

"Las videollamadas como estrategia terapéutica. Desafíos y tensiones de terapia ocupacional en tiempos de pandemia"

RESUMEN

El presente trabajo busca poder compartir y reflexionar acerca de una experiencia llevada a cabo desde el área de terapia ocupacional en una clínica de rehabilitación en el ámbito privado. Como es sabido, muchas de las praxis se han visto modificadas desde los inicios de la pandemia por SARs COVID 19. En este caso, más allá de haberse experimentado cambios en ciertos modos de abordaje, se trata de la inclusión de un programa de videollamadas, cuyo objetivo es poder acercar a los pacientes internados a su entorno familiar, dadas las restricciones de las visitas presenciales. Entendiendo la importancia que tiene el contacto con los seres queridos en momentos de recuperación es que se decide iniciarlo, no sin cuestionamientos acerca del rol de TO, incumbencias o no frente a dicha intervención y complejidades que atraviesan la interacción y el formar parte de ese trinomio que se da entre paciente familia y profesional.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca documentar una experiencia que se viene llevando a cabo desde abril de 2020 en el contexto de pandemia por COVID 19 que venimos atravesando. Como es sabido, las intervenciones de terapia ocupacional, como la de muchas otras disciplinas, han tenido que adecuarse, teniendo que repensar y buscar otras nuevas formas para hacer frente a los desafíos que se fueron presentando.

La experiencia tuvo lugar en una clínica del ámbito privado de alta complejidad especializada en rehabilitación respiratoria, neurológica y motora. Resulta importante dedicar unas breves líneas al funcionamiento del establecimiento previo a la pandemia para poder comprender mejor los cambios necesarios que se fueron suscitando y que nos llevaron a la modalidad actual de trabajo.

Es una clínica que brinda atención a pacientes internados y ambulatorios. Las disciplinas que conforman el equipo de atención permanente son kinesiología respiratoria y motora, fonoaudiología, nutrición, fisioterapia, psicología y psiquiatría, medicina clínica y respiratoria, enfermería y terapia ocupacional (TO). También se cuenta con otros profesionales de interconsulta según la necesidad. En condiciones

previas a la pandemia, las visitas a personas internadas tenían un horario amplio establecido de 10 a 13 hs y de 16 a 19 hs de lunes a domingo, pudiendo ingresar a la habitación de la persona o concurriendo al patio que posee la institución. Esto permitía muchas veces el intercambio entre familiares y el equipo tratante de manera informal, en el pasillo, pudiendo comentar novedades, proximidad de estudios, nuevos logros, expectativas y necesidades al alta, etc.

En lo que al servicio de TO respecta, está compuesto por 11 terapistas, la mayoría dedicadas a la asistencia de pacientes, incluyendo la formación a enfermería y la coordinación del área. Las intervenciones están dirigidas a la prevención del desacondicionamiento, la confección de equipamiento en cama y silla de ruedas para prevenir lesiones y cuidar segmentos y estructuras corporales, el fortalecimiento y reentrenamiento de habilidades específicas que permitan la participación en actividades diarias, la asistencia en la comunicación con el entorno a través de dispositivos de baja y alta tecnología, el relevamiento del hogar y la preparación para el alta, entre otras. Se busca como fin último que la persona sea lo más independiente posible al momento del alta.

Los inicios de la pandemia fueron irrumpiendo poco a poco en el modo de atender y por qué no, en el modo de intervenir.

El 20 de marzo se decretó la cuarentena en todo el territorio nacional, manteniéndola en modo obligatorio hasta el 26 de abril. Esta medida se perpetuó a través del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) hasta mediados de diciembre, cuando se decretó el Distanciamiento Social Preventivo y obligatorio (DISPO), que de algún modo flexibilizó la normativa hasta entonces vigente (decreto 297/2020). Desde el inicio de las sucesivas medidas se ha suspendido en la institución la modalidad de atención ambulatoria y las visitas presenciales de familiares y amigxs en pos de poder garantizar el cuidado de todxs. La atención desde TO también se fue viendo modificada según las normativas y protocolos que fueron surgiendo: la inclusión de equipo de protección personal (EPP) que irrumpía en la comunicación con los pacientes, la asistencia de las profesionales por cohortes y prolongación de la jornada laboral para poder hacerlo, la atención exclusiva por piso, conformando equipos de trabajo fijos junto con kinesiología y fonoaudiología con el fin de reducir la posibilidad de contagios y diseminación del virus por la institución, la suspensión de la atención en el servicio de TO, entre otras.

En este contexto, y dadas las suspensiones en primera instancia con la posterior inclusión de visitas presenciales pero de manera restringida, es que surge la demanda institucional al servicio de TO de realizar videollamadas con los pacientes y sus familiares.

La Federación mundial de terapeutas ocupacionales (WFOT) lanzó su posicionamiento público sobre la respuesta de la profesión a la pandemia de COVID-19, señalando el profundo impacto en la vida, la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades alrededor del mundo. El documento hace énfasis en el papel de las y los terapeutas ocupacionales en la vida diaria de los sujetos, en los significados y propósitos de las actividades cotidianas en sus vidas. De esta forma, resalta la relevancia del desarrollo de estrategias para ayudarles a asumir sus "ocupaciones". En particular, subraya la atención a los problemas de salud mental resultantes de la pandemia, el acceso a tecnologías de asistencia y, especialmente, la telesalud como nuevo formato de trabajo (Cruz, Lopes y Malfitano 2020). Si bien en este caso no se trata de telesalud propiamente dicha, se puede percibir la importancia de poder incluir tecnologías que busquen superar las barreras que provoca el aislamiento en pos de generar mayor salud mental y consecuentemente, mayor iniciativa para participar en actividades y ocupaciones de la vida diaria, en este caso, dentro de un plan de rehabilitación.

La terapia ocupacional está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y el bienestar. Las ocupaciones como tales, son multidimensionales y complejas. El compromiso con la ocupación como el foco de la intervención de la terapia ocupacional incluye el aspecto tanto subjetivo (emocional y psicológico) y objetivo (físicamente observable) de los aspectos del desempeño (Ávila Álvarez 2010). Resulta fundamental destacar que el contacto con los seres queridos, que forma parte del bienestar emocional, impacta directamente en la disposición de la persona para participar de sus actividades diarias y sobre todo, en aquellas que son en pos de su rehabilitación/recuperación.

Por otro lado, como terapeutas ocupacionales, sabemos del impacto que tiene el ambiente en donde se desenvuelve la persona para llevar a cabo sus actividades diarias. La mayoría de los pacientes que ingresan a la clínica, suelen venir derivados directamente desde las unidades de terapia intensiva; es frecuente que recién en esta instancia empiecen a tener mayor conciencia de situación y conexión con el

entorno. Si a esto le sumamos el impacto subjetivo que produce la internación, la aparatología con la que cuentan (sonda nasogástrica, traqueostomía conectada a respirador, vías periféricas, etc) en un ambiente ajeno, con escaso contacto con su red de apoyo y en soledad, en ocasiones con episodios de desorientación, se puede deducir rápidamente el impacto que todo esto traerá en la recuperación y en su desempeño diario.

Existen relatos de algunas experiencias similares llevadas a cabo a nivel nacional (programa ESTAR GCBA 2020; Blentini 2020) de videollamadas realizadas por profesionales para promover el contacto entre paciente y familiar, dada la limitación del contacto físico que genera el COVID casi como primera barrera. En su mayoría, dichas experiencias fueron llevadas a cabo en unidades cerradas, como lo son las unidades de terapia intensiva o cuidados intensivos (UTI/UCI) como parte de los programas que buscan “humanizarlas”¹ (1) Así mismo, en la mayoría de los casos aparecen descritas de modo más informal, intentando cubrir la demanda con un celular que “alguien donó” quedando en la mayoría de los casos, a merced de “la buena voluntad” de los profesionales que trabajan en dichas unidades.

En el contexto actual “se tornó imperioso diseñar estrategias que permitieran un abordaje humanizado de aquellos pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos , así como también de sus familias; las que desde sus hogares esperan, soportan, padecen y mantienen la esperanza de la recuperación de su ser querido” (Blentini, Cárdenas, Goitea, Guilli, Maciá, Masso y Vera 2020 p.1).

Si bien una clínica de rehabilitación es un lugar diferente al de una Unidad de terapia intensiva, y en la mayoría de los casos en la actualidad se cuenta con al menos una visita semanal, la complejidad y la fragilidad aún son altas, con lo cual el paciente debe aprender muchas veces a convivir con el dolor de la pérdida funcional, la limitación, el riesgo y la amenaza de muerte en algunos casos. Por estos motivos también, es menester poder brindar este tipo de atención; con el objetivo de perpetuar el cuidado de las personas internadas en este “segundo” momento.

¹ Humanizar los Cuidados Intensivos es centrarnos en la persona a la que atendemos, entendiendo que es única, preservando su dignidad y valores, cuidando en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, incluyendo a los familiares y haciéndolos parte del proceso, recordando que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y finalmente también es devolver al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que hacen (Rojas 2019)

DESTINATARIOS

El programa de videollamadas se lleva a cabo desde el mes de abril de 2020 hasta la actualidad. Está dirigido a toda persona que ingrese a la institución para iniciar un proceso de rehabilitación, sea cual fuere su patología de base (en todos los casos, se trata de adultxs mayores de 18 años). Lxs pacientes suelen ingresar con patologías de base neurológica, respiratoria, cardiológica o infecciosa en la mayoría de los casos. Muchos de ellxs al ingreso aún continúan en estado subagudo, con la complejidad que ello conlleva (presencia de respirador, sonda nasogástrica) y escasa movilidad (transferencias de cama a silla con grúa). En los últimos meses se ha observado un fuerte incremento de personas que han estado en cuidado crítico con diagnóstico de COVID.

Las videollamadas se suelen poner en marcha a partir de la demanda del propio paciente o del entorno familiar, sobre todo con aquellxs que tienen algún tipo de dificultad para maniobrar los dispositivos (celulares, tablets) o que no los poseen dentro de la institución.

OBJETIVOS

- Promover prácticas que contribuyan a la salud y el bienestar de la persona
- Facilitar la comunicación y conexión con su entorno
- Favorecer la continuidad del contacto entre persona internada y familiares

DESARROLLO

Para llevar adelante la experiencia, la clínica proporcionó dos dispositivos para realizar las videollamadas: una tablet y un celular. Con el paso del tiempo se fueron adquiriendo algunos atriles para favorecer el soporte y uso de los aparatos. Se incorporó un cronograma dentro del servicio para poder combinar días y horarios y evitar la superposición de las mismas, con el fin de poder contar con los dispositivos en los cuatro pisos. Así mismo, profesionales de otras áreas tienen acceso a dicho cronograma, sobre todo enfermería, para que la persona pueda estar higienizada sentada y lista para realizar la videollamada, y en muchos de los casos, por kinesióloga respiratoria, para que se pueda coordinar el horario de la videollamada con la prueba de fonación (en pacientes traqueostomizados) y así facilitar el proceso comunicativo. También hubo que adaptar algunos horarios, para que la

videollamada no interfiriera con los horarios de rehabilitación propiamente dicha; esto es, con las sesiones de kinesiología motora, fonoaudiología y TO en la mayoría de los casos.

Cuando se comenzó con el dispositivo se redactó una nota, que es enviada a modo de presentación del programa a lxs familiares con los que se hará la videollamada. Este escrito pretende brindar un encuadre a dicha intervención, aclarando que el objetivo de las mismas es facilitar y perpetuar el contacto entre paciente y familiar, y no es en ningún caso, un medio para recabar información acerca del estado clínico de la persona, evacuar dudas de carácter médico, etc. También determina que la duración de las videollamadas es de quince minutos, con el fin de poder brindar adecuadamente el servicio a todas las familias y así poder favorecer la organización interna del equipo de TO.

Una vez que se obtienen los contactos de los familiares, se conforma un grupo (en el caso de ser más de una persona) para poder realizar las videollamadas.

Desde que se inició el programa, la frecuencia de las mismas varió, siendo de dos veces por semana cuando las visitas presenciales están más restringidas y solo se cuenta con una vez por semana (abril-diciembre 2020 y desde mediados de abril 2021 hasta la actualidad), y una videollamada semanal cuando la situación epidemiológica lo permite y se realizan visitas presenciales dos veces por semana (diciembre 2020 a mediados de abril 2021).

En todos los casos, se busca que las videollamadas estén distanciadas del día de visita para poder acortar los tiempos de espera. Es por eso que se evalúa la situación particular de cada persona y cada familia para poder establecer un cronograma pertinente. Muchas veces se deben tener en cuenta también los horarios laborales de las familias, para que estén disponibles para realizarla.

Así mismo, la profesional que las lleva a cabo es la terapeuta ocupacional que brinda atención en el piso donde se encuentra internadx. Se intenta poder equilibrar la cantidad de videollamadas entre el turno mañana y el turno tarde, para no desatender las sesiones asistenciales. En todos los casos, se realiza una primera evaluación para conocer el nivel de asistencia que requerirá la persona, dependiendo de sus condiciones y habilidades físicas y el nivel cognitivo que presenta y así determinar el nivel de acompañamiento que será necesario. De esta manera, en algunos casos, solo es cuestión de posicionar el dispositivo y retirarnos para poder brindar un espacio de intimidad (en caso de neuropatías periféricas,

hemiplejías, etc). En otros, cuando la ubicación del paciente es dificultosa, la terapeuta opera incluso como sostén del dispositivo y en algunos otros, debe intervenir por diferentes cuestiones, ya sea porque la persona presenta algunas limitaciones (auditivas, visuales, de expresión o comprensión) o porque no ha logrado fonar aún y la familia no siempre interpreta la lectura de labios. En todos los casos, se busca fomentar el lazo y el contacto entre persona y familiar, pudiendo la TO permanecer lo más al margen posible, simulando lo que sucede incluso durante la visita presencial.

RESULTADOS

Actualmente el programa se encuentra en curso, dadas las restricciones de visitas que continúan por la pandemia. Se realizan entre 25 y 30 videollamadas por semanas con diferentes pacientes. Si bien no se ha realizado una evaluación formal del dispositivo, las familias y las personas internadas agradecen con frecuencia el espacio propiciado.

Si bien no es el fin último de las videollamadas, muchas veces se utiliza el momento de la comunicación para evaluar y entrenar distintos aspectos que abarca la TO. Esto es, desde funciones ejecutivas necesarias para manejar un dispositivo, iniciar una llamada y sostener una conversación (planificación, atención y concentración, memoria a corto plazo, entre otras) hasta destrezas y habilidades motoras finas en la manipulación del dispositivo. En ocasiones también funciona como una estrategia que favorece la participación social. En estos espacios somos testigo de cómo se vuelven a poner en juego los roles en ese encuentro familiar; algo de lo que la persona solía hacer, y las funciones que ejercía o cumplía dentro de ese sistema, preguntando por otros familiares, etc). En estos aspectos también podemos ver cómo la tecnología en ocasiones ayuda a perpetuar esa cotidianidad que se vio interrumpida por una enfermedad, una lesión o una condición que hace que la persona deba permanecer internada en una institución.

Es de destacar el recurso que muchas veces aporta la imagen tanto a la persona como a los familiares, sobre todo en los inicios, cuando las visitas presenciales fueron suspendidas por completo. La imagen logra acercar a la persona a la cotidianidad que estaban acostumbrados, así como también, reduce en muchos casos la ansiedad que genera la espera frente a la próxima visita.

Con el paso del tiempo, se ha observado que las familias también han ido incrementando las demandas y en varias oportunidades, pese a reforzar que no es un medio ni el canal adecuado para conocer cuestiones clínicas, se continúa utilizando para tal fin. En esos casos, se los redirige al departamento de coordinación médica para evacuar dudas. Sin embargo, se siguen generando tensiones frente a la complejidad que representa transitar una internación, muchas veces prolongada, con la limitación del contacto presencial con el ser querido.

Muchas de las personas internadas se encuentran confusas y/o desorientadas durante los primeros días o semanas de internación subaguda en la clínica. Es por ello que el contacto con sus seres queridos se vuelve fundamental desde el inicio, para ir evacuando y despejando dudas acerca de cómo se fueron dando los acontecimientos, brindando información paulatina y poco a poco ir reconectándose con lo sucedido. Se trata muchas veces de brindar la posibilidad de ir armando la propia narrativa dentro de un entorno más conocido y familiar.

En casos recientes, con pacientes post COVID 19 que han transitado varias semanas en estado crítico en terapia intensiva, se presentó más de una vez la situación de desconocimiento por parte de la persona internada, de algún familiar fallecido por la misma causa. Las familias han solicitado ayuda al equipo tratante para comunicar la noticia, motivo por el cual, no se les acercó su celular personal en primera instancia y se realizaron videollamadas junto a TO. Estas situaciones complejas también nos exponen como profesionales a nuevos escenarios que exigen incorporar nuevas formas y herramientas de intervención.

Las interurrencias clínicas también suelen operar en la disponibilidad del paciente para hablar (presencia de infecciones que hacen que esté más somnoliento, descomposturas, etc) y eso no siempre es comprendido por las familias, quienes ansían el contacto.

Los efectos que muchas veces trae la desorientación llevan a que en algunos casos la persona se niegue a hablar en determinado momento; en estos casos, se intenta anteponer el deseo de la persona internada y respetarlo, dando aviso a la familia. En algunos otros casos, cuando ya se comienza a evidenciar un deterioro cognitivo que comienza a instalarse, es algo que debe comenzar a trabajarse en forma conjunta con las profesionales de salud mental, para establecer capacidades, juicio, etc. No han faltado tampoco situaciones conflictivas al interior de cada familia, por lo

que las videollamadas debieron realizarse en dos tiempos, con cada familiar por separado.

Sin dudas y por lo anteriormente expuesto es una intervención que nos sobrecarga como profesionales, nos expone a situaciones nuevas, teniendo que desarrollar estrategias de comunicación frente a las familias que antes no eran requeridas. También nos expone a un espacio de mucha intimidad como lo es una comunicación, en donde una es testigo de una amplia variedad de situaciones de toda índole. Si bien a veces es una intervención que suele ser minimizada por parte de otros profesionales y por qué no, de nosotras mismas, suelen ser intervenciones que generan en ocasiones angustia, malestar, frustración, malos entendidos, etc. Es por eso que comentarlo y compartirlo dentro del equipo de TO, poder supervisar algunas de estas situaciones, compartirlo con profesionales de salud mental y en ocasiones proponer una videollamada conjunta, son estrategias que debemos implementar en el cotidiano.

Por lo descrito anteriormente continúa siendo un dispositivo complejo que ha generado a lo largo del tiempo distintos interrogantes, cuestionamientos y tensiones al interior del equipo y para con la institución, buscando dilucidar si las videollamadas son en definitiva una “incumbencia” de la disciplina o no.

Con el paso del tiempo, se ha vuelto a reestructurar la atención dentro de la clínica, siendo cada vez más los pacientes que concurren al gimnasio y a TO, quedando menor tiempo disponible para realizarlas. Esto ha traído algunos malestares por falta de tiempo de las profesionales y necesidad de repensar el dispositivo.

Por estos motivos es que durante el último tiempo se buscó poder ampliar la red de profesionales que brinda este servicio, generando así una coparticipación interdisciplinaria. El objetivo es que la responsabilidad de perpetuar el contacto de las personas internadas no recaiga únicamente sobre TO, si no que pueda ser distribuido con otros profesionales, considerando además, que se han llevado a cabo por un largo período y que se han sumado a las tareas ya existentes dentro del servicio.

En este mismo sentido, se cree que el año pasado se actuó por contingencia, pero a medida que la pandemia y las restricciones se prolongaron en el tiempo, es necesario poder repensar el dispositivo con mayor organización, dándole mayor entidad incluso, desde la mirada institucional.

CONCLUSIÓN

Esta pandemia condiciona un escenario de aislamiento y restricción en todos los aspectos de la vida diaria e incluso de las prácticas de salud: dificulta el mantenimiento de los vínculos familiares, así como también los aspectos comunicacionales clásicos en la relación paciente/familiares con el equipo de salud. La conjunción de todo esto hace a la complejidad del dispositivo presentado.

Se parte de la creencia de que fortalecer los lazos y los vínculos de la persona internada es parte fundamental de su recuperación, y responsabilidad de propiciarla por parte de quienes conformamos la institución. En este sentido, es importante poder guiarnos por la ética de una práctica en salud que no pierda de vista los derechos de lxs pacientes y sus familias.

Así mismo, pensar en incumbencias no siempre trae claridad, ya que en muchos de los casos, dependiendo de cómo se lo justifique, puede ser abordada por muchas y variadas profesiones, si no perdemos de vista la concepción integral de la salud. La pandemia trajo sin dudas nuevos emergentes que en distintos ámbitos, han sido tomados por diferentes disciplinas.

No debemos desconocer tampoco la histórica “lucha” de nuestra profesión por poder definir los límites y las propias incumbencias disciplinares en los distintos espacios de trabajo, hecho que sin duda colabora a los cuestionamientos acerca de la propia praxis. Probablemente la pandemia marque determinados hitos en lo que a las intervenciones de TO respecta; de este modo se continúan ampliando las acciones y los caminos que permiten la evolución de nuestra profesión que, si bien tuvo sus orígenes en un modelo médico, también se ha interesado en un modelo social donde la ocupación y la participación humana son fundamentales para mejorar la calidad de vida (Parra Esquivel 2015).

Registrar, documentar, reevaluar y repensar los dispositivos periódicamente es un ejercicio que garantiza, en la mayoría de los casos, que estos funcionen de mejor manera y sean de mayor calidad.

Si algo nos ha enseñado todo este contexto, es acerca de la necesidad de poder dar respuestas flexibles a lo dinámico de este virus y que cada vez se vuelve más importante poder brindar prácticas de salud que humanicen la atención.

Favorecer escenarios que promuevan la justicia ocupacional, ampliando la mirada y entendiendo la cantidad de aspectos que atraviesan a los procesos de salud-enfermedad-atención es probablemente también, parte fundamental de la formación y ejercicio de unx terapeuta ocupacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ávila Álvarez A., Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M., Méndez B., Talavera Valverde M. et al. “Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2da. edición” (traducción). Disponible en www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf . Traducido de : American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy framework: Content and Process (2nd. ed)

Blentini I., Cárdenas, A., Goitea M., Guilli M., Maciá E., Masso I. y Vera S, (2020) Estrategia comunicacional en UCI en contexto pandemia covid 19. Experiencia en HIGA Pedro Fiorito de Avellaneda (archivo PDF) <https://www.samct.org.ar/wp-content/uploads/Estrategia-comunicacional-en-Pandemia-COVID-19-HIGA-Fiorito.pdf>

Cruz, D.M.C., Lopes, R.E., Malfitano, A.P.S., y (2020). “Terapia ocupacional en tiempos de pandemia: seguridad social y garantías de un cotidiano posible para todos “ (traducción). Revista Ocupación Humana, 20 (1), 118-123. <https://doi.org/10.25214/25907816.950>

Declaración pública respuesta de terapia ocupacional ante la pandemia covid 19 <file:///C:/Users/usuario/Downloads/WFOT-Public-Statement-Occupational-Therapy-Response-to-the-COVID-19-Pandemic-Spanish.pdf> (17 de marzo de 2020) Título original en inglés: PUBLIC STATEMENT, OCCUPATIONAL THERAPY RESPONSE TO THE COVID-19 PANDEMIC Traducción: Daniela Castro, Chile/Australia Miriam Cohn, Argentina Abril 2020

Decreto 297/2020. Boletín Oficial “Aislamiento Social preventivo y obligatorio” (19/3/2020). DECNU-2020-297-APN-PTE - Disposiciones <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Muñoz A.(2020) “Reflexiones y acciones desde terapia ocupacional en la lucha contra el COVID 19 durante el confinamiento social” Interinstitutional brazilian

Journal of Occupational Therapy suplemento vol 4(3)
file:///C:/Users/to/Downloads/34397-116667-1-PB%20(1).pdf

Parra Esquivel E. (2015) "Análisis del concepto 'justicia' en terapia ocupacional" Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia Vol. 63 (3) 449-456 <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363525012.pdf>

Programa ESTAR. Acompañar a la distancia (mayo 2020)
<https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/acompanar-la-distancia>

Rojas V. (2019) Humanización de los cuidados intensivos. Revista médica clínica Las Condes, 30 (2), 120-125 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>