

---

---

# ABORDAJE Y ACOMPAÑAMIENTO DEL SUFRIMIENTO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS- CoV-2 Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO DE LOS FAMILIARES

## SARS-CoV-2

---

---

---

DOCUMENTO SOBRE CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL ALTA EN PACIENTES  
CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA POR SARS-COV-2.

## ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL Y AFECTIVA

### 1. Introducción y contextualización de la situación

3

### 2. Abordaje del sufrimiento emocional por parte de los médicos de familia a través de la vía telemática

4

A. Un nuevo entorno comunicativo: la entrevista telefónica

B. Cómo han de abordar los médicos de familia las emociones de los pacientes al alta hospitalaria. Salud mental y afectiva. Herramientas comunicativas

### 3. Acompañamiento en el duelo a las personas que han perdido a un familiar

7

## 1. Introducción y contextualización de la situación

La pandemia de COVID-19 ha supuesto una disrupción brusca del abordaje habitual de las enfermedades en todos los ámbitos sanitarios, y ha llegado cargada de vivencias intensas para los pacientes, los profesionales y la sociedad en general.

Una patología nueva, desconocida previamente pero omnipresente ahora, con mucha incertidumbre, que precisa del confinamiento y aislamiento de los pacientes y de exhaustivas medidas de protección, y, además, conlleva una sobrecarga intensa de los servicios sanitarios.

**El sufrimiento emocional como familias y sociedad** se está viendo afectado por las condiciones diferenciales en las que nos enfrentamos al duelo en esta época de pandemia por la COVID-19. Una enfermedad que conlleva dificultades en la relación de las personas con sus seres queridos.

### Aspectos a tener en cuenta en el abordaje de la salud mental y afectiva del paciente con COVID-19 al alta hospitalaria:

- Las **emociones vividas al ingreso**, principalmente angustia, miedo, incertidumbre, ansiedad, impotencia, ira, tristeza o soledad.
- El entorno hospitalario con una diferente relación de los pacientes con los sanitarios, con menor frecuencia y duración de los contactos y **barreras en la comunicación** por las medidas de protección y la sobrecarga asistencial.
- La **soledad derivada del aislamiento** y la ausencia de familiares o cuidadores, con frecuencia sin otra persona en la habitación.
- La **situación funcional al alta** con marcada limitación física en pacientes ingresados en la UCI.
- La estigmatización por una enfermedad que hace peligroso el contacto y confina a los pacientes en zonas específicas.
- En anteriores epidemias, como el SARS 2003, un tercio de los pacientes mostraban síntomas moderados-severos de **ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático** un año después. También se encontraron problemas de abuso de sustancias.
- Los pacientes con patología psiquiátrica previa presentan más riesgo de desarrollar dichos trastornos o de agravamiento de sus patologías previas.

### Aspectos a tener en cuenta en el sufrimiento emocional de las personas ante la pérdida de un ser querido por la COVID-19:

- **Incapacidad para despedirse** por aislamiento hospitalario, estar el familiar en cuarentena o restricciones a la movilidad de las personas.
- Pérdidas múltiples (varios familiares afectados).
- Fallecimiento de personas relativamente jóvenes sin patologías previas que presuntamente no eran de riesgo.
- Síntomas graves de aflicción o ansiedad previos a la pérdida derivados de la situación.
- Falta de apoyo social o familiar.
- **Imposibilidad de realizar prácticas culturales tradicionales** relacionadas con el fallecimiento.
- **Falta de preparación para la muerte** en una patología con un desenlace en días y muertes repentinas.
- Rabia o frustración por falta de atención (real o sentida).
- Sentimientos de culpa, como en el caso de haber sido posible fuente de contagio.
- Lugar de fallecimiento: hospital, urgencias, residencia sociosanitaria.
- **Dificultad para mostrar los sentimientos de duelo en un entorno social que ve los fallecidos como estadística.**
- Dependencia económica del fallecido (crisis económica).
- Intoxicación informativa por constante presencia de la enfermedad en los medios con mezcla de datos, opiniones y bulos, informaciones cambiantes y de dudosa validez.

## 2. Abordaje del sufrimiento emocional por parte de los médicos de familia a través de la vía telemática

### A. Un nuevo entorno comunicativo: la entrevista telefónica

#### FORTALEZAS

- **Accesibilidad** mucho mayor que la entrevista presencial en esta situación. Posibilidad de establecer un seguimiento, es decir, una periodicidad, pero también de que el paciente pueda pedir una consulta de manera precoz por un cambio en las condiciones (en la presencial eso es más complicado y, en estos momentos, casi imposible); posibilidad de hablar con cuidadores o convivientes.
- **Comunicación centrada en el lenguaje.** La información que proporciona el tono y las inflexiones de la voz.
- Si se tiene acceso a telemedicina, las videoconferencias podrían suplir temporalmente las consultas presenciales, y facilitan la detección de expresiones faciales.
- En el contexto actual, evita los riesgos de contagio de los pacientes, sus acompañantes, los profesionales sanitarios y no sanitarios y otros usuarios del centro de salud.



#### DEBILIDADES

- **Pérdida del paralenguaje y de las expresiones faciales** si no disponemos de videoconferencia (la mayoría de los casos). La pérdida es bilateral, y también se pierden las posibilidades de enfatizar o transmitir seguridad con nuestras expresiones y de detectar dudas o desacuerdos.
- Pérdida de información del entorno, (como lo podría dar una visita presencial en domicilio).
- **Pérdida del contacto físico** (apretar una mano, un hombro).
- Dificultad para evaluar los síntomas **sin la información de la exploración física.**
- En ocasiones, puede resultar complejo incorporar a un familiar o cuidador a la conversación, cuando en muchos casos deberá ser el que proporcione los cuidados que estamos proponiendo. La utilización del altavoz o manos libres puede permitirlo, mejor sería disponer de otros recursos tecnológicos como la videoconferencia con varios participantes.
- Menos posibilidades de utilizar materiales informativos o de verificar aprendizaje (por ejemplo, de técnicas de inhalación).
- Dificultades debidas a factores técnicos (calidad del audio) y ruidos de su entorno.
- Requiere de un mayor esfuerzo de atención para captar el paralenguaje y es más fácil distraerse con «ruidos» del entorno, y también para estar leyendo a la vez la historia clínica del paciente o aprovechando para hacer «otras gestiones» mientras se habla (validar una receta de otros pacientes, etc.).

Debemos transformar estas dificultades mediante la utilización de habilidades y estrategias comunicativas para facilitar este nuevo entorno relacional.

## **B. Cómo han de abordar los médicos de familia las emociones de los pacientes al alta hospitalaria. Salud mental y afectiva. Herramientas comunicativas**

### **PREMISAS IMPORTANTES PARA EL ABORDAJE DE LAS EMOCIONES**

- Es importante incorporar **habilidades comunicativas propias de la entrevista clínica que faciliten el relato de las emociones**. La **escucha activa**.
- Se ha de tener en cuenta que este tipo de entrevistas se pueden desarrollar en el contexto de **«cuando escuchar nos duele»**. Revisar las emociones propias y la actitud de escucha antes de iniciar la consulta.
- La **detección del dolor emocional** conlleva poder dar respuesta al paciente. «Abrir la caja de Pandora» supone poder acompañar después, y, por tanto, es importante escoger bien el momento y crear el clima adecuado para poder prestar esa atención: cómodos, sin prisas, sin interrupciones.

### **1. PEDIR PERMISO PARA ABORDAR EL RELATO DE LAS EMOCIONES AL INICIO DE LA CONSULTA**

Este paso es importante y debemos hacerlo de forma explícita mediante facilitadores que inviten a verbalizar:

- «¿Le parece bien que dediquemos unos momentos a hablar de cómo se siente?».
- «¿Me gustaría saber cómo se está sintiendo con todo esto que le ha sucedido/le está sucediendo?».
- «¿Quiere contarme algo de cómo fue su ingreso? Es importante para mí saber cómo se sintió».

### **2. ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE INICIAL POR PARTE DEL PROFESIONAL**

- El **primer minuto del relato** es muy importante para generar un clima de confianza y dar margen a la narrativa espontánea del paciente. Dejar hablar al paciente y practica la escucha activa, que nos permite dibujar una imagen mental de la persona y su padecimiento.
- **Escucha empática**, en la que se puede conectar con las emociones del paciente, y preguntar si les podemos ayudar de alguna manera con esta situación.
- Durante el relato, el mero hecho de reconocer y nombrar las emociones que hemos detectado (**señalamiento**) permite iniciar su abordaje: «Parece que está muy preocupado...».
  - El paciente probablemente profundizará en su situación emocional, en sus miedos, angustias, decepciones o ilusiones, en las ideas o razones que existen detrás (con frecuencia no son las que suponemos) y en cómo afecta esta situación a sus expectativas y valores.
    - ▶ «Estoy triste y asustado por todo el tiempo en el hospital, y por la debilidad que siento, por las secuelas que pueda tener...».
    - ▶ «No quiero estar solo, me angustia volver a sentirme solo, y por la noche me despiertan malos sueños, sueños destructivos...».
    - ▶ «Claro que estoy irritado, tantos días encerrado en una habitación sin ver a nadie, y me dicen que me tengo que quedar dos semanas más en casa...».
  - Realizado de una manera sensible, incluso si hemos errado en nuestra apreciación, va a ser motivo para que el paciente nos corrija o matice con el mismo efecto terapéutico: «No, no estoy irritado, más bien decepcionado... No esperaba que...».
- En ocasiones, los profesionales caen en la tentación de esquivar el sufrimiento de los pacientes llenándoles de buenas palabras. Sin embargo, puede dificultar el relato ya que el paciente se puede molestar o cohibir. Es importante no interrumpir el relato de los pacientes con consejos o instrucciones. No utilizar seguridades prematuras del tipo «ya verá cómo todo se arreglará».

### 3. ESTRATEGIAS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO, ¿CUÁLES SE PUEDEN UTILIZAR?

- **Escuchar**, los pacientes pueden tener necesidad de hablar de sus emociones. Crear una situación propicia para hacerlo puede favorecer que, al contarlo, tomen conciencia de su situación emocional y el compartirlas sienta alivio. Frases para empezar: «Me gustaría preguntarle qué emociones siente estos días, cuénteme, por favor», «Es posible que estos días se esté sintiendo triste, enfadado, nervioso... ¿Le puedo pedir que me hable un poco sobre eso?».
- **Legitimar las emociones** (sin tratar de corregirlas, empatizando y aceptando): «Entiendo que fue muy duro, es normal que se sienta así», «Entiendo que se sienta así. Muchas personas con las que hablo estos días me cuentan lo mismo que usted».
- Una **normalización empática** evita situar en el terreno de la enfermedad lo que es una respuesta natural, incluso apropiada, a una situación estresante y reduce el carácter de excepcional o patológico de su situación.
- Preguntar cómo las sobrellevan (**autoeficacia**).
- **Validar las habilidades de la persona** y que abra paso a la siguiente pregunta: «Lo que usted ya está haciendo le funciona, lo felicito».
- Preguntar qué más cree que se podría hacer para que se sienta mejor y ofrecer ayuda si es el caso: «¿Cómo piensa que yo le podría resultar de ayuda?».
- Al cierre de la entrevista, preguntar cuándo cree que le sería de ayuda que volviéramos a hablar y acordar el seguimiento.

### 4. CONTEXTUALIZAR EL DOLOR EMOCIONAL, NORMALIZAR LAS EMOCIONES Y NO MEDICALIZARLAS

- De entrada, es difícil que el profesional proponga medicalizar, pero puede ser una demanda del paciente (por ejemplo, «Quiero algo para dormir» o «Quiero vitaminas»).
- En caso de que surja una **demanda de medicación, explorar** y preguntar «¿Qué piensa que le puede aportar?» y, si es necesario, explicar ventajas e inconvenientes para **poder tomar una decisión conjunta**, evitando una focalización prematura del tipo «No, usted no es un enfermo y no necesita medicación», porque en algunos casos va a ser temporalmente necesario.
- **Anticipar evoluciones tórpidas y ofrecer disponibilidad**, programar nuevas llamadas y/o visitas:
  - «Es posible que en los próximos días tenga sentimientos incómodos en relación con lo que ha vivido».
  - «Quiero que sepa que estamos a su lado para ayudarle con eso».
- **Promover actitudes activas de autocuidado:**
  - «Cuando tenga sentimientos incómodos puede escribirlo en una libreta/contárselo a su...».
  - «También puede llamarme para contarme cómo le va».

A lo largo de la entrevista es importante detectar situaciones que puedan ser problemáticas, y/o la detección precoz del duelo patológico, que precisa de una valoración más exhaustiva por parte de salud mental.

Y, en todo este contexto y como profesionales de la salud, no debemos pasar por alto la oportunidad de «**prescribir activos en salud**» y contextualizar según los recursos disponibles en cada caso.

#### A TENER EN CUENTA:

- **Muéstrese EMPÁTICO. LEGITIME Y NORMALICE las emociones ambivalentes del paciente.**
- **Acostúmbrese a los SILENCIOS, son funcionales y no pesan.**
- **VALIDE los aspectos POSITIVOS en la manera de reaccionar del paciente.**
- **Evite SEGURIDADES PREMATURAS y palabras de buena voluntad.**

### 3. Acompañamiento en el duelo de las personas que han perdido a un familiar

El acompañamiento en el duelo implica encontrar un espacio y una predisposición del profesional para la escucha y la compasión. Hablar de la pérdida.

#### Estrategias establecidas a partir del esquema básico en los cuidados primarios del duelo (REFINO)

El duelo humano tras la muerte de un ser querido es un proceso adaptativo natural ante la pérdida, una vivencia única en cada persona y cambiante a lo largo del tiempo. No es una enfermedad y no necesita tratamiento, pero es un acontecimiento vital estresante de primer orden, que puede desencadenar en problemas de salud serios en las personas que lo viven.

A las consultas de los médicos de familia, los pacientes acuden frecuentemente a expresar su dolor por la pérdida de un ser querido. El abordaje y acompañamiento del duelo implica cuidar que la persona para que elabore su duelo de la manera más natural y saludable, así como detectar precozmente el duelo complicado y acompañar en duelos crónicos.

Desde la **perspectiva inicial de desmedicalizar el dolor**, los objetivos del médico de familia ante el duelo se pueden escalar en:

- **Hacer prevención primaria**, acompañando y verificando que la persona elabore el duelo de la manera más saludable posible, y que no cause enfermedad, sabiendo que hay tantos modos de hacerlo como personas, sin apriorismos.
- **Hacer prevención secundaria**, detectando precozmente datos de duelo complicado, para iniciar terapias específicas, o bien colaborar en el seguimiento de duelos complicados ya diagnosticados.

Las interacciones con el doliente abarcan una amplia gama de posibilidades que van desde la conversación informal hasta las intervenciones más estructuradas, propias de los duelos complicados. Cualquiera que sea la intensidad de esas **intervenciones** se fundamentan en un paradigma común en todas ellas, **que se puede esquematizar con el acrónimo REFINO** y que constituye un punto de partida útil desde cualquier grado de compromiso asumido con el paciente. No presupone una determinada pericia y, de algún modo, proporciona una **estructura lógica** de muchas intervenciones que hacemos comúnmente de modo no programado, de manera intuitiva y espontánea.



#### ESTABLECER UNA RELACIÓN

Es lo más importante, y con frecuencia lo más trascendente y con mayor impacto, cualquiera que sea el contenido de dicha relación. Debe basarse en:

- **Respeto y aceptación auténtica del doliente**, explícitos desde el inicio, sin juicios ni condiciones previas. Supone también asegurar disponibilidad y continuidad.
- Con una periodicidad y duración pactadas de antemano, centrada en las necesidades del doliente, poniendo de manifiesto el compromiso con él.
- **El marco de la relación** es fundamentalmente profesional, es decir, aunque se establece entre iguales, hay un profesional y un paciente, y, por tanto, **es unidireccional**, a diferencia de otras relaciones bidireccionales (dos dolientes que se consuelan mutuamente) o multidireccionales (grupos de autoayuda). Es importante para evitar que la sobreimplicación o desbordamiento del profesional provoque transferencias en sentido contrario.
- **Empatía**. Intentando sintonizar con las emociones del doliente, verbalizando explícitamente nuestra intención («Intento comprender tus sentimientos, aunque en realidad solo tú estás pasando por esto...»), pero evitando frases hechas del tipo «Sé cómo te sientes», que a menudo consiguen justo lo contrario de lo que pretenden.





## ESCUCHA ACTIVA

Se suele describir como **escucha integral**, ya que no se limita al sentido del oído, sino que pretende «**escuchar con todo el cuerpo**», lo verbal (las palabras) y lo paraverbal (los silencios, el tono, las inflexiones de la voz, la postura corporal, la gestualidad facial).

Es una escucha centrada en el momento presente, sin inferencias pasadas ni futuras. Es también una **escucha interior**, para ser **consciente de las emociones que estamos teniendo como profesionales** en esta labor, de modo que no sean pantallas ni barreras para la auténtica escucha del doliente.

La comunicación telefónica, como inferencia, nos dificulta obtener toda la información del paralenguaje y la comunicación verbal, por lo que se ha de estar más atento y practicar, más aún si cabe, la escucha activa.

En general, parece que el médico tiene que prescribir, aconsejar, buscar soluciones a problemas. Desde esta perspectiva, abandonamos el acto de escuchar, que se queda frecuentemente como la «hermana menor» del acto clínico. Esta visión, claramente empobrecedora, con frecuencia nos impide experimentar y paladear la eficacia del acto de escuchar como algo que tiene un valor intrínseco, específico e insustituible.

**El acto de escucha activa propicia una narración que en sí misma alivia y resta dramatismo a la realidad, al transformar pensamientos y emociones en palabras que se pueden decir en voz alta, y escucharse a uno mismo decir las, tiene propiedades catárticas.**



## FACILITACIÓN

Son facilitadores de la comunicación todas aquellas **técnicas** que provienen del profesional y que **son expresión también de la escucha activa y empática**.

- Preguntas abiertas, miradas, silencios, reactividad baja, monosílabos («Ya, sí...», «Sigue...», «Ajá...», «¿Qué más?», etc.), ecos de sus palabras (repetir una palabra significativa que haya dicho, seguida de un silencio, como puntos suspensivos), resúmenes de lo más relevante que ha dicho, petición de clarificaciones de algún concepto o idea relevante («¿Cuando dices..., te refieres concretamente a...?»).

**Facilitar, como indica la propia palabra, es hacerle fácil al doliente la expresión en voz alta de muchos pensamientos y emociones que probablemente se ven autoreprimidos, como impropios, y también frecuentemente censurados por parte de su entorno más cercano («No pienses en esas cosas, no te hace bien»).**

Todos los facilitadores persiguen la **narración libre del doliente** y, a partir de un punto de la relación terapéutica, pueden facilitar la profundización de temas más específicos que pueden ser explorados en busca de datos de complicación del duelo (ideas circulares, «rumiación» del pensamiento, ideas de muerte).



## INFORMAR

Una vez establecida la relación terapéutica según lo descrito anteriormente, y no antes, puede ser útil proporcionar **informaciones** al doliente que faciliten la **comprensión del proceso**, como explicaciones desde un marco teórico de lo que le está sucediendo y de la evolución esperable.

También se pueden incluir **consejos** sobre lo que puede o debe hacer en la ejecución de lo cotidiano (hablar del fallecido, ir al cementerio, llorar, advertir de fechas señaladas que potencialmente incrementen el dolor, como aniversarios, navidades, etc.).

Estos elementos situados en un contexto adecuado pueden ser positivos para el doliente, en general cuando él mismo solicita esta información, y, en cambio, cuando se proporcionan fuera del momento adecuado, pueden conllevar un distanciamiento de la relación.





## NORMALIZAR

Bien empleada es una técnica muy potente, es su propio médico quien le dice al doliente que todo lo que le está pasando es lo «normal» en estos casos, y esto le **valida, legitima y desculpabiliza**, para que no haga conductas de evitación que al final pueden resultar más nocivas.

En general el doliente estará rodeado de manifestaciones del tipo de «Sé fuerte» y «Tienes que seguir adelante», o simplemente de compañías que intentan obviar el dolor con el ánimo de que desaparezca o sea menos evidente. Todas estas conductas, pese a la buena intención, favorecen el aislamiento y el auto-reproche, no facilitan el progreso del duelo, y se generan habitualmente desde la incomodidad de la persona que las emite con las emociones del doliente.

Es necesario también tener en cuenta que la **normalización requiere un tiempo y una cadencia** determinada. Una normalización muy inmediata o precoz lo que hace es banalizar la queja. Si respondemos «Eso que te pasa es lo normal» casi antes de que termine su disertación es indicativo de que no hemos procesado el auténtico significado de lo que nos está relatando, por lo que pierde toda la potencia terapéutica pretendida, y el efecto conseguido es, una vez más, el opuesto.

Con este ejemplo, podemos ver cómo **se van engarzando las sucesivas etapas del REFINO** (no hay normalización sin una relación bien establecida, una escucha activa genuina, facilitadores empáticos, etc.).



## ORIENTAR

Una vez garantizados los epígrafes anteriores, puede ser oportuno proporcionar algún tipo de prescripción, sugerencia o consejo. Es más fácil en este momento, que el doliente sea permeable a esta intervención, y mucho más si le pedimos permiso expresamente para hacer estas recomendaciones, por ejemplo: «¿Te interesaría que te contase algunas ideas que han sido útiles a personas en circunstancias parecidas?».

Deben ir **dirigidas**, por una parte, a **las demandas explícitas del doliente**, y por otra parte, a aquellos aspectos que nos parecen relevantes (como profesionales) para favorecer este duelo concreto, de esta persona y circunstancia particular. Es lo que se suele describir como **«coordinar la agenda del paciente con la agenda del profesional»**.

Se incluyen aspectos como: toma de decisiones en el ámbito familiar, profesional, financiero, reorganización de la cotidianidad, prescripción de tareas sencillas o rituales de pérdida y evitar o disminuir aquellas que sean más nocivas para el restablecimiento del nuevo ciclo vital, etc.

## 4. Bibliografía

- Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection* 2010; 76: 97-102.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912-20.
- Borrell i Carrió F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria; 2004.
- Borrell i Carrió F. *Práctica Clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela; 2011.
- Landa V, García JA, Moyano M, Molina B, et al. Cuidados primarios de duelo. En *Guías Clínicas Fisterra.com*. Consultado el 2/5/2020 Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cuidados-primarios-duelo/>
- Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. . En: *Brain, Behavior, and Immunity*. En prensa. Consultado el 2/5/2020. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120305353?via%3Dihub>.
- Zhai Y, Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. En *Brain, Behavior, and Immunity*. En prensa. Consultado el 2/5/2020. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120306322?via%3Dihub>

## 5. Autores

**Manuel Campiñez Navarro\***.

**Remedios Martín Álvarez\***

**Francisco J. Martínez Anta\***

**Jesús Manuel Novo Rodríguez\***

\*Miembros del Grupo programa Comunicación y Salud de la semFYC

© 2020, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Diputació, 320  
08009 Barcelona  
[www.semfy.com](http://www.semfy.com)

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del copyright.