

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Experiencia emocional de psicólogos, psicólogas y psicoterapeutas de una línea
de apoyo psicológico en el contexto del COVID-19

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología que presenta:

Rosa Alexandra Sánchez Farfán

Asesora:

Lupe Isabel Jara Castro

Lima, 2024

INFORME DE SIMILITUD

Yo, Lupe Jara Castro ,
docente de la Facultad de Psicología..... de la Pontificia
Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado
Experiencia emocional de psicólogos, psicólogas y psicoterapeutas de una línea de apoyo
psicológico en el contexto del COVID-19
.....


del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as)

Rosa Alexandra Sánchez Farfán,
.....
.....

....., dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 9% %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 13/08/2024.....(DD/MM/YYYY)
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas noconstituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las

pautas académicas. Lugar y fecha: Lima, 13 de agosto del 2024
.....

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Lupe Jara Castro	
DNI:09533744	Firma 
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6841-2891	

Agradecimientos

A papá, por ser refugio, calidez y amor incondicional en mi vida. Gracias por tu aceptación, comprensión y cariño infinito en cada uno de mis pasos desde siempre. Gracias por estar orgulloso de mí como yo lo estoy de ti.

A mamá, por su apoyo durante todos estos años. Porque sin tu esfuerzo y dedicación no lo hubiera logrado. Gracias por motivarme a cumplir mis metas y mostrarme que hay salidas cuando me siento perdida.

A mamá Irma, por siempre dar a quienes ama con mucho cariño y consentirnos enormemente. Tu calidez y fortaleza las admiro. Gracias por enseñarme lo que es el trabajo, el sentir la música y reír en la vida.

A Chinita, por cuidarme y quererme como familia desde pequeña. Por velar por mí y enseñarme con ternura y paciencia.

A mis bellas amistades, porque han sido y son abrazo para mí. Gracias por estar en mi vida, por su apoyo y por ser luz. Les quiero y agradezco inmensamente. Sigamos creciendo juntas.

A mi asesora Lupe, por su comprensión y valiosa guía a lo largo de todo este camino, por creer en esta propuesta y ayudarme a hacerla realidad.

A las psicólogas, psicólogo y psicoterapeutas que participaron de esta investigación, gracias por brindarme su tiempo y compartir conmigo su experiencia. Gracias por haber sido el apoyo y sostén de muchos en momentos dolorosos.

A quienes realizan la labor de acompañar a personas desde la psicología, gracias por ser escucha, empatía y contención. Gracias por elegir ser comprensión y apoyo para les demás.

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue conocer la experiencia emocional de psicólogos, psicólogas y psicoterapeutas que brindaron apoyo psicológico en una línea de ayuda en el contexto del COVID-19. Para lograr ello, se partió de un diseño fenomenológico descriptivo y se empleó una técnica de análisis temático. De este modo, se realizaron 13 entrevistas semiestructuradas a psicólogos/os y psicoterapeutas que participaron de una línea de apoyo psicológico en los primeros meses de iniciada la emergencia sanitaria en Perú. A partir de los resultados se destaca que los factores estructurales, incontrolables e inéditos del contexto que determinan el estado del consultante durante la pandemia, impactan en reacciones emocionales como la impotencia, frustración y enojo en los/as profesionales, así como en la satisfacción al ayudar y sostener a un otro dentro de la complejidad del entorno. Asimismo, la realidad compartida configurada en la consulta psicológica genera distintas reacciones y dinámicas en la experiencia de el/la profesional, como la identificación con las vivencias de las personas atendidas la cual permite una comprensión y escucha más empática, mientras que también potencia la movilización emocional ante la posibilidad de verse afectado por la amenaza latente. La diferenciación entre el impacto de la pandemia y factores protectores que poseen los/as profesionales propicia que se reconozcan en una posición privilegiada durante la emergencia y, en ese sentido, que se autoperciban en un rol de ayuda. Por último, se enfatiza la importancia de las acciones de cuidado a nivel grupal para el manejo de la experiencia emocional.

Palabras clave: experiencia emocional, psicoterapeutas, línea de ayuda, COVID-19

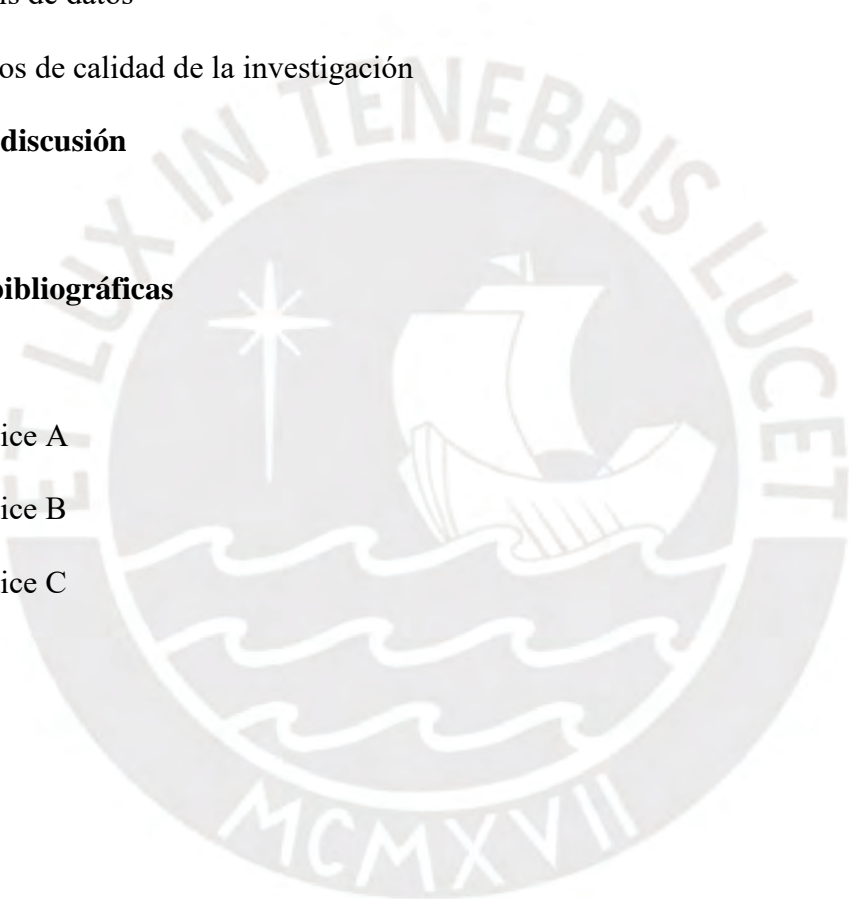
Abstract

The present research aimed to know the emotional experience of psychologists and psychotherapists who provided psychological support in a helpline during the COVID-19 global pandemic. To achieve this, a descriptive phenomenological design and a thematic analysis technique were employed. Thus, 13 semi-structured interviews were conducted with psychologists and psychotherapists who participated in a psychological helpline in the first months of the health emergency in Peru. The results show that the structural, uncontrollable and unprecedented factors of the context that determine the state of the patient during the global pandemic have an impact on emotional reactions such as helplessness, frustration and anger in professionals, as well as on satisfaction in helping and supporting others within the complexity of the environment. Likewise, the shared reality configured in the psychological consultation generates different reactions and dynamics in the professional's experience, such as identification with the experiences of the people assisted, which allows for a more empathetic understanding and listening, while also promoting emotional mobilization due to the possibility of being affected by the latent threat. The differentiation between the impact of the pandemic and the protective factors possessed by the professionals helps them to recognize themselves in a privileged position during the emergency and, in this sense, to perceive themselves in a helping role. Finally, the importance of group care actions for the management of the emotional experience is emphasized.

Keywords: emotional experience, psychotherapists, helpline, COVID-19

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	16
Participantes	16
Técnicas de recolección de la información	17
Procedimiento	18
Análisis de datos	19
Criterios de calidad de la investigación	19
Resultados y discusión	22
Conclusiones	48
Referencias bibliográficas	51
Apéndices	61
Apéndice A	61
Apéndice B	62
Apéndice C	64



Introducción

El trabajo en la atención psicológica a personas requiere de una capacidad empática para poder comprender y brindar contención emocional a un otro (Salgado, 2015). Dicho encuentro desencadena en el psicólogo o la psicóloga una serie de reacciones, afectos, sentimientos e interpretaciones completamente subjetivas que caracterizan su vivencia y en suma constituyen su propia experiencia emocional (Ángeles, 2003; Strongman, 2003). Ante ciertas circunstancias, la experiencia emocional de brindar ayuda a un otro puede propiciar un desgaste profesional (Figley y Ludick, 2017; McCormack, 2018); siendo un riesgo particular para estos casos la atención frente a emergencias (Joshi y Sharma, 2020). La pandemia mundial producida por el coronavirus de tipo 2 (SARS-CoV-2), conocido como COVID-19, constituye una emergencia sanitaria cuyo un impacto psicológico se ha evidenciado en altos niveles de estrés, sintomatología ansiosa y depresiva tanto en personal de salud como en la población en general (Gallagher et al., 2020; Ormaza y Álvarez, 2023; Saavedra et al., 2022; Wang et al., 2020), lo cual instauró una mayor necesidad de servicios de atención y apoyo profesional para el cuidado de la salud mental en este contexto (Gruber et al., 2021; Lorenzo et al., 2020; Organización Panamericana de la Salud [OPS]/Organización Mundial de la Salud [OMS] Perú, 2020; Pacheco y Guerrero, 2022).

En esa línea, en el Perú, durante el período de aislamiento social obligatorio entre marzo y junio del 2020, se desplegaron una serie de iniciativas mediante las cuales psicólogos/as y psicoterapeutas brindaron sus servicios voluntariamente para atender a personas afectadas por la crisis sanitaria a través de líneas de ayuda. Brindar una atención psicológica a un otro en este contexto tiene una serie de particularidades, puesto que la pandemia mundial del COVID-19 es una experiencia compartida que afecta potencialmente tanto a la o el profesional de la salud mental como a la persona que pide ayuda, siendo que los miedos, preocupaciones o situaciones de pérdida pueden ser vividas por ambas partes desde su experiencia particular (Ledesma y Fernández, 2022; McBride et al., 2020; Shklarski et al., 2021). De esta forma, habría que preguntarnos cuál es la experiencia emocional de este grupo de psicólogos/as y psicoterapeutas al brindar un apoyo psicológico a personas afectadas por la pandemia del COVID-19.

De lo anteriormente mencionado se puede desprender que las emociones tienen un rol trascendental dentro de la dinámica del trabajo psicológico. Según Reeve (2010) las emociones son definidas como un fenómeno multidimensional que articula cuatro aspectos centrales: (1) la dimensión de los sentimientos, la cual hace referencia a la experiencia subjetiva de la emoción con un significado, intensidad, cualidad y vivencia personal; (2) la dimensión de la estimulación corporal, la cual engloba los aspectos biológicos y fisiológicos activados para

regular las acciones adaptativas de la emoción; (3) la dimensión funcional, que abarca el carácter motivacional dirigido a metas que desencadena la emoción; y (4) la dimensión social-expresiva que abarca las expresiones faciales, el lenguaje no verbal y paralingüístico que comunica al mundo exterior la experiencia interna de la emoción.

La dimensión de los sentimientos va en concordancia con la perspectiva fenomenológica de la emoción, en la cual se hace un énfasis principalmente en su cualidad de experiencia (Strongman, 2003). En ese sentido, al ser el ámbito subjetivo de la emoción, se destaca que solo se puede acceder y conocer la experiencia emocional a través de la narración y verbalización de la persona quien haya vivenciado ello (Ángeles, 2003; Strongman, 2003).

De acuerdo con Reizenzein y Döring (2009) desde esta perspectiva existen tres propiedades principales que tiene la experiencia emocional. En primer lugar, las personas pueden ser inmediatamente conscientes cuando están experimentando una emoción. Es relevante precisar que ello abarca también una conciencia pre-reflexiva, es decir, de una manera no focalizada o explícita sobre la emoción. En segundo lugar, se tiene una cualidad experiencial o carácter fenomenológico que define a la emoción al ser vivida. Este aspecto hace referencia a que cada emoción se siente de una determinada manera, se diferencia entre otras emociones y puede variar en intensidad. En tercer lugar, la experiencia emocional está orientada o dirigida hacia algo, lo que desde esta perspectiva es conocido como el carácter intencional de la emoción. Ello implica que la emoción se presenta en la conciencia como un estado acerca de un objeto, real o imaginario, que ha activado dicha emoción. Es así que, por ejemplo, se puede hacer referencia a que cuando una persona está enojada, alegre o triste por un suceso, este suceso viene a configurarse como el objeto intencional de la emoción, en tanto que esta representación es la que lo origina (Reizenzein y Döring, 2009).

En la línea de lo presentado, Feldman et al. (2007) refieren que la experiencia emocional es el estado intencional de la conciencia en el cual la emoción es vivida como originada o referida hacia algún objeto, circunstancia o representación. Dichos/as autores/as sostienen que esta se da cuando, en un momento específico de la vivencia de las personas, se unen el afecto, el conocimiento conceptual y significado que se tenga sobre la emoción, y las percepciones sobre aquello que acontece en el mundo (Feldman et al., 2007).

Asimismo, Denzin habla de este campo de la emoción como un estado de la conciencia que es vivido de una manera particular situado en un contexto social (Strongman, 2003), pudiendo dar cuenta de este carácter interaccional que implica la experiencia, en la cual no es concebido como un suceso aislado, sino vivenciado particularmente (Ángeles, 2003).

Partiendo de ello, en el contexto terapéutico, la empatía es una cualidad necesaria en el trabajo del apoyo psicológico a un otro. La empatía dentro de este campo es la capacidad del o de la profesional para comprender las emociones de la persona que pide ayuda y desplegar respuestas emocionalmente sensibles que permitan alcanzar los objetivos planteados (Figley y Ludick, 2017). Según Salgado (2015) esta capacidad requiere de una apuesta por tomar la perspectiva del otro, es decir, el poder diferenciar adecuadamente los aspectos y estados de uno mismo y de la otra persona, para que la respuesta motivacional se centre en lo más pertinente para el o la consultante. Así, la empatía permite adentrarse en el mundo emocional subjetivo del otro.

Sin embargo, el hacer frente a circunstancias de gran carga emocional en la sesión, pueden propiciar que el o la profesional experimente el dolor del otro como propio, no pueda regular la activación emocional y no logre desplegar estrategias efectivas de autocuidado (Figley y Ludick, 2017; Salgado, 2015). En ese sentido, en estos casos, los/as profesionales de la salud mental tienen un mayor riesgo a experimentar angustia o emociones de displacer constantes e intensas, generando en ellos/as un malestar significativo (Salgado, 2015). De esta forma, estas situaciones sostenidas pueden generar que los psicólogos, psicólogas y psicoterapeutas lleguen a desarrollar el síndrome de agotamiento profesional o *burnout* (McCormack et al., 2018), fatiga por compasión (Figley, 2002; Figley y Ludick, 2017), traumatización vicaria (Figley y Ludick, 2017; Molnar et al., 2017) y estrés traumático secundario (Figley y Ludick, 2017; Hensel et al., 2015) como resultado de trabajar y contener a personas que están sufriendo.

El síndrome de agotamiento profesional hace referencia a la respuesta ante el estrés crónico emocional e interpersonal que se da en el ámbito laboral de la persona (Maslach et al., 2001). Así, se pueden distinguir tres dimensiones principales: el agotamiento emocional, que abarca los sentimientos de sobrecarga emocional, generando una sensación de que se han sobrepasado los recursos que tiene la persona; la despersonalización, la cual se refiere al distanciamiento emocional excesivo por parte del o de la profesional, manifestándose en respuestas negativas, insensibles o deshumanizantes usualmente hacia las personas a las que se brinda el servicio o interactúa en su trabajo; y por último la baja realización personal, la cual hace referencia a una reducida satisfacción laboral, que alberga sentimientos de ineficacia, baja competencia y logro en el trabajo, vinculado a una desesperanza aprendida (Maslach, 1993).

En una revisión sistemática realizada por McCormack et al. (2018) se encontró que los psicólogos y las psicólogas eran susceptibles a presentar el síndrome del burnout, siendo especialmente afectados en la dimensión de agotamiento emocional, promoviendo un

distanciamiento afectivo y cognitivo. También, se halló que diferentes estudios habían encontrado una relación directa entre la carga laboral y el *burnout*, siendo un factor de riesgo el estrés producido por las demandas laborales. Asimismo, distintos estudios encuentran que la variable edad y nivel de experiencia tienen una relación inversa con el *burnout*. Es decir, a una mayor edad y experiencia en el trabajo psicológico, se presentaban menores síntomas de *burnout* en los y las profesionales. Además, entre los factores que permiten manejar el estrés y los signos del *burnout* el soporte social se constituyó como el hallazgo más relevante en este ámbito (McCormack et al., 2018).

Por otro lado, la fatiga por compasión es el agotamiento experimentado como resultado de las demandas de ser empático hacia las personas que necesitan ayuda o están sufriendo (Figley y Ludick, 2017). Sobre esta se ha encontrado que en los y las profesionales de la salud mental, ciertos aspectos como las demandas del trabajo se encuentran relacionados a ser más proclive a desarrollar fatiga por compasión mientras que los recursos del área laboral, tales como la supervisión y el apoyo de compañeros/as, permiten reducir este impacto (Singh et al., 2020).

El estrés traumático secundario es el conjunto de respuestas conductuales y reacciones emocionales al saber y conocer la experiencia traumática de un otro significativo (Figley y Ludick, 2017; Figley, 2002). Se debe distinguir que, si bien este se encuentra estrechamente relacionado con la fatiga por compasión, la última es el resultado de una prevalencia constante del estrés traumático secundario (Figley y Ludick, 2017). En el caso de quienes realizan un trabajo psicológico, terapéutico o de intervención en crisis, estos/as suelen encontrarse expuestos/as a escuchar los eventos traumáticos por los que han pasado las personas (Figley, 2002). En esa línea, las investigaciones evidencian que el hecho de haber vivenciado eventos traumáticos pasados similares a la historia del o de la consultante es un factor de riesgo para experimentar este estrés (Hensel et al., 2015).

Por último, la traumatización vicaria es la transformación que sufre la persona emocional y cognitivamente al experimentar los síntomas de pasar por una experiencia traumática vivida indirectamente a partir de escucharla (Figley y Ludick, 2017). Así, se ha encontrado una prevalencia en profesionales de la salud mental quienes trabajan con personas que han pasado por eventos traumáticos (Molnar et al., 2017). En este aspecto, la evidencia empírica indica que un factor que protege del desarrollo de traumatización vicaria es la diferenciación del sí mismo con respecto a los estados psicológicos de la otra persona (Halevi y Idisis, 2018).

En suma, se puede precisar que el intercambio en el trabajo psicológico en ciertas circunstancias puede llevar a un desgaste profesional, afectando el bienestar de las personas encargadas de brindar ayuda. Al respecto, uno de los contextos que suele requerir de un gran compromiso emocional es el de intervenciones o asistencia psicológica en contextos de emergencia (Joshi y Sharma, 2020).

La pandemia mundial del COVID-19 fue una emergencia sanitaria que impactó de diversas maneras en el bienestar psicológico de las personas. Gruber et al. (2021) enfatizan que esta posee tres características principales que lo vuelven un contexto especialmente perjudicial para la salud mental de las personas: (1) es un fenómeno a largo plazo, extendido e incierto, al no prever un fin definido ni determinado; (2) es un estresor multidimensional el cual afecta distintas áreas y ámbitos a nivel individual como social en los sistemas familiares, de salud, educativo, económico y político; y (3) aquellas medidas que permiten proteger a la población de contraer el virus implican a su vez una reducción de los factores protectores para problemas de salud mental, como lo sería al disminuir el acceso al soporte social.

El impacto psicológico del COVID-19 incluye entonces múltiples afectaciones en distintos niveles y grupos específicos. En la población general entre los hallazgos más reportados se ha encontrado: moderados niveles de estrés, sintomatología ansiosa y depresiva, sentimientos de tristeza, agobio, irritabilidad y malestar general, así como miedos y preocupaciones constantes sobre la posibilidad de que la vida de familiares o personas allegadas pueda estar en riesgo ante la amenaza del virus (Balluerka et al., 2020; Goularte et al., 2021; Gruber et al., 2021; Saavedra et al., 2022; Sanabria-Mazo et al., 2021; Wang et al., 2020). Particularmente, se ha hallado que el haber sido previamente diagnosticados/as con algún trastorno mental, implica una mayor vulnerabilidad ante el contexto incierto, siendo que el aislamiento social y las medidas sanitarias reducen e impiden el acceso a algunos recursos de ayuda como el contacto con redes de soporte y la atención a servicios de salud mental (Alonzi et al., 2020; Gruber et al., 2021).

Además, se ha encontrado que el haber tenido experiencias directamente relacionadas con el COVID-19, como el haber sido diagnosticado/a, conocer a alguien que haya pasado por la enfermedad o que haya fallecido tiene un impacto negativo mayor (Saavedra et al., 2022). Así, se ha sostenido que la experiencia directa y el estrés percibido en relación al coronavirus son factores de riesgo para desarrollar depresión y ansiedad (Gallagher et al., 2020; Saavedra et al., 2022).

En cuanto al personal de salud, el contexto de la pandemia los enfrenta a situaciones de riesgo al tener que estar en la primera línea de batalla en contra del virus. Así, se encuentran

expuestos a múltiples estresores: tener mayores probabilidades de contagio, atender y vivenciar de cerca el dolor físico y emocional de sus pacientes, y una sobrecarga laboral debido al colapso de los establecimientos de salud que en suma conlleva a una fuerte angustia psicológica en un contexto de miedo, preocupación e incertidumbre (Gruber et al., 2021; Ormaza y Álvarez, 2023). En ese sentido, se ha evidenciado altos niveles de ansiedad, depresión y estrés mayores al de la población en general (Lai et al., 2020; Luceño et al., 2020; Shechter, 2020), así como una prevalencia de fatiga por compasión, *burnout* y estrés traumático secundario (Barello et al., 2020; Franza et al., 2020).

Otro de los aspectos relevantes es que en el marco del COVID-19 existen diferentes cambios e impedimentos, que devienen de las medidas sanitarias, para elaborar el duelo y la pérdida de las personas cercanas (Buckley et al., 2024, De Oliveira et al., 2020; Gruber et al., 2021; Hamid y Jahangir, 2020; Wallace et al., 2020). Así, en este contexto, quienes han perdido a una persona cercana se ven enfrentadas a la imposibilidad de llevar el proceso del duelo con las prácticas rituales y sociales normativas, estar en aislamiento social de acuerdo a la exposición que haya tenido con la persona difunta, no poder tener un contacto directo con las redes de apoyo, lo que se traduce en bajos niveles de soporte social percibido, así como sentimientos de culpa e ira en caso se atribuya la causa del contagio a sí mismos, los demás o a deficiencias del sistema de salud (Buckley et al., 2024; De Oliveira et al., 2020; Wallace et al., 2020).

En un estudio realizado por Buckley et al. (2024), se pudo identificar cinco aspectos centrales alrededor de la experiencia de duelo en este contexto. En primer lugar, estas personas tuvieron un contacto restringido a sus seres queridos que habían fallecido, no pudiendo estar junto a ellos en sus últimos momentos de vida y teniendo muchas preguntas sin resolver sobre su partida. En segundo lugar, se encontraban aisladas, sin recibir el apoyo social esperado ni realizar las prácticas rituales del duelo. La ausencia de estas prácticas y de espacios sociales donde recordar la vida de su ser querido impactó en que sintieran que no podían lamentar su pérdida. En tercer lugar, algunas personas también encontraron nuevos significados dentro de los cambios en su experiencia de duelo; por ejemplo, al experimentar el distanciamiento social como un espacio para procesar su pérdida, pudiendo mantener sus propios límites frente a las presiones sociales. En cuarto lugar, distintos sentimientos fueron potenciados, como la sensación de aislamiento, soledad, enojo y culpa alrededor de la muerte. Por último, se describió una pérdida de atención al duelo individual, siendo que el mismo contexto de amenaza desconectaba a las personas de sus procesos de duelo, así como socialmente su dolor recibía menos atención por parte de sus círculos y grupos.

Algunos autores como Wallace et al. (2020) mencionan que las circunstancias descritas podrían experimentarse como un duelo privado de derechos, fenómeno que se da cuando se vive una pérdida que no puede ser lamentada públicamente o que es sancionada por el entorno social del individuo. Además, señalan que uno de los factores que acrecientan ello en este contexto es el lenguaje empleado en los medios de comunicación y entornos sociales que mantiene un distanciamiento emocional al momento de hablar de las innumerables muertes y contagios, siendo que los individuos lidian con constantes mensajes sociales en los que la persona que perdieron es reducida a una estadística. De esta manera, el contexto de la emergencia sanitaria tiene una serie de implicancias que pone en riesgo a las personas que están pasando por estos procesos de pérdida de un familiar o ser querido, a desarrollar un duelo complicado, trastorno por estrés postraumático o depresión (Buckley et al., 2024; Gruber et al., 2021; Wallace et al., 2020).

Por último, es relevante también resaltar que este contexto agudiza distintas desigualdades estructurales y problemáticas sociales presentes. Es así que la pandemia del COVID-19 también impacta en una profundización de las inequidades económicas, siendo esto especialmente relevante en países de América Latina (Sanabria-Mazo et al., 2021). A su vez, una de las problemáticas sociales que se ve agudizada por las condiciones de la emergencia sanitaria es la violencia basada en género, ya que coloca en un nivel de mayor vulnerabilidad a las víctimas al minimizar los recursos de ayuda a los que puedan tener acceso, poniendo en mayor riesgo a niños y niñas y personas de la comunidad LGBTIQ+ (Guidorzi y Cannon, 2020). En el Perú, el estudio realizado por Agüero (2021) analizó comparativamente el índice de los casos de violencia contra la mujer reportados en la Línea 100, antes y después del inicio del periodo de confinamiento del mes de marzo a julio del 2020. En esta investigación se encontró que, a partir de la medida, las llamadas se incrementaron en 1.48 veces en comparación a años anteriores, sin distinción o variación por región y teniendo una mayor incidencia conforme avanzaban los meses en aislamiento social obligatorio (Agüero, 2021).

En ese sentido, a partir de lo planteado por la pandemia mundial, se inscribe una demanda más urgente para poder atender las distintas necesidades en materia de salud mental de la población (Lorenzo et al., 2020; OPS/OMS Perú, 2020). Sin embargo, se debe de considerar ciertos aspectos que van a matizar de manera particular la forma en la que se va a dar el trabajo psicológico y de soporte emocional en este contexto.

Uno de los aspectos relevantes que configura este trabajo durante el contexto del COVID-19 es la experiencia compartida (Dunn et al., 2023; McBride, 2020; Ronen-Setter y Cohen, 2020). Esta idea trata de visibilizar, reconocer y enfatizar que los y las profesionales

que brindan apoyo psicológico también se encuentran atravesando el contexto de la pandemia mundial, considerado este como un desastre o amenaza colectiva (Dunn et al., 2023; McBride, 2020; Ronen-Setter y Cohen, 2020). Es decir, igualmente se encuentran inmersos en un contexto en el que pueden tener preocupaciones y miedos con respecto a su propia salud y las de sus familiares, haber tenido experiencias directas con el COVID-19 o haber atravesado procesos de duelo o pérdida (Dunn et al., 2023; McBride, 2020; Shklarski et al., 2021). De esta forma el contexto de incertidumbre, cambios y afectaciones que produce la emergencia sanitaria del COVID-19 es algo que impacta tanto a quien provee la ayuda como a quien la recibe, cada uno y una vivenciando la experiencia y la dinámica de apoyo de una manera particular.

Este hecho que caracteriza el trabajo psicológico en este contexto podría dificultar la toma de una perspectiva diferenciada entre la experiencia del psicólogo/a o psicoterapeuta y de la persona que solicita el servicio de ayuda, lo cual es necesario en la consulta psicológica (Rokach y Boulazreg, 2022; Salgado, 2015). Así, el despliegue emocional puede ser diverso, intensificado y generar sentimientos de malestar psicológico significativo ante el sufrimiento de un otro que impide el sostener emocionalmente y afecta a quienes realizan un trabajo psicoterapéutico en su propia vivencia.

Si bien ciertas características relacionadas al trabajo en salud mental inciden en que los/as profesionales de salud mental sean una población susceptible al estrés (Rokach y Boulazreg, 2022), aspectos del contexto del COVID-19 pueden colocar en mayor vulnerabilidad al psicólogo/a o psicoterapeuta, debido a que este tendría que lidiar con el aumento en la demanda de casos atendidos, una mayor incidencia de traumatización vicaria al recibir a consultantes con experiencias adversas relacionadas a la emergencia sanitaria, el impacto en su experiencia personal relacionada a la pandemia y la adaptación a nuevas formas de brindar apoyo psicológico a distancia (Aafjes-van Doorn et al., 2022; Rokach y Boulazreg, 2022). Así, las respuestas de agotamiento emocional halladas en la literatura pueden ser causadas tanto por la experiencia dentro de la sesión de apoyo, así como dar cuenta de una experiencia más directa del psicoterapeuta con el contexto que atraviesa (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Aafjes-van Doorn et al., 2022).

Sobre ello, la mayoría de estudios se han focalizado en analizar el impacto del desgaste profesional desde la incidencia de constructos antes presentados como la fatiga por la compasión, *burnout* (Franza et al., 2020), estrés traumático secundario (Singh y Hassard, 2021) y traumatización vicaria (Aafjes-van Doorn et al., 2020), determinando el grado de prevalencia de los mismos, sin ahondar en la propia experiencia emocional del o de la profesional de la

salud mental desde una aproximación cualitativa. Así, la evidencia empírica ha podido reportar la presencia moderada y alta de indicadores de agotamiento profesional en la experiencia de psicólogos/as y psicoterapeutas atendiendo en el contexto del COVID-19 (Franza et al., 2020, Aafjes-van et al., 2020); sin embargo, resulta pertinente tener un acercamiento desde un enfoque cualitativo ya que ello permite profundizar en cómo se da este fenómeno en dicha población en específico, así como poder describir la propia experiencia desde la voz del o de la participante y acceder a los significados y vivencia personal (Pistrang y Barker, 2012; Nóbrega et al., 2020). En ese sentido, la experiencia emocional implica describir la subjetividad de los procesos emocionales que se pueden dar en este ámbito del trabajo psicológico.

Algunos estudios realizados en el contexto del COVID-19 permiten acercarnos a la experiencia emocional de los psicólogos/as y psicoterapeutas, así como a aspectos alrededor de la misma. Entre estos, Dunn et al. (2023) buscaron capturar la experiencia de psicoterapeutas brindando atención durante la crisis compartida y entender el impacto en la alianza terapéutica. En primer lugar, explican que los/as psicoterapeutas identificaron una variedad de respuestas emocionales y psicológicas que observaron en sus consultantes, desde la potenciación de síntomas relacionados al contexto hasta la reaparición de problemáticas sin resolver. En segundo lugar, se resaltó la experiencia de intentar manejar sus necesidades individuales dentro de una crisis compartida. Sobre ello, se destacaban las preocupaciones con respecto a las dificultades para sostener a sus consultantes cuando ellos/as mismos/as estaban atravesando angustia o pérdidas; no obstante, se señaló como un aprendizaje positivo de ello el tener un nivel más profundo de empatía. Asimismo, se encontraron dificultades para sostener el encuadre terapéutico y los límites que alberga la psicoterapia a distancia con los/as consultantes con mayores factores de riesgo (autolesiones, ideación suicida, etc.). Además, se tuvo un mayor entendimiento de la importancia del autocuidado, reconociendo que los/as profesionales de salud mental no son inmunes a los efectos de la pandemia en su bienestar psicológico. Finalmente, se encontraron percepciones de insuficiencia a la luz del contexto de pandemia, siendo que percibían dificultades con la modalidad a distancia, así como la sensación de que el rol de terapeuta no estaba siendo valorado socialmente, experimentando una falta de soporte.

Otra investigación realizada por Singh et al. (2024) exploró las experiencias relacionadas al trabajo de profesionales de salud mental durante el COVID-19. Los resultados mostraron que la experiencia ocupacional abarcaba tres grandes aspectos: (1) la transición hacia la terapia online, (2) cambios novedosos en la práctica y bienestar, y (3) el soporte profesional en tiempos inciertos. En cuanto a la transición hacia la terapia online, esta se vivenció con una resistencia inicial hacia el medio técnico, debido a la falta de familiaridad,

para posteriormente reconocer tanto sus limitaciones (pérdida de información no verbal, dificultades para técnicas y estrategias corporales en sesión) como sus beneficios (mayor flexibilidad, accesibilidad y auto-apertura a revelar información). En relación a los cambios novedosos en la práctica y bienestar, se describieron fluctuaciones en la carga laboral; una reducción de las fuentes o espacios de apoyo de sus consultantes, lo cual incidía en el tratamiento y en una reducción de la autoeficacia del profesional; impacto en la salud y bienestar, al presentar dificultades para mantener una separación psicológica entre la experiencia propia y la del consultante; sentimientos de aislamiento profesional; y la incorporación del trabajo desde casa. Por último, el soporte profesional en tiempos inciertos describió cómo los/as profesionales de salud mental recibieron apoyo de colegas, supervisores clínicos, administradores y organizaciones, lo cual les ayudó a afrontar los retos y dificultades que implicaba su trabajo en el contexto de pandemia; sin embargo, tuvieron un sentimiento de negligencia por parte de sectores altos de la organización.

En otro estudio realizado por Békés et al. (2021), se abordaron los principales retos que experimentaron los/as terapeutas durante la transición a la terapia online a partir de la pandemia del COVID-19. Al principio de la pandemia, se identificaron cuatro principales retos: (1) la conexión emocional, siendo que se percibían dificultades para conectarse emocionalmente con el/la consultante; (2) distracciones durante las sesiones, las cuales podían presentarse tanto para el terapeuta como para el paciente al encontrarse en distintos espacios; (3) la privacidad de la consulta, necesaria para respetar la confidencialidad y (4) el establecimiento de límites por parte del terapeuta. Después de tres meses de iniciada la pandemia, se percibió una disminución de todos los retos, a excepción de los distractores en sesiones, que por el contrario aumentaron su presencia. Asimismo, se halló que únicamente las preocupaciones relacionadas a la conexión emocional predecían una actitud negativa hacia la psicoterapia a distancia.

En el contexto latinoamericano, el estudio de Fernández et al. (2022) describió el impacto que tuvo el confinamiento en el ámbito personal y en la práctica clínica de psicoterapeutas de Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México y Perú. Los resultados lograron distinguir tres fenómenos dentro de la experiencia del o la profesional. El primer fenómeno abordó el proceso del impacto en el/la terapeuta, percibiendo al inicio del confinamiento una ilusión de descanso junto a la noción de amenaza e incertidumbre, preocupación por el contagio a seres queridos, altas demandas laborales y familiares, inestabilidad laboral y sentimientos de duelo y pérdida. Para el manejo del malestar generado, se reconocieron recursos personales (ej. motivación, actitud proactiva y autoexigencia) y contextuales (ej. salud, recursos materiales y estabilidad económica) que les permitieron

afrontar la situación de pandemia. Así, con el avance del tiempo se fue dando una aceptación realista del contexto al igual que un gran cansancio que se vinculaba a una satisfacción por reconocerse como capaces de aprender y enfrentar las dificultades del entorno. El segundo fenómeno se centró en la incorporación de las tecnologías a la práctica clínica, siendo que al principio el grupo de psicoterapeutas mantenía una disposición ambivalente: reconocían que este medio permitía trabajar y atender las necesidades del o la consultante durante la pandemia, pero mantenían una desconfianza y prejuicio hacia la modalidad por percibir una limitación para emplear ciertas técnicas y una afectación al vínculo terapéutico. Sin embargo, en el transcurso de su uso, y a partir de los recursos disponibles para el aprendizaje, se pasó a tener una revalorización positiva de las TIC como medio de intervención, reconociendo su eficacia durante este contexto. El tercer fenómeno albergó transformaciones en el ejercicio de la psicoterapia, las cuales describen cambios en el encuadre, la relación y el proceso terapéutico. En relación con el encuadre terapéutico, se enfatizó la construcción del nuevo espacio virtual con una mayor flexibilidad de acuerdo con las contingencias del entorno. En cuanto a las transformaciones de la relación terapéutica, se destacaron aspectos como no poder acceder a información no verbal, el exponer espacios de la vida del consultante y terapeuta, aumentar la frecuencia de comunicaciones fuera de la sesión, y el compartir simultáneamente las problemáticas asociadas a la pandemia. Por último, los cambios relacionados al proceso terapéutico se centraron en que las intervenciones eran más breves, directivas y de contención, en la cual se fueron priorizando temas relacionados a la emergencia sanitaria, logrando resultados positivos (Fernández et al., 2022).

En relación con lo encontrado, la investigación realizada por König et al. (2023) exploró las experiencias de psicoterapeutas realizando terapia online durante el contexto del COVID-19 en Argentina. Acorde a la evidencia internacional, dentro de las condiciones generales para dar el apoyo psicológico a distancia, se presentaron dificultades para encontrar espacios privados para las sesiones, presencia de distractores, adaptaciones de las intervenciones o técnicas y frecuencia de la pandemia como tema principal en la sesión. Sobre la relación terapéutica, se destacó que fue posible construir una alianza terapéutica dentro de la modalidad a distancia. En cuanto a aspectos relacionados al psicoterapeuta, se resaltan factores de estrés como una alta demanda laboral, dificultades en la distinción clara entre vida laboral y personal, preocupaciones e inestabilidad económica. Asimismo, se enfatizó que la psicoterapia online o a distancia era considerada como más agotadora. En aspectos relacionados a los/as consultantes, se evidenció un impacto negativo en las problemáticas de salud mental a partir del contexto. Además, se identificaron ventajas de la modalidad, como la posibilidad de realizar

las sesiones salvaguardando la seguridad y la accesibilidad; y desventajas, en las que se reconocieron principalmente dificultades técnicas.

En el caso de la evidencia empírica sobre las experiencias en contextos de estrés y alta carga emocional se han encontrado algunas investigaciones que abordan estas circunstancias en el ámbito terapéutico y de intervención en crisis (Ángeles, 2003; Choi, 2019; Baum, 2014). Uno de estos contextos de estrés es la asistencia a personas en el campo hospitalario o con alguna enfermedad terminal. Sobre ello, Ángeles (2003) realizó una investigación para ahondar en la experiencia emocional de psicoterapeutas que trabajan con pacientes con cáncer terminal. En dicho estudio, se encontró que los y las psicoterapeutas solían referir sentimientos de impotencia y frustración al no poder realizar algo más allá de su labor frente a la situación que estaban atravesando los y las pacientes, así como dificultades para poder mantener la neutralidad en estos casos. Asimismo, esta experiencia se configuraba con sentimientos de tristeza, miedo y angustia. También se encontró presente una sensación de desgaste profesional tanto físico como emocional; pero al mismo tiempo, de enriquecimiento en el ámbito personal y laboral al poder contribuir en cierta medida en la vida de estas personas en situación de vulnerabilidad (Ángeles, 2003).

Por otro lado, en cuanto a la atención en crisis, Choi (2019) realizó una investigación para ahondar en la experiencia del personal de emergencia y profesionales de la salud mental al atender a personas en una situación de desastre. En este estudio en primer lugar, los y las participantes afirmaban un compromiso con su labor expresada en sentimientos de orgullo por la naturaleza de su trabajo de ayuda a las personas y un sentido del deber para realizarlo con responsabilidad y determinación. En segundo lugar, también se reportaron sentimientos de impotencia y una falta de confianza cuando tenían que atender a las personas en este contexto, presentando preocupaciones sobre cómo actuar y cómo proveer los primeros auxilios psicológicos. En tercer lugar, indicaron sentirse abrumados después de haber atendido a las personas en la escena de desastre, experimentando estados psicológicos negativos y de agotamiento al regresar, presentando fatiga, entumecimiento emocional, entre otros. Por último, si bien se halló un despliegue de sus propias estrategias y recursos para reducir los síntomas de agotamiento que les permitía sentir un alivio temporal, su manejo de la situación seguía percibiéndose como insuficiente (Choi, 2019).

Además, Nuttman-Shwartz (2015) explica que la evidencia empírica ha podido dar cuenta de que, ante la exposición a una realidad traumática compartida, los y las profesionales experimentan sentimientos de miedo, pérdida y preocupaciones; mientras que en el ámbito profesional suelen sentirse más agobiados y agotados al escuchar los eventos traumáticos de

sus consultantes. A su vez, reportan un menor nivel de autoeficacia y presentan sentimientos de vergüenza y culpa debido a que en este contexto se sienten más conscientes de sus propias necesidades en lugar de las de sus consultantes (Nuttman-Shwartz, 2015).

Del mismo modo, Baum (2014) da cuenta del rol dual de los y las profesionales que atienden estos casos, siendo afectados tanto de forma personal-familiar como en su trabajo profesional. En ese sentido, esta autora muestra que en el contexto de esta realidad traumática compartida, los y las psicoterapeutas experimentan: (1) ansiedad intrusiva, la cual daba cuenta del sentimiento de ansiedad por el bienestar de la propia familia; (2) falta de empatía, mediante la cual los y las profesionales afirman tener mayores dificultades para poder dar una respuesta sensible y orientada a la perspectiva del otro; (3) cambios en los tiempos y horas de trabajo con las personas a quienes se atendía; (4) inmersión en el rol profesional, la cual brindaba tranquilidad al ser una manera de tomar el trabajo profesional para evitar sentir ansiedad, temor o preocupación personal; y (5) expansión del rol profesional, en el que se accedía a realizar algunas acciones que pueden ir más allá de lo que se ejecutarían usualmente en el contacto con la persona que solicita la ayuda (Baum, 2014).

Cabe señalar que existen algunos factores y características de quienes realizan el trabajo terapéutico bajo los que se han recogido vivencias compartidas, siendo uno de estos aspectos los años de experiencia de quien brinda la ayuda psicológica. Sobre esto, Vethencourt (2018) indaga sobre la vivencia emocional de psicoterapeutas que se encuentran iniciando su entrenamiento en este tipo de trabajo psicológico. Aquí, la autora describe que, en los primeros años de experiencia, el estar frente al dolor ajeno y escuchar las historias de gran carga emocional de los y las consultantes, provoca que los y las psicoterapeutas sientan una fuerte afectación o sobrecarga emocional, evidenciada también en una ansiedad sobre su actuar en este espacio. En esa línea, se establece un tipo de conexión profunda que en suma lleva a un sobre involucramiento con la persona, lo cual puede incidir en disminuir las estrategias de auto cuidado; así como mermaría la capacidad para distinguirse del otro; todo lo cual contribuiría a dificultades para mantener la objetividad en este espacio (Vethencourt, 2018).

Asimismo, Vethencourt (2018) reconoce que otra cuestión que caracteriza la vivencia en este grupo específico es una constante ansiedad, nerviosismo y temor a cometer errores o a no poder ser de ayuda efectiva para la persona, debido a la inexperiencia en el manejo técnico. Esto se encuentra relacionado a que suelen tener altos estándares de desempeño, junto a una necesidad por concretar ciertas expectativas poco realistas sobre el proceso de ayuda. Del mismo modo, los sentimientos de culpa y la atribución de la responsabilidad frente a la terminación inesperada del proceso de búsqueda de ayuda son recurrentes (Vethencourt, 2018).

En esa línea, con respecto a la edad, se ha encontrado que los profesionales más jóvenes tienen mayores índices de agotamiento, probablemente relacionado con su menor experiencia en el campo (McComarck, 2018). Todo ello se encuentra en concordancia con otros estudios que encuentran que los años de experiencia son un factor protector frente al agotamiento emocional (Laverdière et al., 2018).

Sin embargo, si bien el manejo de la consulta, así como las estrategias de autocuidado por parte de los/as profesionales de salud mental aumentan conforme han atendido y realizado el trabajo terapéutico durante más tiempo, también se ha encontrado que la incorporación progresiva de las experiencias emocionales significativas a lo largo de los años puede llevar a una percepción de una carga acumulada en quienes tienen una mayor experiencia (Råbu et al., 2015).

En cuanto al género, no se han encontrado investigaciones que permitan abordar diferencias con respecto a esta variable en la experiencia emocional del contexto terapéutico. Sin embargo, diversas evidencias muestran que las mujeres tienden a reportar un mayor grado de agotamiento emocional, debido a las demandas sociales del contexto, en el que se les exige un mayor involucramiento familiar e imposición de cumplir los estándares sociales, lo que lleva a que tengan mayores niveles de estrés y dificultades para poder balancear las demandas laborales y familiares, teniendo una doble carga por las concepciones socio-culturales de género y presión por cumplir estos roles (Simionato y Simpson, 2018).

A partir de todo lo mencionado y dada la relevancia de una aproximación cualitativa, la presente investigación tiene por objetivo conocer la experiencia emocional de psicólogos, psicólogas y psicoterapeutas de una línea de ayuda de apoyo psicológico en el contexto del COVID-19. A la vez, se tuvo como objetivos específicos conocer la experiencia personal del psicólogo/a o psicoterapeuta con respecto a la pandemia del COVID-19; entender el impacto de la realidad compartida al brindar apoyo psicológico en la línea de ayuda; identificar los recursos a nivel individual o grupal para el manejo de la experiencia emocional; y conocer los aprendizajes y retos de la experiencia.

Para responder a estos objetivos, este estudio se encuentra planteado en el marco de la epistemología fenomenológica, bajo el cual se busca profundizar en cómo es la experiencia subjetiva para el grupo de participantes (Willig, 2013), y en este caso, entender cómo es experimentado desde el plano emocional el atender y brindar ayuda a las personas en este contexto en particular. En esa línea, con respecto al diseño del estudio se partió de un enfoque temático, el cual según Pistrang y Barker (2012), busca identificar y describir categorías provenientes de la data a analizar. Dentro de este enfoque, se escogió como método el análisis

de contenido (Pistrang y Barker, 2012; Krippendorff, 2018). Ello debido a que esta técnica permitiría a la investigadora acercarse a la data recopilada distinguiendo contenido común que brinde una descripción sistematizada de lo que sería la experiencia emocional de dicha población al atender personas en esta realidad (Krippendorff, 2018).



Metodología

Participantes

Participan de este estudio trece psicólogos/as y psicoterapeutas que han brindado sus servicios en una línea de ayuda de apoyo psicológico en el contexto COVID-19 durante los primeros 100 días de confinamiento; aspectos que integran los criterios de inclusión en el estudio. En cuanto a las consideraciones éticas de la investigación, se realizó un consentimiento informado (ver Apéndice A), el cual fue presentado antes de iniciar cada entrevista. En este se expresó el objetivo de la investigación, que la participación era de carácter voluntario, que se respetaría la confidencialidad de su identidad y que podían retirarse de la entrevista en cualquier momento sin que ello implicara algún perjuicio para su persona. Asimismo, se solicitó una autorización para videograbar la entrevista. Por otro lado, también se elaboró un protocolo de contención en caso el o la participante se movilizara al momento de responder alguna pregunta de la entrevista.

Por medio de un contacto de la investigadora, la comunicación inicial con los/as participantes se realizó a través de una invitación a un grupo de psicólogos/as y psicoterapeutas pertenecientes a una organización* que había realizado una línea de ayuda psicológica en el contexto de la pandemia mundial. La atención en esta línea de ayuda fue un servicio voluntario que consistía en un máximo de 3 sesiones por cada caso recibido, tenía una duración aproximada de 20 minutos por sesión, se realizaba por medio de llamada telefónica e implicaba la participación en supervisiones semanales.

Las entrevistas al grupo de participantes se realizaron en el mes de mayo y junio del 2021. Para determinar la cantidad de participantes del estudio se tomó en cuenta el criterio de saturación (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018) en investigación cualitativa. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), la saturación de categorías implica que los nuevos datos recolectados dejan de aportar conocimientos novedosos o distintos a lo que se ha ido recopilando, volviéndose repetitivo o encajando en categorías ya descritas. De esta forma, se conformó el reclutamiento final de los y las participantes.

Respecto a las variables sociodemográficas del grupo (Tabla 1), sus edades oscilaban entre los 30 y 69 años. En cuanto al género, 12 de las participantes se identificaban como mujeres, mientras que uno de los participantes como hombre. En relación con el tiempo de experiencia en el trabajo, se encontró que tenían entre 2 años y medio y 43 años. Asimismo, todos/as los/as participantes eran de corriente psicoanalítica. En la siguiente tabla se puede apreciar a detalle los datos de cada participante:

*Esta agrupación se formó años anteriores para brindar atención psicológica a personas afectadas por el contexto de desastre de los huaycos en el Perú. En dicha ocasión el apoyo terapéutico también fue dado de manera gratuita.

Tabla 1*Datos sociodemográficos de participantes de la investigación*

Participante	Edad	Género	Años de experiencia	Tiempo en la línea de ayuda	Corriente
P1	65	Femenino	15	Abril - Junio 2020	Psicoanalítica
P2	32	Femenino	8	Abril - Junio 2020	Psicoanalítica
P3	35	Femenino	10	Mayo - Junio 2020	Psicoanalítica
P4	61	Femenino	39	Marzo - Junio 2020	Psicoanalítica
P5	57	Femenino	20	Abril 2020 - Abril 2021	Psicoanalítica
P6	44	Femenino	19	Abril - Junio 2020	Psicoanalítica
P7	30	Masculino	6	Abril - Junio 2020	Psicoanalítica
P8	33	Femenino	2.5	Abril - Mayo 2020	Psicoanalítica
P9	62	Femenino	30 - 40	Marzo - Mayo 2020	Psicoanalítica
P10	55	Femenino	25	Marzo - Julio 2020	Psicoanalítica
P11	64	Femenino	26	Abril 2020 - Abril 2021	Psicoanalítica
P12	57	Femenino	15	Mayo - Octubre 2020	Psicoanalítica
P13	69	Femenino	43	Mayo - Junio 2020	Psicoanalítica

Técnicas de recolección de información

Para poder recolectar información sobre la experiencia emocional de los y las profesionales de salud mental al brindar apoyo psicológico en una línea de ayuda en el contexto del COVID-19 se realizaron entrevistas semiestructuradas. La entrevista semiestructurada es definida por Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) como una reunión en la cual el/la entrevistador/ra conversa con quien es entrevistado/a, basándose en una guía de preguntas en la que se mantiene la libertad de introducir nuevas consultas para profundizar sobre temas o aspectos relevantes que se desarrollen en la conversación. Para ello, tomando en cuenta la literatura revisada y los objetivos específicos del presente estudio, se elaboró una guía de

entrevista (ver Apéndice B) que, a partir de la realización de un piloto, tuvo modificaciones que permitieron asegurar su pertinencia. De este modo, acorde a los objetivos de la investigación, la guía de entrevista semiestructurada se dividió en cinco áreas principales:

Experiencia personal de el/la psicólogo/a o psicoterapeuta en el contexto del COVID-19

Esta dimensión se centra en conocer cómo había sido la vivencia individual del impacto de la pandemia para el psicólogo/a o psicoterapeuta en el área personal durante el tiempo de confinamiento y los primeros meses de la pandemia del COVID-19.

Experiencia emocional de trabajar en la línea de ayuda durante la pandemia del COVID-19

En esta dimensión se busca conocer los sentimientos y significados que caracterizaron la experiencia emocional de la asistencia psicológica brindada en este contexto particular de la pandemia.

Impacto particular de la experiencia compartida al atender a personas en el contexto del COVID-19

En relación con esta dimensión, se centra en entender cómo la realidad compartida de atravesar la pandemia del COVID-19 influye en el trabajo psicológico y en la relación profesional-consultante a la hora de laborar en la línea de ayuda.

Aprendizajes y retos de la experiencia de ayuda psicológica brindada

Respecto a esta dimensión, se busca conocer cuáles habían sido los aprendizajes y retos de esta experiencia de brindar ayuda psicológica desde la perspectiva de los y las profesionales de salud mental.

Manejo de la experiencia emocional por parte del psicólogo/a o psicoterapeuta

Finalmente, esta dimensión explora los recursos y acciones desplegadas a nivel individual, por parte del psicoterapeuta, y a nivel grupal, por parte de la organización de la línea de ayuda, para el manejo de las reacciones emocionales y el autocuidado al brindar atención psicológica.

Además de la guía de entrevista, se empleó una ficha de datos sociodemográficos (ver Apéndice C) para recoger aspectos relevantes y poder brindar una caracterización de los y las participantes. A través de esta se recopiló información acerca de la edad, género, estado civil, convivencia, carrera, universidad, formación terapéutica, corriente, tiempo de experiencia ejerciendo el trabajo psicológico y periodo en el cual brindó el soporte en línea.

Procedimiento

Se elaboró una guía de entrevista (ver Apéndice B) tomando en cuenta la evidencia en la literatura, los objetivos de la investigación y los aspectos correspondientes que permitieran

ahondar en la experiencia emocional de psicólogos/as y psicoterapeutas. Asimismo, se procedió a realizar una primera entrevista a modo de piloto bajo la cual se hicieron modificaciones correspondientes a la guía de entrevista.

El reclutamiento del grupo de participantes se dio por medio de realizar una invitación a psicólogos/as y psicoterapeutas de una organización que había realizado una iniciativa de una línea de ayuda en el contexto del COVID-19. De este modo, aquellos/as psicólogos/as y psicoterapeutas que formaban parte de esta organización y deseaban participar de la investigación, llenaban un formulario de *Google* para que la investigadora pudiera contactarlos y acordar las entrevistas. De esta manera al establecer el contacto con las participantes, las entrevistas fueron realizadas de manera virtual por medio de la plataforma de *Zoom* y *Jitsi Meets* y tuvieron una duración entre 30 minutos y 1 hora 30 minutos. Antes de cada entrevista, la investigadora presentaba el consentimiento informado para establecer los criterios y características de la participación. A su vez, en esta se solicitó la autorización para videgrabar cada una de las entrevistas con el fin de poder realizar las transcripciones correspondientes y facilitar el análisis de la información proporcionada, con la condición de eliminar dicha videgrabación una vez culminada la transcripción. Con el consentimiento dado, se procedió a tomar los datos sociodemográficos y realizar las entrevistas teniendo como base la guía de entrevista. Asimismo, a modo de tener una constancia del consentimiento otorgado, se le compartió a cada participante un formulario de *Google* del documento por escrito mediante el cual podían seleccionar si otorgaban o rechazaban formar parte de la investigación.

Análisis de la información

Para el análisis de la información se llevó a cabo un análisis de contenido (Krippendorff, 2018). Este es definido por Krippendorff (2018) como una técnica de investigación mediante la cual se establece un conjunto de categorías definidas de contenido, que son respuestas a las preguntas de investigación que aborda el estudio. Este acercamiento a la data se encuentra especificado desde un contexto, entendiéndose este como el punto de referencia del que parte el/la investigador/ra para el análisis, el cual va desde la disciplina científica, conocimiento, literatura revisada e interpretaciones, que permiten tener una visión sobre aquello que se desea responder.

Para realizar el análisis de contenido, una vez culminadas las entrevistas se empezó por la familiarización con la data recolectada a partir de la transcripción y lectura general de la misma. Se prosiguió a buscar y seleccionar dentro de las transcripciones las respuestas a los ejes de la entrevista planteados, agrupando el contenido común en categorías. De esta forma,

se planteó una narrativa de categorías dentro de cada eje, la cual estaba sostenida evidencia textual del contenido analizado. Cabe resaltar que a lo largo del proceso de rearticulación del contenido analizado se tomaron en cuenta los criterios que son descritos en la siguiente sección.

Criterios de calidad de la investigación

Para asegurar la calidad de la presente investigación cualitativa se tomaron en cuenta una serie de criterios: la dependencia, la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad (Castillo y Vásquez, 2003; Hernández-Sampieri et al., 2010; Noreña-Peña et al., 2012; Rada, 2007). En cuanto al criterio de *dependencia o consistencia*, este abarca el grado en que distintos/as investigadores/as pueden recoger información similar, y analizar y reportar resultados semejantes o equivalentes (Hernández-Sampieri et al., 2010). De este modo, se realizó la comparación de los resultados de la investigación con otras investigaciones realizadas en contextos similares, para poder dar cuenta de una dependencia externa. Además, se contó con la corroboración del análisis de los resultados a partir de la supervisión de la asesora de tesis.

En relación con el criterio de *credibilidad*, este implica el reconocimiento de los resultados de la investigación como verdaderos por parte de los y las participantes del estudio (Castillo y Vásquez, 2003; Noreña-Peña et al., 2012; Rada, 2007). Así, se permite dar cuenta de que los hallazgos son una aproximación veraz y fidedigna sobre cómo ocurre el fenómeno en la población en específico, siendo que la forma en que la investigadora retrata los resultados del estudio es congruente con la perspectiva de los y las participantes (Hernández-Sampieri et al., 2010). Para cumplir este criterio se realizaron las transcripciones literales de las entrevistas y se procedió a la codificación de la información en supervisión con la asesora de tesis, puesto que ello permitió tener una mirada objetiva para asegurar que el análisis de la investigadora guardaba una concordancia con el discurso de los y las participantes.

Con respecto a la *auditabilidad o confirmabilidad*, este criterio abarca que otro investigador(a) que sigue la ruta de recolección y análisis de la información del presente estudio pueda llegar a resultados similares; es decir, una neutralidad en el análisis, dando cuenta de una disminución de los sesgos personales (Bryman et al., 2008; Castillo y Vásquez, 2003; Noreña-Peña et al., 2012; Rada, 2007). Con ese objetivo, la asesora de la tesis supervisó el proceso de análisis a lo largo del estudio para seguir manteniendo la reflexividad y de esta forma evitar la introducción de sesgos por parte de la investigadora.

Por último, el criterio de *transferibilidad* hace referencia a la posibilidad de que los hallazgos de la investigación puedan aplicarse también a otras poblaciones similares en otros

contextos (Hernández-Sampieri et al., 2010; Noreña-Peña et al., 2012; Rada, 2007). En ese sentido, en el presente estudio se describieron las características particulares de los y las participantes, el contexto específico bajo el que se estudia el fenómeno de la experiencia emocional de esta población y el procedimiento empleado para la recolección de la información.



Resultados y discusión

En esta sección se presentarán los hallazgos de la investigación, organizando el análisis de contenido acorde a los ejes de la entrevista y objetivos del estudio. Así, se mantienen los temas abordados: (1) características de la línea de ayuda psicológica en el contexto del COVID-19, (2) experiencia emocional de brindar apoyo psicológico en la línea de ayuda, (3) experiencia personal del psicólogo/a o psicoterapeuta durante la pandemia del COVID-19 (4) impacto de la realidad compartida en la atención psicológica (5) manejo de la experiencia emocional de brindar apoyo psicológico y (6) retos y aprendizajes de la experiencia en la línea de ayuda.

1. Características de la línea de ayuda psicológica en el contexto del COVID-19

La experiencia de brindar apoyo psicológico se contextualiza en una línea de ayuda psicológica implementada durante los primeros meses de la pandemia del COVID-19 en el Perú; por lo que los/as psicólogos/as y psicoterapeutas relataron una serie de características particulares, tanto de las personas que solicitaron el servicio como de la atención psicológica brindada. Describir ello permite reconocer las particularidades de este contexto en comparación a otras situaciones de emergencia o desastres, y cómo influyen en la configuración de la experiencia de ayuda.

Sobre las características reportadas de los/as consultantes, estas guardan relación con lo descrito por la evidencia empírica en términos de afectación a la salud mental a raíz del COVID-19 (Alonzi et al., 2020; Balluerka et al., 2020; Gallagher et al., 2020; Gruber et al., 2021; Sanabria-Mazo et al., 2021; Saavedra et al., 2022; Wang et al., 2020).

En cuanto a la sintomatología o malestar más reportado, todos/as los/as profesionales de la salud mental entrevistados/as mencionaron como casos más recurrentes personas con sintomatología ansiosa. Dicha ansiedad se manifestaba de forma cognitivo-emocional en preocupaciones constantes por el futuro, por la estabilidad económica y laboral, el miedo a la posibilidad del contagio propio o de familiares; y de forma fisiológica en falta de aire, tensión y nerviosismo, insomnio, palpitaciones y agitación psicomotriz. Asimismo, también se señaló la atención a personas con sintomatología depresiva, sentimientos de soledad y desesperanza, usualmente potenciados por el vivenciar la separación prolongada de familiares o redes de apoyo y estar atravesando el confinamiento solos/as. Además, algunas psicoterapeutas mencionaron haber atendido a personas con ideación suicida o familiares de estas personas que deseaban una orientación para poder acompañar y ayudar a sus seres queridos en situaciones de crisis. Vinculado a lo señalado, era recurrente la atención a personas previamente diagnosticadas o con preexistencia de sintomatología que no habían tenido acceso a tratamiento

psicológico o farmacológico. Sobre ello, se mencionó que el contexto de incertidumbre y amenaza de la pandemia constituye un disparador que exacerbaba el malestar o impide acceder de forma efectiva al tratamiento necesario.

El aumento de sintomatología ansiosa y depresiva ha sido ampliamente reportado como una de las principales afectaciones a la salud mental de la población, tanto en estudios alrededor del mundo (Balluerka et al., 2020; Gruber et al., 2021; Wang et al., 2020) como en países latinoamericanos (Goularte et al., 2021; Gutierrez, 2023; Sanabria-Mazo et al., 2021). Esto también ha sido recogido por las líneas de ayuda psicológica surgidas en este contexto (Sosa et al., 2022; Sánchez-Loyo et al., 2021). Al respecto, el estudio de Sánchez-Loyo et al. (2021) se centró en las vivencias de ansiedad de usuarios de una línea de ayuda psicológica en México. En dicho estudio, se explicó que el aumento e intensidad de la ansiedad estaba relacionada a la incertidumbre del contexto de amenaza. En el caso del COVID-19, las personas se encontraban en un estado de alerta constante, no teniendo certeza si las medidas de bioseguridad que se empleaban estaban siendo efectivas, si los síntomas percibidos indicaban la presencia de la enfermedad o si eran manifestaciones fisiológicas de la ansiedad y en el que no se podía asegurar que el tratamiento a seguir iba a dar resultados (Sánchez-Loyo et al., 2021).

Los hallazgos de la presente investigación también se alinean con lo encontrado en un estudio epidemiológico realizado en Lima Metropolitana, donde el índice de ansiedad y depresión fue alrededor de tres veces mayor en comparación a reportes de años anteriores (Saavedra et al., 2022). A su vez, se describe que la vivencia emocional de la población se caracterizaba por constante preocupación, miedo y temor, así como pena, tristeza, frustración e impotencia durante la emergencia sanitaria (Saavedra et al., 2022). Del mismo modo, en otro estudio realizado por Pacheco y Guerrero (2022) se encontró que los/as usuarios/as del programa “Te Cuido Perú”, quienes habían sido contagiados por COVID-19, presentaban principalmente sintomatología ansiosa, depresiva y estrés agudo.

En relación con las situaciones que reportaban las personas en la línea de ayuda, se atendieron a personas que se habían contagiado o que tenían familiares contagiados, las cuales presentaban angustia y miedo a la posibilidad de la muerte propia o de sus seres queridos, sentimientos de soledad por el aislamiento, o de culpa por el contagio. Del mismo modo, conforme avanzaba la crisis sanitaria, se hicieron más recurrentes los casos de personas atravesando procesos de duelo por pérdida de un familiar a causa del COVID-19. Estas experiencias resultaban especialmente complejas, dolorosas y potencialmente traumáticas debido a las condiciones particulares de vivenciar el duelo en este contexto por las medidas de

restricción que implicaban la imposibilidad de realizar los rituales normativos (ej. velorio), el haber sido impedidos/as de acompañar a la persona querida en los momentos previos a su fallecimiento o el no poder acceder a redes de soporte social en este contexto.

A su vez, debido a la situación de confinamiento, era frecuente el apoyo a personas con problemáticas de convivencia en el hogar, quienes referían conflictos y dificultades en la adaptación a las nuevas formas de relacionarse dentro de la misma casa con sus parejas o familiares, así como cuidadores con preocupaciones sobre cómo poder acompañar o regular el comportamiento de los/as niños/as en este periodo de aislamiento. Además, algunas psicoterapeutas también mencionaron atender casos de personas víctimas de violencia familiar o doméstica, principalmente psicológica, que producto del aislamiento se habían tenido que reincorporar o compartir el espacio con sus agresores.

Por último, una característica que se destacó fue que diversos/as consultantes tenían muy bajos recursos económicos o habían sufrido una gran afectación económica producto del contexto de pandemia. De esta forma, se señaló que estas personas habían perdido su puesto de trabajo, no podían ejercer laboralmente por las medidas de aislamiento social obligatorio y/o no habían recibido la ayuda económica del Estado en esos momentos, trayendo como consecuencia el no poder suplir necesidades básicas. De este modo, los/as psicoterapeutas relataron diversas atenciones en las que la carencia económica potenciaba el malestar psicológico y físico al no tener los recursos mínimos suficientes para poder sobrellevar el confinamiento y el estado de emergencia sanitaria en el país, colocándolas en una situación de mayor vulnerabilidad.

La seguridad económica es un factor crucial para asegurar la salud mental durante la emergencia sanitaria (Sanabria-Mazo et al., 2021). En el contexto peruano, el estudio de Saavedra et al. (2022) da cuenta de la afectación económica que habían sufrido las personas durante el confinamiento, reportando que un 39% consideró que la pandemia les había afectado mucho económicamente, un 35,2% moderadamente, y solo un 6,3% manifestó que no les había afectado. Con respecto a la situación laboral, se destacan pérdidas de trabajo y situación de desempleo. Además, alrededor de 3 de cada 4 personas señaló como necesario el recibir apoyo financiero para seguir las medidas de confinamiento (Saavedra et al. 2022).

Al respecto, dentro de las líneas de ayuda psicológica latinoamericanas, el estudio de Sánchez-Loyo et al. (2021) resalta que la precariedad económica y el desempleo son algunas de las condiciones de vulnerabilidad psicosocial que dificultan el afrontamiento a la pandemia, generando mayor angustia e impidiendo el acceso a servicios de salud.

De este modo, se entiende que las problemáticas de las personas que solicitaban el soporte psicológico telefónico durante el contexto del COVID-19, no se encontraban únicamente vinculadas a las amenazas propias del virus o de la emergencia sanitaria, sino que su angustia estaba determinada y agudizada por sus contextos socioeconómicos, lo cual da cuenta de la importancia de considerar las desigualdades subyacentes y determinantes sociales de la salud (Joshi et al., 2021; Saavedra et al., 2022; Sánchez-Loyo et al., 2021).

Es relevante también detallar que una serie de características relacionadas a la atención psicológica brindada por los/as profesionales de salud mental en la línea de ayuda, ya que tenía particularidades y diferencias en comparación a intervenciones previas. En primer lugar, se resaltó el aspecto de la ausencia del cuerpo en la atención psicológica. Dentro del contexto de pandemia mundial, la atención debía darse en una modalidad a distancia, siendo que en el caso de la línea de ayuda las llamadas telefónicas fueron el medio por el cual se pudo tener un alcance a la población afectada, planteando así una intervención de cualidad diferente a la usual al no poder contar con la presencialidad o visualización de la persona. Este medio implicaba que el único recurso para acceder a la experiencia del otro, entablar una conexión y brindar el soporte era a través de la voz. De este modo, se indicó una relevancia más acentuada en prestar atención al tono, los silencios y la modulación de la voz para recoger toda la información posible del estado de la persona que se atendía, así como hacer lo mismo con la propia escucha y voz de la/el psicoterapeuta para dar la ayuda necesaria.

Tú no veías un rostro, tuvimos que desarrollar una escucha a través del oído y con solo esa información. Y digo escucha que es obvio del oído, pero cuando tú tienes una persona, tú la "escuchas" entre comillas [señala su oreja], la "escuchas" [señala sus ojos], la "escuchas" [toca su mano] ¿no? O sea, la miras, la sientes. En el caso de la línea de escucha es solamente una voz, y a partir de la voz tener que conectarte (Psicoterapeuta, 39 años de experiencia).

Este aspecto de la ausencia del cuerpo ha sido reportado como una característica relevante en la asistencia psicológica durante el contexto del COVID-19, tanto en estudios internacionales como latinoamericanos, señalando que al realizarse las sesiones por medios virtuales o telefónicos se da una pérdida de información no verbal, al no poder ser capaces de visualizar los marcadores de información somáticos que manifiestan la experiencia del consultante, ayudan en el diagnóstico de indicadores de riesgo y facilitan la conexión (Dunn et al., 2023; Fernández et al., 2022; James et al., 2022; König et al. 2023; Ledesma y Fernandez, 2022; MacMullin et al., 2020; McBride et al., 2020; Shklarski et al., 2021). Así, los estudios indican que de acuerdo al medio empleado para el apoyo psicológico, se inscribe un nuevo foco

hacia las fuentes de información disponibles, siendo que para el caso de videollamadas, la expresión facial, así como los elementos visibles alrededor del espacio del consultante se vuelven un medio principal; mientras que para el caso de las llamadas telefónicas, como en la presente investigación, se da una especial atención a los cambios en los tonos de voz (Ledesma y Fernández et al., 2022; Shklarski et al., 2021).

A su vez, esta característica es resaltada como una novedad, debido a que la mayoría de psicoterapeutas no estaban familiarizados/as con un tipo de intervención a distancia, tanto en la presente investigación como en la evidencia empírica, lo que provocaba una inseguridad inicial sobre la efectividad (Békés et al., 2021; Fernández et al., 2022; Ledesma y Fernandez, 2022; Shklarski et al., 2021; Singh et al., 2024).

No obstante, si bien se resaltó en algunas entrevistas el deseo y la necesidad de una presencialidad por estos aspectos, también se destacó que esta modalidad telefónica no fue un impedimento para que generarse una intimidad o conexión en el espacio dado.

Además, en algunos casos se consideró que el "anonimato" o la no presencia física en este tipo de atención pudo haber sido un facilitador para que la persona contara su sentir y experiencia en la atención de la línea de ayuda. Este último aspecto ha sido reportado también en otras investigaciones, donde se encontró que brindar apoyo psicológico de forma no presencial permite a la persona revelar aspectos de sí mismo más rápidamente, sentir más facilidad o estar más dispuesta a comunicar su sentir, y mostrarse vulnerable (König et al. 2023, MacMullin, 2020; Shklarski et al., 2021; Singh et al., 2024). En un estudio realizado por König sobre las experiencias de psicoterapeutas durante el contexto del COVID-19 en Argentina, se encontró como uno de los aspectos positivos de la relación terapéutica que los/as consultantes son capaces de comunicarse más fácilmente en la modalidad a distancia. Sobre ello, los psicoterapeutas participantes del presente estudio han mencionado que estar comunicándose desde un espacio personal junto a la omisión de elementos visuales en la sesión, especialmente no tener un contacto visual con el otro, parece generar menor presión o preocupación en los/as consultantes sobre las reacciones del terapeuta, teniendo menos incomodidad o vergüenza para profundizar sobre sus sentires (König et al., 2023; Shklarski et al., 2021).

En segundo lugar, se enfatizó que la atención psicológica brindada era una intervención con un encuadre puntual y de corta duración. La línea se daba en un contexto de emergencia bajo el cual se tenía una cantidad limitada de llamadas y un tiempo reducido para cada una de las atenciones. Ello implicaba que la ayuda se centre en reconocer la necesidad más urgente para poder abordarla, contener al otro y en brindar o identificar recursos para afrontar dichas situaciones de carácter agudo que estaban vivenciando. Así, este tenía un abordaje más

directivo a través de brindar recomendaciones, material psicoeducativo o derivar de acuerdo al caso específico. En ese sentido, se menciona que estos aspectos marcan una diferencia y cambio en comparación al enfoque terapéutico bajo el cual solía trabajar el grupo de profesionales.

Los aspectos encontrados también están acorde a las pautas de la literatura para los contextos de desastres o emergencia, siendo que durante el contexto del COVID-19 se configura como necesaria una asistencia psicológica enfocada desde la intervención en crisis, centrada en la contención emocional e identificación de estrategias para afrontar las situaciones que presentaban las personas (McBride et al., 2020; Rosen et al., 2020).

Estos cambios en la técnica han sido también reportados en estudios como el de Fernández et al. (2022), en el cual se señalaron transformaciones en el proceso terapéutico durante la adaptación a la nueva modalidad. Así, se menciona que las terapias pasaron a ser de corta duración, focalizadas y directivas, centradas en brindar una mayor contención y apoyo durante las sesiones. A su vez, la investigación realizada por Mancinelli et al. (2021) destacó cambios en el estilo de interacción de los/as psicoterapeutas durante las sesiones en pandemia, reconociendo ser más conversacionales y directivos en la modalidad a distancia. Dicho estudio señala que ello podría entenderse como una respuesta emocionalmente sensible por parte del psicoterapeuta para buscar brindar más calma y seguridad a sus consultantes en un contexto especialmente difícil como la emergencia sanitaria (Mancinelli et al., 2021). Por otro lado, Ledesma y Fernandez (2022) mencionan que antes de la pandemia los/as terapeutas enfocaban su energía en poder “descifrar” y estar atentos/as a las señales no verbales de sus consultantes, mientras que en el apoyo psicológico a distancia redirigen esta energía hacia ser más explícitos en sus habilidades verbales, a través de las preguntas que plantean a sus consultantes, tanto para involucrarlos en las sesiones como para adquirir más información sobre cómo se encuentran. Así, el estilo más “directivo” durante las sesiones puede responder a estos aspectos mencionados.

Otra de las características señaladas por el grupo de profesionales de salud mental fue la muy alta demanda de la línea de ayuda psicológica, en la cual se contactaba diariamente a la gran cantidad de personas que solicitaban el servicio. Sobre ello, se señaló que el nivel de demanda se debía a una serie de aspectos como la necesidad de un espacio de escucha, agudizado en estos momentos de crisis y emergencia; la modalidad telefónica, que permitía recibir una atención sin tener que desplazarse a un establecimiento de salud o consultorio; la duración, que implicaba una disponibilidad y sostenimiento de tiempo a un corto plazo; y por el hecho de ser un servicio gratuito.

La evidencia empírica señala que más allá del contexto de pandemia, las barreras de accesibilidad a servicios de salud mental son diversas, siendo que en el Perú existe una brecha muy grande para la atención psicológica (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2018). Entre las investigaciones que se han realizado, se encontró que aspectos como los recursos económicos, la distancia geográfica, el tiempo, el transporte y el estigma social son algunos de los principales obstáculos en la accesibilidad (Anderson et al., 2017; Campo-Arias et al., 2014; González et al., 2016; Piazza y Fiestas 2015; Tristiana et al., 2018). En ese sentido, ciertas características de la línea de ayuda permitían hacer frente a estas barreras tradicionales que impiden recibir una atención de la salud mental, hecho que se conectó con las medidas de aislamiento social obligatorio en el contexto del COVID-19 al plantear la iniciativa.

En relación con este aspecto, se destacó también que la línea de ayuda tuvo una cobertura extendida, es decir, se pudo atender a personas de diversos sectores socioeconómicos y ubicadas en distintos lugares a lo largo de todo el Perú. Así, los aspectos ya mencionados ampliaron el alcance a poblaciones vulnerables que tienen mayores dificultades para atenderse en estos servicios (Piazza y Fiestas, 2015). De esta manera, la accesibilidad ha sido resaltada como un beneficio de la modalidad a distancia en la experiencia de distintos psicólogos/as y psicoterapeutas al brindar atención durante el COVID-19 (Fernández et al., 2022; König et al., 2023; Ledesma y Fernandez, 2022; Mancinelli et al., 2021; Singh et al., 2024; Sosa et al., 2022).

2. Experiencia emocional de brindar apoyo psicológico en la línea de ayuda en el contexto del COVID-19

Los/as psicólogos/as y psicoterapeutas mencionaron una serie de sentimientos, afectos, reacciones e interpretaciones que configuraron su experiencia emocional al realizar la consulta psicológica dentro de la iniciativa voluntaria.

Al iniciar la atención psicológica de la línea de ayuda, algunas psicoterapeutas mencionaron sentir principalmente entusiasmo por poder ayudar a las personas y brindarles recursos para hacer frente al contexto que estaban viviendo. De acuerdo con Poggi (2007) el entusiasmo es un sentimiento placentero que se genera cuando las personas se encuentran persiguiendo una meta, considerada como importante o fin en sí misma, bajo la cual se tiene la creencia de poseer los recursos para poder lograrla. Además, este se constituye como un sentimiento que energiza y potencia el involucramiento con acciones para su consecución (Poggi, 2007). Así, entendiéndose en el caso en específico, el inicio de la atención se encuentra marcado por el deseo de lograr este objetivo altruista, el cual motivó en principio a realizar la labor voluntaria como señalaron los/as profesionales.

Otra de las emociones mencionadas fue la alegría, la cual surgía cuando a los/as consultantes, dentro de las situaciones que enfrentaban y referían, les sucedía un evento significativo que permitía garantizar su seguridad y/o bienestar. Así, por ejemplo, una de las psicoterapeutas menciona sobre la escucha de la noticia de superación de la enfermedad causada por el COVID-19 por parte de una de las personas a quienes atendía: “alegrías también ha habido, cuando este médico me llamó para decirme ‘estoy bien, estoy en mi casa’, es decir, las lágrimas se me caían, no podía evitarlo ¿no?” (Psicoterapeuta, 26 años de experiencia).

Del mismo modo, también fueron nombradas las emociones de tristeza y pena, las cuales surgían al escuchar las historias, el dolor y el sufrimiento narrado por la persona que lo está vivenciando. En ese sentido, el conmoverse al conocer las circunstancias adversas en el contexto de emergencia era algo frecuente, como una psicoterapeuta señala: “también era muy difícil. Y he terminado en algunas de ellas, he colgado, y mirado al cielo, y llorado ¿no? cayéndoseme algunas lágrimas” (Psicoterapeuta, 39 años de experiencia).

Tanto en las emociones de alegría como de tristeza, se debe destacar la severidad de las situaciones narradas, siendo que en la consulta psicológica algunos casos como el presentado explicitan circunstancias de riesgo de vida para las personas, duelo de familiares, entre otros, lo que impacta en la intensidad de las emociones que pueden surgir en el/la psicoterapeuta a la hora de escuchar, conectar y sostener las vivencias de las personas.

Otra de las emociones nombradas que surgieron durante la labor de brindar apoyo psicológico en la línea de ayuda fue el enojo, el cual tenía dos matices. El primer matiz hacía referencia a un enojo hacia el mismo hecho de que las personas tuvieran que pasar por las situaciones complejas y dolorosas que acarrea la pandemia del COVID-19.

A veces tenía cólera también, cólera de “¿Por qué tiene que estar pasando esto? ¿Por qué la gente tiene que sufrir así?”, porque claro, igual en la vida siempre hay dolor, pero estas características particulares de, no sé, el duelo sin ritual (...) Entonces, eso también daba cólera, no contra nadie en ese caso, sino “¿Por qué tenemos que vivir eso?”. (Psicoterapeuta, 8 años de experiencia).

El segundo matiz se trataba de un enojo vinculado al reconocimiento de la desigualdad social en el país la cual había sido explicitada aún más a partir del fenómeno de la crisis sanitaria.

Con lo que tuve que lidiar, mi país, más que mi país, las cuestiones políticas, de Estado, gubernamentales, a mí me generaban (...) mucha rabia, esta sensación de desigualdad, de saberlo desde antes, pero que esta pandemia pues ha desnudado en toda su dimensión (Psicoterapeuta, 39 años de experiencia).

Según Reeve (2008) la emoción de ira abarca la creencia de que la situación actual “no es lo que debería ser”; así, está frecuentemente relacionada a la evaluación de injusticia o de algo ilegítimo. De acuerdo con esto, en el primer matiz, el enojo ante situaciones inéditas y dolorosas para el otro y en el segundo, las situaciones de desigualdad social del país, son evaluadas como injustas para quienes están vivenciando estas circunstancias en sus vidas, tiñendo la experiencia de ayuda de una rabia hacia aquello que hace sufrir al otro. Asimismo, Carpi et al. (2008) resaltan que la ira o enojo puede emerger también como una respuesta a la frustración de no conseguir un objeto o meta por alguna interferencia externa.

En relación con esto, en el discurso de las participantes junto con el enojo se hacía mención también a un sentimiento de frustración por que la ayuda brindada “no era suficiente” al reconocer una desatención a nivel institucional y la desigualdad social que viven las personas.

Te sientes frustrado porque no puedes hacer nada al respecto de eso, a pesar de que, claro, igual una se consuela diciendo “No, bueno, la escucha, igual, lo has ayudado y todo”, que es verdad, es verdad que sí lo has ayudado, pero también frustra que no haya una mayor contención institucional, ya a nivel país ¿no? (Psicoterapeuta, 8 años de experiencia).

Vinculado a ello, entre las emociones más nombradas se encontró la impotencia. Esta era suscitada por “no poder hacer más” por la persona a quien se estaba atendiendo. Así, las profesionales de salud mental distinguían que, si bien su escucha y servicio dado era aliviador en cierta medida para la persona, surgía igualmente este deseo de incidir más allá de las posibilidades de la línea de ayuda. Dicho sentimiento persistía ya que no había posibilidad de “desaparecer” o “solucionar” la problemática contextual que afectaba fuertemente al otro ya que escapaba a los límites de la intervención. De este modo, una de las psicoterapeutas menciona “cuando escuchaba todo esto tan desgarrador, tan triste, me causaba mucha impotencia ¿no? No poder ayudar en más de lo que estaba haciendo. O sea, contábamos simplemente con nuestra voz” (Psicoterapeuta, 20 años de experiencia).

De manera similar, en la investigación realizada por Joshi et al. (2020) sobre una línea de ayuda durante la pandemia del COVID-19, los/as psicólogos/as también señalaron el sentirse impotentes al brindar la ayuda durante la emergencia sanitaria en un contexto social que estaba marcado por la falta de recursos ambientales y económicos, siendo que aun cuando el/la profesional se movilizaba para apoyar más allá de la contención emocional brindando información o derivaciones para una ayuda más práctica, manifestaban sentirse “pequeños/as” dentro de la gran cadena de acontecimientos del contexto.

El espacio de la línea implicaba escuchar las vivencias dolorosas de cada uno/a de los/as consultantes, y puede haber devenido en una fuerte compasión, sentimiento que surge de reconocer el sufrimiento de un otro y que incluye el deseo por aliviar este malestar de la persona (Feldman et al., 2016) como el que describen las psicoterapeutas. Sin embargo, este deseo por aliviar el malestar de quien pide ayuda se obstaculiza en su consecución debido a que en el contexto de emergencia el estado del consultante se encuentra irremediablemente determinado de manera mucho más explícita y con mayor intensidad por factores incontrolables, estructurales y/o propios del entorno o de la pandemia mundial: desigualdad social y económica del país (ej. acceso a recursos básicos), el avance de la enfermedad, situaciones de pérdida con características particulares, entre otros. El no tener poder o incidencia sobre esos sucesos durante la emergencia sanitaria se manifiesta subjetivamente en este sentimiento de impotencia.

De este modo, las emociones de impotencia, enojo y frustración son elicitadas a partir de aspectos que complejizan el estado de la persona que pide ayuda y que limitan a su vez el nivel de actuación del o la psicoterapeuta para apoyar al otro en su rol profesional durante la situación de emergencia.

En la diversidad de reacciones emocionales que tuvieron las profesionales de salud mental, el sentimiento más resaltado fue el de satisfacción, el cual tenía dos matices particulares. El primer matiz consistía en una satisfacción al haber aportado a la persona atendida, en los casos en que se podía reconocer que la ayuda brindada había sido beneficiosa, útil y valiosa para el/la consultante. Esto a partir de notar un cambio en su estado, que se hayan podido identificar recursos durante la sesión, así como cuando diversos consultantes expresaban un fuerte agradecimiento hacia ellos/as por el espacio de escucha telefónico. Asimismo, se relató que para los/as profesionales en el “balance final” muchas veces, a pesar del agotamiento, cansancio y de lo doloroso que puede haber sido la experiencia, prevalecía este sentimiento de satisfacción de haber podido al menos en cierta medida contener y apoyar a la persona en una situación difícil.

Mira, te diría que el sentimiento más fuerte es de satisfacción ¿no?, de satisfacción, de ver que este proceso que era corto iba produciendo el efecto que nosotros deseábamos generar. Entonces ese sería el sentimiento más importante te diría, de una satisfacción de un alivio de poder también aliviar (Psicoterapeuta, 20 años de experiencia).

El segundo matiz abarcaba una satisfacción por haber aportado a la comunidad, al reconocer que en el contexto de pandemia mundial se había respondido en cierta medida a la demanda y necesidad de atención psicológica de la población en el país.

Por un lado, toda esta posibilidad de ayuda y de sentir que estábamos pudiendo contener y acoger una necesidad comunitaria muy importante en la población, sobre todo aquellas personas que no tenían muchos recursos para acceder a algún espacio más privado (Psicoterapeuta, 25 años de experiencia).

De esta forma, este sentimiento placentero surgía cuando el/la psicólogo/a o psicoterapeuta podía reconocer que su labor voluntaria cumplía las expectativas y motivaciones de ayudar a otro dentro de la complejidad del contexto. En el caso de la línea de ayuda psicológica durante el contexto del COVID-19 en la investigación de Joshi et al. (2020) se enfatiza también que la retroalimentación de quienes solicitaban el servicio afirmando que este había sido de ayuda para él/ella era una fuente de información que permitía sentir una gran satisfacción de la labor realizada.

Finalmente, conforme fue pasando el tiempo en la línea de ayuda psicológica otra de las reacciones que refirieron algunas profesionales fue el cansancio. Este era señalado como consecuencia de la atención prolongada y consecutiva en el servicio, tomando en cuenta la alta demanda de la atención que se necesitaba.

Porque creo que la mayoría estábamos muy cansados por lo que había sido bastante la cantidad, porque eso te moviliza emocionalmente; más historias, más familias, y a todas esas personas tú las contienes en tu mente, ocupan un espacio, te preocupas por ellas, piensas en ellas (Psicoterapeuta, 8 años de experiencia).

Asimismo, un aspecto que se debe de tomar en cuenta es que la prolongación del tiempo en la línea de ayuda no abarca únicamente este rol como profesionales, sino también a un nivel individual de estar vivenciando el fenómeno colectivo de la pandemia y los aspectos que ello implicaba en su momento (ej. extensión del periodo de confinamiento, mayor exposición al evento colectivo y a la incertidumbre, preocupaciones sostenidas en el tiempo).

3. Experiencia personal del psicólogo/a o psicoterapeuta en el contexto del COVID-19

Cada psicólogo, psicóloga y psicoterapeuta describió una serie de situaciones, sentimientos y reacciones que caracterizaron su experiencia personal, no solo como profesionales de salud mental sino en los diferentes roles que desempeñan (madre, hijo/a, abuela, pareja, etc.), es decir su experiencia individual como persona durante el transcurso de los primeros meses en que se vivió la emergencia sanitaria por el COVID-19. Así, a partir de estos relatos a nivel individual pudo surgir en el discurso del grupo de participantes el reconocimiento de distintas vivencias que igualmente han sido marcadas e impactadas a partir

de atravesar este fenómeno, tal como señalan otras investigaciones que han podido dar cuenta de este aspecto durante la pandemia y distintos contextos de realidad traumática compartida (Fernández et al., 2022; Joshi et al., 2021; Ledesma y Fernández, 2022; Nuttman-Shwartz, 2015) como se detalla a continuación.

De esta manera, se identificó sobre todo al principio una incertidumbre y desconcierto ante el panorama de la pandemia mundial. En el contexto peruano, pocos días después del primer caso confirmado de COVID-19, se estableció una cuarentena rígida contemplada inicialmente para dos semanas, la cual se fue alargando y extendiendo de manera progresiva hasta durar los meses siguientes. En ese sentido, los y las participantes mencionaron el carácter de incertidumbre al no saber ni tener la seguridad sobre cuánto iba a durar dicho fenómeno, cómo se iba a ir desarrollando en el país y cómo protegerse a sí mismos y a los otros al ser un evento completamente inédito. Además, se mencionaba que dicha sensación de incertidumbre con cada anuncio de extensión de la cuarentena también estaba acompañada de preocupación, ansiedad o desesperanza. Así, varios/as mencionaron que en principio no imaginaban el panorama que se fue construyendo después, y que con el transcurso del tiempo se fue asimilando y proyectando.

Momentos de mucha incertidumbre, me recuerdo de las primeras (cuarentenas) que decían “No, son dos semanas más”, “son dos semanas más”, para mí era como bien difícil porque yo siempre tenía la esperanza de que las cosas iban a mejorar y cuando llegaba la noticia que se alargaba la cuarentena y se alargaba la cuarentena, siempre tenía como un bajón, un momento incierto (Psicoterapeuta, 2 años y medio de experiencia).

Esto es consistente con lo encontrado por Ledesma y Fernández (2022), quienes describen que al principio de la emergencia sanitaria el grupo de psicólogos/as contemplaba a la pandemia como un evento temporal, y es a partir de las continuas extensiones del confinamiento social que se fue asimilando como una realidad que iba a estar presente de forma indefinida. Así, señalan que este reconocimiento sobre la pandemia, marcada por una incertidumbre sobre cómo vivir y afrontar la misma, generó un malestar emocional en los/as psicólogos/as, lo cual va acorde con la evidencia sobre la experiencia normativa del COVID-19 (Ledesma y Fernández, 2022).

También, se nombró durante este tiempo una preocupación por el riesgo del contagio propio o de seres queridos. El nuevo fenómeno representaba una amenaza inédita que atentaba contra la salud y bienestar, generando así un estado de temor. Sobre ello, se hizo mención especialmente a una preocupación por aquellos familiares cercanos que se encontraban dentro

de los grupos vulnerables, por edad y/o comorbilidades, como era el caso de muchos de los padres y madres de los/as propios/as psicólogos, psicólogas y psicoterapeutas. Ante la medida del confinamiento, el miedo al contagio se manifestó frente a la necesidad de salir a la calle, y sin tener la certeza de una protección absoluta frente a una amenaza invisible.

Igual sí fue bien duro eso. Porque uno se pregunta cuánto durará, si estarán bien ¿no? (...) Entonces mis papás viven los dos solos, claro, yo pensaba ¿quién les va a hacer las compras? ¿cómo van a hacer? porque los dos son de riesgo, por la edad, y porque tienen comorbilidades. Entonces como que empiezan a aparecer estas preocupaciones que antes no eran una preocupación (Psicoterapeuta, 8 años de experiencia).

Al igual que en la población general, se ha reconocido en el grupo de profesionales de la salud mental la experiencia de ansiedad, miedo y preocupaciones constantes en relación con la posibilidad de contagiarse de COVID-19, habiendo un especial foco hacia el riesgo a seres queridos, experimentando un sentimiento de vulnerabilidad (Fernández et al., 2022; Ledesma y Fernández, 2022).

A su vez, una psicoterapeuta también describió como experiencia personal un reconocimiento y afrontamiento de la propia muerte como posibilidad a raíz de este contexto de amenaza. De esta forma, menciona que:

La muerte nos ha confrontado también, en largas conversaciones con mi marido, que es una espada que llegará en un momento, mejor tener presente ese momento final, que vivir como si no existiera, desperdiciando la ocasión de más intimidad, más cercanía, más encuentro emocional con los otros ¿no? Y aprovechar todas las oportunidades eso también (Psicoterapeuta, 26 años de experiencia).

De acuerdo con las medidas adoptadas por el gobierno como el periodo de aislamiento social obligatorio, se nombraron también dificultades por la separación y el distanciamiento con los seres queridos. Se expresaron sentimientos de tristeza y/o se describió como especialmente duro el tener que mantener el distanciamiento con los familiares (madres, padres, hijos/as, nietos/as) dentro de este contexto, en el que el peligro y la amenaza eran latentes. Además, se mencionó que el extrañar a los seres queridos también se mezclaba con el miedo a la posibilidad de que pueda sucederles un evento perjudicial (ej. contagio) a dicho familiar y que no se pueda estar presentes para incidir o ayudar.

De esta forma, también se expresó que era particularmente complejo el lidiar entre el deseo de ir a cuidar o apoyar a un familiar que lo necesite (ej. padres/madres adultos/as mayores), teniendo en cuenta las implicancias del riesgo que supone visitarles, lo que potenciaba una ambivalencia sobre cómo actuar para proteger a los seres queridos. Así, una

psicoterapeuta comenta: “Mi mamá tiene casi 90 años, entonces también era bastante riesgoso verla, visitar, hacerme cargo de ella, también para mí fue bastante indeciso ¿no?, qué hacer, qué es lo mejor, qué no hacer” (Psicoterapeuta, 20 años de experiencia).

También se mencionó un impacto y adaptación en el área laboral a partir de la pandemia mundial. Varias psicoterapeutas mencionaron que en un primer momento se dio una suspensión temporal de la consulta privada, la cual al ser retomada se tuvo que pasar por un proceso de adaptación al trabajo psicoterapéutico a través de los medios virtuales, siendo esto una experiencia nueva para la mayoría de ellas.

Diversos estudios destacan el proceso de adaptación que los/as profesionales de la salud mental atravesaron en relación a su trabajo atendiendo en clínicas o en consulta privada, el cual pasó desde la suspensión inicial de sus servicios, que potenciaba una preocupación económica para el/la profesional, hasta la incorporación de las nuevas tecnologías virtuales al espacio de consulta, generando nuevos aprendizajes (Fernández et al., 2022; Ledesma y Fernández 2022; Rodríguez-Ceberio et al. 2021; Shklarski et al., 2021; Singh et al., 2024). Al respecto, la no experiencia previa con el medio técnico, la negociación de los espacios de trabajo en casa y los ajustes implementados para atender desde el hogar han sido identificados como algunos factores de estrés en psicoterapeutas (Ledesma y Fernández 2022; Singh et al., 2024).

En relación con el proceso de adaptación laboral, James et al. (2022) señalan también que el trabajo desde casa potenciaba una mayor dificultad en separar la vida laboral de la privada, siendo esto atribuido a no contar con una distancia física entre el espacio de trabajo y el hogar, generando límites difusos y potenciando que los/as psicoterapeutas tengan más dificultades en distanciarse de su labor profesional. Esto ha sido encontrado también por Ledesma y Fernández (2022), quienes señalan que, a partir de la experiencia de trabajo en pandemia, los/as psicoterapeutas reconocieron que anteriormente el contar con distintos espacios les permitía compartimentalizar su experiencia.

Vinculado a este aspecto, algunas psicoterapeutas mencionaron haber tenido dificultad para decidir cerrar el consultorio físico, que implicaba dejar este espacio de encuentro presencial con los/as consultantes. Así, se presenta durante este contexto también una nostalgia por el consultorio físico y sentimientos de duelo por la pérdida de espacios personales (Fernández et al., 2022; Ledesma y Fernández, 2022).

Por otro lado, se describió que se pasó por un proceso de adaptación a nuevas formas de convivencia dentro del hogar, a raíz del periodo de confinamiento, por el cual se tuvo una reorganización de los espacios con las parejas y/o familiares, acuerdos de los protocolos de bioseguridad y pautas dado que se tenía que compartir un mismo ambiente durante todo el día

en este contexto específico. Esto va en la línea con lo señalado por Fernández et al. (2022), quienes describen que los/as psicoterapeutas pasaban también por desafíos en la convivencia familiar al incorporar el teletrabajo, lo que iba unido a presiones por cumplir con sus demandas laborales y personales en lo doméstico.

Por último, algunas psicoterapeutas mencionaron sentir un agradecimiento y soporte por factores protectores familiares. Este sentimiento de agradecimiento iba en relación con el poder contar con una serie de condiciones privilegiadas dentro de este contexto como salud propia y de familiares, estabilidad laboral, entre otros. A la vez, otras profesionales de salud mental mencionaron haber tenido la posibilidad de pasar una reunificación familiar a partir de la pandemia por el hecho de mudarse con sus seres queridos, aspecto que permitió ser un apoyo frente a la incertidumbre del contexto.

He tenido, debo mencionar, la alegría de tener a todos los miembros de mi familia bien. Si bien ha habido dificultades por su salud ha sido por temas ajenos al COVID, han podido sobrellevarse y más allá de la dificultad para frecuentarnos como familia, hemos estado bien y estoy muy agradecida (Psicoterapeuta, 10 años de experiencia).

4. Impacto de la realidad compartida al brindar atención psicológica

La pandemia mundial del COVID-19 es un fenómeno que estaban atravesando tanto quienes solicitaban el servicio en la línea de ayuda como quienes estaban brindando este. Así, el grupo de profesionales de la salud mental narraron cómo se había configurado esta vivencia de la experiencia de ayuda durante un contexto de realidad compartida y cuál había sido su impacto al momento de brindar la atención psicológica.

Particularmente, se logró identificar que durante las sesiones de apoyo psicológico se abordaron temáticas que también resonaban con la experiencia personal de los/as psicólogos, psicólogas y psicoterapeutas. Entre estas, sobre todo se nombraron en primer lugar las preocupaciones por la posibilidad del contagio propio y de familiares y en un segundo lugar las dificultades frente a la separación o distanciamiento de seres queridos. Asimismo, algunas pudieron reconocer el sentimiento de incertidumbre hacia el futuro y el miedo a la muerte como parte de los aspectos que ambos grupos compartían. De este modo, existía una vivencia en cierta medida simultánea o de la misma naturaleza experiencial entre ambas partes.

Algunas [preocupaciones similares], por ejemplo, el miedo al contagio ¿no? Que todos tenían miedo a contagiarse, a salir, esta ambivalencia entre querer salir, pero también lo que implicaba salir y contagiarte ¿no? eso ha sido una de las cosas importantes. El tema de no poder ver familiares, gente sola, si bien yo no estaba sola, poco también

podía ver a familiares cercanos. Yo sí siento que en algunas cosas hemos vivido situaciones familiares ¿no? Gente con padres mayores, yo también tengo padres mayores, con miedo a que les pase algo. Entonces, sí, yo siento que ha sido una experiencia a diferencia de otras, en donde todos estábamos involucrados (Psicoterapeuta, 30-40 años de experiencia).

Este hecho ha sido igualmente reportado por la evidencia empírica, siendo que los aspectos abordados en sesiones remitían a situaciones de la pandemia que estaban atravesando tanto el o la profesional de la salud mental como quien solicita la ayuda psicológica (Dunn et al., 2023; Gutierrez, 2023; Ledesma y Fernández, 2022; Shklarski et al., 2021). Chen et al. (2020) mencionan que este aspecto de afrontar al mismo tiempo el contexto de emergencia, puede haber generado que en las dinámicas de las sesiones surja una noción de “humanidad compartida”. Esto es similar a lo reportado por Shklarski et al. (2021), quienes describen que, al también enfrentar la realidad traumática de la pandemia, los/as psicoterapeutas son vistos/as como “más humanos”, potenciando una sensación de cercanía en las sesiones. Chen et al. (2020) señalan que ello potenció que el/la psicoterapeuta auto revelara aspectos de su propia experiencia de incertidumbre, miedo o frustración respecto al contexto con el objetivo de validar y crear un sentido de acompañamiento para el/la consultante. Ledesma y Fernández (2022) mencionan que emplear esto en las sesiones permitía normalizar la idea de que todas las personas, incluyendo el/la psicoterapeuta y consultante, se encuentran atravesando por lo mismo. Este hecho también fue hallado en la presente investigación, siendo que algunas psicoterapeutas mencionaron haber compartido su propia experiencia personal de la pandemia mundial, así como hablar en primera persona plural apelando a un “nosotros” en su discurso durante las sesiones, destacando esta noción de vivenciar en conjunto una realidad inédita y dolorosa.

Estas similitudes al atravesar una realidad compartida también tenían un impacto en la propia atención psicológica brindada por los y las profesionales de salud mental. Por un lado, se destacó que el vivir en simultáneo este fenómeno permitía el tener una escucha y atención más empática por parte de la persona que brindaba la ayuda psicológica. Así, el conectar y experimentar de manera individual y simultáneamente algunas de las preocupaciones, miedos y situaciones que impactaban a los/as consultantes potenciaba el comprender de manera más profunda el sentir del otro y brindar una respuesta más sensible y de cuidado.

Ser empática, poder entender, o sea, esta era una situación, y lo conversábamos mucho en el grupo de voluntarios... Te hago el ejemplo, cuando hubo el tema del huayco*

éramos conscientes de lo que estaban pasando estas personas, además estábamos ahí,

*Esto refiere a otra acción voluntaria de la organización en el año 2017, cuando en el Perú se estaba atravesando el contexto de desastre de los huaycos, lo cual dio lugar a la conformación de una red de apoyo psicológico que integraba diferentes organizaciones de corte psicoanalítico de apoyo a los afectados y damnificados.

hemos dormido ahí, hemos visto, pero no estuvimos en el huayco, ni nuestras casas se habían caído, ni habíamos perdido a ningún familiar, íbamos ¿no? Esta era una situación en la que no, nos convocaba a todos, a todos por igual, nos homogeneizó, es cierto, unos con más posibilidades que otros, unos con más recursos que otros, definitivamente, pero todos a merced de lo mismo. Entonces en ese sentido, esas experiencias personales nos permitían ser mucho más empática de lo que siempre trato de ser con las personas que acuden (Psicoterapeuta, 39 años de experiencia).

Este hallazgo es consistente con otros estudios que destacan que psicólogos/as y psicoterapeutas reportaron como un impacto positivo de la experiencia compartida el tener un mayor nivel de empatía y conexión con las personas a quienes brindaban el servicio (Dunn et al., 2023; König et al., 2023). En ese sentido, la posibilidad de compartir un mismo fenómeno se indica como una fuente valiosa de información en la cual a través de la experiencia propia se hace más entendible el mundo emocional de la otra persona.

Por otro lado, se encontró que el aspecto de la realidad compartida durante las sesiones de apoyo psicológico podía incidir en una movilización emocional de él o la psicoterapeuta a partir de la identificación con la experiencia de la persona atendida. Esto estaba relacionado al aspecto de amenaza potencial de la pandemia del COVID-19 para el/la psicoterapeuta, ya que a partir de los contenidos y narraciones a los que estaban expuesta/os se podía propiciar una respuesta emocional frente a sus preocupaciones compartidas actuales (ej. Posibilidad de contagio, pérdida de un ser querido). Por ejemplo, esto ocurría cuando se abordaba el duelo durante la sesión, ya que como indica un psicoterapeuta “las pérdidas de otros te remiten a la posibilidad de que eso te pase también, que puedas perder algún familiar o algún ser querido. Entonces, te hacía sentir si esto ha pasado, bueno ¿por qué esto no me podría pasar?” (Psicólogo, 6 años de experiencia). En relación con ello, otra psicoterapeuta relata esta movilización emocional después de una de sus atenciones:

Creo que la cercanía en edad hizo que también yo me sienta muy movilizada, porque pensé “Podría ser mi papá” ¿no? o sea, así como a este chico se le ha muerto su papá, podía ser también el mío. Y me acuerdo de que en esa llamada colgué, y llamé a mi papá llorando “Por favor, no salgas a ningún sitio”. Porque sí fue bien fuerte. Y claro, en el momento no te vas a poner a llorar; o sea, en el momento tú tienes que estar en tu rol, conteniendo al otro, tratando de pensar con él, acompañarlo en el dolor ¿no? Claro, eso me pasaba mucho, que después ya uno se queda pensando en estas personas. Y obviamente uno se impacta también, uno siente (Psicoterapeuta, 8 años de experiencia).

En relación con ello, la literatura señala que el vivenciar los mismos factores estresores que los/as consultantes mientras se brinda la atención psicológica potencia reacciones emocionales más intensas, así como en algunos casos límites más borrosos entre ambas experiencias e historias (Dunn et al., 2023; Gutierrez, 2023; Joshi et al., 2021; Nuttman-Shwartz, 2015; Singh et al., 2024). Asimismo, este aspecto específico de la movilización o reacción emocional ante el material de la consulta puede guardar relación con lo encontrado por Baum (2014) en donde se señala que, en contextos de realidad traumática compartida, el/la profesional tiende a experimentar el componente de “ansiedad intrusiva”, que abarca las preocupaciones acerca de la seguridad propia y de familiares o seres queridos. Al ser la pandemia mundial un contexto en donde la amenaza es latente y el periodo de posibilidad de verse afectado/a es continuo, el mantener una conexión y soporte a las personas afectadas puede activar igualmente los miedos y las preocupaciones de quienes brindan ayuda.

Así, el encontrar un balance entre tener una apertura al dolor emocional del otro y a la vez tomar una distancia psicológica para no mezclar la experiencia personal con la del consultante es reportado como una preocupación frecuente en psicólogos/as y psicoterapeutas que brindan atención durante el contexto del COVID-19 (Dunn et al., 2023; Rokach y Boulazreg, 2022; Singh et al., 2024). Ledesma y Fernández (2022) señalan que debido a esto había una presión mayor en el/la profesional de la salud mental para el manejo de su experiencia emocional durante las sesiones.

Sin embargo, se destacó también que, si bien podía haber estas similitudes a nivel de problemáticas en el contexto de una realidad compartida, las crisis que experimentaban las personas que acudían a la línea de ayuda tenían un grado e impacto mucho más agudo tanto en términos de situaciones que atravesaban (ej. contagio, afectación de la salud o duelo), factores de riesgo (ej. mayor exposición) o intensidad de la reacción emocional (ej. nivel muy alto de ansiedad).

En ese sentido, el encontrar estas diferencias dentro de la realidad compartida potenció que se dé un reconocimiento de una posición privilegiada por parte del grupo de psicólogos/as y psicoterapeutas frente a las condiciones en las que estaban viviendo las personas que solicitaban el servicio de la línea de ayuda psicológica. De este modo, se mencionó que esta posición se encontraba vinculada por un lado a lo económico, debido a que los y las profesionales de salud mental podían contar con recursos necesarios (ej. vivienda, alimento, servicios básicos asegurados, posibilidad del trabajo virtual, atención en salud) para poder sostenerse durante este periodo y protegerse en mayor medida en comparación a las personas a quienes se atendía.

Sí estábamos compartiendo una realidad ¿no?, un miedo al virus, un miedo al contagio, a la muerte, a la enfermedad. Y en ese sentido uno dice sí es una experiencia compartida, pero también es verdad, o sea, es innegable que yo soy una persona privilegiada en este país. Entonces, tampoco es exactamente lo mismo. No es lo mismo lavarte las manos cada tanto, durante 20 segundos, cuando tienes agua que corre del caño que cuando no tienes (...) Tenía ingresos, aun así, tenía una casa de material noble, con agua, luz, comida; dentro de todo, sí pues, tenía miedo, pero había cosas que me protegían más. Yo no necesitaba salir a trabajar a la calle, y hasta ahorita no lo he necesitado, y mucha gente llamaba porque sentía miedo porque sí salían a trabajar. Entonces, claro, sí entiendo que todos tenemos miedo al virus, pero no es lo mismo tener miedo cuando estás saliendo todos los días a cuando estás en tu casa ¿no? Entonces parcialmente diría yo, era una situación compartida parcialmente (Psicoterapeuta, 8 años de experiencia).

Sobre este reconocimiento, Chen et al. (2020) explican que durante los espacios de escucha y soporte psicológico en el contexto del COVID-19, si bien se puede compartir y potenciar esta noción de atravesar en conjunto el fenómeno colectivo, el/la psicoterapeuta puede ver explicitada una divergencia entre el impacto de la pandemia mundial en él/ella y su consultante, ya que igualmente la realidad subjetiva se encuentra marcada por una serie de recursos socioeconómicos y privilegios, siendo que la experiencia varía de acuerdo a los mayores o menores factores protectores que posean las personas para hacer frente a la emergencia.

Estas condiciones que potenciaban la posición privilegiada incidían en que la/el misma/o psicoterapeuta se autopercebiera como aquella persona capaz de brindar una ayuda a los otros en este contexto. Así, dentro de este escenario de la pandemia mundial, al tener una serie de competencias propias de la profesión, pero también al poder contar con una serie de recursos, el/la profesional de la salud mental se posiciona en este rol particular de ser quien da la ayuda. De esta forma, una psicoterapeuta menciona que: “el hecho de sentirme sostenida con mi grupo de apoyo, el hecho de ver a mi familia sana podía a mí colocarme en un lugar más de dadora ¿no? que de procurar recibir ayuda” (Psicoterapeuta, 20 años de experiencia).

En el contexto latinoamericano, el estudio de Fernández et al. (2022) también menciona que los/as psicoterapeutas tenían una conciencia de los privilegios y recursos con los que contaban en comparación a otras personas atravesando la emergencia sanitaria, lo cual estaba vinculado a una motivación y autoexigencia para responder a la demanda de atención psicológica.

5. Manejo de la experiencia emocional de brindar apoyo psicológico en una línea de ayuda en el contexto del COVID-19

Durante esta experiencia de apoyo psicológico se realizaron una serie de acciones que permitieron manejar la propia experiencia emocional de los/as psicólogos/as y psicoterapeutas, distinguiéndose dos tipos principales: aquellas relacionadas o desplegadas desde la línea de atención y aquellas estrategias individuales generadas por cada terapeuta para su autocuidado.

A nivel de organización, se encontró entre las acciones de cuidado la asignación de casos a cada uno/a de los/as psicólogos/as y psicoterapeutas. Por un lado, se mencionó que dentro de la organización se realizaba una asignación de atenciones tomando en cuenta la expertise de cada profesional de salud mental, siendo que al ser alguien recién egresado/a o con pocos años de experiencia, se procuraba que esta persona no atendiera aquellos casos que se consideraban más complejos o que requerían de una mayor especialización para su propio cuidado y del otro (ej. violencia familiar, intento suicida). Cabe señalar que, si bien esto aplicó para el grupo de profesionales voluntarios/as en general, para el caso de los/as entrevistados/as únicamente una de las participantes poseía una menor cantidad de años de experiencia. Asimismo, inclusive en el escenario de tener una gran cantidad de años de experiencia se buscaba no asignar de forma consecutiva este tipo de casos a la misma persona para no potenciar un desgaste profesional. Esta medida de cuidado por parte de la organización toma en cuenta un factor trascendental la prevención del desgaste profesional, siendo que diversos estudios han señalado una relación inversa entre los años de experiencia con el desarrollo de burnout (McCormack et al., 2018), así como se ha reportado una alta sobrecarga emocional en psicoterapeutas que recién se encuentran iniciando sus atenciones (Vethencourt, 2018).

Por otro lado, también se realizaba un ajuste de la cantidad de casos de acuerdo con el estado de cada psicólogo/a o psicoterapeuta. De esta manera, había la posibilidad de comunicarse con alguna coordinadora de la línea de atención para solicitar una reducción de la cantidad de atenciones semanales, si la persona sintiera un agotamiento mayor en algún momento por diferentes factores. Así, una psicoterapeuta explica: “uno podía si es que así lo necesitaba pedir "no me mandes esta semana ningún caso" o "esta semana solo puedo atender tres casos máximo", me invento, pero tú podías pedir (...) y eso era escuchado y bien recibido” (Psicoterapeuta, 2 años y medio de experiencia). Del mismo modo, en la literatura se ha podido encontrar en diversas investigaciones que una alta demanda o carga laboral se encuentra directamente relacionado al desarrollo de un desgaste en el/la profesional de salud mental, a partir del burnout o la fatiga por compasión (McCormack et al., 2018; Singh et al., 2020);

siendo que el adecuar la cantidad de atenciones a lo que puede manejar el/la psicólogo/a o psicoterapeuta resulta una medida de cuidado preventiva necesaria en contextos de emergencia.

Por otro lado, se enfatizó el apoyo colectivo de quienes formaban parte de la línea como esencial para el cuidado. Así, se recalcó que se tuvo una activa colaboración conjunta al brindar información o recursos necesarios para la atención psicológica. Esta abarcaba el ofrecer contactos para las derivaciones de los casos; la comunicación o información sobre las postas médicas, de salud mental u otros centros de atención necesarios ubicados en los distintos lugares del Perú en que residían los/as consultantes; o la creación de material psicoeducativo para determinadas poblaciones y problemáticas que pudieran tener las personas que acudían a la línea de ayuda de acuerdo con las necesidades que se referían en reuniones grupales.

En relación con esto, otras de las acciones realizadas a nivel de la línea de ayuda fueron las supervisiones grupales semanales. Se enfatiza que estos espacios fueron sumamente valiosos para el cuidado de las personas que brindaban la atención, pudiendo compartir el propio sentir individual, sostenerse emocionalmente, escuchar al otro y recibir una retroalimentación de algún caso en específico. Esto potenciaba a su vez que dichas supervisiones pudieran funcionar como espacios de elaboración de la experiencia colectiva de brindar ayuda psicológica en este contexto, pudiendo escuchar, compartir e integrar los testimonios de los/as distintos/as profesionales de la salud mental y concebir la experiencia individual como parte de una serie de relatos y vivencias dentro de la línea de ayuda.

La investigación realizada por Gray y Stevenson (2019) resalta que el sentido de una identidad grupal y los lazos que se van formando con las personas dentro de una organización voluntaria, permite manejar los diversos desafíos, estresores y retos que implica dicha labor. Ello a través de diversas acciones que potencian el sentir la seguridad de poder apoyarse y sostenerse en grupo, creando un sentido de eficacia colectiva para afrontar las dificultades que pueden surgir (Gray y Stevenson, 2019). En esa línea, el soporte instrumental, expresado a través de los recursos brindados de información, y el soporte emocional, a través de los espacios de escucha y la comunicación activa, identificadas dentro de la línea de ayuda psicológica habrían permitido fortalecer este sostenimiento colectivo. Asimismo, el apoyo percibido de compañeros/as y las supervisiones han demostrado reducir el impacto de los factores estresores que potencian el agotamiento en los/as profesionales (Singh et al., 2020); reafirmando su relevancia como recurso brindado desde la organización para el cuidado de sus voluntarios/as.

Por último, se enfatizó también como recurso de cuidado el contar con un espacio de supervisión individual o consultas con las coordinadoras de la línea, lo que permitía una guía en caso lo sintiera o requiriera cada profesional. En relación con esto, se señaló que el poder

tener una comunicación constante fue especialmente relevante para el manejo de las atenciones y la labor dentro de la línea. Este aspecto guarda relación con lo encontrado por Gray y Stevenson (2019), siendo que en dicho estudio los/as voluntarios/as describían el buen soporte social como el poder “estar en contacto” con personas de la organización en caso fuera necesario realizar consultas o recibir apoyo sobre cómo llevar la atención de usuarios/as del servicio.

De forma similar a lo realizado por la línea de ayuda de la presente investigación, otras experiencias de asistencia psicológica en el contexto de pandemia han destacado también los espacios de supervisión y el apoyo recibido por otros colegas u organizaciones como acciones que permitieron afrontar y generar oportunidades de aprendizaje colectivo sobre cómo manejar los distintos retos que surgían al brindar ayuda en esta realidad (James et al., 2022; Singh et al., 2024).

Entre las acciones o estrategias de autocuidado que empleó cada psicólogo/a o psicoterapeuta a nivel individual, se encontró el tener espacios de encuentro con sus seres queridos, que servían también como espacios de apoyo y escucha familiar, amical o de pareja para el/la profesional; la realización de actividades recreativas como escuchar música, pintar, cocinar, ver series, tejer, entre otras; que permitían sentir una gratificación propia y desconectar la propia mente de la labor profesional o académica; y la actividad física. Estas estrategias desplegadas a nivel personal por los/las profesionales de salud mental guardan relación con la evidencia empírica que ha comprobado que estas actividades o acciones permiten reducir los niveles de estrés de las personas, a través del acceso a soporte social, entre otros, pudiendo servir como una herramienta de apoyo y promoción de la salud (Trippany et al., 2004; Wilkinson y Marmot, 2005).

Asimismo, estas acciones han sido identificadas por otras investigaciones en las que se las reconoce como recursos valiosos ya que permiten manejar la experiencia emocional y minimizan el impacto de los efectos psicológicos de la pandemia del COVID-19 (Fernández et al., 2022; Shklarski et al. 2021); destacando la importancia de que los/as profesionales de salud mental practiquen el autocuidado en este contexto (Dunn et al., 2023).

Finalmente, se mencionó que el hecho de tener una formación psicoterapéutica o la experiencia de estar en psicoterapia durante años también brindaba en cierta medida un mayor bagaje de recursos para poder regular la intensidad de las reacciones emocionales que podían emerger a partir del contexto, debido al trabajo interno en espacios de cuidado de salud mental que han pasado los/as psicólogos/as y psicoterapeutas. Relacionado a esto, en el estudio realizado por Ledesma y Fernández (2022) se describe que, para afrontar la realidad de la

pandemia, los/as psicoterapeutas emplearon técnicas y estrategias que usualmente referían a sus consultantes, con el objetivo de regular las reacciones de ansiedad potenciadas por la emergencia sanitaria.

6. Retos y aprendizajes de la experiencia de brindar apoyo psicológico en la línea de ayuda

Los/as profesionales de salud mental pudieron describir diversos retos y aprendizajes a partir de su experiencia en la línea de ayuda psicológica en el contexto del COVID-19. Entre los retos mencionados, se enfatizó el sostener la gran demanda de atenciones que se solicitaban en la línea de ayuda y balancear esto con el trabajo privado y las labores personales que fueron aumentando conforme se retomaron las distintas actividades en el contexto de pandemia. Como se mencionó anteriormente, la carga laboral es un factor que juega un rol importante en el agotamiento emocional y desgaste profesional (McCormack et al., 2018; Rokach y Boulazreg, 2022; Singh et al., 2020) constituyendo un reto el poder manejar la cantidad de atenciones con las demandas profesionales y personales durante este contexto.

Asimismo, se enfatizó la complejidad que implica el acompañar y abordar desde la atención psicológica una problemática inédita para la persona que solicitaba el servicio en la línea de ayuda y para el psicólogo/a o psicoterapeuta como los procesos de duelo en el contexto del COVID-19. Es decir, constituyó un reto durante la pandemia mundial el poder ayudar a integrar estas pérdidas en situaciones que nunca se habían dado y que tenían características particulares, en donde la persona que brinda la ayuda psicológica no había tenido tampoco un registro previo de este tipo de circunstancias. Así, una psicóloga menciona: “los procesos de duelo fueron complejos de sobrellevar (...) porque era nuevo, porque empatizar con esas realidades era duro cuando uno también incluso se queda sin referentes, vas aprendiendo sobre la marcha” (Psicóloga, 10 años de experiencia).

Otro de los retos de la atención psicológica fueron las dificultades con respecto a los límites de la intervención en casos de consultantes que necesitaban una atención prolongada o especializada. De este modo, al ser una intervención telefónica focalizada con una cantidad limitada de sesiones, ello implica que algunos casos excedían las posibilidades que brindaba el espacio dentro de la línea de ayuda, siendo especialmente difíciles las atenciones a personas con ideación suicida, sintomatología que requerían de tratamiento farmacológico (ej. psicosis), o situaciones de duelo que por su complejidad requerían de una atención prolongada o proceso psicoterapéutico. Este aspecto de los límites de la intervención también implicaba el mismo reto de tolerar la frustración que ello puede generar en el/la profesional de la salud mental al no poder incidir más allá de la ayuda brindada. Del mismo modo, otro aspecto relacionado era

el tener que tolerar el desconocimiento de la situación de la persona después de la atención brindada en la línea de ayuda. Ello debido a que la forma de intervención en crisis era diferente al encuadre psicoterapéutico lo que implicaba no tener una duración extendida con el consultante y, por ende, no poder saber qué sucedió o cómo se encuentra la persona que solicitó la ayuda posterior al tiempo de intervención dado o la derivación realizada.

Las dificultades para aceptar los límites de la intervención han sido igualmente reportadas en líneas de ayuda psicológica en el contexto del COVID-19 (Joshi et al., 2021; Sosa et al., 2022). Sosa et al. (2022) enfatiza que para el grupo de psicólogos/as atendiendo en una línea de ayuda en República Dominicana el aspecto más complejo de esta experiencia fue el no ser capaces de hacer un seguimiento posterior a las personas a las que atendían, debido a que igualmente las problemáticas o situaciones que atravesaban requerían de una intervención y cuidados de salud mental con una mayor extensión de la que podían brindar. Así, ello excedía el planteamiento de intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos.

El brindar apoyo psicológico implica un encuentro en el que el/la profesional de salud mental escuche y contenga el dolor de la otra persona (Rokach y Boulazreg, 2022). Como se describió en secciones anteriores, el realizar este trabajo durante un contexto de especial vulnerabilidad, como lo es la emergencia sanitaria, puede impactar en que el/la psicólogo/a o psicoterapeuta experimente sentimientos de frustración o impotencia, significando un reto reconocer y aceptar los límites de su labor enmarcada en este tipo de intervención.

Un último reto particular descrito por algunas psicoterapeutas fue la dificultad para el cierre de la línea de ayuda psicológica en este contexto. Esto debido a que en principio esta iniciativa fue planteada como una atención psicológica focalizada en el tiempo, sin embargo, por cómo fue desarrollándose la situación de pandemia en el país, la ampliación de la cuarentena implicó una necesidad de cuestionar si era pertinente cerrarla o seguir con el servicio en la iniciativa. Así, se destacó que debido al gran deseo colectivo de continuar con la línea de ayuda se dio la ampliación hasta que llegados a algunos meses se tuvo que dar un cierre por las implicancias del agotamiento de la labor sostenida en este contexto.

Entre los aprendizajes que surgieron a partir de la experiencia se evidenció el reconocimiento de que la atención psicológica brindada tenía un impacto beneficioso en la persona. Algunos/as psicólogos/as y psicoterapeutas mencionaron que en un principio la corta duración, el encuadre puntual y la no presencialidad pueden haber sido aspectos que maten una percepción de que la ayuda brindada no tendría una efectividad para la persona; sin embargo, a partir de la experiencia en la línea de ayuda se pudo constatar que con todas estas

características, igualmente se pudo dar un espacio de acompañamiento y contención que brinde una escucha empática, validación y recursos a la/el consultante.

Distintos estudios han reportado un cambio positivo en las actitudes y percepción de eficacia del apoyo psicológico a distancia a partir de la experiencia en la pandemia del COVID-19 (Békés et al., 2021; Fernández et al. 2022; König et al., 2023; Ledesma y Fernandez, 2022; Shklarski et al., 2021). El estudio de Fernández et al. (2022) explica cómo se da un proceso de revalorización de las tecnologías en la práctica clínica y de esta nueva forma de hacer psicoterapia. Aquí se describe que, si bien los/as psicoterapeutas presentaban al principio una disposición ambivalente ante esta modalidad, el aprendizaje que surge a partir de la misma experiencia de brindar apoyo psicológico a distancia, a través de adquirir mayor manejo y confianza en el uso de la tecnología y lograr resultados, lo cual permite aceptar y valorar positivamente la experiencia de acompañamiento en este contexto. Asimismo, a pesar de no contar con la presencialidad, se enfatiza que ello no impide un encuentro en el que se dé una profundidad en la relación terapéutica.

Este último aspecto podría estar relacionado con lo encontrado en la investigación de Békés et al. (2021), quienes indican que, si bien existen diversos retos en el apoyo a distancia, solo las dificultades para lograr una conexión emocional con los/as consultantes predicen una actitud negativa hacia la modalidad. Además, aquí se encontró que las dificultades percibidas decrecieron desde el inicio de la pandemia a tres meses después, reconociendo que superar los retos iniciales y aprender sobre esta nueva forma de brindar apoyo psicológico condujo a una visión positiva de la modalidad (Békés et al., 2021).

De esta manera, en la presente investigación los/as profesionales de la salud mental pudieron tener un aprendizaje sobre la eficacia de la ayuda psicológica a distancia, a partir de sobrellevar los retos de la atención psicológica y constatar que se puede brindar un espacio de escucha empática y beneficiosa para el consultante, pudiendo conectar emocionalmente con el otro.

A su vez, se enfatizó como aprendizaje que la organización colectiva fue necesaria para responder a la demanda de atención psicológica en el contexto de pandemia. De esta manera, se recalcó la importancia de haber podido articular entre psicólogos/as y psicoterapeutas para incidir en conjunto en la creación e implementación de la línea de ayuda, creando un espacio de apoyo grupal sin el que no se hubiese llegado a la cantidad de atenciones realizadas o ayuda continua, ya que los distintos recursos y sostén que aportaba el trabajo en equipo era fundamental para poder hacer frente a la demanda durante la crisis. Así, se resalta lo

trascendental de lo colectivo para poder actuar y contribuir en materia de salud mental en estos periodos de emergencia.

De acuerdo con Gray y Stevenson (2019) la organización colectiva con sólidas redes de apoyo social es fundamental para realizar una labor voluntaria efectiva que permita hacer frente a los distintos retos y estresores propios de las iniciativas. Una articulación y organización grupal toma especial relevancia teniendo en cuenta lo fundamental de la atención inmediata a la salud mental en contextos de desastre y emergencia, ya que las reacciones completamente comprensibles y normales ante la exposición a eventos traumáticos pueden devenir y potenciar el desarrollar problemáticas más agudas de salud mental si no se recibe una atención y contención adecuada, mermando así el bienestar de la persona (MINSA, 2018).

Finalmente, se resaltó como aprendizaje el reconocimiento de una demanda de salud mental latente en la población, la cual trasciende el contexto de la pandemia. De este modo, se explicaba que si bien el fenómeno del COVID-19 implicaba la agudización de una necesidad de atención psicológica, esta era permanente debido a la imposibilidad de acceso a servicios de salud mental. En relación con ello, se señala nuevamente la importancia de la creación y continuidad de estos espacios e iniciativas como el de la línea de ayuda psicológica para poder responder a la necesidad de la población y el deber psicológico enfatizado en la salud mental comunitaria trascendiendo los espacios de la consulta privada.

En el Perú, existe una desprotección a la salud mental evidenciada en las brechas para el acceso al tratamiento y continuidad de espacios de atención psicológica y psiquiátrica (MINSA, 2018). De este modo, se resalta lo trascendental de hacer explícita las problemáticas y la necesidad en materia de salud mental en el país, rescatando la importancia de iniciativas como las líneas de ayuda psicológica para hacer frente a esta realidad.

Conclusiones

La presente investigación tuvo por objetivo conocer la experiencia emocional de psicólogos/as y psicoterapeutas que brindaron apoyo psicológico en una línea de ayuda durante el contexto del COVID-19. En ese sentido, se pudo ahondar en los afectos, sentimientos e interpretaciones de los/as profesionales de la salud mental, así como en aquellos aspectos particulares que permiten una mejor comprensión de su vivencia emocional como las características de la línea de ayuda, la experiencia a nivel personal durante la pandemia, el manejo de las reacciones emocionales, el impacto de la realidad compartida, los retos y aprendizajes del servicio brindado.

Las características de las personas atendidas se encuentran acorde a la evidencia empírica, presentando un aumento en la sintomatología ansiosa y depresiva, preocupaciones constantes sobre el contagio propio o de familiares, procesos de duelo por fallecimiento de un ser querido, problemáticas de convivencia en el hogar y violencia familiar o doméstica. En los casos atendidos se reconoce que los bajos recursos económicos son un aspecto central en la afectación de la salud mental, siendo que esta no se rige únicamente por la amenaza propia del virus, sino que también está determinada por las inequidades económicas.

En cuanto a las características de la atención psicológica brindada se enfatiza la ausencia del cuerpo, que deviene en una pérdida de la información no verbal para el terapeuta y mayor apertura del consultante. Se destacan cambios en la técnica, denotando la necesidad de la adaptación para las intervenciones en contextos de crisis y emergencia. Asimismo, características como la modalidad telefónica, la corta duración y que sea un servicio gratuito permiten hacer frente a las barreras de accesibilidad en servicios de salud mental, presentando una muy alta demanda y atenciones de casos en la línea con una cobertura extendida.

En cuanto a la experiencia emocional de los/as psicólogos/as y psicoterapeutas en la línea, esta abarca una reacción emocional diversa, que va desde emociones de alegría, ante los eventos significativos que aseguraban el bienestar del o la consultante; y tristeza, al escuchar las historias de dolor y sufrimiento de estos; reconociendo la severidad de las situaciones narradas al describir casos de riesgo de vida o duelo. Se destacan sentimientos de impotencia sobre la imposibilidad de incidir más allá de la ayuda brindada; enojo ante las desigualdades económicas del país y realidades complejas particulares de la pandemia; y frustración en los casos en que se sentía que la ayuda no era suficiente por la desatención gubernamental. Dichas emociones explicitan que el contexto del COVID-19 define una serie de límites y situaciones inéditas para la ayuda, en el cual las vivencias se encuentran irremediabilmente arraigadas a factores incontrolables, contextuales o inéditos que limitan las posibilidades de ayuda del /de

la profesional. Pese a esto, surge igualmente una satisfacción al reconocer haber ayudado o aliviado en alguna medida al otro y haber respondido a una demanda colectiva. El agotamiento y cansancio es igualmente reportado, enfatizando el compromiso emocional que implica la respuesta a la gran demanda de casos y la exposición paralela al evento colectivo por parte de quienes brindan la ayuda.

En esa línea, en cuanto a la experiencia personal de el/la profesional de salud mental, se evidencia que este grupo igualmente mantiene una serie de vivencias marcadas e impactadas por el fenómeno colectivo, reportando desconcierto ante el contexto de incertidumbre, preocupaciones por el riesgo del contagio propio o de seres queridos, dificultades por el distanciamiento con estos y una adaptación en el ámbito laboral y doméstico.

Se resalta que el contexto de pandemia constituye una realidad compartida entre profesionales de salud mental y consultantes, por lo que en las sesiones se abordan aspectos que resuenan con la experiencia del psicoterapeuta. Por un lado, esto permite al psicoterapeuta tener una escucha más empática, comprendiendo a mayor profundidad el sentir de la otra persona. Por otro lado, la posibilidad continua de verse afectado/a por el contexto de amenaza, desencadena que al escuchar las historias narradas por los/as consultantes se activen miedos y preocupaciones de quienes brindan la ayuda, expresándose en una movilización emocional de los/as profesionales. Sin embargo, la diferencia del impacto de la pandemia mundial y factores protectores reconocidos durante la escucha influyó en que psicólogos/as y psicoterapeutas se reconozcan en una posición privilegiada para afrontar el fenómeno colectivo, en comparación a sus consultantes, potenciando que se autoperciban en un rol de ayuda.

Con respecto al manejo de la experiencia emocional, se evidenciaron recursos, estrategias y acciones tanto a nivel grupal e individual. A nivel grupal, se destacaron el apoyo entre profesionales, las supervisiones grupales e individuales y la comunicación constante como acciones que fortalecieron el sostenimiento colectivo a través de un soporte instrumental (ej. recursos de información brindados) y emocional (ej. espacios de escucha) y permitieron hacer frente a los distintos retos y estresores de la labor voluntaria. A nivel individual, se ve la importancia del autocuidado, a través de los encuentros interpersonales con seres queridos, las actividades recreativas y físicas; siendo estas acciones que alivian el agotamiento emocional a partir de reducir los niveles de estrés en los/as profesionales.

Finalmente, los retos de brindar una ayuda psicológica en el contexto del COVID-19 se destacó el acompañar y sostener durante la atención situaciones inéditas para psicólogos/as y consultantes como los procesos de duelo en este contexto y las dificultades con respecto a aceptar las implicancias de los límites de la intervención. En relación con los aprendizajes, se

reconoce que el servicio brindado tenía un impacto beneficioso; que la organización colectiva fue necesaria para responder a la demanda de atención psicológica; y que la demanda de salud mental en el Perú trasciende el contexto de la pandemia, caracterizado por una desprotección y múltiples barreras para la atención en servicios, enfatizando la importancia de iniciativas que permitan responder a la población.

A partir de lo descrito se puede afirmar que el presente estudio permitió profundizar la vivencia emocional de psicólogos/as y psicoterapeutas en el contexto de la pandemia del COVID-19, sentando una base empírica para futuras investigaciones que aborden este constructo en situaciones de crisis o realidad traumática compartida en el Perú. Así, los resultados aportan en evidenciar que la afectación, desatención y desprotección de la población en materia de salud mental en el país se encuentra ligada a las desigualdades económicas y estructurales que; aunadas a los límites que supone la pandemia para brindar una ayuda psicológica, impactan en reacciones emocionales como la impotencia, frustración y enojo de los/as profesionales, así como en la satisfacción al aportar y sostener a un otro dentro de la complejidad del contexto. Del mismo modo, la investigación logró dar una descripción sobre el impacto de la realidad compartida configurada en la consulta psicológica, siendo que tanto la identificación como la diferenciación entre las vivencias de ambas partes generan distintas reacciones y dinámicas en la experiencia del/de la profesional. Por último, el estudio permitió dar cuenta de la importancia de las acciones a nivel grupal para el manejo de la experiencia emocional, sentando una evidencia de lo trascendental que resulta desarrollar intervenciones y desplegar acciones de cuidado al profesional desde el apoyo colectivo u organizacional durante las intervenciones en crisis y contextos de emergencia.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, se señala que a nivel de recojo y análisis de información, se debe tener en cuenta que las características particulares de las participantes pueden configurar un grupo homogéneo al ser todos/as de corte psicoanalítico, pertenecer a un determinado nivel socioeconómico medio o medio alto, tener en su mayoría experiencia en consulta privada, lo que puede no dar cuenta de todo el espectro de ayuda que ha habido en iniciativas o servicios de apoyo psicológico en este contexto. En ese sentido, se recomienda el incluir psicólogos/as o psicoterapeutas de distintas instituciones, tanto de iniciativas voluntarias como estatales, para contar con diversos aspectos en la caracterización y experiencia del grupo de participantes. Asimismo, en la medida en que el grupo de participantes son casi en su totalidad mujeres, es recomendable que se realice la misma investigación con una cantidad más diversificada fin de valorar las diferencias de género.

Referencias

- Agüero, J. M. (2021). COVID-19 and the rise of intimate partner violence. *World development*, 137, 105217. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105217>
- Alonzi, S., La Torre, A., y Silverstein, M. W. (2020). The psychological impact of preexisting mental and physical health conditions during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 236-238. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000840>
- Anderson, J. K., Howarth, E., Vainre, M., Jones, P. B., y Humphrey, A. (2017). A scoping literature review of service-level barriers for access and engagement with mental health services for children and young people. *Children and Youth Services Review*, 77, 164–176. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2017.04.017>
- Ángeles, A. (2003). *Experiencia emocional del trabajo con cáncer terminal en un grupo de psicólogos* [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Luo, X., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2022). Therapists' resilience and posttraumatic growth during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(S1), S165–S173. <https://doi.org/10.1037/tra0001097>
- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A., y Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 148–150. <https://doi.org/10.1037/tra0000868>
- Balluerka, M. N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, M. A., Espada, J. P., Padilla, J. L., y Santed, M. Á. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de Investigación*. Servicio Editorial de la UPV/EHU.
- Barello, S., Palamenghi, L., y Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Baum, N. (2014). Professionals' double exposure in the shared traumatic reality of wartime: Contributions to professional growth and stress. *The British Journal of Social Work*, 44(8), 2113-2134. <https://doi.org/10.1093/hjsw/bct085>
- Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Luo, X., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2021). Psychotherapists' Challenges With Online Therapy During COVID-19: Concerns About Connectedness Predict Therapists' Negative View of Online Therapy and Its Perceived

- Efficacy Over Time. *Frontiers in psychology*, 12, 705699. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705699>
- Bryman, A., Becker, S., y Sempik, J. (2008). Quality Criteria for Quantitative, Qualitative and Mixed Methods Research: A View from Social Policy. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 261–276. <http://dx.doi.org/10.1080/13645570701401644>
- Buckley, A., Dodd, A., & Guerin, S. (2024). Grief and bereavement in the time of COVID-19: A thematic analysis exploring psychotherapists' observations of clients' experiences. *Counselling Psychology Quarterly*, 37(1), 93-111. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2186834>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Carpí, A., Guerrero, C. y Palermo, F. (2008). Emociones básicas. En: F., Palmero y Martínez, F. (Eds.), *Motivación y Emoción* (pp. 233–274). McGraw Hill/Interamericana de España.
- Carr, D., Boerner, K., y Moorman, S. (2020). Bereavement in the Time of Coronavirus: Unprecedented Challenges Demand Novel Interventions. *Journal of Aging and Social Policy* 32(4-5), 425-431. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1764320>
- Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. <http://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>
- Chen, C. K., Nehrig, N., Wash, L., Schneider, J. A., Ashkenazi, S., Cairo, E., ... y Palfrey, A. (2020). When distance brings us closer: leveraging tele-psychotherapy to build deeper connection. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1779031>
- Choi, Y.-J. (2019). Psychological First-Aid Experiences of Disaster Health Care Workers: A Qualitative Analysis. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(4), 1–4. <https://doi.org/10.1017/dmp.2019.87>
- De Oliveira, E. A., De Almeida B. C., Dos Santos, J. H., Guerrieri, A., y Dos Santos, M. A. (2020). Efectos de la supresión de rituales fúnebres durante la pandemia de COVID-19 en familiares enlutados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
- Dunn, E., Charura, D., Niblock, S., & Davies, G. (2023). The Experiences of Psychotherapists Delivering Therapy During the Shared Crisis of a Pandemic. *British Journal of Psychotherapy*, 39(4), 682-701. <https://doi.org/10.1111/bjp.12859>

- Feldman, L., Mesquita, B., Ochsner, K. N., y Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual review of psychology*, 58(1), 373-403. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085709>
- Feldman, L., Lewis, M., y Haviland-Jones, J. M. (Eds.). (2016). *Handbook of emotions* (4th ed.). Guilford Publications.
- Fernández, O., Espinosa, H. D., Krause, M., Altimir, C., Mantilla, C., Paz, C., Lozano, A. G., Argumedo, D., De La Cerda, C., Juan, S., Fernández, S., Lancho, M. P., & Fernández-Álvarez, J. (2022). Personal experience of Latin American therapists on their clinical practice during the COVID-19 pandemic (Experiencia personal de terapeutas latinoamericanos sobre su práctica clínica durante la pandemia por COVID-19). *Estudios de Psicología*, 43(3), 609-638. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2133456>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R., y Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. En S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (pp. 573–593). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-029>
- Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., y Fasano, V. (2020). The Role of Fatigue of Compassion, Burnout and Hopelessness in Healthcare: Experience in the Time of COVID-19 Outbreak. *Psychiatria Danubina*, 32(1), 10–14. https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_noSuppl%201/dnb_vol32_noSuppl%201_10.pdf
- Gallagher, M. W., Zvolensky, M. J., Long, L. J., Rogers, A. H., y Garey, L. (2020). The Impact of Covid-19 Experiences and Associated Stress on Anxiety, Depression, and Functional Impairment in American Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 1043-1051. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10143-y>
- González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., y Landaeta, A. P. V. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S1), 89–95. [doi:10.1016/j.rcp.2016.10.004](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004)
- Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A. y Rosa, A. R. (2021). COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 132, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>

- Gray, D., y Stevenson, C. (2020). How can ‘we’ help? Exploring the role of shared social identity in the experiences and benefits of volunteering. *Journal of Community y Applied Social Psychology*, 30(4), 341-353. <https://doi.org/10.1002/casp.2448>
- Gruber, J., Prinstein, M. J., Clark, L. A., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., Aldao, A., Borelli, J. L., Chung, T., Davila, J., Forbes, E. E., Gee, D. G., Hall, G. C. N., Hallion, L. S., Hinshaw, S. P., Hofmann, S. G., Hollon, S. D., Joormann, J., Kazdin, A. E., . . . Weinstock, L. M. (2021). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American Psychologist*, 76(3), 409–426. <https://doi.org/10.1037/amp0000707>
- Guidorzi, B., y Cannon, C. (2020). The ‘Shadow Pandemic’: Addressing Gender-based Violence (GBV) During COVID-19. En P. Carmody, G. McCann, C. Colleran, y C. O’Halloran (Eds.), *COVID-19 in the Global South: Impacts and Responses* (pp. 117–126). Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18gfv7c.18>
- Gutierrez, G. (2023). Experiencias en la atención primaria de salud mental durante la pandemia por COVID-19: Desafíos éticos y lecciones aprendidas en un centro de consejería de Lima Metropolitana, Perú. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (21), 1-14. <https://doi.org/10.14422/rib.i21.y2023.002>
- Halevi, E., y Idisis, Y. (2018). Who helps the helper? Differentiation of self as an indicator for resisting vicarious traumatization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 698–705. <https://doi.org/10.1037/tra0000318>
- Hamid, W., y Jahangir, M. S. (2020). Dying, Death and Mourning amid COVID-19 Pandemic in Kashmir: A Qualitative Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 85(3), 690–715. <https://doi.org/10.1177/0030222820953708>
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., y Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83-91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education. <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1210>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education. <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>

- James, G., Schröder, T., & De Boos, D. (2022). Changing to remote psychological therapy during COVID-19: Psychological therapists' experience of the working alliance, therapeutic boundaries, and work involvement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(4), 970–987. <https://doi.org/10.1111/papt.12413>
- Joshi, G., y Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102300>
- Joshi, A., Tammana, S., Babre, T., y Kallianpur, R. (2021). Psychosocial response to COVID-19 pandemic in India: Helpline counsellors' experiences and perspectives. *Counselling & Psychotherapy Research*, 21(1), 19–30. <https://doi.org/10.1002/capr.12378>
- König, V. L., Fontao, M. I., Casari, L. M., & Taborda, A. R. (2023). Psychotherapists' experiences of telepsychotherapy during the COVID-19 pandemic in Argentina: impact on therapy setting, therapeutic relationship and burden. *Research in psychotherapy (Milano)*, 26(1), 632. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.632>
- Krippendorff, K. (2018). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/content-analysis/book258450>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *Journal of the American Medical Association Network Open*, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., y Morin, A. J. S. (2018). Psychological health profiles of Canadian psychotherapists: A wake up call on psychotherapists' mental health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59(4), 315–322. <http://doi.org/10.1037/cap0000159>
- Ledesma, D. A. S., & Fernandez, K. T. G. (2022). 'If I am not well, I can't do sessions well': An analysis of the narratives of Filipino Therapists during the COVID-19 Pandemic. *Counselling and psychotherapy research*, 22(2), 524-533. <https://doi.org/10.1002/capr.12442>
- Lorenzo, A., Díaz, K. y Zaldívar, D. . (2020). La Psicología como Ciencia y Profesión en el Afrontamiento del COVID-19. *Revista Caribeña De Psicología*, 4(2), 153-165. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4815>
- Luceño, L., Talavera, B., García, Y., y García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel

- during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- MacMullin, K., Jerry, P., y Cook, K. (2020). Psychotherapist experiences with telepsychotherapy: Pre COVID-19 lessons for a post COVID-19 world. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 248-264. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000213>
- Mancinelli, E., Gritti, E. S., Schiano Lomoriello, A., Salcuni, S., Lingiardi, V., & Boldrini, T. (2021). How does it feel to be online? Psychotherapists' self-perceptions in telepsychotherapy sessions during the COVID-19 pandemic in Italy. *Frontiers in Psychology*, 12, 726864. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.726864>
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19–32). Taylor y Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McBride, H. L., Joseph, A. J., Schmitt, P. G., y Holtz, B. M. (2020). Clinical recommendations for psychotherapists working during the coronavirus (COVID-19) pandemic through the lens of AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy). *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 1-21. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1771283>
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P., y Campbell, M. J. (2018). The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>
- Ministerio de Salud del Perú (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/320975/Lineamientos_de_política_sectorial_en_salud_mental_Perú_201820190613-19707-wthzx0.pdf?v=1560469662
- Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., y Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 129–142. <https://doi.org/10.1037/trm0000122>
- Nóblega, M., Vera, A., Gutiérrez, G., y Otiniano, F. (2020). Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones Cualitativas. Versión 3.0.
- Nuttman-Shwartz, O. (2015). Shared Resilience in a Traumatic Reality: A New Concept for Trauma Workers Exposed Personally and Professionally to Collective Disaster. *Trauma, Violence, y Abuse*, 16(4), 466–475. <https://doi.org/10.1177/1524838014557287>

- Noreña-Peña, A., Moreno, N. A., Rojas, J. G., y Rebolledo-Malpica, D. M. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>
- Ormaza, L. M. y Álvarez, D. F. (2023). Impacto en la Salud Mental del personal de salud de atención primaria frente al COVID 19 y el rol de la Psicoterapia: Impact on the Mental Health of primary care personnel in the face of COVID-19 and the role of Psychotherapy. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(5), 1503-1524. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i5.1411>
- Pacheco, D. R., y Guerrero, J. M. (2022). Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa “Te Cuido Perú”. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(9), 902-906. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5834712>
- Piazza, M., y Fiestas, F. (2015). Estudio transversal de uso de servicios de salud mental en cinco ciudades del Perú. *Salud mental*, 38(5), 337-345. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.046>
- Pistrang, N., y Barker, C. (2012). Varieties of qualitative research: A pragmatic approach to selecting methods. En H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, y K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 5–18). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-001>
- Poggi, I. (2007). Enthusiasm and its contagion: nature and function. En A. Paiva, R. Prada y R. W. Picard (Eds). *Affective Computing and Intelligent Interaction* (pp. 410-421). Springer.
- Răbu, M., Moltu, C., Binder, P.-E., y McLeod, J. (2015). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research*, 26(6), 737–749. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>
- Rada, D. (2007). El rigor en la investigación cualitativa: Técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. *Revista venezolana de investigación*, 7(1), 17-26.
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción* (5ta ed.). McGraw-Hill.
- Reisenzein, R., y Döring, S. A. (2009). Ten Perspectives on Emotional Experience: Introduction to the Special Issue. *Emotion Review*, 1(3), 195-205. <https://doi.org/10.1177/1754073909103587>

- Rodríguez-Ceberio, M., Agostinelli, J., Daverio, R., Benedicto, G., Cocola, F., Jones, G., ... & Díaz-Videla, M. (2021). Psicoterapia online en tiempos de Covid-19: adaptación, beneficios, dificultades. *Archivos de Medicina (Col)*, 21(2), 548-556. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4046.2021>
- Rokach, A., & Boulazreg, S. (2022). The COVID-19 era: How therapists can diminish burnout symptoms through self-care. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 41(8), 5660–5677. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01149-6>
- Ronen-Setter, I.H. y Cohen, E. (2020) Becoming “Teletherapeutic”: Harnessing Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP) for Challenges of the Covid-19 Era. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 50, 265–273. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09462-8>
- Rosen, C. S., Glassman, L. H., y Morland, L. A. (2020). Telepsychotherapy during a pandemic: A traumatic stress perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 174–187. <https://doi.org/10.1037/int0000221>
- Saavedra, J. E., Aliaga Giraldo, K., Castillo Martell, W. H., Huamán Pineda, J., Luna Solís, Y., Nicolás Hoyos, Y., Krüger Malpartida, H., Paz Schaeffer, V., Robles Arana, Y., Sagástegui Soto, A. A. I., Sarabia Arce, S., Vega Dienstmaier, J. M., & Zevallos Bustamante, S. (2022). Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. *Diagnóstico*, 61(3), e374. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.374>
- Salgado, M. E. (2015). Manejo de la empatía en la interconsulta. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 12(1), 44-51. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483557806006>
- Sanabria-Mazo, J. P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P. P., Rojas-Gualdrón, D. F., & Sanz, A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia. *Editorial CES*. <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/09/Libro-Impacto-de-la-pandemia-de-COVID-19-en-la-salud-mental-en-Colombia.pdf>
- Sánchez-Loyo, L. M., Morfín López, T., & Vega Michel, C. (2021). Vivencias de ansiedad por la pandemia por covid-19 en llamadas de urgencias psicológicas. *Psicología Iberoamericana*, 29(3), e293340. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i3.340>
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J., Brodie, D., Cannone, D., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Hochman, B., Homm, S., Kronish, I. M., Leea, S. A., ... y Claassen, J. (2020).

- Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General hospital psychiatry*, 66, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007>
- Shklarski, L., Abrams, A., & Bakst, E. (2021). Navigating changes in the physical and psychological spaces of psychotherapists during Covid-19: When home becomes the office. *Practice Innovations*, 6(1), 55–66. <https://doi.org/10.1037/pri0000138>
- Simionato, G. K., y Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of clinical psychology*, 74(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Singh, J., Karanika-Murray, M., Baguley, T., y Hudson, J. (2020). A Systematic Review of Job Demands and Resources Associated with Compassion Fatigue in Mental Health Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1-28. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196987>
- Singh, J., Karanika-Murray, M., Baguley, T., y Hudson, J. (2024). Work-related experiences of mental health professionals during COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Counselling Psychology Quarterly*, 37(1), 69-92. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2180618>
- Sosa, A., Ureña, A. J., Arias, J., Araujo, A., & Canario, J. A. (2022). Psychological helpline in response to the COVID-19 pandemic in the Dominican Republic. *Counselling and psychotherapy research*, 22(2), 534–541. <https://doi.org/10.1002/capr.12482>
- Strongman, K. T. (2003). *The psychology of emotion: From everyday life to theory* (5th ed.). John Wiley and Sons, Inc.
- Trippany, R., Victoria, K., y Wilcoxon, S. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling y Development*, 82(1), 31-37. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>
- Tristian, R. D., Yusuf, A., Fitriyari, R., Wahyuni, S. D., y Nihayati, H. E. (2018). Perceived barriers on mental health services by the family of patients with mental illness. *International journal of nursing sciences*, 5(1), 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.003>
- Vethencourt, V. (2018). Cómo vivencian los psicoterapeutas en formación el inicio de su entrenamiento y la supervisión. *Psicología Iberoamericana*, 26(1), 64-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133959553008>

- Wallace C. L., Wladkowski S. P., Gibson A. y White P. (2020) Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3rd ed.). McGraw Hill Education.
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2005). *Social determinants of health: The Solid Facts* (2nd ed). World Health Organization.



Apéndices

Apéndice A: Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Rosa Sánchez Farfán, estudiante de último año de Psicología en la Pontificia Universidad Católica del Perú. El presente estudio se da en el marco del curso de Seminario de Tesis 2 para la obtención del grado en Psicología. Asimismo, este se encuentra bajo la supervisión de la Mg. Lupe Jara Castro. La investigación tiene por objetivo conocer la experiencia emocional de psicólogos, psicólogas y terapeutas que brindaron apoyo psicológico en una línea de ayuda en el contexto del COVID-19 durante los primeros 100 días de confinamiento (periodo marzo-junio del 2020). Con ese objetivo, se le informa que la entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora de su tiempo.

Su participación en la presente investigación es de carácter voluntario. Asimismo, puede abstenerse de responder alguna pregunta si usted prefiere, así como tiene la libertad de poder pausar la entrevista en cualquier momento o retirarse sin que esto implique algún perjuicio para su persona. Cabe señalar que se mantendrá la confidencialidad de su identidad, y se cuidará de no revelar aspectos o datos que puedan poner en peligro esta. A su vez, la información proporcionada será únicamente para fines académicos y no será empleada para otros ámbitos o aspectos. Del mismo modo, se pide su autorización para poder videogravar la presente entrevista con el objetivo de poder realizar las transcripciones correspondientes y facilitar el análisis de la información proporcionada.

Nombre: _____

Acepto participar voluntariamente en esta investigación dirigida por la estudiante de Psicología Rosa Sánchez Farfán bajo la supervisión de Mg. Lupe Jara Castro. He sido informada sobre el objetivo del estudio, el carácter voluntario y los aspectos de confidencialidad al participar de este estudio.

Sí _____

No _____

Apéndice B: Guía de entrevista

Introducción

- ¿Cómo se enteró o cómo decidió enrolarse en esta iniciativa?
- ¿Cuál fue su motivación para sumarse a la iniciativa de brindar un apoyo psicológico a personas durante el contexto de la pandemia?
- ¿En qué consistía el trabajo en la línea de ayuda en la que se encontraba?
- ¿Había realizado alguna vez apoyo psicológico en línea antes?

1. Experiencia personal en el contexto del COVID-19

- ¿Cómo describiría su situación personal durante el tiempo de confinamiento (marzo-junio)?
- ¿Cómo se sentía durante los primeros meses de la pandemia del COVID-19 (marzo-junio)?

2. Experiencia emocional de trabajar en la línea de ayuda durante la pandemia del COVID-19

- ¿Qué tipo de situaciones y problemáticas solían reportar las personas a quienes atendía?
- ¿Cuáles considera que han sido las más difíciles de manejar? ¿Por qué?
- ¿Cómo se sentía al atender y escuchar a estas personas durante la sesión de apoyo psicológico?
 - ¿Qué emociones tenía durante estas sesiones de apoyo psicológico?
- ¿Cómo se sentía después de terminar de atender a estas personas?

Por cada emoción descrita: ¿Por qué cree que se sentía dicha emoción? ¿Me podría brindar un ejemplo de alguna situación específica que recuerde?

3. Impacto particular de la experiencia compartida al atender a personas en el contexto del COVID-19

- ¿Qué particularidades siente que trae el brindar un apoyo psicológico a personas en el contexto del COVID-19?
- ¿Considera que estuvo pasando por situaciones similares a las preocupaciones que tenían las personas a quienes atendía?
 - ¿Cómo considera que ello impactó en su experiencia de brindar un apoyo psicológico a estas personas? ¿De qué manera?

4. Aprendizajes y retos de la experiencia de ayuda psicológica brindada

- En este tiempo, en términos personales, ¿Qué considera que ha sido lo más retador?
- ¿Qué aprendizajes le deja toda esta labor que ha realizado?

5. Manejo de la experiencia emocional por parte del psicólogo/a o terapeuta

- El centro u organización donde estaba, ¿qué acciones ha generado para el cuidado de terapeutas y psicólogos/as que estaban en la línea de atención?
- ¿Qué hacía para poder manejar las reacciones emocionales que sentía durante y después de atender a estas personas en las sesiones en línea?
- ¿Qué estrategias de autocuidado empleaba para preservar su propia salud mental al brindar esta ayuda psicológica?

Cierre

- ¿Quisiera mencionar algo más de cómo fue su experiencia al trabajar en esta línea de ayuda en el contexto del COVID-19?



Apéndice C: Ficha de datos sociodemográficos

Edad:

Género:

Estado civil:

¿Con quiénes convive?:

Carrera:

Universidad:

Corriente:

Formación terapéutica:

Tiempo de experiencia ejerciendo el trabajo psicológico:

Periodo en el que brindó apoyo psicológico en una línea de ayuda durante el COVID-19:

