

# **Intervención en la crisis COVID-19 del equipo de Psicología Clínica de la Interconsulta del IPS Gregorio Marañón**

## **Intervention by the Clinical Psychology team from the Liaison Unit of the IPS Gregorio Marañón during the COVID-19 crisis**

Marisa García-Ontiveros Cuellar, Begoña Arbulo Rufrancos, María Mallo Caño, María Mayoral Aragón, María García Ramírez, Alejandro Muriel Hermosilla, Silvia Holguera Ortiz, Javier, Martín Ruiz, Tania Delgado Fernández, Susana Sanz Sebastián, María Ángeles Ureña Morena, Fátima Valencia Agudo, Alejandro Parages Martínez, Francisco Duque Colino  
Hospital Gregorio Marañón, España

**Resumen:** La pandemia por COVID-19 está generando multitud de dificultades psicológicas tanto en los supervivientes, como en familiares y profesionales sanitarios en primera línea. La necesidad de intervención psicológica en el contexto hospitalario ha dado lugar a la ampliación del Servicio de Interconsulta de Psicología Clínica en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. La asistencia se ha organizado desde un modelo de intervención en crisis, considerando especialmente la importancia de prevenir el duelo patológico y el trastorno de estrés postraumático. En el siguiente artículo se describen las dificultades psicológicas más frecuentemente observadas y las intervenciones realizadas: grupos reducidos para profesionales, intervenciones presenciales y telefónicas con pacientes, familiares y profesionales, intervención en crisis, función consultora del equipo médico y de enfermería, etc. *Palabras clave:* COVID-19, psicología clínica, interconsulta, duelo patológico, estrés postraumático.

---

Marisa García-Ontiveros Cuellar, Begoña Arbulo Rufrancos, María Mallo Caño, María Mayoral Aragón, Alejandro Muriel Hermosilla, Silvia Holguera Ortiz, Tania Delgado Fernández, Susana Sanz Sebastián, Fátima Valencia Agudo, Alejandro Parages Martínez y Francisco Duque Colino son Psicólogos Clínicos en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Marañón. Hospital Gregorio Marañón.

María García Ramírez, Javier Martín Ruiz y María Ángeles Ureña Morena son Psicólogos Internos Residentes. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Marañón. Hospital Gregorio Marañón.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Fátima Valencia Agudo. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Marañón. Hospital Gregorio Marañón. C/Ibiza 43, 28009, Madrid. Email: [Fatima.valencia@salud.madrid.org](mailto:Fatima.valencia@salud.madrid.org)



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

**Abstract:** The Covid-19 pandemic is generating an array of psychological difficulties in survivors, families and first-line health professionals. The need for psychological interventions within the hospital has led to the increase in the capacity of the Clinical Psychology Liaison Service in the Gregorio Marañón General University Hospital. The crisis intervention model has underpinned the organization of the care, with a focus on preventing complicated grief and post-traumatic stress disorder. In this paper, the most frequently reported psychological difficulties are outlined and the interventions carried out in the service are described (reduced groups for professionals, face-to-face and telephone-based interventions with patients, families and professionals, crisis intervention, consulting role of the physicians and nurses, etc.).

**Keywords:** Covid-19, Clinical Psychology, liaison, complicated grief, post-traumatic stress

Si bien es pronto para conocer los efectos psicológicos de la pandemia por COVID-19, se ha observado que una parte importante de la población puede presentar niveles moderados y severos de ansiedad, depresión y alteraciones relacionadas con el estrés (Wang et al., 2020). Así mismo, se ha encontrado que el porcentaje de pacientes que presenta síntomas de estrés postraumático en los momentos previos al alta está en torno al 97% (Bo et al., 2020). Un estudio realizado en China tras la pandemia por SARS en 2003, determinó una prevalencia del 26% de trastorno de estrés postraumático 30 meses después de la recuperación física (Mak et al., 2009).

Estas alteraciones psicológicas en los supervivientes pueden entenderse mejor si se tienen en cuenta las condiciones del ingreso por COVID-19, así como la evolución impredecible de la enfermedad. Respecto al ingreso, es importante recordar que los pacientes están aislados de sus familiares (no pudiendo recibir visitas) y comparten habitación con varios pacientes, algunos de los cuales pueden estar en un estado físico grave o incluso fallecer en la propia habitación. La puerta de la habitación se mantiene cerrada en todo momento y solo tienen contacto con el personal de enfermería, de limpieza y médicos en momentos puntuales del día. Cuando esta interacción se produce, el personal está ataviado con un equipo de protección individual, por lo que los pacientes solo pueden ver sus ojos detrás de unas gafas de protección. Las condiciones del ingreso son también duras en relación al continuo ruido ambiental (sonido de respiradores, intensa actividad del personal) y a la gran dependencia física de los pacientes (debilidad física, posición de prono frecuente). En cuanto a la enfermedad, se ha descrito que presenta una evolución incierta, de manera que el estado físico de los pacientes puede cambiar rápidamente (Pérez Abreu et al., 2020). Al tratarse de una enfermedad altamente contagiosa, es muy frecuente que pacientes ingresados tengan familiares contagiados (ingresados o fallecidos) lo cual genera un impacto emocional que se ve agravado por el aislamiento, la soledad y con frecuencia la falta de información. Todas estas condiciones podrían facilitar el surgimiento de síntomas de estrés postraumático, ansiedad y síntomas depresivos a largo plazo.

De acuerdo con la Academy of Medical Royal Colleges (2020), los profesionales sanitarios trabajando durante la pandemia de COVID-19 podrían experimentar una serie de manifestaciones como son la ira, la irritabilidad, el aumento del consumo de alcohol y otras sustancias, la hiperfagia, el insomnio, el *burn out* y el estrés postraumático. Estas alteraciones psicológicas pueden estar asociadas con la alta carga de trabajo, el miedo al contagio y a contagiar a la familia, la falta de material de protección, la falta de ventiladores y camas de UCI, los dilemas éticos a los que se enfrentan, una situación clínica que evoluciona rápidamente, es nueva y excede con frecuencia sus competencias (por ejemplo, en el caso de médicos de especialidades no relacionadas con el tratamiento del COVID o enfermeras que no tienen experiencia en UCI) (Shanafelt et al., 2020). Para prevenir el desarrollo de patología posterior, es fundamental identificar a aquellos individuos que presentan mayor vulnerabilidad por su historia previa de dificultades psicológicas, historia de trauma o por la presencia de estilos de afrontamiento patológicos (Payàs, 2014).

Las condiciones vividas durante la pandemia COVID-19 favorecen la aparición de duelos complejos, prolongados y traumáticos. Estas condiciones tienen que ver con la rapidez de la pérdida, la sorpresa, la incer-

tidumbre, la sensación de impotencia, la falta de información, la soledad en el momento de la pérdida y la soledad posterior debida al distanciamiento social y la imposibilidad de despedirse y llevar a cabo rituales que favorezcan la elaboración del duelo (Payàs, 2014). Además, es muy frecuente que varios miembros de la familia se hayan contagiado y que por tanto se produzcan duelos múltiples. Según la CIE-11, el trastorno por duelo prolongado presenta las siguientes características que se mantienen más allá de 6 meses tras la pérdida: sufrimiento por el fallecimiento de un ser querido a diario o de una manera que resulta incapacitante, sentido disminuido del yo y dudas acerca del rol en la vida, dificultad para aceptar la pérdida, evitación de recordatorios de la realidad de la pérdida, incapacidad de confiar en otras personas, enfado o amargura respecto a la pérdida, dificultad para alcanzar objetivos vitales, desconexión afectiva, sentimiento de vacío y falta de sentido respecto a la vida, sentimiento de sorpresa o aturdimiento ante la pérdida (Killikelly y Maercker, 2017).

### Desarrollo del programa

El 14 de marzo de 2020, día que entró en vigor el RD 463/2020 por el que se declaraba el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) se puso en marcha desde el Servicio de Interconsulta y Enlace del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental un programa específico de atención COVID-19. Este programa ha estado compuesto por psicólogos clínicos y por psiquiatras, con los que se ha trabajado en estrecha coordinación.

En días previos ya se venían realizando intervenciones desde la Interconsulta de Psicología Clínica y comenzaba a apreciarse un clima generalizado de preocupación por parte de los profesionales sanitarios. Si bien nuestro hospital tenía experiencia como centro de referencia sanitario en situaciones de alto nivel de exigencia como fueron los atentados del 11-M (2004), donde se atendió en pocas horas a 312 heridos en la urgencia (Dunque et al., 2007), jamás antes se había vivido una situación igual de emergencia como en esta pandemia. Esta crisis ha supuesto que el hospital se haya tenido que reconvertir para poder sobrevivir al colapso, duplicando su capacidad asistencial a más del 50%. Para ello se ha dispuesto de espacios de biblioteca, gimnasio, rehabilitación, unidades de recuperación y diferentes plantas, dejando en atención exclusiva al paciente COVID-19 prácticamente todo el hospital. Las urgencias han tenido incluso que verse reforzadas por un hospital militar que se anexó para colaborar en una función de triaje.

El aumento de la demanda de forma exponencial desde mediados de marzo a la primera quincena de abril, llegando a tener a más de 900 pacientes ingresados y pasando de 20 camas de UCI a 116, ha supuesto un desbordamiento del sistema. Pero el mayor desbordamiento, sin duda, ha sido el emocional de pacientes y allegados, así como de los profesionales sanitarios.

Este contexto de desbordamiento de los mecanismos habituales de afrontamiento y la consecuente sobrecarga emocional marcó las bases para amplificar la intervención desde el Servicio de Interconsulta y Enlace desde un modelo de intervención en crisis en una situación de catástrofe, reforzándose el equipo de profesionales. De acuerdo a las guías clínicas, las intervenciones psicológicas son de elección en lo que se refiere a la prevención del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018).

El fin de la intervención psicológica en el contexto de crisis ante una emergencia es poder restaurar la capacidad de afrontamiento los individuos, así como proporcionar asistencia a las personas para reorganizar e integrar sus nuevos mundos (Cohen, 1986). Nuestro objetivo en esta línea ha sido doble:

1. Apoyar, sostener y contener. Se ha tratado de acompañar y contener reflexionando sobre lo sucedido desde la validación emocional, ofrecer indicaciones de autocuidado y favorecer la activación de los recursos sanos de afrontamiento para atender el presente desde un contexto de seguridad que pueda restablecer la sensación de control. Una parte importante de esta labor ha incluido la psicoeducación acerca de reacciones habituales ante la pandemia y el fomento de la elaboración de un relato de lo vivido como una forma de mentalizar la experiencia.
2. Prevención. Detectar aquellas personas susceptibles de una atención especializada a medio plazo, por reacciones complicadas de estrés agudo o por un lecho de vulnerabilidad en relación a eventos traumáticos previos no resueltos y/o problemáticas psicosociales asociadas.

Para organizar y estructurar esta intervención, la primera medida adoptada fue explorar e indagar las necesidades existentes en el hospital estableciendo un diálogo de escucha activa con profesionales de primera línea (infectólogos, intensivistas y personal de urgencia, de diferentes estamentos). De esta forma se identificaron tres grupos vulnerables susceptibles de atención psicológica: profesionales sanitarios, pacientes COVID-19 y familiares o allegados. Considerando el riesgo de contagio e imposibilidad de presencia de familiares por razones epidemiológicas, así como bajas médicas de profesionales por la situación de cuarentena, se decidieron modalidades de intervención tanto presenciales como telefónicas.

A nivel conceptual, el modelo teórico que ha guiado la intervención ha sido el modelo de trauma (Duque et al., 2007), dada la naturaleza traumática del estresor COVID-19, y con la intención de poder diseñar una continuidad asistencial cuando se sospechara necesario. El estrés postraumático no solo implica una sobrecarga temporal en las capacidades de afrontamiento y adaptación, sino una ruptura y un fracaso en la capacidad de integración, una alteración persistente en la funcionalidad y una discontinuidad en la experiencia vital (González de Rivera, 1990). Los afectados por estrés traumático agudo se encuentran desbordados, no solo por la entidad del daño sino también por la dificultad, o incapacidad, para entender y manejar sus propias emociones debido a los cambios que se producen tanto en su mundo externo como en su mundo interno, siendo estos los que conforman los factores desestabilizadores del trauma (Duque et al., 2007).

Por otro lado, la mortalidad dramática producida y la necesidad de atender a familiares de personas fallecidas por COVID-19, ha hecho necesario incorporar a las bases de atención psicológica referida el modelo de duelo. Este modelo dista de patologizar y trata de desestigmatizar, entendiendo que el duelo es una experiencia normal que cualquier sujeto sufre ante el acontecimiento doloroso de la pérdida de un ser querido, aún en condiciones difíciles e inhabituales, como puede ser los contextos de catástrofe, violencia o guerra.

En este trabajo se detalla la actividad que ha realizado el equipo de la Interconsulta de Psicología Clínica en el contexto de la crisis COVID-19 y la organización de la que ha sido necesario disponer para atender a las diferentes demandas existentes. Todo ello, enmarcado en un trabajo multidisciplinar y colaborativo con Psiquiatría, como ya es habitual en la interconsulta hospitalaria.

### Composición y turnos del equipo

Tras la reorganización del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del HGUGM por la crisis sanitaria COVID-19, el Servicio de Interconsulta reforzó su equipo de psicólogos clínicos y psiquiatras. Se reorganizó al personal de la red para disponer de ocho psicólogos clínicos y tres residentes PIR, respecto a la dotación de psicología clínica. Se planteó que la actividad clínica asistencial debía ser de forma continuada ampliando el horario a fines de semana y en turnos de mañana y tarde.

En todos los turnos se ha requerido la presencia de, al menos, dos psicólogos clínicos para atender a las distintas tareas asistenciales propuestas. Los horarios de nuestro equipo se han ido ajustando a la demanda presentada por los profesionales y a la disponibilidad de horario en función de sus turnos de trabajo.

### Coordinación con personal médico y de enfermería

Durante este tiempo los psicólogos clínicos encargados de este programa han desempeñado una función informativa presencial diaria, en los distintos turnos de trabajo, con los profesionales de los diversos controles de las plantas de hospitalización COVID-19 (pabellón médico-quirúrgico, pabellón de oncología), UCI y urgencias. El objetivo era acercar la intervención a los profesionales sanitarios, así como informar sobre la atención psicológica para familiares y pacientes. La idea de ser proactivos, accesibles y estar presentes donde se producían los problemas, y por tanto las necesidades, ha guiado nuestra línea de intervención psicológica.

Esto nos ha permitido una función de enlace para hacer seguimiento del cambiante proceso de crisis y facilitado una atención más inmediata y directa. Así mismo, ha contribuido a visibilizar la necesidad de atención integral al paciente o familiares, que en ocasiones queda eclipsada por la urgencia asistencial o las resistencias

a solicitar y/o recibir ayuda. También ha permitido visibilizar y validar la necesidad de autocuidado de los profesionales.

La trayectoria previa de la Interconsulta de Psicología Clínica en el hospital implica una coordinación estrecha con los diferentes servicios. En este sentido el trabajo ya realizado situaba la figura del psicólogo clínico como profesional integrado en numerosos equipos multidisciplinares intrahospitalarios. Ello facilitó el acercamiento y aceptación de nuestra labor de ayuda por parte de los diferentes profesionales.

Las necesidades asistenciales también han sido detectadas mediante contactos directos y frecuentes con las supervisoras de enfermería, facultativos especialistas y otras categorías profesionales.

### Grupos de intervención psicológica con profesionales sanitarios de primera línea

Los grupos de intervención psicológica surgen como respuesta a la demanda expresada por los diferentes profesionales sanitarios. No obstante, es importante señalar que esta demanda se ha podido recoger en la medida en que nuestro equipo ha tenido un papel proactivo y de cercanía con los diferentes miembros del personal sanitario. Esto ha significado no sólo un aumento creciente en la cantidad de grupos que se han ido precisando, sino que las temáticas han cambiado a lo largo del tiempo y en función de las demandas de los profesionales. El crecimiento de la demanda se ha hecho más patente tras aproximadamente cuatro semanas de iniciarse la intervención en crisis, coincidiendo con el paso a un estado de agotamiento descrito en las reacciones de estrés y etapas de los desastres (Glass, 1959). Se da la conveniencia de mantener dicha atención durante y después del incidente crítico (Parada Torres, 2009), que en el caso de la situación actual de pandemia, es un estresor prolongado y mantenido en el tiempo.

En nuestra observación, en unidades como la UCI se percibe una mayor necesidad de actuación por parte del equipo de Psicología Clínica a medida que la situación de crisis se está dilatando en el tiempo, siendo estos dispositivos uno de los más afectados desde el inicio de la crisis.

Durante la pandemia y siguiendo el modelo de intervención en crisis, se han ofrecido intervenciones psicológicas grupales en diferentes localizaciones del hospital, para facilitar la asistencia de los trabajadores durante sus turnos o inmediatamente antes de entrar o salir de él, introduciendo este espacio como algo implícito a la organización del trabajo (Fernández Millán, 2014). Se han estado realizando grupos terapéuticos en las diferentes plantas del pabellón médico-quirúrgico, en el pabellón oncológico, en Urgencias y en las diferentes UCI. Algunos grupos han tenido un horario fijo, estando disponibles para todo aquel profesional que lo necesitase, y otros han sido programados específicamente para determinados servicios.

Los espacios grupales han sido encuentros breves (entre 30 y 45 minutos), abiertos y semiestructurados donde cualquier trabajador podía acudir (auxiliares, celadores, personal de limpieza, enfermería, médicos, etc.). La herramienta grupal cubriría varios objetivos transversales en toda la intervención del programa: promover y facilitar la ventilación emocional, la normalización de las reacciones emocionales, la búsqueda de recursos de afrontamiento psicológicos propios y detección de aquellas personas que requieran una atención individualizada.

Sería importante destacar cómo el formato grupal brindaría la oportunidad de legitimar lo sentido al observar cómo otros compañeros sienten lo mismo, evitando así la falacia “el caso único extraordinario” (Parada Torres, 2009). Hemos podido apreciar cómo uno de los emergentes grupales que se ha ido repitiendo ha sido “sentirme distinto a mi entorno”, relatando cómo los contactos más cercanos pueden estar viviendo una realidad muy alejada a la que viven los profesionales de primera línea, por lo que este espacio de acogida aporta un encuentro en el que sentirse entendidos. Así mismo, en la escucha y normalización de las emociones surgidas, se disminuye la unicidad y se refuerza la interconexión social hacia el grupo (Valero et al., 2007).

En todo momento el equipo de Psicología Clínica ha adoptado una actitud flexible frente al dinamismo de la demanda atendida en la situación de pandemia. Esto se ha traducido en la puesta en marcha de diversos recursos terapéuticos en función de la situación grupal o del servicio en cuestión. Las herramientas utilizadas se podrían desglosar en las siguientes:

- La escucha activa y empatía como pilar central de cualquier intervención, garantizando la confidencialidad y respeto entre integrantes.
- Ventilación emocional, el grupo como un espacio donde poder expresar lo vivido, la normalización de las emociones que se generan frente al suceso, así como la búsqueda y puesta en marcha de recursos de afrontamiento.
- Psicoeducación sobre los efectos de estrés agudo, la información sobre las posibles consecuencias o registros emocionales que pueden acontecer frente a esta situación como elemento contenedor en una situación donde los recursos habituales no están disponibles y uno se puede cuestionar su quehacer diario.
- Técnicas regulación emocional, con la idea de poder promover recursos para atención y articulación de las respuestas emocionales en esta situación. Se han realizado en momentos puntuales sesiones de *mindfulness* (Kabat-Zinn, 2016). Uno de los emergentes grupales frecuentemente escuchado en los distintos grupos ha sido la sobrecarga muscular, por lo que atendiendo a esta cuestión se han realizado sesiones de relajación muscular.

### Apoyo en la comunicación de malas noticias

La comunicación de malas noticias es probablemente una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los profesionales de la salud, siendo este proceso en numerosas ocasiones de alto impacto emocional, no solo para el que recibe la mala noticia, sino también para quien la comunica (Alves de Lima, 2003). En los momentos que estamos viviendo, los profesionales están siendo además expuestos de manera masiva a vivencias de sufrimiento humano y muertes traumáticas, lo que sumado al gran desbordamiento asistencial, hace más difícil todavía el afrontamiento de esta labor.

Una mala noticia es aquella que altera drásticamente y negativamente las expectativas y planes del interlocutor, en relación con su presente y futuro (Buckman, 1992). En la situación de crisis actual una mala noticia puede ser tanto la comunicación del diagnóstico de la enfermedad a un paciente y/o familiares, el ingreso del mismo y, por tanto, el consecuente aislamiento de sus personas allegadas. Así mismo, la notificación de la conveniencia de pasar a la UCI, la necesidad de intubar, la comunicación de la retirada de medidas de soporte, informando de la cercanía de un desenlace no deseado, e informar de la pérdida de un ser querido a familiares y/o allegados.

Varios estudios confirman que si el proceso de entrega de malas noticias se lleva a cabo de forma adecuada contribuye a una mayor comprensión, aceptación y adaptación del paciente y su familia a la nueva situación (Payán, 2012). Sabemos que no existe una fórmula para dar las malas noticias, pero sí una serie de condiciones y habilidades que permiten canalizar el impacto psicológico de la información.

En general, es recomendable que sea el profesional que atiende directamente al paciente y el que tenga mayor información sobre el proceso, quien lleve a cabo la comunicación. No obstante, debido a la situación de crisis actual, muchos profesionales de primera línea se han visto inmersos en la difícil tarea de comunicar malas noticias de manera masiva sobrepasando su capacidad de manejo, por lo que se ha considerado necesaria la presencia del equipo de Psicología Clínica y Psiquiatría para delegar o acompañar en esa complicada situación.

Esta demanda se articuló por parte de la Psicología Clínica en dos acciones concretas:

- Intervención directa con familiares en el momento en que fallece su familiar o vienen a recoger pertenencias (a petición del médico o enfermera responsable). También se ha realizado una labor de asesoramiento a las familias cuando tenían que dar la noticia a su familiar ingresado en el hospital y a veces gravemente enfermo, de que otro ser querido había fallecido.
- Asesoramiento a profesionales en la comunicación, permitiendo la toma de conciencia de los posibles temores y barreras a enfrentar en el encuentro (sentimientos de ineficacia e impotencia causados por la imposibilidad de curar, el miedo a no estar preparados para manejar las reacciones del paciente, a cometer errores durante el encuentro o ser mal entendidos), y a disminuir el estrés anticipatorio presente antes de dar la mala noticia, preparando previamente en la medida de lo posible el encuentro.

Ya fuera el médico o enfermera responsable del paciente o el psicólogo clínico quien llevara a cabo el acompañamiento o notificación, se hacía hincapié en la importancia de las siguientes cuestiones (Quevedo Aguado y Benavente Cuesta, 2019):

- Favorecer el desahogo emocional, anticipando las posibles reacciones emocionales, identificándolas y nombrándolas para ayudar a hacerles frente, a la vez que se legitiman y normalizan.
- Ayudar a la persona a poner en marcha habilidades de afrontamiento adaptativas a la situación, gestionando los problemas inmediatos a solucionar tras recibir la noticia.
- Minimizar el impacto psicológico de la pérdida, respetando los tiempos, y apoyar en el inicio del proceso de las tareas de duelo.
- Disminuir la probabilidad de aparición de patologías físicas y/o psicológicas.
- Identificar factores de riesgo e indicadores de duelo patológico.
- Establecer un nexo de comunicación futura y facilitar el enlace a otros recursos de ayuda por si fuera preciso en un futuro.

Por tanto, la intervención psicológica, ya sea de manera indirecta, favoreciendo la comunicación médico-paciente, o directa, llevada a cabo por el propio equipo de Psicología Clínica, tiene una función preventiva, evitando o contribuyendo a que disminuya la probabilidad de que se instauren cuadros clínicos de estrés agudo o post-traumático o duelos complicados en pacientes y familiares.

### Intervención presencial con personal sanitario

La intervención presencial con el personal sanitario se ha realizado por dos vías principales: por el contacto a un busca en el que solicitaban apoyo psicológico, o bien, a través del contacto presencial en su propio puesto de trabajo con algún miembro del equipo de la interconsulta. Esta última opción ha sido mayoritaria para los sanitarios en activo. Debido a las dificultades inherentes al propio contexto de crisis que atravesamos, la intervención con los profesionales ha tenido que ser muy flexible, acomodándonos a los momentos de su turno en el que pudieran recibir esta atención.

Además, la elevada disponibilidad del equipo de interconsulta ha facilitado que los profesionales pudieran tener un espacio para reflexionar acerca de sus respuestas emocionales ante la pandemia, y pudieran tener mayor facilidad para pedir ayuda. Es sabido que en situaciones de crisis, las personas pueden entrar en modo de supervivencia, que da lugar a una disociación temporal de aspectos emocionales y hace más difícil la petición de ayuda espontánea (Salvador, 2009). Además, la imagen de héroes que ha otorgado la sociedad a los profesionales sanitarios puede favorecer sentimientos de vergüenza al percibirse en estado de desbordamiento emocional, generando sentimientos de inseguridad, ineficacia y sensación de ser superado por la situación con creencias erróneas al respecto y juicios de valor sobre uno mismo.

Consistente con publicaciones previas (Shanafelt et al., 2020), las preocupaciones y demandas del personal han tenido que ver con los siguientes aspectos: miedo al contagio, malestar emocional debido a la exposición a gran cantidad de fallecimientos, sensación de impotencia y falta de control, culpabilidad y sensación de deshumanización del sistema, experiencias de desrealización, distanciamiento afectivo, preocupación por las reacciones psicológicas y físicas experimentadas y dificultades en el funcionamiento laboral en relación a síntomas ansioso-depresivos. Además, en un porcentaje importante de casos, se han observado dificultades previas a nivel de salud mental que se han acrecentado por la crisis sanitaria, o historia de trauma previo, siendo la pandemia un disparador de vivencias traumáticas.

### Intervención telefónica con pacientes, familiares y profesionales

La intervención telefónica ha sido un elemento fundamental de la atención psicológica en este contexto debido a las medidas de aislamiento y protección existentes. Para minimizar el riesgo de exposición de los profesionales del servicio y para gestionar mejor el escaso material sanitario disponible, los pacientes ingresados con

COVID-19 que solicitaban atención psicológica eran atendidos por esta vía. Pese a que puede existir una cierta ambivalencia inicial por parte de los profesionales a este tipo de intervenciones, se ha comprobado que resultan efectivas para la mayor parte de casos y producen resultados clínicos comparables a la terapia presencial. Además, no existe evidencia a favor de que se produzca una disminución de aspectos clave en la terapia, tales como la alianza terapéutica o el nivel de atención y empatía que el paciente percibe de su terapeuta (Bee et al., 2016; Irvine et al., 2020). En la mayoría de los casos los familiares de pacientes ingresados no podían acudir al hospital, por lo que el personal sanitario les informaba de la posibilidad de recibir acompañamiento psicológico por teléfono. Con aquellos que lo solicitaban se ha realizado un seguimiento e intervención telemática. Finalmente, del mismo modo que se recoge en otras intervenciones realizadas en el contexto de la crisis del COVID-19 (Zhang et al., 2020), profesionales que se encontraban aislados o que, por motivos de turnicidad, no podían ser atendidos presencialmente, también recibían atención telefónica.

La intervención con pacientes ingresados ha sido quizás la más complicada por las limitaciones derivadas de su estado físico o de los tratamientos a los que eran sometidos (por ejemplo, fatiga a la hora de hablar o la colocación en prono durante una parte del día). Esto ha dado lugar a que fuese más difícil contactar con estas personas por vía telefónica. Las intervenciones con pacientes han estado relacionadas con duelos por otros familiares que habían fallecido o estaban gravemente enfermos, síntomas ansioso-depresivos por la situación de aislamiento y por la evolución de la enfermedad, situaciones traumáticas vividas en su propia persona o de las que habían sido testigos durante el ingreso (por ejemplo, fallecimiento del compañero de habitación), y reactivación de situaciones traumáticas vividas en el pasado.

Respecto a la intervención con familiares, cabe señalar que estas personas no solo se estaban enfrentando al ingreso o fallecimiento de un ser querido, sino a múltiples duelos, al aislamiento social y a la pérdida de actividades que normalmente resultan gratificantes y pueden ayudar a afrontar la situación, a la incertidumbre y falta de información derivada del desbordamiento del sistema sanitario. Ha sido muy frecuente el contagio de varios o todos los miembros de la familia, por lo que muchas personas han perdido a uno o más familiares mientras sufrían por la evolución de otro familiar ingresado. Estas personas han tenido que comunicarle al familiar ingresado que otro miembro de la familia había fallecido. Ante el estrés y el duelo, conflictos familiares del pasado han resurgido o se han puesto de manifiesto (rivalidad entre hermanos, conflictos de pareja o dificultades en la comunicación familiar, entre otras), interfiriendo en el afrontamiento de la situación, pero también revelándose como cuestiones que es necesario solucionar.

En términos generales, cabe destacar un aspecto relacionado con el riesgo de psicopatología y otro aspecto relacionado con la intervención psicológica. Respecto a lo primero, tanto profesionales como pacientes y familiares se encuentran en riesgo de desarrollar TEPT, debido a las experiencias traumáticas vividas relacionadas con el miedo, la muerte y la pérdida inesperada y de difícil elaboración de seres queridos. Respecto a la intervención, cabe destacar la gran importancia que profesionales, pacientes y familiares le han otorgado al hecho de que el equipo de Interconsulta estuviera presente, estuviera atento, siguiera llamando para interesarse por su estado o que hubiera la posibilidad de asistir a grupos terapéuticos diarios. En una situación de crisis como la que hemos vivido, en la que el sistema sanitario ha estado desbordado y todo el mundo ha tenido que reaccionar con velocidad y con escasas posibilidades para la reflexión, las personas han agradecido que estuviésemos ahí por si nos necesitaban.

### **Programa de comunicación entre familiares y pacientes por videoconferencia**

Las situaciones de aislamiento hospitalario se relacionan con un impacto negativo en el bienestar psicológico de los pacientes, tanto en casos de aislamiento de contacto como de aislamiento absoluto, y siendo el efecto de mayor intensidad en los segundos. En concreto, se observan medidas más elevadas de síntomas depresivos, ansiedad y sentimientos de rabia en los pacientes aislados en comparación con aquellos no aislados (Abad et al., 2010). Hay que mencionar que las personas que se han visto incomunicadas de sus familias durante esta pandemia no han sido únicamente las aisladas por infección de COVID-19, sino todas aquellas ingresadas en el hospital que han visto eliminadas o extremadamente limitadas las visitas de sus familiares.

En términos generales las personas ingresadas han mantenido el contacto con sus familiares a través de sus propios teléfonos móviles, especialmente realizando videollamadas que posibilitan un contacto mucho más cercano, y desde el equipo de Psicología Clínica se ha fomentado este contacto fundamental con la red de apoyo de cada persona de modo que el aislamiento físico no se convierta también en un aislamiento psicológico. Sin embargo, no todas las personas que se encontraban separadas de sus familiares disponían de medios para contactar con estos, algunas no sabían utilizarlos o no podían realizar una comunicación exclusivamente por voz. De forma muy mayoritaria este ha sido el caso de personas mayores o aquellas en situaciones clínicas especialmente graves, haciendo el ingreso todavía más difícil para aquellas personas más vulnerables.

Del mismo modo esta ausencia de comunicación ha afectado a las familias de los pacientes, que de forma repentina se vieron privadas de la posibilidad de acompañar a sus seres queridos en unos momentos fundamentales, con la preocupación, rabia y tristeza que esta situación implica. Especialmente las familias de aquellos pacientes en situación de mayor gravedad nos transmitían que necesitaban hablar con ellos mientras podían hacerlo, y no visitarlos cuando estos ya no podrían contestarles.

En un intento por facilitar esta comunicación el equipo de Psicología Clínica, a partir de una iniciativa solidaria de la Fundación Orange, ha puesto a disposición de todas las plantas del hospital tabletas para realizar videollamadas. Estas llamadas eran posibles por el apoyo fundamental del personal asistencial, especialmente enfermería y auxiliares, que realizaban las llamadas y a menudo sostenían físicamente las tabletas durante las mismas cuando los pacientes no podían hacerlo.

A través de esta iniciativa muchas personas aisladas han podido mantener este contacto fundamental con sus familiares, permitiéndoles recibir su apoyo y mitigando la sensación de soledad que ha sido tan frecuente para las personas ingresadas durante esta pandemia. Del mismo modo, también ha sido posible para muchas familias estar cerca de sus seres queridos, a pesar de no poder estar físicamente presentes, y despedirse de ellos si llegaba el momento. El mantenimiento de este puente de comunicación juega un papel fundamental de prevención en el caso de un evento traumático como el que han vivido pacientes y familiares en esta situación.

### Intervención en crisis con familiares y profesionales sanitarios

La organización del equipo de Psicología Clínica ha favorecido la posibilidad de intervenir en situaciones de crisis en los diferentes servicios del hospital. Ejemplos de estas situaciones podrían ser crisis de angustia del personal durante su turno o intenso malestar de personas que acuden a despedirse de su familiar ingresado. Las siguientes condiciones han favorecido este tipo de intervención:

- Accesibilidad, proximidad y continuidad. La presencia en las distintas plantas y zonas de críticos COVID-19 ha sido continua en los diferentes turnos de trabajo y todos los días de la semana. De igual forma, el contacto con los familiares se ha tratado de hacer de forma regular, especialmente por teléfono dadas las limitaciones y favoreciendo el vínculo con un profesional asignando un responsable a cada caso.
- Atención indiscriminada. Se ha priorizado la “intervención por presencia”, en contraposición a la “intervención por demanda”. Sabemos que muchos afectados no tienen conciencia de la forma en que están siendo impactados ni de las consecuencias psicológicas de estos impactos (Benyakar, 2003). Esto es especialmente necesario en el personal médico donde pedir ayuda psicológica y reconocer vulnerabilidades resulta complicado, pero el ofrecimiento de ayuda de forma respetuosa puede favorecer el acceso a la misma a su debido tiempo.
- Flexibilidad, facilitando la intervención en crisis en los momentos requeridos y en los lugares disponibles donde fuera necesario, más allá de las atenciones programadas.
- Proactividad, diariamente el equipo de Psicología Clínica ha estado recorriendo de forma presencial las diferentes unidades y contactando con el control de las plantas para ofrecer ayuda y recoger necesidades de intervención en crisis.

## Seguimiento a familiares en duelo

Con el objetivo de limitar los efectos traumáticos de la pérdida de familiares en el contexto de la crisis COVID-19, se han desarrollado labores de acompañamiento y monitorización de indicadores de potencial duelo patológico en los familiares de personas fallecidas a través del programa de atención telefónica. En algunas ocasiones, la atención se iniciaba de modo presencial durante su visita a las plantas justo antes o después del *exitus*, en las condiciones complejas y restrictivas que conlleva la muerte en esta pandemia.

El duelo es un proceso normal y necesario ante la pérdida de un ser querido. Sin embargo, en determinados casos el duelo puede complicarse dando lugar a alteración del funcionamiento y a psicopatología. Como se ha mencionado previamente, la pandemia por COVID-19 implica una serie de circunstancias que favorecen el surgimiento de duelos patológicos o complicados (Killikelly y Maercker, 2017). Del Pino Montesinos y colaboradores (2002) han propuesto una serie de factores de riesgo para el duelo complicado: a) cuestiones relacionadas con el acontecimiento incluyendo la ocurrencia inesperada, la acumulación de pérdidas, el surgimiento de otras circunstancias especiales al mismo tiempo o la imposibilidad de despedirse; b) cuestiones relacionadas con el vínculo con la persona fallecida como por el ejemplo la ambivalencia o el rol que ejercía el difunto, c) cuestiones relacionadas con la persona en duelo, como por ejemplo la historia previa de pérdidas, el momento del ciclo vital, la ausencia de apoyo social, situaciones de crisis simultáneas como el padecimiento de una enfermedad. La primera y la tercera categoría son especialmente relevantes respecto a la pandemia COVID-19 y podemos deducir un alto riesgo para el desarrollo de duelos complicados.

Diferentes autores expertos en duelo han propuesto diversos modelos de fases o tareas por las que la persona va pasando en su proceso de elaboración de la pérdida (Payàs, 2014; Worden, 2013). Estos modelos son útiles a nivel terapéutico para identificar las necesidades de la persona y poder apoyarla desde la sintonía con su estado emocional (Payàs, 2014).

Las personas atendidas dentro del programa de interconsulta, se encuentran en su mayor parte en un primer momento tras la pérdida caracterizado por el aturdimiento, la dificultad para aceptar la realidad de la pérdida y por experiencias de desrealización. Todo ello, propio de los primeros días y semanas tras la pérdida del ser querido (Neimeyer, 2007), se ha visto acrecentado por la distancia en los momentos previos a la muerte, la dificultad para despedirse o la brevedad y frialdad de la despedida, la falta de rituales sociales y la dificultad para recibir apoyo social y familiar en los siguientes días.

En las intervenciones realizadas, llevadas a cabo fundamentalmente vía telefónica, se ha fomentado la construcción de un vínculo terapéutico, la expresión emocional, la elaboración de un relato acerca del fallecimiento con el objetivo de ir pudiendo elaborar experiencias traumáticas y la prevención de conductas susceptibles de cronificar el duelo como son el aislamiento social, la evitación patológica o la ausencia de una comunicación abierta y adaptativa dentro de la familia.

Resulta fundamental detectar y hacer un seguimiento adecuado de aquellos casos que presenten mayor número de factores de riesgo para duelo complicado, como por ejemplo personas con duelos múltiples, personas de edad avanzada, así como aquellos con falta de red de apoyo, incidencias respecto a la gestión del cadáver, o problemáticas psicosociales añadidas. Todo ellas cuestiones frecuentes durante la pandemia por COVID-19. En estos casos, se hace imprescindible asegurar la continuidad asistencial, debido a que las propias limitaciones del estado emocional pueden comprometer la solicitud de ayuda y el acceso a la atención especializada ambulatoria.

## Intervención psicológica en Instituto Provincial del Rehabilitación (IPR)

El IPR cuenta con una Unidad de Orto geriátrica y Convalecencia perteneciente al Servicio de Geriátrica del HGUGM. Debido a la pandemia por COVID-19, el centro se ha tenido que adaptar al tratamiento de pacientes afectados por el virus.

Las intervenciones psicológicas se han dirigido a los pacientes ingresados y a sus familiares, así como a los profesionales sanitarios. Las intervenciones han sido similares a las descritas previamente, con ciertas peculiaridades.

ridades en relación a la atención del paciente geriátrico: un mayor número de intervenciones presenciales en las habitaciones debido a la alta prevalencia de problemas auditivos que dificultaban la intervención telefónica, y un mayor énfasis en la orientación temporal, espacial y personal de los pacientes debido a la alta prevalencia de síndromes confusionales y demencias.

### Intervención psicológica en el Hotel Colón

Los hoteles medicalizados surgen para aliviar la carga de los centros sanitarios o para evitar el contagio en personas especialmente vulnerables con los que pacientes contagiados de COVID-19 comparten vivienda.

El hotel ha acogido tres perfiles de enfermos susceptibles de ser ingresados en estos dispositivos. El primero son los pacientes cuya evolución favorable permite el alta, pero que no pueden cumplir las medidas de aislamiento establecidas en su domicilio. El segundo es el de personas hospitalizadas con una evolución favorable, pero que aún requieren de un período de observación por profesionales sanitarios, la llamada pre-alta. El último grupo es el formado por personas procedentes de la red de centros de atención primaria que, a pesar de presentar un cuadro clínico leve, no pueden, por diferentes motivos, cumplir las medidas de aislamiento recomendadas en su domicilio.

Las habitaciones de estos hoteles, convertidas en auténticos satélites hospitalarios, están pensadas para pacientes no dependientes, que pueden moverse por sí mismos, sin deterioro cognitivo, cuya situación clínica sea estable, no necesiten oxígeno ni otros cuidados intermedios y a su vez tampoco padezcan comorbilidades que puedan descompensar la evolución de la enfermedad.

Además de estos criterios clínicos se tienen en cuenta otros socioeconómicos o personales que pueden hacer recomendable el ingreso. Cuando una persona vive sola o sin red familiar de apoyo, si es un turista en situación de tránsito o migrantes no asentados.

El Ayre Gran Hotel Colón, donde se han ejercido labores de interconsulta, da cobertura a hospitales como el HGUGM, el Infanta Leonor o La Princesa. Este hotel cuenta con un equipo médico compuesto por un mínimo diario de siete residentes de Medicina del HGUGM de especialidades diversas en turno de mañana, y tres cubriendo el turno de noche. Dándoles soporte cuentan con ocho licenciados en Medicina, quienes se encuentran a la espera de elección de su plaza MIR. Todos ellos supervisados por Facultativos Especialistas. Existe un control de enfermería por cada una de las ocho plantas del hotel habilitadas para el cuidado de los pacientes, atendidas por personal de enfermería.

Durante su ingreso los pacientes reciben una valoración médica diaria, una supervisión de enfermería que asegure el cumplimiento de los tratamientos y, en aquellos casos que lo precisen, también intervienen los equipos de servicios sociales.

Por su parte los enfermos tienen que cumplir una serie de normas como no abandonar la habitación, dejar la puerta de la misma cerrada, pero sin poner el cerrojo para que pueda ser abierta por el personal sanitario y cumplir las normas higiénicas recomendadas.

La intervención psicológica llevada a cabo en este hotel ha tenido como destinatarios tanto a los pacientes ingresados y familiares de los mismos, como al personal sanitario allí desplazado. Las intervenciones con pacientes, así como con familiares han sido realizadas eminentemente por vía telefónica.

En relación a las demandas atendidas cabe destacar, por un lado, ansiedad reactiva ante la evolución clínica de familiares ingresados en UCI y, por otro, acompañamiento en procesos de duelo. Para estos últimos se ha realizado seguimiento telefónico una vez recibida el alta con el objetivo de prevenir duelos patológicos.

En cuanto a los profesionales, la atención ha sido, en su mayor parte, desarrollada en formato grupal. Hemos adaptado los horarios en función de su disponibilidad de modo que causasen la menor interferencia posible en su ritmo de trabajo. Se habilitó una consulta psicológica para realizar atención individual presencial a disposición del personal sanitario. Visitamos los controles de enfermería de cada una de las plantas a diario recordándoles los horarios de los grupos, así como la posibilidad de solicitar intervención individual en caso de que así lo precisasen.

Desde que comenzamos la intervención psicológica en el hotel hemos podido observar como determinados términos, tales como miedo e incertidumbre se repiten en cada una de las personas atendidas. Miedo ante la posibilidad de poder contagiar a un familiar, por parte tanto de profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones como de pacientes ante el regreso a casa tras el alta. Incertidumbre como incapacidad de determinar el significado de los hechos que están aconteciendo. Incertidumbre ante una enfermedad que se les antoja ambigua, compleja y sin poder anticipar cómo será el desarrollo e impacto de la misma.

### Atención continuada a supervivientes, familiares y profesionales

Tras la situación de peligro, duelo y sobrecarga inminente, es muy probable que existan importantes secuelas a nivel psicológico en pacientes, familiares y profesionales (Mak et al., 2009; Shanafelt et al., 2020; Wang et al., 2020)

Por ello, desde el programa de Interconsulta del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Gregorio Marañón se está organizando la continuidad asistencial para todas las personas atendidas hasta el momento, y la atención a nuevos casos. Se está asegurando la derivación de todas aquellas personas que lo necesiten a sus Centros de Salud Mental de referencia y se están abriendo agendas de psicólogos clínicos en el hospital para facilitar la asistencia a profesionales. Los grupos terapéuticos se seguirán ofreciendo, pero de una manera programada, considerando que la situación está cambiando y los profesionales cada vez estarán más capacitados para poder reflexionar acerca de sus dificultades y pedir ayuda de manera espontánea.

En las siguientes semanas será necesario replantear las intervenciones necesarias desde este servicio, siempre desde la flexibilidad y desde el conocimiento de las necesidades de las personas que más han sufrido esta pandemia.

### Referencias

- Abad, C., Fearday, A. y Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027>
- Academy Of Medical Royal Colleges. (2020). *Guidance for planners of the psychological response to stress experienced by hospital staff associated with COVID: early interventions*. <https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/Guidance-for-planners-of-the-psychological-response-to-stress-experienced-by-HCWs-COVID-trauma-response-working-group.pdf%0A>
- Alves de Lima, A. (2003). ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Revista Argentina de Cardiología*, 71(3), 217–220.
- Bee, P., Lovell, K., Airnes, Z. y Pruszyńska, A. (2016). Embedding telephone therapy in statutory mental health services: A qualitative, theory-driven analysis. *Bio Med Central Psychiatry*, 16(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0761-5>
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo*. Biblos.
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X. y Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 1–2. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Johns Hopkins University Press.
- Cohen, R. (1986). Crisis counseling. Principles and services. En B. Sowder y M. Lystad (Eds.), *Disaster and mental health*. American Psychiatric Press.
- Del Pino Montesinos, J. I., Pérez García, J. y Ortega Beviá, F. (2002). *Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica*. [http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates\\_I/pdf/ESP/434e.pdf](http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_I/pdf/ESP/434e.pdf)
- Duque, F., Mallo, M. y Álvarez, M. (2007). *Superando el trauma. La vida tras el 11-M*. La liebre de marzo.
- Fernández Millán, J. M. (2014). *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Ediciones Pirámide.

- Glass, A. J. (1959). Psychological aspects of disasters. *Journal of American Medical Association*, 171(2), 222–225. <https://doi.org/10.1001/jama.1959.73010200045014m>
- González de Rivera, J. L. (1990). El síndrome post-traumático de estrés (SEPT). *Psiquis*, 11, 290–298.
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., Barkham, M., McMillan, D. y Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120–131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Editorial Kairós.
- Killikelly, C. y Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1476441. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C. y Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2018). *The management of post traumatic stress disorder in primary and secondary care*. Autor.
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida*. Paidós.
- Parada Torres, E. (coord). (2009). *Psicología y Emergencia, Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Desclée De Brouwer.
- Payán, C. (2012). Comunicar malas noticias: Una tarea difícil pero necesaria. *Ciruped*, 2(1), 35–39.
- Payàs, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas*. Paidós.
- Pérez Abreu, M. R., Gómez Tejada, J. J. y Dieguez Guach, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1–15.
- Quevedo Aguado, M. P. y Benavente Cuesta, M. H. (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 317–332.
- Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: Un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5–16.
- Shanafelt, T., Ripp, J. y Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Valero, M. V., Renedo, M. G. y Beltrán, J. M. G. (2007). *Profesionales de la psicología ante el desastre*. Publicacions de la Universitat Jaume I.
- 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>
- Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X. y Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3–8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>

Artículo recibido: 08/10/2020

Artículo aceptado: 29/10/2020