaba llamar a la Línea Vida y que iba a consultar».

También se consideran dentro de estos códigos amarillo y rojo las manifestaciones somáticas de gravedad que necesitan ser derivadas a un servicio médico.

Las llamadas de personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica extrema son menos en cantidad, pero difíciles de dar respuesta por la complejidad de su resolución, ya que desbordan los recursos de la línea, sumado a la dificultad de hacer las derivaciones adecuadas en plena pandemia.

**2.2.1. Fortalezas de la línea en los códigos Amarillo y Rojo**

Para los usuarios en crisis que presentan estos casos difíciles, el recurso de la línea tiene la fortaleza de estar a mano en el momento que se la necesita las 24 horas los 7 días de la semana.

Es valorada la rapidez de la atención, ya que los operadores de la línea tienen acceso más rápido que los usuarios para contactarse con las líneas del Sistema de Atención Médica de Emergencia 105 y Emergencias 911.

Para los profesionales en línea es una fortaleza el trabajo en coordinación con los demás colegas que atienden al mismo tiempo y con un supervisor a quien consultar. Esta posibilidad de trabajo en equipo funciona como red de contención para los operadores y como apoyo frente a estos casos difíciles:

Relato de un profesional:

«Una compañera manifiesta en el chat que estaba con una situación de riesgo de autoeliminación. Empezamos a dividirnos la tarea; mientras ella le daba contención yo llamaba al 911. Marcó un momento muy lindo en nuestro grupo: estábamos todos para todos».

**2.2.2. Limitaciones de la línea en los Códigos Amarillo y Rojo**

Los profesionales consideran que la mayor limitación de la línea en relación con estas consultas se encuentra en la dificultad de evaluar un posible pasaje al acto sin ver el rostro y gestualidad del usuario, en la falta de seguimiento, en la necesidad de mayor fluidez en las derivaciones y en la necesidad de una formación específica en crisis.

Se señala la vivencia de tener que trabajar con cierta precariedad en algunas situaciones agudas: «como bomberos frente a un incendio» o «en medio de un tsunami». Con relación a ello se entiende que para los códigos amarillos o rojos es conveniente hacer 3 o 4 llamadas de seguimiento hasta que el usuario consultante se conecta con el servicio adecuado.

Como ejemplo de esta dificultad presentamos el caso siguiente:

«Recibí una llamada por una denuncia de IAE realizada al 911. Los policías asistían a un llamado al borde de una ruta, de una persona que amenazaba con tirarse frente a un ómnibus o camión.

"Soy policía, estoy con una persona alcoholizada que amenaza con matarse. Hablamos con él, pero no podemos quedarnos. ¿Nos puedes ayudar?".

El policía extiende el teléfono al usuario y luego de unos breves momentos vuelven a intervenir para evaluar si se pueden ir del lugar.

"Podemos llevarlo a una emergencia o a la comisaría; lo que no podemos es quedarnos acá"».

Una vez contenido el usuario, se continúa con la llamada telefónica en la cual el usuario pide para ir a un lugar cercano donde hay gente reunida. Dado que daba la impresión de que el grado de embriaguez, en ese momento, había disminuido y estaba en condiciones de tomar decisiones, el profesional decidió respetar su voluntad autónoma. La policía acompaña al usuario al lugar solicitado y cuando la persona se siente aliviada, decide cortar la llamada ella misma.

Se considera que, en este caso, de no recibir la ayuda del 911 podría haber tenido un desenlace dramático, y que se logró una contención del usuario en ese momento. Sin embargo, pensamos que esta situación se debería haber resuelto con una derivación apropiada, y no según la voluntad del usuario. Este caso deja planteado el problema que presenta tener que hacer una evaluación del riesgo de un pasaje al acto y la dificultad para determinar el grado de intoxicación alcohólica en forma telefónica. También plantea el problema de la negativa del usuario a una derivación a otro tipo de asistencia, aunque también en un servicio siempre hay un margen de riesgo si el usuario no acepta las directivas y el tratamiento indicado. Esto demuestra las limitaciones de esta forma de atención en las situaciones críticas y la necesidad de confeccionar protocolos que especifiquen la conducta a seguir.

**2.2.3. Tabla con la presentación de resultados**

| FORTALEZAS | LIMITACIONES |
|---|---|
| Código Verde<br>• Acceso inmediato y gratuito<br>• Disponibilidad horaria 24/7<br>• Posibilidad de llamar desde el propio domicilio<br>• Expectativa de escucha confiable y confidencial<br>• Anonimato<br>• Brindar atención primaria y puerta de entrada en salud mental<br>• Para el operador trabajo en equipo con colegas y supervisor | Código Verde<br>• Ausencia de seguimiento por encuadre establecido |
| Código Amarillo y Rojo<br>• Acceso inmediato y gratuito<br>• Disponibilidad horaria 24/7<br>• Posibilidad de llamar desde el propio domicilio<br>• Expectativa de escucha confiable y confidencial<br>• Anonimato<br>• Brindar atención primaria y puerta de entrada a salud mental<br>• Para el operador trabajo en equipo con colegas y supervisor<br>• Atención más rápida de las emergencias con derivaciones a otras líneas o servicios, a través de los operadores | Código Amarillo y Rojo<br>• Ausencia de seguimiento por el encuadre establecido<br>• Mayor dificultad en el diagnóstico por falta de visión del rostro y la gestualidad<br>• Insuficiente fluidez en las derivaciones a otros servicios<br>• Necesidad de mayor formación en atención de crisis |

## 3. Aspectos referidos al sistema de salud mental

**3.1. Permite visibilizar algunas dificultades en la atención de la Salud Mental de la población**

La línea muestra un panorama muy amplio del sistema de salud, qué aspectos están funcionando adecuadamente y dónde hay que mejorar. «Fue como una lupa […] visibilizó diferentes realidades». «El COVID fue el detonante, pero la gente siguió llamando por cosas que nada tenían que ver con el COVID». «Las líneas de derivación estaban a veces saturadas».

Se advierte la dificultad de acceso a la atención psicológica en general y la falta de dispositivos pensados para los adultos mayores, cuyas condiciones para hacer los trámites y movilizarse para recibir atención son complicadas aún sin pandemia.

Se destaca el alto consumo de medicación psiquiátrica en distintas franjas etarias sin indicación simultánea de psicoterapia, con un gran número de personas que la están precisando. «Se visualizó una gran necesidad en la gente de hablar de sus problemas […] necesitando una palabra, ser escuchada, una orientación». «La soledad en la gente mayor era una constante». «Me impresionó mucho la cantidad de medicación psiquiátrica que recibe nuestra población; se ha vuelto el principal recurso de atención, cuando no necesariamente conforma el apoyo emocional que necesitan».

Se señalan dificultades para el seguimiento de los casos y problemas de coordinación entre distintos servicios.

Asimismo, a través de las llamadas se pone de manifiesto la desigualdad de condiciones

en que se encuentra el interior del país con respecto a Montevideo en la atención en salud mental. Las opiniones de los entrevistados coinciden con las declaraciones del Dr. Daniel Strozzi, experto en medicina familiar y comunitaria y exencargado de la Regional Norte de la Federación de Médicos del Interior: «Hoy hay una falta de asistencia médica de calidad en el interior del país, sobre todo en las asistencias domiciliarias».[39]

**3.2. Sugerencias de los profesionales respecto de la atención en Salud Mental**

Los profesionales proponen realizar la evaluación de las llamadas caso a caso y cuando la situación lo amerite utilizar un modelo de «atención en crisis» a través de un miniproceso con el mismo profesional, y de ese modo realizar un seguimiento hasta que el usuario haya conseguido su lugar de atención en su prestador de salud, ASSE o mutualista.

Para aquellos profesionales que trabajan en este servicio, proponen complementar la formación recibida en la licenciatura con una formación específica en crisis y también el conocimiento de los recursos de que dispone el Estado y la comunidad.

Como forma de facilitar las derivaciones plantean disponer de una información sistematizada y contacto previo con los operadores de las distintas líneas especializadas, instituciones y servicios de salud mental. En esta coordinación previa se debe recibir información de cada servicio en la forma de transmitir la emergencia para lograr optimizar la atención del caso.

Expresan que es importante disponer de un manual o similar con información actualizada de todos los recursos del Estado y de las distintas organizaciones civiles, vinculados a la atención en salud mental de las distintas zonas del país disponibles en forma gratuita para la población.

## Discusión y conclusiones

Para los profesionales voluntarios entrevistados, la línea 0800 1920 de apoyo emocional es un *recurso útil para atender la emergencia sanitaria* y una posible puerta de entrada al Sistema de Salud Mental. Es importante para la *atención rápida de las situaciones de crisis personal o familiar* desencadenadas o agravadas por la pandemia. La experiencia recogida muestra una gran incidencia de determinantes de tipo personal, social, familiar o patologías psiquiátricas previas que exceden a la situación generada por la covid-19. Esto destaca la función que puede cumplir una línea telefónica como la que estamos analizando, en una situación pospandemia, ya que sugiere que existe, en palabras de un voluntario, «un hueco» en la primera respuesta de atención al usuario del sistema de salud.

Relacionado con el punto de la prevención, se señala como una *gran fortaleza la inmediatez de la respuesta*, a la vez que se considera que lo importante es que pueda ser un puente para una atención posterior. En este sentido, Scerri *et al.*[22] destacan que la prevención incluye la posibilidad de motivar a la población a adherirse a las recomendaciones de promoción de salud y la educación en mecanismos saludables de afrontamiento.

En cuanto a la modalidad telefónica, hay variantes individuales entre los profesionales, en la *conveniencia de utilizar llamadas o videollamadas*. Algunos consideran que con la llamada es suficiente y sostienen que «la voz es un gran instrumento» y que el anonimato ayuda y es preferido por muchos usuarios. Otros piensan que es importante para el profesional disponer de la información que brinda la imagen por videollamada, ya que no ver el rostro de quien llama es una limitación importante desde el punto de vista diagnóstico, aunque reconocen que el manejo de esta tecnología supone una mayor dificultad para personas mayores y también modifica la actitud de los usuarios. En este aspecto, Scerri *et al.*[22] señalan que no se debe obviar el desafío que implica la no presencialidad al no contar con

el lenguaje corporal, especialmente en casos de emergencias psiquiátricas acuciantes. Irvine *et al.*[40] realizan una revisión sistemática de estudios comparativos y señalan que falta evidencia empírica para respaldar la idea de terapeutas y usuarios de que la atención psicológica telefónica tiene un efecto menor en los aspectos interactivos de la terapia psicológica.

En cuanto al *beneficio de brindar atención online en crisis*, en esta experiencia se destaca que puede tener un efecto muy positivo como acompañamiento en crisis personales con las características de atención puntual, principalmente aquellas evaluadas como Código Verde, y minimizar el riesgo en las patologías psiquiátricas severas. Según Romano *et al.*[41] se puede considerar «una medida de apoyos especiales para usuarios portadores de patología mental» dado que minimiza el riesgo cuando cursan una crisis. Por ello *se sugiere brindar formación en atención en crisis* a los profesionales que vayan a trabajar en este tipo de servicio y disponer de instancias de supervisión donde elaborar las ansiedades que despierta este tipo de atención.

En la literatura consultada se encuentran *distintas posturas acerca del beneficio de la asistencia online para atención en crisis*. De la Torre Martí y Cebrián[42] plantean que hay quienes afirman que la intervención *online* no es recomendable para una situación de crisis y los que la ven como una oportunidad para trabajar y orientar a esta población. Citan a Kingsley & Henning,[43] quienes sostienen que no es aconsejable la atención telefónica para casos en los que hay riesgo de daño a sí mismo o a otros ya que es difícil evaluar la posibilidad de pasaje al acto sin tener acceso a ver el rostro y la gestualidad del usuario, mientras que Barak *et al.*[44] afirman que la efectividad del tratamiento *online* es similar a la del tratamiento presencial. En la otra postura King *et al.*[45] plantean que un apoyo *online* con motivación tiene un impacto positivo y favorece una buena disposición a buscar ayuda terapéutica profesional. En el punto 2.2.2 planteamos una llamada que presenta esta dificultad en relación con la evaluación telefónica de la posibilidad de un pasaje al acto en caso de amenaza de suicidio.

Ambas posturas concuerdan en que además de la intervención *online* hay que tener un *plan de actuación que garantice la seguridad del consultante en caso de emergencia*.[46] Estas investigaciones nos alertan del especial cuidado que hay que tener en la línea con las llamadas Código Amarillo y Rojo en cuanto a realizar un seguimiento posterior a la llamada y alentar la consulta con su prestador de salud.

Surgen aportes en cuanto a la necesidad de implementar políticas de coordinación entre la línea y los servicios existentes de salud mental, como la línea 105 y otras líneas para problemáticas específicas, cuando es necesario y se requiera una atención en crisis de distinta entidad, incluida la prevención de suicidio. Hay acuerdo en que para aquellos casos que necesiten una derivación, cuando la línea toma función de «salvavidas» es beneficioso contar con una coordinación fluida que pueda dar continuidad a la atención requerida. Los profesionales de la línea facilitan un contacto directo e inmediato con los servicios de emergencia.

Las líneas de atención de salud mental tienen mayor cobertura que los servicios *online*, porque llegan a personas donde el acceso a Internet puede estar obstaculizado.[26] Ejemplo de ello en nuestro país es el medio rural.

Todos los antecedentes revisados en los países mencionados coinciden en la *importancia del monitoreo de la situación de la población*. En Suiza, Brülhart y Lalive[24] concluyen que «la información de la línea podría ser de utilidad para monitorear el sufrimiento social, también en tiempos normales». Por su parte, Holmes *et al.*[1] sostienen que «Las líneas de atención en crisis han sido identificadas como medios importantes para apoyar a las personas con riesgo de enfermedad mental en un tiempo en el cual el contacto presencial debe ser evitado». Turkington *et al.*[23] señalan la importancia de examinar los patrones de búsqueda de ayuda y usar las líneas de apoyo en crisis de forma que los servicios puedan responder de manera acorde y que los usua-

rios puedan obtener de las líneas un apoyo adicional a sus necesidades de salud mental y prevención de suicidio.

En relación con la *oferta de psicoterapia y tratamiento psiquiátrico* se constata un alto número de personas medicadas que muestran gran necesidad de hablar de sus problemas con un profesional. La línea puede servir de nexo a través de 3 o 4 encuentros con el mismo profesional, hasta que el usuario es atendido por el prestador de salud que le corresponda. Esta posibilidad puede evaluarse como complementaria a la oferta de psicoterapias breves de fácil acceso para los usuarios desde ASSE y el sistema mutual. Es una forma de optimizar los recursos en salud mental existentes y disminuir la medicalización.

Otro aspecto a resaltar es el *potencial de la línea como feedback y posibilidad de evaluación* del Sistema de Salud Mental. De acuerdo con Scerri *et al.*,[22] «La información de la línea está influenciada por su ventaja como método de investigación que provee un calibre confiable de la prevalencia y el monitoreo de la angustia en tiempo real, con llamadas que son registradas diariamente. En forma adicional, el rol de estas líneas se espera que aumente y consecuentemente la investigación relacionada con la utilización de las líneas de ayuda es altamente relevante». Estos autores destacan asimismo la importancia de *enfocarse en desarrollar modalidades de asistencia que se apoyen en la tecnología* y consideran que la experiencia vivida en la pandemia aumenta la confianza en el mundo digital y sus ventajas.

El presente estudio, como todo estudio cualitativo, no permite sacar conclusiones de tipo cuantitativo sobre la población de operadores y tampoco sobre los beneficios obtenidos por quienes llamaron. Surge la necesidad de utilizar metodologías complementarias de tipo cuantitativo, cualitativo o mixto que amplíen y fortalezcan las observaciones que se recogen en este trabajo.

La ausencia de seguimiento de los casos es una limitación para poder realizar una evaluación más precisa de la utilidad del servicio, ya que contamos solo con la impresión clínica que tiene el operador de la línea durante la llamada. Para este fin, es conveniente poder realizar un seguimiento que compruebe esta impresión. Es de interés realizar una evaluación de los usuarios para comprobar su utilidad y crear programas acordes con sus necesidades.

Por último, los autores del presente trabajo consideran la línea como un aporte significativo a través del cual el Sistema de Salud Mental del Estado da a cada individuo la posibilidad de ser escuchado y orientado por un profesional frente a situaciones de angustia. La continuidad y la calidad de una línea telefónica de apoyo emocional depende de una adecuada implementación y de instancias de evaluación frecuentes, tomando en cuenta las variables mencionadas a lo largo del presente trabajo para que cumpla su cometido en forma consistente. Tiene indudables beneficios para el usuario y es una herramienta más muy valiosa para el Sistema de Salud Mental, tanto para la detección precoz de situaciones críticas, como para la identificación de situaciones de riesgo y el monitoreo de los problemas graves.

En síntesis, mantener y fortalecer una línea de apoyo emocional de calidad más allá de la pandemia u otras situaciones de crisis colectiva, permite aportar información muy valiosa sobre las necesidades de la población, así como la evaluación del sistema en la optimización de sus recursos, con la consiguiente mejora en el proceso de atención.

## Agradecimientos

Agradecemos especialmente a todos los profesionales voluntarios que participaron en distintos momentos en la línea 0800 1920, ya que sin ellos esta experiencia no hubiera sido posible. Aspiramos a que se sientan representados por los testimonios y opiniones de los colegas que han colaborado en esta ocasión y que sirva de estímulo para otras investigaciones.

Agradecemos a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE y al Ministerio de Salud Pública por los recursos

humanos y materiales asignados para sostener esta tarea, y la dedicación y apoyo recibido en todo momento a través de las personas que han estado a cargo. Un especial agradecimiento a las licenciadas Inés Caputto e Irene Batista por sus valiosos comentarios y aportes.

## Referencias bibliográficas


1. **Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, *et al*.** Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. Lancet Psychiatry. 2020;7(6):547-60. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1
2. **Hotopf M, Bullmore E, O'Connor RC, Holmes EA.** The scope of mental health research during the COVID-19 pandemic and its aftermath. Br J Psychiatry. 2020;217(4):540-42. doi: 10.1192/bjp.2020.125
3. **Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S.** Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. Front Psychol. 2020;11:1540. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01540
4. **Singer, M.** Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health. San Francisco: Jossey-Bass; 2009, 304 pp.
5. **Bagattini N, López-Gómez A, Luzardo M, Dogmanas D, Brunet N, Bernardi R.** COVID-19 pandemic in Uruguay and the need for a person and social centered medicine. Int J Pers Cent Med. 2021;11(1):7-19. doi: 10.5750/ijpcm.v11i1.1074
6. **Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Gavrilov D, Giattino C, *et al*.** Coronavirus pandemic (COVID-19) [Internet]. [Oxford]: Our World in Data; 2020. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: https://ourworldindata.org/coronavirus
7. Academia Nacional de Medicina (Uruguay). La Academia Nacional de Medicina se dirige nuevamente a la población de la República [Internet]. Montevideo: Academia Nacional de Medicina; 29 de marzo 2020, 1 p. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: www.anm.org.uy/index_htm_files/Comunicado%20ANM%2029%20de%20marzo%202020.pdf
8. Academia Nacional de Medina (Uruguay). [Comunicado respecto a la pandemia de COVID-19] [Internet]. Montevideo: Academia Nacional de Medicina; 15 de abril 2020, 2 pp. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: www.anm.org.uy/index_htm_files/Comunicado%20ANM%2015%20de%20abril%202020.pdf
9. **Rosenfield M.** Counselling by telephone. London: Sage; 1996, 160 pp.
10. **Leach LS, Christensen H.** A systematic review of telephone-based interventions for mental disorders. J Telemed Telecare. 2006;12(3):122-9. doi: 10.1258/135763306776738558
11. American Telemedicine Association. Evidence-based practice for telemental health [Internet]. Washington D. C.: American Telemedicine Association; Jul. 2009, 34 pp. [Consulta: jul. 2022]. Disponible en: www.unmc.edu/bhecn/_documents/evidence-based-telemental-health-with-cover.pdf
12. **Coman GJ, Burrows GD, Evans BJ.** Telephone counselling in Australia: applications and considerations for use. Br J Guid Counc. 2001;29(2):247-58. doi: 10.1080/03069880124904
13. **Christensen H, Hocking BM, Smith D.** Web and telecounselling in Australia. Med J Aust. 2004;180(12):604-5. doi: 10.5694/j.1326-5377.2004.tb06118.x
14. **Iversen C, Westerlund M.** Users' perspectives on crisis helplines in relation to professional mental health services. Crisis. 2022. doi: 10.1027/0227-5910/a000876
15. **Middleton A, Gunn J, Bassilios B, Pirkis J.** Systematic review of research into frequent callers to crisis helplines.

J Telemed Telecare. 2014;20(2):89-98. doi: 10.1177/1357633X14524156

16. **Mishara BL, Côté LP, Dargis L.** Systematic review of research and interventions with frequent callers to suicide prevention helplines and crisis centers. Crisis. 2023;44(2):154-67. doi: 10.1027/0227-5910/a000838
17. **Pirkis J, Middleton A, Bassilios B, Harris M, Spittal MJ, Fedszyn I, *et al*.** Frequent callers to telephone helplines: new evidence and a new service model. Int J Ment Health Syst. 2016;10:43. doi: 10.1186/s13033-016-0076-4
18. **Middleton A, Gunn J, Bassilios B, Pirkis J.** The experiences of frequent users of crisis helplines: a qualitative interview study. Patient Educ Couns. 2016;99(11):1901-06. doi: 10.1016/j.pec.2016.06.030
19. **Roy A, Singh AK, Mishra S, Chinnadurai A, Mitra A, Bakshi O.** Mental health implications of COVID-19 pandemic and its response in India. Int J Soc Psychiatry. 2021;67(5):587-600. doi: 10.1177/0020764020950769
20. **Ransing R, Kar SK, Menon V.** National helpline for mental health during COVID-19 pandemic in India: new opportunity and challenges ahead. Asian J Psychiatr. 2020;54:102447. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102447
21. **Iqbal Y, Jahan R, Yesmin S, Selim A, Siddique SN.** COVID-19-related issues on tele-counseling helpline in Bangladesh. Asia Pac Psychiatry. 2021;13(2):e12407. doi: 10.1111/appy.12407
22. **Scerri J, Sammut A, Cilia Vincenti S, Grech P, Galea M, Scerri C, *et al*.** Reaching out for help: calls to a mental health helpline prior to and during the covid-19 pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):4505. doi: 10.3390/ijerph18094505
23. **Turkington R, Mulvenna M, Bond R, Ennis E, Potts C, Moore C, *et al*.** Behavior of callers to a crisis helpline before and during the COVID-19 pandemic: quantitative data analysis. JMIR Ment Health. 2020;7(11):e22984. doi: 10.2196/22984
24. **Brülhart M, Lalive R.** Daily suffering: helpline calls during the Covid-19 crisis. Covid Econ. 2020;(19):143-158. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: https://cepr.org/system/files/publication-files/101371-covid_economics_issue_19.pdf
25. **Peppou LE, Economou M, Skali T, Papageorgiou C.** From economic crisis to the COVID-19 pandemic crisis: evidence from a mental health helpline in Greece. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2021;271(2):407-9. doi: 10.1007/s00406-020-01165-4
26. **Bagattini N, Dogmanas D, Villalba L, Bernardi R.** Atención en salud mental y covid-19: algunas respuestas iniciales en Uruguay. Rev Psiquiatr Urug. 2020;84(2):111-29. doi: 10.46706/PSI/84.2.4
27. Administración Nacional de los Servicios de Salud del Estado [Internet]. A dos meses de creada la Línea de Apoyo Emocional 0800 1920 registra 8.100 llamados, 14 por hora, en todo el país. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: www.asse.com.uy/contenido/A-dos-meses-de-creada-la-Linea-de-Apoyo-Emocional-0800-1920-registra-8-100-llamados-14-por-hora-en-todo-el-pais-12371
28. Administración Nacional de los Servicios de Salud del Estado [Internet]. ASSE; 24/6/2021. Línea de Apoyo Emocional 0800 1920 ha atendido 29.400 llamadas y continuará funcionando. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: www.asse.com.uy/contenido/Linea-de-Apoyo-Emocional-0800-1920-ha-atendido-29-400-llamadas-y-continuara-funcionando-13109
29. **Levitt HM, Bamberg M, Creswell JW, Frost DM, Josselson R, Suárez-Orozco C.** Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: the APA Publications and Communications Board task force

report. Am Psychol. 2018;73(1):26-46. doi: 10.1037/amp0000151

30. **Levitt HM.** Qualitative generalization, not to the population but to the phenomenon: Reconceptualizing variation in qualitative research. Qual Psychol. 2021;8(1):95-110. doi: 10.1037/qup0000184
31. Deakin University [Internet]. Melbourne: Deakin University; c2021. Qualitative study design; 2021. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: https://deakin.libguides.com/qualitative-study-designs
32. **Valles MS.** Entrevistas cualitativas. Cuadernos Metodológicos nro. 32: Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2002, 102 pp. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2010/09/4-VALLES-ENTREVISTAS-CUALITATIVAS.pdf
33. **Verd JM, Lozares C.** Introducción a la investigación cualitativa. Fases, métodos y técnicas. Madrid: Síntesis; 2016, 278 pp.
34. **Cáceres P.** Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas Individ Soc. 2003;2(1):53-82. doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol2-issue1-fulltext-3
35. **Braun V, Clarke V.** Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
36. **Strauss A, Corbin J.** Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2002, 354 pp. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf
37. **Killingmo B.** Affirmation in psychoanalysis. Int J Psychoanal. 1995;76(Pt 3):503-18. PMID: 7558609
38. **Yeager KR, Roberts AR.** Crisis intervention handbook: assessment, treatment, and research. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015, 840 pp.
39. **Lussich C.** ASSE contrató a médico que fue crítico con la gestión. [Internet]. El País (Uruguay), 17 oct. 2021. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: www.elpais.com.uy/informacion/salud/asse-contrato-a-medico-que-fue-critico-con-la-gestion
40. **Irvine A, Drew P, Bower P, Brooks H, Gellatly J, Armitage CJ, *et al*.** Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. J Affect Disord. 2020;265:120-31. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.057
41. **Romano S, Garrido G, Palermo S, Novoa G, Álvarez M, de Souza S, *et al*.** Estrategias de apoyo a personas con problemas de salud mental en el contexto de la epidemia covid-19. Rev Psiquiatr Urug. 2020;84(1):42-48. doi: 10.46706/PSI/84.1.4
42. **de la Torre Martí M, Pardo Cebrián R.** Guía para la intervención telepsicológica [Internet]. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 2019. [Consulta: dic. 2022]. Disponible en: www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf
43. **Kingsley A, Henning J.** Online and phone therapy: challenges and opportunities. J Individ Psychol. 2015;71(2):185-94. doi: 10.1353/jip.2015.0010
44. **Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira N.** A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. J Technol Hum Serv. 2008;26(2-4):109-60. doi: 10.1080/15228830802094429
45. **King CA, Eisenberg D, Zheng K, Czyz E, Kramer A, Horwitz A, *et al*.** Online suicide risk screening and intervention with college students: a pilot randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2015;83(3):630-6. doi: 10.1037/a0038805
46. Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. Guidelines for the practice of telepsychology. Am Psychol. 2013;68(9):791-800. doi: 10.1037/a0035001

## ANEXO 1

### DETALLE DE LA MUESTRA

**Edad, sexo, profesión y experiencia laboral**

La muestra está conformada por 12 mujeres y 1 varón, 12 licenciadas/os en Psicología y 1 médica psiquiatra. Sus edades se distribuyen de la siguiente manera: 3 menores de 35 años, 2 entre 35-40, 4 entre 40-50 y 4 más de 50 años. Según sus años de experiencia laboral se agrupan de la siguiente forma: 3 voluntarios de 1 a 5 años de trabajo, 2 voluntarios de 5 a 10 años; 4 voluntarios de 10 a 20 años y 4 voluntarios más de 20 años.

**Orientaciones teóricas**

Están representadas diversas orientaciones teóricas. Muchos de los profesionales sostienen que suelen integrar diferentes orientaciones de acuerdo con el caso o situación que traten. Se mencionan las siguientes corrientes: Psicoanálisis, Cognitiva Conductual, Gestalt, Psicología Familiar Sistémica, Programación Neurolingüística, Psicoanálisis Vincular.

**Áreas de formación o experiencia complementaria**

Todos los voluntarios han recibido algún tipo de formación de posgrado y tienen experiencia complementaria que pasamos a detallar: Trabajo Social, Psicología Laboral y Social, formación en materno infantil, trabajo focal psicoanalítico, Psicología Médica, trabajo con adicciones, intervención en crisis, coaching, Mindfulness.

**Centros de estudio**

Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar)

Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay (UCU)

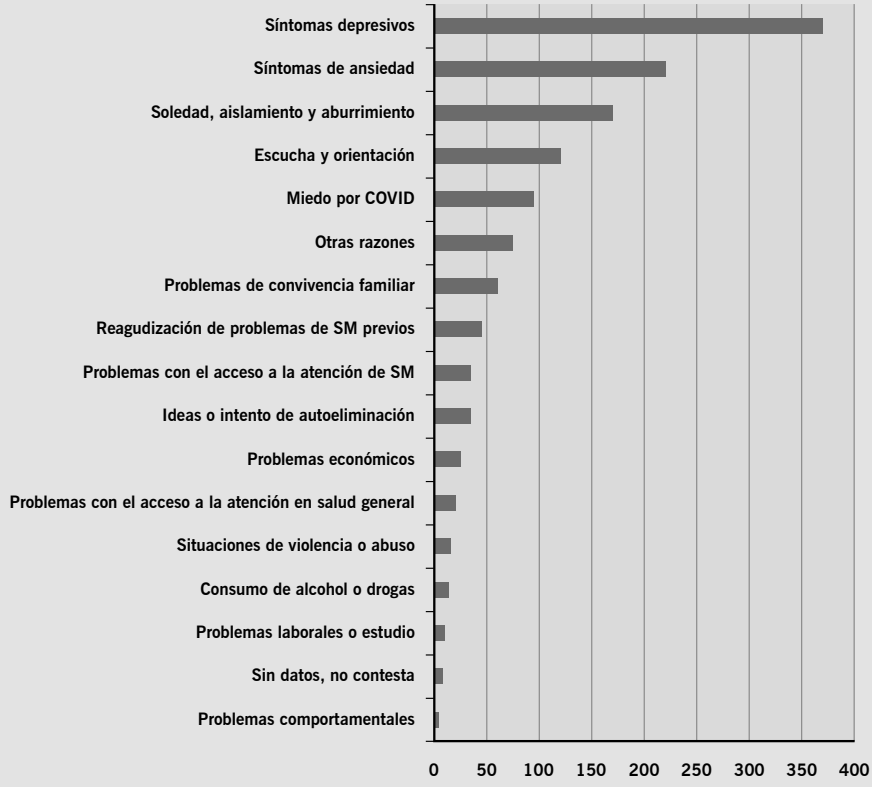
Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar)

**Posgrados**

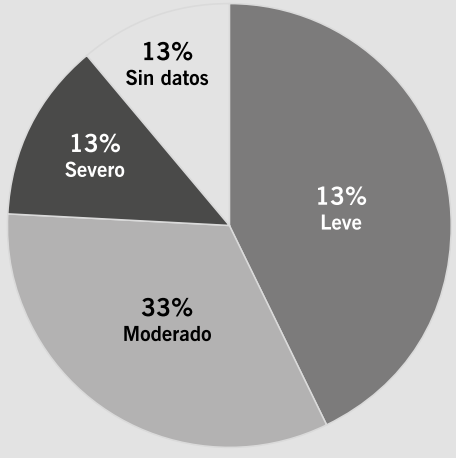
Servicios de salud de la Udelar, maestrías y cursos de formación en distintas universidades e instituciones en Uruguay y en el exterior.

## ANEXO 2

### 1 | Distribución del número de llamados según motivo de consulta




### 2 | Distribución de llamadas según la severidad de la problemática




Fuente: Área Estadística de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.
Gráficos extraídos de Bagattini N, Dogmanas D, Villalba L, Bernardi R. Atención en salud mental y covid-19: algunas respuestas iniciales en Uruguay. Rev Psiquiatr Urug. 2020; 84(2):111-29.

## ANEXO 3

### Preguntas para las entrevistas a los profesionales del «Voluntariado Juntos»

**Datos personales previos**

En forma sintética quisiera que me respondas algunas preguntas que tienen que ver con tu formación.

**1**. Tipo de orientación psicológica con la que te identificas y en la cual te has formado. Años de recibido.

**2**. Si has hecho algún posgrado o especialización.

**3**. Años de experiencia y tipos de trabajo antes de entrar en la línea.

**Experiencia en la línea**

**1**. Día y horario en que atendías.

**2**. Relata algunos casos que te han hecho reflexionar más o que más te hayan impactado y por qué.

**3**. Relata los casos en los que te has sentido más útil, al menos uno código verde, amarillo y rojo. Relata alguno en el que no te hayas sentido útil.

**4.** ¿Tuviste noticia en algún caso de cómo se resolvieron estas situaciones después de la llamada? ¿Hubieras deseado tenerla?

**Reflexiones**

**1.** A partir de tu experiencia en la línea, y una vez que se supere la pandemia, ¿piensas que podría ser útil una línea de apoyo psicológico para atender crisis personales?

**2**. En ese caso, ¿cuál sería la cantidad mínima de llamadas para una situación de crisis?

**3**. Con estas llamadas que se encuadran como una sola llamada, ¿cuál es el tipo de resonancia emocional o vivencia que se da en cada participante? Lo que la teoría psicoanalítica denominaría el fenómeno transferencial que se produce.

**4**. ¿Cuáles son según tu parecer las ventajas y limitaciones de esta herramienta?

**5**. ¿La formación que recibiste fue suficiente para esta tarea, o necesitarías alguna específica?

**6.** ¿Tienes alguna reflexión final para aportar algo más o para definir en pocas palabras la experiencia?