

Servicio de Primera Ayuda Psicológica Telefónica (SPAP) durante la COVID.19

Sara Liébana · Pedro Altungy · Silvia Berdullas · Paloma Díez · Jesús Linares
Pedro Martín-Barrajón · José Ramón Fernández-Hermida · Francisco Santolaya
Fernando Chacón · María Paz García-Vera



Consejo General
de la Psicología
ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA (COP)



Edita

© Consejo General de la Psicología de España
C/ Conde de Peñalver, 45-3 planta
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
Web: <http://www.cop.es>
E-mail: secop@cop.es

Diseño y maquetación

Juan Antonio Pez
Cristina García Martínez

Ilustraciones

Andrea Cuervo Carrión

ISBN 978-84-123659-0-0
2021

El Consejo General de la Psicología no son responsables de las opiniones vertidas en los diferentes capítulos, que deben entenderse como de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

“A todos los que han sufrido por esta pandemia, y en agradecimiento a los que confiaron en nuestro servicio para recibir ayuda”

Relación de autores de los diferentes capítulos

Ana Gómez García
Ana Isabel Álvarez Aparicio
Ana Zamora-Arce
Andrea Cuesta-García
Ángel Luis Pinto Suárez
Ashley Navarro McCarthy
Celia Nevado Ramos
Clara Gesteira Santos
Cristina Girod de la Malla
David Siminovich Glattstein
Diana Zamarro de Pablos
Elena Berzosa
Erika Guijarro
Francisco Santolaya
Itziar Cadenas Borondo
Jesús Romera Quintana
Jesús Sanz Fernández
José Ramón Fernández Hermida
Luis-Lucio Lobato Rincón
M.^a Luisa Cobo

María Paz García-Vera
María Romero
María Somoza Arnáiz
Marta Cantero Martínez
Mónica Sánchez Reula
Natalia Llagostera Hamstrup
Noelia Morán Rodríguez
Pablo Martín Frontelo
Paloma López Gil
Patricia Morales Casillas
Pedro Altungy
Pedro Martín-Barrajón Morán
Rocío García Torres
Roy Kastner
Ruth Pérez Enríquez
Sara Liébana
Silvia Berdullas Saunders
Silvia Sánchez-Ferrer
Vanessa Rodríguez Cordobés



Índice

Agradecimientos	9
Preámbulo	9
Capítulo 1. El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España (COP).	11
Introducción	
El porqué del SPAP	
Descripción del dispositivo.	
Análisis de las actuaciones realizadas.	
Conclusiones	
Referencias	
Capítulo 2. Juntos y revueltos: Hacer vida en familia durante un confinamiento.	25
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Anexo	
Capítulo 3. ¿Y Si Me Preocupo Demasiado?	33
Ideas fundamentales del caso	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Intervención del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Anexos	
Capítulo 4. El adiós de Pablo: un caso de duelo infantil en la pandemia	43
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 5. ¡Cojo la puerta y NO me voy!: Límites a una adolescente durante el confinamiento	51
Ideas fundamentales	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Anexo	
Capítulo 6. Cuando la empatía ahoga	57
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Referencias	

Capítulo 7. Enciende el respirador: “¿Cómo se hace?”	65
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 8. Vivir sin vosotros. Intervención en un caso de duelo múltiple por COVID	71
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 9. Quiero que vivas por los dos	81
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 10. La voluntad en llamada	89
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 11. Al cole sin mi abuelo	97
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 12. “Se nos olvidó”	103
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 13. ¿Puede el miedo al contagio alterar nuestras vidas?	109
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Anexo	
Capítulo 14. Acompañando a personas olvidadas. Intervención telefónica breve en trastorno mental grave	117
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	

Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 15. Un confinamiento y otras formas de alucinar	123
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 16. ¿Obsesión o psicosis? El reto de diferenciar el miedo al virus de un trastorno mental.	129
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Anexos	
Capítulo 17. La pandemia que colma el vaso: casos con condiciones clínicas previas, reactividad emocional y riesgo autolítico.	137
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 18. Una muerte traumática más allá del coronavirus	147
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 19. 40 segundos	155
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Discusión y conclusiones	
Referencias	
Capítulo 20. No me dejes sola, quiero morir	163
Ideas fundamentales	
Descripción del caso	
Presentación del caso	
Referencias	
Anexo	
Capítulo 21. Reflexiones finales y análisis de mejoras para el futuro	171
Lecciones aprendidas	
Iniciativas de mejora para futuros servicios	
Referencias	



Agradecimientos

Deseamos agradecer al Ministerio de Sanidad, a la Directora General de Salud Pública y a su equipo, al Consejo General de la Psicología, a los Colegios de Psicólogos autonómicos, al equipo de psicólogos y psicólogas que han sido parte del servicio de atención telefónica, a nuestros compañeros de las universidades y otras instituciones, que desde distintos ámbitos nos han asesorado, apoyado y acompañado, a los intervinientes del ámbito de las emergencias, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, al Ejército, con especial mención a la UME, que desde el principio nos ayudó para disponer adecuadamente de las instalaciones y de los procedimientos sanitarios que debíamos seguir, a las policías locales, a los servicios sociales, a los servicios sanitarios, a Protección Civil, a las ONGs y fundaciones, -gracias a las cuales hemos podido responder con eficacia a muchas de las demandas que nos hemos encontrado- y, por supuesto, a las miles de personas que confiaron en nosotros cuando en el peor momento de esta pandemia y en pleno confinamiento, se vieron superadas por infinitas situaciones, perdiendo a sus seres queridos, perdiendo la sensación de control sobre sus vidas, perdiendo su salud y la de los suyos, perdiendo sus recursos económicos y sociales, y, en muchos casos, incluso pensando en terminar con sus propias vidas. A todos, también los que no están aquí nombrados, infinitas gracias.

Preámbulo

Mejorando la asistencia psicológica

Francisco Santolaya Ochando

Ante crisis extraordinarias, que disparan las necesidades de asistencia psicológica, hay que desarrollar dispositivos profesionales extraordinarios. El caso del Servicio de Primera Ayuda Psicológica Telefónica, desarrollado en 2020 en España durante la pandemia, es un caso de éxito a este respecto. Esta obra describe este dispositivo, detallando algunos de los numerosos casos atendidos. Su finalidad es servir de modelo y precedente, de cara a futuras situaciones de crisis. Se trata de una experiencia que debe ser aprovechada para la mejora continua de la asistencia psicológica que prestamos a la población. Muchas gracias a todos los profesionales que participaron en este Servicio y a los que han participado en la redacción de estas páginas. Muchas gracias a las personas que dieron el paso de pedirnos ayuda vía telefónica. Somos y vivimos para ayudar a los demás, y no hay mayor satisfacción que nuestra atención profesional contribuya a afrontar mejor las adversidades y mejorar la salud de las personas. Seguiremos esforzándonos para hacerlo lo mejor posible, de manera permanente.



1

El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España (COP)

Silvia Berdullas Saunders, Noelia Morán Rodríguez, Clara Gesteira Santos, José Ramón Fernández Hermida, Francisco Santolaya, Jesús Sanz Fernández y María Paz García-Vera

Consejo General de la Psicología

Introducción

La irrupción del coronavirus 2019-nCoV o SARS-CoV, en marzo de 2020, desencadenó una crisis sanitaria global sin precedentes que continúa teniendo graves efectos en la actualidad y que está suponiendo un impacto profundo en la salud mental de la población mundial (OMS, 2020).

A la tensión derivada de la propia pandemia se le han sumado algunas particularidades como la necesidad de adoptar medidas de confinamiento y distanciamiento total o parcial, la imposibilidad de predecir el curso de la enfermedad y la gravedad de esta, la gran cantidad de fallecidos y de personas afectadas, la escasez de información inicial, el aislamiento social o el impacto e inestabilidad económicas que ha traído consigo. Todas estas especificidades hicieron prever, como así se ha demostrado posteriormente en diversos estudios, un aumento significativo de los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión, así como de estrés postraumático, tanto en la población general, como, muy particularmente, en aquellos grupos considerados vulnerables, entre los que se encuentran el personal sanitario e interviniente, los propios enfermos y sus familias, debido a su mayor grado de exposición y afectación (Berdullas et al., 2020; Brooks et al., 2020.; Kwok et al., 2020; Luceño-Moreno et al. 2020; McBride et al., 2020; Shigemura et al., 2020; Zandifar & Badrfam, 2020; González-Sanguino et al., 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020; Valiente et al., 2020).

La anticipación de estas consecuencias psicológicas, unida a la escasez de recursos psicológicos existentes en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de nuestro país, llevó al [Ministerio de Sanidad](#) y al [Consejo General de la Psicología de España \(COP\)](#) a poner en marcha un servicio telefónico de atención psicológica temprana para personas afectadas por la COVID-19, conocido como el [Servicio de Primera Ayuda Psicológica \(SPAP\)](#). El SPAP se puso a disposición de toda la población y se diseñó, particularmente, para atender al personal sanitario y otros intervinientes, enfermos y familiares de enfermos o fallecidos, por su especial situación de vulnerabilidad.

El dispositivo estuvo activo de marzo a mayo de 2020 y, en tan solo dos meses, se gestionaron 15.170 llamadas, que condujeron a [11.417 intervenciones psicológicas](#). Los resultados de los análisis realizados, a partir de los datos de la población atendida, muestran que la mayoría de las llamadas (45,7%) provenían de la Comunidad Autónoma de Madrid, que hubo significativamente más mujeres que utilizaron el servicio (73,5%) y que el rango de edad más frecuente entre los usuarios fue el de 40-59 años. Además, el 75,9% de las consultas estuvo relacionado con [síntomatología ansiosa y depresiva](#), aunque, entre los enfermos o familiares de enfermos y fallecidos, también fue relevante la sintomatología de duelo, mientras que, en el grupo de intervinientes -aunque en menor medida- fue significativa, asimismo, la sintomatología de estrés.

El porqué del SPAP

Como ya se ha avanzado, la pandemia por COVID-19 ha tenido características que la han convertido en un evento especialmente estresante y que hicieron anticipar la necesidad de implementar y reforzar intensamente, en nuestro país, los limitados recursos destinados a atender la salud psicológica de la población. Era previsible que algunos aspectos, como los que se incluyen a continuación, incidiesen en una mayor presencia y gravedad de síntomas psicológicos, lo que hacía necesario implementar medidas de atención psicológica temprana.

El alcance mundial de la pandemia y el alto volumen de afectados y fallecidos

A día de hoy, hay más de **170 millones de personas afectadas** - diagnósticos confirmados- y **más de 3,5 millones de fallecidos**¹ en todo el mundo. En España, la pandemia ha tenido un impacto especialmente grave en cuanto al número de fallecidos y afectados y fue particularmente dramático el hecho de que, en los primeros meses, muchas personas mayores quedaron completamente aisladas en residencias de ancianos, en las que la tasa de mortalidad estimada ha representado el 70% del total de las muertes por COVID-19 (Zalakaín & Davey, 2020).

La gran incertidumbre sobre el curso, evolución y gravedad de la enfermedad

A lo largo de muchos meses hemos vivido sin saber cómo, cuándo y si podría controlarse la enfermedad, mientras se producía una carrera por conseguir alguna vacuna para proteger a la población. Esta falta de certeza y la imposibilidad de estimar una fecha para el fin de la pandemia, especialmente durante los primeros meses, ha hecho particularmente difícil la convivencia con la enfermedad y el establecimiento y mantenimiento de nuevas rutinas.

La necesidad de imponer medidas de distanciamiento social y de confinamiento

En algunos países, como ha sido el caso de España, los confinamientos parciales y/o totales se han prolongado durante muchas semanas o meses y han generado situaciones difíciles y potencialmente traumáticas. Un ejemplo ha sido la imposibilidad de acompañar a los enfermos durante las hospitalizaciones o de realizar ritos funerarios tras los fallecimientos de seres queridos. La falta de apoyo social en los momentos de pérdida y el continuo aislamiento se han planteado, de hecho, como factores de riesgo para el duelo complicado (Bertuccio & Runion, 2020; Goveas & Shear, 2020; Wallace et al., 2020).

La necesidad de adoptar protocolos y medidas de seguridad

Se ha hecho necesario el uso de mascarillas, lavado frecuente de manos o establecer rituales de higiene para garantizar la seguridad de

las personas y para evitar la propagación del virus. Aunque son medidas conductuales necesarias, han supuesto un cambio importante en las pautas habituales de las personas y han supuesto factores añadidos de estrés.

La inestabilidad e inseguridad económicas

La situación de pandemia ha generado un momento de crisis económica que está impactando de diferentes maneras a la población. La implantación de ERTes o la pérdida de empleo, pasando por el impacto que el confinamiento y distanciamiento social ha supuesto para los negocios, están produciendo situaciones de fragilidad económica importantes. Es conocido que la presencia de factores estresantes secundarios, como la falta de recursos económicos, pueden incidir en la aparición de problemas psicológicos (García-Vera et al., 2016; González-Sanguino et al., 2020; Taylor, 2019; Valiente et al., 2020).

El cambio generado en las formas de convivencia y conciliación personal y laboral

Las nuevas formas de convivencia derivadas de la interrupción de las clases en los centros académicos y escolares, de la adopción precipitada de modelos de trabajo a distancia (teletrabajo) o las diferentes situaciones de habitabilidad de las viviendas, han supuesto fuentes de estrés secundario importantes para las personas. Ha sido particularmente extremo en el caso de las mujeres, quienes se han hecho cargo, de manera preponderante, de las tareas de cuidado de los hijos e hijas y del hogar durante el confinamiento y los momentos posteriores (Peiró, 2021).

La escasez de recursos psicológicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y en los diferentes niveles de atención en España

Es un dato constatado que, en España, el número de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es insuficiente para cubrir la necesidad de atención psicológica. Ya lo era antes de la irrupción de la pandemia y se ha agravado con la aparición de la misma. De hecho, según el informe de 2020 del Defensor del Pueblo del Gobierno de España, basado en los datos del 2018, la media de psicólogos en el SNS es de 5,3 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Defensor del Pueblo, 2020). Esta media se encuentra muy por debajo de la de la Unión Europea, que es de 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes y resulta irrisoria si la comparamos con la de psicólogos en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en donde hay 26 psicólogos por cada 100.000 habitantes (OCDE, 2014).

A pesar de estas particularidades, afortunadamente, no todo el mundo se encuentra afectado por igual. Es necesario señalar que el grado de afectación de las personas depende de variables que no han impactado de manera uniforme en todas las personas y, por lo tanto, no todo el mundo ha experimentado (ni está experimentando) el mismo grado de sufrimiento en el contexto de la COVID-19.

1 Para consultar datos y tasas actualizadas puede visitarse la página de recursos de la John Hopkins University: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Encontramos grupos como el de los profesionales sanitarios o los pacientes enfermos por COVID y sus familiares (Inchausti et al., 2020) que, debido a que han enfrentado más directamente las consecuencias de la enfermedad, son particularmente vulnerables a la aparición de síntomas psicológicos e, incluso, a desarrollar algún tipo de psicopatología a medio y largo plazo.

Por su lado, los sanitarios han estado sometidos a una alta exposición al virus, sobrecarga laboral, falta de medios adecuados de protección y han contado con una gran incidencia de contagios y fallecidos entre el propio colectivo (Al-Rabiaah et al., 2020; Kang, 2020; Pfefferbaum & North, 2020; Sánchez-Marqueses et al., 2020). De hecho, estudios preliminares a nivel internacional han señalado la presencia de estrés, ansiedad, depresión, insomnio y estrés postraumático entre estos intervinientes (Al-Rabiaah et al., 2020; Kang, 2020; Preti et al., 2020; Spoorthy et al., 2020), algo que parece estar replicándose en la población española (Mas-Esquerdo, 2020; Zalakaín & Davey, 2020). A su vez, los propios enfermos y sus familiares han estado expuestos a eventos potencialmente traumáticos al ver sus propias vidas o las de sus seres queridos en peligro. Concretamente en España, los enfermos hospitalizados han estado completamente aislados (Sánchez-Marqueses et al., 2020) y esto ha impedido el acompañamiento en la enfermedad y en los procesos de morir. Las circunstancias que han rodeado los fallecimientos por COVID-19, como no poder acompañar ni despedirse de los seres queridos, las restricciones en los ritos funerarios, la rapidez e imprevisibilidad de las muertes, el escaso contacto con los profesionales sanitarios, la percepción de aleatoriedad en la infección, la culpa, así como el escaso apoyo social, se han propuesto, como hemos señalado anteriormente, como factores de riesgo para el desarrollo de duelo complicado en estos casos (Bertuccio & Runion, 2020; Goveas & Shear, 2020; Wallace et al., 2020).

Como quiera que sea, a la vista de esta situación a nivel mundial, la promoción de la salud mental se ha convertido en una prioridad a la hora de dar una respuesta integral a la COVID-19 (Goveas & Shear, 2020). Además, debido a la necesidad de distanciamiento social, la intervención cara a cara, muy especialmente en los primeros meses de pandemia, tuvo que sustituirse por nuevas formas de terapia a distancia, tanto online (Liu et al., 2020; Zhou, 2020), como a través del teléfono (Wang, Wei & Zhou, 2020). Dentro de la atención telefónica, las líneas de atención en crisis o *helplines* han jugado, tradicionalmente, un papel crucial en situaciones de crisis (Wunsch-Hitzig et al., 2002; Leung & Wong, 2005; Combs, 2007; Reifels et al., 2012; Ussery & Waters, 2020) y, por supuesto, en la actual situación de pandemia (Wang et al., 2020). Tanto es así, que ya existen guías de intervención específicas para la adecuada administración de estos servicios telefónicos durante la pandemia (NHCC, 2020) y esta forma de proceder ha sido difundida a otros países durante estos meses (Geoffroy et al., 2020; Ribeiro et al., 2020; Wang et al., 2020).

Así pues, las características de la pandemia y sus previsible efectos psicológicos en la población y, en especial, en los grupos más vulnerables, hacía prever una gran demanda de asistencia psicológica, difícilmente abordable por el Sistema Nacional de Salud. Fue por esas razones que se planteó esta iniciativa entre el **Ministerio de Sanidad** y el **Consejo General de la Psicología de España (COP)**. Además, el conjunto de la psicología española se movilizó para generar también otros recursos extraordinarios que pudieran cubrir esta necesidad

(Chacón-Fuertes et al., 2020; García-Vera et al., 2020; Sánchez-Marqueses et al., 2020).

Descripción del dispositivo

El SPAP estuvo en funcionamiento entre los días 27 de marzo y 26 de mayo de 2020.

Objetivos

El SPAP se creó como un servicio telefónico de apoyo y primera atención psicológica, orientado al manejo del estrés y malestar derivados de las diferentes realidades generadas por el brote de COVID-19 en distintas poblaciones, y estuvo principalmente dirigido a:

- **Profesionales sanitarios y otros intervinientes** que precisasen de atención psicológica.
- **Enfermos y familiares** de personas fallecidas y/o enfermas que requiriesen apoyo psicológico.
- **Población general** que, como consecuencia de la alerta y la cuarentena, presentasen problemas o dificultades psicológicas.

Asimismo, el SPAP contempló otros objetivos más específicos como fueron:

- Ofrecer intervenciones psicológicas adaptadas a las necesidades de los tres grupos de usuarios (valoración, intervención y seguimiento).
- Realizar derivaciones acompañadas a otros recursos (generando, además, una *Guía de recursos disponibles* que se actualizaba de forma continuada).
- Garantizar la calidad del servicio.
- Asegurar el cuidado y la salud psicológica de los psicólogos y psicólogas que trabajaban en el SPAP.
- Visibilizar el servicio a través de los medios de comunicación, ya que se trataba de un servicio creado de forma extraordinaria y, por tanto, desconocido para los posibles usuarios.

Modalidad de intervención

La atención psicológica se planteó de manera **telefónica** a través de tres números de teléfono diferenciados: a) uno para profesionales sanitarios y otros intervinientes; b) otro para enfermos y familiares de personas fallecidas y/o enfermas por COVID-19; y c) un tercero para la población general.

Cada uno de estos teléfonos contó con **5 líneas**, lo que permitió disponer de **15 líneas de atención telefónica** para atender simultáneamente a los usuarios.

Dadas las características del trabajo, la necesidad de control de todas las casuísticas y de favorecer la coordinación de las intervenciones y equipos y de cara a facilitar la evaluación y garantizar, en todo momento, la mejor calidad de la atención, se planteó la necesidad de que el **equipo** estuviera **localizado en un espacio físico**, por lo que el servicio se instaló en los locales del Consejo General de la Psicología.

Disponibilidad del servicio

El servicio se difundió a toda la población y permaneció abierto de lunes a domingo, en horario continuado, de 09:00 a 20:00h, organizado en dos turnos de atención de 6 horas cada uno.

Recursos humanos

La atención realizada en el SPAP se llevó cabo por un equipo profesionalizado de psicólogos y psicólogas expertos en la intervención y el tratamiento psicológicos de situaciones de crisis y emergencias y duelo que fueron seleccionados y contratados específicamente para trabajar en este servicio que, además, recibieron una formación específica sobre los protocolos de atención psicológica del SPAP. La composición del equipo incluía:

- ① **Equipo coordinador:** cuyas funciones, entre otras, fueron las de diseñar el servicio y realizar las tareas de implementación y seguimiento de este, así como de organizar la coordinación de todas las tareas complementarias.
- ② **1 coordinadora del Servicio:** que participó en el diseño e implementación del servicio, garantizado el diseño y la aplicación de protocolos unificados de intervención, y se encargó de realizar el seguimiento directo del trabajo de los jefes de sala y de los equipos de atención psicológica.
- ③ **Equipo de asesores y documentación:** este equipo, compuesto por psicólogos/as que colaboraron de manera voluntaria, realizó, entre otras, tareas de asesoramiento experto, apoyo documental, compilación y comprobación del funcionamiento de los recursos de *la Guía de recursos de derivación* y de elaboración de materiales específicos para el desarrollo del trabajo de los equipos de intervención.
- ④ **4 jefes de sala:** que se encargaron de supervisar directamente el trabajo de los equipos de intervención psicológica, la aplicación de protocolos y el seguimiento de recopilación de las fichas de información y tuvieron, entre otras, funciones de apoyo a estos equipos.
- ⑤ **42 psicólogos/as para la atención directa:** estos profesionales fueron los encargados de proveer la atención directa a los usuarios telefónicamente.
- ⑥ **Equipo de administración e informática:** encargado de las tareas de administración y de apoyo a las necesidades técnicas.

Cuidado y control de la salud de los equipos

Especialmente en el inicio de la pandemia, donde todavía se debatía sobre los principales medios de contagio del virus, garantizar el cuidado de los equipos tanto en el aspecto de seguridad física de los trabajadores, como en el cuidado emocional resultaba un gran reto y de máxima importancia para asegurar la salud de todos los miembros del equipo, y, además, garantizar la continuidad de la actividad del servicio. Con esta idea en mente, se establecieron distintos protocolos:

a. Para el cuidado de la **salud física**, asesorados por la Unidad Militar de Emergencias y una empresa de riesgos laborales, se establecieron **protocolos muy estrictos de seguridad** que obligaban al uso de equipos de protección en todo momento dentro de las instalaciones del dispositivo, diseño de espacios, observación de la distancia social y medidas higiénicas continuadas mediante el uso de geles hidroalcohólicos y desinfectantes.

b. Para el cuidado de la **salud psicológica**, puesto que el tipo de trabajo era muy demandante y conllevaba una carga alta de estrés emocional, se contó con jefes de sala que estuvieron apoyando y guiando las intervenciones, en los casos necesarios, bajo la dirección de la coordinadora del servicio y los jefes de sala, y se administró semanalmente un cuestionario de síntomas de ansiedad para detectar si alguna persona se estuviera pudiendo ver afectada por la intensidad de la carga emocional del trabajo directo con los usuarios.

Características de la intervención

Si algo nos ha enseñado la pandemia es la necesidad de dar respuestas flexibles e inmediatas que se ajusten a las necesidades e información que va estando disponible en cada momento. Bajo esta premisa, y guiados por estas dos características, se establecieron protocolos de atención que permitían adaptaciones en función de las necesidades de atención que se fueron detectando en cada momento.

Específicamente, para la realización de las intervenciones se estableció un protocolo que incluía:

1. Atención telefónica inicial, detección de necesidades y apoyo psicológico.
2. Intervención psicológica breve y seguimiento de la persona en caso de ser necesario.
3. Intervención en crisis para situaciones de riesgo de suicidio y violencia.
4. Derivación acompañada y colaboración con otros recursos.

Se diseñaron una **entrevista unificada de evaluación y recogida de información**, que reflejaba las demandas planteadas y los recursos que se activaban para cada caso, y una guía de recursos de derivación que permitían actuaciones uniformes.

El SPAP colaboró activamente con los servicios de emergencia 112 de todas las comunidades autónomas, con los Cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y policías locales, con el Ejército, con centros de atención primaria, con hospitales, con Protección Civil, con diferentes servicios sociales, así como con fundaciones y ONGs, además de con el largo listado de recursos de atención psicológica que generaron los colegios profesionales y las universidades de toda España.

Análisis de las actuaciones realizadas²

Personas atendidas por el SPAP

Durante los dos meses en que estuvieron activas las líneas de atención, se registraron un total de **15.170 llamadas al servicio**. De estas, **11.417 (75,3%) fueron llamadas en las que se realizó algún tipo de intervención** (p. ej., intervención psicológica breve, proporcionar información, derivación acompañada a otros recursos o seguimiento del caso), mientras que, en el resto, no se realizó ninguna intervención por diferentes razones que tuvieron que ver, entre otras, con la imposibilidad para contactar con el usuario tras la interrupción de la comunicación (56,2%), con las derivaciones de las llamadas a otros profesionales del servicio que habían atendido previamente a esa persona (11,8%) u otros motivos (16,5%). La mayoría de las llamadas (45,7%) se realizaron desde la Comunidad Autónoma de Madrid (véase figura 1).

A continuación, se muestran los resultados al analizar las características de los usuarios y sus motivos de consulta del total de 15.170 llamadas recibidas en el servicio (para algunos análisis, el número de llamadas analizadas ha oscilado entre 11.417 y 15.170 debido a la presencia de datos perdidos en algunas variables). En cada tabla o gráfico de resultados se indica el tamaño de la muestra a partir del cual se han calculado los estadísticos correspondientes.

Perfil de los usuarios

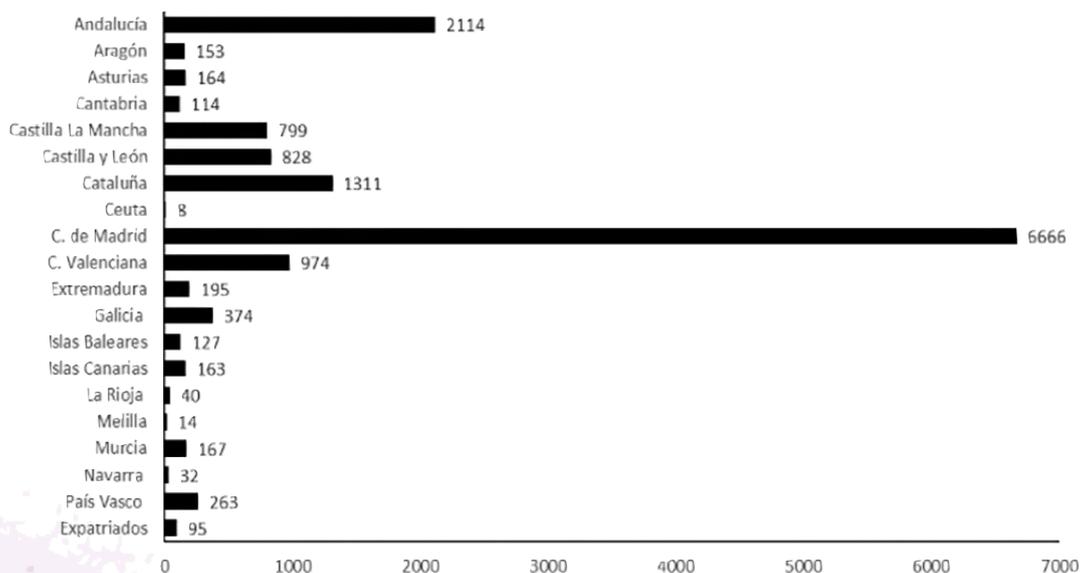
Como aparece recogido en la tabla 1, algo más del **22% (3.362 llamadas) fueron de enfermos, familiares de enfermos y familiares de fallecidos**, casi un 6% (876 llamadas) provenían del personal interviniente durante la pandemia y un 72% (10.932) eran personas de la población general. Dentro del grupo de profesionales intervinientes,

el 13% eran médicos, el 26,8%, enfermeros, el 25,1%, auxiliares/celadores, el 12,7%, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, el 10,1%, personal que trabajaba en residencias de mayores, el 1,5%, psicólogos y el 10,8%, otros trabajadores esenciales (farmacéuticos, trabajadores sociales, administrativos, personal de limpieza, personal de supermercados, transportistas y otros). En el caso del grupo de enfermos y familiares el 64,5% eran familiares de fallecidos y el 20,8%, de enfermos graves, mientras que el 9,1% eran enfermos, el 3,3% eran allegados no familiares y en el 2,3% se daban múltiples condiciones de las previamente descritas.

	Total (n = 15.170)	Intervinientes (n = 876)	Enfermos y familiares (n = 3.362)	Población General (n = 10.932)	χ^2 /F
Sexo [n (%)]					
Varones	3.974 (26,5)	138 (15,9)	721 (21,4)	3.115 (29)	126,96*
Mujeres	11.012 (73,5)	728 (84,1)	2.641(78,6)	7.643 (71)	
	(n = 14.986)	(n = 866)	(n = 3.362)	(n = 10.758)	
Edad (años)	48,97 (16,46)	43,65 (11,31)	52,00 (15,02)	48,44 (17,07)	104,28*
[M (DT)]	(n = 14.148)	(n = 822)	(n = 3.224)	(n = 10.102)	
Rangos de edad [n (%)]					
0-10		0	0	37 (0,4)†	362,37*
10-19		0	9 (0,3)	251 (2,5)†	
20-39		299 (36,4)†	636 (19,7)	2.860 (28,3)†	
40-59		451 (54,9)†	1.676 (51,9)†	4.324 (42,8)	
60-79		72 (8,8)	753 (23,4)†	2.265 (22,4)†	
>80		0	150 (4,7) †	365 (3,6)	

Nota: *p < 0,001. Los valores porcentuales se indican entre paréntesis; †= indica que grupo/s, dentro de cada rango de edad, tienen significativamente más participantes en esa categoría.

Figura 1. Distribución geográfica de las llamadas al SPAP (n = 14.601)



² Los datos mostrados en este apartado, así como parte de las informaciones presentadas en este capítulo, fueron publicados en 2020 y pueden encontrarse en la Revista española de salud pública, 94, e1-13, disponible en:

En la tabla 1 también se puede observar que, del total de usuarios, la gran mayoría (73,5%) fueron mujeres, especialmente, en intervinientes (84,1%), con una tasa de participación significativamente mayor a la de los hombres ($\chi^2(2, 14.986) = 126,96; p < 0,001$). La media de edad de los usuarios era de 49 años aproximadamente, aunque había diferencias significativas en esta variable dependiendo del grupo ($F(2,14.148) = 104,28, p < 0,001$). Análisis post-hoc mediante el estadístico de Bonferroni mostraron que los intervinientes que llamaban eran significativamente más jóvenes que los enfermos y familiares (-8,34; $p < 0,001$) y que los usuarios de la población general (-4,78; $p < 0,001$). Asimismo, los usuarios de la población general tenían significativamente menos edad que las personas enfermas y sus familiares y/o los familiares de fallecidos/as (-3,56; $p < 0,001$). El análisis comparativo de los rangos de edad en cada uno de los grupos de usuarios mostró diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(6, 14.148) = 362,37; p < 0,001$). El rango de edad comprendido entre los 40 y 59 años era el más prevalente en los tres grupos de participantes, si bien, se encontraron diferencias estadísticamente significativas que indicaban una mayor frecuencia de estas edades en los grupos de intervinientes y enfermos y familiares. El segundo rango de edad más

prevalente fue el de 20 a 39 años en los intervinientes y en la población general, encontrando diferencias significativas respecto a los enfermos y familiares. También se encontraron diferencias significativas en el rango de 60 a 79 años, de tal manera que había más participantes con estas edades en el grupo población general y de personas enfermas y familiares, que en los intervinientes. La población por encima de 80 años representaba entre el 3,6 y 4,7 % de los usuarios, encontrando significativamente más prevalencia de participantes con esta edad en el grupo de personas enfermas y familiares. Finalmente, la prevalencia de atención a niños y/o adolescentes fue del 2,9%.

Motivo de las Llamadas

Como se refleja en la tabla 2, y en lo referente a los motivos de consulta (uno o varios por cada participante), un **75,9% del total de llamadas** se relacionó con la **existencia de dificultades psicológicas**, sobre todo, en el caso de las personas enfermas y sus familiares y/o familiares de fallecidos, para los que este tipo de consultas representaron un 82,8%.

Tabla 2
Motivos de las Llamadas

Motivo de la llamada [n (%)]	Total (n = 11.417)	Intervinientes (n = 634)	Enfermos y familiares (n = 2.595)	Población general (n = 8.188)
Algún tipo de sintomatología psicológica	8.667 (75,9)	486 (76,7)	2.149 (82,8)	6.032 (73,7)
- Sintomatología depresiva	3.182 (27,9)	208 (32,8)	374 (14,4)	2.600 (31,8)
- Sintomatología de ansiedad	6.121 (53,6)	404 (63,7)	813 (31,3)	4.904 (59,9)
- Sintomatología de duelo	1.859 (16,3)	43 (6,8)	1.516 (58,4)	300 (3,7)
- Sintomatología de estrés agudo/traumático	172 (1,5)	31 (4,9)	51 (2)	90 (1,1)
- Sintomatología obsesiva	477 (4,2)	10 (1,6)	49 (1,9)	418 (5,1)
- Otra	725 (6,4)	9 (1,4)	58 (2,2)	658 (8)
Ideación autolítica	305 (2,7)	3 (0,5)	34 (1,3)	268 (3,3)
Agravamiento de sintomatología bprevia a la crisis de la COVID-19	782 (6,8)	24 (3,8)	34 (1,3)	724 (8,8)
Miedo/preocupación a la infección, contagio y pronóstico propio y ajeno	2.334 (20,9)	158 (24,9)	723 (27,9)	1.453 (17,7)
Manejo de conflictos/situaciones familiares complicadas	2.239 (19,6)	70 (11)	278 (10,7)	1.891 (23,1)
Relación con terceros	1.677 (14,7)	40 (6,3)	479 (18,5)	1.158 (14,1)
Contexto laboral	348 (3)	222 (35)	12 (0,5)	114 (1,4)
Información sobre recursos o limitaciones restricciones	615 (5,4)	52 (8,2)	47 (1,8)	516 (6,3)
Otros	966 (8,5)	57 (9)	187 (7,2)	722 (8,8)

Nota: Los valores porcentuales se indican entre paréntesis.

Dentro de estas dificultades psicológicas, las relacionadas con **sintomatología de ansiedad (53,6%) y depresiva (27,9%) fueron las más frecuentes en todos los grupos analizados**. Los motivos de asistencia relacionados con el fallecimiento de seres queridos fueron sustancialmente más elevados en el caso del grupo de enfermos y familiares de enfermos y/o fallecidos (58,4%) y el estrés agudo, fue más prevalente entre los intervinientes, aunque con un porcentaje mucho menor (4,9%). Los porcentajes de sintomatología obsesiva, ideación autolítica y otros síntomas fueron más elevados para la población general (5,1%, 3,3% y 8%, respectivamente), donde también se encontró un porcentaje mayor de personas que habían sufrido un agravamiento de síntomas psicológicos previos a la pandemia (8,8%).

Casi el 21% de las personas que llamaron decía tener miedo de que ellos mismos o los suyos pudieran infectarse o tener complicaciones. Asimismo, un 19,6% del total consultaron por dificultades de convivencia y conflictos en las interacciones familiares y un 14,7% solicitó pautas o información para que se les ayudase a relacionarse con terceros, siendo este último motivo especialmente prevalente en el caso de los enfermos y familiares y en el grupo de la población general (18,5% y 14,1% respectivamente).

Las dificultades relativas al contexto laboral, caracterizadas por el miedo a no estar preparado/a para afrontar la situación, sentir que sus habilidades profesionales se veían desbordadas, el agotamiento físico, el miedo a acudir al trabajo y la búsqueda de pautas psicológicas a aplicar, concretamente, en el ámbito laboral sanitario, representaron el 3% de las llamadas, con el porcentaje más alto para el grupo de intervinientes (35%). Un 5,4% de las llamadas se realizaron para pedir información sobre recursos, sobre todo, por parte de profesionales intervinientes (8,2%).

Llamadas de seguimiento y derivaciones

Como se ha señalado, un objetivo del SPAP era llevar a cabo una atención psicológica de calidad, lo que, en numerosos casos, requería que los usuarios contactaran varias veces telefónicamente (llamadas de seguimiento).

Se llevaron a cabo un total de **9.507 llamadas de seguimiento al SPAP** cuyo objetivo era dar continuidad a las intervenciones psicológicas que se habían iniciado en una primera llamada, realizar derivaciones acompañadas a otros servicios, evaluar los resultados de las acciones que se había acordado llevar a cabo con los usuarios para solucionar sus problemas, evaluar el progreso de su sintomatología, derivarles a otro servicio, o, incluso, valorar que la derivación recomendada se había llevado a cabo de forma satisfactoria, particularmente en el caso de aquellos usuarios en situaciones de especial riesgo y vulnerabilidad.

En total, se llevaron a cabo **1.488 derivaciones a otros recursos de atención psicológica y social**, muchas de ellas cuando estaba próxima la finalización de nuestro servicio de atención telefónica. El equipo de asesoramiento y documentación, configurado por 5 psicólogos/as de la UCM, fue el encargado de actualizar continuamente el listado de más de 150 recursos que se entregaba a los psicólogos del servicio para su uso. Todos los recursos a los que se hicieron las derivaciones fueron previamente contactados y se verificó uno por uno su gratuidad y su disponibilidad en cada momento.

Muchos de ellos eran recursos sociales, pues había personas que, al margen de sus preocupaciones y malestar psicológico, se habían quedado sin nadie que se ocupara de ellos, de su aseo personal, o de llevarles la compra. Teniendo en cuenta que a los usuarios se les podía derivar a uno o más recursos, los más utilizados fueron, en primer lugar, las fundaciones y ONG, como la Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo), la Fundación Metta Hospice, Psicólogos sin Fronteras, Cruz Roja, la Fundación la Caixa, Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo, Cáritas, y otras, que supusieron el 35% de las derivaciones. Destacó también la derivación realizada a los recursos extraordinarios de atención psicológica creados por los colegios profesionales de psicólogos de toda España (16,3%) (Chacón-Fuertes et al., 2020; Sánchez-Marqueses et al., 2020). Y, por supuesto, fueron frecuentes las derivaciones a los teléfonos y servicios nacionales o autonómicos de atención a las víctimas de violencia de género y a diferentes servicios psicosociales de ayuntamientos de toda España (21,1%). Además, en el caso de personas que, con anterioridad a la pandemia, estaban siendo medicadas por trastornos mentales o presentaban síntomas físicos de enfermedades médicas, fueron derivadas a los recursos del SNS (23,6%), previa confirmación de su disponibilidad. La mayor parte de estas derivaciones fueron a los centros de atención primaria (64,8%) para revisión de pautas farmacológicas, evaluación y control de síntomas físicos, pero, también, en aquellos casos en que los usuarios ya eran pacientes de salud mental, se les pidió que, al margen de que se les pudiera ayudar con las intervenciones telefónicas de nuestro servicio, contactaran con sus centros de salud mental habituales (17,1%). Se realizaron, asimismo, derivaciones a otros recursos cuando las intervenciones así lo requirieron, como a los servicios de emergencia 112 o intervenciones de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y policías municipales.

En las últimas semanas de funcionamiento del SPAP, cuando la información sobre la existencia de nuestro servicio, ya se había diseminado en el Sistema Nacional de Salud, nos comenzaron a llamar pacientes derivados principalmente de los Centros de Atención Primaria (84,1%) y en su mayoría de la Comunidad de Madrid (65%).

Conclusiones

Las 15.170 llamadas realizadas al SPAP han puesto de manifiesto el uso intensivo que se hizo del servicio y la necesidad de este y otros recursos similares. Estas cifras, junto a las de otros países (Wang et al., 2020), reflejan la utilidad que las *helplines* tienen en situaciones de crisis y, particularmente, en situaciones de pandemia como la que estamos viviendo. Si se tiene en cuenta, además, que las intervenciones psicológicas realizadas por teléfono han demostrado tener una eficacia similar a aquellas realizadas cara a cara (Rohde et al., 1997; Bains et al., 2010; Hajebi et al., 2012; Chacón-Fuertes et al., 2020; Irvine et al., 2020) estos datos cobran especial importancia, ya que ofrecen una alternativa frente a la falta de recursos de otro tipo.

El análisis sociodemográfico de los datos ha mostrado que la mayoría de las llamadas (un 45,7%) provenían de la Comunidad de Madrid, lo que concuerda con la magnitud de la pandemia en esta comunidad autónoma (Ministerio de Sanidad, 2020).

Por otra parte, los resultados muestran que las mujeres hicieron un uso del servicio casi tres veces mayor que los hombres, en especial, en el subgrupo de intervinientes. Además del consabido hecho de que las mujeres son usuarias más frecuentes de los servicios de salud, estos resultados son también coherentes con diferentes estudios que muestran que las mujeres presentan una mayor afectación psicológica a consecuencia de la pandemia (Ausín et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020; Liu et al., 2020; Özdin & Özdin, 2020; Sun et al., 2020; Wang et al., 2020), especialmente en mujeres sanitarias (Geoffroy et al., 2020; Li et al., 2020). Podría deberse, en parte, a que el confinamiento ha generado situaciones familiares en las cuales las mujeres se han sobrecargado de responsabilidades (Farré et al., 2020; Peiró, 2020; Santamaría et al., 2020). Otros autores apuntan, adicionalmente, a un empeoramiento de la salud mental de las mujeres embarazadas durante la pandemia (Davenport, 2020; Wu et al., 2020; Zeng et al., 2020). Asimismo, las mujeres parecen estar viviendo en esta crisis más situaciones de violencia de género (Mahase, 2020).

Respecto a la edad, los estudios preliminares que se han realizado en España sobre el impacto psicológico inmediato de la pandemia parecen mostrar que son los jóvenes quienes se han visto más afectados por la pandemia hasta la fecha (Rodríguez-Rey et al., 2020; Valiente et al., 2020). De hecho, un estudio específico sobre intervención telefónica realizado en Portugal muestra que son los que más han utilizado este tipo de ayudas (Ribeiro, 2020). Sin embargo, en los datos arrojados por el SPAP, a pesar de que el grupo de intervinientes y el de la población general eran significativamente más jóvenes que el de los enfermos y familiares, con un porcentaje importante de participantes entre los 20-39 años, lo cierto es que el rango de edad más prevalente en todos los grupos fue, con diferencia, el de 40-59 años (media de edad de 49 años). Además, en el grupo de enfermos y familiares de enfermos y fallecidos, y en la población general, hubo un número muy significativo de personas de entre 60-79 años. Esta discrepancia entre los datos del SPAP y estudios anteriores podría explicarse por varios motivos. En primer lugar, porque la mayor participación de los jóvenes en el estudio internacional de intervención telefónica anteriormente mencionado podría deberse a que reflejaban los datos de servicios dirigidos fundamentalmente a población universitaria (Ribeiro, 2020). Respecto a los estudios de prevalencia realizados en España, es importante no perder de vista que se trata de investigaciones orientadas fundamentalmente a la recogida masiva de datos, para lo cual se han utilizado plataformas de encuestas online, difundidas a través de las redes sociales, más accesibles y conocidas por los más jóvenes. De hecho, en alguno de los trabajos mencionados (Rodríguez-Rey et al., 2020) la población de 18 a 34 años constituía un 65,3% de la muestra, lo que supone una clara sobrerrepresentación respecto a la población española general. De acuerdo con un cálculo propio realizado a partir de los datos del último censo demográfico organizado por grupos de edades del Instituto Nacional de Estadística (INE), el segmento de la población comprendida entre los 20 y 39 años supone un 23,2% de la población española (INE, 2020), un dato más similar al porcentaje encontrado sobre el total de usuarios del SPAP (26,5%). Además, lejos de ser un problema, podría considerarse que uno de los principales logros del recurso de atención telefónica SPAP es la gran participación que han tenido las personas mayores de 60 años, un grupo poblacional especialmente castigado por la pandemia. Nuevamente según cálculo propio en función de datos del INE, este rango de edad supone un

25,7% de la población española (INE, 2020), porcentaje casi idéntico al obtenido a través de los datos del SPAP (26% en la población general). Asimismo, aunque el grupo específico de personas mayores de 80 años fue el menos prevalente, el uso que estos mayores hicieron del recurso fue también muy destacable (3,6% en este proyecto vs. 6% según los datos del INE) (INE, 2020). Esto puede ser coherente con estudios que muestran que las personas mayores prefieren de forma habitual recursos telefónicos frente a otro tipo de recursos como la videoconferencia (Usman & Fahy, 2020).

En relación con los motivos de consulta, es importante señalar que el SPAP fue utilizado para aquello para lo que estaba diseñado, es decir, para atender a las necesidades psicológicas de la población y fue, de hecho, el motivo de consulta más frecuente. De manera coherente con lo encontrado en la literatura previa (Inchausti et al., 2020), la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva fue la principal preocupación de las personas que llamaron, siendo grupos de riesgo los intervinientes y enfermos y familiares, con más estrés los primeros y síntomas de duelo los segundos.

Reforzar el sistema de atención a la salud mental

Como quiera que sea, el elevado volumen de consultas realizadas desde el SPAP, junto a las múltiples prestaciones psicológicas realizadas por los más de cien servicios de atención telefónica creados de forma extraordinaria al inicio de la pandemia (Morán et al., 2021), ponen de relieve la escasez de recursos psicológicos que había en nuestro país para garantizar una mínima atención psicológica durante la pandemia.

Llegamos a la pandemia con un sistema de atención a la salud mental raquítico, que se vio sobrepasado por completo con la situación generada por la COVID-19. Más allá de la eficacia que han demostrado recursos como el SPAP, sería necesario contemplar e implementar medidas de forma inmediata, para garantizar que tanto el SNS, como los servicios sociales y comunitarios de nuestro país pueden hacer frente, de manera eficiente, a las necesidades de atención psicológica de la población. En este sentido, sería necesario, al menos:

- Reforzar de manera inmediata las redes de Salud Mental (tanto las dirigidas a adultos como a la atención infanto-juvenil) de todas y cada una de la Comunidades Autónomas, con un **incremento de, al menos, el 50% de psicólogos/as**.
- Garantizar el aumento presupuestario, de las plazas PIR y de los profesionales de la psicología contratados en el Sistema Nacional de Salud hasta alcanzar la media europea de 20 por cada cien mil habitantes, lo que supone incorporar, según estimamos, al menos 7.073 psicólogos/as más y una inversión de unos 268 millones de euros anuales.
- Hacer más accesible la intervención psicológica especializada a la población, generalizando la presencia de los psicólogos y psicólogas en la Atención Primaria.
- Aplicar de manera generalizada el programa PsicAP u otros similares en los Centros de Salud de Atención Primaria, incorporando los profesionales especialistas en Psicología Clínica necesarios y garantizando el mínimo de recursos humanos.

- ◉ Poner en marcha un *Programa Nacional de Prevención de Conductas Suicidas* con medidas efectivas en diversos ámbitos, como la atención psicológica temprana, la dotación de recursos para el seguimiento de los casos de riesgo y la adecuada formación de los profesionales sanitarios en la detección e intervención en conductas suicidas.
- ◉ Aumentar los profesionales de la psicología en los servicios hospitalarios, especialmente en los de neurología, oncología, cuidados paliativos, cuidados intensivos y en los servicios de emergencias y de salud pública.
- ◉ Garantizar la atención psicológica y una perspectiva psicológica en las residencias de personas mayores, en los centros escolares y en los centros de trabajo
- ◉ Actualizar la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, incluyendo, entre otras, las medidas anteriores.
- ◉ Garantizar la prevención de problemas psicológicos, a través de promover programas de detección y atención psicológica temprana en las etapas escolares y en los propios centros.

Referencias

- Al-Rabiaah, A., Temsah, M.H., Al-Eyadhy, A.A., Hasan, G.M., Al-Zami, F., Al-Subaie, S., Alshime, F., Jamal, A., Alhaboob, A., Al-Saadi, B., & Somily, A.M. (2020). Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *Journal of Infectious Public Health*, 13(5), 687-91. doi: 10.1016/j.jiph.2020.01.005.
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M.Á., & Muñoz, M. (2021). Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *Journal of Gender Studies*, 30(1), 1-10. doi: 10.1080/09589236.2020.1799768.
- Bains, H., Bonell, E., & Speight, P. (2010). Career satisfaction with telephone consultations in a community intellectual disability unit. *Journal of Intellectual Disabilities: JOID*, 14(4), 259-265. DOI: 10.1177/1744629510390450.
- Berdullas, S., Gesteira, C., Morán, N., Fernández-Hermida, J., Santolaya, F., Sanz, J., & García-Vera, M.P., (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Revista española de salud pública*, 94, e1-13.
- Bertuccio, R.F., & Runion, M.C. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological trauma*, 12(S1), S87-S89. doi: 10.1037/tra0000723.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J.R., & García-Vera, M.P. (2020). La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. La Respuesta de la Organización Colegial. *Clínica & Salud*, 31(2), 119-123. doi: 10.5093/clysa2020a18.
- CIS (2020). Efectos y consecuencias del coronavirus (I): avance de resultados. Estudio nº 3298. Disponible en la siguiente dirección web: http://datos.cis.es/pdf/Es3298marMT_A.pdf
- Combs, D.C. (2007). Mental health interventions by telephone with Katrina survivors. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 18(2), 271-6. doi: 10.1353/hpu.2007.0027.
- Davenport, M.H., Meyer, S., Meah, V.L., Strynadka, M.C., & Khurana, R. (2020). Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Frontiers in Global Women's Health*. doi: 10.3389/fgwh.2020.00001.
- Defensor del Pueblo (2020). El defensor del pueblo recomienda al gobierno y las CCAA incrementar la asistencia psicológica en el sistema nacional de salud. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>
- Farré, L., Fawaz, Y., González, L., & Graves, J. (2020). How the covid-19 lockdown affected gender inequality in paid and unpaid work in Spain. *Iza: Institute of labor economics*. Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp13434.pdf>.
- García-Vera, M.P., & Sanz, J. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological reports*, 119 (1), 328-359.
- Geoffroy, P.A., Le Goanvic, V., Sabbagh, O., Richoux, C., Weinstein, A., Dufayet, G., & Lejoyeux, M. (2020). Psychological Support System for Hospital Workers During the Covid-19 Outbreak: Rapid Design and Implementation of the Covid-Psy Hotline. *Frontiers in Psychiatry*. doi: 10.3389/fpsy.2020.00511.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M.Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behavior, and Immunity*, 87, 172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040.
- Goveas, J.S., & Shear, M.K. (2020). Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119-1125. doi: 10.1016/j.jagp.2020.06.021
- Hajebi, A., Motevalian, A., Amin-Esmaeili, M., Hefazi, M., Radgoodarzi, R., Rahimi-Movaghar, A., & Sharafi, V. (2012). Telephone versus face-to-face administration of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, for diagnosis of psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 579-583. doi:10.1016/j.comppsy.2011.06.001.
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological Intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-8. doi: 10.1007/s10879-020-09460-w
- Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Series detalladas desde 2002. Disponible en: <https://www.ine.es/up/zcOJnV57iF>.
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C.J., Barkham, M., McMillan, D., & 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. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.057.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B.X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X.
- Kwok, K.O., Li, K.K., Chan, H.H., Yi, Y.Y., Tang, A., Wei, W.I., & Wong, S.Y.S. (2020). Community responses during the early phase of the COVID-19 epidemic in Hong Kong: risk perception, information exposure and preventive measures. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7):1575-1579. doi: 10.1101/2020.02.26.20028217.th.

- Leung, T., & Wong, H. (2005). Community reactions to the SARS crisis in Hong Kong: analysis of a time-limited counseling hotline. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 12(1), 1-22. doi: 10.1300/J137v12n01_01.
- Li, G., Miao, J., Wang, H., Xu, S., Sun, W., Fan, Y., Zhang, C., Zhu, S., Zhu, Z., & Wang, W. (2020). Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 91(8), 895-897. doi: 10.1136/jnnp-2020-323134.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287(112921). doi: 10.1016/j.psychres.2020.112921.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y.T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-8. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8.
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, Y., García-Albuérne, & Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5514; doi: 0.3390/ijerph17155514.
- Mahase, E. (2020). Covid-19: EU states report 60% rise in emergency calls about domestic violence. *BMJ*, 369:m1872. doi: 10.1136/bmj.m1872.
- Mas Esquerdo, J. (2020). Secuelas psicológicas de la crisis del coronavirus en el personal sanitario e interviniente. Instituto Español de Estudios Estratégicos-IEEE. Disponible en: http://www.ieee.es/publicaciones-new/documentos-de-opinion/2020/DIEEE0118_2020JAIMAS_secuelas.html.
- McBride, O., Murphy, J., Shevlin, M., Miller, J.G., Hartman, T., Hyland, P., Levita, L., Mason, L., Martínez, A.P., McKay, R., Stocks, T., & Bentall, R.P. (2020). Monitoring the psychological impact of the COVID-19 pandemic in the general population: an overview of the context, design and conduct of the COVID-19. Psychological Research Consortium (C19PRC) Study. 2020 ahead-of-print (ahead-of-print). doi: 10.31234/osf.io/wxe2n.
- Ministerio de Sanidad. Actualización nº 210. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 18.09.2020 (datos consolidados a las 14:00 horas del 18.09.2020). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_210_COVID-19.pdf.
- Morán, N., García-Vera, M.P., Sanz, J., Sánchez-Marqueses, J.M., García de Marina, A., Gesteira, C., Berdullas, S.J. Fernández-Hermida, J.R., Chacón-Fuentes, F., & Santolaya, F. (2021). Movilización de recursos psicológicos extraordinarios en España ante una catástrofe sanitaria: análisis de la respuesta de la psicología española ante la pandemia de la COVID-19. Manuscrito bajo revisión editorial.
- National Health Commission of China (NHCC). Guidelines for psychological assistance hotlines during 2019-nCoV pneumonia epidemic. [Internet]. [Consultado 16 Sept 2020]. Disponible en: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202002/f389f20cc1174b21b981ea2919beb8b0.shtml>.
- OECD iLibrary. Psychologists per 100 000 population, 2000 and 2011 (or nearest year available). 2014. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count/psychologists-per-100-000-population-2000-and-2011-or-nearest-year-available_9789264208445-graph36-en.
- OMS (2020). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- OMS & UN (2020). Hacer frente a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 & después de ella. Organización Mundial de la Salud & Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.infocoonline.es/PDF/DposicionOMS.pdf>
- Özdin, S. & Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511. doi: 10.1177/0020764020927051.
- Peiró, J.M. (2021). La digitalización es la nueva manera de prestar servicios & ha venido para quedarse"- José María Peiró, catedrático emérito Universitat de València & representante del COP en EAWOP. *Infocop*. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=16826.
- Pfefferbaum, B., & North, C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. doi: 10.1056/NEJMp2008017.
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Di-Pierro, R., Madeddu, F. & Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22(8), 43. doi: 10.1007/s11920-020-01166-z.
- Reifels, L., Bassilios, B., Pirkis, J. (2012). National telemental health responses to a major bushfire disaster. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(4), 226-30. doi: 10.1258/jtt.2012.110902.
- Ribeiro, E., Sampaio, A., Gonçalves, M., Taveira, M., Cunha, J., Maia, A., Matos, M., Gonçalves, S., Figueiredo, B., Freire, T. & Soares, T. (2020). Telephone-based psychological crisis intervention: the Portuguese experience with COVID-19. *Counsel Psychology Quarterly*. doi: 10.1080/09515070.2020.1772200.

- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11 (154). doi: 10.3389/fpsyg.2020.01540.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1997). Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1593-1598. doi: 10.1176/ajp.154.11.1593.
- Sánchez-Marqueses, J.M., García de Marina Martín-Mateos, A., Sanz, J., Morán, N., Berdullas, S., Hernández-Hermida, J.R., & García-Vera, M.P. (2020). *Respuesta de la psicología española ante la COVID-19*. En: Perioni, L., Editor Nuovo coronavirus e resiliencia. Strategie contro un nemico invisibile, Torino. Anthropos (Health, Culture & Psychology), p. 349-366.
- Santamaría, M.D., Etxebarria, N.O., Rodríguez, I.R., Albondiga-Mayor, J.J., & Gorrochategui, M.P. (2021). Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría & Salud Mental*, 14, 106-112. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.05.004.
- Shigemura, J., Ursano, R.J., Morganstein, J.C., Kurosawa, M., & Benedek, D.M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281-282. doi: 10.1111/pcn.12988.
- Spoorthy, M.S., Pratapa, S.K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51:102119. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102119.
- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., Jia, Y., Gu, J., Zhou, Y., Wang, Y., Liu, N. & Liu, W. (2020). Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *Journal of Affective Disorders*, 283, 123-129. doi: 10.1101/2020.03.06
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Usman, M., & Fahy, S. (2020). Coping with the COVID-19 crisis: an overview of service adaptation and challenges encountered by a rural Psychiatry of Later Life (POLL) team. *Irish Journal of Psychological Medicine*; 1-5. doi: 10.1017/ipm.2020.86.
- Ussery, W., & Waters, J. (2020). COP2COP hotlines: Programs to address the needs of first responders and their families. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 66-78. doi: 10.1093/brief-treatment/mhj004.
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R., & Martínez, A. (2020). Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas: prevalencia & predictores. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid (Informe Técnico). Disponible en: <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19—informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
- Wallace, C.L., Wladkowski, S.P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain Symptom Manage*, 60(1), e70-e76. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R.S., Choo, F.N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V.K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behavior and Immunity*, 87, 40-48. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028.
- Wang, J., Wei, H., & Zhou, L. (2020). Hotline services in China during COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 275, 125-6. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.030.
- Wu, Y., Zhang, C., Liu, H., Duan, C., Li C., & Fan, J ... Huang, H.F. (2020). Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 223(2), 240-e1-240e9. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.009.
- Wunsch-Hitzig, R., Plapinger, J., Draper, J., & del Campo E. (2002). Calls for help after September 11: a community mental health hot line. *Journal of Urban Health*, 79, 417-28. doi: 10.1093/jurban/79.3.417.
- Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C.H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
- Zalakaín, J., & Davey, V. (2020). The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE. Disponible en: <https://lrtcovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>.
- Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51:101990. doi: 10.1016/j.ajp.2020.101990.
- Zeng, L.N., Chen, L.G., Yang, C.M., Zeng, L.P., Zhang, L.Y., & Peng, T.M. (2020). Mental health care for pregnant women in the COVID-19 outbreak is urgently needed. *Women Birth*, 34(3), 210-211. doi: 10.1016/j.wombi.2020.03.009.
- Zhou, X., Snoswell, C.L., Harding, L.E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A.C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine journal and e-health*, 26(4), 377-9. doi: 10.1089/tmj.2020.0068.



Casos trabajados en el servicio

*Porque detrás de cada
llamada, hay una historia
que contar*

Notas:

¹ Las afirmaciones y opiniones vertidas en los diferentes capítulos de este libro de casos son responsabilidad exclusiva de los/as autores/as de cada uno de ellos.

² Todos los nombres que aparecen en los casos son ficticios. Se han eliminado o modificado todas aquellas características que pudieran facilitar una identificación de los usuarios.



2

Juntos y revueltos: Hacer vida en familia durante un confinamiento

Ashley Navarro McCarthy

Ideas fundamentales

- Abordaje de un problema familiar desencadenado por el confinamiento.
- A diferencia de los problemas familiares prototípicos experimentados a raíz del confinamiento, el presente capítulo detalla las circunstancias particulares de una familia con dos menores que presentan altas capacidades intelectuales.
- La intervención se ha llevado a cabo con dos miembros de la familia de manera simultánea.

Descripción del caso

Hay evidencia de que uno de los efectos de la pandemia ha sido el incremento de los niveles de estrés familiares (Guterres, 2020), y autores de diversas instituciones indican que los niños y niñas reaccionan al estado emocional de los adultos con los que conviven (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Aunque las condiciones de vida derivadas de la pandemia como el confinamiento, el distanciamiento social, o atender a *clases online* del colegio pueden incrementar los niveles de estrés, ansiedad y tristeza de todos los niños y adolescentes, los menores con altas capacidades presentan características que pueden exacerbar estas reacciones

(Enmienda, et al., 2020; Amend et al., 2020). Una de estas características es su alta sensibilidad, la cual se puede manifestar mediante dificultades para gestionar las críticas y los cambios bruscos (Learning Alberta, 2004). Situaciones como la pandemia de la COVID-19 pueden favorecer la aparición del enfado, tristeza, dificultades en el ámbito académico y alteración de los patrones del sueño y del apetito en esta población (Amend et al., 2020). Aunque la necesidad de continuar con el curso académico desde sus residencias de manera telemática presenta cualidades muy atractivas para muchos estudiantes, entre ellas la autonomía a la hora de hacer las tareas desde las comodidades de su casa, estas características no se amoldan a las necesidades de todos los niños con altas capacidades intelectuales. Además, las implicaciones de la pandemia y el confinamiento pueden llevar a los progenitores a estar menos receptivos o tener dificultades para reconocer el estrés y ansiedad de sus hijos, en particular en aquellos con altas capacidades, llegando a intensificarse dichas reacciones (Enmienda et al., 2020).

Las cuestiones mencionadas en este apartado se ven reflejadas de manera práctica en el caso descrito en este capítulo, en el que se detalla la intervención psicológica telefónica llevada a cabo con una familia que presenta problemas para conciliar la vida laboral y familiar, con la dificultad añadida de estar constituida por una fratria de dos hermanos con altas capacidades intelectuales.

Se pone en contacto con nosotros Beatriz, una mujer de 43 años que reside en Barcelona. Casada con Sergio, son padres de dos niños

varones. Beatriz ha cursado estudios superiores y trabaja para una entidad bancaria.

Su hijo Mario es un varón de 10 años que vive en el centro de Barcelona con sus padres y su hermano de 8 años, Nicolás. En la actualidad, Mario cursa 5º de primaria en un colegio concertado, sacando sobresalientes en prácticamente todas las materias y mostrando especial interés por las asignaturas de matemáticas y geografía. Es un niño sociable y está bien integrado en su grupo de clase. Tanto Mario como su hermano son niños con altas capacidades intelectuales.

Presentación del caso

Primera llamada: 1 hora y 32 minutos

Motivo de consulta: Beatriz

Tras tres semanas de confinamiento, Beatriz contacta con el servicio de atención psicológica telefónica para la población afectada por el COVID-19, al tener dificultades para conciliar el teletrabajo y la vida en familia. Indica que tanto ella como su marido se ven desbordados ante el repentino cambio de rutinas de la familia, algo que ha desestabilizado el día a día en el hogar. Manifiesta que desde el inicio del estado de alarma se han incrementado considerablemente el número de disputas entre ambos hermanos y la intensidad de las mismas, y se han acentuado las dificultades de Mario para aceptar las nuevas normas y límites impuestos. Informa de que en particular Mario no ha asimilado la dinámica de las clases on-line, considerándolas “una pérdida de tiempo”. Aunque accede a realizar los deberes, logra terminar la tarea en un tiempo mucho menor al estimado por sus profesores, teniendo por tanto buena parte de la mañana desocupada, y, por ende, interfiriendo con el horario de trabajo de sus padres. Beatriz refiere no haber recibido apoyo por parte del centro educativo al que acuden los niños, a pesar de ser conscientes de las circunstancias: *“Desde el colegio saben que mis dos hijos necesitan una atención especial, no aprenden de la misma manera que el resto de niños. Por más que trato de contactar con sus profesores para explicarles la situación, no me responden o me dicen que no pueden hacer nada al respecto. En estos momentos mi marido y yo nos sentimos desamparados”*.

Beatriz llama preocupada por el brusco cambio en el comportamiento y estado anímico de su hijo mayor. Describe a Mario como un niño inteligente y cariñoso, pero expresa que su crianza ha sido un desafío para ellos debido a las dificultades de su hijo para adaptarse a los cambios, los intensos arranques de ira y el constante cuestionamiento de las normas básicas impuestas por los padres. La madre expone que tanto ella como su marido con el tiempo han aprendido a gestionar las necesidades de sus dos hijos con altas capacidades, pero que la cuarentena ha tirado por tierra el progreso que habían logrado a lo largo de los años.

Puntualiza que en estos momentos los arrebatos de ira de Mario se producen cuando termina las tareas escolares, demandando a sus padres jugar a la videoconsola hasta que se inicie la siguiente clase, algo a lo que sus padres se niegan, pidiéndole que aproveche los tiempos muertos para leer o repasar el temario mientras ellos trabajan. Ante la negativa de Mario a seguir estudiando, se produce una escalada

del conflicto que tiende a terminar casi a diario con un arrebato de agresividad física y/o verbal por parte del hijo a sus padres. Beatriz dice tener dificultades para afrontar las situaciones conflictivas en las cuáles Mario cuestiona su autoridad, reconociendo que también se altera al tratar de dialogar con su hijo.

Beatriz informa de que minutos antes de contactar con el teléfono de atención psicológica para la población afectada por el COVID-19, Mario acababa de tener el peor arrebato de ira hasta el momento, en el cual ha llegado a agredir a su hermano menor y a ella misma. En un primer momento, Beatriz se muestra muy alterada, y verbaliza “no poder seguir haciendo frente a la situación”.

Motivo de consulta: Mario

Beatriz nos informa de que Mario también desea hablar y expresar su propio punto de vista sobre la situación. Aunque tímido, se muestra colaborador. Manifiesta una clara sensación de injusticia ante cómo se le exige que invierta el tiempo cuando termina sus tareas escolares, y una sensación de incompreensión por parte de sus progenitores: *“no entiendo por qué tengo que quedarme sentado esperando a que empiece la siguiente clase si yo ya he terminado los deberes. Es un aburrimiento y no aprendo nada nuevo, para eso prefiero jugar a la PlayStation”*.

Evaluación

Al iniciar la llamada, se cumplimentó un breve cuestionario de exploración psicopatológica de la madre (Tabla 1), la cual también refiere no estar recibiendo o haber recibido ayuda profesional por problemas emocionales o psicológicos.

Evaluamos en mayor profundidad cómo es el día a día de los miembros de la familia, precisando cuáles son las situaciones que, con mayor frecuencia, desencadenan las rabietas. Se identifican dos situaciones concretas:

- Viéndose Mario sin nada que hacer al terminar las tareas de clase, demandando así la atención de sus padres que teletrabajan o jugando a la videoconsola.
- Ante la modificación de un plan preestablecido o un cambio en el horario.

De manera complementaria, se analiza el desarrollo de principio a fin de una rabieta prototípica, valorando el tipo de interacciones que se producen entre madre e hijo y las consecuencias derivadas del comportamiento de Mario.

Beatriz expresa que en la última semana ha comenzado a perder la compostura y a levantarle la voz a su hijo cuando este no obedece o se niega a seguir sus indicaciones. Señala que si Mario experimenta una rabieta o se produce una discusión entre los hermanos, a modo de castigo, esa misma tarde no realizan actividades en familia gratificantes. Por otra parte, el hecho de que no se produzca ningún incidente a lo largo del día, no implica necesariamente que vayan a pasar tiempo en familia, ya que los juegos y las actividades lúdicas dependen de la disponibilidad de tiempo de los padres.

Además de las rabietas, Mario se ha mostrado más irritable y retraído de manera generalizada en los últimos días. Beatriz le describe como un niño hablador y lleno de vida, y muestra preocupación por el cambio de carácter que está experimentando su hijo: *“Hemos tenido años complicados en lo que respecta a la crianza de Mario, y su hermano. Aunque en algunos aspectos están mucho más avanzados que el resto de niños de su edad, les cuesta no dejarse llevar por sus emociones, tanto las buenas como las malas. Me preocupa que todo el trabajo que hemos llevado a cabo para sobrellevar lo que conlleva tener dos niños con altas capacidades se haya podido tirar por tierra con el confinamiento”*.

Se explora si Mario ha experimentado retrocesos evolutivos y cambios en los patrones del sueño y la alimentación. Beatriz expresa que su hijo está más “quisquilloso” con la comida, rechazándola si no es de su gusto, pero termina por comer. También le cuesta más acostarse y despertarse por las mañanas: *“No es que no esté cansado, de hecho, creo que el cansancio con su negativa a irse a la cama es lo que le hace estar más irritable y malhumorado por las noches. No sé si se puede calificar como un retroceso evolutivo, pero algo que ha vuelto a pedir que había dejado de hacer es dormir con la puerta abierta y la luz del pasillo encendida, aunque la verdad es que no le hemos dado mayor importancia”*.

Objetivos de la primera intervención

Se planifica una intervención fraccionada en dos sesiones, con el fin de ir evaluando cómo responden tanto Beatriz y Mario como el resto de la familia, a las modificaciones que se van implementado. Los objetivos seleccionados para ser trabajados en la primera sesión son los siguientes:

- Validar el malestar de Beatriz y su hijo ante la situación.
- Psicoeducación con la Madre
- Favorecer la regulación emocional de Mario
- Instruir a la madre en cómo manejar las rabietas y el temperamento de Mario

Algunos objetivos terapéuticos que se pretende abordar más adelante son: Planificar un horario de mañana más preciso y provechoso para todos los miembros de la familia y establecer cómo y cuándo administrar refuerzos positivos y castigos negativos con el fin de modificar la conducta desadaptativa.

Se toma la decisión de dedicar la primera sesión a favorecer la descarga emocional y la alianza terapéutica. A demás, se pretende dotar a Beatriz de herramientas para hacer frente a su motivo de consulta, manejar las rabietas de su hijo sin sentirse juzgada por su método de crianza.

Intervención en la primera llamada

Validar el malestar de Beatriz y Mario ante la situación: Favorecer la ventilación emocional mediante la escucha empática, mostrando comprensión ante el malestar de ambos. Cabe destacar que técnicas como la validación y la escucha empática se pusieron en marcha a lo largo de todo el proceso terapéutico, incluida la fase de evaluación, con el fin de facilitar la recogida de información.

Psicoeducación: Hacer entender a Beatriz que los niños pueden expresar la tristeza a través del mal comportamiento, transmitiendo además su frustración y malestar mediante las explosiones de ira.

Favorecer la regulación emocional de Mario: Diseñamos un termómetro de las emociones para facilitar que identifique y gradúe con mayor precisión sus emociones. Dicha escala visual oscila del 0 al 5, correspondiéndose el 0 con un estado de felicidad y el 5 con el enfado descontrolado, habiendo emociones intermedias. Para facilitar la identificación de los 6 estados emocionales reflejados en el termómetro, se asocia cada uno de ellos con las sensaciones físicas que producen. En particular, las sensaciones físicas percibidas por Mario. Se le indica al menor que cuando identifique que su termómetro de las emociones ha llegado a 3 (enojo: expresión facial seria, ceño fruncido o presión en la cabeza), abandone la situación desencadenante de la emoción negativa y se dirija a su cuarto. Se instruye a Mario para que, una vez ahí, ponga en práctica la técnica de relajación muscular de Koeppen (2002). Dicha técnica está pensada especialmente para niños, realizando ejercicios de tensión y relajación de los diferentes grupos musculares, de la misma manera que las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson (1938), aunque diseñada de una forma breve, sencilla y lúdica. La técnica de relajación de Koeppen se practica con el menor al teléfono, refiriendo él mismo sentirse “mejor” tras realizarla: *“apretar los puños como si estuviese exprimiendo un limón hace que me quede cansado, pero bien”*. Una vez haya conseguido identificar y reducir su enfado, Mario regresará con sus padres para terminar la conversación que estaban manteniendo. El menor verbaliza sentirse mal tras las discusiones con su madre, y acepta poner en marcha lo propuesto.

Instruir a la madre en cómo manejar las rabietas de Mario: Tras explicar a la madre la técnica del termómetro de las emociones y la técnica de relajación muscular para niños de Koeppen (2002), se le indica cuáles son los pasos que va a seguir su hijo cuando identifique que su termómetro emocional ha llegado al 3. Se insta a los padres a que no sigan a su hijo a su cuarto para continuar la discusión, y que permitan que su hijo gestione sus emociones de manera individual. Se solicita a los padres que refuercen positivamente todo intento por parte de su hijo de frenar el arrebato de ira, y a que ellos mismos monitoricen su estado anímico al interactuar con sus hijos, identificando posibles emociones negativas y procurando mantenerse calmados y serenos al dirigirse a Mario.

Segunda llamada: 52 minutos

En esta ocasión, contactamos desde el servicio telefónico de atención psicológica para aquellos afectados por el COVID-19 con la familia, 3 días después de recibir su llamada en el Consejo General de la Psicología.

Al igual que en la primera toma de contacto, se cumplimentó un breve cuestionario de exploración psicopatológica de Beatriz (Tabla 2). Refiere sentirse menos agobiada que en la última llamada, aunque dicha mejoría no se ve totalmente reflejada en el cuestionario, dado el escaso periodo de tiempo transcurrido entre sesiones.

Evaluación del progreso: Beatriz

Se destina parte de la llamada a recabar información sobre el desarrollo de los últimos días. La madre nos indica que ha comenzado a notar mejoría. Expresa que, tras ponerse en contacto por primera vez con el servicio de atención psicológica, tanto ella como Mario dedicaron la tarde a diseñar y dibujar con esmero el termómetro de las emociones de su hijo. Señala que ambos disfrutaron del momento, y que posteriormente aprovecharon para practicar juntos la técnica de relajación de Koeppen (2002). A pesar de haber experimentado Mario una explosión de ira al día siguiente, él mismo se disculpó a sus padres pasado un tiempo, algo inédito hasta el momento. Beatriz refiere que, en lo que va de día, su hijo no ha experimentado ninguna rabieta, aunque lo achaca a que es fin de semana: *“se ha rebelado en dos ocasiones, y ha vuelto a pelearse con su hermano G., pero tengo que reconocer que no le noto tan tenso y apático como antes”*. Beatriz indica que han practicado juntos las técnicas de relajación por las noches, convirtiéndose en un momento especial del día para ellos. La madre de Mario explica esperanzada que su hijo, aun no pudiendo contener el enfado hace dos días, se esforzó por mantener el control de sus emociones, acudiendo él mismo a consultar el termómetro de las emociones que han colgado en el frigorífico, y posteriormente dirigirse a su cuarto. Beatriz refiere que cuando su hijo volvió a salir del cuarto, su nivel de activación no había disminuido lo suficiente y continuó su berrinche.

Evaluación del progreso: Mario

Se comienza explorando cómo se ha desarrollado la semana, preguntándole a Mario por eventos y actividades que le han resultado gratificantes. Refiere que uno de los mejores momentos del día es la hora de irse a la cama, dado que puede pasar tiempo a solas con su madre practicando los ejercicios de relajación: *“los ejercicios no me importan tanto, lo que me gusta es pasar tiempo con ella”*. Además, se muestra entusiasmado a hablar de la tarde en la que toda la familia se involucró en actividades lúdicas, jugando a juegos de mesa y viendo una película. Aunque inicialmente Mario no reconoce haberse peleado con su hermano Nicolás en los últimos días, termina por verbalizar que *“no pudo pararse”*: *“me enfadé mucho esa mañana porque mis padres nos habían prometido que por la tarde pasaríamos tiempo juntos, pero al final no lo hicieron. Siempre están igual. Me echaron la bronca por ver la televisión entre clases cuando ya había terminado todas las tareas, castigándome sin jugar.”* Expresa que tanto él como su hermano anhelan pasar más tiempo con sus padres haciendo actividades lúdicas por las tardes, algo que comenzaron a hacer al inicio de la cuarentena, pero que con el tiempo han ido dejando: *“quiero hacer más cosas divertidas con ella, no que me hable para echarme la bronca”*.

Objetivos de la segunda intervención:

- Planificar un horario de mañana más preciso y provechoso, tanto para los padres como para los hijos.
- Establecer cómo y cuándo administrar refuerzos positivos y castigos negativos con el fin de modificar la conducta desadaptativa.

Intervención

Planificar un horario de mañana más preciso y provechoso, tanto para los padres como para los hijos: Las mañanas son una situación desencadenante de las explosiones de ira y roces entre familiares, en particular los momentos en los que el menor ha terminado las tareas de clase y tiene que esperar a que el resto de sus compañeros también acaben. Mario refiere que relejendo el temario de clase tras terminar los deberes no aprende nada nuevo, y que recurre a la videoconsola por inercia. Se plantea, por tanto, si estaría dispuesto a realizar otro tipo de actividad educativa para ocupar el tiempo muerto. Beatriz expresa que el motivo por el que le pedían a su hijo que repasase la lección sin levantarse de la mesa, era para *“mantener el orden dentro del alboroto generado por el teletrabajo y las clases virtuales de los niños”*. *“Si no están sentados, están trasteando en el salón, y nos es imposible a mí marido y a mí concentrarnos. Sé que son niños y que es lógico, pero no se nos ocurre otra cosa para evitar que interrumpan reuniones importantes. Lo que ahora veo muy claro es que lo que estamos haciendo no funciona”*. Pautamos junto con Beatriz diversas actividades lúdico-educativas que Mario pueda realizar on-line, a la espera de que comience la siguiente clase. El menor accede, siempre y cuando dichas actividades estén relacionadas con sus materias favoritas: matemáticas y geografía.

Establecer cómo y cuándo administrar refuerzos positivos y castigos negativos con el fin de modificar la conducta desadaptativa: Hasta el momento, no existe una clara relación conducta- consecuencia. Aunque el comportamiento desadaptativo implica que esa tarde la familia no hará ningún tipo de actividad lúdica y gratificante, la conducta adaptativa no siempre se ve reforzada con actividades en familia. Poniendo en marcha la técnica de solución de problemas, se logra cuadrar dos horas de la tarde, entre las 6 y las 8, para dedicarlas a realizar actividades gratificantes en familia. Se indica a los padres a que refuercen a su hijo con dos horas de tiempo en familia ante los intentos por su parte de frenar el arrebato de ira y regular sus emociones, y siempre que dedique los momentos libres de la mañana a realizar actividades online de geografía y matemáticas. De lo contrario, este tiempo se verá reducido a una hora, aunque siempre se dedicará una porción de la tarde a realizar actividades juntos.

Tercera llamada: 23 minutos

Se preestableció en la sesión anterior que se llevaría a cabo un seguimiento 8 días después de la segunda intervención telefónica, pudiendo los familiares contactar en cualquier momento con el servicio antes de la fecha acordada en caso de necesitarlo.

Por última vez, se cumplimenta un breve cuestionario de exploración psicopatológica de Beatriz con el objetivo de evaluar si se han producido cambios significativos respecto a la semana anterior. Queda reflejado en la Tabla 3 un descenso en sintomatología experimentada por la madre.

Evaluación del progreso: Beatriz y Mario

Beatriz manifiesta que el estado anímico de su hijo mayor comenzó a mejorar de manera progresiva a los tres días de haber realizado la última intervención. El número de enfrentamientos entre ellos se ha reducido considerablemente, y aunque Mario no siempre logra frenar

sus arrebatos de ira, en la totalidad de los casos se produce un intento por hacerlo. Beatriz verbaliza ser más consciente de su propio estado emocional ante los desafíos de su hijo, y expresa sentir mayor control sobre la gestión del conflicto y sobre sus propias reacciones emocionales: *“a veces antes de pedirle a mis hijos que se tranquilicen, los primeros que tenemos que hacerlo somos los padres”*.

Beatriz señala que su marido y ella han modificado una de las actividades acordadas en la sesión anterior. En lugar de dedicar 1 hora en vez de 2 a realizar actividades en familia cuando uno de los menores experimenta un arrebato de ira, han tomado la decisión de dedicar 1 de las horas a realizar actividades gratificantes, y la otra hora, para hablar con sus hijos sobre el conflicto de la mañana, su vivencia del mismo, y sobre cómo se sienten anímicamente: *“Hemos decidido hacerlo de esta manera para que nuestros hijos vean que no se trata de pasar menos tiempo con ellos, si no de disfrutar juntos cuando todos nos encontramos bien de ánimo, y de hablar de cómo nos sentimos cuando el día ha salido más torcido”*. La madre indica que esta manera de proceder les está resultando útil, habiendo percibido un ambiente más distendido en casa y notando una mejoría en el estado anímico de ambos hijos.

Mario pide ponerse al teléfono antes de finalizar la llamada. Indica pasárselo bien dedicando los ratos libres entre clase y clase, y se muestra orgulloso del aprendizaje adquirido: *“el mejor juego de todos y el que más me gusta es el de ubicar las capitales del mundo y aprender cosas curiosas sobre esas ciudades. Para mí es como jugar, y a mi madre le parece bien que lo haga en vez de releer el temario”*. Manifiesta que sigue realizando los ejercicios de relajación por las noches, resultándole especialmente útil la tensión-distensión muscular de los puños y brazos, como si estuviese exprimiendo un limón. El menor también expresa su gratitud por haber conseguido que tanto él como su hermano puedan pasar más tiempo con sus padres: *“Cuando tuvimos que empezar a quedarnos en casa sí hacíamos más cosas nuestros padres, pero después de un tiempo dejaron de pasar tanto tiempo con nosotros por las tardes”*.

Se valoran y refuerzan los logros alcanzados, y antes de poner fin al proceso terapéutico, se le indica a Beatriz que puede volver a contactar con el servicio en cualquier momento en caso de necesitarlo.

Discusión y conclusiones

Desde comienzos de marzo de 2020 en España se está viviendo una situación sanitaria y social completamente inédita producida por la pandemia de la COVID-19 (Chacón, et al., 2020). La abrupta implantación del teletrabajo ha presentado desventajas durante el confinamiento, entre ellas la dificultad para separar el tiempo de trabajo y el tiempo para la familia (Ramírez & Perdomo, 2019). Además, la gestión de las emociones de los hijos añadido a la gestión de las emociones individuales puede resultar retardador e incluso problemático para padres cuando no se dispone de las herramientas necesarias.

El presente capítulo ilustra las dificultades desencadenadas por el estado de alarma de una familia española, desbordada por la situación de confinamiento a la que han tenido que hacer frente con dos hijos que presentan altas capacidades intelectuales.

Con el fin de abordar aspectos como los arrebatos de ira de uno de los menores, el estrés familiar generalizado, y la comunicación deficitaria entre los miembros de la familia, se ha realizado una intervención fraccionada en tres sesiones, atendiendo tanto conjunta como independientemente a dos miembros de la misma familia, Beatriz, la madre, y Mario, el hijo mayor de una fratria de dos.

Cumplir con los objetivos terapéuticos ha requerido tener conocimientos previos sobre cómo puede reaccionar la población infantojuvenil con altas capacidades intelectuales ante el estrés en el plano familiar y la desmotivación en el plano académico. De esta manera, adaptar la intervención y las técnicas utilizadas a las necesidades particulares del caso ha sido efectivo para disminuir los parámetros de frecuencia, intensidad y duración de la conducta problema.

Al igual que en la práctica clínica habitual, se ha intervenido telefónicamente tanto con uno de los progenitores, como con el menor, pudiendo así contextualizar mejor el caso y modificar las conductas desadaptativas de ambas partes.

La alta sensibilidad de niños con altas capacidades intelectuales, manifestada a través de posibles dificultades para gestionar las críticas y los cambios bruscos, ha podido suponer un auténtico reto para algunas familias durante la cuarentena. Este artículo ha tratado de poner de relieve una problemática poco conocida, pero real para una minoría de las familias españolas, además de un desglose de la intervención efectuada para remediar el problema.

De las llamadas atendidas desde el servicio, aquellas relacionadas con duelo, ideación autolítica, o atención a enfermos y sanitarios han podido resultar especialmente llamativas, siendo vistas como situaciones claramente demandantes y derivadas de una situación excepcional. Desde el punto de vista clínico, dichas llamadas han podido eclipsar la dura realidad a la que se han enfrentado millones de españoles en su día a día, que sin haber vivido la pandemia de primera mano, sí han vivido el confinamiento en sus propias carnes.

Hemos tenido la oportunidad de atender miles de casos durante el estado de alarma, de los cuáles el de Mario y Beatriz ha resultado especialmente entrañable. Multitud de familias han tenido que hacer frente a la convivencia más extrema durante varios meses sin previo aviso, viendo cómo sus vidas han dado un giro inesperado, acercándoles más que nunca físicamente, y en algunas ocasiones distanciándoles en el plano emocional. El caso expuesto nos ha parecido una historia con la que muchos españoles, en mayor o menor grado, han podido sentirse identificados, por lo que se ha considerado esencial que quedase representado en el presente libro.

Referencias

- Alberta Learning. (2004). *The journey: A handbook for parents of children who are gifted and talented*. Alberta Learning.
- Amend, E. R., Koehler, J., Peters, M.P., Joerg, M., & Nilles, K. (2020). *Supporting your gifted child during COVID-19*. Washington. https://www.nagc.org/sites/default/files/Publication%20PHP/NAGC_TIP_Sheet_COVID19_With%20Strategies%20by%20Development%20Level_April%202020.pdf. Accessed: 02 June 2020.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). Enfermedad del Coronavirus (COVID-19); *Cómo Cuidar a los Niños*. Atlanta: CDC. <https://www.cdc.gov/spanish/index.html>
- Chacón, F., Fernández-Hermida, J. R., & García-Vera, M. P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>
- Enmienda, E., Koehler, J., Parker, M., Joerg, M., & Nilles, K. (2020). *Supporting Your Gifted Child During COVID-19*. Washington, DC: National Association for Gifted Children.
- Guterres, A. (2020). Mensaje del Secretario General sobre los efectos de la pandemia de la COVID-19 en los niños. New York, NY: UNICEF. <https://www.unicef.org/venezuela/historias/mensaje-del-secretario-general-sobre-los-efectos-de-la-pandemia-de-la-covid-19-en-los>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd ed.). Univ. Chicago Press
- Koeppen, A. S. (2002). Relaxation training for children. *En EC Schaefer, D. Cangelosi i MD Lanham (Eds.), Play therapy techniques*, 295-302.
- Ramírez, J., & Perdomo, M. (2019). Ventajas & desventajas de la implementación del teletrabajo, revisión de la literatura. *Revista Competitividad e Innovación*, 1(1), 101-102

Anexo



Tabla 1
Cuestionario de exploración psicopatológica administrado en la primera intervención

Breve exploración psicopatológica de Beatriz				
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
¿Con qué frecuencia ha sentido poco interés o alegría por hacer las cosas?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia se ha sentido de caído/a, deprimido/a o desesperanzado/a (sin esperanzas)?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de controlar sus preocupaciones?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo?	0	1	2	3

Tabla 2
Cuestionario de exploración psicopatológica administrado en la segunda intervención.

Breve exploración psicopatológica de Beatriz				
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
¿Con qué frecuencia ha sentido poco interés o alegría por hacer las cosas?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a (sin esperanzas)?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de controlar sus preocupaciones?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo?	0	1	2	3

Tabla 3
Cuestionario de exploración psicopatológica administrado en el seguimiento

Breve exploración psicopatológica de Beatriz				
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
¿Con qué frecuencia ha sentido poco interés o alegría por hacer las cosas?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a (sin esperanzas)?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de controlar sus preocupaciones?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo?	0	1	2	3



3

¿Y si me preocupo demasiado?

Andrea Cuesta-García y Silvia Sánchez-Ferrer

Ideas fundamentales del caso

- Este capítulo nos permite acercarnos a la realidad del malestar vivido por los menores durante la pandemia de la COVID-19.
- También nos permite observar cómo el confinamiento agrava la sintomatología ansiosa previa a la pandemia en una menor.
- La intervención que se describe en este capítulo nos ofrece estrategias para fomentar la alianza entre psicóloga y paciente, en este caso, una menor de 6 años, por vía telefónica.

Descripción del caso

A lo largo de este capítulo se presentará un caso clínico en el que se ha empleado un enfoque cognitivo-conductual, el cual recibe apoyo empírico a la hora de intervenir sobre trastornos de ansiedad (TA). Del mismo modo, las características del caso y del tipo de intervención, requirieron de la elección de aquellos componentes terapéuticos más apropiados según la idiosincrasia del caso.

La literatura informa de que, durante los últimos años, la infancia y adolescencia ha ido mostrando, con cada vez más asiduidad, un aumento de síntomas relacionados con la ansiedad, como son las pesadillas o las preocupaciones de manera repetitiva, entre otros (APA,

2013; Beesdo et al., 2009). La ansiedad aparece cuando la persona percibe un determinado estímulo como peligroso y desencadena una conducta de escape o protección ante la interpretación de una amenaza. Cuando los síntomas característicos de la ansiedad aparecen de manera intensa, frecuente y persistente, se puede llegar a diagnosticar un TA, siempre y cuando la persona cumpla con unos criterios específicos (Benjamin et al., 2010). Polanczyk et al. (2015) observaron que la prevalencia de los TA en la población mundial infantil y adolescente es de un 6,5%, siendo el porcentaje de menores y adolescentes con trastornos mentales, de un 13,4%.

En este capítulo, nos centraremos en uno de los principales tipos de TA, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), debido a que los síntomas presentes en el caso de Valentía estarían relacionados con el mismo. El TAG se define como una ansiedad excesiva ante una gran variedad de situaciones, en las cuales la preocupación sería el componente cognitivo más destacable. Además, suelen aparecer también síntomas somáticos como malestar, algias o tensión muscular. Las personas que padecen TAG, anticipan de manera incontrolable y repetitiva un sin fin de posibles amenazas cuya probabilidad de suceder es muy baja (APA, 2013).

Las preocupaciones como síntoma principal y nuclear del TAG, se caracterizan por ser pensamientos o imágenes negativas en relación a posibles amenazas o peligros futuros. Además, aparecen de manera invasiva, con mucha frecuencia y casi de forma permanente. En el TAG, dicho componente cognitivo suele ir acompañado de síntomas

fisiológicos o motores como el nerviosismo, la inquietud, irritabilidad, problemas para dormir o fatiga, que acaban provocando un deterioro en el funcionamiento diario (Ezpeleta, 2005).

En la infancia, las preocupaciones suelen aparecer alrededor de los 8 años, siendo la integridad física, la evaluación social, el bienestar y la sensación de ser competentes frente a diversas tareas, algunas de las más predominantes. En el estudio realizado por Kertz y Woodruff-Borden (2011) se observa cómo un 70% de la infancia se preocupa, frente a un 30% que manifiesta preocupación a nivel subclínico.

En relación con los tratamientos existentes para atender a este tipo de problemática, un estudio reciente (García et al., 2018) informa de que el tratamiento cognitivo-conductual sería el tratamiento de elección para los TA, como se ha recogido en numerosas ocasiones. En los resultados de su investigación, observaron una disminución de las creencias distorsionadas relacionadas con estímulos ansiógenos y una disminución de la sintomatología fisiológica asociada.

En el caso que nos ocupa, observamos cómo se extrapola dicho tratamiento adaptándolo a una situación muy concreta, como es una intervención de manera telefónica a una niña española que se encuentra en confinamiento debido a la situación de pandemia que sufre la población mundial. A partir de lo expuesto, se presenta el caso de Valentía, siendo la intervención un reflejo de la literatura recogida. La duración de la intervención telefónica fue de tres llamadas con frecuencia semanal, de 50 minutos de duración media aproximada.

Presentación del caso

Datos biográficos

Valentía es una niña de 6 años, cuya unidad de convivencia está conformada por su madre, su padre, su hermano pequeño de 3 años y la menor. Vive en Madrid y está escolarizada en primero de educación primaria.

Motivo de consulta

La madre llama preocupada por su hija. Refiere que Valentía está durmiendo muy mal en los últimos días, que le cuesta conciliar el sueño y se despierta muchas veces durante la noche. En varias ocasiones, la niña ha sentido un dolor fuerte en el pecho y falta de aire. Del mismo modo, percibe que su hija está muy preocupada por lo acontecido con la COVID-19 y por lo que pueda pasar. La madre refiere que Valentía siempre ha sido un poco preocupadiza y que, últimamente, a pesar de que ya no ponen las noticias y evitan hablar de la COVID-19, Valentía verbaliza una serie de afirmaciones en torno al virus, mayormente relacionadas con la posibilidad de contagiarse en cuanto salgan a la calle y en torno a la preocupación dirigida hacia sus tíos, los cuales se han contagiado y se encuentran en cuarentena.

Exploración y evaluación inicial

Durante la exploración, la madre de Valentía reporta preocupación por su hija y la situación que ya va presentando durante unos años pero que percibe agravada durante el confinamiento. En lo relacionado a las

áreas de funcionamiento, la madre afirma que Valentía es capaz de realizar actividades gratificantes, que hacen un poco de deporte cada mañana, juega con su hermano, se ocupa de las tareas académicas, etc. Sin embargo, se preocupa constantemente por la posibilidad de que le ocurra algo a algún familiar, lo cual dificulta que se concentre en la mayor parte de actividades mencionadas y que cada vez más, le está generando tristeza y necesidad de comprobar que los miembros de su familia se encuentran bien.

Ante la demanda de la madre de que habláramos con su hija, decidimos proponerle que le pasara el teléfono a Valentía, la cual accede a hablar con la psicóloga. En el inicio de la intervención, el principal objetivo era generar un ambiente cálido, de confianza, para que la menor pudiera conectar con la psicóloga y así crear una buena alianza. Por ello, y al tratarse de una intervención telefónica inmediata, se pusieron en marcha diferentes herramientas que se consideran útiles, tanto en terapia presencial como telemática, para fomentar la alianza terapéutica con menores y facilitar la intervención. En la Tabla 1, se proponen algunas estrategias para la intervención telefónica, elaboración propia y recogidas de la guía del Grupo de Intervención Psicológica en Situaciones de Emergencias, Desastres y Catástrofes (GIPEC, 2020).

Tras percibir un clima adecuado y una actitud receptiva por parte de la menor, le preguntamos sobre su malestar y sus preocupaciones. Afirma que siente un dolor fuerte en el pecho, falta de aire y dificultad para dormir. A continuación, comienza a verbalizar una serie de pensamientos que aparecen en su cabeza de manera automática y recurrente, de los cuales es difícil deshacerse y que le hacen sentirse “mal, triste, preocupada”. Entre estos pensamientos que ella misma identifica como preocupaciones, se encuentran: a) que a pesar de que esto acabe, salgan a la calle y se contagien; b) que su abuela, la cual trabaja en un hospital, se contagie del coronavirus y fallezca; c) que su otra abuela, la cual tiene una lesión temporal en la pierna, no vuelva a caminar nunca; d) que de camino a casa, su abuela se encuentre con un hombre malo y le haga daño; e) que a su padre, al cual le operaron hace mucho tiempo de un ojo, le vuelvan a operar y no pueda ver; f) que sus tíos, los cuales permanecen en cuarentena por la COVID-19, no se recuperen nunca.

Historia del problema

La madre de Valentía refiere que la menor no ha padecido previamente ningún tipo de problema psicológico y no ha acudido a terapia a lo largo de su vida. No obstante, como antecedentes familiares, destaca que ella ha padecido un TAG diagnosticado, por el cual estuvo en tratamiento. Este hecho hace que muestre una gran preocupación acerca de que su hija desarrolle este trastorno en el futuro y, por tanto, trate de prevenirlo tranquilizándole y respondiendo a sus dudas de la mejor manera posible. La madre de Valentía cuenta que tuvo una experiencia muy negativa con su hijo pequeño durante el parto. Su vida estuvo en peligro y considera que Valentía se ha visto afectada por el suceso. Refiere que desde que era más pequeña, Valentía ya mostraba ciertas preocupaciones con cuestiones de la vida diaria, sobre todo en torno a la integridad física de su familia y, en algunas ocasiones, cuestiones académicas. No obstante, la sintomatología se está mostrando más agravada desde el inicio del confinamiento generado por la COVID-19. Valentía veía las noticias y preguntaba

constantemente sobre sus familiares y lo que les pudiera pasar.

Del mismo modo, a raíz de que los tíos de Valentía se contagiaron, han aumentado las preocupaciones y se han extrapolado al resto de la familia, tanto en lo relacionado con el virus como con otro tipo de acontecimientos que puedan suponer un peligro para la misma. A partir de ello, a pesar de que Valentía funciona adecuadamente en las diferentes actividades de la vida diaria, está comenzando a sentirse más triste y a tener problemas de sueño que le impiden descansar de manera óptima, lo cual afecta a su rendimiento diario y dificulta la adaptación al confinamiento y establecimiento de hábitos y rutinas saludables.

Evaluación

Como se puede observar, Valentía muestra una gran cantidad de preocupaciones congruentes con la COVID-19 y con la situación vivida, pero también otras que giran en torno a la integridad física de sus familiares más allegados por otros posibles acontecimientos amenazantes. Por ello, y por la historia del problema, se hipotetiza que la menor cuenta con mayor vulnerabilidad a la hora de desarrollar un posible TAG, cuya sintomatología se agravaría en esta situación donde su vida y la de los demás puede estar en peligro. Alguna de la sintomatología que podría apoyar esta hipótesis según el DSM-5 (APA, 2013) es:

1. La menor muestra preocupación excesiva (en forma de anticipación) en relación con diversos sucesos.
2. Estas preocupaciones son difíciles de controlar.
3. La ansiedad y la preocupación se asocia a los siguientes síntomas: inquietud, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse y problemas de sueño. Además, estas preocupaciones aparecen todos los días desde el confinamiento.

No obstante, no se podría afirmar el cumplimiento de los criterios diagnósticos dado que la evaluación no ha sido lo suficientemente exhaustiva debido a las propias características y limitaciones del servicio y, por otro lado, no se puede observar un deterioro en todas las áreas de funcionamiento de la menor, pues la situación acontecida y el propio confinamiento, limita el desarrollo en otras áreas y puede estar actuando como factor de estrés que esté agravando la sintomatología.

Del mismo modo, esta sintomatología también podría ser congruente con un Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), pues las preocupaciones giran en torno a que los familiares de la menor puedan sufrir algún daño, enfermedad o suceso adverso. No obstante, la menor no muestra una resistencia o rechazo a estar sola y tampoco ha mostrado antes del confinamiento miedo a separarse de sus figuras de apego.

Es importante destacar que parte de la sintomatología de la menor es congruente con la situación de estrés acontecida, viendo en peligro a sus familiares y, en consecuencia, aumentando las preocupaciones hacia sus seres queridos. No obstante, es importante tener en cuenta los antecedentes de Valentía para poder paliar el impacto del confinamiento y pueda adaptarse a lo sucedido de la mejor manera posible.

Intervención del caso

Durante la exploración inicial en la primera sesión, se acordaron con la madre de Valentía algunos objetivos a trabajar, así como la posibilidad de poder intervenir con la propia menor para la consecución de algunos objetivos, los cuales se pueden observar en la Tabla 2. En líneas generales, la intervención estuvo dirigida a: 1) Aumentar la adaptación a la situación de confinamiento acontecida por la COVID-19 y; 2) Ajustar las preocupaciones a la realidad, fomentando la sensación de control ante las mismas y reduciendo el malestar.

Tras la primera intervención inmediata, se realizaron dos llamadas más de seguimiento para ir adaptando la intervención a las necesidades, repasar las estrategias facilitadas y evaluar el estado de la menor. Del mismo modo, se repasaron las técnicas con Valentía y con su madre y se solicitó un feedback por parte de ambas para conocer la utilidad de la intervención realizada.

Sesión 1

1. Psicoeducación

A la madre de Valentía:

- ☉ Explicación sobre la vulnerabilidad de la menor en relación a antecedentes familiares y situación estresante acontecida. Se hizo hincapié en el carácter adaptativo de algunas conductas de las personas ante determinados sucesos. Por ello, se normalizaron y validaron algunas conductas y emociones surgidas durante el confinamiento tanto por parte de la familia como de la menor.
- ☉ Explicación de la importancia del papel de la familia para prevenir un agravamiento de la sintomatología.

A Valentía y a su madre:

- ☉ Explicación de la relación entre pensamientos - emociones - conductas, con los ejemplos de la vida diaria de la menor, haciendo hincapié en la posibilidad de control y de cambio.
- ☉ Explicación del papel de la ansiedad como reacción relacionada con el miedo y con sus características específicas. Se explicó a la menor que ese miedo nos envía un mensaje pero que, muchas veces, actúa como una "falsa alarma" en la que ese mensaje no tiene razón y no tenemos pruebas de que sea cierto. Del mismo modo, se hablaron de las sensaciones físicas y de los pensamientos relacionados con el miedo.

2. Entrenamiento en relajación: Respiración Diafragmática

Se utilizó el entrenamiento en relajación, concretamente la técnica de respiración diafragmática, para disminuir la activación fisiológica de la menor. Para ello, se utilizó la técnica del globo. En primer lugar, se le explicó el sentido de esta técnica y por qué era importante practicarla: aprender a relajarnos cuando nos sentimos nerviosas, conocer nuestro cuerpo o favorecer estados de calma. Al ser una llamada telefónica, se dieron instrucciones a Valentía para que se sentara en una silla, pusiera su mano sobre el vientre y siguiera atentamente nuestras instrucciones verbales:

“En ocasiones, cuando nos sentimos muy nerviosas, nuestra respiración se altera y sentimos que no podemos controlarla. Sin embargo, podemos practicar esta técnica para que nuestro cuerpo entienda que es hora de relajarse. Este ejercicio es muy fácil, no te preocupes por hacerlo bien o mal, lo vamos a hacer juntas, aunque no podamos vernos. Vamos a poner nuestra mano sobre el vientre, que es la zona debajo de tu ombligo. Cogemos aire por la nariz en cinco segundos mientras hinchamos nuestro vientre, nuestra tripa, como si fuera un globo. ¡Es importante hacerlo despacio para que no se explote! Nosotras tenemos el control. Después, soltaremos el aire por la boca durante cinco segundos, poquito a poco, mientras ese globo se va deshinchando. ¿Entendido? Ahora lo haremos juntas. Cogemos aire por la nariz en 1, 2, 3, 4, y 5. Soltamos por la boca en 1, 2, 3, 4 y 5. ¿Has notado cómo el globo se hincha y se deshincha? estupendo, lo estás haciendo genial.”

Repasamos las instrucciones con Valentía un par de veces más hasta que nos aseguramos de que habían sido entendidas. Además, explicamos a su madre la técnica mientras la practicaban juntas de nuevo y les indicamos poder realizar la respiración cada noche, antes de irse a dormir. Para ello, Valentía podría hacerlo ya tumbada en la cama y durante 10 respiraciones completas.

3. Técnicas de Visualización o Imaginación Guiada: Lugar Seguro

Esta técnica se utilizó como complemento de la respiración diafragmática para fomentar un estado de calma y seguridad en Valentía cuando las sensaciones fisiológicas y las preocupaciones le generaran malestar. Junto a Valentía, se creó un lugar seguro en su imaginación. Para ello, se le dieron indicaciones para cerrar los ojos e imaginarse un lugar, real o inventado, en el que pudiese insertar todo aquello que le gustara, que le relajara y que le resultara agradable desde los cinco sentidos: vista, olfato, tacto, gusto y oído. Se fueron añadiendo complementos al lugar hasta que su sensación de calma y seguridad fuera en torno a un 8 en una escala de 0 al 10. Más tarde, se realizó el ejercicio de imaginación guiada para ir generando las sensaciones mentales y corporales de relajación, haciendo hincapié en que dicho lugar no aceptaba ningún pensamiento desagradable y nada malo podría pasar en el mismo.

Esta técnica fue explicada a la madre y se dieron indicaciones a ella y a Valentía para que la pudiera realizar una vez practicada la relajación diafragmática y en cualquier momento en el que se sintiera nerviosa.

Se le sugirió poder dibujar el lugar seguro y colgarlo en alguna zona visible de su habitación.

4. Control de estímulos y pautas de higiene del sueño

- Con el objetivo de estabilizar el ambiente y no fomentar o reafirmar las preocupaciones de Valentía, se dieron diferentes recomendaciones a su madre. Entre ellas: supresión, en la medida de lo posible, de noticias e información relacionada con el virus y con la enfermedad delante de Valentía; refuerzo positivo de aquellas conductas congruentes con la realidad y con la posibilidad de recuperación de sus seres queridos y; prevenir las conductas de comprobación de que los seres queridos se encuentran bien. Estas conductas se podrían llevar a cabo, pero en momentos que no siguieran inmediatamente a la preocupación.
- Pautas de higiene del sueño a seguir durante la semana. Entre ellas, se recomendó no tratar ningún tipo de noticia relacionada con el virus ni utilizar aparatos electrónicos durante al menos una hora antes de ir a dormir; generar una rutina estable después de cenar que finalizara en ir a dormir y practicar los ejercicios de respiración diafragmática y visualización en la imaginación del lugar seguro.

Sesión 2

1. Psicoeducación acerca de las preocupaciones

- Uso de metáforas. En relación a la psicoeducación brindada en la primera sesión, en la cual se explicó la relación entre pensamientos - emociones - conductas, y de manera adaptada a la edad de Valentía, se le indica que las preocupaciones no siempre tienen razón y pueden ser “falsas alarmas”. A través de metáforas, se le explica cómo funcionan.

“A veces, tenemos preocupaciones que se meten en nuestra cabeza y que se van haciendo más grandes cuanto más atención les prestamos. Imagínate que la preocupación es un monstruito y la atención que le prestamos es el chocolate. Entonces, el monstruito, se hace cada vez más grande al alimentarse de la atención que le damos, que es el chocolate. Como sabe que cada vez que viene, le damos chocolate, no parará de venir y molestarnos. Cuando controlemos el chocolate que le damos, dejará de molestarnos porque no conseguirá lo que quiere”.

Tras la explicación, se le sugirió a Valentía que pensara en aquellas preocupaciones que pudieran tener menos razón. Por ejemplo, con el apoyo de la psicóloga, se dio cuenta de que era muy difícil que papá no volviera a ver por un ojo, ya que los médicos le hacían pruebas y todo estaba bien.

- Uso del humor. Fue muy útil utilizar el humor con Valentía, haciendo que imaginara las preocupaciones como personajes graciosos que se quieren meter en nuestra cabeza (un

monstruito, un payaso, caras graciosas, etc.), ridiculizando así dichos estímulos y generando respuestas incompatibles con la ansiedad. También se le animó a intentar ver esas preocupaciones como algo fuera de nuestra cabeza, lo cual elegimos que entre o no y, entonces, imaginarlas en una nube que se va y que no puede hacerle daño. Se le indicó que practicara este ejercicio cada vez que vinieran muchas preocupaciones y le generaran malestar.

2. Técnicas de Distracción Cognitiva y Conductual

A Valentía y a su madre:

- Empleo de actividades de distracción cognitiva como imaginación del lugar seguro o autoinstrucciones positivas sencillas: *“estas preocupaciones no me pueden hacer daño, yo elijo hacerlas caso o no”; “esta preocupación no tiene razón, la abuela está bien”; “puedo practicar lo que se para sentirme mejor”.*
- Empleo de técnicas de distracción conductual como escribir la preocupación y meterla en una caja, contar del 1 al 10, realizar alguna actividad que requiera atención como dibujar mandalas o ponerme una canción y practicar un baile con mi familia.

3. Repaso y feedback

Por último, es esta sesión, se repasaron las estrategias facilitadas en la sesión 1 y se preguntó a la madre y a Valentía si habían sido practicadas y de utilidad. Ambas afirmaron haber practicado la respiración diafragmática y, durante la semana, habían notado mejoría en la calidad del sueño. Valentía afirmó *“cuando me despierto por la noche y me siento mal, me imagino perfectamente ese lugar, me gusta mucho”.* Se reforzó positivamente la actitud proactiva y se les animó a seguir practicando para mantener los resultados. Además, accedieron a atendernos en otra llamada para poder realizar una última sesión de seguimiento.

Sesión 3

1. Repaso y feedback

- Establecimiento de hábitos saludables: se repasaron algunas de las estrategias de control de estímulos, se fomentó la idea de generar un horario estable y una rutina diaria para poder mejorar la adaptación al confinamiento. Por otro lado, se recomendó seguir practicando ejercicio físico de vez en cuando, tal y como ya hacían y, por último, se repasaron las actividades diarias gratificantes que podía seguir haciendo durante las próximas semanas.
- Se repasó junto a Valentía todo lo aprendido y se le devolvió capacidad de control, haciendo hincapié en la buena actitud y valentía demostrada durante las llamadas realizadas. Se mostró contenta y, al mismo tiempo, triste, por no poder hablar más con nosotras. No obstante, aseguró que seguiría practicando, sobretodo imaginarse en el lugar seguro y poner en duda las preocupaciones *“es verdad, no todas tienen la razón, son muy pesadas”.* Se reforzaron todos los logros conseguidos.

- Por otro lado, se ofrecieron algunas pautas básicas para el momento de salir a la calle con Valentía como, por ejemplo: anticipar el lugar al que van a ir y por qué; repasar los pasos a seguir en cuanto a las medidas de higiene y seguridad; practicar la respiración y la visualización del lugar seguro si en algún momento se encuentra nerviosa; reforzar actitud y repasar los logros.
- Tras estas indicaciones, se le recomienda a la madre poder llamarnos de nuevo si lo considera necesario y, por otro lado, que Valentía pueda asistir a una terapia más continuada para prevenir el desarrollo de un TA en el caso de que siga la sintomatología y afecte en su funcionamiento diario.

Discusión y conclusiones

A lo largo del capítulo, se ha presentado el caso de Valentía, una niña de 6 años con sintomatología ansiosa desencadenada por diferentes variables y agravada por la situación de confinamiento acontecida por la COVID-19. Para la consecución de los objetivos, se realizó una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual, la cual ha permitido aumentar el bienestar subjetivo de la menor y de su familia.

Todas las situaciones que provocan cambios de gran envergadura a nivel social, afectan en diferentes aspectos a toda la población, siendo la infancia y adolescencia especialmente vulnerable, ya que su entorno se ve alterado considerablemente. En un informe realizado por Alianza para la Protección de la Niñez y Adolescencia en la Acción Humana (2019), se recogen los mayores riesgos a los que la población infanto-juvenil está expuesta, como son los problemas psicológicos y el estrés psicosocial. Además, pueden manifestarse problemas físicos, como el aumento de peso debido a la pérdida de hábitos rutinarios y el establecimiento de otros poco saludables (Brazendale et al., 2017). Además, esta población, en situaciones de estrés, puede manifestar conductas desafiantes o verse agravadas si estaban presentes anteriormente, preocupaciones por su seguridad y la de sus familiares, sobre el futuro o sobre las circunstancias (Barlett et al., 2020). Por ello, estos autores, recomiendan el mantenimiento de rutinas y hábitos saludables, así como el apoyo de los cuidadores para facilitar su funcionamiento ordinario.

Durante los meses de confinamiento, se fueron creando algunas guías para profesionales, padres y madres, cuya finalidad era ayudar al manejo de los problemas psicológicos que pudieran presentar sus hijos e hijas. Una de esas guías es “Confinamiento. Guía para Familias con Hijos e Hijas” (Colegio Oficial de Psicólogos de Cantabria, 2020). En ella, se ofrecen recomendaciones útiles para ayudar a la infancia a continuar con sus rutinas diarias y seguir realizando actividades, minimizando el impacto de los cambios acontecidos. Algunas de las pautas que ofrece son: favorecer la expresión de pensamientos y sentimientos, validándolos, aceptándolos y escuchándolos de manera empática; protegerles de aquella información que pueda ocasionarles malestar o preocupación por noticias falsas o sin contrastar; compartir emociones y preocupaciones de manera asertiva; planificar el tiempo mediante horarios y hábitos; expresar afecto; destacar lo positivo de la situación; y fijar límites y normas.

Otra de las guías que se crearon es la “Guía para el Abordaje no Presencial de las Consecuencias Psicológicas del Brote Epidémico de COVID-19 en la Población General” realizada por la UCM (2020), en la que se ofrecen recursos adaptados a diferentes edades y se recogen estudios como el de Maccoby y Martin (1983) que informan de la necesidad de atender las emociones de la infancia, especialmente en situaciones como en las de confinamiento. Asimismo, es importante que padres y madres informen a sus hijos e hijas de la situación que viven para reducir sus preocupaciones y fantasías, explicando las dudas, ajustadas a su edad (UTCCB, 2020).

Por otro lado, se crearon guías que incluyen actividades específicas para cuidar la salud en familia y reducir el malestar psicológico derivado del estado de alarma. Algunas de ellas se recogen en la “Guía de Actividades y Manejo de la Situación de Confinamiento en Familia. Guía para la Infancia y Familias” de la Cruz Roja (2020), la cual ofrece información adaptada sobre la COVID-19 para la infancia, pautas y herramientas de manejo de la situación para la familia, así como recursos lúdicos y educativos.

La intervención psicológica inmediata telefónica ofrecida desde el Servicio de Primera Ayuda Psicológica (SPAP) por la COVID-19, ha permitido que, menores como Valentía, pudieran compartir sus preocupaciones. Durante los meses en los que el servicio estuvo activo, se realizaron intervenciones un total de 11.417 intervenciones siendo un 2,9% a niños/as y/o adolescentes, en las que las dificultades psicológicas encontradas giraban mayormente en torno a sintomatología ansiosa y depresiva (Berdullas et al., 2020).

Las características del servicio y la posibilidad de realizar seguimiento de los casos atendidos permitieron tener un contacto continuado con Valentía y su familia. A pesar de las limitaciones de tiempo, la buena disposición y actitud de la menor, supuso un éxito en las estrategias facilitadas, consiguiendo un compromiso a poner en práctica las mismas y viendo un avance a lo largo de la intervención. No obstante, algunas de las técnicas utilizadas, tuvieron que ser adaptadas a los tiempos y al carácter telefónico del servicio, siendo importante destacar que se recomendó a la familia acudir a un/a profesional de la psicología si la sintomatología se mantenía o se agravaba a lo largo del tiempo, afectando a la menor en su funcionamiento diario.

Este caso nos permite acercarnos a la realidad de la infancia, conocer qué ha supuesto para los niños y niñas vivir una situación tan estresante y qué posibles herramientas podemos poner en marcha para futuros acontecimientos similares.

En conclusión, siguiendo las técnicas mostradas a lo largo del capítulo y recogiendo algunas de las orientaciones que ofrecen las distintas guías y profesionales de la psicología para la intervención con menores durante el confinamiento, se recomienda: a) favorecer la comunicación en privado entre el profesional y padre-madre, sin que los menores escuchen; b) realizar una evaluación de cribado; c) ofrecerse para tranquilizar al/ a la menor telefónicamente; d) resolver las dudas que presenten, teniendo en cuenta su edad; e) ofrecer psicoeducación y normalizar sus acciones y emociones, validándoles y dejándoles expresarse libremente; f) planificar las actividades rutinarias; g) informar a padres y madres de cómo pueden realizar las técnicas de relajación con sus hijos e hijas; h) formar a los padres en cómo se haría

una exposición progresiva y como servirán de modelo ante los miedos y preocupaciones; i) informarles de que, a veces, infantes y adolescentes expresan la tristeza a través del enfado o con conductas disruptivas; j) dar pautas de manejo ante rabietas derivadas de emociones como la frustración o el aburrimiento.

Este capítulo pretende dar ejemplo de la importancia del cuidado de la infancia y adolescencia en la prevención de futuras problemáticas que atenten a su bienestar psicológico y funcionamiento diario.

Acompañar a Valentía durante unas semanas, nos ha transmitido una gran sensación de orgullo, y hemos querido utilizar este nombre ficticio, “Valentía”, en honor a cada uno de los niños y niñas que están sufriendo esta pandemia, que no solo han tenido que toparse con una situación extraordinaria y complicada, sino que, a pesar de los obstáculos, están demostrando una gran templanza, fortaleza, cuidado y preocupación hacia las personas a su alrededor. Son, los niños y niñas, un verdadero ejemplo de Valentía.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Alianza para la Protección de la Niñez y Adolescencia en la Acción Humanitaria. (2019). *Nota técnica: protección de la niñez y adolescencia durante la pandemia del coronavirus*. (Versión 1) https://www.unicef.org/media/66276/file/SPANISH_Technical%20Note:%20Protection%20of%20Children%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf
- Bartlett, J. D., Griffin, J., & Thomson, D. (2020). Resources for supporting children's emotional well-being during the COVID-19 pandemic. *Child Trends*, 12. <https://aisa.or.ke/wp-content/uploads/resources/health-and-wellbeing/wellbeing-resources/resources-for-supporting-childrens-emotional-well-being-during-the-covid-19-pandemic-290320.pdf>
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 483-524. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Benjamin, C., Podell, J., Mychailyszyn, M., Puleo, C., Tiwari, S. & Kendall, P. (2010). Terapia cognitiva comportamental para la ansiedad en los niños: Componentes clave. En M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge (Comps.), *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes* (pp. 207-239). Buenos Aires: Polemos.
- Berdullas, S., Gesteira, C., Morán, N., Fernández-Hermida, J., Santolaya, F., Sanz, J. & García-Vera, M.P., (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Revista española de salud pública*, 94, e1-13.

- Brazendale, K., Beets, M. W., Weaver, R. G., Pate, R. R., Turner-McGrievy, G. M., Kaczynski, A. T., Chandler, J. L., Bohner, A. & von Hippel, P. T. (2017). Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: The structured days hypothesis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-017-0555-2>
- Colegio Oficial de Psicólogos de Cantabria (2020). *Confinamiento. Guía para Familias con Hijos e Hijas*. <https://copcantabria.es/wp-content/uploads/2020/03/Confinamiento-Gu%C3%ADa-Familias-con-Hijos.pdf>
- Cruz Roja Española (2020). *Guía de Actividades y Manejo de la Situación de Confinamiento en Familia. Guía para la Infancia y Familias*. <https://www2.cruzroja.es/imagina-con-cruz-roja>
- Ezpeleta, L. (2005). *Psicopatología del desarrollo*. Pirámide.
- García, A. V. G., Lara, M. G., Sánchez, C. M., & Rosas, A. R. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y Salud*, 28(2), 177-186. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2554>
- Grupo de Intervención Psicológica en situaciones de Emergencias, Desastres y Catástrofes (GIPEC) (2020). *Atención Psicológica Telefónica COVID-19*. Colegio Oficial de Psicología de Navarra, España.
- Kertz, S. & Woodruff-Borden, J. (2011). The developmental psychopathology of worry. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 174-197. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-011-0086-3>
- Larroy, C., Estupiñá, F., Fernández-Arias, I., Hervás, G., Valiente, C., Gómez, M., Crespo, M., Rojo, N., Roldán, L., Vázquez, C., Ayuela, D., Lozano, B., Martínez-Bernardo, A., Pousada, T., Gómez, A., Asenjo, M., Rodrigo, J.J., Florido, R., Vallejo-Achón, M., & Pardo, R. (2020). *Guía para el Abordaje no Presencial de las Consecuencias Psicológicas del Brote Epidémico de COVID-19 en la Población General*. Universidad Complutense de Madrid (UCM). <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-ABORDAJE-CONSECUENCIAS-PSICOLOGICAS-COVID19.pdf>
- Maccoby, E.E., & Martín, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E. M. Hetherington & P.H. Mussen (Eds), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* Vol.4 (pp.1-101). New York: Wiley
- Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A. & Rohde, L. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- UTCCB. (2020, 9 marzo). Cómo explicar a los niños los motivos del aislamiento o cuarentena por el coronavirus. Faros. <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/como-explicar-ninos-motivos-aislamiento-cuarentena-coronavirus>



Anexo

Tabla 1
Herramientas para la Intervención con Menores

Objetivo	Herramientas
Cuidar el lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar las palabras, no utilizar tecnicismos • Utilizar su nombre durante la conversación
Cuidar el paralenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen suave • Velocidad fluida y no demasiado rápida para una buena transmisión del mensaje vía telefónica • Intentar sonreír para modular el tono de voz
Generar un clima de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • En primer lugar, presentarnos y explicar quiénes somos, a qué nos dedicamos: "¿Sabes qué es un/a psicólogo/a?" • Preguntar en qué podríamos ayudarle o por qué cree que está hablando con nosotros/as. • Interesarnos por sus aficiones, sus gustos, sus actividades en el tiempo libre. Del mismo modo, se puede revelar información personal: "¡A mí me encanta jugar con mi familia a juegos de mesa!" • Mostrar amabilidad y paciencia • Hacer uso del humor cuando proceda
Aumentar la sensación de escucha	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar el intercambio en los turnos de palabra, no interrumpir • Utilizar la paráfrasis para verificar que hemos entendido bien lo que quiere decir • Facilitar el relato, hacerle saber que nos interesa lo que nos está contando, que es importante • En definitiva, hacer uso de la escucha activa
Validar emociones y sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer lo válido de sus emociones y sentimientos • Poner ejemplos de niños y niñas con las que hemos hablado antes que se sienten de la misma manera • Revelar alguna situación personal en la que nos hemos podido sentir del mismo modo • No emitir juicios de valor y mostrar empatía ante las verbalizaciones del/de la menor
Asegurarnos de que el mensaje ha sido transmitido	<ul style="list-style-type: none"> • Dar instrucciones claras y precisas • Realizar preguntas sobre lo que hemos dicho o explicado • Mostrarnos accesibles ante las posibles preguntas
Transmitir la sensación de apoyo y orientación	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar que haya sido capaz de contarnos lo que le ocurre, su valentía de hablar por teléfono sin poder vernos en persona, las herramientas que está poniendo en marcha para estar mejor • Devolver control ante la situación y repasar estrategias

Anexo

Tabla 2
Objetivos y Técnicas de Intervención en el Caso de Valentía

Objetivos específicos	Técnicas de Intervención
1. Aumentar la comprensión del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación tanto a Valentía como a su madre
2. Disminuir la activación fisiológica y mejorar la calidad del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Pautas de higiene del sueño • Control de estímulos • Entrenamiento en relajación: respiración diafragmática • Técnicas de visualización o imaginación guiada: lugar seguro
3. Disminuir la frecuencia y el grado de interferencia de las preocupaciones automáticas y recurrentes	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre la función de las preocupaciones: metáforas • Técnicas de distracción cognitiva y conductual
4. Aumentar el establecimiento de hábitos saludables	<p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de estímulos • Establecimiento de un horario estable y generar una rutina diaria • Incorporar a la rutina actividades diarias gratificantes y ejercicio físico



4



El adiós de Pablo: un caso de duelo infantil en la pandemia

Elena Berzosa, Erika Guijarro, Sara Liébana y Pedro Altungy

Ideas fundamentales

- ⦿ Cómo trabajar de manera telefónica con niños/as que han vivido la pérdida de seres queridos durante la pandemia, sin poder despedirse de ellos. Estrategias psicológicas para intervenciones telemáticas en estos casos.
- ⦿ Importancia del trabajo y la coordinación constante con los padres para poder llevar a cabo una intervención eficaz con el niño/a.
- ⦿ Es fundamental que el/la terapeuta adapte sus intervenciones y las herramientas empleadas a las edades de los niños/as, así como a su nivel de madurez y comprensión de lo que sucede (en el caso que explicaremos, el fallecimiento del abuelo de un niño de 6 años por la Covid-19, al mismo tiempo que su madre también está enferma).

Descripción del caso

Pablo es un niño de 6 años que, debido a la situación de pandemia producida por el virus de la Covid-19, ha perdido a una de las personas más importantes de su vida, su abuelo (por parte materna). Fue ingresado en el hospital poco después de que comenzara a encontrarse mal, con síntomas gripales. Nada más ser ingresado, comunicaron a la familia que había dado positivo en Covid-19. Aunque

en un primer momento se encontraba estable dentro de la gravedad, al segundo día le trasladaron a la UCI por problemas respiratorios graves, y le intubaron. Tres días después falleció.

El abuelo y Pablo convivían en el mismo domicilio y, debido a los quehaceres laborales de sus padres, ambos pasaban la mayoría del tiempo juntos. Esto hacía que la relación entre ambos fuera muy estrecha, más incluso de lo que habitualmente suele darse entre abuelos y nietos. Su abuelo era quien le llevaba y recogía en el colegio a diario, y quien se encargaba de prepararle la comida todos los días. Además, por las tardes, hasta que los padres llegaban a casa de trabajar, Pablo hacía los deberes y jugaba (bien en casa o bien en la calle, según la época del año) con su abuelo.

La madre llama a nuestro servicio muy preocupada por él. Refiere que, desde que le dieron la noticia a Pablo del fallecimiento de su abuelo, éste se encuentra nervioso, triste e irritado. Además, están muy preocupados puesto que, indican, ha estado haciendo comentarios como *"quiero irme con el abuelo"*, *"no quiero estar aquí con vosotros"* o *"quiero estar donde esté el abuelo"*.

La madre nos comenta, visiblemente alterada, que ha explorado a fondo dichos pensamientos y que Pablo le ha manifestado que *"quiero morirse"* y que *"va a darse en el cuello y hacerse mucho daño"* (ya que, según nos dice su madre, un amigo le dijo que esa es la mejor forma de morirse). La madre de Pablo, también nos cuenta que tiene fuertes rabietas cuando, por ejemplo, van a comer y no ponen un plato en la

mesa para que el abuelito coma con ellos. Indica que no quiere comer, que casi no duerme, que llora continuamente y que no suelta en ningún momento, ni la foto de su abuelo, ni el último regalo que él le hizo, un abrigo para estar calentito cuando iban juntos al cole en invierno.

Presentación del caso

Así, lo primero de todo es, a través de la escucha activa, facilitarle a la madre un espacio psicológico seguro para que pueda desahogarse y expresar las emociones que siente asociadas a la pérdida de su padre. Buscamos en un primer momento ayudarle a favorecer un adecuado procesamiento consciente de la situación de pérdida. Posteriormente, escuchamos, valoramos y acogemos, las preocupaciones relacionadas con los comportamientos y las reacciones emocionales del menor que la madre expresa. Con el objetivo de ayudarle a procesar y gestionar las emociones que está sintiendo, trabajamos con ella el proceso de regulación emocional. Le explicamos que, ante vivencias como estas, era completamente normal el sentirse así, que tenía todo el derecho del mundo a ello, y que era importante que se diera el espacio y el tiempo para ello. Además, usando como ejemplo la película de Disney *"Inside Out"*, comentamos con ella la importancia que tiene el buscar la función de cada emoción, para ayudarnos así a poder gestionarlas y darles respuesta.

Tras esta primera intervención con la madre, nos planteamos dos objetivos: gestionar las emociones de la madre relacionadas con la pérdida de su padre (el abuelo), y en tratar de darle pautas y herramientas para favorecer la gestión de la situación con su hijo. Las líneas de trabajo, tras este primer contacto, se dividen en dos. De esta manera, la primera línea de intervención, va dirigida a la gestión emocional que hace la madre por la pérdida de su padre, mientras que la segunda estaría centrada en la gestión y acompañamiento para que la madre tenga estrategias para poder ayudar a su hijo a elaborar la pérdida de su abuelo (a través de técnicas narrativas, cuentos sobre la pérdida, técnicas de regulación emocional como el "semáforo" o "la tortuga") (Bauer, 2011).

Debido a las características de este caso, y a los dos objetivos que se planteaban, se decidió el dividir la atención a la madre. Por un lado, una compañera del servicio se encargaría de trabajar con ella la pérdida de su padre. De esta manera, se buscó que la paciente sintiera que tenía un espacio psicológico personal, seguro e íntimo donde poder trabajar y modular sus propias emociones asociadas a su propia pérdida. Por otro lado, otra compañera se encargó de trabajar con ella las pautas y herramientas para la gestión del duelo en su hijo. Siguiendo las recomendaciones de los principales manuales en intervención infanto-juvenil (Comeche & Vallejo, 2012; García-Vera & Sanz, 2016), la intervención con el menor se hizo a través de la madre, y no directamente con el niño. Esta medida se considera la de primera elección, ya que, al tratarse de un niño de 6 años, es mejor que las herramientas sean trabajadas a través de una figura de referencia y apego (como es su madre, en este caso). Sólo en el caso de que las figuras de referencia se vean desbordadas por la gestión, o si el estado del menor no progresa, será recomendable el comenzar a intervenir de manera directa con él/ella. Es esta segunda línea de intervención la que desarrollaremos a continuación en este capítulo.

La primera pauta que le dimos a la madre fue el que tratara de normalizar las reacciones emocionales de su hijo. De este modo, por ejemplo, le indicamos que cuando su hijo manifestara que echaba de menos a su abuelo o que estaba triste, le dijera algo del estilo "es normal hijo que te estés sintiendo así. No tiene nada de malo. Nosotros también estamos echando mucho de menos al abuelito, y nos encantaría que siguiera con nosotros". De igual modo, le señalamos que era importante esta normalización emocional también ante sentimientos como el enfado o la rabia. Por ejemplo, le indicamos a la madre que, en estos episodios, le comentara a su hijo: "Pablo, con como estás actuando ahora mismo, te noto enfadado. ¿Estás enfadado por algo? Se lo puedes contar a Mamá, a ver si entre los dos, podemos encontrarle solución". De este modo, a través de la psicoeducación, acogimos las cogniciones más preocupantes que Pablo expresaba a su madre (p.ej., "quiero irme con el abuelito"; "con vosotros no estoy tan contento como cuando estaba con el abuelito"; "voy a ponerme malo para que me lleven al hospital y allí me lleven con el abuelito"), desgranándolas y trabajando sobre ellas. Le explicamos el estadio cognitivo en el que su hijo se encontraba y le facilitamos información para reducir el miedo y la incertidumbre asociados a los comentarios de su hijo. De este modo, buscábamos también poder devolverle a la madre la sensación de control y seguridad.

Posteriormente, facilitamos a la madre estrategias para el desahogo emocional de su hijo. Le pedimos que buscara un momento íntimo y tranquilo entre los dos, en un lugar en el que Pablo se sintiera seguro para poder hablar de sus sentimientos y pensamientos, con una temperatura agradable y lejos de posibles ruidos o interrupciones. Le indicamos que se situase en una posición cómoda, encontrándose sus ojos, a la altura de los del menor y, desde esta posición, le indicase a Pablo que podía contar con ella para contarle todo lo que quisiera y necesitara (y que, hasta el momento, no se le había permitido por el miedo que los comentarios del menor le generaban a la madre). Antes de comenzar este proceso, le indicamos a ella la importancia que tenía que se sintiera relajada y tranquila y, que si en un momento determinado no se sentía así, era mejor aplazar esta conversación.

Así pues, una vez considerara que ella estaba tranquila y sosegada, instamos a la madre a dejar que Pablo llevase el peso de la conversación para, de esta manera, respetar los tiempos que él necesitase para liberar sus emociones. Solicitamos además que, a través de "mensajes yo" (que entrenamos con ella mediante *role-playing* durante todo el proceso psicoeducativo), ella le expresase también cómo se sentía en relación a la pérdida, de manera que pudiera servirle a Pablo de espejo emocional (p.ej., "Yo también echo mucho en falta al abuelito. Me gustaría mucho poder estar con él y contarle lo que he hecho hoy en el trabajo. Pero ya no podemos, y es normal que eso nos haga estar tristes"), ayudándole no sólo a expresarse con libertad, si no a hacer conscientes e identificar correcta y conscientemente sus emociones.

Una vez gestionadas las reacciones emocionales, comenzamos a trabajar con la madre las cogniciones de Pablo referidas anteriormente. Le indicamos la importancia de que Pablo pudiera expresarlas, profundizando en ellas para identificar la raíz de las mismas y, de esta manera, poder trabajarlas (a través de la madre, como hemos indicado al inicio de este punto).

Las cogniciones de Pablo que más le preocupaban a su madre eran aquellas relacionadas con la muerte. De nuevo a través de la psicoeducación, basada en el estadio cognitivo del menor y, tras haberle permitido al mismo expresarse en profundidad sobre ello, trabajamos sobre ellas (a través de la madre, dándole las pautas de trabajo a ella), entendiendo que el menor las refería como una “vía práctica de poder estar con el abuelo” y no tanto cómo un deseo fundado y consciente de muerte.

Solicitamos a la madre que le permitiese expresarlas, en un entorno seguro y con *feedback* de devolución como ya habíamos entrenado previamente, practicando con ella en diversos escenarios análogos en los que estas cogniciones pudieran surgir y le facilitamos además material didáctico con películas como *el Rey León* que explica, de una manera muy gráfica, cómo venimos de la tierra (desmitificando un poco la idea del cielo) y, nos convertimos en tierra, o a través de la película *Coco*, que habla de la muerte desde una perspectiva muy didáctica y cercana al menor. También le recomendamos el usar el libro del *Emocionario* (Núñez-Pereira & Romero-Valcárcel, 2013), muy útil para el trabajo del reconocimiento y conocimiento de las funciones de las emociones.

Otra de las preocupaciones que la madre nos manifestó y que trabajamos con ella fue que Pablo había decidido, montar, de manera informal, sobre el radiador del salón, un pequeño altar a su abuelo. En él, había colocado una flor, una vela, una foto de él y su abuelo y el último regalo que el abuelo le había hecho, un abrigo.

Este altar era algo que desconcertaba mucho a la madre, pues no sabía muy bien cómo actuar en relación a él. Nos señalaba que no sabía si quitarlo o respetarlo; si era positivo o negativo para Pablo; o por qué había escogido las cosas que había puesto en él.

Comenzamos esta parte de la intervención normalizando su creación. En este punto, exploramos la espiritualidad y las creencias religiosas que pudieran acompañar la vida familiar de los integrantes, profundizando (desde el respeto) en la forma en la que se le había comunicado al menor el fallecimiento de su abuelo.

La madre nos refirió que le habían dicho que el abuelo se había ido al cielo y que sí se consideraban creyentes. Por ello, la reacción del menor a expresar sus emociones a través de afirmaciones coherentes con la fe cristiana, cobró sentido para la madre.

Puesto que la comunicación del fallecimiento había sido realizada a través de las habituales expresiones dependientes de las creencias espirituales del núcleo familiar, se observó la necesidad de minimizar el posible impacto psicológico que, frases como “*se ha ido al cielo y siempre te va a estar observando desde allí*” pueden generar en los menores a largo plazo.

Es por esto que, trabajamos con la madre el que Pablo creara un “botón imaginario” que se activaba y desactivaba dándose un toquecito en la sien, de manera que, cuando él quisiese, podía dejarle al abuelo que le observase en lo que estaba haciendo, poniéndole ejemplos como cuando tuviera un partido de fútbol importante o quisiera que el abuelito le acompañase en algún logro o en algún momento en el que “hablar con él” le fuese una necesidad, pero, le explicamos además

que, ese botón podía desactivarse de la misma manera si él no quería que el abuelo (ni nadie) se enterase de lo que estaba haciendo o pensando.

Este “botón imaginario” se utilizó como profilaxis a posibles situaciones disfuncionales que se pudieran derivar de la idea de observación constante que se había creado.

Por otro lado, y con el objetivo de profundizar en el significado de los elementos del altar, le indicamos a la madre la utilidad que podía tener el que se lo preguntara de manera directa. Así lo hizo, respondiéndole Pablo que la flor, era “*porque el abuelo siempre le llevaba al parque y le encantaban las flores y la naturaleza*”; la vela, “*porque quería que el abuelito no estuviera a oscuras*”. En cuanto a la fotografía y al abrigo, Pablo le dijo a su madre que decidió colocarlos ya que “*el abuelo hacía lo mismo con las cosas de la abuela*”. Así pues, la madre fue capaz de comprender el motivo de la elaboración del altar por parte de su hijo, lo que le alivió parte del malestar que sentía. Se le indicó que era positivo que su hijo pudiera acercarse a dicho altar cuando sintiese la necesidad, y que lo mantuvieran hasta que Pablo se sintiera preparado para eliminarlo (algo que apareció de manera espontánea por parte del menor tras varias sesiones de trabajo – a través de su madre).

Llegados a este punto, se consideró muy relevante realizar un ejercicio de cierre y despedida situacional. Convenimos que el mismo se realizase por parte de todo el núcleo familiar, de manera que Pablo pudiera sentirse acompañado, teniendo una guía de despedida y que, de nuevo a modo de espejo, fuera capaz de identificar y expresar sus propias emociones y de esta manera, liberarlas y normalizarlas.

Se trabajó con la madre como organizar este acto de despedida. Se le indicó que retirasen todos los elementos distractores posibles que hubiera en el salón y que se sentasen creando un círculo entorno al altar que Pablo había montado. Debían elegir un momento tranquilo, sin ruidos ni olores fuertes, en el que estuvieran seguros de que no se producirían interrupciones. Se indicó que sería interesante que cada uno de los presentes también dedicara unas palabras de recuerdo y agradecimiento al abuelo. Se les sugirió también que utilizasen una música tranquila para el acto.

Para este acto, se recomendó a la madre que ayudasen a Pablo a realizar un dibujo para el abuelo, que contuviese todos los elementos que él quisiera, tratando de guiar el recuerdo y expresando mientras se dibujaba, las emociones que sentía, resaltando además las cosas que más le gustaban del abuelo y aquellas por las que siempre iba a ser recordado. Aunque habitualmente este tipo de dibujos (o cartas, en el caso de niños de más edad) suele ser destruido como símbolo de cierre y/o sublimación, en este caso acordamos con la madre reservarlo para hacerlo cuando Pablo se sintiese preparado y así lo deseara. De esta manera, se buscaba el respetar los tiempos del menor. Indicamos también que no existía una duración determinada “adecuada” para realizar esta actividad. Señalamos que su duración dependería de las emociones que surgiesen. Para dar un cierre al acto, se sugirió el realizar alguna actividad conmemorativa, como “ver la peli favorita del abuelo” o “comer en familia su plato preferido”. La única sugerencia con respecto a la temporalidad fue que el acto de conmemoración no se realizase por la tarde, para evitar que la emocionalidad de la misma se mantuviese y pudiera afectar al sueño de los integrantes en ella.

La madre nos indicó que realizaron la despedida siguiendo las sugerencias que hemos referido arriba. El acto fue celebrado entre Pablo, su padre y su madre. Ella nos expresó que habían sentido mucha unidad entre los tres y un gran alivio al manejar los recuerdos y expresarlos sobre el papel (refiere que el padre y ella también elaboraron una carta de despedida a la vez que Pablo realizaba un dibujo). Según nos manifestó la madre, el menor durmió por primera vez toda la noche seguida y sus rabieta disminuyeron en los días siguientes. Además, Pablo utilizó los elementos del altar durante la despedida (cómo le habíamos sugerido a la madre) y, a los dos días, deshizo el altar, colocando la foto en el cabecero de su cama.

En relación a la irritabilidad y el enfado que la madre nos comentó que experimentaba Pablo, hay que recordar que se tratan de dos de las expresiones de reactividad emocional que aparecen con gran frecuencia en situaciones de duelo (Bertuccio & Runion, 2020; Halder & Samjdar, 2020; Jové, 2008). En el caso de los menores son muy frecuentes debido a que aún no tienen un correcto manejo emocional y no saben identificar lo que están sintiendo ni trabajarlo por lo que se expresan en forma de enfado (Kübler-Ross, 2005).

Para trabajar estas dos emociones, través de herramientas como “el monstruo de colores” (Llenas, 2014) y la técnica de la tortuga (Schneider & Robin, 1990) para ayudar al menor a controlar sus emociones y a expresarlas de una manera adecuada, sin agresividad. Adaptamos el cuento de la tortuga comúnmente utilizado en esta técnica, a la situación de pérdida y le indicamos a la madre de Pablo cómo explicarle los pasos a realizar, utilizando además el abrigo que el abuelo le había regalado como símbolo emocional. El objetivo era que este le ayudase a encontrarse más tranquilo al hacer que se sintiese más próximo a su abuelo al ponérselo. Así, le indicamos a la madre que practicara con Pablo el que se pusiera el abrigo cuando estás se vieran desbordadas y, con él puesto, dejar que la emoción fuera disminuyendo a través de tensionar todo el cuerpo.

Por último, a modo de cierre final de la intervención, se propuso a la madre el realizar el mismo recorrido que Pablo hacía cada día con su abuelo al terminar el colegio (lo cual serviría también como una exposición *en vivo*) para volver a casa. En la sesión de preparación, le indicamos a la madre que explorara cómo se encontraba emocionalmente Pablo. En caso de verle preparado, se le indicó que le propusiera el realizar el paseo, explicándole el porqué de esto. Se le recomendó a la madre que él indicase las paradas que consideraba importantes. De este modo, se hacía partícipe directo a Pablo de este ejercicio de cierre, con el que buscábamos devolverle seguridad, reduciendo de esta manera la incertidumbre y dotándole de control situacional. La madre estuvo de acuerdo con esta actividad, e indicó que la harían en los siguientes días.

De este modo, en la última sesión, la madre nos cuenta que el paseo lo realizaron desde el colegio hasta el parque donde Pablo iba con su abuelo prácticamente todos los días. Destacar que, durante el paseo, la madre nos indica que Pablo llevó el abrigo que le regaló el abuelo. Sin embargo, esta vez no lo llevaba puesto, sino que cada uno, la madre y él, lo llevaban sujeto de una manga. La madre refiere que, durante el paseo, fueron muchas las emociones y recuerdos que aparecieron por ambas partes, y que fueron expresándose el uno al otro. Una vez en el parque, se sentaron a realizar una merienda conmemorativa en

memoria del abuelo (como había pedido Pablo) en el banco donde solían sentarse juntos. Durante esa merienda, se generó un espacio seguro en el que se facilitó la expresión y reconocimiento emocional. Esto pone de relieve la importante alianza y vínculo que se ha ido fortaleciendo durante toda la intervención entre madre e hijo.

Durante la merienda, la madre manifiesta que Pablo decidió sacar el dibujo que hizo en la primera despedida familiar para su abuelo. Hablaron de lo que sentían cada uno, y del deseo que Pablo tiene de “*hacerle llegar el dibujo al abu*”. Siguiendo las pautas que le habíamos dado a la madre sobre la importancia de las despedidas simbólicas, ella nos cuenta que buscaron juntos un sitio adecuado y emocionalmente importante para Pablo para “despedirse” del dibujo y, de esta manera, cerrar este acto. Así, se acercaron al columpio favorito de Pablo, dónde el jugaba durante mucho tiempo con su abuelo. Madre e hijo sujetaron un extremo del dibujo y, poco a poco lo fueron troceando, mientras la madre validaba cualquier reacción que fuera surgiendo. Una vez que el dibujo se transformó en un motón de trozos de papel, Pablo realizó un pequeño agujero en la tierra, justo debajo del columpio donde tanto buenos momentos había compartido con su abuelo. La madre puso todos los trocitos de papel en las manos de Pablo y él los enterró en el agujero. Además, la madre nos comentó que Pablo usó el “botón” que le había explicado a utilizar, como simbolismo de hacer llegar ese dibujo a su abuelo.

Tras esto, volvieron al domicilio y, desde esa despedida, la madre refirió una disminución reseñable de las conductas disfuncionales previamente observadas, mejorando también el sueño del menor y el humor expresado.

Discusión y conclusiones

El duelo es un proceso doloroso, no es un estado patológico, es una etapa natural de la vida. Es una respuesta normal ante una pérdida, la cual produce una afectación a diferentes niveles: físico, emocional, intelectual, relacional y espiritual. Así, Worden et al., (2013) definen el duelo cómo un proceso único y desafiante en donde cada una de las emociones implicadas nos ayudan a llegar a un acuerdo con la pérdida y aprender a integrar el significado de esta en nuestras vidas, estableciendo cuatro tareas principales e ineludibles del duelo que no siguen un modo lineal, sino que, en ciertas ocasiones, es posible que vuelvan a ser experimentadas por el doliente.

La situación actual añade dificultades importantes a las pérdidas que estamos experimentando. Al dolor que produce la pérdida de un ser querido, se suma el no haberle podido acompañar en el proceso de su enfermedad y, en muchos casos, posterior fallecimiento. Además, debido a las medidas de prevención de contagio, como el aislamiento y el confinamiento, no se está pudiendo realizar los rituales de despedida propios de nuestra cultura.

A la hora de comunicar a los niños la pérdida de un ser querido, las personas adultas pueden experimentar emociones de miedo o incertidumbre. Esto genera en ocasiones que se opte por ocultar y/o callar esta información (Fiorini & Mullen, 2006).

De este modo, es fácil terminar facilitando explicaciones erróneas acerca de la pérdida, tanto para los adultos como para los niños. Esto

puede generar una confusión que, unida al dolor de la propia experiencia, puede derivar en complicaciones, las cuales serían el germen del desarrollo de un duelo patológico (Mundy, 2010) que necesite de una intervención terapéutica

Es habitual que se intente proteger a los niños. Se cree que ocultando la noticia se puede evitar la experiencia de sufrimiento que supone la muerte de un ser querido, que ahorraremos ese dolor. Sin embargo, para favorecer un adecuado psicológico del niño/a, es necesario también el que estos se expongan a noticias desagradables y dolorosas. Eso sí, es fundamental que su comunicación se haga siempre acorde a su edad y grado de maduración (no consiste en contar las cosas “sin filtro”, sino en hacerlo de manera adaptada) (Back et al., 2020; Fredman, 2018). De hecho, si los niños crecen sin exponerse al sufrimiento, pueden llegar a ser más propensos a la frustración y no desarrollar las habilidades necesarias para afrontar experiencias a las que seguramente tendrán que enfrentarse en la edad adulta (Neimer, 2002). Por todo ello, de cómo los adultos den las explicaciones acerca de la muerte dependerá la forma en que los niños vivan su primer duelo. Además, hay que tener presente que esto pudiera llegar a marcar el resto de las experiencias de pérdida que sufrirán.

De manera cuasi universal, enfrentarse a la idea de la muerte produce angustia, miedo y/o desasosiego (Testoni et al., 2020). Sentir estas emociones puede hacer que, por empatía, se piense que los niños se sentirán de la misma manera al confrontarles con esta realidad, lo cual puede ser la causa que lleve a no querer hablar sobre la muerte con ellos. Paralelamente, los niños perciben nuestro dolor y preocupación. Como respuesta, es posible que eviten hacer preguntas, puesto que temen hacerles daño e incomodarles. Estas respuestas, no significarían que no quieran saber, sino que su deseo de conocer queda remplazado a otro momento (Mundy, 2010).

Para los adultos ver como los niños se enfrentan a la muerte les genera temor y angustia. Los niños perciben como se sienten los adultos y experimentan cierta reticencia a preguntar, entienden que es un evento doloroso y del que se prefiere no hablar y, por ello interiorizan que debe ser malo (Barreto & Soler, 2007).

El hecho de “no poder hablar” provoca que muchas de las ideas que tienen los niños sobre la muerte se vayan formando por acumulación de “datos sueltos” que oyen sobre el hecho de morir o la muerte, completando ellos la información con su fantasía o ideas infantiles.

De este modo, uno de los aspectos clave para comunicar la muerte a los niños es evitar que elaboren sus propias conjeturas sobre el tema, puesto que esto dificultaría más adelante la comprensión y el acercamiento de los niños al hecho natural de morir y a todo lo que lo rodea (Fiorini & Mullen, 2006). Las respuestas evasivas de los adultos y los intentos por alejarles o distraerles del tema hacen que los niños saquen sus propias conclusiones y no siempre de manera correcta. Por eso, es preferible basar la respuesta de los adultos en un estándar que ayude a guiar al niño por el mejor camino posible (Peña & Montaña, 2005) (Tabla 1).

La comprensión de la pérdida y el proceso de duelo están muy determinados por la edad o el desarrollo evolutivo de cada niño. Hay

cinco elementos fundamentales que intervienen en la comprensión de la muerte y que van a ir cambiando con la edad (Munilla, 2013). La muerte es (1) universal, ya que afecta a todos los seres vivos; (2) irreversible, tras la muerte no se revive; (3) el cuerpo deja de funcionar; (4) es incontrolable, y no depende de los pensamientos o emociones que tengamos; (5) implica el final de la vida, tal y como la conocemos (existe un gran misterio sobre la continuidad o no de otra forma de vida).

Antes de los 6 años, los niños no entienden la idea de universalidad de la muerte (Jové, 2008). Creen que ellos y sus seres queridos vivirán siempre. Además, carecen del concepto de irreversibilidad. Para ello no existe el concepto de “para siempre”. En la infancia se cree que la muerte puede ser interrumpida igual que el sueño. Creen que el cuerpo de la persona fallecida, de alguna manera, sigue funcionando, que puede sentir frío o calor, que puede oír, hablar... También predomina el pensamiento mágico: el niño puede creer que una discusión o una conducta por la que se le recriminó, ha podido ser la causante de la muerte del ser querido. Del mismo modo puede pensar que deseándolo, puede hacer que su familiar regrese de la muerte. El pensamiento mágico es determinante de los sentimientos de culpa que pueden generarse, bien porque el niño piense que no ha hecho lo suficiente para que su ser querido vuelva a la vida, o bien por haber causado tanto daño al difunto con su conducta en vida, que haya podido causarle la muerte. A esta edad no consiguen imaginar que antes de nacer no estaban, no existían y que luego, cuando mueran, no estarán. Ante la muerte, se activan y actualizan antiguos temores. Tienen miedo de acostarse, de la oscuridad o de quedarse en soledad. Sienten la angustia de la separación, les cuesta mucho separarse de sus seres queridos, temen que se produzcan otras muertes. Por otro lado, es cierto que la población infantil a esta edad tiene una enorme curiosidad y hace muchas preguntas. Por último, ante la muerte, la idea de omnipotencia de las personas adultas queda quebrada.

Por el contrario, **a partir de los 6 años**, los niños comienzan ya a cuestionarse si la muerte de otros o la suya propia es posible, aunque no será hasta más adelante, entre los 9 y 12 años, cuando se produce una verdadera aceptación de la propia muerte y la de los otros. Se adquiere la idea “adulta” de la muerte, como final, universal e irreversible (Jové, 2008). Como consecuencia de esto aparecen los temores a perder su propia vida y la de sus seres queridos. A partir de los 7 años desaparece también el pensamiento mágico y comienza la comprensión de que sus pensamientos no son los causantes de la muerte o el regreso de alguien fallecido. Sigue manteniéndose a estas edades una enorme curiosidad, una necesidad de razonarlo todo, de buscar explicaciones a todo lo que sucede. El grupo de amistades es fundamental y tienen miedo de que el hecho de la muerte de un familiar cercano haga que sus amistades los vean como diferentes.

A modo de resumen y conclusiones, ponemos de relieve la afirmación de Peña y Montaña (2005): “*El duelo es un proceso de adaptación normal que sigue a la pérdida de un ser querido*”. De este modo, como terapeutas debemos tener claro que el duelo es un proceso que requiere de un tiempo. No es algo que se vaya a resolver de forma inmediata. Este proceso es dinámico, activo y sujeto a variaciones. Hay altibajos, ida y venidas, el nivel emocional puede oscilar, ... no es lineal. Además, es un proceso normal en la vida de las personas. Tras la

pérdida de un ser querido, lo habitual es que aparezcan reacciones de duelo. No es una enfermedad y no hay nada malo en expresar esas reacciones después de la pérdida. Es preferible que existan reacciones y no pase impasible, como si no hubiera ocurrido nada. A pesar de todo esto, debemos recordar siempre que este proceso es único en cada persona. Así, la forma en que respondemos al duelo los niños y adultos es personal. El duelo además tiene una dualidad pública-privada (se necesita tanto de momentos de reconocimiento y recuerdo compartidos, como personales).

Como colofón, dar unas pautas generales acerca de cómo comunicar la muerte, siguiendo las recomendaciones de Barreto y Soler (2007) y Jové (2008). Lo primero de todo es no olvidar que las personas cercanas y queridas tienen prioridad en recibir la noticia de la pérdida. En este aspecto, debe primar el cariño, vínculo y cercanía con la persona fallecida frente al parentesco. Esta comunicación deberá hacerse lo antes posible, en un lugar íntimo, para favorecer la expresión emocional. En cuanto al contenido, es recomendable comunicarlo de manera gradual, partiendo de lo esencial para, posteriormente, dar detalles (modulando estos detalles y profundidad en función las demandas, estado y edad de quien está recibiendo la noticia). En este sentido, conviene responder a todas las preguntas que puedan hacer los niños, con la mayor sinceridad posible (adaptando la respuesta a su nivel de comprensión y madurativo). Con la comunicación de la noticia, es también el momento de introducir los ritos y los homenajes (bien religiosos, bien civiles/filosóficos). También se especificará que siempre se mantendrá vivo en el recuerdo a la persona fallecida, y que esta no puede ni será reemplazado por nadie. Por último, tratar de facilitar y guiar la expresión emocional de los niños, mediante técnicas como las explicadas a lo largo del capítulo (p.ej., la técnica del espejo).

Referencias

Back, A., Tulskey, J. A. & Arnold, R. M. (2020). Communication skills in the age of COVID-19. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M20-1376>

Barreto, P. y Soler, C. (2007). *Muerte y duelo*. Síntesis.

Bauer, J. (2011). *El ángel del abuelo*. Lóguez Ediciones.

Bertuccio, R. F. & Runion, M. C. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

Comeche, M.I. & Vallejo, M. (Eds.). (2012). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (2ª ed.). Dykinson.

Fiorini, J.J. & Mullen, J.A. (2006). *Counselling children and adolescent through grief and loss*. Research Press.

Fredman, G. (2018). *Death talk: Conversations with children and families*. Routledge.

García-Vera, M.P. y Sanz, J. (Eds.). (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: de la investigación a la consulta*. Ediciones Pirámide.

Halder, S. & Samajdar, S. (2020). Grief-focused psychological intervention in exploration and alteration of the emotional reaction in a child: a case study. *Indian Journal of Mental Health*, 7(3).

Jové, R. (2008). Niños y adolescentes en duelo. En Nomen, L. (Ed.) *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Ediciones Pirámide.

Kübler-Ross, E. (2005). *Los niños y la muerte*. Ediciones Luciérnaga.

Llenas, A. (2014). *El monstruo de colores*. Pop Up Cuentos.

Mundy, M. (2010). *Cuando fallece un ser querido. Guía para niños ante la muerte de alguien*. Editorial San Pablo.

Munilla, E. (2013). *Psicopatología infantil. Preparación psicólogo Interno residente*. Editorial Guillermo Cánepa.

Neimer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Un guía para afrontar el duelo*. Paidós.

Núñez-Pereira, C. & Romero-Valcárcel, R. (2013). *Emocionario; dime lo que sientes*. Palabras Aladas.

Peña, L & Montaña, C. (2005). Manejo del duelo en niños desde el enfoque cognitivo-conductual. En Caballo, V. y Simón, M. (Eds.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Ediciones Pirámide.

Rugg, S (1997). *Los recuerdos viven eternamente. Un libro de recursos para los niños afligidos por una muerte*. Sharon Rugg.

Testoni, I., Ronconi, L., Cupit, I. N., Nodari, E., Bormolini, G., Ghinassi, A., Messeri, D., Cordioli, C. & Zamperini, A. (2020). The effect of death education on fear of death amongst Italian adolescents: A nonrandomized controlled study. *Death studies*, 44(3), 179-188.

Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós

Anexo

Tabla 1
Reacciones según los grupos de edad (Tomado de Peña & Montaña, 2005)

0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none">• Irritable, comportamiento de excesivo apego o pasivo.• Recuerdan imágenes, sonidos u olores.
2 a 6 años	<ul style="list-style-type: none">• Miedo e inseguridad.• Pueden introducir elementos del suceso en sus juegos.• Reconstrucción del evento.• Comportamientos regresivos.
6 a 10 años	<ul style="list-style-type: none">• Culpa, sentimiento de fracaso.• Ira, enfado.• Necesidad de hablar constantemente de lo sucedido.• Comportamientos regresivos.• Fantasía de "salvador"
11 a 18 años	<ul style="list-style-type: none">• Respuesta similar al adulto.• Irritación, rechazo a las reglas, agresividad.• Conductas de riesgo.• Necesidad de parecer competentes, lo que genera dificultad para expresarse.• Cambio de intereses.



5

¡Cojo la puerta y NO me voy!: Límites a una adolescente durante el confinamiento

Marta Cantero Martínez, Rocío García Torres, María Somoza Arnáiz

Ideas fundamentales

- Abordaje de un problema familiar relacionado con la falta de límites ya existente y que se ha visto intensificado por la situación de confinamiento.
- En este caso podemos observar las consecuencias de la pérdida de autoridad por parte de los padres ante una hija adolescente y con un problema de salud, circunstancias que de no ser tratadas pueden desencadenar por un lado problemas en la salud de la niña y por otro lado la intervención de los Servicios Sociales.
- La intervención se ha llevado a cabo con un miembro de la familia, el padre.

Descripción del caso

El confinamiento derivado de la pandemia COVID-19 ha desencadenado numerosas repercusiones en la población, especialmente a nivel psicológico causado por la pérdida de hábitos y rutinas y la instauración de otros menos saludables a causa y consecuencia de diferentes fuentes de estrés (Balluerka et al., 2020).

El aislamiento ha sido vivenciado de distinta manera por cada familia y persona en particular. Vallejo (2020) considera que el modo de enfrentar los problemas y la COVID-19 no es una excepción, depende

no sólo del problema en sí mismo, sino también de las características personales, de la historia de vida y del propio contexto personal, social e histórico de cada individuo y familia.

En el caso de niños y adolescentes, la ansiedad puede manifestarse en conductas desafiantes (p. ej. discutiendo o negándose a obedecer). Es posible que la preocupación de los padres o cuidadores afecte a su capacidad para reconocer y dar respuesta a las señales de alarma de los niños (Espada, 2020).

En la infancia, se han señalado los problemas emocionales (especialmente el miedo, a menudo transmitido por parte de los progenitores) como la consecuencia más habitual, mientras que los problemas de conducta parecen ser las consecuencias psicológicas más frecuentes en los adolescentes a causa de la situación derivada de la pandemia COVID-19 (Gómez-Becerra et al., 2020), siendo sobre este último punto sobre el que nos centraremos en este capítulo.

Si bien el desarrollo de nuevas problemáticas psicológicas ha sido una de las mayores preocupaciones, desde el servicio se ha podido comprobar que lo más habitual ha resultado ser el agravamiento de problemáticas previas, especialmente cuando se trata de problemáticas relacionadas con la convivencia.

La conducta de los adolescentes se ve influida por múltiples factores entre los que se encuentra la interacción parental y el afrontamiento de los progenitores con el menor o el propio estado emocional de los

adolescentes. Esto hace, que cuando alguno de estos factores se ve afectado o desequilibrado, se puedan presentar problemas de conducta y conflictividad familiar. Tanto el estado ansioso-emocional de los padres como el de los adolescentes se han visto especialmente perturbados por el confinamiento como se ha señalado anteriormente, lo que ha favorecido el desarrollo o agravamiento de los problemas de conducta y empeoramiento del ambiente familiar en general.

A la hora de hacer frente a esta problemática, resulta fundamental el afrontamiento adecuado de la interacción parento-filial focalizando la actuación en el establecimiento de límites y la mejora de la comunicación.

Tanto los niños como los adultos necesitan normas y límites que les ayuden a normalizar o regularizar de forma satisfactoria sus comportamientos, especialmente cuando éstos son inadecuados, desadaptados o poco respetuosos con los demás, con los objetos, o con el ambiente y contexto que les rodea. Como vamos a ver en el presente caso, una buena forma de establecer los límites de forma adecuada favoreciendo un mejor ambiente familiar, consiste en consensuar con los jóvenes en la medida de lo posible esos límites, de manera que el adolescente se sienta escuchado. Una vez se tengan claro cuáles son dichos límites, deberán llevarse a cabo. Para ello, Pedreira (2004), propone *las tres C* (Tabla 1), características o particularidades que los padres deben tener en cuenta a la hora de establecer límites.

El adolescente debe tener claro cuáles son los límites establecidos, y los progenitores deben ser claros a la hora de aplicarlos. Para apoyar dichos límites, será imprescindible reforzar las conductas positivas que puedan darse en forma de no reproche por muy escasas que sean (*p. ej.*, no tiene el mismo efecto *“qué bien, ya era hora de que salieras de la habitación”*, que *“cuánto me alegro de que vengas a pasar tiempo con nosotros, ven, siéntate aquí”*).

Sin embargo, esto no tiene por qué ser suficiente, como se ha señalado antes, el confinamiento ha multiplicado esta problemática, teniendo un claro componente emocional previo a causa de la situación de encierro, que de no prestar atención mantendrían el problema.

La familia debe fomentar hábitos saludables, sobre todo en esta época de confinamiento, donde, como hemos indicado anteriormente, hay una desestructuración o pérdida de hábitos y rutinas.

La llamada la realiza Ramón, un varón de 45 años, padre de una familia compuesta por él mismo, su mujer y los dos hijos que ambos tienen en común: la mayor, Beatriz de 14 años, quién es en realidad el paciente identificado, y el pequeño Quique, de 8 años de edad.

Ramón llama a nuestro servicio alegando estar desesperado al no ser capaz de controlar el comportamiento de su hija Beatriz de 14 años de edad, la cual están planteando ingresar próximamente en un centro de menores por sus reiterados problemas de conducta que se han visto agudizados a causa del confinamiento domiciliario.

Presentación del caso

Motivo de consulta

Ramón llama a nuestro servicio señalando que “no es capaz de hacerse con el control de la situación” con su hija, siente haber perdido la autoridad y percibe que su hija lleva el control absoluto de la casa. Los problemas llevan instaurados bastante tiempo, pero lo que le ha hecho decidirse a llamar ha sido la preocupación que siente sobre la propia salud de su hija. Es celiaca y no cesa de ingerir alimentos con gluten durante el confinamiento, no duerme de noche, ni sale de su cuarto durante el día. Desde que él recuerda, la niña ha mostrado problemas de comportamiento, siendo la madre, según él, quien más está sufriendo la actitud de la niña, ya que ella es *“absolutamente incapaz de manejarla, llegando a temer quedarse a solas con ella”*. Servicios Sociales está comenzando a trabajar con Beatriz y en el horizonte empieza a divisarse la posibilidad de ingresar en un centro de menores debido a los graves problemas de conducta que refieren tanto sus familiares en el hogar, como sus profesores en el instituto.

El padre recurre al servicio completamente desesperado, señalando que no tiene recursos ni herramientas *“para hacer que la niña frene”*, no pudiendo controlar que la escalada de conflicto siga ascendiendo; *“los portazos son insoportables”*. Señala que no hay manera de despertarla cuando acuden a su cuarto con intención de que lleve un día a día más adaptativo, con horarios más saludables, etc. *“Es un Hulk al que todos tenemos miedo, a su hermano pequeño lo tiene torturado”*, refiere el padre con angustia y desesperación.

La dinámica y el funcionamiento diarios en la casa de esta familia era una situación problemática constante; levantar a la niña por las mañanas era una verdadera odisea, ya que la niña de noche permanecía despierta, utilizando el ordenador y el teléfono móvil, yéndose a dormir cuando sus padres amanecían, por ejemplo. Al tratar con el padre la importancia que tenía para su hija percibir orden y estructura por parte de sus progenitores, Ramón señala que les *“resultaba imposible poder levantarla a una hora adecuada durante la mañana”*.

Se trabaja con él, a través de psicoeducación, lo vital que resulta proteger a los niños a través de los límites ya que éstos son igual de relevantes que el cariño para proveer a los menores de una sensación de seguridad y protección. La niña estaba percibiendo de alguna manera el miedo de sus padres y su actitud, creciente en esa escalada simétrica, no resultaba otra cuestión que una petición de ayuda para que ellos, los adultos, pudieran aportar orden, estructura y organización a través de estos límites y funcionamiento de vida más saludable.

La situación, ya existente previo confinamiento, empeora en éste al tener que convivir 24 horas dentro de la casa. El ambiente es aún más tenso y los conflictos son constantes. El estrés por parte tanto de los padres como de la niña se ve exacerbado dificultando aún más el afrontamiento por parte de los padres.

Discusión y conclusiones

Igualmente es importante ofrecer un espacio común para compartir y validar los sentimientos de todos los miembros de la familia,

reconociendo lo frustrante que pudiera ser para los jóvenes, por ejemplo, estar separados de sus amigos, escuchando cómo se sienten sin juzgarlos y ofreciéndoles confianza. Resulta fundamental ser modelo de nuestros hijos, no sólo a nivel conductual, sino también emocional. Se está viviendo una situación excepcional que afecta a cada miembro de la familia. Normalizar la verbalización de sentimientos, sensaciones, etc. favorecerá la propia regulación emocional y servirá de modelo para la regulación emocional del adolescente, lo que podría tener consecuencias favorables sobre su estado de ánimo y su conducta.

Respecto a la intervención profesional, también se ha visto necesariamente modificada, la atención psicológica telefónica ha resultado ser una alternativa y oportunidad, con sus pros y contras, durante la situación de confinamiento.

En lugar de la habitual intervención en consulta, donde la cercanía física permite un mayor control por parte del profesional, el hecho de ser un servicio telefónico de primera atención psicológica ha mostrado ciertos inconvenientes. Por un lado, la impersonalidad de la comunicación, donde no se puede ver a la persona ni la persona puede ver al profesional; esto supone una desventaja en lo referente a la comunicación no verbal con la que se transmite calidez, acogida y seguridad que favorecen un mejor vínculo terapéutico y que en este caso se reduce simplemente a la voz.

Además, el tiempo de atención, aunque aparentemente ilimitado, se ve drásticamente reducido debido a la alta demanda de atención en el servicio, lo que hace que no sean atenciones estructuradas y el tiempo de atención se trate de ajustar conforme a cada caso, finalizándose cuando la persona quede medianamente conforme y la situación parezca estar estable. Sin embargo, se contaba con la posibilidad de realizar seguimientos a decisión del profesional a diferencia de otros servicios de primera atención, lo que favorecía evaluar el progreso y asentar el cambio trabajado.

Pero además de la ventaja de la posibilidad de seguimiento en un servicio de primera atención, se ha considerado la ventaja de haber podido ofrecer atención psicológica a aquellas personas que presentan ciertos reparos a la hora de acudir a un profesional, que lo van posponiendo por miedo o vergüenza a mostrar su intimidad a un desconocido, porque no pueden permitírselo económicamente, por lejanía, etc. De esta manera, resulta más sencillo pedir ayuda psicológica para afrontar los problemas de convivencia derivados de esta situación excepcional o ya existentes que se han visto intensificados durante estas semanas.

En este caso en el que los límites no han logrado estructurarse de una manera funcional y en el que los progenitores han perdido la autoridad propia de la relación asimétrica que define el vínculo parento-filial, el trabajo con los padres se centra, a lo largo del seguimiento llevado a cabo, en esta recuperación de la autoridad y en el empoderamiento necesario para lograr tal fin. El objetivo se centra en recuperar los roles propios de una familia. Para ello, se emplea la psicoeducación como base sostenida de trabajo, para conferir a los progenitores (en este caso al padre) el poder que ha perdido, con intención de que pueda ser consciente de la desestructuración y el desplazamiento que se ha dado entre los subsistemas parental y filial (Montesano, A., 2012).

Una vez comprendidos los objetivos y la dinámica disfuncional familiar, se comienza a trabajar estrategias para poder poner límites a la niña. Algunas de estas estrategias fueron: Control de estímulos para proteger a su hija a través de no comprar (para ningún miembro de la unidad familiar) ningún alimento que contenga gluten. También se le ilustra sobre otras herramientas para poner límites, como la medida coercitiva de quitar la puerta del quicio hasta que ella se comprometa a darle un buen uso y poder así recuperar su derecho como adolescente a la privacidad. Además, se le empodera para perder el miedo a la niña, haciéndole consciente de que el adulto es él y de que son ellos como padres los que deben proteger a la niña a través de derechos como la alimentación saludable o los horarios de sueño regulares.

Percibir miedo en los padres resulta muchas veces un síntoma inequívoco de esa pérdida del lugar, del puesto y de la autoridad que los padres tienen, de su poder y capacidad para educar, proteger y respetar a sus hijos. En el trabajo con Ramón, pudo percibirse con nitidez esta falta de seguridad en el desempeño de sus funciones: no se percibían a sí mismos como padres competentes y responsivos, empoderados con las herramientas y la autoridad necesarias para poder proteger a sus hijos con sus propias normas y directrices. El trabajo con estos padres se enfocó precisamente en esta cuestión: retomar su autoridad y confiar en su capacidad de gestionarla de manera diligente. Si ellos no la percibían y no creían en ella, era altamente improbable que la niña lo hiciera.

Se trabajó a través de entrenamiento progresivo con el padre, al que primero debíamos ayudar y guiar por ser el más dispuesto a obtener nuevos recursos y formas de funcionamiento en el subsistema parental, con mayor conciencia de conflicto, para que después pudiera extender su aprendizaje a su mujer, la cual estaba presentando una visión más egosintónica y evitativa de la situación problemática.

Se invitó al padre a acudir a despertar a su hija sin miedo, confiando en su propia autoridad y poder para decidir y hacer cumplir los límites que previamente deberían haber consensuado los progenitores. Así, se decidió que una hora adecuada para despertar a Beatriz serían las 10:00 de la mañana. Entrarían en la habitación con seguridad, sin perder de vista el afecto incondicional, pero con firmeza en el mensaje, las formas y el fondo de este. Si esto no funcionaba, se les indicó que fueran a despertarla con un vaso de agua, para ofrecérsela amablemente; de no ser efectiva esta invitación amable y facilitadora para el despertar de la niña, podrían derramar una ligera e inocente cantidad de esta, con intención de despertarla. El fin era, en cualquier caso, ganar las batallas que hubieran considerado fundamentales, seleccionando muy bien éstas previamente, para no desgastarse en todo aquello que pudiera suponer un conflicto. Que Beatriz empezara su día a una hora funcional y saludable para ella, resultaba un asunto crucial, para comenzar así tomando el mando en cuestiones de vital importancia, como lo eran tanto la calidad de su sueño como de su alimentación, tal y como ya se ha indicado con la restricción total del gluten que debían llevar a cabo en casa.

Algunas de las propuestas, como la del vaso de agua o quitar la puerta, fueron recibidas con cierta reticencia ya que se perciben como radicales y quizás, potenciadoras de más conflicto. Sin embargo, son precisamente esas medidas tajantes (siempre llevadas a cabo a como

consecuencia de la conducta de la menor y sin perder la calma), lo que supone un límite a la altura de la conducta significativamente disruptiva de la niña. Esto fue explicado al padre, que desesperado por no saber qué hacer, aceptó y dijo comprender las propuestas del profesional. Además, no son conductas que se establecieron de manera permanente, sino que irían desapareciendo a medida que la menor vaya extinguiendo las conductas disruptivas.

Según se pudo observar en los seguimientos, el proceso fue progresando adecuadamente. La niña, al percibir límites y un cambio de actitud ejercido con seguridad, empieza a reaccionar y a encontrar una contención y un freno a sus impulsos.

Este caso nos muestra como es tristemente frecuente comprobar a lo largo de estos dos meses de trabajo en el servicio, como son muchos los progenitores que se han sentido desplazados y desautorizados de su legítimo papel de padres y adultos. Cuando un padre no encuentra el sitio o las herramientas para poder ostentar su puesto con rigor y diligencia, se hace necesario emplear la psicoeducación básica para ofrecerles la seguridad de conocer cuál es el puesto que les corresponde para, desde ese punto, poder proteger y educar a sus hijos. Detrás de una gran variedad y de un gran número de disfunciones familiares, se encuentra el problema de la falta de una estructura clara y adecuada, así como de un mal empleo y diseño de límites. Es necesario en este punto ilustrar a los padres que el cariño y los límites son las dos herramientas necesarias y vitales que un niño necesita para poder crecer en un espacio seguro y adaptativo (Minuchin et al., 1998).

Para finalizar, consideramos importante indicar que lo verdaderamente deseable a nivel terapéutico, sería una intervención más completa y menos limitada, donde se pudiera incluir a la madre en el trabajo parental respecto a cómo aplicar normas y comunicación con la menor, y no delegar esta tarea simplemente al padre. Resulta fundamental en la educación la consistencia en el establecimiento de límites por parte de ambos progenitores para evitar una disonancia. Además, resultaría mucho más eficaz el trabajo terapéutico también con la menor de forma individual. Comprender qué le ha llevado a ciertas conductas, evaluar y trabajar a nivel emocional, para favorecer su propia regulación y evitar recaídas en el futuro.

Los problemas de conducta en adolescentes resultan una problemática habitual en nuestra sociedad, que se ha visto agudizada en el periodo de confinamiento. La perturbación en la convivencia y

dinámica familiar acarrea importantes consecuencias que se ven mantenidas, entre otros factores, por la imposibilidad de acceso a recursos profesionales, paralizados a causa del confinamiento. Es por ello que nuestro servicio telefónico ha resultado de gran utilidad en casos como el apenas expuesto a pesar de sus limitaciones.

Referencias

- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L., & Santed, M. A. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación.
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2020). Pautas a las familias de niños y adolescentes. http://www.infocop.es/pdf/Pautas_Familias.pdf
- Espada J.P., Orgilés M., Piqueras J.A. & Morales A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante la COVID-19.
- Gómez-Becerra, I., Fluja, J. M., Andrés, M., Sánchez-López, P., & Fernández-Torres, M. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 11-18.
- Pedreira, J. (2004). Introducción: Agresión y comportamiento en la adolescencia. *Monografías de Psiquiatría*, 16(1), 1-20.
- Minuchin, S., Lee, W. Y., & Simon, G. M. (1998). El arte de la terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de psicoterapia*, 89(23), 5-50.
- Vallejo, M. (2020). Ansiedad, depresión, mal sueño..., datos para combatir los compañeros indeseados del Covid-19. http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,70663778&_dad=portal&_schema=PORTAL

Anexo



Tabla 1
Las tres C, conceptos de referencia

Coherencia	<ul style="list-style-type: none">• Respeto• No contradicciones entre lo que se dice, se pide y se hace• No contradicciones entre lenguaje verbal y no verbal
Consistencia	<ul style="list-style-type: none">• Cumplir las normas• Lo cotidiano es importante• Crear confianza• Coherencia a todos los niveles
Continuidad	<ul style="list-style-type: none">• Evitar cambios de dirección bruscos• Coherencia y consistencia de forma permanente

Adaptado de Pedreira (2004).



6

Cuando la empatía ahoga

Diana Zamarro de Pablos

Ideas fundamentales

- En primer lugar, este caso ilustra una problemática muy frecuente entre el personal de primera línea durante la crisis sanitaria provocada por la COVID-19. Esta situación es especialmente particular por la carga de trabajo física y psicológica que supone. Entre otros aspectos, se encuentra la presión social que conlleva la necesidad de controlar la enfermedad para proteger a diferentes colectivos (las personas con las que se trabaja, las personas convivientes con los trabajadores y la población en todo su conjunto), la falta de profesionales para poder hacerle frente y, por tanto, la no posibilidad de enfermar o "fallar" en las tareas asignadas. Esto último hace referencia al compañerismo propio de profesiones o labores en las que se trabaja en equipo: *si yo fallo o enfermo, aumenta la carga para mis compañeros*. Como consecuencia de esta idea se deriva, de manera implícita y autoimpuesta, la obligatoriedad de no ser débil, no mostrar cansancio o la vulnerabilidad emocional asociada.
- En segundo lugar, el caso de Luna refleja un factor causal de los problemas asociados a la COVID-19 que no suele tenerse en consideración: la necesidad de controlar la expansión del virus, que tiene como consecuencia la disminución de contactos sociales implica que estas personas no puedan relacionarse con amigos y familiares.

- En línea con lo anterior, durante la intervención con Luna se llevaron a cabo medidas especialmente eficaces de manera telefónica que se mostrarán a continuación, como la ventilación emocional con la profesional que intervino y con compañeros de trabajo además de buscar estrategias alternativas para facilitarlos sin interferir con los valores de la persona que implicaban cuidar a su entorno, entre otros.

Descripción del caso

Este caso consta de un total de dos llamadas a este servicio. La llamante, Luna, es una mujer de 53 años, residente en Madrid capital. Es Auxiliar de geriatría de profesión y trabaja en la residencia para la tercera edad con más fallecimientos de la Comunidad de Madrid por infección de Covid-19 en el momento de la llamada, tal y como ella misma comenta. Su motivo de consulta es ansiedad repentina, insomnio y bajo estado de ánimo.

Por su labor como trabajadora en esta pandemia, Luna ha tenido que adoptar roles no correspondidos. Señala que se vio en la necesidad de acompañar en los últimos momentos de su vida a muchos residentes, ser su confidente o llevar a cabo acercamientos religiosos en sus últimos momentos si así lo deseaban.

Por otra parte, Luna comenta que la situación excepcional de pandemia y la gran capacidad de transmisión del virus conlleva tomar medidas también excepcionales para evitar su propagación. Esto

implica no tener rituales de despedida de las personas fallecidas, la imposibilidad de tener muestras afectivas con ellos y la necesidad de “cosificar” a estas personas con el objetivo de cuidarse tanto a sí mismos como al resto de residentes.

Ella relata entre lágrimas e hiperventilando cómo no podían siquiera coger la mano de estas personas; cómo, tras fallecer, tenían que lavar con lejía cada rincón de su cuerpo y, finalizada esta tarea, tenían que envolverles con plástico transparente del que se usa típicamente para envolver alimentos. Esto muestra la enorme necesidad de separar lo laboral de lo afectivo al mismo tiempo que se ven obligados a cumplir varios roles y alternarlos en pocos minutos, con la carga cognitiva y emocional que conlleva.

Luna, además, cuenta cómo en sus momentos de descanso durante la jornada laboral salía al patio de la residencia como hacía habitualmente y, en lugar de ver un patio, lo que percibía era un cementerio; un lugar lleno de cuerpos sin vida de todas aquellas personas fallecidas en la residencia porque los servicios funerarios no tenían capacidad suficiente para abarcar la enorme demanda de trabajo a la que tuvieron que enfrentarse.

Todos estos factores han conllevado en este caso a la aparición de sintomatología ansioso-depresiva (ataque de ansiedad, insomnio, bajo estado de ánimo, desgana) que se acompañan de sensación de desprotección, incertidumbre y embotamiento emocional. Este conjunto de respuestas es muy frecuente entre personas que han experimentado un suceso traumático, y se ha visto reflejado también en población sanitaria que han trabajado en primera línea durante la pandemia provocada por el Covid-19 (Santamaría, et al., 2020).

Existe un amplio debate sobre la patologización de las respuestas asociadas a los eventos potencialmente traumáticos (Broman-Fulks et al., 2009). Estas reacciones pueden ser somáticas, cognitivas, emocionales o conductuales, así como inmediatas o diferidas. Se trata de reacciones naturales y frecuentemente remiten por sí solas entre seis y ocho semanas después del evento (Robles, 2012). Por otra parte, autores como Levine y Kline (2016) señalan que estas respuestas son parte de un mecanismo de supervivencia biológicamente innato y su propósito es únicamente temporal. El reconocimiento de estas reacciones iniciales como normales implica que la persona que las experimenta a priori está sana y no debe ser tratada como paciente (Robles, 2012).

Según Levine y Kline (2016) cuando esta energía dirigida a la supervivencia no se consume adecuadamente y el propósito de temporalidad no se cumple nos encontraríamos ante una situación patológica en la que nuestro organismo sigue reaccionando como si la amenaza estuviese todavía presente.

Según los datos que proporciona la Asociación Americana de Psiquiatría -APA- en 2013 la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en población adulta oscilaría entre el 0,5% y el 3,5% de la población general. Sin embargo, esta cifra aumenta hasta el 15-30% entre la población adulta que vive un suceso traumático (Ezpeleta & Toro, 2014).

En base a estos datos, y a pesar de que en la mayoría de los casos estas reacciones remiten por sí solas, el costo es muy elevado y, por tanto, es especialmente importante trabajar con estas personas sobre sus respuestas tras la situación traumática con el objetivo de que esto no llegue a ser patológico.

El caso de Luna aporta información de cómo trabajar con personas que han vivido situaciones traumáticas para que no lleguen a ser patológicas, así como disminuir el riesgo de que se desarrollen respuestas de *burnout* (estar quemado en el trabajo).

Tal y como se explicitará más adelante, se llevaron a cabo técnicas como ventilación emocional, psicoeducación, respiración diafragmática, higiene del sueño, autocuidado, escritura terapéutica y conexión con familiares y allegados.

Asimismo, es importante también destacar que en el momento de la llamada Luna se ve tan afectada como agotada a nivel emocional por todo lo expuesto anteriormente. Debido a esto, durante la intervención se hizo especialmente importante la colaboración con otras personas allegadas, que facilitarían la mejora y recuperación del estado en el que se encontraba Luna durante el primer contacto.

Presentación del caso

Primera llamada

Al iniciar la llamada, su estado emocional es muy intenso, se encuentra muy agitada y su respiración es acelerada.

Debido a esto, se procede a hacer una primera exploración inicial con el objetivo de descartar posibles crisis psicóticas, patologías, estados de conciencia alterados, consumo de sustancias, ideación suicida o intención de suicidio en curso. Se pregunta su nombre, lugar de residencia, ubicación actual, si tiene compañía en el momento de la llamada y motivo de esta.

Se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona. Durante toda la llamada demuestra un buen funcionamiento en las áreas de atención y memoria. Su lenguaje es fluido de manera general y coherente, y se observa una capacidad adecuada para narrar y ordenar los hechos. Se asume, por tanto, que su funcionamiento cognitivo y sus pensamientos también están ordenados y funcionan de manera adecuada.

Debido a la elevada carga emocional asociada al contenido de su discurso, en ocasiones se observa dificultad para comenzar a narrar algo nuevo. Una vez comienza, el discurso es fluido, ordenado y coherente.

Se muestra abordable y colaboradora, respondiendo correctamente a todas las preguntas planteadas. El llanto es constante a lo largo de prácticamente toda la llamada, siendo más intenso al comienzo. La hiperventilación dura entre cinco y diez minutos.

A continuación, se descarta ideación suicida o intención de suicidio en curso. Comenta que se encuentra sola en su domicilio, pero descarta rotundamente ideación suicida:

No, nunca he pensado cosas así. Soy una persona muy alegre y me encanta vivir, pero no entiendo qué me está pasando ahora, no me reconozco.

Al preguntar por el motivo de su llamada, Luna señala que siente la necesidad de desahogarse con alguien, pero no sabía a quién acudir. Refiere que esa misma mañana, estando en el trabajo, de manera repentina tuvo un ataque de ansiedad, comenzó a hiperventilar y a llorar. Indica que no entendía por qué le ocurrió todo eso ni supo canalizarlo. Asimismo, menciona que le han dado la baja médica para cinco días.

Antes de continuar la exploración del motivo de consulta, y con el objetivo de disminuir la elevada activación de Luna para poder abordarlo de manera más apropiada, propongo respiración diafragmática, explicando este objetivo. Acepta.

Comenzamos la respiración diafragmática y pasados pocos minutos la intensidad de su estado emocional empieza a disminuir y refiere que se siente mejor. Invito a que haga esto regularmente para que en los momentos de mayor activación pueda tener un mejor resultado.

Retomamos el motivo de consulta. Cuenta que ella siempre ha sido una persona muy alegre y activa y que siempre es la que anima a sus compañeros de trabajo. No obstante, señala que desde que empezó la emergencia sanitaria sus ánimos han ido decayendo y llegó un punto en el que no tenía fuerzas ni sentía que fuese ella misma. Actualmente toma medicación para dormir, pero refiere que ni siquiera así consigue descansar.

Al preguntar a qué lo atribuye, indica que durante la pandemia *ha vivido cosas horribles* que le cuesta mucho verbalizar y le está costando mucho gestionar. Cuenta que la residencia en la que trabaja es la que hasta el momento ha tenido más fallecimientos de toda la Comunidad de Madrid.

Según compruebo, la sintomatología que tiene y las experiencias que ha tenido son compatibles con un episodio de Estrés Agudo. Con el objetivo de procesar los eventos traumáticos y minimizar así el riesgo de que se agrave y cronifique (pudiendo constituir un TEPT), invito a que en la medida que se sienta preparada me cuente los pensamientos y vivencias que le rondan estos días y organizamos el discurso para facilitar el procesamiento de la información. Explico que estas reacciones (reexperimentaciones, evitación de pensamientos, hipervigilancia y alteraciones cognitivas) son respuestas normales ante situaciones que no lo son, y que, cuando esto ocurre, necesitamos canalizarlo para que la problemática no empeore. Es decir, destaco que se trata de mecanismos o respuestas de defensa de su organismo para canalizarlo según ella vaya siendo capaz.

La respuesta de Luna ante la proposición de ventilación emocional al comienzo es negativa. Comenta que, a pesar de sentir la necesidad, no quiere traumatizarme. Trato de reestructurar esto, reflejando que el objetivo de este servicio es cuidar la salud mental de la población, incluidos los intervinientes de primera línea. Además, recalco la necesidad que lo haga, conmigo o con otras personas o recursos, lo cual entiende.

No obstante, continúa preocupada y destaca de nuevo que no quiere afectar a mi salud mental. Ante esto, con los objetivos de reestructurar esta idea y ejemplificar las acciones de autocuidado, destaco que esto habla muy bien de su manera de ser, agradeciéndole su preocupación por mí y señalando que, para que esto no me afecte más allá de mi jornada laboral, yo también tomo medidas para cuidar mi salud mental y que no conlleve problemas asociados.

En este momento Luna accede y, tras mucho esfuerzo por su parte, comienza a señalar que la peligrosidad del virus y su gran capacidad de transmisión han conllevado tomar medidas también excepcionales para evitar su propagación. Relata cómo las personas fallecen solas tras varios meses sin ver a sus familiares. Esta situación genera en ella un gran sentimiento de frustración por no poder siquiera tener muestras afectivas con los residentes, como agarrar su mano.

En la misma línea, señala que cuando alguno de los residentes fallecía, dejaba de ser "persona" para empezar a ser un *objeto que tienes que desinfectar y deshacerte de él*. Ella es consciente de la necesidad de cumplir los protocolos de limpieza y desinfección. No obstante, relata el gran esfuerzo psicológico que ha tenido que hacer para no conectar con las emociones tan intensas y desagradables que esto le producía y poder realizar así esas tareas:

Muere mucha gente cada día. Esto es más de lo que yo me hubiera podido imaginar en marzo. Cuando alguien muere, muere solo, y tanto mis compañeros como yo intentamos que no sea así, que se sientan acompañados en sus últimos momentos, aunque esté fuera de nuestras labores oficiales. Cuando alguien muere, intento, aunque tenga que llevar el equipo de protección individual, estar a su lado. Les acaricio si puedo, hablo con ellos, les pregunto qué quieren decir a sus familias, les pregunto si son religiosos y cuál es la religión que siguen. Como hasta ahora todos me han comentado que son cristianos, para acompañarlos, cojo la Biblia y les leo algunas páginas para que se sientan en paz y cómodos. Se sienten muy agradecidos y emocionados con cualquier pequeña muestra de cariño y acompañamiento.

Minutos después de esto, cuando ya han fallecido, empieza el protocolo de limpieza. Sus cuerpos aún están calientes y nosotros tenemos que empezar a limpiar y desinfectar. ¿Cómo puede alguien hacer esto sin tener siquiera tiempo para procesarlo?

Cuando aún estamos emocionados y apenas se acaban de ir, tenemos que coger paños limpios, lejía y empezar a limpiarles. Se les desnuda de pies a cabeza y tienes que pasar lejía por cada rincón de su cuerpo, especialmente los orificios.

Tenemos la necesidad de dejar de verlos como personas que acaban de fallecer para empezar a verlos como un objeto que desinfectar, una posibilidad más de transmisión del virus que tienes que frenar. O lo ves así, o no eres capaz de hacerlo. No hay alternativa.

Desinfectas todo el cuerpo y empezar a forrar todo su cuerpo con papel transparente, el mismo que hace una hora estabas usando para proteger la comida que ha sobrado.

Cuenta que es la primera vez *que saca todo lo que lleva dentro* desde que empezó la pandemia. No quiere hablarlo con sus compañeros porque siempre se ha considerado una persona muy alegre y piensa que es ella quien mantiene el ánimo cuando sus compañeros no son capaces:

Si yo me vengo abajo, ¿cómo voy a ser capaz de animarles? No puedo decirles que estoy hundida, me obligo a mí misma a que me vean bien, a mostrar a la Luna que he sido siempre.

Al preguntar por tiempos de descanso durante su jornada laboral, relata que normalmente, antes de la pandemia, lo que hacía era salir al patio con algún compañero o compañera si coincidían, o sola si no le podía acompañar nadie:

Incluso los descansos han cambiado. Donde antes había un patio ahora hay un cementerio. Los servicios funerarios no dan abasto y dentro del edificio no podemos tener a todos los residentes que han fallecido. La única opción es sacarlos al patio.

Sales y solamente ves pilas de cuerpos sin vida. No desconectas, no descansas.

Al principio salía e intentaba dar la espalda para no verlo y así poder desconectar, aunque fuera un minuto. Pero no es posible, no puedes echar la vista a otro lado. No hay momentos de descanso en el trabajo; tampoco fuera.

Luna refiere encontrarse mucho más aliviada tras contar todo esto. Normalizo las reacciones emocionales que tiene desde el comienzo de la pandemia, le recuerdo de nuevo que son reacciones normales y el hecho de evitar las emociones desagradables es un mecanismo de defensa del propio cuerpo ante situaciones novedosas y difícilmente digeribles.

Refuerzo el gran esfuerzo que ha hecho al contar todo lo que ha vivido a una persona desconocida que se encuentra al otro lado del teléfono, agradezco la confianza y destaco el esfuerzo y la valentía demostrados desde el comienzo de la pandemia por cuidar a los residentes y al resto de la población.

No obstante, ella comenta que no cree que su esfuerzo en el trabajo haya sido tan grande, y además señala que, a pesar de lo hablado anteriormente, no puede evitar sentirse culpable por haberme contado sus vivencias.

Hacemos psicoeducación sobre gestión de emociones y comprende, por sí misma, que se tratan de emociones normales y el hecho de que se sienta culpable no significa que realmente lo sea.

Posteriormente explico la importancia de la ventilación y técnicas narrativas. Pregunto por la red de apoyo social. Señala una buena red e invito a que verbalice aquellos pensamientos y emociones que tiene y que le causan tanto malestar, así como que pueda escribirlo para facilitar su expresión, el proceso de ordenar el relato y el desahogo, igual que hemos hecho por teléfono.

Para facilitar el cumplimiento de la ventilación emocional y técnicas narrativas, planificamos los momentos en los que lo hará y las personas con las que hablará. Ella misma elige hacerlo en tres niveles:

1. Hablar a diario con algún familiar o amigo ajenos a la atención en primera línea, sobre cualquier tema no relacionado con la pandemia ni con lo que ella está viviendo.

2. Hablar, al terminar su jornada laboral, de lo que ocurre en el trabajo con su compañera Mercedes, que, además, suele preocuparse por el bienestar de Luna.

3. Escribir todo aquello que le cuesta más verbalizar con palabras con una frecuencia variable, en función de las demandas del trabajo y de lo que hable con Mercedes. Destaco la importancia de que esto se haga de manera ininterrumpida, sin prestar atención a la caligrafía, ortografía o coherencia del relato.

Abordando la dificultad para dormir mencionada al comienzo de la llamada, pregunto qué medicación toma en este momento, así como sus rutinas de sueño. Refiere que toma melatonina prácticamente desde que comenzó la emergencia sanitaria, pautada por su Médico de Atención Primaria, pero comenta que es insuficiente para descansar.

Asimismo, comenta que duerme muy pocas horas (3-4 horas diarias) desde que empezó la emergencia sanitaria, y las horas que duerme no son reparadoras; se despierta con la sensación de no haber descansado.

Destaca que anteriormente dormía entre 6 y 8 horas diarias y conseguía descansar, pero ahora le cuesta conciliar el sueño (insomnio de conciliación). Posteriormente, indago en su rutina de sueño: a qué hora se duerme, qué hace antes de dormir, si hace ejercicio diario y cuánto tiempo, si se expone al sol, cuánto tiempo utiliza las pantallas cada día y qué hace cuando no puede dormir.

Refiere que se acuesta entre las 23h y las 00h de la noche, pero hasta las tres o cuatro de la madrugada no consigue dormir. Se levanta a las 7h todos seis días por semana para ir a trabajar, pero el día de descanso continúa despertándose a esa hora porque, según cuenta, está acostumbrada a ese horario y se despierta sin despertador. Asimismo, indica que tiene pesadillas prácticamente a diario relacionadas con el fallecimiento de algún ser querido, o catástrofes. Lo vive con mucha angustia y cuando eso le ocurre, no es capaz de volver a conciliar el sueño.

Menciona no hacer ejercicio físico ni tener exposición solar (solamente en el camino al trabajo, unos 10 minutos sumando la ida y la vuelta, si es de día). Por otra parte, antes de dormir comenta estar jugando con el móvil, viendo la televisión o navegando en redes sociales. Cuando no consigue dormir, suele estar en la cama *dando vueltas*.

Con el objetivo de mejorar el insomnio explico pautas sobre higiene del sueño, así como intención paradójica. Explico que la melatonina puede ser una gran ayuda si se acompaña de otras costumbres o rutinas a la hora de dormir, pero por sí sola no es suficiente. En este sentido, destaco la importancia de la exposición a la luz del sol con

protección, con el objetivo de conseguir unos efectos similares a los de los fármacos de melatonina. El mecanismo del ejercicio físico sería similar. Igualmente, con respecto al tiempo de uso de pantallas (móvil, Tablet, televisión, ordenador...), es importante limitarlo, especialmente antes de irnos a dormir, puesto que evitan la producción de melatonina y por tanto será más difícil conciliar el sueño.

Por otra parte, comento que es importante mantener horarios parecidos para acostarnos y levantarnos, de forma que nuestro cuerpo entienda y aprenda que cuando se acerca la hora, segregue melatonina para descansar.

El uso de la cama estaría limitado únicamente a dormir o mantener relaciones sexuales. De esta forma, si tenemos insomnio, es recomendable salir de la cama para evitar *dar vueltas*. Podemos dar paseos dentro de casa, o hacer alguna actividad que nos resulte aburrida (leer un libro de algún tema que no nos guste, hacer problemas de matemáticas si no nos gustan...).

Por último, puede ser de ayuda crear una rutina relajante: tomar una infusión, practicar mindfulness o hacer yoga, establecer una rutina de cuidado facial o corporal, practicar la respiración diafragmática, hacer estiramientos, leer...

Puesto que ha comprobado que la respiración diafragmática le ayuda a reducir la activación, invito a que la practique antes de dormir. Al finalizar las pautas, Luna comenta que, hasta ahora, ella hacía justo lo contrario.

Además de lo mencionado anteriormente para facilitar la ventilación emocional y sentimiento de acompañamiento y comprensión, propongo que los próximos días planifique algunas actividades agradables y placenteras. Decide que hará ejercicio físico, cocinará, leerá e intentará tomar el sol desde algún rincón de su casa.

Esta intervención se realizó seis días antes de la finalización del servicio de Atención Psicológica. Con el objetivo de que esto no sea una sorpresa para ella, le explico que finalizará en pocos días y la siguiente tendrá que ser nuestra última llamada. Quedamos en hablar antes de que el servicio finalice.

Segunda llamada

Al comenzar compruebo que su estado emocional parece menos intenso que durante la primera llamada.

Refiere que se encuentra mucho mejor y ha llevado a cabo las pautas mencionadas en la primera llamada. Ha hablado a diario con sus familiares y amigos, así como con su compañera Mercedes. Señala que esto le ha ayudado a desahogarse y sentirse más liberada y acompañada.

No obstante, cuenta que, para protegerles, los detalles más impactantes los ha escrito en lugar de verbalizarlos o lo ha hablado con Mercedes y otras compañeras del trabajo que han tenido vivencias similares.

Por otra parte, indica que ahora se encuentra más activa y descansada. Ha estado haciendo ejercicio físico, ha tomado el sol desde un rincón de su casa y ha seguido las pautas de higiene de sueño recomendadas y su sueño se está empezando a regular en cuanto al tiempo que tarda en conciliarlo (en torno a una hora, aproximadamente) aunque ha empezado a ser más reparador desde el día que llamó al servicio, según refiere.

La respiración diafragmática le ayuda a estar más tranquila y a relajarse antes de irse a dormir. Cuando se despierta por la noche, intenta mantenerse despierta haciendo actividades aburridas y pronto vuelve a tener sueño. Además, las pesadillas recurrentes han disminuido en frecuencia. Aun así, las noches que tiene pesadillas, al despertarse, escribe todo lo que ha soñado, tira el papel, practica la respiración diafragmática y vuelve a intentar dormir. En caso de que no lo consiga, se levanta, lee un libro que ella considera aburrido o hace problemas de matemáticas y pronto vuelve a tener sueño.

A continuación, menciona que tiene otra preocupación que ha surgido después de la primera llamada: a lo largo del día tiene varios momentos de querer comer alimentos dulces a pesar de haber comido hace poco. Señala que en estos momentos solamente quiere comer dulces como bollería industrial, galletas o chocolate. Sin embargo, se esfuerza por comer una fruta, que también es dulce, pero no le apetece y termina rechazándolo.

Explico la diferencia entre hambre fisiológica y hambre emocional y, tras esto, ella misma llega a la conclusión de que se trata de hambre emocional. Doy pautas sobre cómo manejarlo (gestión de emociones: analizar la emoción subyacente, así como el origen, y recurrir a estrategias de gestión de esas emociones que le hayan sido útiles en otras situaciones). Indico que suele ser de ayuda mantenerse distraída en esos momentos con actividades agradables o practicando de nuevo la respiración diafragmática u otras técnicas como el mindfulness. Por ejemplo, hacer alguna actividad manual si se siente aburrimiento, hablar por teléfono con alguien si se siente tristeza o preocupación, hacer ejercicio físico si se siente ansiedad, etcétera. Se compromete a ponerlo en práctica.

Debido al cierre del servicio telefónico al día siguiente de esta llamada, no es posible volver a llevar a cabo un seguimiento con Luna. Por lo tanto, le invito a que continúe con las pautas trabajadas, refuerzo los logros obtenidos y menciono la posibilidad de buscar ayuda psicológica en caso de mantenimiento de la sintomatología actual o empeoramiento.

Antes de finalizar la llamada, Luna refiere que se ha sentido muy bien gracias al servicio y que le ha ayudado enormemente. Señala que cree que debería quedarse de manera permanente. Nos despedimos.

Discusión y conclusiones

El caso de Luna es un buen reflejo y ejemplo de diferentes fenómenos. En primer lugar, como veía diciendo al comienzo del capítulo, refleja la elevada carga física, psicológica y emocional que tienen nuestros sanitarios de manera general e implícita a su trabajo, y más aún en situaciones de emergencia sanitaria como la causada por la COVID-19.

En segundo lugar, este caso ejemplifica cómo las reacciones de estrés agudo no son sinónimo de TEPT. El insomnio, el embotamiento emocional, la ansiedad, la apatía, la tristeza, la culpa y el cansancio físico y psicológico entre otros son ni más ni menos que respuestas que funcionan como mecanismos de defensa que nuestro organismo pone en marcha cuando la situación que nos ha tocado vivir supera la carga a la que podemos hacer frente en cada momento, ya sea por exceso de demandas, por la elevada intensidad de las mismas, por falta de comprensión de la propia situación o por grandes cambios que necesitan ser procesados. Dicho de otra forma, son respuestas normales y no patológicas de nuestro organismo ante situaciones que no lo son. Sin embargo, y aunque el porcentaje de personas que desarrollan TEPT tras un evento traumático sea de entre el 15 y 30% (Ezpeleta & Toro, 2014) conviene gestionarlo de la manera más adecuada posible con el objetivo de que no se convierta en problemáticas patológicas o crónicas.

En línea con lo anterior, y dado que son reacciones normales de nuestro organismo, este caso ejemplifica la no necesidad de medicación para gestionar este tipo de respuestas de manera directa, automática o implícita. Es posible que, debido a diferentes factores como elevada intensidad de estas respuestas o duración de las estas, en algunos casos pueda ser conveniente tras una intervención psicológica a la que la persona no responde y una valoración por parte de un facultativo de la Psiquiatría; en ningún caso antes. De cualquier manera, esto debería ir siempre acompañado de una intervención psicológica que facilite la expresión de las emociones y pensamientos y permita ordenar y procesar la información de los eventos vividos.

Por otra parte, el caso de Luna es un ejemplo también de un fenómeno que se encuentra con bastante frecuencia en intervenciones psicológicas en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes: refleja cómo la información (en este caso en forma de psicoeducación) puede ser de gran ayuda a la hora de disminuir la intensidad de las emociones, tales como angustia, miedo o preocupación ante las propias reacciones, vividas como extrañas. Esta psicoeducación, que podría decirse que tiene efectos similares a los de un ansiolítico, permite a las personas normalizar sus reacciones emocionales y lanzar mensajes como: *No estás solo, tu cuerpo funciona de manera correcta o esto va a pasar.*

En situaciones de emergencia diferentes a la que hemos tratado en esta ocasión, como cuando tenemos a algún ser querido en Unidades de Cuidados Intensivos o estamos esperando noticias importantes, la información también actuaría de la misma manera. En estos casos se podría enfocar como *tu familiar/allegado está estable, hemos tenido que intervenir de esta manera, continúa la búsqueda* o simplemente *aún no tenemos noticias nuevas*. El hecho de comunicar que no hay cambios es también información que minimiza la incertidumbre y, los seres humanos, tendemos a minimizar la incertidumbre de la manera que encontremos más accesible posible (por ejemplo, buscando información en internet, aunque sepamos que no todo es fiable), o de lo contrario nuestro organismo tenderá a imaginar posibilidades alternativas que en muchas ocasiones suelen ser más angustiosas y no fieles a la realidad.

Abordando las intervenciones propias de este caso, además de la parte más psicoeducativa e informativa, se ha visto que la ventilación

emocional es especialmente efectiva en estas situaciones. Así, esto ayuda a liberar preocupaciones o pensamientos angustiosos, a ordenar ideas y darles coherencia. Por otra parte, la coordinación con otros recursos (en este caso, informales) es fundamental a la hora de que la persona con la que intervenimos se sienta arropada, acompañada y comprendida por parte de compañeros, seres queridos y allegados.

Los seres humanos somos seres sociales y esto implica la necesidad de contar con personas de nuestra confianza a nuestro alrededor. En este sentido, se ha comprobado cómo las intervenciones que incluyen la vinculación y el apoyo en seres queridos para la persona con la que trabajamos son especialmente eficaces, entre otras cosas, porque al tratarse de intervenciones en crisis y emergencias los profesionales se prevé que no estemos en un futuro acompañando a estas personas. Facilitar el contacto y apoyo de la persona con allegados debe ser una de nuestras principales vías de intervención.

Esta intervención permite ver además la necesidad de que haya recursos asistenciales disponibles para los trabajadores de centros sociosanitarios con el objetivo de minimizar el impacto que puedan tener las situaciones vividas dentro del espacio laboral como consecuencia de las labores asistenciales. Pueden ser Psicólogos especialistas en Emergencias que formen parte del equipo de cada centro (hospitales, residencias, centros de día, etcétera), o recursos externos que presten atención presencial o telemática en función de la demanda. Tal y como Luna señala al finalizar la intervención, considera que el recurso telefónico es necesario y debería ser permanente para poder cuidar a quienes nos cuidan.

No obstante, los recursos asistenciales telemáticos, especialmente los telefónicos, tienen algunas particularidades que conviene tener en cuenta a la hora de realizar intervenciones por estos medios. Como ya sabemos, el lenguaje no verbal es fundamental de cara al trato con diferentes personas, no solamente desde el punto de vista asistencial. Así, cuando hablamos por teléfono con alguien perdemos mucha información no verbal. Entre otras, perdemos la posición corporal de la persona, los gestos y expresiones faciales. Esto dificulta la obtención de información que podría ser importante de cara a nuestra intervención. Sin embargo, es importante también tener en cuenta que, igual que los intervinientes perdemos información, las personas que están al otro lado de la línea también la pierden y, por tanto, es fundamental que podamos transmitir esa información de otra manera. Con palabras, con el volumen y el tono de voz que utilicemos o, incluso, con silencios entre otros.

A todo lo anterior es importante sumarle un factor fundamental y es que para poder hacer una correcta intervención en emergencias es imprescindible que el facultativo o facultativa tenga formación específica en esta área para poder diferenciar respuestas adaptativas de las que no lo son, así como saber intervenir en situaciones críticas que pueden conllevar el fallecimiento de una persona, como pasaría en situaciones críticas por riesgo de suicidio.

Para finalizar, conviene tener en cuenta que, aunque los resultados fueron buenos, no debemos olvidar que fueron obtenidos únicamente tras seis días desde la primera llamada y es por tanto insuficiente para poder establecer conclusiones con respecto a la mejoría de Luna en el largo plazo o el no desarrollo de sintomatología que sí pudiera presentar un problema de salud en un futuro.

Hubiese sido conveniente y beneficioso poder seguir la evolución de Luna a medio-largo plazo con el objetivo de poder comprobar los cambios futuros y no solo en apenas una semana. De esta manera, se hubiera podido seguir interviniendo con ella para que continuara mejorando, se hubiera podido intervenir de una manera diferente en caso de que lo necesitara, o, finalmente, se le podría haber derivado a un recurso asistencial más dirigido al tratamiento clínico.

En línea con lo anterior, me gustaría finalizar este capítulo con el recordatorio de que es de vital importancia que se creen recursos asistenciales a diferentes niveles de los que formen parte Psicólogos de Emergencias, con el objetivo de minimizar la intensidad de las respuestas de estrés agudo propias de personas que han vivido situaciones traumáticas para que no lleguen a ser patológicas.

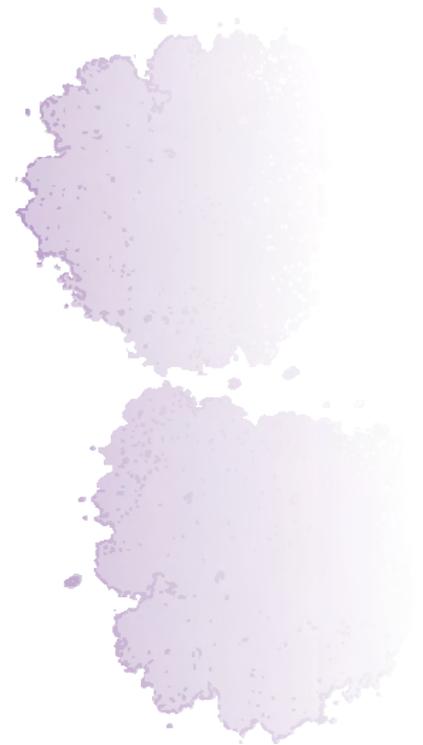
Referencias

- Broman-Fulks, J.J., Ruggiero, K.J., Green, B.A., Smith, D.W., Hanson, R.F., Kilpatrick, D.G. & Saunders, B.E. (2009). The Latent Structure of Posttraumatic Stress Disorder Among Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 146-152. doi:10.1002/jts.20399
- Dosil Santamaría, M., Ozamir-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Jaureguizar Alboniga-Mayor, J. & Picaza Gorrotxategi M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 10.1016/j.rpsm.2020.05.004
- Ezpeleta, L. & Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- Levine, P.A. & Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños*. Barcelona: Eleftheria.
- Robles, J.I. (2012). Orígenes y actualidad de la Psicología de emergencias. En T. Pacheco (Ed.), *Atención psicosocial en emergencias* (pp.17-41).
- Si, M., Su, X., Jiang, Y., Wang, W., Gu, X., Ma, L., Li, J., Zhang, S., Ren, R. & Liu, Y. (2020). The psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. *Infectious Diseases of Poverty*, 9. 10.21203/rs.3.rs-26661/v2.





7



Enciende el respirador: “¿Cómo se hace?”

Patricia Morales Casillas, Itziar Cadenas Borondo

Ideas fundamentales

- Los problemas de ansiedad en situaciones de crisis y de alto nivel de estrés, en ocasiones pueden sobrevenir después de pasar el momento crítico, cuando se recuperan las rutinas anteriores.
- En este caso se analizarán las consecuencias psicológicas de estar en primera línea de actuación frente a la primera ola de COVID-19: reacciones emocionales intensas (miedo, llanto, enfado, culpa...), dificultad en el sueño o pesadillas.
- Una mayor adquisición de estrategias en el manejo de situaciones de alto contenido emocional, hubiese ayudado al manejo de escenarios críticos y la reducción de la ansiedad.
- Algunas de las técnicas empleadas, tuvieron que ser adaptadas a las limitaciones de movimiento existentes en ese momento, tanto en el periodo de confinamiento como en los posteriores de desescalada.

Descripción del caso

Aurea, de 38 años, trabaja como enfermera en uno de los grandes hospitales de la zona norte de la localidad de Madrid. Su actividad habitual se desarrolla en la planta de cirugía, aunque debido a la situación de saturación del sistema sanitario, esta se transformó en un

área para el cuidado de personas contagiadas de Covid-19. Verbaliza que en menos de doce horas se vació la planta y se produjeron los ingresos nuevos, llenándose todas las camas en ese tiempo. Esta situación de máxima ocupación se mantiene desde comienzos de marzo hasta mediados de mayo.

Aurea describió la realidad que vivía en su centro de trabajo como muy estresante, con muchos cambios. Sus principales quejas se centran en: la falta de formación específica: *“nadie sabía que era lo que había que hacer, en la planta nadie era especialista en este tipo de pacientes”*, los cambios en los métodos de trabajo, las decisiones difíciles que se tuvieron que tomar respecto al ingreso de las personas en la UCI: *“nosotros elegíamos quién podía vivir y quien no, usábamos criterios que podían cambiar según el día...”* y los cambios constantes en la forma de enfrentarse al virus a medida que se iba sabiendo más sobre él: *“cada día nos decían una cosa diferente, o incluso en el mismo día cambiaban los criterios de tratamiento, no sabíamos qué hacer y eso hacía que me sintiera insegura en mi trabajo y cuestionarse mis actuaciones constantemente”*.

Presentación del caso

Cuando se produce la intervención telefónica con Aurea, el número de pacientes ingresados en el hospital había disminuido, volviendo a una situación similar a la existente antes de marzo, con el tipo de pacientes y los horarios anteriores a la primera ola. Es a partir de este momento cuando Aurea comienza a experimentar un llanto constante al salir de

trabajar, unido a pesadillas por las noches. Comenta que estas no hacen referencia a la situación vivida, sino a su familia, la cual reside en otra provincia y el pensamiento de no volver a verlos en un corto periodo de tiempo la acompaña todo el día, además de la sensación de distanciamiento, a pesar de hablar todos los días por redes sociales: *“tengo muchas ganas de poder ir a verlos, las redes sociales no me valen, pero no sé cuando podré ir”*. A esto se une también un sentimiento de incompreensión por parte de sus compañeros/as: *“mis compañeros no me entienden, si a sus padres les pasa algo están cerca, pero yo estoy lejos y no sé si les podré volver a ver”*. Estos síntomas se han agudizado desde que está en turno de noche.

Otro de los problemas que verbaliza Aurea es que se siente muy enfadada y le cuesta salir a la calle, por el incumplimiento de las normas de seguridad por parte de la gente. Cuando ve a personas que no cumplen las reglas comienza a sentirse mal, a tener la necesidad de gritarles: *“me resulta muy complicado salir a la calle, la gente va sin mascarilla y me dan ganas de gritarles y pegarles”*. Esto ha llevado a que haya cambiado los sitios para realizar la compra: *“uno de los días que baje a comprar en el estado de alarma vi que una cajera no cumplía con las normas y se lo dije al encargado, pero no cambiaron nada, creo que piensan que soy la loca del Covid”*.

Otro de los aspectos relevantes que manifiesta Aurea es que tiene un gran sentimiento de culpa. Considera que no ha tratado del todo bien a los pacientes por la norma de tiempo restringido con los enfermos impuesta por los protocolos del hospital: *“no podíamos estar acompañando a los pacientes el tiempo que nos gustaría, teníamos que salir de la habitación lo antes posible para poder evitar contagios”*. Otro de los momentos en los que se produce esta emoción de culpa es a la hora de realizarse las video-llamadas con las tablets. Indica que, en algunos casos, era debido al contenido de las conversaciones, ya que le entraban ganas de llorar y sentía la necesidad de cortar la comunicación para no mostrar sus emociones delante de los pacientes: *“no era justo, pero quería que dejaran de hablar para evitar llorar yo”*.

Por último, verbaliza miedo a que la situación se repita nuevamente, llegando a saturarse el sistema sanitario, implicando que las plantas destinadas a otras patologías vuelvan a convertirse en plantas Covid *“mientras voy al trabajo pienso: ¿y si ahora llego y vuelve a ser una planta de Covid?”*

A la hora de llevar a cabo la intervención, lo primero que se realiza con Aurea es un relato de los acontecimientos sucedidos en estos meses. Se busca recolocar los sucesos ocurridos y, de esta manera, facilitar el procesamiento de la información, verbalizar las emociones que ha sentido y comprender las situaciones pasadas. Para conseguir esto, se realiza escucha activa, consiguiendo que Aurea se sienta atendida. Cuando se identifican las emociones, se ayuda a que la paciente las pueda separar y poner un nombre, así se trabajarán de forma individual cada una de ellas.

A continuación, se detallan las técnicas empleadas en cada uno de los problemas que verbaliza. Se trataron todos ellos por separado, basándose el tratamiento principalmente en la normalización y psicoeducación de cada uno de ellos, de forma que Aurea pueda entender la utilidad de las emociones y el motivo de los pensamientos que presenta.

Para el tratamiento de pesadillas y la falta de sueño que estas producen, trabajamos ejercicios de relajación. Como comenta que hace yoga, utilizamos los ejercicios de respiración diafragmática que ella realiza en las clases. Además, se facilitan pautas de higiene del sueño, para que se pongan en práctica, adaptándolas a los cambios de turnos, sobre todo cuando trabaja por las noches.

En lo que se refiere al llanto, se realiza una psicoeducación sobre la emoción de tristeza, haciendo hincapié en la necesidad de este sentimiento para poder procesar y recolocar cognitiva y emocionalmente los sucesos de estos meses. Este llanto también se produce por la separación de su familia que le está causando un fuerte malestar. Otra de las pautas dadas, consiste en realizar ventilaciones emocionales con sus compañeros/as para poder ver que todos/as se encuentran en una situación parecida presentando así una prueba de realidad para que vea que muchos/as personas de la planta están pasando por lo mismo y cambiar pensamientos como *“soy la única que lo está pasando así, veo a mis compañeras y ellas están muy enteras”*. Por otro lado, esto le permitirá mantener la red de apoyo que han generado en los últimos meses, que será útil para ella *“Hemos creado un buen equipo, nos apoyamos y ayudamos entre nosotros. Además, nos hemos cuidado mucho unos a otros para poner en marcha los protocolos que no sabíamos hacer”*.

Frente al sentimiento de culpa, se trabaja con ella la reestructuración cognitiva, ayudando a que las ideas distorsionadas las pueda convertir en otras más adaptativas. Los pensamientos que más se repetían era los siguientes:

- ① *“Estábamos menos tiempo en la habitación de lo habitual, por lo que la atención ha sido peor, no lo hemos hecho como siempre”*. En este caso, reforzamos que los tiempos no se redujeron por su culpa, sino por los protocolos de seguridad del hospital. Además de intentar romper la relación tiempo-calidad del trabajo, sus tareas estaban bien ejecutadas aunque estuviera menos en la habitación, realizando las mismas de una manera más eficiente.
- ② *“He sido muy egoísta, en ocasiones cuando los pacientes hablaban con sus familiares por las tablets, solo quería que terminaran para poder irme y no llorar por las cosas que se estaban diciendo”*. En este pensamiento normalizamos que quisiera salir de la situación y reforzamos de forma positiva el que no lo hiciera y ayudara a los pacientes en todo lo posible.

Otro de los problemas que Aurea verbaliza, es el miedo a que la situación se vuelva a repetir. Para trabajarlo, se comienza reforzando todo lo que ha aprendido en estos meses, ya que conocería protocolos y métodos de trabajo, con lo que no sería algo completamente nuevo. Se enumera con ella una lista de las herramientas aprendidas en este tiempo; se buscan aquellas que son más eficaces y se matizan las que se pueden realizar de otra manera. Además, se enseña la técnica de solución de problemas, en el que se le plantea *¿Qué harías en el caso de que volviera a suceder?*, buscando con ella las soluciones y alternativas.

En último lugar, se trabaja el pensamiento distorsionado de control. Se habla con la paciente de los *locus de control*, trabajando la idea de que

en todo lo que hacemos hay parte que podemos controlar y parte que no. Esto se realiza por las ideas agresivas que surgen respecto a la gente que no cumple las normas, *"les digo que se pongan la mascarilla, lo hacen dos minutos y después se la vuelven a quitar"*, se habla de la imposibilidad de influir y controlar todo lo que hace la gente, y se refuerza aquellas cosas que sí se pueden controlar como son proporcionar información a la gente que va sin mascarilla, centrar su atención en otras cosas cuando va dando un paseo (sobre todo si las personas con las que se cruza no están cerca), controlar los pensamientos anticipatorios y regular las creencias por otras que sean más adaptativas.

Discusión y conclusiones

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la Covid-19 como pandemia, debido a sus niveles de propagación y gravedad (OMS, 2020).

Como consecuencia, a nivel global se ha observado un incremento en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, siendo eso aún más significativo en el personal sanitario, donde el personal de enfermería se ha visto como uno de los más afectados (Erquicia, 2020). Algunos de los factores más relevantes que explican esta mayor vulnerabilidad son la exposición a un posible contagio (suyo o de sus familiares) la sensación de falta de medios de protección, los turnos de trabajo y la toma de decisiones con implicaciones éticas (García et al., 2020)

Son diversos los estudios que han demostrado como, las personas que han estado expuestas a emergencias de salud pública, presentan mayor vulnerabilidad psicopatológica durante y después de dicha exposición (Lee, 2018). Esto podría explicar porqué el colectivo de enfermería mostraría una mayor vulnerabilidad, especialmente ante una crisis como la de la Covid-19, ya que se encuentran expuestos a una alta probabilidad de contagio, a sobrecarga de laboral o a condiciones de seguridad precarias por falta de medios materiales que no cubren las necesidades existentes (Inchausti, 2020).

En el estudio de Ruiz-Fernández et al. (2020) realizado en población española, se analiza una muestra de 506 trabajadores sanitarios durante la crisis de la Covid-19. Las conclusiones a las que llegaron fueron que los profesionales que se enfrentaron a la Covid-19 obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en fatiga por compasión (o "desgaste por empatía"), *burnout* y estrés percibido que los sanitarios que no se enfrentaron directamente con ella (Rodríguez-Quiroga, 2020).

Las sintomatologías con mayor prevalencia durante la pandemia fueron estados de depresión (50,4% - 50,7%), baja calidad de sueño (34% - 36,1%), síntomas de ansiedad (alrededor de un 45%) y síntomas de estrés postraumático (71,5% - 73% en personal sanitario). (Rodríguez-Quiroga, 2020).

Se han realizado también estudios sobre los factores de riesgo y protección en el personal sanitario que pudieron mediar durante la pandemia. No son exclusivos de los profesionales de la salud, sino que se encuentran también en la población general. No obstante, nos centraremos en dichos factores enmarcados dentro del personal sanitario. Los más relevantes serían factores sociodemográficos,

familiares, personales y laborales (Rodríguez-Quiroga, 2020).

De todos ellos, los factores personales han resultado ser los que cuentan con una mayor evidencia de su papel mediador en la respuesta psicológica del personal sanitario ante la pandemia. Serían factores de riesgo tener antecedentes de trastorno mental, historia de vida traumática, alto nivel de neuroticismo, rigidez cognitiva y un estilo de apego disfuncional. Además, algunas estrategias de afrontamiento pueden ser un factor de malestar psicológico, como el afrontamiento por evitación o la negación. Por el contrario, un estilo de afrontamiento con actitud positiva y resolución de problemas funcionaría como factor de protección en la persona (Preti, 2020).

Por otro lado, se evidencia una mayor tendencia a la presencia de TEPT y preocupaciones sobre temáticas relacionadas con la infección en trabajadores que han sido puestos en cuarentena. Hay más riesgo de impacto psicológico grave en trabajadores sanitarios con familiares y/o allegados infectados (Preti, 2020). Además, los trabajadores con exposición prolongada a eventos traumáticos, muerte de pacientes, de colegas y/o de familiares, tuvieron más riesgo de padecer ansiedad severa, TEPT y síntomas depresivos (Di Tella, 2020).

La pandemia ha obligado, de alguna manera, al personal sanitario a enfrentarse a una nueva enfermedad de la que había poca información, las intervenciones con los pacientes Covid-19 ponían en riesgo su vida y la toma de decisiones ponía en compromiso la ética de estos trabajadores. En definitiva, los sanitarios se han visto sometidos a situaciones extremas en su ámbito laboral, lo que ha generado una carga de estrés y emocional muy alta.

Durante esta crisis, los trabajadores sanitarios han estado sometidos a una serie de circunstancias que desafían sus capacidades de elaboración emocional, contención y resiliencia: sobrecarga y desbordamiento de la demanda asistencial, riesgo de infección continuado, equipos de protección personal insuficientes e incómodos, existencia de una gran presión emocional en las zonas de atención directa, dilemas éticos y morales, etc. (Buitrago Ramírez, 2021).

El ser humano está constantemente sintiendo emociones. Estas están ahí, aunque no las podamos ver. Más aún, en situaciones límite como las que ha vivido el personal sanitario a lo largo de la pandemia. Así, aparecen reacciones emocionales como tristeza, ansiedad, miedo, enfado, rabia, hostilidad, culpa, retraimiento... En el caso de Aurea todas estas emociones están presentes en su día a día, no solo en su ámbito laboral, sino también en el personal. Todas estas emociones son adaptativas, necesarias y tienen una función.

El personal sanitario está expuesto a situaciones que provocan este tipo de emociones, escenarios como no poder acompañar a un paciente enfermo, no poder dedicarle el tiempo necesario, situaciones de aislamiento, presencia de la muerte, estar en contacto continuo con el dolor y sufrimiento, contacto con familiares que pierden a un ser querido sin poder despedirse...

Uno de los sentimientos que presentaba Aurea es el de culpa. Esta es una mezcla entre emociones y pensamientos, sentir que hemos realizado una transgresión moral contra uno mismo u otra persona. Sentir culpa nos lleva a repararnos ante el posible daño, nos ayuda a actuar siendo fieles a nuestros valores. En el personal sanitario, es

común haber sentido esta emoción, a la hora de tomar una decisión difícil o preguntarse si podría haber hecho más por las personas que ha atendido.

Dentro de las actuaciones realizadas por el Consejo General de la Psicología de España, se encuentra el Programa de Atención a Profesionales Sanitarios y Personal de residencia de Mayores, donde a fecha de 26 de mayo, se habían atendido 138 casos, de los cuales un 68% corresponden a personal de enfermería. Aurea es uno de los múltiples ejemplos en este tipo de intervenciones.

El desconocimiento de la enfermedad y el cambio de protocolos constante ha producido un alto nivel de incertidumbre. Los problemas han sobrevenido después del momento de crisis al recuperar la rutina anterior.

De momento, los estudios científicos sobre el impacto de la pandemia en la salud mental, son escasos, aunque la tendencia a que estos estudios aumenten es en aumento. Es relevante, con vistas hacia un futuro, poner en marcha investigaciones científicas que se basen en conocimientos psicológicos y psicosociales más novedosos y actuales, puesto que los datos científicos con los que contamos son más antiguos. A largo plazo, se supone que el impacto sobre la salud mental será extenso y duradero (Buitrago Ramírez, 2021).

Se ha hecho evidente que la falta de apoyos familiares y el distanciamiento de los mismos aumenta la ansiedad en los trabajadores sanitarios desarrollando sintomatología ansioso-depresiva. Además, se ha podido constatar como la falta de estrategias para el control emocional, puede ser un factor de vulnerabilidad en lo que se refiere a la sintomatología surgida después de la vuelta a la normalidad. Se ha demostrado que factores como la resiliencia y el optimismo se asocian con menores probabilidades de desarrollar problemas mentales (Rodríguez-Jiménez, 2020).

Referencias

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. & Luis Tizón, J. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención primaria, 53 (1), 89-101*. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>

Danet, A. D. (2021). Impacto psicológico del COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica, 155(10), 434-440*. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>

Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of evaluation in clinical practice, 26(6), 1583-1587*.

Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J., & Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica, 155(10), 434-440*.

García, J., Juan, G., Juan, M., Jorge, R., Javier, M., Diego, M., & José, R. (2020). Impacto Del Sars-Cov-2 (Covid-19) En La Salud Mental De Los Profesionales Sanitarios: Una Revisión Sistemática Revisión Sistemática. *Rev Esp Salud Pública, 94, 23-24*.

Inchausti, F., García Poveda, N. V., Prado Abril, J., & Sánchez Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud, 31(2), 105-107*.

Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry, 87, 123-127*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>

Organización Mundial de la Salud (2020). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Di Pierro, S., Madeddu, F., & Calati, R. (2020). The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Current psychiatry reports, 22(8), 1-22*.

Rodríguez-Jiménez, M., Guerrero-Barona, E., & García-Gómez, A. (2021). Salud mental y capital psicológico en profesionales sanitarios españoles durante la pandemia de COVID-19. *Medicina Clínica, 155(10), 434-440*. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.12.008>

Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Álvarez de Mon, M.A., & Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada, 13 (23), 1285-1296*. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>





8

Vivir sin vosotros. Intervención en un caso de duelo múltiple por COVID-19

Mónica Sánchez Reula

Ideas fundamentales

- Intervención telefónica por duelo durante el confinamiento a una doliente que acaba de salir del hospital por contagio de COVID-19.
- Acompañamiento en un contagio masivo familiar debido a la COVID-19 que conlleva pérdidas múltiples por el fallecimiento de varios miembros.
- Adaptación de las despedidas y la elaboración del duelo

Descripción del caso

La historia de la usuaria, a la que llamaremos Almudena, no se ha elegido por su excepcionalidad, sino por su representatividad. Durante el confinamiento de la primavera de 2020 fueron muchas las familias que tuvieron que enfrentarse a la pérdida de uno o varios seres queridos en unas circunstancias inéditas. La crisis de la covid-19 ha supuesto un contexto muy complejo para comenzar a elaborar un duelo y las dificultades que han aparecido han hecho necesaria, en muchas ocasiones, una adaptación de la manera en que se suele comenzar a elaborar dicha pérdida.

Por ello, en cierta medida, la historia de Almudena representa acontecimientos vividos por la población española durante el inicio del

confinamiento de 2020, momento en el que muchas familias se vieron afectadas por contagios múltiples por covid-19 que supusieron el fallecimiento de varios componentes de la familia. Ejemplifica, además, las características de la intervención y elaboración del duelo por fallecimiento durante la pandemia, en cuyas circunstancias las tareas de elaboración de este se vieron impedidas o limitadas.

La intervención psicológica que se realizó desde el Servicio es también una muestra de que, pese a las diferentes adversidades y limitaciones que pueden darse en una situación de estas circunstancias, es posible realizar una intervención psicológica telefónica que pueda tener buenos resultados y obtener cambios en la situación del doliente.

Presentación del caso

Almudena es una mujer de 48 años que consulta desde la Comunidad de Madrid. Refiere que, en los inicios de la pandemia y justo antes del confinamiento, 19 miembros de su familia se contagiaron por Covid-19 durante la celebración de una boda. Sus padres, ambos de 78 años, han fallecido hace 10 y 4 días respectivamente.

Ella misma está afectada con una sintomatología muy grave, habiendo recibido el alta hospitalaria hace pocos días, pero debiendo guardar aislamiento separada de su familia, debido a su delicado estado de salud. Su marido Andrés y sus tres hijos, (todos ellos menores de 5 años), también están enfermos. Andrés permanece aislado en otra zona de la casa y los tres hijos están al cuidado de la hermana de

Almudena (también enferma, aunque menos grave) en el domicilio de ésta.

El motivo de consulta es el inmenso dolor que sufre tras la muerte de sus padres en tan breve espacio de tiempo y en unas circunstancias potencialmente traumáticas. Su voz es muy frágil y solo es capaz de relatar su situación entre llanto.

Primera intervención

Durante la primera intervención telefónica con Almudena se recogen los datos relevantes de su situación personal, rescatándolos del relato entrecortado que realiza, con el objetivo de analizar su estado psicológico en ese momento y tratando de identificar factores de riesgo respecto al duelo múltiple que refiere. Para ello, se pide a la doliente que relate lo sucedido como estrategia de evaluación.

El relato es irregular, (quizás influido por sus dificultades respiratorias), pero resulta relativamente comprensible y coherente. Almudena refiere haber dejado a su madre en urgencias del hospital a mediados de marzo, sin despedirse de ella y con la promesa de que se mejoraría pronto. Ya no la volvió a ver. Posteriormente ingresaron su padre y ella misma, aquejados de neumonía bilateral y otras complicaciones derivadas de la covid-19. Su padre falleció hace cuatro días y ella estuvo a punto de hacerlo, aunque finalmente salvó su vida.

En el relato natural de lo sucedido se exploran los recuerdos que tiene de su estancia en el hospital, con el fin de identificar posibles indicadores de estrés agudo. Almudena manifiesta emociones muy intensas, pero es capaz de elaborar el relato, aun de forma inconexa. El recuerdo le hace experimentar miedo intenso. ("He tenido miedo de morir"). Las circunstancias de su ingreso hospitalario, en plena pandemia revelan en primera persona el hacinamiento y falta de recursos percibidos. "*Mi vida peligra todavía*", refiere. "*He visto personas a quienes dejaban solos*" "*He visto el miedo en los ojos de médicos y enfermos*", "*cuando se llevaban a alguien a UCI todos nos mirábamos entre nosotros, porque sabíamos que no volvería*".

Se facilita la ventilación emocional, ya que se advierten emociones muy intensas respecto a la pérdida. Almudena siente rabia, (percibe que los sanitarios no han cuidado a sus padres adecuadamente), enfado, (por la falta de recursos: mascarillas para todos, la demora del confinamiento, protocolos diferenciadores por edad...), tristeza y pena, (por no haberse despedido de sus padres, porque han fallecido solos), culpa, (por no haber estado ahí en sus últimos momentos y no haberse despedido como quisiera, por haber hablado mal a su padre, por haber salvado su vida...). Se ayuda, en la medida de lo posible, a re-etiquetar algunas emociones intensas, (por ejemplo, el miedo que sintió, interpretándolo como empatía, solidaridad, humanidad...).

Respecto al duelo, motivo principal de consulta, se realiza la siguiente intervención:

Se realiza una psicoeducación y normalización de ciertos síntomas respecto a la pérdida de sus progenitores. Se siente aliviada al conocer que otras personas en su situación refieren problemas similares. Se le indica que el duelo es un proceso natural que implica mucho dolor y en el que confluyen emociones muy intensas como las que ella

presenta y se le indica que es posible elaborarlo aún en estas circunstancias, aunque sea con más lentitud.

Se identifican y anotan, a través del diálogo sobre lo sucedido, posibles variables que puedan dificultar dicha elaboración del duelo, (factores de riesgo): muerte inesperada, múltiple, sin posibilidad de acompañamiento en el final de la vida, (Almudena no se pudo despedir de su madre y los últimos momentos con su padre fueron muy difíciles), sin posibilidad de tener rituales de despedida, (entierro, velatorio), con culpa por la posibilidad de haberles contagiado ella misma, las circunstancias pandémicas y de aislamiento...

Se establecen recomendaciones para la elaboración de un relato sobre lo sucedido, con el fin de facilitar la elaboración del recuerdo y el procesamiento emocional, animándole, si se siente capaz, a que escriba sobre ello como trabajo personal y que no se deje nada por decir.

En relación a este proceso de duelo y a su delicado estado de salud, se exploran posibles fuentes de apoyo social pese al confinamiento, (estar aislado no significa estar solo).

Algunas estrategias clave durante la intervención fueron:

- Facilitar la ventilación y re-etiquetado emocional desde los primeros momentos, poniendo en marcha estrategias de escucha activa.
- Mostrar un silencio intencionado, respetuoso y comprensivo ante la ventilación emocional.
- Ejemplificar sensaciones habituales del duelo que puedan ayudar a la doliente a normalizar lo que está sintiendo, ("duele todo el cuerpo, duele el alma", "se te olvida que se han ido", "estás flotando, como incrédula, en estado de shock" ...).
- El uso del singular, ("cada duelo es único, date permiso para sentirte así") y del plural, ("a otras personas en tu situación les ayuda hacer...")

Dadas las circunstancias de salud y aislamiento de Almudena y valorándose que se aprecian rasgos compatibles con estrés agudo y que confluyen numerosos factores de riesgo en la elaboración del duelo múltiple por el fallecimiento de sus padres, se decide proponerle un seguimiento telefónico.

SEGUIMIENTO I. (4 días después)

Almudena sigue confinada en su habitación, aislada de su familia.

A. Seguimiento de su estado de salud.

Almudena ha empeorado y se está valorando su reingreso hospitalario. Se percibe que su estado anímico, pese a su salud deteriorada, es más organizado.

Se explora su preocupación por volver al hospital donde estuvo ingresada y donde vio fallecer a su padre, (ambos fueron hospitalizados

en la misma habitación). Almudena relata cómo su padre tuvo cama en una habitación del hospital antes que ella. Solo cuando falleció el compañero de habitación del padre, el equipo sanitario decidió poner a Almudena en la cama contigua para que así pudieran estar juntos. Los recuerdos de Almudena al respecto son difusos pero intensos. Recuerda el momento (en una sala de espera) donde le dieron la noticia del fallecimiento de su madre y tiene recuerdos de “algunas cosas sin sentido” que su padre y ella se dijeron en estado muy febril.

B. Seguimiento de la elaboración del duelo.

Almudena ha seguido los consejos recibidos en la intervención anterior. Está escribiendo un relato sobre todo lo ocurrido, dedica algún tiempo al recuerdo de sus padres y considera que pensar en ellos, elaborar recuerdos de su historia de vida y darse permiso para llorar y expresar sus emociones le ayuda mucho. Dados los progresos, se le aportan nuevas recomendaciones:

- Darse permiso para tener emociones agradables y realizar alguna actividad gratificante, pese a su confinamiento. (Hay que interpretar esta recomendación teniendo en cuenta el modelo de procesamiento dual del duelo, en el que se entiende que la oscilación entre el recuerdo de la pérdida y la orientación hacia la propia recuperación hace más adaptativo su proceso de elaboración).
- Buscar apoyo social, (pese al aislamiento). Se le anima a compartir sus sentimientos con su hermana, (está en la misma situación que ella) y algunos amigos cercanos que le puedan escuchar.
- Dado que aún no tiene las cenizas de sus fallecidos ni noticias de los servicios funerarios, (que en este momento se encuentran totalmente colapsados), se le anima a que destine un pequeño rincón homenaje a sus familiares con fotos y recuerdos, que facilite la elaboración del duelo, en ausencia de entierro ni misa.

Por otro lado, se aconseja sobre cómo dar la noticia del fallecimiento de los abuelos a sus hijos, realizándose una breve psicoeducación sobre duelo infantil con algunas ideas sencillas que ella anota:

- Dar la noticia en cuanto esté preparada, ya que ella misma sentirá alivio y acompañamiento.
- Bajar las expectativas de los niños antes de dar la noticia, amortiguando así el posible impacto emocional. Les puede decir primero que “los abuelos están muy malitos”.
- No asociar la explicación del deceso con algo físico, (como “se le ha parado el corazón” o “se ha quedado dormido”).
- Hacer una despedida con los niños con dibujos o manualidades.
- Hablar de los abuelos cuando los niños lo precisen, (no solo en el momento de dar la noticia).

Algunas estrategias clave durante esta sesión fueron:

- Decidir durante la propia intervención nuevos aspectos a explorar en función de los cambios en las circunstancias de la doliente, (un posible reingreso hospitalario).
- Acomodar las recomendaciones sobre el duelo a los progresos de la doliente y ajustándose a sus demandas sobre el mismo, (en este caso, cómo darles la noticia a los hijos).

SEGUIMIENTO II. (1 semana después)

Almudena ha estado en el hospital para controles médicos y de nuevo está aislada en una habitación de casa.

A. Seguimiento de su estado de salud.

Su estado de salud es delicado. Refiere tener “cansancio emocional” y pensamientos negativos de “no poder más”. En ocasiones ha deseado morirse. Explorado este aspecto se considera que estos pensamientos están vinculados al cansancio y a la enfermedad, encontrándose sus tres hijos como importantes anclajes a la vida y sin indicadores de posible ideación suicida.

Como estrategia para la utilización de fortalezas personales, se rescatan de su biografía posibles eventos traumáticos y situaciones difíciles, (una ruptura sentimental, la pérdida de un empleo importante). Se analizan las habilidades que puso en práctica y se encuentran recursos y apoyos de utilidad para el momento actual.

Se exploran las sensaciones experimentadas al volver al mismo hospital donde estuvo ingresada y perdió a sus padres, sin apreciarse conductas evitativas o rememoraciones compatibles con estrés agudo. La vivencia se experimenta, eso sí, con gran intensidad emocional y realismo. Constantemente aparecen en su memoria frases que intercambié con su padre y que le generan malestar.

B. Seguimiento de la elaboración del duelo.

Almudena ha estado en el domicilio de sus padres por primera vez, cuando volvía del hospital. Se evalúa este acontecimiento y se aprecia como un aspecto facilitador del duelo. Sus recuerdos son agradables.

Se dedica un tiempo de la conversación a recordar dichos momentos, facilitándolos y respondiendo así a la necesidad de la doliente, (recordemos, en aislamiento), que los relata con ilusión y nostalgia. Se recuerda a Almudena que la pérdida que tiene es muy significativa, pero que no debe quedarse únicamente con los momentos “del final”. Ha vivido con sus padres toda la vida y debe recordar también todos esos años.

Aparecen algunos sentimientos de culpa relacionados con la toma de decisiones previas al ingreso de los padres. Se permite la ventilación emocional y se reestructuran algunos de ellos, (“¿y si el confinamiento hubiese sido previo? ¿Y si no hubiésemos ido al evento familiar?”), normalizándolos y haciéndole ver la relación de estos sentimientos de culpa con la necesidad de poder explicar los hechos y, (¿por qué no?) valorar si podríamos haberlos evitado. Aún no ha recibido las cenizas de sus padres, ni tiene noticias sobre este asunto.

Algunas estrategias clave durante este segundo seguimiento fueron:

- Explorar los pensamientos relacionados con su propia muerte, valorando una posible ideación suicida vs. el deseo, (frecuente en personas en duelo) de reunirse con sus fallecidos.
- Dar seguimiento a los rasgos compatibles con estrés agudo, analizando el éxito de la exposición al contexto potencialmente traumático y facilitando la ventilación como estrategia preventiva de un TEPT.
- Facilitar un espacio para el relato de recuerdos agradables como aspecto facilitador de la elaboración del duelo.

SEGUIMIENTO III. (1 semana después)

Almudena ya no está aislada de su familia, aunque sigue confinada en casa.

A. Seguimiento de su estado de salud.

Su salud sigue siendo delicada, aunque parece que puede permitirse relacionarse con su marido e hijos.

Con motivo de las frecuentes revisiones médicas, se realiza un seguimiento del impacto emocional que supuso el ingreso hospitalario. Se evalúan los recuerdos del hospital (del cual salió de alta hace 30 días). Almudena revela que los revive constantemente, en especial imágenes o escenas concretas, así como las palabras de su padre en sus últimos días. *"No creo que lo olvide". "¿Cómo lo reformulo? ¿cómo organizo todo esto?"*. Su relato sigue un hilo y el recuerdo, pese a emotivo, está bien elaborado. Se recomienda continuar elaborando por escrito el relato de lo ocurrido.

Respecto al trabajo sobre sus habilidades y fortalezas realizado en la anterior intervención, Almudena muestra que le han resultado de gran utilidad. A menudo se le vienen a la cabeza expresiones de admiración que su madre le decía y eso le anima a rescatar sus fortalezas para afrontar los problemas.

Respecto a su estado de ánimo actual, Almudena nos indica que está empezando a tener problemas de convivencia familiar, principalmente con Andrés. En el análisis se aprecia la influencia de las circunstancias familiares: enfermedad, confinamiento, hijo con retraso madurativo y problemas de conducta...

Se le proponen algunos recursos para favorecer la conciliación y la comunicación en pareja y resolver adecuadamente los pequeños conflictos. Se le facilitan recomendaciones comunicativas en función del modelo de Comunicación No Violenta (CNV) de Rosenberg. Se le recomienda además que busque alternativas para encontrar apoyos adicionales, por ejemplo, con su hermana, amigas, etc.

B. Seguimiento de la elaboración del duelo.

Respecto al duelo, Almudena siente que va a ser muy difícil transitar por este proceso sin la realización de determinadas acciones "habituales" en otros duelos y que forman parte de nuestra cultura: sin

haber podido velar ni enterrar a sus padres, con los pésames telefónicos de allegados que van conociendo la noticia y que *"llegan a cuentagotas y hacen que el dolor no cese"*, define su duelo como *"a cámara lenta"*, donde todo sucede muy despacio. Se anima a Almudena, indicándole los progresos en la elaboración del duelo durante las semanas anteriores.

Algunas estrategias clave durante la intervención fueron:

- Favorecer el relato de eventos potencialmente traumáticos con el fin de facilitar su elaboración.
- Manejar recomendaciones generales sobre mejora del clima de convivencia familiar y decidir durante la intervención cuáles eran las más adecuadas en función de la demanda.

SEGUIMIENTO IV. (1 semana después)

Almudena sigue en casa, saliendo solo para sus frecuentes revisiones médicas en el hospital.

A. Seguimiento de su estado de salud.

Las revisiones médicas hospitalarias suponen una exposición al recuerdo de los acontecimientos vividos y generan en Almudena cierta ansiedad. Se le propone la utilización de técnicas de relajación y visualización previa, haciendo una pequeña práctica. El objetivo es que Almudena se anticipe desde la calma a dos situaciones concretas y frecuentes: la exposición a preguntas relativas a la historia familiar de covid-19 (por protocolo le preguntan en cada revisión si tiene alguien enfermo o fallecido por COVID-19) y el recorrido del hospital hasta su consulta habitual.

B. Seguimiento de la elaboración del duelo.

Hace un mes del fallecimiento de su padre. Almudena ya tiene las cenizas de ambos en la casa familiar. Como elaboración del duelo les ha preparado un pequeño altar. Ante su relato, se hace psicoeducación del duelo, analizando que, aunque todo el proceso se ve enlentecido por las circunstancias pandémicas actuales, es posible ir realizando ciertas tareas relacionadas con este proceso. Se trabaja la normalización de síntomas.

Se facilita la ventilación emocional sobre algunos sentimientos intensos como la culpa en dos ámbitos: los últimos días de sus padres (*"Me siento desgarrada, no pude hacer nada ni despedirme"*) y la etiología del contagio, (*"Si lo hubiese sabido, no los hubiera llevado a la boda", "¿Y si les contagié yo?"*). Se favorece la elaboración de estas ideas, reestructurando sutilmente sobre ciertos pensamientos que, si bien son probables, no se pueden contrastar, (*"yo les contagié"*).

Algunas estrategias clave durante la intervención realizada:

- Permitir la ventilación emocional favoreciendo la elaboración del sentimiento de culpa.
- Mostrar un silencio respetuoso que no interrumpa dicha ventilación emocional, dadas las escasas oportunidades de la

doliente de expresar y ventilar sus emociones más intensas en su día a día.

SEGUIMIENTO V. (1 semana después)

La intervención gira en torno al duelo y a sus experiencias traumáticas.

Tras las recomendaciones anteriores y con cierta mejoría de su estado de salud, Almudena ha comenzado a hacer algunas actividades agradables, del tipo ver alguna serie o película en familia, planificar actividades para un futuro próximo... Se aprecian estos logros como muy adaptativos, suponiendo una evolución en el proceso del duelo de acuerdo con el modelo de procesamiento dual. Se recomienda continuar planificando actividades agradables y disfrutando del momento presente como estrategia para estar en calma.

Almudena comparte sus dudas sobre el duelo de sus hijos, por lo que analizamos algunos comportamientos y encontramos que son naturales y apropiados para su edad. Le aconsejo que hable con ellos de los abuelos si así lo solicitan. A ella también le reconforta.

Como en intervenciones anteriores, se trabaja sobre los sentimientos de culpa y enfado relativos a las circunstancias del fallecimiento. Este trabajo es recurrente e incluye cierta reestructuración.

Respecto a su salud y estancia hospitalaria, Almudena ha puesto en práctica las técnicas de visualización practicadas, suponiendo un buen recurso para el afrontamiento. Se aprecia que, junto a los recuerdos relacionados con su estancia crítica en el hospital, comienzan a aparecer otros recuerdos anteriores e incluso algunas anécdotas divertidas con sus padres. Se favorece el relato de éstas, ya que se entienden como facilitadoras de la elaboración de la pérdida.

Algunas estrategias clave durante la intervención fueron:

- Permitir el relato de anécdotas divertidas sobre los seres queridos que ya no están.
- Recoger la frustración e incomprensión de Almudena sobre lo vivido y sobre su salud. Esta sensación, frecuente en pacientes oncológicos, se analiza extrayendo su funcionalidad: los familiares quieren consolar y olvidar, pero en ocasiones eso al enfermo no le ayuda.

SEGUIMIENTO VI. (1 semana después)

A. Seguimiento de su estado de salud.

El estado de salud de Almudena sigue siendo delicado. Almudena está muy preocupada y tiene miedo a la muerte, por lo que se facilita el espacio para hablar abiertamente de ello, cubriendo así una necesidad que no puede satisfacer en su entorno cercano.

Ella relata como la planificación de sus actividades diarias se orienta hacia *"hacer las cosas con mucho cariño, viviendo el momento presente"*. Aun así, se siente en ocasiones muy cansada. Se recomienda que dosifique su energía, pida ayuda y priorice obligaciones domésticas.

B. Seguimiento de la elaboración del duelo.

Su familia se está planteando denunciar por negligencia en el trato y atención médica de sus padres. Se explora su opinión al respecto y ella expresa que eso no le ayuda. Almudena confirma que esta situación no le ayuda a elaborar el duelo, sino que le hace desviar la atención de lo realmente importante: *"no están y eso no se va a cambiar"*.

Se aprecian rasgos de un proceso de duelo natural que progresa lentamente y en el que no se aprecian indicadores de posible duelo complicado.

Se propicia la ventilación emocional (injusticia, enfado) que se genera a propósito del asunto de la posible denuncia. *"Nos estaban dejando solos" "la soledad mata más que la Covid-19"*. Dado que no se considera apropiada la reestructuración, se recogen las emociones favoreciendo el desahogo.

Algunas estrategias clave durante la intervención que se realizó fueron:

- Mostrar una actitud abierta a tratar temas socialmente incómodos, como el miedo a la muerte, pero necesarios en la intervención psicológica.
- Manifestar respeto por las decisiones familiares, contribuyendo al análisis de las mismas.
- Facilitar la ventilación emocional con una actitud receptiva y abierta.

SEGUIMIENTO VII Y DESPEDIDA (1 semana después)

A. Seguimiento de su estado de salud.

La salud de Almudena ha mejorado ligeramente, aunque aún tiene dificultades respiratorias y se fatiga al hablar.

B. Seguimiento de la elaboración del duelo.

A modo de recapitulación, se revisan todas las recomendaciones anteriores y su evolución personal en estas semanas.

En estos días Almudena ha encontrado un gran apoyo en su hermana Sofía y buscan momentos compartidos para hablar por teléfono de sus padres y pensar en su vida y legado. Se analizan las diferencias entre *"dar soporte"* y *"acompañar y compartir el duelo"*, recomendándole que sus momentos se fundamenten en este segundo aspecto.

Almudena ha planificado en familia la realización de un funeral y entierro de las cenizas de sus padres en su ciudad natal. Analizamos lo beneficioso que resulta para el afrontamiento de la nueva realidad poder dar este paso, (*"Estoy preparada, lo necesito"*).

Como tarea pendiente en la elaboración personal de lo ocurrido queda *"perdonarse a sí misma cosas que no fueron su responsabilidad"*. Este aspecto está estrechamente relacionado con la culpa.

A modo de despedida, Almudena, expone sus planes y deseos para las próximas semanas. Estos tienen que ver con su recuperación física y la elaboración de su duelo.

Discusión y conclusiones

El duelo por fallecimiento es una situación totalmente natural y humana. Se trata de un hecho frecuente, aunque esto no evita que la pérdida de un ser querido suponga uno de los acontecimientos más significativos y por lo tanto potencialmente más traumáticos por los que puede pasar cualquier persona. Algunos autores coinciden en definirlo como la vivencia de reacciones psicológicas, cognitivas/conductuales, sociales y físicas que la persona en duelo puede experimentar como resultado de la pérdida, (Stroebe, et al., 2017). Se trata de un fenómeno que está presente en todas las culturas conocidas y que se suele asociar con términos como “dolor emocional”, “pena” (*grief* en inglés) o “aflicción”.

Existen numerosos modelos explicativos sobre el duelo, encontrándose el origen de los primeros planteamientos teóricos en los modelos psicodinámicos y las teorías del desarrollo que relacionaban los constructos de apego y trauma, como la Teoría de la Vinculación de Bowlby y Ainsworth, por ejemplo. Bowlby entendía el duelo por fallecimiento de un ser querido como un caso específico de ansiedad por separación, cuya sintomatología responde a la necesidad de reestablecer el vínculo afectivo perdido.

Durante el siglo XX surgieron diferentes modelos explicativos del duelo que lo representaron como un proceso compuesto de fases o etapas lineales por las que el doliente debía de transitar con el paso del tiempo. Así, Lindemann, Kübler-Ross o Rando entre otros, definen esta adaptación a la pérdida en términos de evitación/negación, asimilación y acomodación, presentando modelos de transición sencillos, atractivos y bastante comprensibles para la población general.

Sin embargo, tras algunas críticas a estos modelos descriptivos en relación la conceptualización pasiva que hacían del doliente, la gran diversidad sintomatológica que se aprecia en la práctica clínica y la linealidad de las etapas planteadas, a finales del siglo XX comienzan a proliferar otras perspectivas que reflejan un doliente más activo, que trabaja intencionadamente sobre sus emociones, cogniciones y acciones. De este modo, se comienza a entender el duelo como un proceso más constructivo en el que el propio doliente tiene un papel importante en su elaboración.

En la actualidad, los diferentes enfoques conceptuales sobre el duelo tienen en consideración los modelos sobre el trauma de Horowitz, y las teorías cognitivas del estrés, como las de Lazarus y Folkman, ya que sus planteamientos, si bien no presentan propuestas específicas sobre el afrontamiento del duelo, sí establecen ciertos paralelismos con las respuestas humanas al estrés y al trauma. Estos modelos influyen significativamente en las teorías explicativas sobre el proceso del duelo, como por ejemplo la perspectiva de las Creencias nucleares, de Janoff-Bulman. En los últimos años, los autores expertos en duelo señalan la importancia de la reconstrucción cognitiva de este sistema para el proceso de recuperación, destacando Parkes en los años ochenta o Neimeyer recientemente.

En torno a la idea de recuperación o reconstrucción, los modelos se estructuran, ya no por etapas, sino por tareas. El papel del doliente es más activo e intencional, dirigido y constructivo del sentido de la pérdida, de su adaptación a la misma, de su integración en su vida cotidiana de forma adaptativa. Neimeyer, (Neimeyer, 2013), destaca la acción necesaria, indicando que hay que “penar” para construir el proceso, y ello implica la elaboración de una serie de tareas que ayuden a superar el proceso de forma adecuada y adaptarse así a su nueva realidad.

Para Worden, (Worden, 2013) estas tareas serían (I) Aceptar la realidad de la pérdida; (II) Elaborar el dolor de la pérdida; (III) Adaptarse a un mundo sin el fallecido y (IV) Hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva. Este autor, de acuerdo con Stroebe (Stroebe & Schut, 2005), plantea el duelo como un proceso dual que va intrínseco en la elaboración de sus cuatro tareas. Dado que la importante carga estresora de este proceso no permite atender simultáneamente a las dimensiones de la pérdida y del restablecimiento, el doliente necesariamente realiza una oscilación constante entre ambas dimensiones, alternando tareas de confrontación y evitación adaptativa de la pérdida.

Los modelos constructivistas de finales del siglo XX e inicios del XXI tienen en Neimeyer su representación más relevante. Este autor defiende que “el proceso fundamental de la experiencia del duelo es el intento de reconstruir el propio mundo de significados”, (Neimeyer, 2001), destacando el papel activo del individuo en el proceso y relativizando sobre la diversidad sintomatológica del mismo.

Dentro de los modelos más conocidos en la actualidad cabe destacar también, el modelo integrativo-relacional o de las cuatro dimensiones de Payás que, tras nutrirse de las teorías del apego y trauma, el constructivismo y otras corrientes, supone una propuesta ecléctica que combina técnicas de diferentes corrientes en la terapia psicológica.

En relación con los factores de riesgo y protección en la elaboración del duelo, si bien la pérdida de un ser querido es un acontecimiento potencialmente estresor, es sabido que no todas las personas necesitarán asistir a terapia para superar su duelo. Únicamente un 10-20% presentarán alguna dificultad en su adaptación y un 2,4-4,8% cumplirá los criterios para el Trastorno de Duelo Complejo Persistente (TDCP) del DSM-5 (APA, 2014)

En este sentido, cabe cuestionarse de qué depende este proceso y si existen factores que puedan ayudarnos a identificar posibles dificultades durante la elaboración de dicha pérdida. Si fuera posible concretar estos determinantes, sería más sencillo identificar a las personas con mayor probabilidad de necesitar apoyo psicológico tras una pérdida e incluso, se podría iniciar con ellas un trabajo terapéutico preventivo.

El contexto específico y en ocasiones inédito originado por la crisis de la Covid-19, ha generado una situación en la que muchas personas han debido comenzar a elaborar el duelo por fallecimiento en circunstancias muy diferentes a las habituales. Referimos a continuación algunas de ellas:

- ⊙ La pandemia ha supuesto un evento potencialmente estresor que se ha visto prolongado en el tiempo.
- ⊙ Muchas familias afectadas por covid-19 han sufrido pérdidas múltiples.
- ⊙ En muchas ocasiones el/los dolientes se han encontrado asimismo enfermos por covid-19 y/o confinados en su domicilio.
- ⊙ El colapso de los recursos sanitarios y funerarios ha originado, en ocasiones, falta de información sobre el estado del enfermo en sus últimos momentos y/o en los días posteriores a su fallecimiento.
- ⊙ El fallecimiento se ha producido ante la imposibilidad de ver/despedirse del fallecido, hecho que en algunos casos ha provocado incertidumbre de la pérdida.
- ⊙ El apoyo social y el contacto con familiares y allegados se han visto minorados debido al confinamiento y las restricciones de contacto social.
- ⊙ Se han presentado limitaciones sustanciales para la celebración de despedidas del fallecido y actos religiosos, siendo en muchos casos imposible su realización, no respetándose los últimos deseos del fallecido, celebrándose en ausencia de los dolientes, etc.

Cabe cuestionarse, si la confluencia estos y otros factores de riesgo durante la pandemia han podido derivar en un aumento de las dificultades para elaboración del duelo en la población general. En una revisión de las investigaciones realizadas al respecto antes de la pandemia, encontramos algunos indicadores susceptibles de tener en cuenta en el duelo por covid-19.

Respecto al tipo de pérdida, según Tizón (2004) pueden dificultar el duelo las pérdidas inesperadas, las precedidas por otras pérdidas recientes, (sobre todo los nueve meses antes), las ocasionadas por desapariciones, las prematuras, las producidas en catástrofes naturales, bélicas o de accidentes, las pérdidas indeclarables, etc.

Gil-Juliá, Bellver y Ballester, (2008) identifican como factores de riesgo de duelo complicado la pérdida súbita, muerte incierta y/o múltiple, aislamiento del doliente, problemas personales de salud, falta de apoyo social y/o familiar, factores significativamente estresantes... Para Nomen, (2007, 2008), se deberían tener en cuenta aspectos como la presencia de trastornos psicopatológicos, vivir solo, no tener relaciones íntimas, tener problemas económicos, etc. Otros autores, (Barreto, Díaz-Cordobés y Saavedra Muñoz, 2016), coinciden también en destacar como factores de riesgo la dificultad para la adecuada expresión emocional, la falta de apoyo social, las pérdidas con un vínculo cercano, las muertes inesperadas o inciertas, y los fallecimientos múltiples.

En este capítulo, se han ido presentando algunas estrategias dirigidas a prevenir e intervenir en este tipo de situaciones que, como veremos suponen un riesgo potencial durante la elaboración del duelo. El análisis de la intervención psicológica en el caso de Almudena nos

ayuda a comprender algunos aspectos generales respecto al papel de los psicólogos durante la crisis de la COVID-19.

Por un lado, parece evidente que las circunstancias de la intervención no fueron las idóneas, pero sí las mejores que podían ofrecerse en un momento tan complejo. Muy lejos de poder hacer una intervención presencial, el análisis del caso también es un ejemplo de cómo la teleasistencia emerge como un recurso muy útil que en circunstancias difíciles nos ayuda a llegar a personas que necesitan una atención psicológica específica.

Es probable, además que, durante la intervención en sí, muchos aspectos fueran susceptibles de mejora. Fueron los propios dolientes los que ayudaron a mejorar progresivamente las estrategias de intervención, seleccionando las más adecuadas a la propia situación pandémica y adaptando los modelos de intervención psicológica en duelo a circunstancias no presentes en personas dolientes antes de la COVID-19.

En este sentido, tal y como se adelantaba más arriba, hemos comprobado como las excepcionales circunstancias derivadas de la COVID-19 han podido suponer, para algunas personas afectadas, la presencia de factores de riesgo de elaboración del duelo similares a los identificados por los estudios sobre duelo complicado con anterioridad a esta crisis sanitaria, (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008):

- ⊙ Confinamiento.
- ⊙ Situaciones de aislamiento sanitario.
- ⊙ Aislamiento social.
- ⊙ Imposibilidad de despedirse de la persona fallecida.
- ⊙ Dificultades o aplazamiento de la realización de ritos funerarios y duelos colectivos.
- ⊙ Fallecimientos múltiples dentro de una misma familia.

Se une a éstos el contexto potencialmente traumático de la pandemia, como acontecimiento histórico amenazante y perturbador. Esta consideración, obliga a discernir al interviniente en cada caso los síntomas relacionados con el duelo de los que pudieran asociarse al trauma.

Sin embargo, y pese a ello, el caso de Almudena ejemplifica que aún en dichas circunstancias, es posible hacer una intervención de tipo preventivo que contribuya a la elaboración de las tareas del duelo y prevenga la aparición de complicaciones en su elaboración. En este sentido, y respecto al proceso constructivo que, en términos de Neymeyer implica el duelo, creemos que se ha podido contribuir a la transformación personal que esta vivencia de la pérdida implica y que obliga al doliente a reconstruirse y adaptarse a un mundo en el que sus seres queridos ya no están presentes.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5®*.
- Barreto, P., Torre de la, O. & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología* vol. 9 N°2-3. doi: 10.5209/rev PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Barreto P., Yi, P. & Soler M.C. (2008) Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 2-3, 2008, pp. 383-400
- Barreto Martín, P. & Soler Saiz, M.C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza.
- Echeburúa Odriozola, E. & Herrán Boix, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación De Conducta*, 33(147), 31-50.
- Gil Moncayo, J.L. (2015). *Counselling y psicoterapia en cáncer*. Barcelona: Elsevier.
- Gil-Juliá B., Bellver A. & Ballester R. (2008): Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*. Vol. 5. N.º 1. pp. 103-116.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. (2008). *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
- Horowitz M.J., Siegel B., Holen A., Bonanno G.A., Milbrath C. & Stinson C.H. (1997): Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154. pp. 904-910.
- Neimeyer, R. (2001). *Aprender de la pérdida una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Nevado Rey, M., & González Fernández, J. (2017). *Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nomen Martín, L. (2007). *El duelo y la muerte el tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.
- Nomen Martín, L. (2008). (coord.) *Tratando... El proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.
- Payás Puigarnau, A. (2010). *Las tareas del duelo psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Madrid: Paidós.
- Robles J.L. & Medina J.L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis
- Stroebe M.S. & Schut H. (2005). *Complicated grief. A conceptual analysis of the field*. Omega.52.
- Stroebe M., Schut H. & Boerner K. (2017). Models of coping with bereavement: an updated overview / Modelos de afrontamiento en duelo: un resumen actualizado. *Estudios de Psicología*, 38:3, 582-607, DOI: 10.1080/02109395.2017.1340055
- Tizón García, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer Paidós.
- Worden, J. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.





9

Quiero que vivas por los dos

Pedro Martín-Barrajón Morán, Vanessa Rodríguez Cordobés, Ruth Pérez Enríquez

Ideas fundamentales

- En la atención en el inicio del proceso de duelo a población atendida telefónicamente durante la pandemia, es fundamental la despatologización de estas respuestas. Un elevado porcentaje de personas en duelo no necesitarán ayuda profesional: tendrán un duelo normal o un duelo resiliente (agudo y después normal).
- Es importante saber diferenciar el duelo patológico del duelo agudo, atendiendo al criterio de temporalidad en un servicio de asistencia psicológica telefónica.
- Acompañamiento en el inicio del duelo: no solo *qué* resulta útil, sino *para quién* resulta útil, *para qué*, y *cuándo*. Si *ayudar*, es abordar tareas de forma prematura, entonces esa intervención temprana es inadecuada.

Descripción del caso

Se presenta a continuación un caso de duelo agudo, atendido durante el Servicio de Atención Telefónica ante la crisis COVID-19 del Consejo General de la Psicología y del Ministerio de Sanidad.

Se recibe una llamada de Sísifo (nombre ficticio) un varón de 64 años, que afirma haber perdido hace 12 días a su mujer por Covid-19, y verbaliza lo siguiente; *se me ha ido ella primero, mi amiga, mi compañera,*

mi guía, ella era pura bondad, el 80% de la pareja, de mi casa, de mi hogar, de mi vida. Sísifo relata que llevaba junto a su mujer 45 años, 40 años casados, y 5 de novios. Su mujer, tras 23 días hospitalizada, falleció de Covid-19.

Afirma sentirse atormentado por la culpa, y dicho sentimiento aparece sobre todo por las noches en forma de rumiaciones obsesivas en torno a las circunstancias de la muerte: *¿y si la hubiera llevado 3 días antes al hospital?*

Ha sufrido otras pérdidas importantes en su vida, como la muerte traumática de un hijo de 21 años en un accidente de tráfico, hace 5 años. *Entonces fue más fácil, la tenía a ella... pero entonces perdí un brazo, y ahora una pierna.* Tiene otro hijo además del fallecido, pero vive lejos. Aunque muestra cierta preocupación hacia el futuro (*Me preocupa no querer volver a celebrar las fiestas en familia*) hace alusión a algún plan a largo plazo. Indica que le gustaría vivir en un piso pequeño cerca de su otro hijo. Su vivienda actual es demasiado grande, y está repleta de objetos de su mujer. Admite que la tristeza y el llanto llegan a veces, así como la angustia, la sensación de bloqueo, y el sentimiento de que esta vez, no va a poder. Confiesa sentirse muy solo.

Presentación del caso

Más importante que cómo atender correctamente este tipo de llamadas de personas en duelo, quizá sea tener muy presentes algunos fracasos terapéuticos comunes (Payás, 2020), o *qué no hacer*, que se detallan a continuación:

- ⊙ Centrar nuestros esfuerzos en evitar el sufrimiento, suprimir los síntomas, e ignorar la función adaptativa que encierran en el proceso del duelo de la persona, y desviar su atención hacia lo positivo: *aún te quedan más hijos...*
- ⊙ Imponer plazos de recuperación: *el primer año es el peor.*
- ⊙ Buscar frases mágicas o consejos y emplear demandas de pronta recuperación: *el tiempo lo cura todo, tienes que ser fuerte por tu hijo, llorar no te hace ningún bien, ¿aún estás así?, piensa en otra cosa...*
- ⊙ Adelantarse al ritmo del paciente (*escribir una carta de despedida de manera prematura, o tratar de acelerar el perdón en relaciones ambivalentes, sin haber elaborado previamente el enfado*).
- ⊙ Querer ir muy deprisa, hablar de aspectos relacionales sin haber elaborado aspectos de las circunstancias de la muerte, o con un paciente muy desregulado.
- ⊙ Esquivar o intentar sortear aquellas tareas del duelo de conexión con la pérdida para evitar despertar emociones difíciles (*mejor que ya no pienses más en ello*). A veces el camino a las emociones positivas es pasar antes por las negativas, conociendo qué función tienen las negativas.
- ⊙ Confundir un estado de tristeza, con una depresión, o un duelo agudo con uno patológico.
- ⊙ Hacer intervenciones rigurosamente cognitivas, saltándose aquellas tareas de conexión-integración, son procesos autoimpuestos, esos intentos de forzar significados que reducen la sintomatología, son un intento de sortear el duelo (Payás, 2010). Es decir, intentar que el córtex “domestique” a la amígdala.

Es necesario para el abordaje de este tipo de intervenciones de duelo agudo, tener algunas nociones claras. Del apartado ideas fundamentales, puede inferirse que, como objetivo prioritario de esta atención telefónica, está el de despatologizar el duelo y las reacciones de Sísifo. El duelo no es una enfermedad, es un proceso normal y adaptativo de las personas que sufren una pérdida. En el caso que nos ocupa, la muerte del cónyuge es la crisis vital que más puede influir en la vida de una persona (Holmes & Rahe, 1967).

Cuando una persona ha sufrido una pérdida, no precisa nada más de nosotros que un apoyo, un humano con el que compartir. No necesita frases célebres ni respuestas, puesto que nosotros mismos no estamos en disposición de proporcionarlas (Nomen Martín, L.).

Lo que importa no es la revelación sin más por parte de la persona en duelo, sino el encuentro donde el terapeuta responde a la necesidad del doliente de ser escuchado, creído, sostenido, y sentir que su dolor tiene un impacto en el otro. Esta presencia es la que facilita que la experiencia de compartir pueda ser integradora para el doliente. El psicólogo no se limita a ser testigo y acompañar, hace intervenciones para promover la activación de recuerdos, su elaboración y reparación, con el fin de dotarles de una nueva significación, para que las defensas (rumiaciones obsesivas, culpa, intrusiones..., etc.), se disuelvan y la persona se regule (Payás, 2020).

La intervención primaria, llevada a cabo a través del SPAP, ha sido la de Acompañar.

Es la intervención universal, acoger, escuchar, validar, indagar, y ser testigo del dolor del otro, ofrecer nuestra presencia sanadora como alguien que sabe escuchar, que no huye de las expresiones de dolor, que no corta ni interrumpe el relato, que no da consejos, ni hace demandas de pronta recuperación, que es capaz de sostener este dolor.

Una de las claves para un buen proceso de duelo es la oscilación (con función reguladora) entre los mecanismos de afrontamiento de orientación hacia:

LA PÉRDIDA: expresar emociones, añorar, recordar, llevar una foto suya encima, rumiar acerca del fallecido...

Y LA RESTAURACIÓN: actividad laboral, aprender nuevos roles, cuidar de los demás.

Los dolientes que no muestran oscilación se adaptan menos a la pérdida. Es preciso que exista una oscilación equilibrada entre la confrontación y la restauración, pero la resolución del duelo sólo podrá tener lugar mediante la transición gradual a mecanismos de restauración (Stroebe & Schut, 2001). Esta oscilación bimodal entre reacciones de evitación y de confrontación ha sido descrito como *una respuesta normal a una experiencia anormal* (Lindemann, 1944; Horowitz et, al, 1980; Van der Kolk, 1996).

Debemos distinguir las emociones naturales primarias, la tristeza, añoranza, que presenta Sísifo de un modo “adaptativo”: ajustado a la realidad, asociado al estímulo original, de corta duración. A diferencia de un estado emocional secundario, que podría ser desadaptativo: desproporcionado a la realidad por exceso o defecto, persistente en el tiempo, que se reactiva con otros estímulos, o aparece de forma desplazada...

Rumiar obsesivamente puede ser productivo como estrategia de proceso de duelo, o puede convertirse en un problema si con el tiempo llega a fijarse como un pensamiento obsesivo (Nolen-Hoeksema, 2001).

El estilo rumiativo, es habitual en muertes especialmente traumáticas, y puede ser un afrontamiento con funciones psicológicas adaptativas como (Payás, 2008):

- ⊙ Controlar emociones incómodas subyacentes (tristeza, culpa.).
- ⊙ Mantener la vinculación con el fallecido (disconformidad, “rechazar la pérdida”).
- ⊙ Reparar el fracaso en la función protectora de la relación.
- ⊙ Dar sentido al trauma. (Repasando el suceso y analizando sus implicaciones)
- ⊙ Como primer eslabón de la cadena asistencial, en la atención a “Sísifo”, y previa derivación a recurso especializado de la guía

elaborada en SPAP (IPIR, Fundación Metta-Hospice, Fundación Mario Losantos del Campo), se dieron los primeros pasos en el proceso de acompañamiento en el proceso de duelo siguiendo el modelo de Las Tareas del Duelo (Payás, 2010):

- ⦿ Construir una relación terapéutica de seguridad y en sintonía con el doliente.
- ⦿ Escuchar y permitir el desahogo.
- ⦿ Satisfacer las necesidades relacionales: ser escuchado, ser creído en todo lo que cuenta, ser respetado en su forma de afrontarlo, sentirse acogido, y satisfacer la necesidad de provocar impacto en el otro.
- ⦿ Diagnóstico: Verificamos un afrontamiento adaptativo en su estado de duelo agudo. Evaluación del riesgo (el primer año de viudez, existe riesgo de autolisis en varones).

Seguendo el modelo de Psicoterapia Integrativo- Relacional, diríamos que Sísifo se encuentra en la primera etapa del duelo: Aturdimiento - Choque (Aturdimiento - Choque, Negación - Evitación, Conexión - Integración, Crecimiento - Transformación), con diferentes tareas de trauma relativas a las circunstancias de la muerte, y tareas relacionales pendientes: (expresión de gratitud, de perdón, el presente y futuro no vividos).

La relación de Sísifo con su mujer, era una relación positiva (cuidadora), respecto a otros tipos de relaciones que dificultan más la elaboración de un duelo saludable (Relaciones fusionales, dependientes, ambivalentes o conflictivas). Los factores más importantes de riesgo de duelo complicado son los internos, los estilos de vinculación (más aún que las circunstancias que rodean a la muerte).

El estilo de vinculación segura, familias cohesivas, que se apoyan, que están el uno para el otro, es un factor muy importante.

Sísifo desarrolla afrontamientos espontáneos muy positivos de conexión con la pérdida, y disponibilidad para el diálogo con la representación interna del fallecido (Klass, 2014), que sugieren un buen pronóstico.

- ⦿ Promoción de estrategias de autocuidado y manejo de la sintomatología somática traumática, prescribiendo fundamentalmente estrategias de autocuidado, y recuperación del funcionamiento diario adaptativo y funcional, y la necesidad de mantener unos hábitos saludables de alimentación y la práctica de ejercicio físico. *Me obligo a comer y hago ejercicio todos los días, salgo al jardín a ver mis 3 árboles y hago 45 minutos de ejercicio diario.*
- ⦿ Mitigar el impacto de la sintomatología intensa: respiración consciente, y hábitos saludables para el manejo de respuestas desbordantes de desregulación (insomnio, ansiedad, y agitación).
- ⦿ Resignificación de respuestas habituales: llanto, culpa secundaria por no haberse despedido, o sentirse responsable del fallecimiento, por no haber podido acompañarla en sus últimos momentos, añoranza.

- ⦿ Intrusiones: reexperimentaciones sueños, imágenes icónicas, recuerdos sobre el fallecido que provocan emociones desagradables como la tristeza. Las intrusiones ayudan a comprender e integrar lo ocurrido, pero son síntoma de que el procesamiento emocional aún no ha concluido. Ayudan a asimilar y dominar el suceso, repasándolo una y otra vez, y analizando sus implicaciones, son intentos espontáneos e involuntarios de la mente por darle sentido, encontrar un significado al suceso, o no olvidar al ser querido.

- ⦿ Recomendación de técnicas expresivas utilizadas para facilitar la conexión-integración para la elaboración de los aspectos relacionales de la pérdida:

- Visitas a lugares significativos.
- Uso de fotografías
- Uso de la música del fallecido.
- Objetos de recuerdo.
- Expresión emocional-verbal.
- Expresión simbólica: dibujos...etc.
- Escritura creativa.
- Rituales creativos o conmemorativos.
- Visualizaciones.

- ⦿ No se observan estrategias de afrontamiento de evitación (conscientes y deliberadas):

- No hablar de ello.
- Hacerse el fuerte para proteger al entorno.
- Evitar objetos de recuerdo para no conectar con la realidad de la muerte.
- Distracción consciente para no recordar.
- Retirar todas sus pertenencias, fotos, tirar su ropa...

La evitación funciona como un "amortiguador" ante la intensidad del malestar, que la mayoría de las personas necesitamos en estos primeros momentos amortiguar, apartando de la conciencia recuerdos, pensamientos... etc., provocados por un suceso crítico. Si se evitan sistemáticamente los recuerdos asociados, no se da el procesamiento de la información. Son estrategias intencionadas por reducir el malestar provocado por intrusiones. A corto plazo estas estrategias reducen el malestar (evitar emocionarse al oler su ropa), pero a largo plazo, impide el procesamiento.

- ⦿ Ni tampoco se observan afrontamientos de negación (menos conscientes): frecuentes en personas con dificultades para conectar con su mundo emocional, y que pueden permitir al doliente no desregularse, y poder afrontar así su vida cotidiana:

- Enfado desplazado (hacia los sanitarios, el gobierno..., etc.).
- Irritabilidad, rabia, deseo de venganza
- Claudicación, deseo de morir, cinismo.
- Hiperactividad laboral, aislamiento, embotamiento afectivo.

- Adicción a sustancias, compras o viajes.
- Sublimación espiritual.
- Minimizar la pérdida, intelectualizar...
- Pactos de silencio.
- Suplantación de la fallecida...
- Sexualización del dolor...

⊙ A pesar de la contraindicación de emplear la técnica del diálogo reparativo de forma prematura en trauma, o cuando hay presente mucha negación en el doliente para resolver los aspectos relacionales, dado que ya surgía de manera espontánea la activación fructífera de los lazos continuos por parte de Sísifo, nuestro trabajo es el de facilitar que ese diálogo sea más productivo, más elaborativo de su duelo. En el momento del final de la atención telefónica con esta persona, y durante un momento en que tenía activado el recuerdo de su mujer se le preguntó: *¿Qué palabras te diría tu mujer ahora? que viva, que lo haga por los dos.*

Discusión y conclusiones

Una premisa inicial fundamental en este tipo de llamadas es la necesidad de “presencia” del profesional, dejar todo lo demás, y poner los cinco sentidos.

La presencia incluye la receptividad del profesional ante las diferentes emociones del llamante, para ser impactado por sus emociones, incluso conmovido, y, aun así, permanecer con la capacidad de reaccionar (Erskine, 2007).

Existen dos necesidades básicas y muy generalizadas en personas que atraviesan por una situación de duelo por una pérdida significativa, y son: ser escuchado, y la necesidad de hacer impacto en quienes los escuchan, atraer su interés y su atención.

Hagamos una breve reflexión, ¿qué respondería un familiar o allegado, no formado en duelo, ante la pérdida por fallecimiento de su esposa/o de un hijo, por ejemplo?, *“Mejor no pienses en ello”, “otros están peor que tú...”, “el tiempo lo cura todo”, “tienes toda la vida por delante...”, “sal más, distráete...”, “tienes que ser fuerte por tu hijo...”*. Son muestras de la incapacidad del entorno de estar en sintonía con las necesidades emocionales de la persona en duelo.

Quizá de forma bienintencionada, pero huyendo del dolor ajeno, en lugar de acogerlo, y relacionado con diferentes motivos como la sobreprotección, o el sufrimiento y cuestionamiento propio que supone escuchar y acoger el dolor de otro, o por falta de habilidad en el manejo de este tipo de situaciones, los comentarios anteriores estarían aumentando aún más sin quererlo, la sensación de soledad, incomprensión, aislamiento.

Este tipo de desautorizaciones previas, ante el sufrimiento de la persona en duelo, pueden haber cercenado su confianza en los demás, y también en la utilidad de compartir su sufrimiento con otros, e incluso con los profesionales, ¡y con razón!: *Nadie me entiende, hablar no sirve de nada.*

Ante este tipo de expresiones, no serviría de nada reaccionar: *¿Cómo puedes decir eso?, a mi si me importas..., No hombre..., yo sí que te entiendo..., he visto casos como el tuyo..., yo también he perdido a un familiar y al principio...*

En ocasiones, se “pervierte” el significado de la premisa: <<empatizar con el paciente/víctima>>, y se limita simplemente a repetir sistemáticamente por parte del profesional durante la conversación: *Entiendo que lo estés pasando tan mal, entiendo que te sientas así*, lo que, después de escucharlo dos o tres veces en la misma conversación, termina sonando a locución telefónica, y se concluye que el personal de ayuda “no ha entendido nada de nada”, con el consiguiente peligro de rechazar la ayuda especializada.

Dos estrategias pueden ser de utilidad con las que quizá estemos menos familiarizados:

Normalizar

El propósito es generar el cambio desde una percepción psicopatológica de las reacciones propias de *algo va mal en mí, a: cualquiera estaría igual en mi lugar*. Gran parte de los motivos de sufrimiento humanos son normales cuando se tienen que afrontar situaciones anormales, reacciones que mucha gente tendría si se encontrara en circunstancias similares: tristeza, insomnio, flashbacks, pesadillas, desesperanza, culpa, incredulidad, soledad, impotencia... Es imperativo que el terapeuta comunique que la experiencia del cliente es una reacción defensiva normal. (Erskine, 2007).

Normalizar es asegurarle al doliente que lo que siente, piensa, hace..., es totalmente normal y lo natural en su situación. Esto valida sus reacciones, las legitima y confirma, y también desculpabiliza acerca de lo que le ocurre, no es un ser extraño, ni perverso, ni se está volviendo loco, y además, puede seguir sintiéndolo... *esto que te ocurre le sucede a la mayoría de la gente cuando pasa por lo que tú estás pasando...* (García-García, et al., 2001).

Validar la experiencia subjetiva de la persona

La validación comunica al cliente que sus afectos, defensas, sensaciones físicas o patrones de conducta están relacionados con algo significativo en su experiencia: la dificultad, el sufrimiento, o la preocupación por las que está atravesando. Validar es otorgar reconocimiento, valor, importancia y sentido al sufrimiento de la persona, aumentando así la sensación de conexión y seguridad del llamante. Es necesario establecer, un vínculo entre la causa y el efecto de lo que le está pasando.

⊙ **Causas:** Pérdida súbita o inesperada, sin posibilidad de acompañar a la persona querida, ni de despedida, ausencia de rituales funerarios, limitación del apoyo familiar/ social, percepción de inevitabilidad de la muerte, incomprensión de los demás...

⊙ **Y el efecto:** tristeza, culpa, intrusiones, rumiaciones obsesivas, insomnio, llanto, desesperanza hacia el futuro, soledad...

▪ *No me puedo ni imaginar cómo debe ser perder a tu mujer sin poder despedirte...*

- *Perder a tu pareja en este momento de tu vida debe ser muy difícil...*
- *Qué duro sentir que no tienes a nadie que te acompañe en estos momentos...*
- *No me extraña que te sientas culpable por no haber podido acompañar a tu mujer en sus últimos días. Tienes derecho a sentirte así de mal con lo que estás pasando. No puedo imaginarme como es sentirse como te sientes tú ahora mismo, pero si me ayudas quizá pueda entenderte mejor.*

La mayoría de los psicólogos no acostumbramos a manejar telefónicamente este tipo de llamadas con este motivo de consulta, y es habitual sentir la necesidad de *rescatar* con celeridad o tratar de eliminar el sufrimiento de la persona, o que "acepte" la muerte de su familiar, sin haberla escuchado antes (sin normalizar ni validar previamente).

Mucho más adecuado, y para reprimir el impulso de intentar aliviar cuanto antes los síntomas, o reducir el sufrimiento de la persona en duelo, en esa "búsqueda de lo positivo", es escuchar, y preguntar (indagación emocional) y permitir a la persona transitar y elaborar esos recuerdos que conducen a la persona a emocionarse:

- *¿Qué quieres decir con que era tu guía?*
- *¿Puedes describirme un poco más cómo hacía ella para ser tu guía?*
- *¿Cuando dices que tu mujer era pura bondad, ¿puedes describir esa pura bondad un poco más?*

En el caso de llevar a cabo un proceso de acompañamiento en duelo prolongado en el tiempo con el caso descrito, sería oportuno aplicar guías específicas, y técnicas concretas adaptadas al caso de Sísifo, (reescenificar, diálogo reparativo, indagación emocional, expresión de gratitud, reparar asuntos inconclusos, el futuro y presente no vividos, entre otros).

En el curso del duelo agudo, todos los mecanismos de defensa tienen como función mantener a toda costa el bienestar del individuo, y protegerse del sufrimiento psicológico. No importa que estas estrategias parezcan *improductivas o insanas* (rumiaciones obsesivas, culpa, añoranza, etc), lo que importa es que se han generado en un intento de sobrevivir, y responder a alguna necesidad psicológica de la persona.

Las estrategias de afrontamiento son un intento de procesar la información traumática y la sintomatología asociada, y en sí mismas como esfuerzos, no son adaptativas, ni desadaptativas. Su efectividad funcional va a depender del resultado final, de su eficacia para la asimilación de la situación de pérdida (Payás, 2010).

Reconocer y acoger estas estas reacciones (resignificación de síntomas), y validar su función es uno de los objetivos de la intervención. Es un error tener como objetivo eliminar estos afrontamientos supuestamente desadaptativos (*dejar sus cosas tal y como las dejó, hablar con ella..., oler su ropa..., etc.*), sin tener en cuenta

la información que encierran (Payás 2010).

Durante el Servicio de Primera Atención Psicológica del Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología, se atendieron 1.859 llamadas con sintomatología de duelo, prueba inequívoca de la labor de descongestión del sistema sanitario a corto, medio y largo plazo, ya que, según la literatura específica, los desórdenes de duelo cursan con: aumento de suicidios, diagnósticos psiquiátricos, aumento de conductas de riesgo para la salud como el abuso de sustancias, y aumento de problemas cardiovasculares y cáncer.

Por el momento en que se escribe el presente artículo (febrero 2021), aún no es posible calcular el daño devastador que dejará la pandemia a su paso. Siendo muy conservadores, contabilizando unas 50.000 muertes por la Covid-19 en España, esto supone que unas 250.000 personas atravesarán por un proceso de duelo, de las que cerca de 75.000 precisarían atención de ayuda especializada, algo que supera y desborda la capacidad actual de nuestro sistema sanitario, y supondrá un aumento muy significativo del número de consultas.

Como lección aprendida de esta tragedia, debería contemplarse la articulación de recursos comunitarios de apoyo multidisciplinar a familiares en duelo que den continuidad a la labor realizada en el SPAP, a través de diferentes cauces: atención primaria, servicios sociales, educación..., etc.

A través de estas líneas, los autores de este capítulo esperamos haber espoleado la incuestionable actitud de ayuda y servicio de nuestros compañeros de profesión, recordándoles que todos podemos ser agentes de ayuda. "La disponibilidad de contacto, es el factor decisivo para que una experiencia pueda llegar a ser un trauma, más decisivo que la propia agudeza del evento (Bessel van der Kolk, 1996).

Queremos agradecer profunda y muy sinceramente a todos los profesionales sanitarios, y especialmente al colectivo de psicólogos, todos los esfuerzos e iniciativas solidarias y de acompañamiento surgidas en todo el territorio nacional a lo largo de estos meses tan duros, y terminar con dos ideas que consideramos de especial valor en el contexto del acompañamiento en procesos de duelo. Una máxima de la profesión enfermera atribuida al médico egipcio Imhotep: Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela. A lo que cabría añadir "Si no puedes consolar, acompaña". Para finalizar, queremos añadir esta recomendación de Carl G. Jung: *Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana.*

Referencias

- Berdullas, S., Gesteira, C., Morán, N., Fernández, J.R., Santolaya, F., Sanz, J., & García-Vera, M.P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: Características y demanda. *Rev Esp Salud Pública, 94*
- Cavanillas, M. & Martín-Barrajón, P. (2012). *Psicología de urgencias y emergencias, mito o realidad. Lex Artis Ad Hoc International Scientific Journal, 01, 27-32*

- Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Research PressPub.
- Erskine, R. G. (2007). La relación terapéutica: Una psicoterapia Integrativa en Acción. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Bizkaia*, 9(2)
- Erskine, R.G., Moursmud J.P & Traumtamnn R.L (2011) *Mas allá de la empatía. Una terapia de contacto en la relación*. Desclee de Brouwer
- García-García, J.A., Landa, V., Grandes, G., Mauriz, A. & Andollo, I. (2001). *Cuidados primarios de duelo (CPD). El nivel primario de atención al doliente*. Grupo de estudios de duelo de Vizcaya.
- Hernández, M. J. & Ochoa, M. J. (2015). *Psicología y Emergencia: El papel del profesional de la psicología en las situaciones de emergencia*. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de la Psicología de España.
- Holmes T. & Rahe. R.: The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 11. 213-218. 1967
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. (2014). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver- Vestergaard, I & O'Connor, M. (2017). *Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Affective Disorder*; 12:138-149.
- Nolen-Hoeksema, S., *Rumitative coping and adjustment*, en M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (comps.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, D. C., American Psychological Association, (2001).
- Nomen Martín, L. La posición del profesional y características específicas de la relación asistencial en 50 Técnicas Psicoterapéuticas. Ediciones Pirámide (2016).
- Pacheco, T. (2012). Atención Psicosocial en Emergencias. Evaluación e intervención en situaciones críticas. Síntesis.
- Parada, E. (2008) *Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Desclee de Brouwer.
- Payàs Puigarnau, A. (2008). Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en duelo. *Revista. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2008. Vol. XXVIII, n.º 102, pp. 307-323.
- Payàs, A (2010) *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo relacional*. Ed. Paidós.
- Payàs, A. (2014) *El mensaje de las lágrimas*. Ed. Paidós
- Payàs, A. (2015) *The bereavement sibling Interview in Techniques of Grief Therapy (vol. 2): Assessment and Intervention*. Ed Robert Neymeyer , Routledge
- Payàs, A. (2020) *Duelos por COVID-19. Retos terapéuticos en su abordaje*. Instituto Ipir. <https://www.youtube.com/watch?v=pVEiTBRSOo&t=3676s>
- Payàs, A. (2021). *Terapia de duelo complicado*. Ed. Eleftheria. en prensa
- Payàs, A; Chaurand, A. (2017). *Unfolding Meaning from Memories: an integrative meaning Reconstruction Method for counseling the bereaved*. *Illness Crisis and Loss* 1-17 Sage.
- Pennebaker, J. W. (2000). Telling stories: the health benefits of narrative. *Literature and medicine*, 19(1), 3-18
- Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Editorial Desclee de Brouwer.
- Robles, J. I., & Medina, J.L. (2003). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Síntesis.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. *Meaning reconstruction and the experience of loss*, 55- 73.
- Van der Kolk, B. A., *Trauma and memory*, en B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth, *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*, Nueva York, Guildford Press, (1996). Págs. 279-327.
- Worden J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.





10



La voluntad en llamada

María Jiménez y Pedro Altungy

Ideas fundamentales

- Cómo esta situación ha provocado en la paciente un estado de malestar tan intenso que la ha llevado a pedir ayuda cuando llevaba años sin hacerlo. La soledad y el aislamiento, junto con el precipitante familiar, ha despertado la necesidad de esta persona de tomar la iniciativa de intentar cambiar su situación.
- Un ejemplo de cómo el estado depresivo de la paciente ha generado una espiral en la que la tristeza y apatía la impedían realizar cambios, y esa inactividad la producía más malestar.
- El Servicio de Asistencia Psicológica telefónica ha supuesto la estrategia idónea de una persona reticente a pedir ayuda, con una problemática silenciada desde hace años.

Las estrategias de la terapia cognitivo-conductual, así como una adecuada ventilación emocional a través de repetidas llamadas fueron eficaces para reducir la sintomatología depresiva presentada en esta paciente, favoreciendo un compromiso de cambio con ella misma.

Descripción del caso

El caso del que trataremos en el presente capítulo es el de una mujer de 61 años, al que nos referiremos como Flora. En un principio, el

motivo de su llamada era debido al fallecimiento de su expareja, una semana antes. Por este motivo, Flora comentaba que sufría *crisis de ansiedad y bajo estado de ánimo* puesto que, a pesar de haber dejado la relación con él hace un año, todavía sentía un gran cariño hacía él.

Evaluando sus redes de apoyo social, Flora explicaba que se sentía muy sola puesto que, a pesar de vivir cerca de su hija y de que ésta le ayuda con la compra de alimentos y de productos de higiene, no tienen buena relación; además comenta que, aunque se quieren mucho, “no se entienden”. Respecto a otros miembros de la familia, explicaba que su hermano pequeño falleció hace unos años debido a un cáncer de páncreas, sintiéndose muy afectada por su fallecimiento. Por otro lado, Flora relata que todas sus amistades están en Barcelona, y que, debido al confinamiento domiciliario por la Covid-19, no podía ir a visitarlas. Comentaba que “me da mucho apuro llamarlas por teléfono. No quiero molestarlas. Ellas tienen su vida y ya tienen bastante con lo suyo para venir yo con mis problemas”. Todo esto, unido al hecho de que Flora vivía sola en su casa, causaban que su estado de ánimo no mejorara, empeorando su situación y agravando su malestar. Además, Flora refirió sufrir depresión desde hacía más de 10 años, siendo el desencadenante un accidente de tráfico en el cual conducía su exmarido (en este accidente Flora nos manifiesta que ambos tuvieron leves contusiones como consecuencia, pero que, afortunadamente, no les pasó nada grave).

En relación con su situación económica, Flora afirmó que está era “precaria”. Indicó que no tenía muchos ingresos, y se mostraba muy

preocupada por no poder pagar las facturas de la casa. Su hija le ayudaba con los alimentos de vez en cuando, y el Ayuntamiento también le facilitaba alimentos en su domicilio.

Flora indicó que tenía seguimiento por parte de una trabajadora social, y que estaba pendiente de la resolución de una pensión económica no contributiva, así como del reconocimiento de un grado de discapacidad. Sin embargo, Flora nos comentó que, debido a la pandemia, todo esto se había paralizado, lo que le generaba una constante preocupación.

Así, el estado anímico y la ansiedad que Flora venía sintiendo desde hacía años, se vio empeorado por la situación provocada por el coronavirus, algo que parecía incapacitarla a la hora de realizar actividades que antes le producían bienestar y llevaba a cabo de manera frecuente. Durante la conversación, Flora manifiesta de manera reiterada que “no puedo”, aunque, al mismo tiempo, también refería que “yo intento estar bien. Quiero estar bien porque ya he pasado mucho”.

Durante la conversación, Flora se refiere de manera reiterada a las experiencias negativas de años anteriores para explicar su malestar actual, relatando que ella siempre ha dado todo por los demás, pero que nunca se ha prestado suficiente atención a sí misma. Comenta que ha pasado mucho en la vida, y que siente que ya es tarde para cambiar su situación. Estas asunciones le hacían tener una visión negativa tanto de sí misma como del futuro.

En un momento de la conversación, Flora cuenta que todos los días piensa en quitarse la vida. Sin embargo, al ser preguntada en profundidad por este tema, afirma que no lo haría y pediría ayuda, puesto que su aliciente para vivir es su nieto, diagnosticado de TEA según nos relata. Es más, cuando habla de él, notamos como le cambia la voz, emocionándose y transmitiendo cuánto le quiere. Así, nos indica que “no podría hacerle eso a mi niño” o “quiero verle crecer”. En este sentido, Flora también refiere que otro motivo para vivir es su madre, quien está viviendo en una residencia y a la que van a ver su hija y ella con asiduidad. Nos comenta que, debido al confinamiento, no está pudiendo ir a verla tanto como desearía, y esto le hace sentirse mal. Sin embargo, cuando le vienen los pensamientos de no querer vivir, Flora nos indica que piensa en lo mucho que su madre y su hija la echarían de menos, y lo mal que lo pasaría y, automáticamente, desecha la idea. Flora habla acerca de esto con expresiones como “a mí esto me está quitando la vida” o “mira que he pasado cosas en la vida, pero no me imaginaba que algo así podría pasar”, haciendo referencia al coronavirus.

Presentación del caso

En el caso de Flora nos encontramos con diversos frentes de actuación. Por un lado, el fallecimiento de su expareja; por otro, la relación ambivalente con su hija; y por otro, su situación económica precaria. Todas estas situaciones parecen ser las que mantienen y agravan el estado de ánimo depresivo que Flora venía padeciendo desde algunos años atrás, según nos relató. De esta manera, las conductas problema que parecían ser más significativas en Flora eran:

- Inactividad y bajo estado de ánimo.
- Anhedonia y abulia.
- Dificultades de concentración.
- Agobio por la realización de actividades y, por tanto, postergarlas.
- Estado de ánimo ansioso.
- Baja autoestima (autoimagen negativa)
- Tensión física y quejas somáticas.
- Evitar situaciones sociales (llamar por teléfono a sus amistades) y aislamiento social.
- Anticipación de consecuencias negativas y expectativas de fracaso en actividades sociales.
- Déficit en habilidades sociales.
- Discusiones y conflictos interpersonales (con su hija).
- Creencias disfuncionales (“he sido siempre muy tonta”).
- Sentimientos de vacío y frustración.

Con todo ello, las técnicas de intervención consistieron fundamentalmente en la ventilación emocional sobre cómo se sentía, qué pensamientos presentaba, cómo se veía a ella misma en el presente y cómo le gustaría verse en el futuro. En los primeros momentos de la intervención, hablamos sobre el duelo ante la pérdida de su expareja, aunque pronto se hizo evidente como Flora parecía tener mucho más que contarme y expresar. Parecía que el fallecimiento de su expareja fue el impulso definitivo que le hizo llamar a nuestro servicio.

A través de una aproximación de reestructuración cognitiva y diálogo socrático, se analizaron varios pensamientos negativos con tintes catastrofistas, siendo el objetivo que Flora adquiriese un mayor control sobre su vida, así como un mayor empoderamiento sobre ella misma, sobre sus acciones y decisiones.

Además, también se trabajó la psicoeducación de la depresión, utilizándose la metáfora del *termómetro de la apetencia* para explicarle a Flora lo importante que es realizar pequeñas actividades gratificantes que anteriormente le resultaban placenteras. De este modo, estuvimos escribiendo dichas actividades por orden de dificultad, para facilitarle el que pudiera volver a llevarlas a cabo.

Como tarea, se le indicó a Flora que diariamente debía consultar ese listado y pensar qué actividad haría durante el día. Además, se realizó una rutina diaria con planificación del tiempo, en el cual tuviera que estar plasmado ese tiempo de ocio. Todas las pautas de intervención eran escritas en una hoja por la paciente.

Respecto a la relación con su hija, se trabajaron técnicas de comunicación asertiva, haciendo hincapié en lo difícil que resulta saber lo que el otro quiere o anhela de nosotros si no nos dice lo que realmente necesita, ya que no podemos leer mentes ni adivinar el futuro, ni tampoco anticiparnos a todo lo que pueda suceder. Se recalcó la importancia de fomentar una relación cordial con su hija, puesto que Flora “adoraba” a sus dos nietos, en especial al niño, y también a su hija. Sin embargo, a este respecto, se enfatizó que no debiera obligarse a cumplir las expectativas de sus hijas, ni hacer lo que ella esperaba siempre que hiciera.

Para profundizar en este tema, se trabajó con ejemplos reales propuestos por la propia paciente, en los que veíamos cómo ella podía ayudar a su hija para que sintiera que también tiene un apoyo en su madre. Trabajamos más técnicas de comunicación asertiva con Flora, orientadas específicamente a conversaciones con su hija, dándole pautas sobre cómo abandonar o finalizar una charla cuando viera que el conflicto estaba empezando a gestarse. Reflexionamos sobre el *locus* de control que tenemos las personas, llegando a la conclusión de que un mismo individuo no puede abarcar todas las responsabilidades. Asumir nuestra parte de responsabilidad y actuar en base a nuestro campo de control es esencial para resolver conflictos y paliar errores, pero asumiendo que no todo depende de una misma y que hay cosas que no podemos controlar. A continuación, se muestra un ejemplo de una de estas intervenciones:

F: “No sé cómo ayudarla, mira que lo intento, pero siempre terminamos discutiendo.”

Ps: “Tienes que encontrar algo en lo que la puedas ayudar y que eso os haga feliz mutuamente.”

F: “Ella a veces me deja al cuidado de mi nieto cuando tiene que hacer cosas. Soy la única familiar que tiene aquí.”

Ps: “Esa es una buena forma de manteneros unidas, tu nieto, y el hecho de que solo os tengáis la una a la otra aquí. ¿Qué otras cosas puedes hacer por ella que a la vez te hagan sentir bien a ti?”

F: “Prepararla la comida, acompañarla a hacer cosas, cuidar de mis nietos y bueno, lo que necesite. Pero es que no me lo pide y yo espero que lo haga.”

Ps: “Quizá de vez en cuando se lo puedes recordar, que tú estás ahí para ayudarla, de la misma forma que ella está contigo y te ayuda a ti.”

Otro punto de intervención fue su pasado, su vida anterior. De manera guiada, Flora llegó a la conclusión de que los errores o circunstancias del pasado no pueden ser cambiados, aunque sí podemos aprender de ellos para tener un presente más estable. Flora nos comentaba como ella nunca pensaba en sí misma, refiriendo estar siempre pendiente de que a los demás no les faltase de nada. Decía sentir que siempre se quedaba fuera de la ecuación. Por todo esto, y tras otras experiencias, como el accidente de coche que vivió con su marido, Flora afirma que cayó en una depresión.

En cada llamada con Flora, se evaluó de manera exhaustiva su autocuidado, a través de aspectos como el sueño, la alimentación o la higiene. Se le indicó como el seguimiento de una rutina, adaptada a sus gustos y necesidades, podía favorecer y ayudar a cuidarse a ella misma y atenderse para mejorar también la autoestima y autocompasión.

A veces podía resultar un mayor desafío el dialogar con Flora, ya que presentaba un discurso pesimista y cargado de mensajes como “ya lo he intentado”, “ya lo he hecho” o “eso ya lo sé”. Sin embargo, también es cierto que otras en ocasiones respondía a las pautas con “eso es

verdad”, “nunca lo había pensado así” o “voy a intentarlo”. Se le recomendó a Flora el acudir a terapia de manera presencial (en cuanto la situación lo permitiera), ya que se consideró necesaria a causa del cuadro sintomatológico que presentaba desde hacía años, y que se había visto agravado por los últimos acontecimientos.

Finalmente, se decidió dar por finalizada la intervención con Flora cuando, tras las últimas llamadas, se constató una mejoría en su estado de ánimo, así como en su desempeño en las actividades cotidianas y diarias. A este respecto, Flora consiguió cada noche programar las actividades que llevaría a cabo al día siguiente, organizando así su tiempo, adquiriendo rutinas y cierta estabilidad. De esta manera, Flora indicó que su tiempo de ocio y sus rutinas de autocuidado se habían vuelto más frecuentes y constantes. Además, Flora manifestó que había puesto en marcha un diario de agradecimiento en el que escribía todos los días, siendo su discurso con relación a ella misma más positivo y cariñoso. A modo de cierre, se realizó de manera conjunta un breve resumen de la intervención: cosas positivas a destacar y aspectos que había aprendido. Además, se llevó a cabo una prevención de recaídas, explicando pautas específicas para casos de mayor malestar. Para acabar, le indiqué la posibilidad a Flora de volver a ponerse en contacto con nuestro Servicio en caso de necesitarlo.

Realizando un tratamiento psicológico presencial con Flora se plantearían los siguientes objetivos terapéuticos con utilizando las técnicas de intervención que a continuación se indican. La duración aproximada de la intervención sería de 15 sesiones:

1. Elaboración del proceso de duelo.

- Hablar de la pérdida.
- Técnicas narrativas para expresión de emociones y sentimientos sobre la pérdida.
- Ritual de despedida: carta de despedida y rincón del recuerdo.
- Validar emociones.

2. Incrementar actividades gratificantes y sensaciones agradables:

- Planificación gradual de actividades gratificantes: técnicas de activación conductual.
- Estrategias de la psicología positiva: saboreo de experiencias.
- Hoja de actividades en la cual se registra (dificultad/ placer).

3. Disminuir tensión muscular:

- Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.

4. Mejorar la calidad de las relaciones interpersonales para evitar el aislamiento social, enfatizando la relación con su hija:

- Entrenamiento en habilidades de expresión de las emociones y comunicación asertiva.

- Técnicas de control de la ira: contar hasta diez, respiración, etc.
- Ensayos conductuales de situaciones sociales y de situaciones conflictivas con su hija.
- Rol-playing para la adquisición de habilidades sociales.
- Técnicas cognitivas.

5. Aumentar autoeficacia percibida y autoestima:

- Fomentar los autocuidados: buena alimentación, realización de ejercicio físico.
- Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas.
- Planificación gradual de actividades de imagen personal: arreglarse, maquillarse, hacerse peinados, etc.
- Entrenamiento en actividades de autoreforzo.
- Entrenamiento atribucional, de forma que sea más positivo y realista.

6. Disminuir la presencia de pensamientos negativos recurrentes y anticipativos de consecuencias catastrofistas sobre su propio desempeño:

- Psicoeducación del modelo ABC.
- Entrenamiento en detención del pensamiento.
- Asignación de tiempo basura para preocuparse.
- Técnicas de distracción cognitivas y conductuales.
- Entrenamiento en autoinstrucciones (de acción y de reforzo).
- Debate socrático.
- Reestructuración cognitiva.

7. Reconocimiento de creencias disfunciones y sesgos cognitivos:

- Psicoeducación del modelo ABC.
- Flecha descendente.
- Desafío de creencias.
- Reducción a lo absurdo.
- Reestructuración cognitiva.

8. Identificación, y etiquetado correcto de las emociones para una mejor comprensión de su significado y una adecuada expresión emocional:

- Regulación emocional.

9. Dotar a Flora de recursos que puede poner en marcha en caso de una posible recaída.

- Revisar áreas en las que ha habido cambios más evidentes.
- Realizar un repaso de todo lo aprendido.
- Resaltar la importancia que supone dejar espacio para actividades gratificantes.
- Redactar posibles situaciones de riesgo y estrategias de afrontamiento a poner en marcha.

Discusión y conclusiones

¿Quién se hubiera planteado que alguna vez tendríamos que hacer frente a una emergencia sanitaria en forma de pandemia mundial? Cuando la situación estalló en China, esto quedaba muy lejos de la realidad vivida en nuestro país, siendo inimaginable lo que se nos venía encima. Todo ha ocurrido muy deprisa, y, por consecuencia, las medidas sanitarias tan drásticas adoptadas para hacerle frente, también. Todo nos hemos preguntado cómo podríamos gestionar todo esto de la mejor forma posible, cómo salir adelante cuando la estructura de los días, nuestra rutina y nuestra forma de vivir ha cambiado radicalmente. Hemos tenido que hacer frente al aislamiento y al miedo, a la pérdida de empleo o las nuevas adaptaciones, y por supuesto, a ver cómo cada día pierde la vida una cantidad considerable de personas por algo totalmente desconocido. Ahora bien, si esto ha sido difícil para la población normativa, ¿se imaginan cómo ha tenido que ser para las personas que previamente sufren y lidian diariamente con alguna psicopatología?

Esta pandemia provocada por la COVID-19 ha servido de caldo de cultivo para intensificar muchas problemáticas, que en mayor o en menor medida, estaban encubiertas o silenciadas en el día a día de las personas que las sufren y que no resultaban tan incapacitantes, ya sea por tener y recibir el apoyo constante de familia y amistades, por estar correctamente atendidas por el sistema sanitario y/o por tener una rutina bien establecida que les aportaba cierto equilibrio. Por ejemplo, visitar a familiares, ir cada día a trabajar, poder quedar con amistades, salir a pasear o hacer deporte, eran actividades de las que nos hemos visto privadas todas las personas, afectando a nuestro bienestar y salud mental, e intensificando diversas problemáticas que ya existían con anterioridad a la pandemia.

La inactividad provocada por la cuarenta ha provocado, entre otras cosas, que las personas dediquen más tiempo a pensar, pero en algunos casos de una manera circular y rumiativa, en la cual salen a la luz todos los errores y experiencias desagradables del pasado y se agolpan al momento presente pudiendo afectar al estado de ánimo. Todo ello se ha unido al confinamiento, al recuerdo que nos ha traído el virus de la vulnerabilidad del ser humano y a la pérdida de control sobre nuestra realidad. Todo esto puede llevar al desarrollo de cuadros clínicos depresivos, o a la exacerbación de los mismos cuando estos ya existían.

La depresión es entendida como un grupo de síntomas fundamentalmente de dominio afectivo, tales como tristeza patológica, anhedonia, decaimiento, irritabilidad, apatía, sensación de malestar e impotencia frente a las exigencias que presenta el día a día, aunque también están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático (Grupo de trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014).

Específicamente, con respecto a la situación de pandemia mundial, la revisión realizada por Brooks *et al.* (2020) señala que pacientes sujetos a cuarentena, aproximadamente un 18% podría estar sufriendo síntomas depresivos relevantes; esta misma revisión, apunta que el bajo estado de ánimo y la irritabilidad impresionan por tener una elevada prevalencia de personas que habían estado en cuarentena. Por otro lado, en el artículo de revisión de Cedeño *et al.* (2020) se indica que las medidas adoptadas de salud pública como por ejemplo el distanciamiento social, han provocado que las personas experimenten sensaciones de aislamiento y soledad, aumentando el nivel de estrés, ansiedad y el miedo a la enfermedad. También señala que, en personas más vulnerables como los adultos mayores o con algún tipo de discapacidad han elevado sus niveles de ansiedad, depresión, soledad e insomnio, entre otras, debido al aislamiento social de las familias.

Con relación al estudio realizado por Valiente *et al.* (2020) con una muestra española de 2.070 personas entre 18 a 75 años durante los días 8 y 10 de abril del 2020, se encuentran resultados significativos respecto a síntomas depresivos, puesto que el 22.1% de los entrevistados indica un nivel significativo de sintomatología depresiva, equiparándose este resultado a los presentados en otros países como Reino Unido. Además, este estudio indica que los grupos más vulnerables a sufrir síntomas depresivos debido a esta crisis son los jóvenes, personas con problemas de salud mental previos y aquellos que consumen más sustancias en el confinamiento. Respecto al género este estudio señala que hay un mayor porcentaje de mujeres que experimenta sintomatología depresiva, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

También, resaltar la importancia que supone emplear estrategias de intervención a través de medios telemáticos como es la atención psicológica telefónica. Actualmente, se cuenta con evidencias de que las intervenciones psicológicas aplicadas a través del teléfono pueden ser eficaces a la hora de intervenir con personas que padecen sintomatología depresiva, además, las intervenciones de corte cognitivo-conductual son las empleadas con mayor frecuencia en estos casos y las que mejores resultados han obtenido (Vázquez *et al.*, 2014).

Así, este caso refleja los efectos a nivel psicológico que ha producido la actual situación de pandemia por la Covid-19 a una mujer de 61 años con sintomatología depresiva previa, que se ha visto intensificada debido a sentimientos de soledad, situación económica precaria, imposibilidad de ver a sus nietos y a su hija, y la incertidumbre de no saber cuándo se le facilitará la prestación económica y el reconocimiento de la discapacidad.

Como se ha expuesto, suele existir un detonante que impulsa a los usuarios a llamar al Servicio, en el caso de Flora fue el fallecimiento de su expareja, pero pronto deja ver que hay mucho más, y que, por supuesto, necesita ayuda y estrategias para hacer frente a esta situación de aislamiento.

A través del caso que se ilustra en este capítulo, el lector puede profundizar en todo lo mencionado anteriormente: cómo un conjunto de dificultades que mantenían una situación de vulnerabilidad (pero que estaban estabilizadas), se reintensifican debido a la situación atípica y extrema provocada por la Covid-19, la cual ha transformado nuestra estructura de nuestra forma de vida. Factores como el confinamiento domiciliario, la privación de algunas libertades de manera temporal, no poder socializar, y, en definitiva, la paralización de la mayoría de los servicios, pueden favorecer la aparición y/o el aumento de un conjunto de síntomas y dificultades psicológicas, como la anhedonia, tristeza profunda, soledad, desprotección, miedo intenso, abulia, aislamiento, desesperación...

Este caso resulta de especial interés por varios motivos. En primer lugar, la desesperación que provoca en las personas esta situación de pandemia, puesto que ven como va disminuyendo su satisfacción en las distintas esferas su vida, a la vez que perciben una carencia de recursos para hacerle frente. Lo segundo, es la importancia que representa un Servicio telefónico de Primera Asistencia Psicológica porque, a pesar de no ser una intervención presencial y de poder resultar algo novedoso y ajeno para gran parte de la población, ha supuesto una gran labor preventiva. Ha promovido el desahogo emocional y la dotación de recursos de afrontamiento psicológico para muchas personas.

En una intervención telemática, pueden emplearse diversas técnicas de intervención cognitivo-conductuales (entre otras), siendo igualmente eficaces. En este sentido, es imprescindible ajustar la intervención y las técnicas aplicadas a cada persona, a su contexto y al tipo de demanda que transmiten. En el caso que se ha presentado, se puede observar la eficacia que tuvo de la ventilación emocional, la psicoeducación sobre el mecanismo de varias psicopatologías y el diálogo socrático. Además, pone de manifiesto la importancia que tiene el guiar a una persona en la organización de su día a día para que pueda establecer rutinas (factibles) durante el confinamiento, haciendo especial hincapié en la realización de aquellas actividades que son placenteras y beneficiosas (activación conductual). La eficacia de la intervención también se ha debido al seguimiento semanal realizado con la paciente, en el cual, Flora contaba sus avances y dificultades encontradas. Esto le permitía comprobar que no estaba sola, que tenía a su lado a una psicóloga que cada semana ajustaba la intervención a sus necesidades, actuando como refuerzo para poner en marcha conductas de autocuidado y estrategias de afrontamiento adaptativas a su situación.

La organización de actividades, la rutina de autocuidado y las pautas para una comunicación asertiva, entre otras estrategias de intervención, sirvieron para mejorar su estado de ánimo y sentirse más animada con fin de emprender nuevas metas en cuanto la situación de crisis por la Covid-19 mejorase. Flora en cada llamada se sentía atendida y acompañada y, además, sirvió para que adquiriese cierto compromiso con la terapia y con ella misma.

A tenor de lo expuesto en este capítulo, podemos ver como las intervenciones psicológicas de corte cognitivo-conductual pueden ser aplicadas por vía telefónica, ayudando a mejorar el estado anímico y a reducir la sintomatología depresiva de los usuarios (Vázquez *et al.*, 2015).

Cabe decir que, en casos como este, en los que ir a consulta de un profesional de forma presencial puede ser todo un reto y retrasar el momento de pedir ayuda, el SAP puede representar la puerta de entrada a un posterior proceso terapéutico.

Como conclusión final, casos como el de Flora resaltan la importancia que tiene cuidar de nuestra salud mental y bienestar psicológico para poder hacer frente a las adversidades de la manera más óptima posible. La existencia de más servicios de Asistencia psicológica telefónica como el SAP ayudaría a que la población contara con recursos para fomentar dicho bienestar. Esto abre el debate a la necesidad de que su funcionamiento se consolidara en el tiempo, extendieran más allá de las situaciones concretas y excepcionales generadas por la Covid-19. Esta situación ha dejado ver que la telepsicología es viable, eficaz y que puede ser muy beneficiosa para potenciar el bienestar y la salud mental de nuestra sociedad.

Servicios como el SAP pueden ser útiles para aliviar la congestión existente en los servicios de atención psicológica en el Sistema Público de Salud, pudiendo consolidarse como un recurso más con el que mantener seguimientos, con el objetivo de que los pacientes no se vieran tan desatendidos entre consulta y consulta.

Por último, recalcar que el SAP ha permitido aportar visibilidad a nuestra profesión, dando a conocer lo importante que es la asistencia psicológica y, por ende, los profesionales de la psicología, reconocidos como personal sanitario. Cuidar de la salud mental no se tendría que limitar a momentos concretos en los que las personas pueden ser más vulnerables a sufrir cierta psicopatología o malestar psicológico, sino resaltar la importancia de su labor preventiva y de promoción de la salud.

Referencias

- Brooks, S.; Webster, R.; Smith, L.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N.; & Rubin, G.J. (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.
- Cedeño, N. J. V., Cuenca, M. F. V., Mojica, Á. A. D., & Portillo, M. T. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., Aguilar, J. L. V., & Pérez, R. H. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74.
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., & Trucharte, A. (2020). Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis del COVID-19: respuestas psicológicas. *Available* online at: <https://n9.cl/pi7n>
- Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Otero, P. & Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta- análisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6; 39-52.





11



Al cole sin mi abuelo

Jesús Romera Quintana

Ideas fundamentales

- Este capítulo muestra cómo dirigir telemáticamente el tratamiento psicológico del duelo infantil en situación de confinamiento y desescalada de este.
- Además, quedan reflejadas las limitaciones de los protocolos estandarizados del duelo en una intervención telefónica durante el confinamiento.
- Se realiza una revisión de la literatura científica sobre el duelo y su tratamiento en condiciones normales y durante la emergencia sanitaria del COVID-19.

Descripción del caso

En este capítulo se explicará brevemente qué es el duelo, sus fases y qué tratamiento psicológico se puede hacer telemáticamente en unas circunstancias que limitan las recomendaciones de la literatura científica, a través de un caso que llegó a la atención telefónica del Consejo General de Psicología de España, para recibir terapia durante el confinamiento del Covid-19.

El duelo ha sido estudiado por prestigiosos terapeutas como Freud, Kübler Ross, Stroebe y Schut... (Hamilton, 2016) y se podría definir como el impacto emocional que se experimenta tras el fallecimiento

de un ser querido, con el que se mantenía un vínculo afectivo fuerte, como son las figuras de apego o cuidadores (Nakajima, 2018). Actualmente se considera una reacción normal con diversas fases (Worden, 2018):

- Aceptación de la pérdida.
- Procesamiento del dolor ante la pérdida.
- Adaptación al mundo en ausencia del difunto.
- Recordar al difunto mientras continúan los proyectos vitales.

Durante el confinamiento las limitaciones en la movilidad impedían desplazarse o relacionarse. Por ello, cuando se daba la circunstancia de tener un familiar enfermo e ingresado en el hospital o fallecido, carecían de pruebas físicas para verificar la información que les trasladaban los sanitarios, aumentando los problemas para aceptar tal información, que además se agravaba en muchos casos con el rápido deterioro que estos pacientes sufrían por el Covid19. En los casos de fallecimiento por Covid 19 u otras causas, estaban completamente prohibidos los ritos de despedida, ocasionando que la superación de estas fases se dificulte.

El fallecimiento de un familiar en esta situación de confinamiento, generó problemas de aceptación del duelo en forma de alteraciones emocionales y conductuales en el caso que guía este capítulo.

Se trata de un chico de 12 años de edad al que llamaremos "Javier" para mantener el anonimato. Su madre acudió al servicio telefónico que prestaba el Consejo General de Psicología al verse incapaz de gestionar las alteraciones de su hijo tras el fallecimiento por COVID-19 de su abuelo.

La madre de Javier refiere las siguientes alteraciones todos los días: agitación y ansiedad (pega, insulta, llora desconsoladamente hasta altas horas de la noche expresando su disconformidad e injusticia con lo sucedido...).

Javier convive con sus padres y un hermano mayor. La madre se encontraba en paro con la llegada del confinamiento, su padre trabaja como repartidor y su hermano mayor estudia 2º de la ESO. Tanto el padre como su hermano rechazaban las reacciones que Javier presentaba. La familia nunca había recurrido a ayuda psicológica.

Su madre debía lidiar con el duelo por el fallecimiento de su padre, la pérdida del trabajo y el duelo de su hijo para que la convivencia en casa no terminara en episodios de violencia entre padre e hijo o entre hermanos. Ella negó la necesidad de recibir tratamiento (más adelante se describe brevemente las técnicas que se trabajaron para ayudarla).

Presentación del caso

Durante la intervención se plantearon los siguientes objetivos para el tratamiento del duelo:

1. Reducir pensamientos rumiativos relacionados con la muerte de su abuelo antes de dormir que comentaba a su madre todos los días.
2. Identificación de emociones que le generan frustración.
3. Reducir conductas violentas entrenándole en la observación de sus reacciones previas a los estallidos de ira.
4. Generación de una rutina de actividades, que incluya ejercicio físico.

La intensidad de los síntomas obligaba a mantener un seguimiento de 3 veces por semana.

A la hora de tratar el duelo en niños se debe tener en cuenta:

- ⊙ En qué etapa del desarrollo se encuentran para comprender la muerte como irreversible.
- ⊙ Cómo se comportan los adultos de su alrededor (¿expresan sentimientos?).
- ⊙ Hay que valorar la existencia de estrés e inseguridad tras el fallecimiento del ser querido.

A los 12 años el concepto de muerte está desarrollado y evalúan, como hizo Javier, el comportamiento de los adultos y el suyo propio ante del suceso (Juen, et al., 2017).

Las mayores dificultades para que Javier pudiera aceptar y procesar lo sucedido (fase 1 y 2 del duelo) eran:

1. La falta de un entorno de seguridad (que su familia no conseguía generar porque no comprendían las reacciones de su hijo).
2. La falta de rutina (acudir al colegio, relacionarse y jugar con los amigos).

Esta situación tan excepcional, lógicamente no la plantean protocolos cognitivo conductuales como el de Cohen, que incluyen 16 sesiones de 60 minutos cada sesión (Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2004). Por ello, se requirieron muchas más sesiones de las previstas para superar los primeros puntos del protocolo, (psicoeducación, identificación de sentimientos, entrenamiento en técnicas de relajación, encontrar las relaciones entre pensamientos, sentimientos y conducta...).

A continuación, se describe la intervención realizada:

Se entabló la comunicación con naturalidad, generando una alianza terapéutica. Su madre comentó que era un niño al que le costaba relacionarse y abrirse con la gente, pero Javier en esta situación era consciente de que necesitaba ayuda para "poder relajarse" y su colaboración fue plena desde el primer momento a la hora de trabajar los objetivos planteados.

Con el fin de dar al lector la máxima proximidad al caso, se transcriben parte de las conversaciones con Javier en sesiones diferentes, dentro de las cuales se omiten ciertos datos personales que no alteran la esencia del objetivo didáctico del capítulo, junto con comentarios aclaratorios de las mismas.

Primera toma de contacto:

Le comento que esta primera sesión es una toma de contacto para conocernos y explorar que le está pasando y que trabajaremos esos problemas en varias sesiones.

Le explico que su madre me ha contado que su abuelo falleció por Covid19 hace unas semanas y que desde entonces está teniendo problemas en casa.

TERAPEUTA (T): *Javier, me gustaría que me explicaras cuáles son esos problemas".*

El tono de la voz suave y pausada, forma una parte muy importante para generar un clima de confianza e intimidad. Por otro lado, mostrar desde un principio transparencia en la información y reforzar la posibilidad de que Javier se exprese, refuerzan la relación terapéutica.

Paciente (P): *"Por las noches pienso en mi abuelo y me da mucha pena, y lloro hasta muy tarde, no me puedo creer que haya muerto y durante el día me peleo con mi hermano mayor y mi padre. Me parece muy injusto que ni mis padres ni los médicos no me hayan dejado verlo porque siempre venía a buscarme al colegio y al fútbol...no debió morir...me contaron mis padres que los médicos le pusieron una medicación que se utiliza para la malaria y para otras enfermedades y ahora en la tele dicen que eso hace que empeoren...ya nada volverá a ser lo mismo sin él".*

En esta primera conversación, quedan evidenciados los problemas

para aceptar la información, originando las rumiaciones durante las noches (incredibilidad ante los hechos, búsqueda de culpables del deterioro de la salud de su abuelo e impedirle la despedida), alteraciones conductuales y miedo ante la incertidumbre de un futuro sin él.

T: "Vale Javier, veo que hay unas cuantas cosas que deberíamos trabajar para cambiarlas. Entendiendo por qué te pasa todo esto, pero antes de empezar, quiero decirte que siento mucho que haya fallecido tu abuelo y que es normal que sientas esta tristeza".

P: "Vale...gracias".

En muy poco tiempo ha recibido el pésame y una propuesta de trabajo para reducir su malestar desde la escucha activa. Le estamos dando lo que buscaba y la alianza terapéutica se ha generado como si fuera una sesión presencial.

La confianza de los padres en la eficacia de la terapia, requiere resultados rápidos y visibles. En este caso, serían que cesen los lloros hasta altas horas de la madrugada y que no pegue.

A lo largo de la intervención (2 meses) se trabajó también con la madre:

- ⊙ Para trasladar pautas de manejo de su hijo.
- ⊙ Para regular los niveles de ansiedad con técnicas de relajación ya que refería sentirse sola al lidiar con toda la situación.

El duelo de Javier por su abuelo estaba influido por la ausencia de la percepción de deterioro físico, ceremonias, funerales, entierro... dificultándole la aceptación de lo sucedido (Farahmandnia, et al., 2020). Teniendo en cuenta el periodo evolutivo en el que se encontraba Javier, se pudo hablar de la muerte de su abuelo con conceptos de la biología, a través de metáforas.

A continuación, se transcribe la sesión que tenía por objetivo ayudar a aceptar la información de la muerte de su abuelo:

P: "No sé por qué no me dejaron ver a mi abuelo, además le dieron un medicamento que según las noticias empeora la salud".

T: "Desde luego cada día vamos aprendiendo más cosas sobre el funcionamiento de este virus, pero sin meternos en los aciertos o errores que se hayan podido cometer vamos a hacer una reflexión con la ayuda de algo que te gusta, los coches. En las calles puedes ver coches nuevos y antiguos. Los antiguos verás que van despacio porque sus motores ya no tienen la misma fuerza que hace años. ¿Qué coche subirá mejor una cuesta, uno nuevo o uno viejo?"

P: "Por regla general, uno nuevo".

T: "Pues resulta que nuestro organismo es como una máquina, y como cualquier máquina se puede estropear. Imagina que debes subir una cuesta corriendo. ¿Crees que la subirías más rápido que tu abuelo?"

P: "Bueno, mi abuelo se encontraba muy bien de salud, pero creo que yo ganaría".

T: "El coronavirus en nuestros organismos ha representado una cuesta que hay que subir para curarse. La cuesta resultó demasiado pronunciada para el organismo de tu abuelo."

P: "Entiendo (llorando)"

Este tipo de explicaciones, con mayor o menor rigor, le distanciaba de las rumiaciones que le generaban culpa y/o la responsabilidad que tuvieron los adultos (padres, tíos y médicos) al no haberle dejado entrar al hospital para despedirse.

Todos estos pensamientos relacionados con la imposibilidad de despedirse le generaban una gran frustración y sensación de injusticia que no era capaz de gestionar adecuadamente. Por eso, durante el día provocaba a su padre y hermano mayor en diferentes situaciones, por ej. cuando jugaba a los videojuegos, para acabar peleando y lloraba con su madre cuando tenía que acostarse por la noche (dejaba de distraerse y los pensamientos relacionados con el fallecimiento de su abuelo comenzaban a presentarse).

De modo que se trabajó con Javier la búsqueda de las posibles razones por las que agredía y/o provocaba a su padre y hermano a la par que se realizaban ejercicios de empatía: "¿Cómo crees que se sentirá tu hermano por la muerte de vuestro abuelo?, al llegar del trabajo a casa, ¿piensas que tu padre quiere castigarte?..."; para que entendiera que era necesario canalizar sus emociones de otra manera. Este entrenamiento en "habilidades de afrontamiento" es recogido por diversos manuales (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2012).

A continuación, un fragmento de sesión en la que se trabaja la reducción de la agresividad:

T: "¿Javier, has visto alguna vez en casa cocinar con una olla a presión?".
P: "Sí".

T: "¿Sabes que tiene una válvula que gira todo el rato echando vapor?".
P: "Sí".

T: "¿Qué pasaría si tapamos la boca de escape de esa válvula, impidiéndola girar?"

P: "Explotaría".

T: "Exacto, la presión sería tan grande que no podría aguantarla para siempre. Pues ahora mismo que estas en casa sin ir al colegio, sin jugar al fútbol...junto con la noticia de la muerte de tu abuelo tienes tanta energía acumulada como una olla a presión que le tapan la válvula. Entonces, si te parece bien podrías sacar un ratito por las mañanas para hacer ejercicio".

P: "Ya hago el circuito que me envía mi entrenador y mi profesor de educación física".

T: "Pues vamos a hacerlos también por las tardes. Piensa que aun así es mucho menos ejercicio que correr todo un campo de fútbol. De esta manera, las ocasiones en las que puedas sentir rabia por todo lo ocurrido, no la descargas con tu hermano o tu padre".

El uso de metáforas con elementos cotidianos tiene por objetivo

facilitar la comprensión de sus reacciones como algo que le puede pasar a cualquiera. La reducción de la agresividad no se debe tan solo a una modificación de las rutinas, se refuerza con la aceptación de la información del fallecimiento, generación de empatía al resto de su familia, etc. Es decir, en mayor o menor medida se reforzaba lo trabajado anteriormente junto con el objetivo principal de cada sesión.

Una de las maneras empleadas para procesar la información del fallecimiento, fue la despedida de su abuelo a través de una carta, que debía escribir sin que nadie pudiera leer expresando todo lo que le hubiera gustado hacer y decirle si hubiera tenido la ocasión. La siguiente recomendación a Javier fue que más adelante, cuando las autoridades sanitarias lo permitieran, debía participar en el entierro y/o funeral de su abuelo (Stasiak, et al., 2016).

Como terapia ocupacional y gestión emocional se amplió la agenda que ya tenía por el colegio (las rutinas de ejercicios transcritas anteriormente) y las propias dinámicas familiares manteniendo la atención focalizada en estas actividades. Funcionó bastante bien por lo que se inició el abordaje del otro gran problema, las noches.

Al terminar los quehaceres, Javier era incapaz de controlar sus pensamientos, así que, como tarea, recopiló por escrito el listado de preguntas que le formulaba llorando a su madre noche tras noche. En las sesiones, se le pedía que intentara responder a las preguntas que había recogido. Esto no funcionaba porque todas las respuestas mantenían los sesgos cognitivos que le atormentaban, así que se empleó un estilo más directivo con explicaciones con una fuerte carga lógica y científica (psicoeducación) para eliminar posibles culpables y culpabilidades junto con sentimientos de injusticia. La pauta fue que leyera estas respuestas al acostarse cada vez que le viniera uno de estos pensamientos. La respuesta le ayudaba a entender la situación y le daba paz. Esta estrategia la empleaba con mayor rigurosidad los días que no tenía terapia porque la escucha activa y sentirse entendido eran suficientes para que tuviera un comportamiento adecuado, ya que su padre y hermano referían estar hartos de sus lamentos después de tanto tiempo, negando la escucha activa que tanto necesitaba.

No se volvieron a presentar las rumiaciones que se habían trabajado, pero la raíz del problema seguía enquistada por el confinamiento (la despedida/entierro). Con la llegada del confinamiento por fases, Javier empezó a temer por el futuro. Las rumiaciones se dirigían ahora hacia el verano, el pueblo dónde veraneaba con sus abuelos, los cumpleaños, la vuelta al colegio... además de mostrar mucho miedo a salir o que sus padres salieran a comprar por si se contagiaban.

Para trabajar todo esto, la técnica empleada fue una exposición y reestructuración cognitiva (resaltar el perfil de los pacientes en los que el virus ataca de una manera agresiva, la protección que brinda la piel frente a los patógenos, hábitos de higiene al volver de la calle...). En este punto comenzó a temer sus reacciones, lo había pasado tan mal que no sabía cuál sería su reacción al encontrarse en esos lugares sin su abuelo. Para reducir estas preocupaciones, se empleó la entrevista motivacional y un dialogo socrático, poniendo de manifiesto las ventajas a salir de casa frente a aislarse sin fecha límite.

Los paseos que empezó a realizar con su hermano a casa de sus

abuelos resultaron complicados para Javier al ver que solo se asomaba por la terraza su abuela. Empezaba a constatar que su abuelo ya no estaría en los sitios que normalmente estaba. Esa noche comenzó de nuevo a rumiar, exponiendo a su madre todo lo que le preocupaba con gran desesperación. Estas pequeñas salidas permitían trabajar la adaptación al mundo sin el difunto, constatando que Javier era capaz de enfrentarse a la vida sin su abuelo, llevando consigo todo lo que le enseñó.

El enfoque empleado, y que funcionó muy bien, fue la psicología positiva, poniendo el foco en la ganancia que había supuesto haberse criado con su abuelo, cuando iba a buscarle todos los días al colegio o cuando le acompañaba a jugar los partidos el fin de semana...

Estas exposiciones fueron muy importantes para avanzar en las fases del duelo. Coincidió durante estas fechas cumpleaños de familiares en los que podían reunirse con algunos primos y tíos, echando en falta la presencia de su abuelo. En los primeros cumpleaños no quiso participar, más allá de felicitar por videollamada, pero en los sucesivos cumpleaños iba a las casas de sus familiares.

A través de las situaciones a las que se había expuesto, resultaba más sencillo eliminar la incertidumbre que refería ante sus posibles reacciones, reforzando sus capacidades y/o resaltando que llegaría un momento en que se terminarían los sitios que podían recordarle su ausencia y que él sería capaz de afrontar las nuevas situaciones de la vida con eficacia, como por ejemplo, que al año siguiente iría al instituto y allí nunca había ido con su abuelo.

Tras dos meses de burocracia (por la falta de medios ante la situación), el cuerpo de su abuelo ya lo habían incinerado y sus cenizas estaban de camino a Madrid. Tanto Javier como su familia tenían elegidos ciertos lugares muy significativos en la vida de su abuelo. Siguiendo las recomendaciones dadas, Javier y su familia participaron en el acto. Después de echar las cenizas, Javier refirió haber pasado un capítulo importante y encontrarse más tranquilo.

Discusión y conclusiones

El aislamiento, la falta de rutinas y de un rito de despedida fueron las mayores dificultades para abordar este caso. Las inquietudes y angustia que refería Javier evolucionaban a la par que las medidas restrictivas se abolían. Por ello, el trabajo psicoterapéutico debía realizarse ajustando los tiempos al ritmo del niño, flexibilizando los tiempos recomendados en los manuales.

Por supuesto, cada caso puede complicarse en algún punto que obligue al terapeuta a "salirse" de los protocolos y de la evidencia acumulada (situaciones de auténtico crecimiento profesional).

Existe evidencia de la eficacia del tratamiento telemático en adultos, pero es menor en población infantil y adolescente (Stasiak, et al., 2016). Por ello, sería interesante acumular más estudios y experiencias como las vividas durante el COVID19.

A pesar de que hay estudios que evidencian la eficacia del tratamiento telefónico para reducir la sintomatología de la depresión y la ansiedad (Coughtrey, & Pistrang, 2016), me llamó la atención la facilidad para

realizar terapias telefónicamente, porque en las videollamadas hay un rostro y el paciente, al gesticular, transmite mucha más información no verbal. Esta facilidad puede deberse a un sentimiento de cierto anonimato, al no existir el contacto físico al igual que ocurren en las redes sociales en las que personas introvertidas expresan sus ideas, sentimientos, opiniones...que de otra manera no harían.

La pandemia del COVID19 está generando una serie de experiencias que harán cambiar para siempre nuestra forma de trabajar.

De momento, hay ciertos trabajos psicológicos que no se pueden realizar por internet (por ej. una evaluación de las capacidades cognitivas) pero si es posible realizar intervenciones mixtas que abaraten los costes directos e indirectos de las sesiones (alquiler de despacho, desplazamientos...) facilitando el acceso al servicio sanitario, en su mayoría privado, que ofrecen los psicológicos en España.

Referencias

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1225–1233.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications*. The Guilford Press.
- Coughtrey A., & Pistrang, N. (2016) The effectiveness of telephone-delivered psychological therapies for depression and anxiety: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare* 0(0) 1–10. <https://doi.org/10.1177/1357633X16686547>
- Farahmandnia, B., Hamdanieh, L., & Aghababaeian, H. (2020). COVID-19 and Unfinished Mourning. *Prehospital and disaster medicine*, 35(4), 464. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20000631>.
- Hamilton I.J. (2016). Understanding grief and bereavement. *Br J Gen Pract*. 66(651):523. <http://doi.org/10.3399/bjgp16X687325>.
- Juen, B., Werth, M., Warger, R., & Nindl, S. (2017). Grief in Children und Adolescents as a Result of Acute Traumatization/Trauer bei Kindern und Jugendlichen als Folge von akuter Traumatisierung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(1), 59-74.
- Nakajima S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170273. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>.
- Radbruch L., (2020). Recommendations for the support of suffering, severely ill, dying or grieving persons in the corona pandemic from a palliative care perspective: Recommendations of the German Society for Palliative Medicine (DGP), the German Interdisciplinary Association for Intensive and Emergency Medicine (DIVI), the Federal Association for Grief Counseling (BVT), the Working Group for Psycho-oncology in the German Cancer Society, the German Association for Social Work in the Healthcare System (DVSG) and the German Association for Systemic Therapy, Counseling and Family Therapy (DGSF). *Schmerz*. 2020 Aug;34(4):303-313. German. <http://doi.org/10.1007/s00482-020-00483-9>. PMID: 32488422; PMCID: PMC7265165.
- Stasiak, K., Fleming, T., Lucassen, M. F., Shepherd, M. J., Whittaker, R., & Merry, S. N. (2016). Computer-based and online therapy for depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(3), 235-245.
- Stasiak, K., Fleming, T., Lucassen, M. F. G., Shepherd, M. J., Whittaker, R., & Worden JM. (2018). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*, 5th ed. Springer Publishing Company.



12



“Se nos olvidó”

Paloma López Gil, Natalia Llagostera Hamstrup y Pablo Martín Frontelo

Ideas fundamentales

- Intervención telefónica a Lola, una mujer que ha perdido hace unos días a su padre por Covid-19 en una residencia de mayores de Madrid, la cual, es hija única y tenía una vinculación muy estrecha con el difunto.
- Utilización de la ventilación emocional como estrategia inicial para apaciguar sus emociones. Gestión telefónica de emociones intensas como la rabia y la ansiedad.
- Utilización y adaptación de técnicas narrativas y de despedida para su aplicación telefónica.

Descripción del caso

Lola es una mujer de cuarenta años que ha perdido a su padre a causa del coronavirus. Debido a la saturación en los hospitales a raíz de la pandemia, muchos mayores que viven en residencias no han podido ser atendidos de manera personalizada ni adecuada, ni en tiempo ni en forma y eso nos ha dejado multitud de familias rotas de dolor por no haber podido acompañar a sus familiares en sus últimos momentos. Por otro lado, la sobresaturación de cadáveres en las funerarias ha dado lugar a la desinformación y al caos a la hora de localizar a los fallecidos. Esta situación extraordinaria ha generado en familiares y amigos cercanos de las víctimas, dolorosos cuadros de ansiedad, angustia, miedo y desesperación.

Presentación del caso

Lola es una mujer de 40 años que parece estar muy afectada. Llora desconsoladamente y respira de manera agitada. Refiere que su padre, que residía en una residencia de mayores de Madrid, acaba de fallecer. Explica que su padre no presentaba ninguna sintomatología asociada al Covid-19, solo padecía una infección de orina desde hace algunos días, motivo por el cual el médico de la residencia le tenía en seguimiento y le informaba a ella periódicamente. Comenta que en ningún momento se le había pasado por la cabeza que su padre estuviese a punto de fallecer a causa del coronavirus.

Lola relata que hablaba con su padre a diario, y que la última vez que lo hizo, este le dijo: *“hijita te quedas sin padre”*. Lola cuenta que lo primero que pensó es que su padre estaba exagerando, que aquello era una muestra más de su *“peculiar”* sentido del humor. No se preocupó en exceso ya que la información que ella había recibido del servicio médico de la residencia nada tenía que ver con la gravedad que transmitían las palabras de su padre. Dos horas más tarde, recibió otra llamada en la que le comunicaban que su padre acababa de fallecer.

Ante el fallecimiento, Lola, que es hija única, refiere que en ese momento empezó su pesadilla. Una sucesión de acontecimientos *“angustiosos, surrealistas, e imposibles de digerir”*.

A pesar de aceptar que la muerte de su padre puede entrar dentro de lo razonable debido a su edad, no logra entender las circunstancias en las que se desarrollaron los hechos. Siente rabia, dolor e impotencia y parece que no encuentra consuelo en las muestras de apoyo que está recibiendo de su entorno más próximo.

Lola explica que siempre ha tenido buena sintonía con el servicio médico de la residencia. *“Confío en ellos, no creo que hayan actuado con negligencia. Por lo que sé, la mayoría de personas fallecidas, más de treinta, solían desplazarse libremente por las zonas comunes de la residencia”.*

Explica que su dolor y su angustia se dispararon cuando intentó realizar el seguimiento del cuerpo sin vida de su padre. En la funeraria a la que le habían remitido, nadie sabía nada, *“allí no estaba, desconocían su paradero”.* Relata que tuvo que contactar uno por uno con todos los tanatorios de Madrid hasta que, días más tarde y tras momentos de extrema dureza, dio con él. Sintió cierto alivio, pero empezó a ser consciente de lo que había ocurrido y que ya nunca volvería a abrazar a su padre.

Durante los días que duró la búsqueda, Lola refiere que sufrió varios ataques de pánico desencadenados por la idea de no poder enterrar a su padre, ni despedirse de él en recogimiento familiar, y le horrorizaba pensar en el momento en el que tuviera que contárselo a su madre.

Lola manifiesta que siete días después del fallecimiento de su padre, recibió una llamada de la funeraria en la que le decían textualmente: *“¿Familiares del señor García? Le llamamos para informarle de que ya hemos enterrado a su padre. Le hemos hecho unas fotos que le enviamos por WhatsApp. En un rato se pondrá en contacto con usted el jefe de la funeraria”.* Lola explica que en ese momento no podía dar crédito a lo que estaba escuchando, que se quedó totalmente paralizada y con una fuerte sensación de presión en el pecho y de falta de aire. Pasados unos minutos, esa sensación de angustia se transformó en rabia y enojo. No les habían avisado ni de la fecha ni de la hora del entierro, su padre se había ido solo, sin la compañía de sus seres queridos, sin nadie que le cogiese de la mano. A eso hay que añadirle la sensación de impotencia e incredulidad que sentía por el trato recibido, por la frialdad y la poca humanidad mostrada por la funeraria, en particular, y las administraciones, en general.

Desgraciadamente, a causa de la COVID-19, han perdido la vida muchas personas, y sus familiares no han podido disponer del apoyo social ni emocional necesario en un momento tan difícil. No se han podido realizar rituales funerarios o de despedida propios de nuestra cultura. Por ello, la intervención realizada telefónicamente se ha centrado en validar el dolor de Lola, y en facilitar la expresión de sus emociones.

La intervención realizada se llevó a cabo durante tres llamadas/sesiones de unos 45 minutos de duración cada una. A lo largo de las llamadas se trabajó, sobre todo, con un proceso de duelo, término que, en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo estaba psicosocialmente vinculado. El duelo, del latín *dolus* (dolor) es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo. Se refiere a la experiencia de dolor, lástima, aflicción

o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, debido a la pérdida de algo o de alguien con un valor muy significativo. Por lo tanto, podemos afirmar que el duelo es un proceso normal, una experiencia humana por la que pasa toda persona que sufre la pérdida de un ser querido. Por lo tanto, no se trata de ningún suceso patológico, y así tenemos que trasladar el mensaje a las personas que solicitan nuestra ayuda en esos dolorosos momentos. Incluso hay quien sostiene que el duelo por la pérdida de un ser querido es una muestra de amor genuino hacia la persona fallecida, y que no hay amor sin duelo por la pérdida sufrida.

Nuestra manera de entender el proceso de duelo está relacionada directamente con la forma en que manejamos la muerte en el contexto cultural en el que nos movemos, y esta ha ido transformándose en función de las diferentes etapas evolutivas de la humanidad.

En el caso que nos ocupa, en la primera llamada se recogió el testimonio de Lola utilizando una actitud de escucha empática, sin emitir juicios, ni interrumpir su narrativa. Se enfocó esta primera toma de contacto a conseguir el objetivo de crear un clima adecuado para que pudiese ventilar emocionalmente, expresar su pena, enfado, indignación y dolor.

Se realizó una respiración guiada en la que debía contar mentalmente de uno a cuatro, mientras inspiraba de manera tranquila, y de uno a seis mientras soltaba el aire. Se le instruyó para que no olvidara realizar ciclos de siete respiraciones, coincidiendo con las horas en punto, durante todas las horas en las que se mantuviera despierta. Se insistió en la importancia de la práctica de respiración consciente, para mantener su activación fisiológica dentro de unos parámetros sostenibles.

Se le dio información acerca de lo que es un ataque de pánico (psicoeducación), cómo se produce, qué lo mantiene, y qué hacer para calmarse lo más pronto posible. En esta misma llamada, una vez que la paciente alcanzó cierto nivel de tranquilidad, se comenzó a hablar de lo que es el proceso de duelo, lo que supone e implica, y las herramientas que nosotros podíamos aportarle en el inicio del duelo que estaba experimentando. Se le explicó la importancia que tiene la validación de todo tipo de emoción que apareciera durante esos días en cualquier momento. La necesidad de aprender a reconocer esas emociones y darles un significado, asociarlas al proceso de pérdida que estamos experimentando y tratar de ir normalizándolas poco a poco.

A los tres días recibimos la segunda llamada de Lola. Seguía muy conmocionada y aturdida, sentía angustia y rabia, aunque había logrado dormir algo más con ayuda de una *“pastilla”.*

Se le explicó la importancia que tenía su autodiálogo interno en relación a sus reacciones emocionales. Lola se repetía a sí misma continuamente palabras y frases relativas a lo injusto de la situación, lo mal que todo el mundo se estaba comportando con su familia, la falta de humanidad y el dolor que estaba experimentando. Al mismo tiempo, verbalizaba como un mantra *“a partir de ahora ya nada será igual sin mi padre”.* Modelamos algunas autoverbalizaciones alternativas dirigidas a calmarse y a aceptar temporalmente la situación.

Así mismo, se llevó a cabo una visualización guiada de un recuerdo

agradable que ella tenía de su padre, y se le dieron las claves para que lo practicara en momentos difíciles del día. Nos explicó que la relación que tenía con él era muy estrecha y que tenía miedo de que el único recuerdo que le quedara, fuese algo relacionado con la locura que estaba viviendo. El hecho de no haberse podido despedir de él, de no haberle tomado en serio, cuando él bromeó acerca de que se estaba quedando sin padre, le hacía sentir un dolor inmenso. Pensaba que nunca se iba a perdonar a sí misma el no haberle podido acompañar en ese momento y decirle adiós.

Al final de la sesión se le presentaron algunos rituales de despedida como, por ejemplo, la creación en su casa de un espacio destinado a la memoria de su padre. En él podría colocar fotos y objetos personales del fallecido, rezar o recordarle en silencio. En ausencia de ceremonias de despedida convencionales, este lugar podría convertirse en una referencia física para realizar los rituales relacionados con el duelo. Se le explicó que los rituales podía llevarlos a cabo en solitario o en compañía de su madre, y que era importante que eligieran juntas los objetos que querían tener presentes como recordatorio. En este lugar también deberían tener cabida los recuerdos de momentos agradables y felices.

Este tipo de rituales son imprescindibles, ya que confieren un simbolismo emocional que permite conectar con el dolor, e integrar la información de todo lo sucedido. Se le propusieron además otras técnicas narrativas terapéuticas, como la redacción de una carta que contuviera todo lo que se le quedó pendiente de decir a su padre. Además, otros rituales alternativos de despedida, como la construcción de una caja de recuerdos; una actividad simbólica donde participara toda la familia, como pudiera ser el lanzamiento de globos al aire, o el encendido de velas en el espacio destinado a su memoria. Del mismo modo, se le instó, si ella así lo deseaba, a comunicar la noticia a todos sus seres queridos, proponiendo la celebración de un pequeño homenaje al fallecido.

A lo largo de estas dos primeras llamadas, se trabajaron, además, pautas de autocuidado, refiriéndole la importancia que tienen las mismas para un adecuado proceso de duelo. Del mismo modo, se le transmitió que estas pautas de autocuidado podía compartirlas con su madre, la cual también había sufrido el duro golpe del fallecimiento de su marido.

En el plano físico, se le transmitió la importancia de mantenerse hidratada y bien alimentada, intentando cumplir los horarios habituales; dormir lo necesario para que el cuerpo y la mente pudieran descansar manteniendo un equilibrio; escuchar su cuerpo, ya que, en un momento tan difícil, concederse tiempo a uno mismo es fundamental para desarrollar un duelo adaptativo. Se le pautó que realizara actividad física moderada (estiramientos musculares), explicándole la importancia de no abandonarse ni dejar de lado el aseo y el cuidado personal.

A nivel emocional, se realizó una intervención basada en la psicoeducación dirigida al reconocimiento de las emociones normales que podían surgir durante el proceso de duelo (soledad, tristeza, enfado, etc.). Se le explicó que la aceptación de las mismas le ayudaría a asumir la realidad de la pérdida y a elaborar los sentimientos relacionados con el duelo. Se incidió en la importancia de permitirse

estar mal, y se le animó para que se lo transmitiera así a sus familiares y amigos. Normalizar el dolor por la pérdida facilita mucho el proceso de elaboración de la misma.

La última llamada tuvo lugar cuatro días más tarde. Lola parecía algo más calmada, aunque la indignación por el comportamiento de la funeraria seguía estando latente. Mantenía la idea de iniciar un procedimiento legal contra los profesionales de la funeraria y del cementerio, entendiendo esto como un homenaje a su padre y a su descanso, como *"lo que tenía que hacer"* en ese momento. Intentamos convenir con ella si era el momento de tomar esa decisión, es decir, valorar si estaba preparada para poder dar ese paso tan importante, analizando todo lo que implica iniciar un procedimiento judicial, no solo económicamente sino emocionalmente, y lo que supondría que el proceso se alargara en el tiempo. Lola se mostró receptiva a la hora de analizar los pros y los contras del inicio de un procedimiento judicial, concluyendo que estaba segura de hacerlo como la única manera eficaz de *"honrar"* la muerte de su padre. Se muestra decidida a hacerlo, y cuenta con el apoyo incondicional de su marido.

En esa misma llamada nos explica que la creación del espacio homenaje que habían habilitado en el domicilio le había proporcionado algo de paz y sosiego, pero manifestaba que sentía mucho dolor por no haber podido acompañar a su padre en sus últimos momentos.

Para aliviar ese dolor se le propuso que le escribiera una nueva carta diciéndole todo lo que había significado para ella en vida y lo importante que seguiría siendo *"su presencia"* en el día a día. Además, se le propone que en ella pueda incluir todo lo que le hubiera gustado decirle en el momento de la despedida con intención de no dejarse nada en el tintero. El objetivo de la misiva sería expresar abiertamente sus sentimientos, validar y aceptar su tristeza y dolor para poder continuar adelante a pesar de la pérdida.

Como medida eficaz para reconducir su rabia hacia la funeraria, y como alternativa preliminar a la apertura de un procedimiento judicial, se le instruyó en la Técnica de las Tres Cartas. Dicha técnica consiste en escribir sucesivamente tres cartas; la primera sin ningún tipo de contención en cuanto a las formas; la segunda, días después, cuando se sintiera algo más calmada, suavizando el contenido del mensaje; y la tercera, más estructurada y formal, que podría incluso enviar a su destinatario a modo de reclamación. La paciente se muestra muy receptiva ante esta técnica y refiere que va a ponerla en práctica.

Como cierre de la atención, a Lola se le da la opción de volver a contactar con el servicio en el momento que considere necesario, bien para evaluar la utilidad de alguna de las técnicas aportadas y puestas en práctica, bien para acompañarle en el proceso de duelo por su padre. Antes de terminar, se le recuerda el fin último del proceso duelo, las diferentes etapas que hay que transitar cuando perdemos a un ser querido, y lo poco que ayuda el hecho de obsesionarnos con superarlo en un periodo de tiempo determinado.

Se le indica que, en muchas ocasiones, el fin no es superarlo sin más, porque no nos levantamos un día y por arte de magia hemos superado la muerte de un familiar, sino que el duelo consiste en un aprendizaje para la vida. Por suerte o por desgracia nuestra vida no acaba en ese momento, continúa nuestro trabajo, permanecen nuestros amigos, nuestra familia, nuestros estudios..., y el hueco que deja la persona que

se ha ido debemos rellenarlo con actividades cotidianas sanas y agradables, con personas que nos aportan y nos valoran. Eso no quiere decir que olvidemos a la persona que ha fallecido, significa que estamos aprendiendo a sobrellevar esa ausencia, que el recuerdo de la persona que nos ha dejado está vívidamente presente en nosotros a pesar de que, en determinados momentos o situaciones, independientemente del tiempo que pase, nos sintamos más vulnerables o más tristes, porque la pérdida de un ser querido no se supera definitivamente, sólo la aceptamos y aprendemos a convivir con ella.

En los casos de duelo es muy importante prestar atención a las circunstancias que lo acompañan y que pueden actuar como predictores de riesgo para desarrollar un duelo complicado. En este caso, los agravantes podrían ser todos los hechos acaecidos con los trabajadores de la funeraria o las circunstancias especiales relacionadas con la situación de pandemia. Se hace necesario identificar a las personas con más riesgo a la hora de seguir un tratamiento adecuado, ayudarles a que elaboren la pérdida o desarrollen el duelo de la mejor manera posible. En el caso de Lola, aparentemente no existía ningún otro factor de riesgo en relación al fallecimiento de su padre, ya que disponía de un entorno estable y estructurado, y poseía habilidades personales adecuadas para afrontar el duelo de manera eficaz.

Discusión y conclusiones

El caso tratado abarca un posible duelo complicado por fallecimiento, debido a la Covid-19, de un familiar en una residencia de mayores. El desenlace fue muy rápido e inesperado, lo que imposibilitó la posibilidad de despedida ni acompañamiento.

La pérdida de un ser querido es siempre un suceso vital difícil de sobrellevar e incluso, en ocasiones, traumático para las personas que lo sufren (Oviedo-Soto, Parra-Falcón y Marquina-Volcanes, 2009). Considerar la muerte de una persona querida como un tipo de pérdida, más que verla como algo único y totalmente diferente, nos va a permitir integrarla en un modelo más amplio de reacciones humanas. Es decir, integrar en nuestro modelo de vida que a lo largo de nuestra existencia sufrimos diferentes tipos de pérdida (no solo fallecimientos), nos va a ayudar a procesarlas, entenderlas y aceptarlas de una manera adaptativa (Cabodevilla, 2007; Porta, Retes y Ramírez, 2007).

En función de cómo sea la pérdida, si hemos tenido la posibilidad de ir preparándonos para la ocasión, por ejemplo, en una enfermedad larga, y hemos podido despedirnos de nuestro ser querido, el procesamiento del duelo será más adaptativo que en los casos en los que la pérdida ha sido repentina e inesperada, como por ejemplo un accidente (Pascual & Santamaría, 2009).

La ruptura emocional y cognitiva que se produce cuando un familiar fallece provoca en nosotros una serie de síntomas que pueden dar lugar a un duelo complicado, desadaptativo o traumático (Pascual & Santamaría, 2009). El caso que nos ocupa cumple con los requisitos del segundo tipo mencionado. Estas son algunas de las características más significativas de este duelo traumático (Dávalos et al., 2008):

- La rapidez de los hechos dificulta tener tiempo para asimilar el impacto de lo ocurrido.

- El efecto sorpresa le imposibilita mentalizarse o prepararse para la pérdida. La sorpresa le impide despedirse de su padre, y le deja un sentimiento de culpa por no haber podido decirle lo que sentía por él.

- La impotencia de no saber qué decir o cómo actuar cuando le comunican la noticia por teléfono y cuando, posteriormente, no localiza el cuerpo de su padre. La sensación de falta de control, de no poder hacer nada, da lugar a sentimientos de rabia, dolor y enfado.

- La incomprensión e incredulidad por todo lo que estaba ocurriendo, por cómo le informaron del entierro de su padre los empleados de la funeraria.

- El sentimiento de soledad que experimentó cuando le dieron la noticia y en los días sucesivos. Debido al confinamiento provocado por la pandemia, no pudo estar al lado de su madre para arroparla y compartir su dolor.

Es importante señalar que, a través de la intervención temprana que recibió en el servicio de atención telefónica, Lola pudo trabajar eficazmente los factores preventivos del duelo complicado y reenfocarse hacia un duelo adaptativo normalizado.

En el caso que nos ocupa se incidió sobre todo en la conexión de Lola con su dolor y con las emociones que la situación había desencadenado en ella. Trabajar en esta conexión supone profundizar en las diferentes formas que tiene la persona de afrontar los recuerdos vividos con el ser querido que ha perdido, así como en los recuerdos de lo ocurrido en el momento del fallecimiento y sus circunstancias posteriores. Rememorar lo ocurrido es algo necesario y útil a la hora de organizar los recuerdos, y resulta imprescindible para dotarles del significado que les corresponde (Dávalos et al., 2008). Las principales estrategias utilizadas (expresión de emociones, conectar con el ser querido como si aún estuviera presente, recordar aspectos significativos de la vida que ambos tenían en común, compartir con las personas más cercanas cómo se encuentra e incluso acudir a los lugares que frecuentaba con la persona que ha fallecido), ayudan a conectar los lazos emocionales y a convertirlos en recuerdos agradables, no traumáticos (Pascual y Santamaría, 2009).

En todo momento se trabajó con Lola teniendo muy presente la presencia de estímulos estresores relacionados con la situación de confinamiento. En estas circunstancias especiales, a pesar de contar con una buena red de apoyo social, el entorno de Lola se vio afectado negativamente por las restricciones implantadas por el gobierno en lo relativo a la lucha contra los efectos de la COVID-19. La situación de aislamiento y las limitaciones de movilidad y reunión, influyeron negativamente en el normal desarrollo de los acontecimientos en lo relativo al fallecimiento, y posterior seguimiento del cadáver de su padre.

Lola se mostró siempre receptiva, y abierta a nuestras propuestas terapéuticas, en todas y cada una de las llamadas que se realizaron durante la intervención. Además, dispuso en todo momento de un

entorno familiar y de amigos que le acompañaron y arroparon incondicionalmente. Aunque en un principio se planteó un caso de posible duelo complicado, al hablar con ella, se pudo constatar que había puesto en marcha una serie de recursos de afrontamiento adecuados, que nos hacen pensar que estábamos ante un caso de duelo con buen pronóstico. Consideramos finalmente que Lola estaba preparada para elaborar e integrar la pérdida de manera adaptativa.

El pronóstico favorable de Lola se explica y sostiene por su buena predisposición a recibir ayuda especializada en duelo, y la consecuente puesta en práctica de las técnicas, herramientas y estrategias trabajadas en colaboración con los profesionales del servicio de primera atención psicológica.

Referencias

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva, B. M. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.

Oviedo-Soto, S. J., Parra-Falcón, F. M., & Marquina-Volcanes, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería global*, (15), 0-0.

Pascual, Á. M., & Santamaría, J. L. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 48-54.

Porta, G. V., Retes, R.R. & Ramírez, O. E. (2007). Manifestaciones del duelo. *Sociedad Española de Oncología Médica. Duelo en Oncología*





13



¿Puede el miedo al contagio alterar nuestras vidas?

Cristina Girod de la Malla

Ideas fundamentales

- En este capítulo no centraremos en una de las principales consecuencias en la población general: el miedo al contagio, presente en una gran proporción de población. (Sandín et al., 2020).
- Gestión telefónica de los síntomas de ansiedad y tristeza, apatía, aislamiento social, problemas familiares, sentimiento de indefensión y sensación de pérdida de control.
- La intervención fue adaptada para poder ser aplicada de manera telefónica. Ésta se centró en la exposición progresiva en vivo acompañada de técnicas de relajación y *mindfulness*. Se enseñaron también técnicas y herramientas destinadas a mejorar otras áreas afectadas como, en este caso, el sueño.

Descripción del caso

Una de las principales consecuencias que han tenido la pandemia y el confinamiento sobre la población (tanto población general como personal interviniente) es el miedo al contagio. Los datos que se extraen de las respuestas a la Escala de Miedo al Coronavirus (EMC) indican que los diez miedos más comunes asociados al coronavirus se refieren, en su mayoría, a temores relacionados con la contaminación, enfermedad y muerte debidos al coronavirus (Sandín et al., 2020). No es extraño, entonces, que el motivo de casi el 21% de las llamadas

(2.334) atendidas por el Servicio de Primera Atención Psicológica (SPAP) fuera el miedo al contagio (propio o de seres queridos). (Berdullas et al., 2020).

Un ejemplo bastante representativo es el que se expone en este capítulo. Se trata de una mujer de 41 años que llamó al servicio, remitida por el médico de Atención Primaria. En un caso como este es primordial realizar una buena labor de psicoeducación con el objetivo de resignificar los síntomas, esto es, de darles un sentido alternativo. En este caso se observa cómo la evitación es responsable del mantenimiento de la ansiedad, lo que justifica el empleo de la exposición progresiva en vivo como estrategia principal, acompañada de entrenamiento en respiración diafragmática y ejercicios de relajación para mejorar los síntomas de ansiedad.

Las personas con antecedentes de ansiedad, hipocondría o trastorno de ansiedad por enfermedad pueden verse afectadas en mayor medida por el miedo al contagio que la población general. En estos casos, el miedo puede acompañarse de una hipervigilancia hacia las funciones corporales, que puede tornarse obsesiva y mantener y cronificar el cuadro. En este sentido es importante también explicar el efecto que tiene fijar la atención en funciones fisiológicas automáticas, como bien explica la Teoría del Estilo Somático Amplificador de Barsky y Klerman (1983). En algunos casos, como en el presente, será útil y necesario recurrir a la exposición con prevención de respuesta, siempre acompañada de una correcta explicación, ya que puede ser, inicialmente, una técnica algo aversiva.

Presentación del caso

Victoria es una mujer de 41 años, soltera y sin hijos y, actualmente en paro, llama al servicio el 30 de abril de 2020, por recomendación de su médico de Atención Primaria, al que acude por somatizaciones.

En el primer contacto, Victoria, comenta que tiene un nivel de ansiedad muy elevado, casi siempre acompañado de llanto. Tiene miedo al contagio y no es capaz de salir de casa. Está muy preocupada y pasa el día desinfectando toda la casa (a pesar de que nadie sale de casa). Lleva días durmiendo mal porque sufre ataques de ansiedad por la noche, sobre todo las noches previas a salidas inevitables.

Normalmente vive sola, a 1 km de sus padres, aunque desde que empezó el confinamiento está viviendo con ellos. Se trasladó con ellos para ayudar a su madre en el cuidado de su padre, que justo antes de la pandemia tuvo bronquitis y, además, tiene una discapacidad. Está muy comprometida con que ellos estén seguros porque son población de riesgo. Aun así, es incapaz de salir porque le da pánico «meter el bicho en casa» y, cuando lo hace porque no le queda más remedio, lo hace con gran ansiedad.

Victoria cuenta que, cada vez que vuelve de la calle, tiene que seguir un estricto ritual de limpieza: se quita los zapatos y casi toda la ropa y los mete en una bolsa cerrada que deja en el tendero. Desinfecta las llaves, el móvil, su tarjeta bancaria... incluso las ruedas del carrito de la compra. Va directa a la ducha y se lava el cuerpo y el pelo. Después, desinfecta todo lo comprado (aunque no lo guarda hasta pasados unos días), se ocupa de la ropa y zapatos y, por último, desinfecta toda la cocina.

En el contexto de la intervención en crisis, uno de los objetivos principales es la normalización de los síntomas y la generación de comprensión. En este sentido, lo primero que se hace es explicar que los síntomas que refiere son normales dada la situación anormal en la que se encuentra la población: "Lo que estás sintiendo es normal. El miedo es una emoción adaptativa (útil), que nos mueve a protegernos para sobrevivir. Ante la amenaza de un virus potencialmente mortal como es el coronavirus, la reacción de miedo y evitación es completamente normal, y es funcional, siempre que este miedo no domine situación, que es lo que te está pasando ahora a ti. Por eso, tenemos que hacer lo posible para que tú recuperes ese control". Como ejemplo, se emplea una metáfora que compara aprender a lidiar con esta «nueva realidad» con aprender a nadar. "Imaginate que, sin saber nadar y sin tener ningún dispositivo de flotación (manguitos, flotador...), te tiran en una piscina y te piden que no te ahogues. De primeras, tragaras mucha agua, pero poco a poco, echando mano de tus propios recursos, aprenderás a flotar progresivamente. Aprender a afrontar esta realidad es un proceso parecido: nos hemos visto expuestos a una situación que nunca antes habíamos vivido, ni siquiera parecida. Por ello, es más que normal que no tengamos recursos o no sepamos cuáles de ellos movilizar para hacerle frente. Lo que tenemos que hacer es intentar averiguar de qué recursos dispones para aprender a flotar en este momento".

Respecto a los problemas de sueño, además de dificultad para conciliar y mantener el sueño, Victoria cuenta que sufre ataques de pánico nocturnos, sobre todo cuando anticipa que al día siguiente va a tener

que salir a la calle. Se le pide más información sobre qué es lo que siente durante esos ataques: dificultad respiratoria, falta de aire, presión en el pecho, mareo, hormigueo en las manos y la boca...pasa mucho miedo y llora mucho.

En el caso del trastorno de pánico, uno de los protocolos de tratamiento con mayor evidencia empírica es el programa de tratamiento para el control del pánico de Barlow (Barlow & Cerny, 1988; Barlow & Craske, 1989, 2007). Esta combina la psicoeducación, con el entrenamiento en respiración, la reestructuración cognitiva y la exposición interoceptiva.

En este sentido, se concede especial relevancia al componente educativo (Caballo et al. 2014), por lo que es importante ofrecer información real pero tranquilizadora ("son síntomas que resultan muy incómodos pero no son peligrosos y solo duran unos minutos") sobre los síntomas normales de un ataque de pánico, qué los mantiene y cómo controlarlos, intentando evitar que estos tomen el control de la situación.

Aunque la persona esté familiarizada con los síntomas, no está de más dar información sobre el mecanismo fisiológico de la ansiedad y de los ataques de pánico. "Uno de los principales síntomas de ansiedad es el aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, lo que puede generar la sensación de falta de aire. Ante esto, una reacción normal, (podría decirse que un instinto de supervivencia), es intentar respirar más hondo para coger más aire. El problema es que, en este estado de ansiedad, por lo general, no expulsamos todo el aire que cogemos y nuestros pulmones se «inundan» de oxígeno. Creemos que nos falta el aire, ¡pero el verdadero problema es que nos sobra! Esto es lo que llamamos hiperventilación. La consecuencia de hiperventilar es que empezamos a sentir un mareo incómodo, además de parestesia (adormecimiento) en cara, manos, cuero cabelludo...".

Por otra parte, dentro del tratamiento para el trastorno de pánico, cobra especial importancia el hecho de exponer a la persona, de forma sistematizada, a sensaciones interoceptivas similares a las que experimenta en sus ataques de pánico, con el objetivo, no sólo de habituar al paciente a las sensaciones corporales, sino también como forma de reestructurar las ideas catastrofistas y sesgos interpretativos que las personas que sufren de ataques de pánico suelen mostrar acerca de las sensaciones corporales (Caballo et al., 2014).

Para comprobar el efecto explicado anteriormente, y como muestra de lo que podría ser un ejercicio de exposición interoceptiva, se puede realizar un ejercicio práctico que puede ayudar a «perderle el miedo» a esas sensaciones corporales. "Inspira contando hasta 5 y exhala contando solo hasta 2 unas cuantas veces. Probablemente eso desencadene algunos de los síntomas que aparecen durante una crisis de ansiedad. No tengas miedo, son muy molestos, pero no son peligrosos, y desencadenar esos síntomas puede ayudarnos a reducir el miedo que les tenemos y, sobre todo, a buscar una «respiración-antídoto» contra ellos".

Lo ideal en estos casos es explicar alguna técnica de respiración que pueda ponerse en práctica en el momento en el que empieza a percibirse un aumento de la ansiedad, para evitar que se desencadene un ataque de pánico. De hecho, en las versiones más recientes del programa de tratamiento para el control del pánico de Barlow (Barlow

y Craske, 2007) se introdujo el re-entrenamiento en respiración con el objetivo de prevenir y modular el pánico mediante un patrón de respiración incompatible con las alteraciones respiratorias que describen las personas con trastorno de pánico. Se debe recordar que lo ideal sería poder realizar, como mínimo, dos sesiones de práctica de respiración al día, con el fin de automatizar al máximo el proceso.

En el momento de explicar estos ejercicios, es recomendable modelar y guiar la respiración a través del teléfono. “Vamos a realizar un ejercicio de respiración diafragmática. Yo te voy a ir guiando. Siéntate en una posición cómoda, preferiblemente en una silla, con la espalda en el respaldo y con los pies en el suelo. Coloca una mano sobre tu abdomen, debajo de las costillas, y otra sobre el pecho. Esto te ayudará a tomar conciencia de tu respiración. Al tomar aire, el abdomen debe hincharse, manteniéndose el pecho inmóvil. Y lo mismo durante la exhalación. Durante el ejercicio tienes que tomar aire por la nariz y expulsarlo por la boca. Vamos a realizar una inhalación nasal de 4 segundos, después vamos a mantener el aire un par de segundos para después realizar una exhalación por la boca de unos 7-8 segundos. ¿Tienes alguna duda? Ponte cómoda y empezamos”. [Tono suave, relajado y lento]. “Inspiramos sintiendo cómo se llena el abdomen de aire (4 segundos), mantenemos un par de segundos y exhalamos [hacer el sonido de exhalar como soplando para que lo haga al mismo tiempo que nosotros] hasta que no quede nada de aire, observa cómo se hunde tu mano en tu abdomen (8 segundos)”. Se repite tres veces y se pregunta por las sensaciones.

Se puede explicar alguna otra técnica de respiración para poner en práctica por ejemplo durante un ataque de pánico, como la respiración con pajita. “En este caso, tienes que colocar los labios como si tuvieras una pajita, como en forma de beso. Realizas una inhalación profunda, aguantas la respiración un par de segundos y expulsas el aire lentamente por la pajita imaginaria. En las primeras respiraciones te resultará difícil, pero enseguida notarás como se regula tu respiración”.

En este caso, por haber padecido ya un trastorno de ansiedad conoce diferentes técnicas de relajación, incluida la respiración diafragmática.

Respecto al sueño, Victoria comenta que no sigue ninguna rutina concreta antes de dormir. Después de cenar, ve un rato la televisión con sus padres, y se acuesta. Se le explica el beneficio de tener una pequeña rutina previa a ir a la cama que vaya avisando al cuerpo y al cerebro de que es hora de dormir. Sería como el clásico «pipí, pijama, dientes y a la cama» de los niños. Se debe destacar la importancia de mantener una buena higiene de sueño y un adecuado control de estímulos que faciliten la conciliación de este. Por ello es importante repasar punto por punto las recomendaciones para poder corregir errores y falsas creencias y poder resolver dudas.

En la primera llamada, es recomendable explorar los intentos de solución que ha llevado a cabo la persona y los recursos de los que dispone que le resultaron eficaces en alguna situación similar. En este caso, cuenta que practica *mindfulness*. Está realizando un curso, y le ayudaba bastante, aunque ahora se encuentra sin ganas para continuarlo. También tiene un diario de gratitud, aunque lo ha abandonado últimamente. Esta es una de las recomendaciones a seguir desde la psicología positiva para el autocuidado, por lo que se le pide que intente retomarlo, poquito a poco.

Antes de terminar la llamada, se deben acordar con la persona algunos de los objetivos hacia los que guiarse, hacer una recapitulación de lo hablado durante la llamada y acordar la realización de algunas tareas en los próximos días, así como la pauta de seguimiento. En este caso, tras el conveniente repaso, se acuerda que los principales objetivos y tareas son: realizar exposiciones breves (de duración creciente en la medida de lo posible), saliendo a la calle para disminuir la ansiedad, realizar ejercicios de respiración tres veces al día, durante unos 10-15 minutos (como mínimo) y poner en práctica las estrategias de higiene de sueño y control de estímulos para mejorar la calidad de este. Intentará retomar el diario de gratitud, y programamos actividades agradables (tres, como poco, a las que dedicarles un mínimo de 30 minutos al día) que ayuden a salir del círculo de apatía en el que se encuentra. Respecto a esto, se le explica que es normal que al principio le resulte difícil implicarse con ellas, pero que lo importante es intentarlo y, por ello, debe reforzarse.

Para finalizar, se le puede preguntar qué le parece que se realice una llamada de seguimiento en unos días para ver qué tal se encuentra (si no lo pide antes ella). Por su elevado nivel de malestar, y por si hubiera que resolver alguna duda o cambiar de estrategia, se acuerda volver a llamarla en cuatro días. Antes de finalizar la llamada es importante reforzar el hecho de haber llamado al servicio, ya que demuestra un gran nivel de implicación con querer mejorar y encontrarse mejor. Se recuerda que el servicio está a su disposición por si necesitase algo antes de la próxima llamada. Cuatro días después, se vuelve a contactar con ella para ver cómo se encuentra. Se le pregunta por el seguimiento de las tareas que se programaron y si ha tenido alguna duda en el momento de realizarlas. Ha empezado a realizar ejercicios de respiración y ha seguido con sus ejercicios de *mindfulness*. Ha intentado salir a la calle, pero no se ha sentido capaz (desde el día anterior ya se permitía en la Comunidad de Madrid salir a pasear y hacer deporte). Se refuerzan los intentos y los logros, por pequeños que sean. Cuenta que ha seguido teniendo ataques de pánico, aunque ha estado durmiendo algo mejor. Se siente mal porque su madre no entiende lo que le pasa, y muy culpable porque se trasladó allí para cuidar de ellos y, al final, son sus padres los que están teniendo que cuidarla a ella.

Está preocupada porque le han salido unos granos por todo el cuerpo. Hace 20 días tuvo una reacción alérgica alimentaria que la obligó a acudir a urgencias. Desde entonces le da mucho miedo comer casi cualquier alimento (incluso hierve el agua del grifo antes de beberla) por miedo a que le provoque otra reacción alérgica, ya que cree que todo lo que come le da alergia. Constantemente vigila su cuerpo y los síntomas para detectar cualquier posible reacción. Está comiendo poco, en cantidad y en variedad, y no le dan cita en alergología hasta dentro de 3 meses. Cuenta que siempre ha sido bastante «hipocondríaca». Por recomendación de una amiga suya, cuyo hijo tiene muchas alergias, va a hacer un diario de comidas en el que apuntar qué síntomas aparecen después de qué comidas para poder enseñárselo al médico cuando vaya a consulta.

Al preguntarle por los síntomas, cuenta que, además de los granos, cada vez que come, siente cómo se le va inflamando la lengua y siente que no puede ni tragar ni respirar, que se le hace un nudo en el estómago y empieza a sentir náuseas. Cuando se le pregunta sobre el momento de aparición de los síntomas comenta que muchas veces

también aparecen antes de comer, no solo durante o después de la comida. Parece el momento oportuno para hablar de las manifestaciones más frecuentes de la ansiedad y discutir sobre la posibilidad de que los síntomas que siente se deban en parte, por el momento de aparición y por la gran variedad de alimentos, a una respuesta de ansiedad anticipatoria.

En ningún caso se fuerza o se anima a la ingestión de alimentos potencialmente alérgenos. Simplemente se habla sobre la posibilidad de que los síntomas que refiere puedan deberse a ansiedad para que, quizá con conocimiento de que la reacción no es peligrosa, sino que puede tratarse de ansiedad y no de un shock anafiláctico (como teme), la ansiedad vaya rebajándose y, con ella, los síntomas.

Se concluye que realizará el diario de comidas, pero introduciendo una variación: utilizar la técnica del *pie*. Esta técnica consiste en hacer un diagrama de pastel o de sectores que ayude a buscar causas alternativas a cada uno de los síntomas que presenta, tanto antes como después de comer (ver ejemplo en la Figura 1). Se trata de atribuir a cada posible causa de los síntomas que presenta, un porcentaje de probabilidad. El objetivo de esta tarea es, además de, efectivamente, llevar a cabo una monitorización de los síntomas, observar si hay patrones sintomáticos que se repitan.

Una vez más, la psicoeducación resulta esencial. Para explicar el efecto que tiene centrar la atención sobre las funciones corporales, se puede recurrir a la Teoría del Estilo Somático Amplificador y explicar la utilidad de la exposición con prevención de respuesta.

La terapia cognitivo-educativa, basada en la Teoría de la Amplificación Somática de Barsky y Klerman (1983) para la hipocondría, tiene como meta aprender acerca de la naturaleza, percepción e informe de los síntomas físicos y de los factores psicológicos responsables de la amplificación del malestar somático. La experiencia somática es un proceso activo en el que intervienen diferentes influencias, entre ellas, la atención, la cognición y las creencias acerca de los síntomas, el contexto y el estado emocional. (Barsky, 1996). Las personas con ansiedad por enfermedad tienen un estilo atencional caracterizado por una hipervigilancia corporal que lleva al chequeo constante de las funciones corporales y a una focalización de la atención en las sensaciones corporales desagradables. Frecuentemente, estas personas atienden selectivamente a síntomas leves y tienden a valorar sensaciones somáticas y viscerales normales como patológicas e indicadoras de enfermedad grave (Barsky, 1988, 1992).

La preocupación respecto a los síntomas y a la posibilidad de padecer una enfermedad suele manifestarse a través de conductas de comprobación corporal, búsqueda de información tranquilizadora, búsqueda de reaseguración, consulta de síntomas en la red, etc. Este tipo de conductas, aunque inicialmente alivian el malestar, a la larga lo intensifican y refuerzan la idea de enfermedad (Caballo, 2014). Por ello, la técnica de exposición con prevención de respuesta es una de las estrategias de tratamiento principales en estos casos. Consiste en la exposición prolongada a estímulos evocadores de ansiedad (por ejemplo, sensaciones corporales temidas) y la prevención de las respuestas reductoras de ansiedad (chequeo corporal, por ejemplo).

Se le pide a Victoria que, cuando sienta la necesidad de chequear después de comer si le han salido ronchas, sarpullido, erupción o granos (o de buscar en internet la causa de los mismo), intente prevenir la conducta de comprobación o, por lo menos, posponerla en intervalos de tiempo cada vez mayores. Se le recuerda que cualquier intento, por mínimo que sea, es un gran paso adelante por el que debe felicitarse.

Puede resultar muy útil, siempre y cuando exista una buena alianza y un clima de confianza, emular a Ellis y hacer uso del sentido del humor: "Si buscas en Google las causas de la dificultad respiratoria, dadas las circunstancias, lo mejor que puede «diagnosticarte» es una neumonía bilateral, si no un infarto de miocardio, lupus o fibrosis quística...Dr. Google no es un buen recurso en estos casos, ¿verdad?".

El uso del "humor que ayuda" (Salameh, 1987) ayuda a crear una atmósfera relajada, facilita la expresión de sentimientos de forma segura (McGhee, 1979), incrementa la autoeficacia (Ventis, 1987) y promueve la autoaceptación (Ellis, 1977, 1996, 1997). Además, ayuda a humanizar la imagen del terapeuta (Bloomfield, 1980) y a reducir la disparidad entre los roles del cliente y del terapeuta (Ellis, 1977, 1996, 1997), lo que nos permite ser más cercanos y humanos incluso en situaciones de distanciamiento, por lo que resulta especialmente útil en situaciones como esta, en la que el contacto cara a cara no es posible.

Una vez más, se repasa lo hablado durante esta sesión y la anterior. Se consolidan y refuerzan los logros, y se repasan las tareas a realizar. En este caso, se añade la realización del diario de comidas y los intentos de prevención de las conductas de comprobación. Se refuerza una vez más el esfuerzo que realiza y se agenda la siguiente sesión de seguimiento en una semana, recordando que el servicio sigue a su disposición.

Se vuelve a llamar pasada una semana y responde con buenas noticias. Se encuentra mejor y ha conseguido salir a dar un par de paseos (muy cortitos) con su padre (me recuerda que él que no puede salir a pasear solo). Sigue teniendo mucho miedo en la calle, le aterra la imprudencia de la gente, aunque mientras está con él permanece distraída. Por sí misma no sale a la calle salvo si es estrictamente necesario. Cuenta que ha estado dedicando tiempo a actividades que tenía pendientes, como hacer cursos, hacer álbumes de fotos... y que ha retomado más en serio el *mindfulness* y ha empezado a hacer yoga. Se refuerza y se la anima a seguir con ello porque tiene grandes beneficios.

Ha intentado poner en práctica la prevención de respuesta, pero dice que siempre acaba, por la noche, chequeándose. Se refuerza el hecho de que sea capaz de posponerlo, porque es muy importante, y se la anima a seguir intentándolo. Sigue haciendo el diario de comidas pero no termina de quedarse tranquila a pesar de ver que los síntomas pueden deberse a ansiedad. Cada vez limita más su alimentación.

Por supuesto, no es recomendable animarla a comer normal, dadas las circunstancias (dificultad de conseguir una cita médica por la saturación de los hospitales, recomendación de no acudir a los hospitales...), pero se le intenta hacer ver que es importante que mantenga una alimentación adecuada para no llegar a problemas mayores. Se aconseja que consulte con su doctora de Atención Primaria si es posible.

Como después de cada llamada, se repasan los progresos y se refuerzan, y se agradece su esfuerzo y su implicación. Se repasan las tareas acordadas en las sesiones anteriores y se queda en realizar otra sesión de seguimiento en cinco días para ver cómo se va encontrando.

En la siguiente llamada de seguimiento cuenta que ha hablado con su doctora por los granos, porque seguía temiendo que fueran una reacción alérgica, pero ésta no ha podido más que recomendarle que espere a la consulta de alergología.

Ha estado teniendo fuertes dolores de tripa. Hace dos años le diagnosticaron Síndrome de Intestino Irritable y cree que está volviendo a darle guerra. Conoce la relación entre el Síndrome de Intestino Irritable y la ansiedad porque, de hecho, le fue diagnosticado a la vez que un trastorno de ansiedad generalizada, para el que recibió tratamiento. Con el tratamiento mejoró su trastorno de ansiedad y, con ello, mejoró también su problema intestinal.

Ha continuado con el yoga y el *mindfulness* y se ha esforzado por hacer actividades positivas para ella, a pesar de que hay días que le da mucha pereza. Se la felicita por seguir con ello. Dice que a veces le cuesta mucho ponerse con las actividades de *mindfulness* y que se distrae. Se le explica que lo importante es que sea capaz de darse cuenta de su distracción, para así volver a centrar la atención y que con la práctica irá haciéndolo de manera más automática.

Al día siguiente tiene que ir al súper que está en frente de su casa. Se le pregunta sobre la posibilidad de ir a otro supermercado, algo más lejano, para obligarse a dar un paseillo. Hay uno a 10 minutos andando y se compromete a ir. Esta petición es porque, de momento, solo sale cuando es estrictamente necesario y es necesario que lo haga *motu proprio*. Es muy cumplidora, así que no duda en acceder, aunque sabe que esa noche va a tener ansiedad y dormirá mal. Se aprovecha para recomendar que esa noche, más que nunca, dedique un rato a meditar y/o realizar algún ejercicio de respiración y de relajación.

Una buena recomendación en este caso (ya que pasará sola) es que, en caso de sentirse desbordada y superada por los pensamientos catastróficos, escuche una sesión de meditación andando mientras camina, para evitar «acomodarse» en la rumia y el miedo.

Victoria cuenta que ha empezado a dejar los zapatos y el carro en el tendedero, sin necesidad de desinfectarlo ni meter todo en una bolsa. Por supuesto, tal y como estaban las cosas, no era recomendable pedirle rebajar las medidas higiene. Pero sí se dedicó un rato a hablar sobre cómo desinfectaba las cosas. Dijo que mezclaba en un *spray* agua muy caliente con lejía. Como se ha comentado, siempre que haya una buena alianza, se puede recurrir al humor o a la reducción al absurdo para que tenga presente que, aunque muchas de las medidas que toma son muy útiles, otras –las más extremas– pueden no ser muy útiles. Al saber cómo limpiaba se realizó una observación: “Al mezclar el agua caliente con lejía, esta se evapora. ¿Sabes lo que significa esto?, ¡que has estado limpiando con agua sola!, y no ha pasado nada, ¿a qué no? Eso indica que hay otras muchas cosas que haces, como lavarte mucho las manos y desinfectar con gel hidroalcohólico los objetos que tocáis mucho, que por sí mismas son muy pero que muy útiles. Por ello, quizá no haga falta llevar tan al extremo las conductas de limpieza, ya que esto actúa como refuerzo negativo de tu ansiedad (lo que

contribuye a que esta se mantenga) y, además, puede llegar a requerir tiempo que le restas a actividades que son más positivas para ti”. Desde entonces, aunque sigue limpiando mucho, ha optimizado los procedimientos. Aunque sigue duchándose y lavándose el pelo cada vez que sale.

Se refuerza todo el avance y, sobre todo, su implicación con las tareas planificadas y lo comprometida que está. Se le comunica que el día 26 de mayo (faltan unos nueve días) es el último día del servicio y que, probablemente, la semana siguiente sea la última vez que se pueda contactar con ella. Pide seguir hablando después del fin del servicio porque ha mejorado mucho. Se le explica que no es posible, pero que ahora ella tiene todas las herramientas que necesitaba y es capaz de poner en marcha todos los recursos de los que ya disponía para continuar el camino, y se le transmite confianza en que lo conseguirá.

Es importante asegurarse de que, una vez termine el servicio, las personas acompañadas perciban que son ellos los que tienen el control de la situación o, en su defecto, de que queden redirigidos a otros servicios en los que puedan recibir la atención que necesitan. Se le agradece su interés, sus palabras y, sobre todo, su mejoría ya que al final es la mejor recompensa que puede tener este trabajo.

Se acuerda hablar por última vez en siete días para repasar su progreso y los ejercicios para que pueda seguir con ellos, y para resolver todas las posibles dudas que puedan surgirle en su proceso de mejora.

En la última sesión cuenta que ha seguido saliendo a pasear con su padre. Tuvo un día muy malo hace unos días, por miedo a que la revisión de la bronquitis de su padre saliera mal. Finalmente, le dieron el alta, lo que la tranquilizó mucho. A raíz del alta, se le pregunta si ha pensado cuándo volver a casa. No tiene pensado hacerlo hasta la siguiente fase. Se le sugiere que vaya a su casa a pasar ratitos, para ir adaptándose a volver a vivir sola. Se le pregunta si la razón de no irse a casa es por miedo a estar sola. Dice que no, entre risas, y accede a ir a pasar ratitos. Para empezar, dice que mañana o pasado tiene que ir a llevar unas cosas y se le traslada que es una buena oportunidad para dar un paseo, que por qué hacerlo pasado mañana y no mañana. Se da cuenta del porqué de la pregunta y se compromete a ir al día siguiente, sin retrasarlo. Se la felicita porque se da cuenta de cuándo intenta autosabotearse y lo corrige muy bien.

Se repasa su mejoría: ha conseguido relajar un poco los rituales de limpieza (que le robaban mucho tiempo y actuaban como reforzadores negativos de la ansiedad) y, aunque no le apetezca, se obliga a salir, porque sabe lo que supondría no hacerlo. Se ha comprometido con actividades que le gustan o que tenía pendientes, a pesar de que no tuviera ánimo para ello. Duerme mejor y siente menos ansiedad, aunque sabe que la ansiedad por la posible alergia alimentaria no va a reducirse hasta que le hagan las pruebas diagnósticas correspondientes. Se le recuerda la importancia de comer bien y se le desea que todas las pruebas vayan bien. Se repasan los ejercicios y se la anima a seguir con ellos.

Se habla sobre la posibilidad de tener algún día malo. Los progresos nunca son lineales, habrá altibajos y estos son normales. Hay que saber escucharse y aceptar los días no tan buenos, ya que estos no son señal de que vaya a volver al principio del proceso.

Agradece una vez más la ayuda porque ha mejorado mucho. Se le agradece todo el esfuerzo realizado y lo comprometida que ha estado con su mejoría.

Discusión y conclusiones

El caso de Victoria es solo una pequeña muestra de lo que pudieron sufrir - y pueden estar aun sufriendo - una gran cantidad de personas. Cabe esperar que las secuelas se presenten no solo a nivel psicológico (comorbilidad con otros trastornos mentales), sino también a nivel físico (somatizaciones), social (sensación de incompreensión, problemas familiares, problemas de convivencia...) y, por supuesto, puede llegar a afectar a nivel laboral. Las personas con antecedentes de trastornos mentales son especialmente vulnerables a situaciones como esta, por lo que se debería poder garantizar su salud mental (al igual que la del resto de población), especialmente en situaciones como la vivida por la pandemia de coronavirus, cuando el acceso a los recursos usuales de salud mental está imposibilitado.

Este capítulo presenta el caso de una persona con antecedentes de trastorno de ansiedad (además de fobia a la enfermedad), que presenta miedo al contagio e incapacidad para salir a la calle, además de hipervigilancia hacia las funciones corporales y constante comprobación de síntomas. En el capítulo se presenta un resumen de la intervención realizada, queriendo hacer énfasis en la importancia de la validación y normalización de los síntomas a través de una correcta psicoeducación. En casos en los que no se presenta una clara psicopatología, sino una sintomatología perfectamente justificada por las circunstancias (aunque no por ello menos molesta e incapacitante), el acompañamiento, la aceptación incondicional y la empatía, acompañada de una resignificación de los síntomas, puede ser de gran ayuda en terapia.

Una de las estrategias principales en general, además de todas aquellas que se consideren necesarias por la sintomatología presentada, consiste en dotar de recursos y movilizar aquellas estrategias de afrontamiento de las que disponga la persona, con el objetivo de ayudarla a tomar el control de su situación en la medida de lo posible. En momentos como este, en los que la incertidumbre y la falta de control son el pan de cada día, devolverle el control al afectado y aumentar su sentido de autoeficacia puede ser lo más terapéutico que se haga.

Referencias

Barsky, A. J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The British Journal of Psychiatry*, 157(3), 404-9. doi: 10.1192/bjp.157.3.404

Berdullas Saunders S, Gesteira Santos C, Morán Rodríguez C, Fernández Hermida JR, Santolaya F, Sanz Fernández J & García-Vera MP. El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: Características y demanda. *RevEsp Salud Pública*. 2020; 94: 14 de octubre e202010138.

Belloch, A., Negrillo, E. A., de Vaca, P. M. N. C., Gebrikian, C. C., & Tallón, M. Á. J. (1999). Sensibilidad a las sensaciones corporales e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(1), 1-14. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.4.num.1.1999.3869>

Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carrobbles, J. A. I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide

Comeche, M. I. & Díaz, M. I. (2012). Trastorno de angustia y agorafobia. En *Manual de terapia de conductavol*. I (393-451). Dykinson.

De la Torre, M., & Pardo, R. (2017). *Guía para la intervención telepsicológica*. Madrid. Colegio Oficial de la Psicología: Madrid

Ellis, A. (1977). *Fun as psychotherapy*. *Rational Living* 12, 2-6.

Ellis, A (1998, November). Humor in behavioral and cognitive therapies. *Simposium conducted at the annual meeting of the association for the Advancement of Behavior Therapy*, WashingtonD.C.

Ferrer, L. P. (2020). El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*, 4(7), 188-199. <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.4i7.670>

Fry, W. and Salameh, W. (1987). *Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor*. Sarasota, FL : Professional Resources. Exchange, Inc.

Inchausti, F., García-Poveda, N.V., Prado-Abril, J. & Sánchez-Reales, S. (2020). La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*.

Larroy, C., Estupiña, F., Fernández-Arias, I., Hervás, G., Valiente, C., Gómez, M., ... & Pardo, R. (2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general*. Colegio Oficial de la psicología de Madrid, 1-73.

McGhee, P. (1979). *Humor: Itsorigin and development*. San Francisco: W. H. Freeman.

Medina, R. M., & Jaramillo-Valverde, L. (2020). El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>

Quezada, V. E. (2020). Miedo y psicopatología la amenaza que oculta el Covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(1), 19-23. doi: 10.7714/cnps/14.1.202

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1).doi: 10.5944/rppc.27569

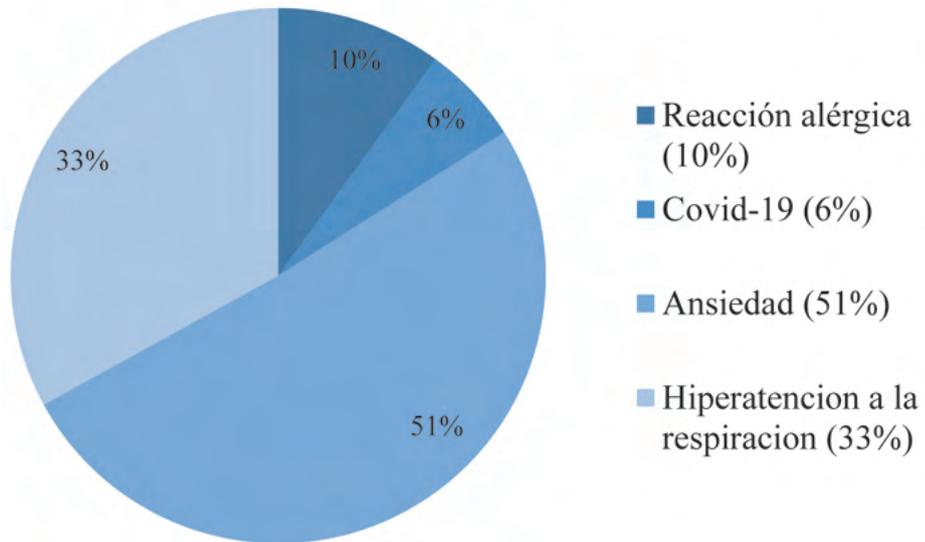
Vásquez, G., Urtecho-Osorto, Ó. R., Agüero-Flores, M., Martínez, M. J. D., Paguada, R. M., Varela, M. A., & Echenique, Y. (2020). Salud mental, confinamiento y preocupación por el coronavirus: Un estudio cualitativo. *Revista Interamericana de Psicología/InteramericanJournalofPsychology*, 54(2), e1333-e1333. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.1333>

Ventis, W. L (1987). *Humor and laughter in behavior therapy*. En *Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor*. (pp. 149-169)

Anexo

Figura 1
Ejemplo de la técnica del *pie*

Síntoma: dificultad respiratoria





14

Acompañando a personas olvidadas. Intervención telefónica breve en trastorno mental grave

Ángel Luis Pinto Suárez

Ideas fundamentales

- ⦿ Abordaje psicosocial de trastornos mentales graves y discapacidad intelectual, con gran repercusión funcional.
- ⦿ Manejo y habilidades del terapeuta durante las llamadas con el usuario que padece trastorno límite de la personalidad desde nuestro recurso de asistencia telefónica breve.
- ⦿ Qué hacer cuando ningún recurso parece funcionar y faltan apoyos familiares y sociales.

Descripción del caso

A continuación, vamos a desarrollar el caso de Juan, una persona con trastorno límite de la personalidad y discapacidad intelectual, que vive en un recurso social, y con un reducido círculo de apoyo. Una persona que se describe a sí misma como “desahuciada de todo”, que ha rebotado de un recurso a otro.

Uno de los aspectos principales del caso, es el manejo de una persona con trastorno límite de la personalidad, en el contexto de intervención telefónica. Haremos una aproximación teórica a los objetivos y herramientas que tenemos para manejar la situación, ya que esta patología se caracteriza por su complejidad en la intervención (Lencioni & Gagliesi, 2008).

Según el DSM V, el trastorno límite de la personalidad, se caracteriza por la inestabilidad emocional, la dificultad para tomar buenas decisiones y por el comportamiento interpersonal caótico. Es un trastorno en el que la persona suele presentar un importante componente de impulsividad, de pensamiento polarizado, que marca una tendencia a distorsionar las interpretaciones en la conducta intersubjetiva.

Hay estudios sobre el impacto que ha tenido el confinamiento en personas con discapacidad intelectual, viviendo en instituciones. El confinamiento ha tenido efectos específicos sobre esta población, ya que alrededor del 60% de las personas con discapacidad intelectual manifestaron mayor nerviosismo y ansiedad durante la emergencia sanitaria y los problemas de conducta aumentaron en el 37% de aquellos que ya los presentaban previamente (Navas, Verdugo, Amor, Crespo, y Martínez, 2020).

Los mismos responsables de los estudios anteriores analizan que, detrás de los problemas conductuales, puede haber causas como la interrupción de las rutinas naturales o la dificultad de comprender la situación general.

Además, se encuentran diferencias entre el contexto en instituciones y el residir en una vivienda familiar, en lo referente a los apoyos recibidos durante el confinamiento. El 50,9% de personas con discapacidad intelectual refiere no haber dispuesto de los apoyos profesionales que necesitaba (Navas, et al., 2020).

En último término, tenemos a una población que percibe menos apoyo profesional, a la cual le han cambiado sus rutinas (que tienen efecto terapéutico), que sufre más ansiedad y, además, tiene más problemas conductuales. Éste podría ser un resumen de la situación de un porcentaje importante de personas con discapacidad intelectual, durante la crisis sanitaria y el confinamiento.

Contemplando el resumen anterior, vamos a ir centrándonos en la posible intervención. Como punto de partida, destacamos que el objetivo primordial es conseguir mantener su conducta en un plano alejado del riesgo (Lencioni & Gagliesi, 2008). Es una intervención en línea con el déficit en las funciones ejecutivas, ya que la persona demanda un control externo, ante la percepción de la propia dificultad para manejar su vida.

Para conseguirlo, debemos empezar por fijar un límite claro en la ayuda (Lencioni & Gagliesi, 2008). Veremos cómo este punto se vuelve clave en el caso que expondremos a continuación. Esto supone fijar una frecuencia de llamadas, un marco terapéutico y un ajuste de expectativas.

Un enfoque que recoge los aspectos anteriores, y que es frecuentemente utilizado en contextos comunitarios, es el acompañamiento terapéutico. Se trata de una intervención que pone el foco en el vínculo con el paciente, y en la relación entre el paciente y su contexto (Saiz & Chévez, 2009). Si bien este marco teórico-práctico se desarrolla en un contexto presencial, dentro del entorno natural del paciente, nos valen algunas de sus claves para la intervención telefónica.

Se trata de una intervención, en la que el profesional se centra en sostener y contener la conducta y emoción de la persona (Kuras de Mahuer & Resnisky, 2004, 2005). Como vemos, más que un enfoque destinado a procurar cambio, es un enfoque más ecológico, que le sirve a la persona como referencia para manejarse en su contexto.

Este abordaje es difícil de mantener desde la psicología, ya que se trata de una profesión muy centrada en la ayuda, y podemos tener sensación de no estar siendo exigentes, o de que podríamos hacer más por la persona. Pero no perdamos de vista que estamos hablando de intervenir en vidas con gran desestructura, para las cuales, cumplir con sus autocuidados, recibir orientación para tareas básicas o asesoramiento para cuidar sus relaciones sociales, pueden ser objetivos muy valiosos (Laviana-Cuetos, 2006).

Otra parte interesante para la intervención, es distinguir qué tipo de intervención demanda, en función del motivo de consulta (Keegan, 2004):

1. Establecer y alimentar la relación terapéutica.
2. Estrategias de intervención en crisis.
3. Desarrollo de habilidades de automonitoreo y resolución de problemas, propias de la terapia cognitiva estándar.
4. Conceptualización e intervención centrada en los esquemas.

El autor destaca estos cuatro tipos de intervención como principales en una persona con trastorno límite de la personalidad. Como ya hemos señalado, en nuestro contexto, necesitaremos establecer una buena relación terapéutica e intervenir en una situación de crisis, principalmente.

Después de las consideraciones anteriores, y tras exponer el caso, terminaremos con un apartado de discusión, en el cuál lanzaremos varias reflexiones. Se trata de un caso que nos lleva a la reflexión sobre la exclusión por razones comportamentales o de personalidad. Un caso que nos hace girar la mirada hacia realidades ocultas de nuestra sociedad. Al mismo tiempo, es un caso que nos pone a prueba como profesionales, ya que presenta un alto nivel de desestructura y de demanda.

¿Cómo aplicamos la información anterior en un caso real? ¿Cómo sostenemos a un paciente con riesgo conductual? Reflexionaremos sobre estas cuestiones a través de este caso, para que la persona lectora pueda tener un criterio, una base y algunas herramientas para intervenir ante pacientes similares.

Presentación del caso

Información

Juan será el pseudónimo con el que nos referiremos al paciente del presente caso. Vive en un pueblo en un piso tutelado. Actualmente tiene 33 años. Como familiares de referencia, tiene a su madre y a un hermano. Refiere no trabajar, sólo tiene como ingresos una renta reconocida por la discapacidad intelectual.

Anamnesis

En los primeros contactos Juan refiere tener una discapacidad intelectual reconocida, con tanto por ciento desconocido. Cuenta haber tenido varios diagnósticos a lo largo de su vida: Déficit de atención e hiperactividad, Trastorno bipolar y Trastorno límite de la personalidad. Algunos de ellos han variado con el tiempo o según el criterio del personal médico especialista.

Actualmente, vive en un piso tutelado en un pueblo con un compañero de piso. Su madre y su hermano viven en su pueblo natal. Refiere tener pareja, él se refiere a ella como "mi mujer", aunque no están casados. Ella tiene un hijo, (por fecundación in vitro) y él ayuda puntualmente a su crianza.

No trabaja actualmente, su fuente de ingresos es la prestación por discapacidad intelectual y su residencia es el piso tutelado. En ocasiones, recoge comida en puntos solidarios de reparto de alimentos. Refiere haber sido "desahuciado" de muchos servicios de ayuda social.

Motivo de consulta

En este caso, el motivo de consulta se presenta difuso, refiere haber pasado por muchos servicios de atención a la salud mental: atención primaria, social, psiquiatría, psicología, centros de día, ONGs, etc, pero actualmente no tiene seguimiento con ninguno de los anteriores. Acostumbrado a "pedir ayuda" y a recurrir a servicios gratuitos. Valora

mucho la profesión de los psicólogos. Esta presentación nos anticipa la dificultad del caso, ya que no llama con un motivo de consulta concreto, si no que llama buscando “ayuda” en general, con toda la amplitud de la palabra.

Durante la exploración, refiere tener problemas con su pareja (descontrol conductual), apatía, bajo estado de ánimo y una relación deteriorada con su familia. El discurso es moderadamente desorganizado y altamente impulsivo (saltando de un tema a otro). Su lenguaje suena infantiloides, básico, aunque con alguna reflexión profunda. Es una persona curiosa, lanza muchas preguntas, quiere conocer qué le pasa y qué puede hacer.

Se muestra muy demandante con el servicio, al principio pide seguimiento con dos profesionales. Tras varias reuniones de coordinación, decidimos que continúe el proceso conmigo, decisión que sería susceptible de revisión, en función de la evolución del caso.

Evaluación

Utilizamos el discurso natural, creando vínculo (Keegan, 2004), para evaluar áreas de trabajo. Juan presenta desestructura en todas sus áreas vitales: familiar, social, laboral, económica, amorosa, formativa, etc. Vamos descubriendo una estructura psíquica deteriorada desde la adolescencia, con rasgos de personalidad límite y antisocial, y con problemas conductuales graves.

Este desarrollo le lleva a abandonar los estudios, termina ingresando en prisión joven, se reduce su círculo social y su familia le da la espalda, cansada por los intentos frustrados de ayudar a Juan.

Juan cuenta su historia con consciencia, siendo conocedor de que él ha sido (en gran medida) responsable de su círculo social reducido. Al mismo tiempo, cuenta su historia con dolor, sufre por tener a una madre ausente, que ha dejado de pelear por él.

En la historia de Juan, destacan los problemas relacionales: refiere problemas con todas las personas que entran en su mundo, con una excepción: su compañero de piso. Al cual ve como un apoyo incondicional y mutuo.

Contemplando toda la información, parece que la mejor ayuda se basa en un acompañamiento, ayudándole a reflexionar y a tomar decisiones sobre su día a día (Saiz y Chévez, 2009). Carece de esta figura de referencia y la demanda.

Intervención

Una de las claves de este caso, en cuanto a la intervención, es la importancia de fijar límites con el paciente (Lencioni & Gagliesi, 2008). Como hemos comentado anteriormente, Juan se muestra muy demandante, llamando impulsivamente, y “exigiendo” dos profesionales. Fue vital la coordinación y el trabajo en equipo para fijar un criterio y poner un límite claro al paciente.

Hubo un total de cuatro llamadas, dos de cada profesional, antes de fijar este límite. Esas llamadas nos sirvieron para evaluar y desarrollar un criterio profesional que nos ayudara a decidir quién se quedaba con el caso.

En la última llamada, se le informa de que vamos a tomar una decisión, no será él quien llame al recurso sino que seremos nosotros los que nos pongamos en contacto con él. Le comunicamos que siguiente llamada que recibirá será la del profesional que le realizará el resto de seguimientos. A pesar de ser una confrontación en contra de sus deseos, Juan tolera las pautas gracias al vínculo creado en las dos llamadas anteriores.

Se trata de un límite aplicado con cariño, con argumentos (no saturar el servicio, no es recomendable tener dos terapeutas en paralelo, queremos ayudarte de la mejor manera, etc), y trazando consecuencias (Keegan, 2004). Quedamos en que, si llama antes de que le llamemos nosotros, su caso podrán ser asignado a otro terapeuta y, por lo tanto, cada vez que llame tendrá que contar sus problemas e intereses de nuevo.

Finalmente, tras negociar con argumentos del estilo “yo necesito más ayuda”, “eso es poco”, “os quiero a los dos”, etc, acepta el límite y se muestra conforme. En este punto, es importante tener en cuenta que lo realmente terapéutico para una persona con trastorno límite de la personalidad, son los límites (Lencioni & Gagliesi, 2008). Hay que guiarse por la evaluación, para detectar objetivos y trazar un encuadre terapéutico consistente para el paciente.

Superado este punto, quedamos con Juan en llamarle cada tres días, aproximadamente. Sigue siendo una frecuencia alta, pero es menor de su demanda inicial: llamadas diarias de dos terapeutas diferentes.

El tiempo demuestra que el encuadre está bien fijado, Juan no tiene objetivos concretos, sus llamadas son reflexionar del problema de ese día en cuestión, y vamos estableciendo un vínculo firme. Al mismo tiempo, conseguimos no saturar el servicio, mientras le ayudamos.

Durante el resto de llamadas, que fueron siete en total, en un espacio de tres semanas, creamos un clima cercano pero reflexivo. Confrontamos utilizando el diálogo socrático, utilizamos la reestructuración cognitiva, y vemos estrategias para afrontar y resolver problemas (Keegan, 2004).

Para Juan, a pesar de su experiencia en recursos de salud mental, son recursos nuevos y le sirven en su vida diaria.

El vínculo nos ayuda a recoger y regular la emoción de Juan, se desborda con facilidad, lo cual exige normalizar y ventilar sus emociones en todas las llamadas. Juan sufre, es consciente de su soledad, de su falta de objetivos vitales y de lo precaria que es su situación social.

Ejemplo de intervención

Juan- ¿Por qué me pasa todo esto a mi Ángel? Yo no quiero ser mala persona ¿entiendes?*

Ángel, terapeuta- No eres mala persona, ¿por qué relacionas que tu madre no te coja el teléfono con ser mala persona?

Juan- Porque se ha cansado de mí, he hecho cosas malas, hago daño a la gente... ¿entiendes?

Ángel, terapeuta- Puede ser que tu madre se haya cansado, de momento, para ella tiene que ser difícil. Pero eso no te convierte en mala persona, tienes ganas de hacer las cosas bien. Hacer algo malo no es lo mismo que ser malo, ¿no crees?

Juan- Eso tiene sentido... Quizás no debo ser tan duro conmigo mismo... Pero estoy cansado de tener problemas... La vida es una mierda...

Ángel, terapeuta- Juan, eres un tío joven**, eres una persona con mundo interno y con ganas de mejorar. Puedes luchar por conseguir cosas buenas.

Juan- Pero os necesito, necesito ayuda, yo sólo no puedo... ¿entiendes?

Ángel, terapeuta- Acabarás pudiendo Juan, si sigues creciendo como persona. Los profesionales somos una muleta en esta parte del camino, ¡el objetivo es que camines sin ayuda!***

*Expresión usada con mucha frecuencia por Juan, muy característica junto con su prosodia infantil.

**Aquí apreciamos el uso del lenguaje coloquial, para crear un vínculo de confianza con el paciente.

***Utilizamos metáforas sencillas, con el objetivo de facilitar la comprensión y recuerdo. En ocasiones, utilizamos la misma de manera recurrente, para conseguir más impacto.

Discusión y conclusiones

Está comprobado que la base de la impulsividad y la dificultad para tomar decisiones beneficiosas para la persona, tiene relación con anomalías en el funcionamiento neuropsicológico. Se ha encontrado relación entre estas disfunciones y el manejo de la información recibida por la persona con dicho diagnóstico, que contribuye a la manifestación clínica de algunas conductas que conforman la sintomatología. En último término, se localiza una afectación de los procesos cognitivos superiores, especialmente en las funciones ejecutivas. Principalmente procesos como el control de impulsos, la flexibilidad cognitiva y la planificación (Arza, et al., 2009).

Esta relación entre el diagnóstico y el desempeño cognitivo, plasma bien algunos de los problemas que refiere el paciente del caso hemos expuesto: problemas para gestionar su día a día, ruptura de lazos sociales, dudas a la hora de tomar decisiones, etc.

También se estudia la hipótesis de que, las personas con trastorno límite de la personalidad, hayan sufrido retraso madurativo, dificultades de aprendizaje o TDAH, en su infancia (Van Reekum, 1993). Veremos que, en el caso que se expone a continuación, el paciente refiere un diagnóstico de retraso intelectual. Si bien poco específico, encontramos relación con la hipótesis anteriormente planteada.

Además, existe otra variable en juego, y es que nos manejamos en una intervención telefónica en el contexto de un confinamiento, con la amenaza de una enfermedad en las calles, con el consiguiente impacto psicológico que esta realidad supone para la población (Brooks et al., 2020).

Como hemos podido ver a lo largo del caso, es fundamental un buen planteamiento de objetivos inicial. Con personas con tanto discurso, que nos abruman con datos sobre patologías y problemas, es fácil no saber por dónde empezar.

Conviene tener en mente la estructura de intervención planteada en este caso, que va desde construir un fuerte vínculo, hasta ayudar a tomar decisiones del día a día. Todo ello pasando por un tono empático, cercano y transmitiendo la información de manera sencilla y clara.

Como hemos visto, este planteamiento consigue dar soporte a la persona, de manera que vamos caminando a su lado, a través de su contexto. En el trastorno límite de personalidad, suele ser necesaria esa estructura externa.

Es necesario familiarizarse con este tipo de casos, ya que Juan es un caso representativo de un perfil habitual en este servicio gratuito de psicología: personas, con gran desestructura, desahuciadas de servicios de salud mental. Personas sin herramientas, que no encuentran un recurso que les dé el sostén necesario para mantener estructura en sus vidas.

La pregunta sería, ¿cuál es el recurso necesario? Activamos un servicio gratuito de atención psicológica telefónica, y resulta que se satura de casos similares. ¿Cuál es la conclusión al respecto?

Cuando hablamos de personas desahuciadas de los servicios de salud mental, nos referimos a que los han “consumido” todos. Juan ha pasado por psicología, psiquiatría, acompañamientos terapéuticos, por programas de rehabilitación psicosocial, por la cárcel, por pisos tutelados, asociaciones, etc. La mayoría de estos recursos, en el ámbito público, tienen unos plazos. Juan, cuando consumía ese plazo, era derivado a otro recurso. Siempre con mejoras leves, y con objetivos modestos. Uno de los profesionales de su recurso actual le deriva a nuestro teléfono, y también lo usa. Aún así, instamos a Juan a que mantenga el contacto con sus profesionales de la salud de referencia para que puedan realizarle el seguimiento oportuno que se merece.

Está a punto de perder nuestro servicio, por su impulsividad, pero nuestro trabajo en equipo y la metodología expuesta anteriormente, hace que Juan pueda beneficiarse del recurso, sin saturarlo. Con objetivos de acompañamiento y de prevención de riesgos mayores, pero ayudándole, en último término.

Queda la reflexión del impacto que habrá tenido la intervención en la vida de Juan. ¿Habrá adquirido algún nuevo recurso o se olvidará de esas llamadas con rapidez?

La enfermedad mental grave, en combinación con la exclusión social, es un problema invisible en nuestra sociedad, que reluce cuando activas un dispositivo de estas características. Sale a la luz la necesidad de aumentar servicios destinados a la prevención, acompañamiento e intervención, sin coste alguno.

Todavía no identificamos la “receta” de la felicidad, pero sí conocemos algunos ingredientes que te alejan de ella, lo cual se ha visto explicitado en este caso. Como profesionales que hemos trabajado en un servicio en situación de emergencias, debemos saber manejar casos en los que

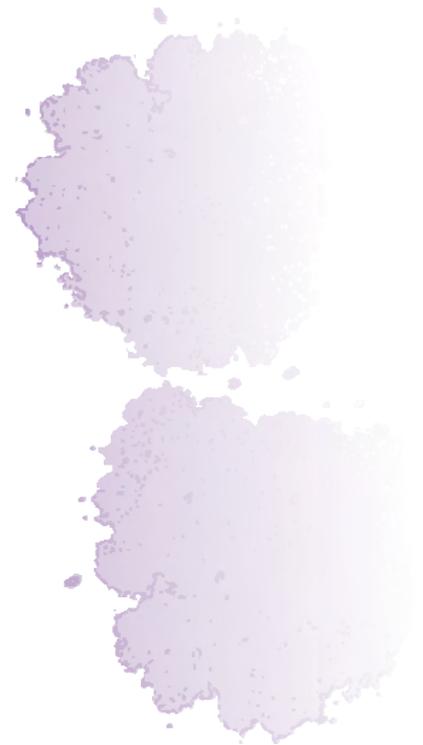
se combinen los factores anteriores para así ayudar, a que todo el mundo que lo necesite, encuentre su espacio en este complejo entramado que nos ha tocado vivir.

Referencias

- Arza, R., Díaz-Marsá, M., López-Micó, C., Fernández de Pablo, N., López-Ibor, J. J. & Carrasco, J. L. (2009) *Alteraciones neuropsicológicas en el trastorno límite de la personalidad: estrategias de detección*. Actas Esp. Psiquiatría 2009;37(4):185-190. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/58/ESP/14143+1.+1401+esp.pdf>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin G. J. (2020). *El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de las pruebas*. Lancet 2020; 395: 912–20. Recuperado de: <https://apmadrid.org/Images/actividades/BROOKS%20SK%20et%20al.%20El%20impacto%20psicologico%20de%20la%20cuarentena%20y%20como%20reducirla.pdf>
- Keegan, E (2004). *Abordaje cognitivo del trastorno límite de la personalidad*. Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. 2004, Vol. XV: 287-294. ISSN 0327-6139.
- Kuras de Mahuer, S. & Resnisky, S. (2004). *Acompañantes terapéuticos: Actualización Teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Kuras de Mahuer, S. & Resnisky, S. (2005). *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Navas, P., Verdugo, M. A., Amor, A. M., Crespo, M. & Martínez, S. (2020). *COVID-19 y discapacidades intelectuales y del desarrollo: impacto del confinamiento desde la perspectiva de las personas, sus familiares y los profesionales y organizaciones que prestan apoyo*. Plena inclusión España e Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca.
- Laviana-Cuetos, M. (2006). *La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario*. Apuntes de Psicología 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 345-373. ISSN 0213-3334
- Lencioni, Guillermo, & Gagliesi, Pablo (2008). *Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastornos límites*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37(1),216-226.
- Saiz Galdós, J. & Chévez Mandelstein, A. (2009). *La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas*. Intervención Psicosocial. Vol. 18, n.º 1, 2009 - Págs. 75-88
- Van Reekum R. *Acquired and developmental brain dysfunction in borderline personality disorder*. Can J Psychiatry 1993;38(Suppl.1):4-10.



15



Un confinamiento y otras formas de alucinar

María Romero

Ideas fundamentales

- Gestión de la importancia de acudir a atención primaria con inmediatez en cuanto se detecten los primeros pródromos de un posible brote psicótico durante el confinamiento por la COVID-19.
- Intervención con personas convivientes que presencian un primer brote psicótico en una situación de confinamiento por COVID-19.
- Manejo telefónico de una situación familiar difícil, normalizando y validando las sensaciones y emociones que tanto malestar están generando.

Descripción del caso

Frenia es una mujer de 34 años que llama al teléfono de primera atención psicológica informando que su marido ha presentado cambios de humor muy bruscos en los últimos 5 días. Comenta que está muy agresivo (verbalmente) e irascible y que todo su entorno se está dando cuenta de ello (amigos, compañeros de trabajo). Expresa que “se ha obsesionado” con videojuegos a los que nunca antes había jugado y que ha dejado de lado a su círculo más cercano para comenzar a hablar con personas relacionadas con estos videojuegos, llegando a pasar noches completas sin dormir. También relata ideas de grandeza autorreferenciales “parece creer que todo lo que hace es

súper importante y que acaba de descubrir algo que podría tener repercusión a nivel mundial”. Ha cambiado por completo sus actividades cotidianas y no parece ser consciente de dicho cambio en absoluto. Cuando ella le expresa su preocupación ante estos cambios y le expone los nuevos comportamientos que está viendo en él, este responde a la defensiva y con cierto tono hostil. Explica que su marido no tiene antecedentes psiquiátricos, solo recuerda “haber pasado una mala racha en la infancia por depresión y haber estado medicado con litio”.

Frenia solicita información sobre cómo proceder dado que comienza a tener miedo en su propia casa y no sabe si “son cosas suyas” o si realmente su marido necesita ayuda profesional. También refiere encontrarse muy nerviosa y con un alto nivel de malestar dada la situación.

Presentación del caso

En un primer momento se normalizaron y validaron las emociones presentes y se reflejó la importancia de la información que estaba relatando, ofreciendo psicoeducación y relacionándola con los pródromos de un primer brote psicótico, reforzando a su vez la conducta de haber llamado para pedir ayuda. De igual manera, se expresó la necesidad de que su marido fuera valorado en atención primaria, de cara a una posible interconsulta a psiquiatría si fuera necesario. En cuanto a cómo proceder con su marido hasta poder hablar con su médico de cabecera, se dieron pautas referentes a no

confrontar las ideas sobrevaloradas del mismo y a preguntar de forma indirecta con respecto a los cambios percibidos (dado que, cuando lo había hecho de forma directa hasta el momento, había desembocado en un conflicto entre ambos). También se intentó mantener, dentro de lo posible, una rutina basada en el establecimiento de hábitos saludables (ya que su marido sí que parecía prestarse a pasear y ésta era la única actividad que podían realizar de forma conjunta hasta el momento y que mantenían con respecto a sus hábitos anteriores).

Durante las sesiones de seguimiento, Frenia informó de que su marido había sido ingresado de forma forzosa tras la valoración psiquiátrica por presentar un brote psicótico. Además, comenta que durante las valoraciones previas y con el personal del hospital es capaz de comportarse “como si nada” y teme que no terminen de ser conscientes de la gravedad del asunto. En este primer ingreso y siguiendo con este modo de actuar “aparentemente normal”, explica que logró escaparse del hospital y que estuvo andando toda la noche muchísimos kilómetros hasta llegar a su trabajo, donde finalmente lo localizaron para poder volverlo a ingresar. Comenta que este hecho terminó de alarmar al resto de su entorno y a ella misma y confirmó al personal médico las sospechas sobre el estado actual de su marido. Como consecuencia, Frenia expresa su tristeza y malestar actual dado que su marido ahora la ve como su peor enemiga por “haberle traicionado y encerrado en el hospital”. Él parece seguir sin tener ninguna conciencia de enfermedad.

En las sesiones sucesivas de intervención telefónica se trabajó con Frenia la interpretación de los Pensamientos Automáticos Negativos (PANs) generados por dicha situación, de modo que entendiéndose que los mismos eran normales dada su preocupación actual y el comportamiento de su marido hacia ella, pero haciéndole ver que no eran reales si los analizábamos en profundidad. También trabajamos el sentimiento de culpa que tenía, identificando si éste era real o una falsa alarma. Cuando identificó que el mismo correspondía a una falsa alarma le fue bastante más sencillo gestionar la situación y el resto de emociones presentes ya que expresaba que “la culpa que había asumido no la dejaba avanzar”. Continuamos practicando igualmente de forma guiada algunas técnicas de relajación (respiración abdominal, relajación muscular diafragmática) con el objetivo de dotarle de estrategias de afrontamiento ante los momentos de mayor activación fisiológica y estrés. Practicarlas en los momentos de angustia durante la intervención telefónica parecía ayudarle en gran medida y cuando se le preguntaba si era un recurso útil en las situaciones de mayor estrés de su día a día afirmaba que, junto con el ejercicio físico, es lo que más le ayudaba a “no perder los nervios”. Igualmente, se le enseñaron estrategias para buscar apoyo social, explicando la necesidad de regular las distintas emociones suscitadas por la situación (como por ejemplo el sentimiento de soledad). Dadas las restricciones de movilidad y de distancia social impuestas en ese momento, buscamos de forma conjunta el modo de adaptar estas relaciones al momento actual para poder así sentirse cerca de sus seres queridos: realizaba videollamadas varias veces al día, mantenía contacto continuo con familiares y amigos vía WhatsApp o pedía ayuda si la necesitaba (al comienzo de la intervención decía no hacerlo para “no sentirse una carga”, pensamiento que también se reestructuró). Continuamos trabajando de cara al establecimiento de hábitos saludables y de una estructura diaria (se le animó a reincorporarse de forma progresiva al trabajo y continuar con la práctica de ejercicio físico

ya que, como se ha apuntado anteriormente, era un medio de regulación emocional altamente efectivo, por lo que terminó incluyéndolo en su día a día). Este fue otro de los aspectos que más le empoderaron y le impulsaron a seguir hacia delante según relataba dado que, seguir una rutina similar a la que tenía previamente, le hacía sentir que las cosas “se iban poniendo en su sitio” y que de alguna manera “comenzaba a retomar su vida”.

Por último, y con el paso de las semanas, su marido comenzó también a estar más estable emocionalmente y a tener más conciencia de enfermedad, por lo que su adherencia al tratamiento mejoró. Ambos empezaron a emplear estrategias como el sentido del humor, lo cual según relataba Frenia, “sentía que les volvía a unir en cierto modo de nuevo”.

De cara a la prevención de recaídas se le orientó para que siguiese poniendo en práctica todo lo aprendido hasta el momento y se le informó de cómo podría ser el pronóstico de su marido, ya que era algo que le preocupaba en gran medida. No obstante, se le devolvió que la información proporcionada era relativa a la psicoeducación general sobre la psicosis y primeros brotes psicóticos y que cada persona es un caso único por lo que lo más recomendable sería preguntar a los profesionales de salud mental que estaban atendiendo directamente a su marido.

En la última sesión de seguimiento, cuando ya estaba mayormente repuesta de la conmoción sufrida por los recientes acontecimientos y se encontraba anímicamente estable, se trabajaron estrategias propias de la psicología positiva como la focalización positiva y la planificación de actividades agradables. Del mismo modo continuamos identificando sus fortalezas en distintas áreas y orientado su conducta hacia las mismas. Ella resaltaba entre estas de nuevo sentido del humor y cómo el mismo le estaba ayudando a “poder con todo”.

Al final de la intervención, Frenia reconoció que la intervención le había ayudado en gran medida a afrontar esta situación y que, si necesitaba ayuda de nuevo, sin duda la buscaría en un futuro en este mismo servicio de atención telefónica o buscado ayuda profesional psicológica cerca de su entorno.

Discusión y conclusiones

La emergencia sanitaria internacional que ha supuesto la COVID-19, así como las restricciones y medidas que se han adoptado como consecuencia de la misma (confinamiento domiciliario, distanciamiento social, limitaciones en el estilo de vida y en la rutina en cuanto a actividades y horarios) pueden dar lugar a un incremento notable de los niveles de estrés, ansiedad y preocupación entre la población general y a un aumento de la morbilidad psiquiátrica en individuos con trastornos mentales preexistentes (Shigemura et al., 2020). Además, no debemos de olvidar la influencia que tiene sobre la salud mental los efectos físicos de la disminución de la actividad motora, los cambios en la dieta y la reducción de la exposición a la luz solar (Lippi et al. 2020).

Según el DSM-5 el Trastorno Psicótico Breve requiere la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente) o comportamiento muy desorganizado o catatónico, teniendo que manifestar además al menos uno de los tres primeros síntomas

descritos para considerarse que cumple el criterio. La duración de dicha sintomatología debe durar al menos un día, pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad. Dentro de las especificaciones del mismo, cabe destacar la existencia de factores notables de estrés (pasándose entonces a denominar Psicosis Reactiva Breve) si los anteriores síntomas se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Los trastornos psicóticos conforman una de las más urgentes problemáticas sanitarias dentro del ámbito de la salud mental. Su prevalencia entre la población general podría alcanzar aproximadamente un 3% (Fernández et al., 2012; Salud, 2010), siendo la afectación en el desarrollo y en la pérdida de funcionalidad de las personas que la padecen elevada, dado que por lo general aparece en etapas de la adultez temprana, provocando un gran impacto en la actividad psicosocial: interrupción en el inicio de la vida laboral, o en la actividad social y familiar (Ugas et al., 2020). Un primer episodio psicótico por lo general tiene una evolución heterogénea, pero, según las últimas investigaciones, una detección e intervención precoz del mismo, serían los factores que conducirían a un mejor pronóstico. Siguiendo este argumento, algunos estudios afirman que los 5 primeros años son los más relevantes (Fernández et al., 2012; Salud, 2010). En cuanto al tratamiento de la psicosis, existen diversas intervenciones con evidencia empírica que son capaces de modificar el curso del trastorno más allá de la medicación neuroléptica. Algunos ejemplos de ellas podrían ser el tratamiento psicológico individual, la terapia psicológica grupal, la terapia cognitivo-conductual, la intervención familiar, la rehabilitación vocacional o el entrenamiento en habilidades sociales (Fernández et al., 2012; Servicio Andaluz de Salud 2010). La intervención temprana en psicosis se caracteriza de dos elementos que la diferencian del resto de formas de asistencia actuales: la detección temprana de la sintomatología y la aplicación del tratamiento específico más eficaz según la fase inicial de cada enfermedad (Ugas et al., 2020).

Por otro lado, la asociación entre la infección por virus y psicosis se viene estableciendo desde la pandemia de la gripe española en el siglo XVIII y se han documentado diversas «psicosis por virus» durante posteriores pandemias a lo largo de la historia (Kępińska et al., 2020). En este sentido, las personas con psicosis o vulnerables al desarrollo de trastornos psicóticos, han podido verse altamente afectadas por las condiciones anteriormente descritas, ya que las mismas (distanciamiento social, pérdida de la rutina diaria o reducción de la actividad física, entre otras), podrían propiciar la aparición de sintomatología psicótica (Villar y Sahún, 2020). Según Rentero et al. (2020), durante la pandemia se ha detectado un número elevado de pacientes sin antecedentes psiquiátricos con sintomatología psicótica. Dicha sintomatología se caracteriza por alucinaciones visuales o auditivas, pensamientos de referencia, creencias delirantes de diverso contenido y comportamiento desorganizado, todos ellos síntomas propios de los primeros brotes psicóticos. Además, el impacto de la COVID-19 también puede haber influido sobre la naturaleza y el contenido de la sintomatología psicótica de estas personas. Los profesionales en salud mental informan de un aumento del contenido paranoide en torno a la contaminación por estar en contacto cercano con otras personas (Brown et al., 2020).

Entre las medidas a implementar de forma inmediata en la población que pudiera manifestar algún tipo de sintomatología a nivel mental como consecuencia de factores asociados a la COVID-19, encontraríamos las relacionadas con el uso de los primeros auxilios psicológicos, poniendo especial énfasis en una adecuada alianza terapéutica, llevando a cabo la evaluación de necesidades críticas e interviniendo de forma temprana normalizando las emociones y reacciones esperables ante las circunstancias vividas (Ramírez-Ortiz et al., 2020). Del mismo modo, se recomienda promover e incentivar el pensamiento positivo y la enseñanza de técnicas de afrontamiento que ayuden a disminuir los niveles de estrés y la activación fisiológica, tales como la respiración abdominal, la relajación muscular progresiva o la relajación en imaginación guiada mediante visualización (Huremović, 2019). Igualmente, el uso de estrategias típicas de activación conductual y búsqueda de apoyo social a través de medios virtuales, puede ayudar a un mejor manejo de la sintomatología anteriormente descrita (DeLuca et al., 2020), así como la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos negativos (PANs) que conducirían a una visión catastrófica y pesimista sobre el futuro (Huremović, 2019).

Dadas las circunstancias que ha generado la COVID-19, la terapia a distancia ha cobrado un especial protagonismo, por lo que dichas líneas de intervención se han implementado mayormente bajo dicho formato. Dentro de esta tipología de intervención, McGinn et al. (2019) y el Center for Practice Innovations (2020) sugieren incluir a miembros de la familia o convivientes en la intervención psicológica. Esto último podría reducir el riesgo de suicidio e incluir el consentimiento informado de que el tratamiento puede suspenderse si se considera inseguro, para poder así transferir a la persona a un lugar donde se le pueda atender de manera más directa.

Aunque es ampliamente conocido que determinados factores estresantes pueden influir directamente en la actividad psíquica, propiciando la aparición de primeros brotes psicóticos, no es hasta el momento cuando hemos podido presenciar cómo puede afectar a dicha actividad una situación de emergencia sanitaria internacional como la vivida por la COVID-19 (Ramírez-Ortiz et al., 2020). Como se mencionaba anteriormente, no es la primera vez en la historia que la humanidad se enfrenta a una pandemia y ya se ha investigado con anterioridad la asociación entre virus y psicosis (Kępińska et al., 2020), pero cabe destacar que sí es la primera vez que nos encontramos ante estas circunstancias con una sociedad tan conectada a nivel social como la nuestra. La interrupción de la vida cotidiana tal y como la conocíamos, la pérdida de control sobre nuestra rutina, el estrés provocado por el aislamiento social y la desconexión que conlleva el distanciamiento físico, han dado lugar a unas condiciones únicas a las que nunca antes se había enfrentado nuestra sociedad actual (DeLuca et al., 2020).

En particular, están surgiendo algunos informes de la aparente incidencia de nuevos casos de psicosis en grupos de personas mayores, asociados con la exposición al estrés psicosocial de COVID-19 (Hu et al., 2020; Zulkifli et al., 2020). Si bien la cantidad de datos disponibles es limitada y se debería extremar la precaución al inferir dicha asociación, la misma permitiría justificar una mayor consciencia y vigilancia de la población en este sentido. Donde sí se podría decir que se ha encontrado un mayor riesgo, es en las personas expuestas

directamente al virus durante la pandemia. Los informes resultantes de la investigación entre este tipo de población aportan datos más esclarecedores viendo que entre el 0,9% y el 4% de las personas expuestas podrían desarrollar psicosis o síntomas psicóticos (alucinaciones y/o delirios) (Brown et al., 2020). Aun así, se hace igualmente necesaria la cautela antes de exponer datos concluyentes, dado el breve periodo de tiempo que llevamos enfrentándonos a estas circunstancias y a los escasos datos al respecto de los que disponemos hasta el momento.

Cuando nos encontramos ante una situación de incidencia psiquiátrica rodeada de unas circunstancias tan insólitas, puede ser complicado saber qué línea de actuación seguir y máxime si no se puede intervenir de forma directa con la persona que está sufriendo dicha descompensación. Asimismo, ayudar a las personas con psicosis a mantener algunas de las restricciones establecidas como el distanciamiento físico y los requisitos de control de infecciones puede ser un desafío, especialmente mientras están hospitalizados (Brown et al., 2020).

Tal y como se ha descrito anteriormente, McGinn et al. (2019) y el Center for Practice Innovations (2020) sugieren incluir a miembros de la familia o convivientes en la intervención psicológica para prevenir conductas de riesgo en personas descompensadas psíquicamente (como podrían ser los intentos autolíticos) o para promover una intervención más directa por parte de los servicios de salud mental si fuera preciso. El trabajo a través de los allegados de las personas afectadas a nivel psíquico por la COVID-19, es una intervención que se ha llevado a cabo de forma generalizada por los servicios de primera atención psicológica ante la crisis de la COVID-19 como el presente. Pero cabe destacar que, hasta el momento y por el carácter novedoso de la situación, no disponemos de una línea de intervención clara ni se ha llevado a cabo un amplio número de seguimientos de cómo puede influir vivenciar un primer brote psicótico en las personas convivientes con el individuo afectado ante una situación de confinamiento domiciliario.

Tras la experiencia con el caso expuesto en el presente capítulo y si puede servir como precedente para una futura línea de intervención, se cree altamente necesario trabajar de forma holística con la persona que se encuentre ante una situación de emergencia de este tipo bajo las circunstancias que conlleva la COVID-19. En este sentido, se recomienda intervenir sobre los factores que puedan afectar a un mayor número de variantes a la vez. Por ejemplo, dotar a la persona conviviente o allegada de la información necesaria a través de la psicoeducación en primeros episodios psicóticos, así como alertar de la importancia de acudir a los servicios de atención primaria con inmediatez, ayudaría a ésta directamente en el manejo de la situación y, a su vez, a la persona que sufre la descompensación psíquica de forma indirecta para que sea intervenida con el carácter urgente que requiere este tipo de sintomatología. Asimismo, informar de la importancia de no confrontar la sintomatología de la persona que sufre un primer episodio psicótico dada su desconexión de la realidad ayudará a ambos a evitar un ambiente hostil y a mantener relativamente la tranquilidad hasta que se pueda intervenir de forma directa a nivel profesional.

En esta misma línea, promover el mantenimiento de una estructura diaria (como puede ser el caso del establecimiento de hábitos de vida saludables tales como el ejercicio físico) y retomar una rutina que incluya actividades relacionadas con el ajuste premórbido, podría igualmente ayudar a la persona a conectar consigo misma y con el ambiente previo al desajuste.

Posteriormente se hace igualmente necesaria la normalización y validación de emociones como también apunta Ramírez-Ortiz (2020) y la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos negativos (PANs) (Huremovic, 2019). De esta manera la persona comprenderá que lo que piensa y siente es normal dadas las circunstancias y hallará la manera de no entrar en un bucle de indefensión.

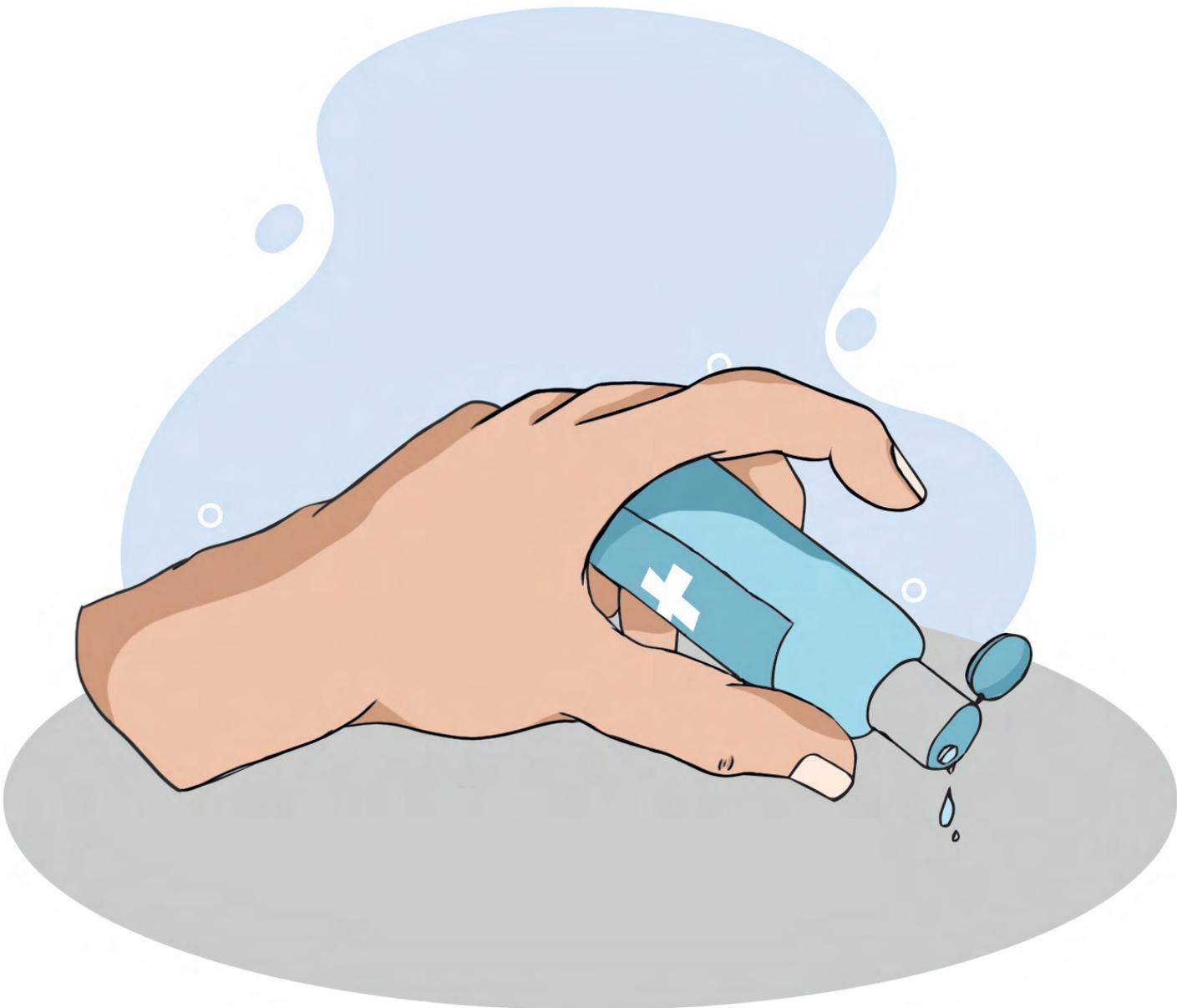
Dotar de estrategias de afrontamiento para reducir los niveles de estrés y activación fisiológica tales como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva o la relajación en imaginación, se hace igualmente necesario para sobrellevar las emociones que generaría vivir una situación de este tipo (Huremović, 2019).

Por último, sería igualmente importante orientar a la persona hacia la activación conductual y ayudarle a adaptar la búsqueda de apoyo social a las circunstancias actuales (DeLuca, 2020), debido a los sentimientos de soledad ante los que fácilmente podría verse envuelta. El trabajo a través de técnicas de la psicología positiva podría ayudar igualmente en las fases intermedias o finales de la intervención psicológica para prevenir futuras recaídas y ofrecer una visión más alentadora del futuro (Huremović, 2019).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5®*.
- Brown, E., Gray, R., Monaco, S. L., O'Donoghue, B., Nelson, B., Thompson, A., Francey, S. & McGorry, P. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: a rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophrenia research*.
- Center for Practice Innovations. (2020). Telehealth tips: Managing suicidal clients during the COVID-19 pandemic.
- DeLuca, J. S., Andorko, N. D., Chibani, D., Jay, S. Y., Rakhshan Rouhakhtar, P. J., Petti, E., ... & Schiffman, J. (2020). Telepsychotherapy with youth at clinical high risk for psychosis: Clinical issues and best practices during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 304.
- Fernández, O. V., Giráldez, S. L., & Iglesias, P. F. (2012). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología, 30*(1-3), 435-457.
- Hu, W., Su, L., Qiao, J., Zhu, J., & Zhou, Y. (2020). COVID-19 outbreak increased risk of schizophrenia in aged adults. *PsyChinaXiv. doi, 10(202003.00003)*

- Huremović, D. (Ed.). (2019). *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. Springer.
- Kępińska, A. P., Iyegbe, C. O., Vernon, A. C., Yolken, R., Murray, R. M., & Pollak, T. A. (2020). Schizophrenia and influenza at the centenary of the 1918-1919 Spanish influenza pandemic: mechanisms of psychosis risk. *Frontiers in psychiatry, 11*, 72.
- Lippi, G., Henry, B. M., & Sanchis-Gomar, F. (2020). Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *European Journal of Preventive Cardiology, 27*(9), 906-908.
- McGinn, M. M., Roussev, M. S., Shearer, E. M., McCann, R. A., Rojas, S. M., & Felker, B. L. (2019). Recommendations for using clinical videotelehealth with patients at high risk for suicide. *Psychiatric Clinics of North America, 42*, 587-595.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social.
- Rentero, D., Juanes, A., Losada, C. P., Álvarez, S., Parra, A., Santana, V., ... & Urricelqui, J. (2020). New-onset psychosis in COVID-19 pandemic: a case series in Madrid. *Psychiatry research, 290*, 113097.
- Salud, S. A. (2010). Detección e Intervención Temprana de la Psicosis. *Consejería de Salud de la Junta de Andalucía*.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences, 74*(4), 281.
- Ugas, L., García, E., Centeno, M., & Martínez, M. (2020). Desarrollo del programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente en Benito Menni CASM. *Informaciones Psiquiátricas, 241*, 15-33.
- Villar, S. C., & Sahún, J. L. D. (2020). Síntomas psicóticos en relación con cuarentena por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Zulkifli, N. A., Sivapatham, S., & Guan, N. C. (2020). Brief psychotic disorder in relation to coronavirus, COVID-19 outbreaks: a case report. *Malaysian Journal of Psychiatry, 29*(1).



16

¿Obsesión o psicosis? El reto de diferenciar el miedo al virus de un trastorno mental

Ana Zamora-Arce y Luis-Lucio Lobato Rincón

Ideas fundamentales

- En el presente capítulo exploraremos el abordaje del diagnóstico diferencial de dos casos: un caso de trastorno psicótico breve en primer brote, con delirios de contaminación, y un caso obsesivo-compulsivo asociado al mismo miedo, el contagio de coronavirus.
- Resaltaremos la importancia de una buena exploración inicial dentro del contexto de la telepsicología o intervención psicológica telefónica en emergencias.
- La intervención se enmarca desde el modelo de Vulnerabilidad-Estrés (Zubin y Spring, 1977; Zubin et al., 1983), y el Enfoque Transdiagnóstico (Barlow, 2016), en la cual se ha intervenido de manera telefónica.
- Se revisará la literatura académica en lo concerniente a prevalencias y posturas abordadas en distintos países para la atención de necesidades psicológicas durante el contexto de pandemia.

Descripción del caso

El presente capítulo se ha completado gracias al servicio proporcionado por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España y el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España entre

los meses de marzo y mayo de 2020 cuando acaecía la primera ola de la pandemia de COVID-19. El servicio en concreto trató de desarrollar un sistema de apoyo, y primera atención psicológica, orientados al manejo del estrés y situaciones de malestar derivados de las diferentes realidades que se han generado durante la pandemia. Las intervenciones se focalizaban en familiares de personas enfermas o fallecidas como consecuencia del coronavirus, en colectivos profesionales con intervención directa en la gestión de la pandemia y en población en general.

Un servicio telefónico de estas características, con toda la logística, instalación y tecnología necesarias para llegar a buen puerto, se enmarca en lo que se ha venido llamando Telesalud mental, que describe aquellas actividades especializadas generadas por las TICs (Tecnologías de la Información y de la Comunicación) y que se focalizan en la atención, intervención y seguimiento de los comportamientos y las experiencias de las personas con respecto a la salud (Baker & Bufka, 2011; Peñate Castro, 2014). De hecho, las definiciones incluyen igualmente cualquier aspecto más allá de lo estrictamente sanitario, que es potenciado por la tecnología, como puede ser la formación de profesionales y pacientes, la resolución de temas administrativos o el uso de *apps* de salud.

En cuanto a los trastornos que serán abordados en el presente capítulo, se debe presentar el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) como un cuadro clínico que abarca una serie de síntomas que representan múltiples dominios psicológicos, desde la esfera

perceptiva a las esferas cognitivas, emocionales, sociales y motoras. Se trata éste de un trastorno heterogéneo que puede presentarse según cuatro o cinco dimensiones como son las comprobaciones, simetría y orden, limpieza, acaparamiento y pensamientos inaceptables (Leckman et al., 1997; Foa et al., 1998).

La prevalencia del TOC varía de acuerdo con el estudio realizado (Fontenelle et al., 2006). A nivel europeo, la prevalencia de período de vida del trastorno en alguna de sus modalidades, se situó en un 13%, siendo las mujeres las que mostraban mayores prevalencias para el trastorno en su modalidad de limpieza (Fullana et al., 2010). En Estados Unidos, estudiándose por modalidades, se atribuyó una prevalencia del TOC en la muestra de la Encuesta Nacional de Comorbilidad del 7.7% para cuadros de TOC por contaminación y una prevalencia del 7.6% de cuadros de TOC de tipo moral, sexual o religioso (Ruscio et al., 2010).

Con la emergencia de la pandemia causada por la enfermedad COVID 19, la pregunta que se puede plantear es si este tipo de trastorno mental, el TOC, podría haber sufrido un incremento en su prevalencia. Estudios recientes desde países tan dispares como Irán y Canadá indican que parece haber aumentado el número de personas con mayor frecuencia de síntomas obsesivos o compulsivos respecto a la limpieza (Abba-Aji et al., 2020), pero los síntomas en individuos ya diagnosticados con un cuadro de TOC subtipo limpieza no parecen aumentar drásticamente (Chakraborty et al., 2020). Se hace necesario puntualizar que no sólo los síntomas de contaminación y limpieza podrían multiplicarse durante la pandemia, sino también los de acaparamiento tanto de medicaciones como de víveres (Banerjee, 2020).

Por otro lado, el trastorno psicótico breve, es un tipo de trastorno cuya caracterización ha sido casi siempre escurridiza (Fusar-Poli et al., 2016), pero parece claro que es útil y positivo diferenciarlo convenientemente de los trastornos psicóticos de larga duración (Castagnini & Fusar-Poli, 2017). El trastorno se inicia de forma súbita, con síntomas psicóticos tales como alucinaciones, discurso o comportamiento desorganizado, o delirios. En general, su pronóstico es más positivo que el de la esquizofrenia (Fular-Poli et al., 2016), con indicaciones de apoyo psicoterapéutico en la retirada paulatina de la medicación tras recuperarse de la crisis (Correll et al., 2008).

En general, la prevalencia de período de vida de los trastornos psicóticos varía entre el 3% de Países Nórdicos (Perälä et al., 2007) hasta el casi 1% de China (Huang et al., 2019). En el caso del trastorno psicótico breve, la prevalencia ha sido poco estudiada y los pocos estudios que lo hacen hallan una prevalencia de período de vida de 0.1% - 0.05% (Huang et al., 2019; Perälä et al., 2007).

A continuación, se describirán los casos sobre los que pivotará el artículo. Es interesante, a modo de reflexión, mencionar que los síntomas presentados por los pacientes en este capítulo, esto es, tanto la sintomatología obsesivo compulsiva como los síntomas propios de trastornos de tipo psicótico, se han demostrado asociados en multitud de estudios (Céderlof et al., 2015; Lieuwe de Haan et al., 2009; Niendam et al., 2009), lo que, de alguna manera, otorga otra raíz común a ambos casos.

Se parte de dos llamadas que presentan casos con semejantes antecedentes personales: paciente obsesivo, al que llamaremos Pedro; y paciente psicótico, al que nos referiremos como Francisco, quienes reconocen una personalidad rígida, con patrones obsesivos y de una rigurosa meticulosidad. Si bien es cierto que solo Pedro había manifestado en alguna ocasión sintomatología ansiosa asociada a la pérdida de su padre, ninguno de ellos había estado en tratamiento psicológico previamente. Ambos refieren ser personas con manías, costumbres asociadas al orden y la limpieza, a lo que ellos llaman "hacer las cosas a su manera".

Presentación del caso

Llamada 1: Francisco

Al otro lado del teléfono la mujer de Francisco, que llama desde Baleares, nos pide desesperada que ayudemos a su marido, quien desde la segunda semana de confinamiento "ha perdido la cabeza". Durante los primeros días de Estado de Alarma, Francisco sospecha que la pandemia puede ser fruto de objetivos políticos para controlar a los ciudadanos, y empieza a manifestar conductas inusuales en él, como comprobar repetidamente que grifos, puertas y ventanas se encuentran cerradas, que no se escapa agua de las tuberías y a comprobar por la ventana si hay luz o no en una casa del edificio frente al suyo.

En la segunda semana de confinamiento, Francisco comienza a mostrarse especialmente escéptico con los datos mostrados en televisión acerca del avance de la pandemia COVID-19. "Estos nos ocultan la verdad", "nos van a matar como a ratas para hacerse con el poder" eran frases con las que empezaban los peores momentos de angustia de Francisco que acababan en discusión con su mujer y su hija un día sí un día también. Poco después llegaron las conductas de comprobación, a priori del espectro obsesivo-compulsivo se podría pensar, como asegurarse de que los grifos estaban cerrados, que no se escapaba agua de las tuberías, que la comida estaba en buen estado... Sin embargo, la llamada de su mujer, no parecía describir el debut de un cuadro obsesivo-compulsivo. A tenor de lo que mostraba el razonamiento de Francisco para justificar sus conductas, parecía que éste habría perdido en cierta manera el contacto con la realidad: Las comprobaciones venían justificadas porque el vecino de enfrente les había trucado las tuberías, de forma que el agua que llegaba hasta sus grifos venía contaminada con el coronavirus.

Así me lo hizo saber él mismo en una breve conversación telefónica en la que, tras insistirle su mujer en que era importante que él mismo expresase como se sentía, accedió a hablar conmigo: 'sé que no me vas a creer, pero no es a ti a quien tengo que convencer, sino a la policía para que detenga a alguien tan maquiavélico como él. ¿Pero cómo voy a convencer a la policía, si nos fumigan a diario por las noches con partículas de coronavirus desde sus helicópteros?'

Intervenimos en primer lugar apoyando emocionalmente a su esposa, permitiendo la ventilación emocional y ayudando a una primera respiración ansiolítica, que debido al elevado grado de agitación manifestado, llegó a no poder siquiera pronunciar palabra. Preguntamos acerca de sus antecedentes personales, y según nos cuenta, nunca había requerido de intervención psicológica o psiquiátrica, aunque desde siempre había manifestado algunas

manías. Evaluamos el grado de convicción sobre sus creencias, el cual resultó ser absoluto, y nos cuenta que ha llegado a pasar varios días sin beber agua porque el vecino puede también controlar las potabilizadoras. Descartada la alternativa de una idea obsesiva o sobrevalorada acerca del distanciamiento social y desinfección propias de la pandemia, se entiende que estamos ante un brote psicótico. Informamos a su esposa acerca del probable diagnóstico de su marido, y en esta primera llamada rehúsa creernos, tratará contactar con su médico de cabecera.

Al día siguiente, se realiza seguimiento. Francisco no quiere saber nada de "loqueros", y hablamos con su mujer: la situación sigue igual, no consiguen contactar con su Centro de Salud: nuestro sistema sanitario empieza a colapsarse, estamos a principios de abril. Ante la negativa de ella a que se trate de un brote psicótico en lugar de un cuadro de ansiedad (como ella pensaba), trabajamos en psicoeducación e información sobre el cuadro de su marido. Una hora más tarde, accede a que desde nuestro servicio se movilice al 112 para que administren, según el criterio del profesional que les atienda, la medicación antipsicótica que corresponda para buscar la remisión de síntomas. A media tarde, se recibe una llamada de la mujer de Francisco: los servicios de emergencia se han desplazado a su domicilio, se ha evaluado a su marido y se le ha medicado con antipsicóticos. Desde Cruz Roja Canarias se les ofrece un servicio de atención psicológica local, que aceptan ambos, él a regañadientes. Un par de semanas después, realizo llamada de seguimiento: la adherencia al tratamiento ha sido complicada, han tenido que obligar a Francisco a tomar la medicación, pero con el paso de los días la sintomatología ha desaparecido. Con la ayuda de los psicólogos de Cruz Roja, esta adherencia al tratamiento acabó siendo la precisa, de manera que Francisco volvió a su estado habitual. Esta vez es él quien solicita hablar conmigo: "Gracias a todos los que seguís velando por la Salud Mental"

Llamada 2: Pedro

El paciente Pedro es un madrileño de 58 años que convive junto a su mujer y su hijo de 14 años en un barrio de la capital. Recurre a nuestro servicio en tal estado de ansiedad que al responder su llamada no es capaz prácticamente de pronunciar palabra. Intervenimos guiando en respiración diafragmática, a modo de desactivación emocional, que responde favorablemente tras siete u ocho respiraciones.

Desde siempre, según nos cuenta Pedro ha sido "muy estricto, cuadrulado, y tal vez, algo hipocondríaco. Siempre ha sido una costumbre para mí lavarme las manos nada más llegar a casa, limpiar los zapatos y he sido especialmente maniático con la limpieza de la ropa y los productos del hogar, pero nunca había llegado a este extremo".

A Pedro le da nuestro número de teléfono el dermatólogo que acudió de urgencias a casa por la afección en la piel que se había provocado de tanto lavarse las manos con lejía. Nos cuenta que se lava las manos con una frecuencia de 15 minutos, y que eso implica que, al día, tenga que poner un par de lavadoras solo de sus toallas. "No puedo permitir que ellos toquen mis toallas: aunque sé que no lo estoy, siento que estoy contagiado". Pedro no ha manifestado ningún síntoma de la enfermedad del COVID-19, a pesar de lo cual, ante un ligero picor de garganta decidió llamar al Servicio de Atención al COVID habilitado por

la Comunidad de Madrid para ver si podían hacerle la prueba diagnóstica y descartar la infección. Telefónicamente le informaron de que no cumplía con la sintomatología de la enfermedad, pero es desde entonces que Pedro ante la negativa de confirmar que realmente no tiene la enfermedad, "prefiere tomar medidas y actuar como si estuviera contagiado". Esto hace que Pedro decida establecer para sí mismo medidas tan extremas como tener uno de los baños como uso exclusivo suyo, implicando esto tener que dedicarle un par de horas al día a su desinfección exhaustiva; cambiar cada día las sábanas de la cama que comparte con su esposa; no tocar nada que sea de uso cotidiano si no es con guantes, lo que incluye mandos remotos, pomos de puertas y ventanas, útiles de cocina y textiles del hogar; y lo que resulta más llamativo, ante síntomas que puede llegar a considerar propios de COVID-19, pasar un par de días en aislamiento en su habitación hasta que "se quede tranquilo". Como no podía ser de otra manera, Pedro no se sienta a ver la televisión con su familia en su sofá de 3 plazas, sino que, a dos metros de distancia, coloca una silla en la que sentarse manteniendo un espacio de seguridad.

Ahondamos en el formato de estos pensamientos y Pedro reconoce que le resultan irresistibles, a pesar de ser consciente de que no está infectado, llevan más de 3 semanas sin salir de casa para nada. Así mismo, afirma que sus rituales rozan lo absurdo, son excesivos, y solo los utiliza como medio para calmar la ansiedad que le producen las dudas acerca de un posible contagio por Coronavirus.

Conceptualizado el problema de Pedro como un cuadro obsesivo compulsivo, se aborda en primera instancia con normalización de síntomas, explicándole cómo el proceso de confinamiento, en sí ansiógeno, ha podido desbordar sus esquemas previos de control e hipocondría y traerle hasta este punto. Se presenta una hipótesis explicativa de la situación actual: antecedentes históricos de enfermedad, como son el fallecimiento en UCI de su padre; predisponentes, una personalidad rígida y en cierta parte obsesiva, hacen que estresores precipitantes como puede ser una pandemia, dispongan para un cuadro psicopatológico como el que está desarrollando. La deriva de las conductas neutralizadoras en aumento, actuarían como mantenedores de la conducta compulsiva, y a partir de ahí se interviene intentando hacer, de la mejor manera que permite una intervención telefónica, una EPR (Exposición con prevención de respuesta).

Adaptando la intervención al contexto telefónico de nuestro Servicio, se propone reducir en frecuencia el número de compulsiones de limpieza: las sábanas como mucho se cambian dos veces a la semana frente a la frecuencia diaria a la que venía acostumbrado; lavarse las manos como máximo una vez por hora controlado por una alarma, respondiendo esta medida al principio de saciación; exponerse sin guantes al contacto de objetos de uso común, y se le propone que comente a su familia lo que le ocurre para que puedan comprenderle mejor. Considerando que la terapia psicológica por sí sola requeriría de un número de sesiones que no sabemos si el Servicio va a poder cubrir, sugerimos a Pedro contactar con su médico de cabecera (MAP), por si fuera preciso en este caso la pauta de medicación.

En el primer seguimiento conocemos que el MAP de Pedro le ha pautado Sertralina y Lorazepam como tratamiento coadyuvante a nuestro seguimiento psicológico, y considerando su caso de una

envergadura importante, se cree necesario un seguimiento semanal en lo que la duración de nuestro servicio permita.

La EPR resultó complicada durante las primeras llamadas. El paciente consideraba prácticamente imposible no lavarse las manos con una frecuencia superior a lo propuesto y no accedió a compartir el baño con su familia. A diario se recibía una llamada de Pedro en el servicio preguntando por el psicólogo encargado de su seguimiento, manifestando que el nivel de ansiedad que experimentaba le impedía por completo concentrarse en cualquier actividad paralela.

Cuando la medicación empezó a mostrar sus efectos terapéuticos, en torno a la segunda semana de inicio del tratamiento, la ansiedad se vio en gran parte reducida de forma que nuestra intervención se vio notablemente beneficiada. Pedro lograba mantenerse sin lavarse las manos por períodos de más de una hora e incluso se logró el objetivo principal; conseguir que sólo este lavado de manos se circunscribiese a momentos en que se las lavaría anteriormente: después de desinfectar la compra, antes de comer y después de haberse manchado.

El estado de ánimo de Pedro fue lo más complicado de abordar. Se veía tan desbordado e indefenso que costó mucho convencerle de que estaba atravesando un cuadro que, con el tratamiento correcto y su esfuerzo, sería capaz de manejar. En más de una ocasión Pedro manifestó ideas de suicidio, aunque carentes de plan específico con el que llevarlo a cabo. Trabajamos en la aceptación del cuadro, y junto con su esposa y su hijo, en la planificación de actividades agradables con las que mantener interferencia con las ideas obsesivas.

Poco a poco, Pedro fue aceptando la EPR y enfrentándose a las continuas exposiciones diarias que vivir en un encierro supone: aceptó lavar las sábanas y toallas solo una vez por semana, lavarse las manos en momentos puntuales y sólo con agua y jabón, sentarse junto a su familia en la misma sala y no hacer períodos de confinamiento estricto si no era bajo suscripción médica.

En los meses que duró el Servicio, Pedro fue un paciente de seguimiento semanal que acabó recibiendo asistencia dos veces por semana, en ocasiones, sólo como contacto de apoyo para que supiera que seguíamos a su disposición. Cuando el Servicio llegaba a su fin, se facilitó un recurso asistencial que pudiera cubrir sus necesidades y continuar el tratamiento como lo habíamos llevado hasta ahora.

El día que nos despedimos del servicio, Pedro llamó preguntando por quien le había acompañado durante los dos meses y medio. Él y toda su familia quisieron transmitir su gratitud a los responsables de implantar este dispositivo durante la pandemia, no haber abandonado la Salud Mental tan estigmatizada todavía y su eterno respeto y cariño a quien le había ayudado tanto.

Discusión y conclusiones

Una pandemia como la sufrida por la enfermedad COVID19, supone una exposición sustancial a estrés psicosocial que puede llevar al aumento de la incidencia de los trastornos de tipo psicótico. La literatura confirma multitud de estudios de casos que muestran que el Trastorno Psicótico Breve como algo más que una anécdota durante la pandemia de COVID19 (D'Agostino et al., 2020; Huarcaya Victoria et al., 2020; Smith et al., 2020).

Con la experiencia de otras crisis sanitarias, se espera que una parte de los propios enfermos de psicosis, entre el 0,9 al 4%, muestren un aumento en la sintomatología psicótica cuando se contagian de esta enfermedad, de carácter infeccioso (Brown et al., 2020). Además, existen sugerencias de que la reacción que causa el virus en el sistema nervioso podría causar un aumento de los episodios psicóticos durante la pandemia de COVID19 (Rentero et al., 2020; Watson et al., 2020).

A continuación, vamos a proceder a describir ambos trastornos sobre los que ha pivotado el caso:

Trastorno psicótico breve con factores de estrés notables 298.8 (F23). Caso Psicótico

La característica esencial de este cuadro es una alteración que implica el inicio brusco de delirios, comportamiento muy desorganizado o aparición de un discurso desorganizado. Este inicio se refiere al cambio de un estado no psicótico a uno claramente psicótico en un periodo de 2 semanas, normalmente sin etapa prodrómica. Se diagnostica siempre y cuando el cuadro haya durado al menos un día y no haya alcanzado el mes sintomático. Se especifica *con factores de estrés notables* (psicosis reactiva breve) debido a que los síntomas se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían malestar psicológico a cualquiera que estuviera en las mismas circunstancias en su mismo contexto cultural.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5 (APA, 2014), define los delirios como creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra, en este caso de persecución asociada a una posible contaminación por coronavirus. En sí mismos, los delirios se consideran extravagantes, como es el caso, si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente. Resulta compleja la distinción entre un delirio y una creencia firme sobrevalorada, algo que se abordará más adelante, y es por eso que se destaca anteriormente la importancia de una buena exploración inicial.

Respecto de la diferenciación de un cuadro psicótico de otros del espectro, es importante resaltar los siguientes como parte esencial del diagnóstico diferencial:

A. Trastorno delirante: Se trata de un cuadro en el que el síntoma principal es la aparición de delirios y cuyo criterio de temporalidad implica la duración de éstos durante más de un mes. En el caso de Francisco la llamada se produce durante los primeros 15 días de la aparición de síntomas positivos, por lo que quedaría descartado el Trastorno delirante.

B. Trastorno esquizoafectivo: para el diagnóstico de esta afección es requisito indispensable haber sufrido durante un período ininterrumpido un episodio mayor del estado de ánimo, circunstancia no concurrente en el caso Francisco.

C. Trastorno esquizofreniforme o Esquizofrenia: para ambos cuadros del espectro de la psicosis son necesarios 2 de los 5 síntomas siguientes, de los cuales Francisco solo presenta el primero: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

Dichos datos quedan expuestos en la Tabla 1 presente a continuación: Descartados estos diagnósticos del espectro de la esquizofrenia, se desechan también, por no cumplir criterios, los trastornos depresivos y bipolares; simulación y trastornos facticios y trastornos de personalidad, considerándose por tanto evidente la aparición de un Trastorno Psicótico Breve.

Trastorno obsesivo compulsivo con introspección aceptable 300.3 (F42). Caso Obsesivo

Los síntomas característicos de este cuadro son la presencia de obsesiones y/o compulsiones, respondiendo éstas según DSM-5 a las siguientes definiciones:

En primer lugar, se entienden como obsesiones los pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes, experimentadas como intrusas, que el sujeto intenta ignorar o suprimir debido al malestar o ansiedad que éstas generan. En este caso se trata de pensamientos acerca de la posibilidad de haber sido contagiado por COVID-19, especialmente en forma de duda "¿es posible que no haya limpiado lo suficiente la compra?", "¿me habré lavado las manos bien?", "este dolor de garganta que tengo ¿es posible que sea síntoma de haberme contagiado?".

Por otro lado, el término compulsiones responde a comportamientos o rituales repetitivos que el sujeto realiza en respuesta a la obsesión, o en respuesta a reglas aplicadas de forma rígida, con el objetivo de prevenir o disminuir la ansiedad o evitar algún suceso. Estos actos, no están necesariamente relacionados de forma realista, resultando claramente excesivos, como en el caso de Pedro, que llegó a coordinarse con sus convivientes para no permanecer junto a él en la misma sala si no era bajo una distancia mayor a dos metros, o a cambiar las sábanas de la cama diariamente por si se hubieran contaminado.

Diagnóstico diferencial entre el caso Psicótico y el caso Obsesivo

La idea de abordar el diagnóstico diferencial de dos trastornos aparentemente tan distintos, siendo uno del espectro de la esquizofrenia y el otro del obsesivo compulsivo, parte de la importancia que consideramos que tiene una exhaustiva evaluación de los síntomas en primera entrevista, ahondando no solo en la conducta manifiesta de ambos casos, sino también en su discurso formal, la personalidad predisponente, su estado emocional, y la información que aportaron los allegados.

Con el objetivo de establecer un diagnóstico diferencial entre una idea delirante y una idea obsesiva, se establece a continuación diferenciación respecto de un tercer elemento al que nos referiremos como *idea sobrevalorada*, ya descrita por Wernicke en 1900. Ésta responde a una creencia persistente, con diferentes niveles de plausibilidad, que sobrecarga afectivamente al paciente y tiende a producir preocupación en determinados momentos de su vida.

Las tres, idea delirante, sobrevalorada y obsesiva, comparten entre sí una *implicación emocional* importante para el paciente, rumian sus ideas e invierten gran parte de su tiempo en confirmarlas y hablar sobre ellas. A diferencia de ellas, las creencias normales, mantenidas a lo largo de tiempo con convencimiento y severidad, no producen preocupación.

La implausibilidad, entendida como la cualidad extravagante del delirio, no está, a priori, presente en ideas sobrevaloradas y obsesivas. El delirio se aleja de la realidad consensualmente aceptada, ya que resulta difícil creer, como relataba el paciente Francisco, que un vecino podría estar contaminando de coronavirus las tuberías del edificio de enfrente, así como que la policía fumigaba desde sus helicópteros la ciudad con partículas del virus. La idea obsesiva por su parte, es reconocida por la persona que la sufre, como excesiva en sí misma, sin relación, y en cierto modo, podría entenderse como la exageración de una idea que se sobrevalora.

Como se ha definido anteriormente, el paciente obsesivo trata de luchar contra la idea que le produce malestar psicológico, mientras que, por un lado, el delirante no cree que deba resistirse a un pensamiento al que otorga elevada verosimilitud y cuya ansiedad viene más bien asociada al poco apoyo recibido por quienes escuchan lo que él transmite; y por otro lado, la idea sobrevalorada, que en líneas generales se centra en cuestiones sociales, políticas o religiosas, al gozar de cierto apoyo social no presenta resistencia. En este sentido, la temática del delirio suele ser especialmente autorreferencial y personal, como es el caso de Francisco en su delirio de persecución "mi vecino me está intentando contagiar"

El grado de certeza que el paciente otorga a esta idea, es un elemento crucial en la distinción diagnóstica entre idea delirante y obsesiva. Mientras que el paciente obsesivo suele reconocer lo irracional de sus creencias y mantener una lucha constante por neutralizarlas, reconociéndolas incluso como intrusiones no deseadas en su pensamiento, el paciente delirante se muestra convencido de que se encuentra en lo cierto, manifestando una inmodificabilidad y fijeza con respecto a las evidencias en contra la mayor parte del tiempo. Si bien es cierto que no todos los sujetos delirantes mantienen durante todo el proceso el mismo grado de convicción, como mostraron Sacks, et al., (1974), encontrando tres fases distintas en la evolución de pacientes psicóticos: primera etapa, fase delirante, donde el paciente se encuentra completamente implicado en el delirio (respondería a la fase en que se encontraba Francisco en el momento de la llamada); segunda fase de "doble conciencia", en la que concurren la evaluación de la realidad y la coexistencia de delirios; y finalmente, la fase no delirante, en la que remitido el cuadro tras intervención terapéutica, el sujeto es capaz de cuestionar la validez de sus creencias.

En la Tabla 2 aparecen representadas las dimensiones abordadas.

La pandemia COVID ha puesto a prueba los recursos psicológicos de la Humanidad. Afectados por la incertidumbre, los confinamientos domiciliarios, angustias económicas, distancias interpersonales (físicas y sociales) y miedo al contagio propio y de familiares, la salud mental de gran parte de la población se ha visto amenazada.

Precisamente, la telesalud mental y la telepsicología, por su facilidad de trabajo en remoto, parecen un buen punto de partida para intervenir en una crisis sanitaria y económica como la que se está sufriendo con motivo de la pandemia de COVID19 (Whaibeh et al., 2020), aunque estamos a la espera de conocer exactamente el efecto global y particular de cada una de las experiencias practicadas.

Durante la primera oleada, entre los meses de marzo y mayo, este Servicio de atención psicológica recibió y asistió más de 13000 llamadas, lo que evidencia a la telepsicología como una herramienta con músculo y posibilidades para hacer frente a los efectos psicológicos que conlleva una pandemia de estas características. Aun así, cabe mencionar la necesidad de seguimiento por parte de Salud Mental de estos casos. De manera transversal durante toda nuestra intervención, recomendamos a los usuarios a que contactaran y mantuvieran relación con su Centro de Salud y con sus profesionales de referencia de Salud Mental, instando en que les llamaran.

Cabe mencionar el *Modelo de diátesis-estrés* (Zubin & Spring, 1977) que explica el trastorno mental como resultado tanto de la predisposición, ya sea biológica o de factores genéticos, como de las experiencias vitales adquiridas. Los dos pacientes responden a una predisposición previa basada en sus rasgos de personalidad obsesivos, unos esquemas rígidos que de alguna forma responden con impermeabilidad a las experiencias nuevas. Esta vulnerabilidad previa predispone para que, ante un estresor tan potente como resulta estar viviendo una pandemia, se desarrollen conductas desadaptadas que puedan desembocar en un trastorno mental.

Respecto de la epidemiología del espectro obsesivo, la presente revisión parece confirmar un aumento en la incidencia de personas con sintomatología obsesivo-compulsiva de limpieza; sin embargo, en pacientes TOC subtipo limpieza de evolución no se muestra esta crecida. También los subtipos de acaparamiento de acopios y fármacos parecen haber sufrido un aumento desde el inicio de la pandemia.

Por su parte, el Trastorno Psicótico Breve, cuya prevalencia se ha estimado frecuentemente por debajo del 0.1% en estudios previos a la pandemia, parece haber respondido de manera creciente durante la pandemia COVID19, algo previsible dado el aumento de sintomatología psicótica en otras crisis sanitarias.

En octubre de este año, la OMS dio a conocer un informe en que destacaban que la pandemia había paralizado los servicios de salud mental en el 93% de los países del mundo, al mismo tiempo que la Organización también subraya el aumento de la necesidad de estos servicios.

“Con la llegada de la vacuna desafiaremos al virus, con la ayuda de la psicología acabaremos con la pandemia”.

Referencias

Abba-Aji, A., Li, D., Hrabok, M., Shalaby, R., Gusnowski, A., Vuong, W., ... & Agyapong, V. I. (2020). COVID-19 Pandemic and mental health: prevalence and correlates of new-onset obsessive-compulsive symptoms in a Canadian province. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6986. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196986>

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*: (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.

Baker, D. C., & Bufka, L. F. (2011). Preparing for the telehealth world: Navigating legal, regulatory, reimbursement, and ethical issues in an electronic age. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 405–411. <https://doi.org/10.1037/a0025037>

Banerjee, D. (2020). The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112966>

Barlow, D. H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K. K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2016). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Alianza editorial

Brown, E., Gray, R., Monaco, S. L., O'Donoghue, B., Nelson, B., Thompson, A., ... & McGorry, P. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophrenia research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005>

Castagnini, A. C., & Fusar-Poli, P. (2017). Diagnostic validity of ICD-10 acute and transient psychotic disorders and DSM-5 brief psychotic disorder. *European Psychiatry*, 45, 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.028>

Cederlöf, M., Lichtenstein, P., Larsson, H., Boman, M., Rück, C., Landén, M., & Mataix-Cols, D. (2015). Obsessive-compulsive disorder, psychosis, and bipolarity: a longitudinal cohort and multigenerational family study. *Schizophrenia bulletin*, 41(5), 1076–1083. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu169>

Chakraborty, A., & Karmakar, S. (2020). Impact of COVID-19 on Obsessive Compulsive Disorder (OCD). *Iranian journal of psychiatry*, 15(3), 256. <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i3.3820>

Correll, C. U., Smith, C. W., Auther, A. M., McLaughlin, D., Shah, M., Foley, C., ... & Cornblatt, B. A. (2008). Predictors of remission, schizophrenia, and bipolar disorder in adolescents with brief psychotic disorder or psychotic disorder not otherwise specified considered at very high risk for schizophrenia. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(5), 475–490. <https://doi.org/10.1089/cap.2007.110>

D'Agostino, A., D'Angelo, S., Giordano, B., Cigognini, A. C., Chirico, M. L., Redaelli, C., & Gambini, O. (2020). Brief Psychotic Disorder during the national lockdown in Italy: an emerging clinical phenomenon of the coronavirus pandemic. *Schizophrenia bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa112>

Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.206>

Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 327–337. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.001>

Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., De Graaf, R., Demyttenaere, K., ... & Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 291–299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.020>

Huang, Y., Wang, Y., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J., ... & Wang, Z. (2019). Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 211–224. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30511-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X)

Huarcaya-Victoria, J., Herrera, D., & Castillo, C. (2020). Psychosis in a patient with anxiety related to COVID-19: A case report. *Psychiatry research*, 289, 113052. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113052>

Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... & Goodman, W. K. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 911-917. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.911>

Lieuwe de Haan, M. D., Dudek-Hodge, C., Verhoeven, Y., & Denys, D. (2009). Prevalence of psychotic disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, 14(8), 415-417. <https://doi.org/10.1017/S1092852900020381>

Niendam, T. A., Berzak, J., Cannon, T. D., & Bearden, C. E. (2009). Obsessive compulsive symptoms in the psychosis prodrome: correlates of clinical and functional outcome. *Schizophrenia Research*, 108(1-3), 170-175. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.11.023>

Peñate Castro, W. P., Sánchez, M. J. R., & Sedeño, T. D. P. (2014). Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento psicológico. *Acta colombiana de psicología*, 17(2), 91-101. <https://doi.org/10.14718/acp.2014.17.2.10>

Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... & Härkänen, T. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 19-28. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>

Rentero, D., Juanes, A., Losada, C. P., Álvarez, S., Parra, A., Santana, V., ... & Urricelqui, J. (2020). New-onset psychosis in COVID-19 pandemic: a case series in Madrid. *Psychiatry Research*, 290, 113097. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113097>

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>

Sacks, M. H., Carpenter, W. T., & Strauss, J. S. (1974). Recovery from delusions: Three phases documented by patient's interpretation of research procedures. *Archives of General Psychiatry*, 30(1), 117-120. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760070093015>

Smith, C. M., Komisar, J. R., Mourad, A., & Kincaid, B. R. (2020). COVID-19-associated brief psychotic disorder. *BMJ Case Reports CP*, 13(8), e236940. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2020-236940>

Watson, C. J., Thomas, R. H., Solomon, T., Michael, B. D., Nicholson, T. R., & Pollak, T. A. (2020). COVID-19 and psychosis risk: real or delusional concern? *Neuroscience letters*, 135491. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2020.135491>

Whaibeh, E., Mahmoud, H., & Naal, H. (2020). Telemental Health in the Context of a Pandemic: the COVID-19 Experience. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(2) 198-202. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00210-2>

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

Zubin, J., Magazine, J., and Steinhauer, S. R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: From chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571. <https://doi.org/10.1017/S003329170004798X>

Anexo

Tabla 1
Diagnóstico diferencial con relación al Caso Psicótico

Trastorno	Criterio diagnóstico principal	Sintomatología del paciente	Conclusión diagnóstica
Trastorno Delirante	Delirios durante más de un mes	Fase delirante de 15 días de duración	No cumple criterio de temporalidad
Trastorno esquizoafectivo	Criterio A de la esquizofrenia junto con periodo ininterrumpido de enfermedad con episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor)	Estado de agitación asociado a la poca credibilidad que suscitan sus afirmaciones en su familia	No cumple criterio de episodio mayor del estado de ánimo, así como tampoco el criterio A de la esquizofrenia.
Trastorno Esquizofreniforme	2 o más síntomas del criterio A de la esquizofrenia durante más de un mes: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado y síntomas negativos	Delirios de persecución	No cumple el criterio A de la esquizofrenia: sólo presenta delirios y la duración es inferior a un mes

Tabla 2
Listado de características para los 4 tipos de ideas abordados

Variables	Idea Delirante	Idea Sobrealorada	Idea Obsesiva	Idea Normal
Alta implicación emocional	Sí	Sí	Sí	No
Implausibilidad, cualidad extravagante	Sí	No	No	No
Compartida socialmente	NO	Sí	Sí	Sí
Remisión con tratamiento	Sí	No	Sí	No
Esfuerzos por resistirse a ella	NO	NO	SI	No
Grado de certeza percibido por el paciente	Absoluto	Variable	Variable	Variable



17

La pandemia que colma el vaso: casos con condiciones clínicas previas, reactividad emocional y riesgo autolítico

Roy Kastner y M.^a Luisa Cobo

Ideas fundamentales

- La situación de crisis pandémica y el confinamiento son causa de agravamiento del malestar emocional y psicológico preexistente, cuestiones centrales en este caso.
- Observamos que el malestar emocional y psicológico es uno de los principales elementos causales de las tendencias autolíticas.
- Las tendencias autolíticas deben ser abordadas en primera instancia, evaluando causas y detectando tanto los factores de peligro como elementos protectores; especialmente en una intervención telefónica.
- En el presente capítulo se abordan dos casos diferentes en los que las condiciones psicológicas previas se ven afectadas negativamente por la situación de pandemia, exacerbando síntomas preexistentes y favoreciendo las recaídas.

Descripción del caso

A pesar de la relativa novedad de la situación de crisis generada por la pandemia de SARS-CoV-2, existe clara evidencia del impacto psicológico que ha tenido sobre la población general. Los números son claros, con prevalencia aumentada en porcentajes que varían según los síntomas, y modulada por factores como edad o género. Por

ejemplo, un estudio longitudinal (Banks & Xu, 2020) con una muestra de decenas de miles de personas, representativa de la población de Reino Unido, ha reportado un empeoramiento en salud mental del 8.1% de media, siendo mucho mayor para variables demográficas que ya mostraban peor salud con anterioridad a esta crisis. Otros estudios, como Torales et al., (2020), han reportado aumentos similares en sintomatología de TEPT y EDM.

Concretamente en España, durante la primera cuarentena general impuesta en marzo de 2020, alrededor del 50% de la población encuestada reportó efectos psicológicos adversos, siendo estos severos para el 30% del total (Rodríguez-Rey, et al., 2020).

También existe evidencia del efecto que ha tenido sobre población con historial psiquiátrico, mostrando mayores tasas de empeoramiento y exacerbando condiciones preexistentes. Se desprende que ha aumentado la desigualdad en salud mental y que estas personas se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad (Cullen et al., 2020).

A continuación, enumeramos los principales factores que se asocian con la aparición o empeoramiento de síntomas psicológicos, según la evidencia disponible para la situación de pandemia:

- Ser mujer
- Ser joven (< 41)

- ⦿ Ser estudiante
- ⦿ Uso frecuente de *social media* (RRSS)
- ⦿ Estatus socioeconómico bajo
- ⦿ Presencia de conflictos interpersonales
- ⦿ Poco apoyo social
- ⦿ Baja resiliencia
- ⦿ Contacto con pacientes positivos en COVID-19
- ⦿ Percepción de salud endeble
- ⦿ Percepción negativa sobre el propio envejecimiento
- ⦿ Síntomas físicos concretos o problemas crónicos de salud
- ⦿ Baja calidad del sueño
- ⦿ Elevada expresión emocional
- ⦿ Nivel previo bajo de emociones positivas
- ⦿ Ser divorciado
- ⦿ Ser soltero
- ⦿ Estar en cuarentena (correlación positiva con la duración)
- ⦿ Ser desempleado
- ⦿ Mayor exposición a noticias relacionadas con COVID-19
- ⦿ Preocupación sobre la pérdida de empleo
- ⦿ Baja capacidad percibida para adoptar medidas de autoprotección

Estos factores de riesgo facilitan la presencia y aumento de los niveles de ansiedad y de emociones negativas -como las presentes en episodios depresivos-, así como la reducción en la presencia de emociones positivas. También pueden facilitar la alteración cognitiva con sintomatología de estrés postraumático. Las poblaciones con mayor riesgo -lo que bajo ningún concepto excluye a otras- son las mujeres y los menores de 40 años, así como la ocupación de estudiante frente a otras profesiones.

De los estudios revisados, se pueden extraer algunos factores que podrían considerarse de protección ante los efectos psicológicos de la crisis:

- ⦿ Tener 65 años o más
- ⦿ Recibir información fiable y a tiempo por parte de las autoridades sobre las cuestiones de salud

- ⦿ La aplicación de medidas protectoras ante la infección (lavado de manos, uso de mascarilla, menor contacto)
- ⦿ Mayor apoyo social
- ⦿ Posibilidad de descansar
- ⦿ Práctica habitual de ejercicio
- ⦿ Patrones saludables de alimentación
- ⦿ Evitar la sobreinformación y el negativismo sobre el COVID-19
- ⦿ Presencia de estrategias de afrontamiento efectivas
- ⦿ Paliar el aislamiento con llamadas y videollamadas a amigos y familiares (Banks et al., 2020).

Parece obvio que la presencia de estresores y el aumento en ansiedad y emociones negativas, puede afectar en mayor medida a personas con historial clínico de trastorno psicológico, y por tanto exacerbar sus síntomas o facilitar las recaídas.

Nos gustaría aportar brevemente algunos datos demográficos sobre el riesgo de suicidio que pueden ayudar en su evaluación, e invitamos al lector a que acuda a las numerosas guías que existen a este respecto para ampliar la información.

- ⦿ Es sabido que la tasa de suicidios consumados es mayor en hombres que en mujeres, aunque las tasas de ideación y tentativa son entre 3 y 4 veces mayores en mujeres que en hombres -con salvedades culturales-.
- ⦿ Existe mayor riesgo en adolescentes y adultos jóvenes (< 34), y en mayores de 65 años.
- ⦿ Mayor tasa de intento de suicidio y suicidio consumado en personas desempleadas y con nivel cultural bajo.

Así mismo, el abuso de sustancias y en especial el alcohol, están presentes en una parte importante de los intentos y suicidios consumados.

Los trastornos de personalidad, sin entrar en más detalle, pueden actuar de moduladores para estresores y conflictos interpersonales que favorezcan la vía autolítica como opción.

“Con todo lo anterior, se sigue considerando que los trastornos del estado de ánimo son los responsables de la mayor parte de los suicidios.”
(Torrío & Guerrero, 2018)

Presentación del caso

Alicia – Atención telefónica con crisis de angustia en curso

Llama una mujer de 45 años en un estado de elevada angustia, inmersa en pensamientos obsesivos con hiperactivación cognitiva y

desesperanza. Se trata de Alicia, casada, con dos hijos menores de edad, en situación actual de desempleo, aunque su marido trabaja y debido a la situación de pandemia lo hace desde casa.

Alicia muestra alta reactividad emocional y tendencias obsesivas. Ha estado en tratamiento psiquiátrico con anterioridad, motivado por inestabilidad emocional, crisis de ansiedad y trauma psicológico.

En el primer contacto telefónico, Alicia se encuentra en un estado de intensa emocionalidad. Indicios de hiperactivación del pensamiento, taquialia, descarrilamiento y respiración irregular. Enunciados de desesperanza que resultan en verbalizaciones autolíticas tangenciales. Se encuentra inmersa en una crisis de angustia obsesiva.

En su estado de agitación, refiere lo que parecen problemas de pensamiento obsesivo en relación, pero no exclusivo, al orden, limpieza y miedo al contagio; preocupación por el efecto que puede tener su conducta obsesiva e inestable sobre sus hijos, y experiencias traumáticas pasadas que incluyen episodios de acoso. Expresa todas estas preocupaciones en un batiburrillo, saltando de una a otra sin un orden definido.

Más adelante en la conversación, aporta datos sobre su personalidad, relación con los otros, y visión del mundo, lo que incluye rasgos perfeccionistas como auto y hetero exigencia, rigidez cognitiva, y un claro sesgo negativo de atención y memoria; pero también rasgos de dependencia emocional.

Intervención inicial

En la primera llamada, la crisis de angustia con hiperactivación del pensamiento es lo primero a lo que se atiende, ya que la agitación mental y emocional imposibilitan otras actuaciones. Pero también se aprovecha para sentar bases psicoeducativas para siguientes intervenciones, dar herramientas para afrontar las crisis de angustia, y hacer una primera exploración del riesgo autolítico. La llamada duró entre 40 y 50 minutos y se aplicaron, en orden, los siguientes:

- ① Ventilación emocional
- ② Reducción de la activación
- ③ Validación
- ④ Psicoeducación
- ⑤ Auto instrucciones
- ⑥ Evaluar el riesgo suicida

1 - Debido a la taquialia y estado de agitación, comienzo dando espacio a la ventilación emocional, permitiendo que se agoten, hasta cierto punto, los argumentos. Acompaño su discurso con afirmaciones empáticas, y alguna pregunta sin interrumpir demasiado. Cuando encuentro el momento adecuado hago un breve inciso para el punto segundo.

2 - Reducción de la activación mediante respiración.

El estado de agitación puede no facilitar una explicación pormenorizada así que opto por una aplicación poco estructurada en la que le invito a 'respirar profunda y lentamente intentando llevar el aire a la parte baja de los pulmones', con la intención de reducir la activación fisiológica y cognitiva. Acompaño las indicaciones con mi propia respiración profunda para que pueda escuchar el ritmo y acompasarse.

3 - Validación. Valido su estado emocional en base a lo que ha expresado y al estado actual de estresores externos. Ya desde el principio se han dado respuestas empáticas.

Llegados a este punto es la propia paciente la que expresa su desesperanza al 'no saber ya que hacer'. Le reafirmo en que hay cosas que se pueden hacer, con la intención de suavizar su desesperanza e introducir el siguiente paso.

4 - Psicoeducación. El carácter obsesivo de sus rumiaciones y la tendencia de atención e interpretación hacia lo negativo, facilitan su desesperanza. La psicoeducación va encaminada a dar algo de sentido (orden) a su experiencia interna, y reducir la desesperanza a través de la comprensión.

- ① Las emociones. Utilidad, respuestas desadaptativas, respuesta fisiológica, etc.

- ② Los pensamientos. Funcionamiento, conexión con las emociones, diferenciación pensamiento-realidad. Dedicamos más tiempo a esta parte, incluyendo metáforas para fácil retención. Hacemos hincapié en la desconexión con la realidad y la formación de sesgos, especialmente a su sesgo negativo de atención e interpretación. Comprobamos que lo ha comprendido y que su estado actual es mucho mejor.

5 - Autoinstrucciones como herramienta de desactivación. Su estado agudo ya se ha suavizado. Relacionamos su mejoría con la comprensión que tiene ahora, e invito a escribirse una "carta de emergencia". En ella debe escribir, con frases cortas y significativas para ella, recordatorios sobre la comprensión que ha alcanzado en estos momentos y que le han permitido salir del estado de agitación en el que se encontraba. El formato es a su elección, pero le ofrezco un ejemplo a modo de carta a sí misma: 'Alicia, sé que lo estas pasando mal en estos momentos. Acuérdate de que yo he estado donde estas tu ahora. Pero también recuerda que...'

La utilidad de la carta es doble. Primero, permite recordar comprensiones que en el momento de crisis no se ven. Segundo, permite que su atención se focalice en leer la carta, y la libere momentáneamente del secuestro de la realidad que está sufriendo por los sesgos cognitivos y la espiral de pensamientos obsesivos.

Riesgo suicida. Evaluar el riesgo inminente de hacerse daño es una prioridad. Más aún cuando ha habido verbalizaciones espontáneas.

Mientras la conversación giraba en torno a sus preocupaciones, traumas y su elevado malestar, se dieron verbalizaciones que, aunque tangenciales, no dejaban de ser preocupantes: 'no puedo más', 'no veo salida', 'Y si me tomo unas pastillas...'

Una vez manejada la intensa hiperactivación, vuelvo sobre las frases que me habían llamado la atención como posible indicio de peligro autolítico. Una primera evaluación parece indicar que no hay planificación, ni intención autolítica inminente. Además, confirmo que el marido de Alicia es consciente del intenso malestar, que está presente en casa y controla la medicación disponible.

Intervenciones posteriores a la primera llamada

Programamos llamadas telefónicas en intervalos crecientes, partiendo de los 3 días desde la primera llamada, y dejando abierta la puerta para que nos llame antes en caso de necesidad. Alicia tenía historial de acoso laboral y fuera del trabajo, así como rasgos de obsesión neurótica muy ligados a su labilidad emocional. En las siguientes llamadas ya no presentaba la crisis aguda de la primera, pero mostraba una clara facilidad para engancharse a los pensamientos obsesivos y escalar hacia una nueva crisis. Así es que hice hincapié en factores cognitivos como la psicoeducación, la reestructuración de creencias, la modificación de sesgos cognitivos negativos y técnicas de anclaje en el 'aquí y ahora'. Y por supuesto abordamos la intención autolítica en más profundidad.

Intención autolítica: Los pensamientos existen y ha habido episodios previos en los que el consumo de medicamentos llevó a Alicia al hospital. Exploramos el riesgo de suicidio y llegamos a la conclusión de que no hay planificación. Se trata de un intento de escapar del dolor emocional. *'Sólo quería estar bien' 'Se me fue la mano' 'Me había tomado una o dos cervezas antes'*. Aunque la existencia de pensamientos ocasionales y la mezcla con alcohol (factor de riesgo), nos lleva a crear un contrato conductual en el que plasmar su compromiso de no hacerse daño y un protocolo de actuación ante pensamientos o intenciones de este tipo. Además, encontramos motivos de peso para seguir viviendo y la implicación del marido como apoyo.

La psicoeducación y reestructuración cognitiva: para Alicia, con tendencias obsesivas, es especialmente útil la psicoeducación para "entender" lo que le pasa. Y junto a la reestructuración cognitiva buscar el cambio de creencias e interpretaciones que alimentan sus sesgos cognitivos negativos.

En la línea de la terapia breve estratégica, revisamos sus crisis pasadas para sacar conclusiones y aplicar "lo que funcionó entonces". Aprovechamos la presencia de su marido como informador -los tres al teléfono- y usamos el análisis de secuencias para facilitar la detección de lo que funcionó. La reconexión con el momento presente -con ayuda de su marido- era una de esas cosas. Técnicas de atención plena con focalización externa -*Grounding*- que buscan, entre otros, reconexión con la realidad.

María - Llamada de conducta autolesiva relacionada con trastorno límite de la personalidad

Llama María de 24 años pidiendo ayuda. Siente un dolor emocional fuerte. Acaba de discutir con su madre y con su hermano, su pareja no la coge el teléfono, y no sabe que hacer para mitigar el alto malestar emocional que siente. Ha intentado recurrir, como en otras ocasiones, a la ingesta de fármacos para castigarse y para aliviar el dolor, pero no los ha encontrado *"parecía una yonqui, buscando y revolviendo por toda*

la casa; me doy pena"; en otras ocasiones también ha recurrido a golpearse, a hacerse daño físicamente, pero hoy no le parece suficiente y ha tenido miedo, *"por lo que sería capaz de hacer, por verme así"*

En esta primera llamada María cuenta que tiene un diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad desde hace 4 años. Ha estado en tratamiento psiquiátrico y psicológico. Ha tenido fuertes crisis de intenso malestar psicológico relacionadas casi siempre con discusiones y enfados, en las que utiliza la autolesión, sobre todo la ingesta de medicación, para sentirse mejor. En dos ocasiones "se le fue la mano" y necesitó atención médica urgente. Hace un año, coincidiendo con uno de estos episodios, decidió que no podía seguir viviendo de esta manera. Deja la terapia y el tratamiento psiquiátrico. Se propone: aprobar unas oposiciones, empezar a trabajar e irse de casa, y conseguirlo en un año. María se define como muy autoexigente y perfeccionista, necesita tenerlo todo organizado y le cuesta mucho modificar los planes. No soporta cometer errores y no se lo permite. Se crea un plan de estudios muy riguroso que cumple a rajatabla. En este tiempo ha recurrido a la autolesión (golpearse) en muy pocas ocasiones, relacionadas casi siempre con discusiones con su madre, hermano o novio. En la actualidad tiene muy pocos amigos o conocidos con los que relacionarse. En la relación con los demás, se siente con frecuencia criticada y abandonada: *"Siempre buscan lo que hago mal y no paran de decírmelo. Siempre me equivoco. Doy todo por los demás y nunca recibo nada a cambio; nunca están cuando les necesito y siempre me están criticando. Soy una idiota, nunca aprendo, todo lo hago mal..."* con la llegada de la pandemia su mundo se viene abajo. Han aplazado las oposiciones y ya no encuentra ningún sentido a su vida.:

"Mírame. Todavía no tengo nada en la vida. Soy una mierda. Si no hubiera hecho tanto el tonto yo ya estaría trabajando, siempre he sido una inútil y no valgo para nada. Llevo todo el año estudiando para nada; ha sido toda una pérdida de tiempo; todo lo hago mal..."

Intervención inicial

Dado el riesgo de ideación autolítica se le da prioridad a esta situación. Elaboramos un plan de seguridad, evaluando los apoyos del entorno y valoramos conductas alternativas que ayuden a gestionar el malestar emocional. El trabajo realizado fue:

● Escucha activa y empática. Sin juicios. Sin prisa. Permitiendo la ventilación emocional, validando las emociones, normalizando y resignificando.

● Valoración de la presencia de ideación suicida. Aunque su intención con las conductas autolesivas no es provocarse la muerte, ya en dos ocasiones anteriores estuvo muy cerca de conseguirlo y la presencia de conductas autolesivas aumenta el riesgo de conducta suicida. Elaboramos un plan de seguridad. El primer paso fue el compromiso de deshacerse de los medios lesivos (todo tipo de fármacos y otros objetos con los que pudiera hacerse daño) y dárselos a su madre para que los guardara bajo llave. Evaluamos los apoyos con los que contaba. Elaboró una lista de las personas a las que podía acudir en aquellas ocasiones en las que sentía un alto malestar emocional, con sus teléfonos y con el compromiso de llamarlas para explicarles lo que le pasaba y por qué tenía que recurrir a ellos.

Construyó una lista de actividades que podían sacarla de la rumiación de pensamientos negativos que incrementaban su malestar. Creó otra lista con conductas alternativas a la autolesión: pegar a una almohada (en vez de pegarse), cantar en voz alta y bailar, o gritar con una almohada pegada a la cara (en vez de gritar), apretar con la mano un trozo de hielo (cuando necesitara sentir dolor...). Trabajamos también en la detección de los desencadenantes para anticipar el inicio del malestar: ¿En qué ocasiones has necesitado hacerte daño? Casi siempre estas conductas ocurrían después de “broncas” con su madre, hermano o pareja. María reconoció que la mayor parte de las veces estas discusiones empezaban por tonterías y llegaban a hacerla explotar de enfado, frustración y rabia.

- Psicoeducación. Exploramos como la pandemia ha influido en todos, rompiendo nuestras rutinas, cambiando nuestra realidad, creando miedo y generando malestar emocional o incrementando las dificultades que ya teníamos. Exploramos también la función de las emociones (ansiedad, enfado, ira, tristeza...), como las sentimos en nuestro cuerpo, como influyen nuestros pensamientos en cómo nos emocionamos y cómo influyen las emociones en los pensamientos, y por último, que hacemos con ellas.

- Exploramos la función de las autolesiones: Sus altas exigencias hacen pensar a María que no es lo suficientemente buena, que no es capaz de hacer las cosas bien y debería hacerlas y la autolesión se convierte en un castigo *“me hago daño porque me lo merezco”*. Las conductas de autolesión también la sirven para liberar emociones intensas molestas, como enfado, la ira y la rabia, y el miedo *“cuando discuto porque siempre ven algo mal en mí, y me enfado, siento que la rabia me crece por dentro y parece que me va a hacer estallar. Entonces grito como una loca y digo cosas terribles, golpeo cosas o me golpeo a mí misma hasta que la rabia desaparece y me quedo tranquila”*. También reconoce que es una forma de castigar a los otros: *“sé que así hago que se sientan mal por lo que me han hecho”*

- Recogemos las herramientas que ya tiene ¿Qué recursos utiliza que sí le funcionan? Durante el último año, cuando tenía un objetivo y una tarea, no recurrió a las autolesiones: ¿Por qué no lo necesitó entonces? ¿Qué hacía en esas ocasiones? ¿Cómo puede utilizarlo ahora?

- Creamos un plan de rutinas diarias para estructurar el tiempo y el día a día con diferentes actividades: ejercicio físico, entretenimiento, estudio...

Cuando finalizamos la llamada María se siente más tranquila y verbaliza que ya no necesita hacerse daño. Se compromete a seguir el plan elaborado, y quedamos en volver a hablar en tres días, dejando abierta la posibilidad de que llame antes si lo necesita.

En posteriores intervenciones

En total trabajamos durante ocho sesiones de más o menos una hora de duración. En estas sesiones el trabajo fue sobre:

- Regulación emocional. ¿Hay otras formas de acabar con el dolor emocional? Para que una alternativa pueda considerarse como solución, debe reducir el malestar de forma eficaz. ¿Qué consigue

María con las conductas de autolesión?, aunque en el momento se sienta mejor, enseguida aparecen pensamientos de inutilidad, de falta de control, que empeoran su malestar. Exploramos como los intentos de evitar las emociones incómodas, negándolas o ignorándolas, contribuyen a que sean todavía más intensas y generen mayor malestar, cayendo así en un círculo vicioso de evitación y mayor intensidad del malestar. Es necesario reconocer las emociones, expresarlas y aceptarlas. Trabajamos con técnicas relacionadas con el mindfulness y la terapia dialéctica conductual: vivir el presente, ejercicios de respiración consciente y visualización, aceptar la presencia de emociones intensas negativas y aprender a tolerarlas y gestionarlas...

- Elaboramos objetivos a corto, medio y largo plazo. Objetivos flexibles y ajustados: elaborar un C.V., enviarlo a diferentes empresas, hacer una lista de cursos y actividades para mejorar el currículum y valorar la posibilidad de ir realizándolos, seguir estudiando la oposición, ya que antes o después volverá a convocarse y todo esta va a contribuir a que vaya mejor preparada.

- Flexibilidad cognitiva: ¿cómo interpretas las situaciones? ¿Podrían verse de otra manera? ¿Cómo te sentirías entonces? La forma en como interpretamos la realidad influye en cómo nos sentimos y como nos sentimos influye en como pensamos. Trabajamos errores de pensamiento y pensamientos automáticos. Revisábamos situaciones que la habían hecho sentirse mal, buscando otras interpretaciones.

- Técnicas de asertividad y de comunicación: ¿Y si le cuento al otro como me siento y las dificultades que tengo? ¿cómo puedo explicarle qué me enfada y qué necesito? Trabajamos diferentes formas de expresar y pedir ayuda.

- Propuesta de retomar la psicoterapia y el tratamiento psiquiátrico, si éste último se veía necesario, con supervisión del psiquiatra.

Discusión y conclusiones

La conducta suicida es un problema de salud pública a nivel mundial. Según la O.M.S. el suicidio en los países industrializados está entre las diez primeras causas de muerte y en el grupo de edad de 15-29 es la segunda causa principal de mortalidad. Antes del Covid-19 había más muertes por suicidio que por guerras, homicidios y epidemias. En España es la primera causa de muerte no natural desde 2007. Según datos recogidos por el INE (2018) se suicidan 10 personas al día. (Martín-Barrajón, P, 2020)

Estudios recientes sugieren que la pandemia de COVID-19 puede dar lugar a un aumento del comportamiento suicida debido al aumento de factores de riesgo asociados a este problema, como el empeoramiento de los problemas de salud mental, el aislamiento social, el confinamiento, el duelo, la soledad, la desesperanza, la ira no resuelta, el estigma, el desempleo, la tensión financiera, la violencia doméstica y el consumo excesivo de alcohol (IASP 2020)

La conducta suicida abarca más conductas que el acto de quitarse la vida. Se entiende como un continuo que iría desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado. Es un fenómeno complejo,

multidimensional y multicausal cuya delimitación, evaluación, tratamiento y prevención, requiere de un enfoque holístico, focalizado en la persona y en su contexto (familias, centros educativos, medidas legales, etc.), que incluye variables biológicas, psicológicas y sociales (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020). No existe una única causa que lo explique y, como en todos los problemas relacionados con salud, existen factores que predisponen, desencadenantes y protectores.

Lo que queda claro es la relación entre el intenso sufrimiento psicológico y la ideación autolítica, hasta el punto de que algunos autores prefieren hablar de “penicidio” (matar la pena o el sufrimiento) o “psicalgia” (dolor psicológico, sufrimiento que puede conducir a que la persona se plantee el suicidio).

“El suicida no quiere morir; quiere dejar de sufrir” (Rocamora Bonilla, A, 2013). El suicidio se ve como la solución a un sufrimiento psicológico que resulta intolerable, del que no se percibe otra salida, ni recursos para encontrarla y con un futuro igual de doloroso.

“El suicidio no se elige. Sucede cuando el dolor excede los recursos para afrontarlo.”

La detección del riesgo autolítico es una prioridad ante cualquier evaluación psicológica, tanto o más en un dispositivo de primera atención psicológica. En la exploración pueden aparecer verbalizaciones directas acerca de la intención de acabar con la vida o pueden aparecer expresiones del tipo:

- comentarios negativos sobre sí mismo o sobre su vida: “No valgo para nada”, “esta vida es un asco” ...
- expresiones negativas sobre el futuro: “mis problemas no tienen solución” “Mi vida va a ser siempre igual” “nunca voy a dejar de sufrir”
- comentarios relacionados directamente con la muerte o con el acto suicida: “me gustaría desaparecer” “estaría mejor muerto” “si estuviera muerto dejaría de sufrir”

Puede también transmitir sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza, de soledad y aislamiento, y expresar su incapacidad para encontrar una solución.

En el caso de detectar la posibilidad de riesgo suicida, es prioritario evaluar el grado de este riesgo para realizar una intervención adecuada. La mejor forma de explorar es preguntando abiertamente. Así obtenemos información sobre el nivel de ideación suicida y permitimos que la persona exprese su malestar. Es necesario recoger información sobre:

- Existencia de pensamientos relacionados con el suicidio: ¿Has pensado en el suicidio? ¿has pensado en hacerte daño?
- Si existe planificación: ¿Has pensado en cómo? ¿Has pensado en cuándo? ¿Has pensado en dónde? Es importante determinar también si tiene acceso a los medios y la letalidad de estos (el método suicida elegido nos indica la seriedad del intento, no la seriedad de la

intención, pero es importante tener en cuenta ambos elementos. (Robles Sanchez et al., 2013)

- Factores de riesgo: intentos de suicidio anteriores, existencia de conductas autolesivas, abuso de drogas o de alcohol, situaciones vitales estresantes, etc.

- Factores protectores: anclajes (¿qué te ata a la vida?), herramientas (¿cómo has resuelto esta situación o parecidas antes?), apoyos percibidos y reales (¿a quién puedes pedir ayuda? ¿con quién puedes contar?).

Existen además pruebas estandarizadas que evalúan riesgo suicida en diferentes edades (Torrice & Guerrero, 2018; Pérez et al., 2020).

“El deseo de morir representa la inconformidad e insatisfacción de la persona con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestarse en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares. Sin embargo, aunque la persona reconoce que no quiere continuar con el sufrimiento puede que aún no haya pensado directamente en suicidarse.” (Torrice & Guerrero, 2018)

En el caso de Alicia, el primero que hemos relatado, la primera llamada en atención psicológica es clave. Alicia, quien se encontraba en plena crisis de angustia, fue fundamental medir los tiempos, permitiendo toda la ventilación emocional que fuera posible y aprovechando los momentos adecuados para intervenir, con la prosodia adecuada y sin crear tensión añadida.

Una finalidad importante de la intervención fue conseguir reducir la desesperanza. Esto se consiguió en gran medida con la psicoeducación, que suavizó la incertidumbre; con las herramientas de intervención que se le ofrecieron, que también aportaron mayor sensación de control; y con la relación de confianza que se generó.

Detectar el “secuestro” cognitivo que sufría Alicia, al iniciarse las crisis, fue necesario para dotarle de estrategias específicas como las auto instrucciones, la reconexión con el momento y lugar presentes a través de los sentidos, así como aprender a discernir las primeras señales de crisis para poder aplicarlas con éxito.

Aunque en este caso el riesgo de suicidio no era alto, siempre es mejor pecar por exceso que por defecto, y se aplicaron medidas de prevención por triplicado. Incluir al marido de Alicia en las explicaciones psicoeducativas, involucrarle y dotarle de algunas pautas de apoyo efectivas también resultó un acierto de cara a la desesperanza de ambos. La intervención con Alicia se prolongó, incluidas llamadas de seguimiento, hasta el final del servicio, momento en el que reportaba una mejora notable en desesperanza -tanto propia como de su marido- y reducción en la frecuencia e intensidad de las crisis. Estaba muy agradecida al servicio y apenada por su cierre.

Alicia tenía antecedentes traumáticos y, posiblemente, rasgos de personalidad que favorecían la sintomatología. Sin embargo, fue la situación de pandemia y confinamiento lo que exacerbó sus síntomas hasta llevarla al punto de padecer una crisis de angustia psicótica, con la que no supieron lidiar ni ella ni su marido. Gracias a la difusión que

se hizo del teléfono de la Primera Atención Psicológica ante la crisis CoVid, puesta en marcha por el Consejo General de la Psicología de España, pudieron recibir la asistencia profesional que necesitaban.

Como se ha mencionado ya, Alicia presentaba condiciones previas que se beneficiarían de un tratamiento más prolongado. Sin embargo, y debido a la naturaleza y duración del servicio, no se pudo profundizar en lo que sería un tratamiento de larga duración, y se le recomendó que buscara una asistencia psicológica de continuidad para mejorar su situación basal y prevenir recaídas. Igualmente, se le aportaron las pautas conductuales generales para paliar el efecto psicológico que estaba teniendo la pandemia en los confinados.

Atender a personas en situaciones de emergencia es especialmente demandante por parte de los profesionales de la salud. Pero también es especialmente gratificante. La urgencia de las situaciones de crisis hace que las intervenciones sean intensas, especialmente en humanidad y empatía. La primera llamada de Alicia fue un ejemplo de atención en crisis. La planificación no es una opción más allá de esa llamada, y las prioridades se presentan, y no son tanto escogidas. Esto, lejos de ser un inconveniente, hace que como profesional uno se encuentre especialmente cerca de su paciente en esos momentos difíciles.

En llamadas, como en el caso de María, el segundo expuesto, en las que hay presencia de conducta autolesiva, es prioritario realizar un plan de seguridad para evitar riesgos. Aunque en este tipo de conducta no haya intención de provocarse la muerte, no hay que minimizar los riesgos, ni quitar importancia. Bien sea por la escalada en importancia de la conducta de producirse dolor (por la habituación que se produce) o por no controlar bien las dosis cuando se utiliza medicación para dañarse, el resultado puede ser la muerte. Es necesario que el llamante entienda también este riesgo.

La primera llamada de María fue una llamada de auxilio: "tengo miedo de lo que soy capaz de hacerme". María expresó en esa llamada, temores, miedos, dolor... pero también escuchó: necesitaba un camino, necesitaba ponerse a salvo. Elaborar un plan de seguridad fue un alivio para ella, trabajar conductas alternativas a la autolesión también.

Para avanzar en la terapia, fue fundamental que María se diera cuenta de que ya poseía herramientas para gestionar las situaciones que para ella eran conflictivas y que había estado utilizándolas con bastante éxito durante el último año. Entender la función de las conductas autolesivas, por qué necesitaba hacerse daño para sentirse mejor, la función de las emociones, entenderlas y perder el miedo a emocionarse, fue el camino para aprender otras formas de gestionar el malestar emocional, de entenderse y entender lo que la estaba pasando.

En la última llamada María había encontrado un trabajo, había dejado de utilizar conductas autolesivas (aunque todavía necesitaba utilizar conductas alternativas), era capaz de reconocer emociones y anticipar situaciones conflictivas y sobre todo tenía claro que tenía que seguir trabajando porque "lo que me pasa tiene solución". En la despedida contó: "Fue una suerte que mi pareja no me cogiera el teléfono ese día".

Este caso nos hizo sentir especialmente bien y útiles. A pesar de la no presencialidad, de no conocer nuestra cara, ni los gestos, solo a través

de la voz y de la palabra, María consiguió cambiar su perspectiva sobre ella y "su problema", y se convenció de que podía construirse y construir su vida de otra manera. Encontró que sus "problemas" tenían solución y ella tenía capacidad para encontrarla. Fue vital para conseguirlo, las características del Servicio de Atención Telefónica (gratuidad, fácil accesibilidad, frecuencia y duración de las sesiones...), y también las ganas y la necesidad de María de encontrar otro camino.

Referencias

- Banks, James; Xu, Xiaowei (2020): The mental health effects of the first two months of lockdown and social distancing during the Covid-19 pandemic in the UK, *IFS Working Papers*, No. W20/16, Institute for Fiscal Studies (IFS), London, <http://dx.doi.org/10.1920/wp.ifs.2020.1620>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312.
- De la Torre Martí, M. (2013) Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. *Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM)*. <https://www.psyciencia.com/pdf-suicidio-protocolo-para-la-deteccion-y-manejo-inicial/>
- Fonseca-Pedrero, E, y Pérez de Albéniz, A. (2020) Evaluación de la conducta suicida en adolescentes. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*. Vol. 41(2), pp. 106-11 <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.29285>.
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*, 112921.
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M. (2020). "We're staying at home". Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*.
- Martin-Barrajón, P. (2020). Algoritmo de intervención psicológica en conducta suicida. <http://enmovimiento.enfermerianavarra.com/wp-content/uploads/2020/10/Algoritmo-Atencion-Telefonica-Crisis-Suicidas-00000002-1.pdf>
- Martín-Barrajón, P. «Atención Psicológica Telefónica en Crisis Suicidas». (2020) *Jornadas Nacionales Colegio Oficial de la Psicología de Madrid «La Nueva Realidad en Psicoterapia»*. https://youtu.be/0ShD3_2-9hA

- Mosquera Barrall, D. (2008) *La autolesión. El lenguaje del dolor*. Pléyades.
- Pérez, A, Diez A, Fonseca-Pedrero E, y Lucas , B. (2020) Prevención de la conducta suicida en el ámbito educativo. *FOCAD. Consejo General de la Psicología de España*.42(2).
- Robles, J.I., Acinas, M.ª P., & Pérez-ínigo, J.L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Síntesis.
- Rocamora, A. (2013) *Intervención en crisis en la conducta suicida*. Desclee de Brouwer.
- Rocamora, A, (2006) *Crece en la Crisis*. Desclee de Brouwer
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in psychology, 11*, 1540.
- Tan, E. J., Meyer, D., Neill, E., Phillipou, A., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., & Rossell, S. L. (2020). Considerations for assessing the impact of the COVID-19 pandemic on mental health in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 54*(11), 1067–1071. <https://doi.org/10.1177/0004867420947815>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry, 66*(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Torrice, E., & Rus, M.D. (2018). El suicidio en la edad adulta. 2ª edición actualizada. *FoCAD, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 36*(4).
- Villamarin, S, & de Vicente, A, (2020) La pandemia y la consecuente crisis económica han generado una carga creciente de problemas de salud mental, según la OECD. *Revista INFOCOP n°:91, pp 14-21*
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*.
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry, 7*(4), e21.





18



Una muerte traumática más allá del coronavirus

Celia Nevado Ramos

Ideas fundamentales

- En este capítulo mostraremos las circunstancias que envuelven la comunicación de una mala noticia como es la de un fallecimiento de un familiar, puede influir en la sensación de control y seguridad percibida de la persona, tanto en ese momento como en el futuro.
- Manejar por teléfono la visualización de la escena de un accidente traumático y cómo puede tener tanto efectos beneficiosos como perjudiciales para el doliente.
- Gestión del duelo por accidente traumático vía telefónica y comunicación de malas noticias.

Descripción del caso

A lo largo de la pandemia y en concreto durante el confinamiento que tuvieron lugar entre los meses de marzo y mayo, hubo en España más de 45.000 fallecidos. Las restricciones impuestas durante aquellos meses como la prohibición de velatorios, la ausencia de libertad para circular por el territorio nacional y la prohibición del contacto físico entre personas, obligó a numerosas familias a suspender los ritos fúnebres de sus seres queridos. Dada la naturaleza social del duelo y la necesidad de recibir soporte de otros, durante el proceso de pérdida, su ausencia dificultó en muchos casos la buena elaboración del mismo.

Las características que envuelven al fallecimiento por covid-19 presentan elementos comunes al llamado duelo traumático. Este tipo de duelo presenta varias particularidades entre las que destaca la rapidez con la que suceden los acontecimientos; la falta de preparación de la muerte; la incertidumbre sobre el proceso; la falta de capacidad para responder al evento; la incompreensión hacia lo sucedido; la soledad en el momento en el que ocurren los hechos; el aislamiento tras la pérdida y la aparición de una gran intensidad emocional en el doliente (Payás, 2014).

Sin embargo, además del fallecimiento por covid-19, existen otros tipos de muertes con estas mismas características. En este capítulo trataremos, precisamente, de abordar el caso de un hombre, a quien llamaremos Luis, cuyo padre muere en un accidente por la explosión de una bombona de butano durante el confinamiento.

Dado que el duelo traumático presenta un mayor número de factores de riesgo (Lacasta & Soler, 2004) vinculados con la aparición de ciertas patologías, parece lógico pensar en la necesidad de que estas personas reciban apoyo profesional a lo largo del proceso de duelo, especialmente al inicio (Echeburúa & Bolx, 2007). Lacasta y Soler (2004) proponen en este sentido, varios factores de riesgo a identificar, entre los que destacan los de tipo personal, relacional, circunstancial y sociales. La identificación de estos factores de riesgo permite predecir quienes tendrán mayor probabilidad de necesitar esta ayuda y quiénes no.

En este tipo de circunstancias, dado el alto grado de violencia presente, es habitual encontrar a los fallecidos con desfiguraciones o pérdidas de partes de su cuerpo, algo que puede provocar confusión en el doliente a la hora de enfrentarse a ello. El visionado del cuerpo es un ritual importante tras la pérdida, ya que se considera una forma de enfrentarse a la realidad de lo ocurrido y el inicio de la despedida (Worden, 2009). Sin embargo, se ha comprobado que la exposición al fallecido, la escena de la muerte o los restos de este, se asocia también con la aparición de síntomas de Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Melham et al., 2004) y otros efectos duraderos en la salud mental. No obstante, aunque en algunos casos ver el cuerpo del fallecido se ha relacionado con un aumento de la ansiedad y angustia a corto plazo, no lo era así a lo largo del tiempo, donde estos niveles disminuían (Hodgkinson, et al., 1993). Esto explicaría lo que algunos estudios apuntan, y es que, a pesar de la dureza de la escena, pocas personas parecen arrepentirse de ver a su fallecido (Chapple & Ziebland, 2010), mientras que son muchas las que lamentan no haberlo hecho (Winje & Ulvik, 1995).

Dada la naturaleza violenta y repentina de estos fallecimientos, el proceso de notificación de los mismos gana una mayor importancia de cara a la elaboración del duelo. La comunicación de este tipo de noticias puede influir en gran medida sobre la salud mental del doliente por lo que es fundamental realizar esta notificación de forma adecuada (Stewart, 1999). Un estudio de Thompson, Norris y Ruback, (1998) analizó a un grupo de familiares en duelo por homicidio y señaló que los niveles más altos de satisfacción con respecto a la comunicación del fallecimiento, se relacionaban con una menor angustia. La comunicación de malas noticias hace referencia, en concreto, al acto de transmitir a alguien una información sobre algo que puede causar desde una leve preocupación a un gran malestar en la persona que la recibe.

En el caso de Luis, el paciente que trataremos, se produjo una mala comunicación del fallecimiento de su padre. Luis se encontraba de vuelta a casa, conduciendo en el coche solo, cuando recibió la llamada de su madre, quien no pudo elaborar un mensaje claro, dado el estado de ansiedad en el que se encontraba.

El objetivo de seguir directrices como las citadas en el párrafo anterior, a la hora de dar malas noticias, es precisamente la disminución de la ansiedad tanto del interlocutor como del receptor, especialmente con casos de pérdidas en situaciones violentas, donde las reacciones de los allegados son más intensas (Gironès & Bragulat, 2010). La importancia de la comunicación de malas noticias radica en el impacto y alteración que esta provoca sobre la seguridad y sensación de control percibidas en la persona, tanto en ese momento como en el futuro.

Las características específicas del caso, los factores de riesgo presentes en él, las restricciones impuestas por el estado de alarma y el gran impacto de la primera comunicación del fallecimiento, evidenciaron la necesidad de que Luis recibiera apoyo psicológico de forma inmediata, por parte de nuestro equipo. A continuación expondremos la intervención llevada a cabo con Luis.

Presentación del caso

Identificación del paciente

Luis llama al teléfono de atención psicológica de afectados por el Covid-

19, a través de la línea de población general. El llamante es un hombre de 45 años con pareja conviviente y que trabaja como comercial. Luis posee estudios universitarios y tiene un nivel tanto económico como sociocultural altos.

Luis tiene una hermana mayor y otra más pequeña, ambas están independizadas y mantiene una estrecha relación con ellas. Sus padres están jubilados y pese a vivir en una ciudad, pasan grandes temporadas en el campo, ya que el padre de Luis ha vivido la mayor parte de su vida, trabajando en ello, cosa que aún hoy sigue haciendo como entretenimiento. La pasión por el campo le ha sido inculcada a Luis desde pequeño, por lo que mantiene un fuerte vínculo con la naturaleza y su cuidado.

El protagonista mostró desde pequeño una gran rebeldía, llegando a beber y fumar desde muy joven, algo que sus padres rechazaron, llegando a provocar multitud de conflictos entre ellos. Sin embargo, Luis siempre fue muy responsable con sus obligaciones, obteniendo buenas calificaciones académicas, al mismo tiempo que ayudaba a su padre con las tareas del campo.

A medida que Luis crece, la relación con su padre comienza a ser más estrecha, llegando a ser "como un amigo". Luis siempre se mostró muy complaciente con todo aquello que su padre le requería. El llamante llegó a dejar su empleo para marcharse con su padre a trabajar en el campo, durante 10 años, época que recuerda con mucho cariño, ya que pasaban las 24 horas del día juntos, compartiendo muchos momentos de alegría y tristeza.

Hace unos 3 años, deja de trabajar con su padre para hacerlo en una empresa en la que le ofrecen un puesto. Pese a la difícil decisión, acepta el empleo aunque eso no le impide seguir pasando tiempo con su padre.

Luis posee un carácter muy parecido al de su padre, marcado por el valor al trabajo duro, el sacrificio, la familia y la dificultad para expresar sus emociones, especialmente, aquellas dirigidas a los demás. Luis se define como una persona honesta, ruda, estable emocionalmente y muy independiente.

Historia del problema

Tras la declaración del estado de alarma, los padres y tíos de Luis, se trasladan a la casa del campo para disfrutar de una mayor amplitud. Un par de días antes de que Luis nos llamara, acude por petición de su padre al lugar donde están residiendo, para que le revise una bombona de butano del cobertizo, que parece no funcionar bien. Una vez solucionado, Luis retorna a su residencia en coche. Mientras está de camino, su madre le llama por teléfono y entre balbuceos y lloros le pide que vuelva a casa. Al hacerlo, el protagonista se dirige al cobertizo del jardín, donde suelen hacer las barbacoas en familia, allí encuentra a su padre muerto, con el cuerpo desfigurado por una pequeña explosión de la bombona, que horas antes él había manipulado. Cuando Luis llega, su madre y tíos, se encontraban delante de la escena, sin dar crédito y con el cuerpo sin vida de su padre.

En el momento que Luis se pone en contacto con nosotros sigue en estado de shock, presenta un gran desbordamiento emocional a la

hora de contar lo sucedido y expresa ideación suicida. Nos refiere que no puede dormir, ni comer desde el día del accidente, no tolera los sólidos y ha aumentado su consumo de cannabis. En su primera llamada nos habla sobre la idea de pedir a su médico unas pastillas para poder dormir.

Entre los factores de protección más llamativos del llamante, destacamos su capacidad de razonamiento; gran resiliencia; sensación de haber hecho todo por su padre en vida; fuerte red de apoyo social con familia, pareja y amigos; valores claros en la vida; una gran autonomía y expectativas positivas sobre su futuro. Luis no había acudido a terapia con anterioridad aunque muestra un alto valor e importancia al apoyo psicológico en su caso.

En cuanto a los factores de riesgo presentes en Luis, haremos uso de la clasificación propuesta por Lacasta y Soler (2004), anteriormente citada. Los autores plantean la existencia de cuatro tipos de factores de riesgo, entre ellos, podemos encontrar aquellos de tipo personal (reacciones de rabia y culpabilidad muy intensa por no haber evitado el accidente, valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación), relacionales (pérdida de su padre con el que poseía un gran vínculo), circunstanciales (accidente desagradable, pérdida súbita y haber presenciado la escena del accidente) y sociales (sentirse responsable de sostener a su familia en el proceso de duelo).

Motivo de consulta

El principal motivo de consulta que Luis nos expresa es el reciente duelo traumático por el que está pasando y las reacciones emergentes en él, tras el suceso. Cuando el hombre contacta con nuestro servicio, los síntomas asociados que provocan mayor malestar son el dolor corporal, la falta de apetito, las ganas de vomitar y los sentimientos de vacío y desesperanza constantes.

Otro de los temas que Luis quiere trabajar es el sentimiento de culpabilidad por la muerte de su padre, ya que fue él quien manipuló la bombona, con la que horas después su padre sufrió el grave accidente.

Además del duelo por el fallecimiento, Luis mostró grandes dificultades para identificar y expresar sus emociones, especialmente, aquellas asociadas con "debilidad" ante sus seres queridos. Esta problemática siempre había estado presente en el paciente, aunque hasta el momento no le había perjudicado en exceso con sus relaciones.

Análisis y descripción de las conductas problema

Durante la evaluación del paciente pudimos identificar varias conductas problema de distinta naturaleza, las cuales estaban causando un gran malestar en Luis. Estas conductas o reacciones aparecieron durante los siguientes días tras el incidente de su padre y pueden clasificarse en cuatro niveles: emocionales, fisiológicas, cognitivas y conductuales.

En cuanto a las reacciones emocionales más perjudiciales que aparecen en Luis, resaltaremos la irritabilidad, rabia, agitación, euforia, culpa, embotamiento emocional, desesperanza, sensación de vacío, miedo ante el futuro, tristeza y apatía.

Respecto a las reacciones fisiológicas presentes, destacan las taquicardias, hiperventilación, dificultad para respirar, sensación de ahogo, vómitos, falta de apetito, inquietud y alteraciones del sueño.

Por otro lado, las reacciones cognitivas más intensas en Luis, tras el fallecimiento de su padre, fueron la desorientación temporal, el pensamiento desorganizado, la ideación suicida, los episodios de despersonalización, las imágenes recurrentes del suceso, obsesión por recuperar a su padre, los autorreproches, la incredulidad, la evitación, las dificultades de atención y la preocupación por el futuro. Por último, en cuanto a las reacciones conductuales más características del caso resaltaremos la agresividad verbal, la evitación, el incremento del consumo de sustancias, la verborrea y el llanto.

Objetivos del tratamiento

A la hora de plantear los objetivos terapéuticos con Luis es preciso exponer dos momentos distintos, el primero de ellos al comienzo del tratamiento, periodo durante el cual los objetivos fueron la contención emocional, el restablecimiento del equilibrio psicofísico y el acompañamiento de la persona, dado el alto nivel de malestar presente en Luis. Una vez estabilizados estos niveles, planteamos los siguientes objetivos junto al paciente:

- Bajar los niveles de activación.
- Facilitar el duelo y las dinámicas de cierre.
- Exposición a elementos del evento traumático.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Entender el proceso de duelo y las reacciones emergentes tras él.
- Mejora en la expresión emocional de su malestar.
- Desculpabilizar sobre la muerte de su padre.

Intervención telefónica realizada

Como hemos nombrado en el anterior apartado, Luis mostró un gran desbordamiento emocional a lo largo de las primeras llamadas, por lo que se trató de trabajar en ello durante las primeras 3-4 sesiones realizadas cada tres días. Para ello, se hizo uso de la contención, facilitación y ventilación emocionales, además de la normalización de las reacciones presentes en él durante los primeros días. Estas primeras sesiones se centraron en la restitución de la homeostasis del llamante y no en la evaluación de la situación. En estas sesiones también tuvo un papel fundamental el manejo de los silencios, como un instrumento de ventilación emocional. El hecho de comenzar a trabajar en esta línea, respondía a las contraindicaciones de muchos estudios sobre la no realización de interrogatorios de lo ocurrido a aquellas personas recientemente afectadas por un evento traumático (Raphael & Wooding, 2004). Sin embargo, cabe señalar que días antes de que Luis nos llamara, un familiar se puso en contacto con nuestro servicio para contarnos lo sucedido, por lo que contábamos con información previa.

Además, también se insistió con Luis sobre la importancia del autocuidado para el restablecimiento del equilibrio psicofísico, dada la difícil situación por la que estaba pasando. Trabajamos con el llamante sobre la importancia de seguir manteniendo sus necesidades vitales cubiertas, como beber y comer, con el uso de alimentos no sólidos como purés, dado el malestar estomacal y vómitos presentes. Otro de los elementos sobre los que antes se comenzó a trabajar fue la restitución del sueño. Dadas las graves dificultades de nuestro paciente para dormir, instamos a este a acudir a su médico y que le recetara algún tipo de medicamento que le ayudara durante un tiempo limitado a descansar por las noches. Este restablecimiento psicofísico se llevó a cabo a lo largo de las primeras tres sesiones, en mayor medida.

Una vez el nivel de malestar de Luis se estabilizó, pudimos comenzar a trabajar en la disminución de los niveles de activación para ayudar en el manejo del duelo. Para ello hicimos uso de técnicas de relajación como la respiración diafragmática y la planificación de actividades placenteras. Estas técnicas se comenzaron a implantar a partir de la sesión 4.

Una vez Luis pudo recuperar la capacidad de expresión sin desbordarse, comenzamos a trabajar en la psico-educación de las fases del duelo y las emociones presentes en él, anticipando aquellas que podrían aparecer. Los estudios evidencian la importancia de que en las fases más agudas del duelo, las familias comprendan la realidad de su pérdida y las reacciones más comunes, para facilitar así la aceptación del fallecimiento (Weisæth, 2006).

Explicamos las posibles respuestas del ser humano ante situaciones potencialmente traumáticas y el procesamiento de las mismas, exponiendo las características del trastorno de estrés agudo y planteando ciertas pautas que favorecieran la no progresión a un TEPT. Explicamos las reacciones fisiológicas (como los vómitos), cognitivas (ideación suicida), emocionales (sensación de vacío) y conductuales (mayor consumo de sustancias) experimentadas tras presenciar la escena del fallecimiento de su padre. Para ello, se utilizaron ejemplos de las sensaciones experimentadas por algunas víctimas del 11M (ej: olor a quemado constante durante un tiempo). La psico-educación se llevó a cabo desde la segunda sesión hasta el final del tratamiento.

Con el objetivo de trabajar en la expresión emocional de Luis, le pedimos que llevara a cabo un registro donde escribiera como se sentía los días que no hablaba con nosotros. Estructuramos este "diario emocional" en forma de auto-registro. Con el mismo fin, trabajamos las habilidades de comunicación de Luis con su familia, potenciando aquellas ya presentes. En esta línea de trabajo, también tratamos de ayudar a gestionar la rabia de Luis por medio de técnicas como el tiempo fuera o contar hasta diez, además de fomentar la identificación de las emociones subyacentes como la tristeza.

Para trabajar sobre el duelo se propuso a Luis el uso de técnicas narrativas y de despedida, adaptadas a la elección del paciente. Para ello, planteamos a este la realización de una carta de agradecimiento a su padre en la sesión 8, la cual quiso compartir con nosotros y su mujer. Otro de los ritos de despedida que nuestro paciente planteó por iniciativa propia, fue la construcción de un altar en el lugar del accidente, para homenajear a su padre.

También trabajamos sobre la culpabilidad de Luis, por medio de la reestructuración cognitiva, haciendo uso de la definición de la culpa entre otras herramientas. En este sentido, algunos estudios muestran cómo, tras la vivencia de una muerte violenta, la presencia de sentimientos de culpa hacia uno mismo, por la muerte de alguien, se asocian con mayores puntuaciones en trastorno por duelo prolongado (Melham et al. 2007). No obstante, la experimentación de auto culpa es una reacción habitual después de la vivencia de una pérdida repentina y violenta. Por ello, se trabajó sobre este sentimiento, durante las sesiones 4 y 5.

Dado el potencial traumático de lo vivido por Luis se planteó el uso de la exposición a varios elementos, tal como apoyan autores como (Shear, 2006), tras la vivencia de una muerte violenta. Sin embargo, de forma independiente, Luis decidió llevar a cabo varias conductas de exposición durante el tratamiento. Una de ellas fue la vuelta al lugar donde se produjo el accidente de su padre. En el momento en que Luis planteó esta visita, se llevó a cabo una preparación de la misma, anticipando posibles reacciones y planteando ciertas pautas de autocuidado (ej. No ir solo hasta allí, no conducir a la vuelta, no sobreexponerse..etc.).

También trabajamos en la toma de decisiones con respecto a algunos temas importantes, entre ellos, contarle a su madre los resultados de la autopsia, el uso de medicación para dormir y la vuelta al trabajo tras el fallecimiento.

Por último, durante las últimas sesiones, revisamos junto con Luis las lecciones aprendidas de su padre, señalando aquellas enseñanzas que quería seguir conservando y aquellas que no. Reflexionamos junto a él acerca de las expectativas de futuro, tras lo sucedido, planteando nuevos horizontes.

Resultados

Los niveles de activación de Luis disminuyeron por lo que su capacidad reflexiva en las sesiones aumentó y con ello la interiorización de lo trabajado. La angustia del paciente fue disminuyendo a medida que comprendió su proceso de duelo.

El paciente enseguida comenzó a expresar su aceptación por la muerte, expresando incluso, aquellas cosas positivas que había aprendido de su padre. Luis leyó con nosotros la carta de agradecimiento que le escribió a su padre y construyó una escultura en el lugar del accidente, para poder acudir allí como un espacio de culto. Los rituales tras el sufrimiento de este tipo de situaciones tienen una gran importancia, de cara a mejorar la comprensión de lo ocurrido, fomentar la cercanía entre los familiares y facilitar la expresión de sentimientos de dolor tras un accidente.

En cuanto a la culpa, Luis comprendió que sus sentimientos no eran reales. Con respecto a las sensaciones físicas como la falta de apetito o los vómitos, Luis pudo comenzar a ingerir alimentos cada vez más sólidos. En cuanto a la falta de descanso, a las pocas semanas Luis comenzó a poder dormir sin medicación, sin embargo, el consumo de cannabis no sufrió cambios, ya que no fue un objetivo de trabajo.

Luis comenzó a realizar sus propios procedimientos de exposición antes de proponerle la realización de la jerarquía de exposición. Entre las exposiciones llevadas a cabo por el paciente destacaron la

visualización de fotos, ponerse de fondo de pantalla a su padre, hablar con sus amigos de lo ocurrido, volver al trabajo donde le iban a preguntar sobre el accidente y por último, visitar la finca de sus padres. Con respecto a la vuelta al lugar del accidente, en el momento que Luis lo propuso, apoyamos su decisión, proponiendo para ello, ciertas pautas de seguridad. El malestar provocado por la exposición al tema del fallecimiento fue disminuyendo progresivamente en Luis.

Luis consiguió expresar su malestar con su mujer y algunos amigos, aunque no llegó a hacerlo en presencia de sus hermanas y madre. El paciente alcanzó un mayor control de su rabia y comenzó a entender las distintas formas de expresión que sus familiares tenían sobre el duelo.

También cabe destacar la gran adherencia al tratamiento y vinculación de Luis. En el momento de la finalización de la intervención, el paciente mostró un enorme agradecimiento hacia nosotros por el acompañamiento en su proceso de duelo.

Finalmente, resaltaremos la clarificación de valores que realizó el paciente a lo largo de las sesiones gracias a lo cual, Luis pudo realizar un plan de vida futuro, marcado por las lecciones que había aprendido de su padre.

Discusión y conclusiones

La comunicación de un fallecimiento es probablemente la peor noticia que una persona puede recibir, por lo que existen protocolos que tratan de recoger este procedimiento. Entre los elementos más importantes a la hora de llevar a cabo este tipo de comunicación destacamos: la identificación del interlocutor, la agrupación de los afectados para facilitar el proceso y la transmisión de la información de forma clara y sin rodeos. En cuanto a la metodología más aconsejada para ello, los estudios señalan que las malas noticias deben darse en persona, con mensajes claros, evitando los silencios prematuros, narrando lo sucedido de forma sencilla, sin utilizar expresiones victimizantes y sin mentir (Gironès & Bragulat, 2010). Según Acinas (2012) este tipo de muertes traumáticas pueden estar provocadas por múltiples causas, aunque las más habituales son asesinatos, homicidios, ajustes de cuentas, accidentes de tráfico, accidentes laborales o cualquier otra eventualidad en la que haya violencia. Estas pérdidas se caracterizan por su imprevisibilidad y rapidez, elementos que se asocian con una mayor dificultad para elaborar el duelo, en comparación con otras muertes en las que existe una preparación previa (Worden, 1997). Esta dificultad se debe a la propia naturaleza de la muerte, en la cual se produce una interacción entre el propio dolor por el fallecimiento y las reacciones postraumáticas de estrés, propias de una situación de crisis (Raphael, 1997). El duelo por muerte traumática también se asocia con sintomatología depresiva más intensa y duradera, además de provocar la intensificación de enfermedades previas y fomentar la aparición de otras nuevas, tal como señalan García-Viniegras y Pérez Cernuda (2013).

Otros autores relacionan los sentimientos de culpa, rabia, preocupación por la muerte o la añoranza por un tiempo prolongado, habituales en el duelo traumático, con la aparición de otras patologías

como el desorden por duelo prolongado, trastorno de ansiedad o síndrome de estrés postraumático (Payàs, 2020). Los estudios de investigación destacan también el incremento de suicidios, conductas de riesgo para la salud, aumento de problemas cardiovasculares y la aparición de cáncer, durante los duelos traumáticos (Boelen et al. 2010). La presencia de estos problemas derivados de la falta de elaboración del duelo, podrían dar lugar al llamado duelo patológico, este se define como aquel cuya intensificación provoca que “la persona esté desbordada y recurra a conductas desadaptativas, o permanezca inacabablemente en este estado, sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución” (Horowitz, et al., 1980).

Los datos aportados, evidencian la importancia de una buena elaboración del duelo a la hora de preservar una buena salud tanto mental como física, después de vivir una pérdida significativa. En la mayoría de casos, el duelo es un proceso normal que no requiere de intervenciones específicas, dado que el doliente suele poseer los recursos suficientes tanto internos como externos, para afrontar el proceso. Según Echeburúa (2007) tan solo entre el 10 – 20% de las personas que sufren una pérdida necesitaran ayuda profesional, lo cual, evidencia el hecho de que no todas las personas en duelo van a vivir este del mismo modo, ni con el mismo malestar emocional. Sin embargo, como expone Zazo (2009), “aunque no todas las pérdidas son igual de significativas, ni interfieren de la misma manera en nuestra vida cotidiana, toda pérdida, con valor real o simbólico, conlleva un proceso de duelo, consciente o no, para quien lo sufre”.

Uno de los elementos más destacados del caso, sin duda, fue la resiliencia, como un instrumento de fortaleza ante las adversidades. González, (2004) define este concepto como una habilidad del ser humano para hacer frente, resistir e incluso aprender de las situaciones adversas. Esta actitud ante el duelo, permitió avanzar de forma más rápida y eficaz con Luis durante el tratamiento, llegando a considerar su pérdida como una lección de vida, en las últimas sesiones. La repercusión que la resiliencia puede tener a la hora de afrontar un duelo, lo expone Bonnano (2004) quien propone este concepto como “un patrón de comportamiento estable, que mostrado por personas en duelo, se caracteriza por un bajo nivel de estrés a lo largo del tiempo, diferenciándose así de conductas inadaptadas o estrategias de recuperación tradicionales”. Este mismo patrón, lo vemos en Luis tras las primeras sesiones de desbordamiento, después de las cuales, mostró una gran estabilidad emocional durante el tratamiento.

Otro de los temas a destacar fue el visionado del cuerpo del fallecido en mal estado. Tal y como los estudios apuntaban en anteriores párrafos, pese a las consecuencias negativas a nivel fisiológico (vómitos, falta de apetito, malestar estomacal) y cognitivo (pensamientos sobre el modo cruel en que había perdido la vida su padre) experimentadas por Luis a corto plazo; el paciente nunca se arrepintió de haber sido testigo de la escena del accidente, tanto a medio plazo como a largo plazo.

También debemos destacar la importancia de una buena relación previa con el fallecido, junto con un gran apoyo social, como elementos potencialmente protectores durante el duelo. La satisfacción de Luis con respecto a su papel como hijo también facilitó la elaboración del duelo de forma más positiva, lo que permitió que sentimientos como la culpa, la ira, el enfado o la vergüenza, fueran desapareciendo al poco

tiempo. Por otra parte, como ya ponen de manifiesto multitud de trabajos, el apoyo social puede proporcionar un efecto protector sobre la salud mental de las personas que sufren una pérdida repentina y violenta, algo que observamos en Luis, por medio de su familia, pareja y amigos.

Debemos resaltar también, la importancia de los ritos tras la muerte, ya que estos ayudan a las personas a gestionar mejor el duelo. Fomentar este tipo de acciones, como la llevada a cabo por Luis, mediante la construcción de un altar a su padre, pueden ser elementos claves tanto a la hora de conectar con el doliente como para facilitar la despedida con el fallecido.

Con respecto a lo publicado anteriormente, los estudios coinciden en la necesidad de intervenir lo antes posible con este tipo de casos en los que se produce un evento traumático de una gran envergadura. Sin embargo, observamos una falta de documentación que trabaje con casos similares, especialmente sobre el hecho de enfrentarse al cuerpo sin vida de un allegado cuando este se encuentra desfigurado o con graves cambios de imagen.

Qué aporta

Cuando nos encontramos al otro lado de un teléfono, nuestra labor como profesionales de la psicología se dificulta, ya que trabajamos con la voz, pero mucho más con nuestro cuerpo y el de la persona que acude. En casos como el narrado, donde el fallecimiento de un ser querido presenta características aún más complejas de lo habitual, no contar con herramientas como la mirada, un gesto, una sonrisa o un acercamiento, convierten la intervención en un proceso más frío. Al perder esta fuente de información y de transmisión, es importante, bajo mi punto de vista, fomentar el vínculo con la persona por encima de la aplicación de técnicas adecuadas para su problemática. Aunque siempre es un elemento fundamental, la vinculación con la persona, a la hora de intervenir de forma telefónica cobra aún más, una mayor importancia.

Por otra parte, como señalaban los estudios sobre la comunicación de malas noticias, es importante no mentir en el proceso. Sin embargo, hay excepciones y en este caso, se nos plantea una de ellas. El hecho de que Luis decidiera ocultar a su madre, el dolor físico por el que su padre pudo haber pasado durante su muerte, fue un acto de compasión hacia ella. En este tipo de situaciones, la ocultación de esta información puede ser beneficioso, ya que el dolor por la pérdida y sus circunstancias, ya es lo suficiente impactante, especialmente para personas de mayor edad. No obstante, cabe añadir, que este tipo de decisiones, deben tomarse entre más de una persona y realizando un acuerdo de confidencialidad que asegure que esta información no llegara a la persona, puesto que de ser así, podría conllevar un mayor malestar.

En este sentido, existe una tendencia generalizada por parte tanto de personas cercanas como de profesionales, de proteger a las familias e individuos en duelo, suavizando las circunstancias de la muerte. Una estrategia alternativa a este tipo de actuación es el apoyo de confrontación, a través del cual, el doliente se expone a la realidad violenta de la muerte de una forma cuidadosa y compasiva (Winje & Ulvik, 1995).

Entre los elementos a mejorar de la intervención destacaría las limitaciones ya citadas, sobre la atención telefónica, por medio de la cual se perdió información muy valiosa sobre Luis.

También habría sido positivo llevar un seguimiento de Luis a lo largo de los siguientes meses para comprobar la evolución del proceso de duelo, ya que algunos estudios apuntan que la angustia tras pérdidas repentinas y violentas puede empeorar durante el segundo año tras la pérdida (Murphy et al., 1999).

Por otra parte, a la hora de aplicar la exposición a las circunstancias del fallecimiento, surgieron ciertas dudas sobre el inicio de la misma. Por ello, habría sido positivo hablar con el paciente sobre la jerarquía de exposición desde el comienzo de las sesiones.

Una de las áreas que quedaron por trabajar en profundidad con Luis fue la expresión emocional. El momento de duelo familiar por el que pasaban, dificultó el hecho de que nuestro paciente mostrara su afectación por lo sucedido, dados los esquemas sobre el papel del hombre, como figura de sostén, previamente establecidos.

El trabajo con Luis puso de manifiesto la importancia de no subestimar las capacidades del ser humano a la hora de sobreponerse a cualquier tipo de situación, sea cual sea la dureza de la misma.

Referencias

- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Rev Dig Med Psicósomát*, 2, 1-17.
- Boelen, P.A., van de Schoot R, van den Hout MA, de Keijsjer J, van den Bout J. (2010) Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3):374-378. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.076>.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Chapple, A., & Ziebland, S. (2010). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: Qualitative study in the UK. *British Medical Journal*, 340, c2032. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2032>.
- Echeburúa, E., & Herrán Bolx, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y como hay que tratarlo?. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147). <https://doi.org/10.33776/amc.v33i147.1205>.
- García-Viniegras, C. R., & Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Gironés, Y., & Bragulat, N. (2010). Comunicación de malas noticias. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 9(2), 48-58.
- González, Z. G. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Revista de Psicología [Internet]*, 10, 82-88. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2>

- Hodgkinson, P. E., Joseph, S., Yule, W., & Williams, R. (1993). Viewing human remains following disaster: Helpful or harmful?. *Medicine, Science and Law*, 33, 197-202.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C., & Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self-images. *Am J Psychiatry*, 137, 1152-1157.
- Lacasta, M. A., & Soler, M. C. (2004). El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En C. Camps, J. Carrulla, A. Casas, M. B., González, J. Sanz., y V. Valentín (Eds.), *Manual SEOM de Cuidados Continuos* (pp. 713-730). Madrid: Dispublic, SL.
- Melham, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. (2004). Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Journal of Loss and Trauma*, 9, 21-34.
- Melham, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K., & Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 493-499.
- Murphy, S. A., Das Gupta, A. D., Cain, K. C., Johnson, L. C., Lohan, J., Wu, L., & Mekwa, J. (1999b). Changes in parents' mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: A longitudinal prospective analysis. *Death Studies*, 23, 129-159.
- Payàs, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas*. Barcelona: Paidós.
- Payàs, A. (2020). Duelo por covid-19 retos terapéuticos en su abordaje. Resumen de la conferencia del mismo título disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=pVEiTBRSOo&t=3676s>. Instituto -IPIR, duelo y pérdidas (formación de profesionales, atención a familias)
- Raphael, B. (1997). The interaction of grief and trauma. En D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendricks, y G. Mezey (Eds.), *Psychological trauma. A developmental approach* (pp. 31-43). Glasgow: Bell & Bain.
- Raphael, B., & Wooding, S. (2004). Early mental health interventions for traumatic loss in adults. En B. T. Litz (Eds.), *Early interventions after trauma and traumatic loss* (pp. 147-178). New York: Guilford.
- Shear, K. M. (2006). Adapting imaginal exposure to the treatment of complicated grief. En B. O. Rothbaum (Eds.), *Pathological anxiety* (pp. 215-226). New York: Guilford.
- Stewart, A. E. (1999). Complicated bereavement and posttraumatic stress disorder following fatal car crashes: Recommendations for death notification practice. *Death Studies*, 23, 289-321.
- Thompson, M. P., Norris, F. H., & Ruback, R. B. (1998). Comparative distress levels of inner city family members of homicide victims. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 223-242.
- Weisæth, L. (2006). Collective traumatic stress: Crises and catastrophes. En B. Arentz & R. Ekman (Eds.), *Stress in health and disease* (pp. 71-90). Weinham: Wiley-VCH.
- Winje, D., & Ulvik, A. (1995). Confrontation with reality: Crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 429-444.
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Worden, J. W. (2009). *Grief counselling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner* (4.ª ed.). New York: Springer.
- Zazo, S. (2009). Duelo, duelo patológico, duelo complicado. Obtenido en <http://www.pscoterapeutas.com/paginaspersonales/susana/duelo.html>.



19



40 segundos

Ana Isabel Álvarez Aparicio

Ideas fundamentales

- ⦿ El suicidio es un problema de salud pública que se sigue invisibilizando pese a que se cobra la vida de miles de personas cada año. En este capítulo, vamos a conocer su complejidad, aprender a detectar las señales de alarma y poner en marcha actuaciones específicas que permitan una respuesta rápida, eficiente y eficaz a esta problemática.
- ⦿ Se hará hincapié en la importancia que tiene el que hagamos sentir a la persona que la escuchamos, que la entendemos y que estamos ahí porque queremos ayudarla. Este es quizás uno de los elementos fundamentales en este tipo de intervenciones.
- ⦿ La colaboración y coordinación con diferentes organismos, instituciones y profesionales en este tipo de situaciones ha resultado de vital importancia tanto en el antes, como en el durante y después de nuestra actuación. La continuidad asistencial se revela como un elemento esencial.

«Si la gente está constantemente cayéndose por un acantilado, podremos colocar ambulancias bajo el acantilado, o construir una valla en la parte superior. Estamos colocando demasiadas ambulancias bajo el acantilado» (Dennis P. Burkitt).

Descripción del caso

El caso que a continuación presentamos es un claro ejemplo de la necesidad que tienen los profesionales de prepararse adecuadamente en el abordaje de la conducta suicida para formar parte de un Servicio de Primera Atención Psicológica (SPAP) en situación de catástrofe como la actual pandemia. Junto con los cuadros de agitación psicomotriz, los comportamientos suicidas constituyen las atenciones que quizá con más frecuencia se producen dentro de las intervenciones psiquiátricas, en el terreno de las urgencias y emergencias (Pacheco et al., 2012). Del mismo modo, este tipo de situaciones es de las que producen mayor inseguridad en los y las profesionales por las implicaciones que pueden tener a nivel sanitario, legal, personal y laboral (Acinas & Muñoz, 2008; Pacheco et al., 2012). Actuar con rapidez, poca información, manejar el componente emocional y la presión ambiental a través de un medio que confiere una gran fragilidad en la comunicación como es el teléfono, requiere estar formado y saberse preparado. Es por todo ello que consideramos de interés el caso que a continuación se expone, claro ejemplo de lo anteriormente señalado.

Presentación del caso

La llamada que a continuación se recoge, así como su gestión posterior, se recibió en el área de atención a intervinientes (profesionales del ámbito sanitario, socio-sanitario, seguridad y emergencias) del SPAP puesto en funcionamiento por el Consejo

General de la Psicología y el Ministerio de Sanidad entre los días 27 de marzo y 26 de mayo de 2020, coincidiendo con el estado de alarma declarado por el Gobierno de España (Real Decreto 463 de 2020), en el marco del cual se dictaron medidas severas de restricción de movimientos.

Mujer, mediana edad, profesional del ámbito sanitario en un hospital de España y a la que nos referiremos como Luz. Nos llama para que “hagamos algo”, ya que una amiga y compañera del Centro acaba de despedirse de ella a través del teléfono móvil, explicitando claramente su intención de “quitarse la vida”. Señala haber recibido hace unos meses formación sobre “detección y abordaje de la conducta suicida” y cree que existe un riesgo elevado de que su amiga consume el acto. Dado el nivel de activación que presenta y que se traduce en un discurso acelerado y desordenado, le indicamos que “la estamos escuchando, la estamos atendiendo, pero para poder ayudarla de la mejor manera posible” necesitamos que se siente, realice con nosotros dos respiraciones profundas (que enseñamos por modelado y ejecutamos junto a ella) y trate de hablar más despacio, ayudándole a organizar espacio-temporalmente el relato y facilitando niveles de arousal medios que proporcionen un adecuado procesamiento de la información.

Luz indica que su amiga podría presentar un plan elaborado para quitarse la vida. Ha llevado a cabo en las últimas horas varias conductas de cierre que alertan de un riesgo inminente (entre ellas, despedirse de Luz y enviar un mensaje de agradecimiento a otra compañera de trabajo, así como regalar su “bolígrafo de la suerte” con forma de jeringuilla a un niño que lleva tiempo ingresado) y en el momento de la recepción de la llamada se encuentra en paradero desconocido, negándose a dar esa información. Se ignora si ya ha iniciado la conducta suicida. Preguntada, Luz señala como posible desencadenante el hecho de haber contagiado a su madre de COVID-19 a consecuencia de haber estado trabajando en el hospital con medidas precarias. Acaban de notificarle un empeoramiento en su estado de salud que hace temer un desenlace fatal a corto plazo. Su madre, actualmente, se encuentra ingresada en otra provincia. Luz señala que su amiga cuenta con el apoyo de su marido (no le logra localizar pese a haberlo intentado repetidamente) y tiene un hijo de 6 años.

Luz, nos relata que su amiga es una mujer de mediana edad, profesional sanitaria como ella, que “hasta ahora no había presentado manifestación clínica que hiciera pensar en ningún tipo de alteración mental”, si bien, la sobrecarga asistencial de las últimas semanas, el estado de confinamiento y el contagio y agravamiento de la enfermedad de su madre, parece que le han influido a todos los niveles de funcionamiento, presentando en los últimos días apatía, anhedonia, pensamientos negativos sobre el futuro, sentimientos de vulnerabilidad, impotencia e inadecuación, insomnio, pesadillas frecuentes, sensación de ahogo y parestias.

Tras hablar con Luz, e indicarle que se ponga en contacto con los servicios de emergencia a fin de ganar tiempo si fuera posible localizar la posición del móvil desde el que su amiga la ha contactado, efectuamos llamada a la persona que supuestamente presenta la ideación suicida (a la que nos referiremos como Alma). Tras varios intentos, Alma descuelga el teléfono.

Se aprecia elevada activación en la respuesta, y al identificarnos y señalar el motivo de nuestra llamada (aludimos a la preocupación de su amiga por saber cómo se encuentra) empieza a llorar con un alto componente ansioso.

Alma presenta un discurso coherente (no se aprecian alteraciones por tóxicos o alteraciones en el juicio de realidad) e indica que solo quiere “desaparecer” y que no vamos a convencerla de lo contrario. Para evitar que nos vea como una amenaza, mostramos empatía, cercanía, ausencia de juicios de valor, respeto, comprensión... y se le señala que no la llamamos para convencerla de nada, sino simplemente porque nos lo ha pedido su amiga...que debe quererla mucho para habernos llamado, al igual que la debe querer ella para haberse despedido ... Se le “engancha” para que no cuelgue, señalando que qué menos que su amiga sepa que hizo todo lo posible por ella (ya que la llamamos gracias a su preocupación) y no se sienta culpable si decide suicidarse (de manera progresiva y empleando inicialmente sus mismos términos, evitamos todo tabú a la hora de hablar de la muerte y el suicidio eliminando eufemismos). Aprovechando que se mantiene al teléfono, señalamos que en vista de cómo la escuchamos, entendemos que ha de estar pasándolo francamente mal y nos encantaría poder entender el motivo de que se encuentre así.

Indica que por su culpa su madre va a morir, que ha sido ella quien la ha contagiado y que podía haberlo evitado si no se hubiera acercado a ella o hubiera trabajado en condiciones de seguridad, ya que verbaliza que debería haberse dado cuenta de la situación (pese a que refiere que ningún compañero en el hospital pensaba que fuera a ser tan grave como resultó ser). Ahora ni siquiera sabe si ella está infectada (tuvo síntomas muy leves durante 2-3 días) y no quiere contagiar a nadie más, ni a sus pacientes ni a su familia, mucho menos a su hijo. Indica que “todo ocurre por un motivo” y que lo de su madre es la señal para evitar que contagie a más personas. Se detecta culpa por haberse contagiado, culpa por contagiar, culpa por lo que está haciendo (intentar suicidarse).

Durante la conversación (casi al comienzo para no perder tiempo), le preguntamos y solicitamos por favor que nos indique si ha iniciado la conducta suicida y si no es así, que no lo haga para poder hablar sin esa tensión y poderla entender bien...No ha iniciado acto y accede a posponerlo hasta contar qué le pasa aunque reitera que no podemos ayudarla. Señalamos igualmente, que aunque hemos ayudado a numerosas personas ante situaciones muy difíciles porque estamos especializados en ese trabajo (generamos confianza), solo queremos saber cuál es la dureza de la situación para haber decidido morir. Lo validamos como opción e indicamos que no sabemos si podríamos ayudarla o no, pero que nos gustaría intentarlo si nos deja, ya que la muerte es irreversible y para hacerlo siempre tendrá tiempo.

Tras conversación detectamos alta planificación, alta letalidad del método y alta sensación de control. Se ha desplazado a un lugar en el campo donde nadie pueda localizarla (y el cadáver lo encuentre alguien que no sea de su familia), lleva con ella medicación que sabe que la matará (alto conocimiento del método), lleva varios días pensándolo y ha puesto en marcha conductas de cierre (mensajes, cartas y vídeos, así como llamadas a seres queridos y cesión de pertenencias preciadas).

La intervención, dada la complejidad de la situación, se centró en:

- ⦿ Detectar y/o generar ambivalencias y potenciarlas.
- ⦿ Reducir la impulsividad para la ejecución del acto suicida, para ello se trató de ganar tiempo (a través de la conversación) y se emplearon técnicas de desactivación por respiración, modelado de voz...
- ⦿ Flexibilizar la rigidez cognitiva generando/potenciando alternativas.

A lo largo de la intervención se validaron y normalizaron emociones y pensamientos, se habló en positivo (ej: “tienes derecho a sentirte así”), se desculpabilizó por pensar en el suicidio, eliminando tabús y estigmas (cobardía, locura...) y señalando que es una opción y que ocurre cuando el sufrimiento que experimentamos supera nuestros recursos para hacerlo frente, por tanto no se elige como tal...Se intentó que fuera Alma quien hablara el mayor tiempo posible para favorecer la ventilación emocional, evitar la focalización en el pensamiento rumiativo de muerte, reducir la activación psicofisiológica... y en definitiva ganar tiempo y eliminar la impulsividad, a la vez que evidenciábamos interés genuino por lo que nos estaba relatando.

Identificados entre otros, como anclajes, su hijo y la creencia “todo ocurre por algo”, se le intentó hacer ver que quizá tuviera razón, pero ese “algo” fuera en otra línea más positiva de lo que ella creía (que la estuviéramos llamando quizá fuera por algo, efectivamente...). Se analizaron así, razones para seguir viviendo (en el pasado, presente y futuro). Se crearon dudas, ambivalencias (con el hijo, la madre...). Se vieron consecuencias de su muerte (a corto, medio y largo plazo) y si morir supondría una desaparición de los problemas o la aparición de otros nuevos que pudieran repercutir en sus seres queridos. Se trabajó el cambio de foco atencional sobre lo logrado hasta ahora (aspectos positivos) y su grado de “culpa” en todo ello (ej: bienestar de los pacientes, cuidado de su familia, educación de su hijo del que señalaba que era muy maduro para su edad...).

Se abordó el grado de certeza que tenía sobre su papel en el contagio de su madre, así como el sentimiento de culpa al respecto. Se trabajó clarividencia retrospectiva (si a tenor de los datos del momento podía saber que iba a contagiarse).

Finalmente se “pactó” aplazar el suicidio hasta ver la evolución del estado de salud de su madre y poder estar junto a ella llegado el caso...Se negoció que avisáramos a su marido para que se desplazara al lugar donde ella decía encontrarse (lo preferimos para no cortar la comunicación y evitar un posible “raptó suicida” ... pese a que ella quería llamarle personalmente). Convenimos igualmente que le acompañara su amiga Luz, que era sanitaria (conocía los protocolos y procedimientos a seguir y además contaba con formación específica en conducta suicida), ya que Alma se negó a que activáramos al 112 y con los datos facilitados tampoco era factible que llegaran antes que el marido y su compañera (que ya estaban juntos tras la llamada). Este hecho (el acceso al lugar solo era conocido por el marido, que ya estaba en camino, junto a su compañera que era sanitaria y conocedora de unas pautas básicas de cómo actuar), motivó que decidiéramos no llamar al 112, preservando la confianza depositada en nosotros.

Se permaneció en contacto telefónico con Alma hasta que se reunieron con ella. Se recomendó evaluación exhaustiva por un especialista, a lo que acabó accediendo Alma a fin de “encontrarse fuerte”, para estar junto a su madre y su hijo. Se reiteró la existencia y el deseo de numerosos profesionales por ayudarla (con objeto de servir de nexo), así como se hizo énfasis en su capacidad para superar las dificultades como ya había hecho con anterioridad en otras situaciones relacionadas (a fin de aumentar la autoconfianza y autoconcepto, rebajando la ansiedad y reduciendo la desesperanza) y en nuestra creencia en la misma. “Admiro cómo estás logrando afrontar y enfrentar esta situación tan difícil y creo que eres capaz de superarla, como ya has hecho con otras situaciones enormemente complejas que has vivido. Hay muchos profesionales que estamos deseando poder apoyarte, ayudarte y sumar a esa enorme capacidad que tú ya tienes, porque la has demostrado”.

Aunque escapa al objeto del capítulo presente y por motivos de extensión no podemos profundizar en las intervenciones que posteriormente se realizaron con el marido de Alma y con su amiga Luz, tanto en el plano personal como en lo referido a Alma, sí señalaremos que se dieron pautas (y se le proporcionó material bibliográfico y otros recursos de apoyo) para el adecuado abordaje posterior de la situación, haciéndose hincapié en un aspecto clave: evitar las actitudes de rechazo, indiferencia, negación o sobreprotección hacia Alma, que pudieran conducir a nuevos intentos autolíticos al apreciar que la situación aversiva se mantiene pero con un componente añadido de estigma social y reacción negativa del entorno que pudiera llevarla a experimentar sentimiento de inadecuación y/o vergüenza y pensar que estaría mejor muerta.

Discusión y conclusiones

El suicidio es un problema de salud pública que se sigue invisibilizando pese a que se cobra la vida de miles de personas cada año. En el mundo, se estima que se produce un suicidio consumado cada 40 segundos (OPS, 2014), pese a ello, y aunque en muchos lugares se han producido avances, en países como España sigue sin haber una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio que permita abordar adecuadamente esta problemática (Infocop, 2020).

Existe consenso en considerar el suicidio como un problema complejo de carácter multicausal (Jiménez-Pietropaolo et al., 2011; OPS, 2014; González & Roca, 2020). La actual pandemia ocasionada por el virus SARS-Cov-2, está suponiendo una afectación importante de la salud mental de numerosas personas, aumentando los factores de riesgo asociados al suicidio (OPS, 2020), lo que lleva a pensar que sus tasas podrían llegar a incrementarse considerablemente (Reger et al., 2020; Chigangaidze, 2020; UN, 2020; Tanaka & Okamoto, 2021), logrando incluso alcanzar su punto máximo después de la pandemia (Sher, 2020).

Elementos presentes en la actual crisis, algunos de los cuales podemos ver en el caso que a continuación exponemos, se han relacionado con un mayor riesgo suicida.

Así, como señalan diversos autores (Sher, 2019; Inchausti et al., 2020; Lieberman & Olfson, 2020; Sher, 2020), el aislamiento social, la ansiedad, el miedo al contagio, la incertidumbre, el estrés crónico y las dificultades económicas pueden conducir al desarrollo o exacerbación

de alteraciones relacionadas con el estrés, el estado de ánimo, el abuso de sustancias y, vinculado a ello, a tendencias suicidas en poblaciones vulnerables, incluidas personas con trastornos psiquiátricos preexistentes, personas de baja resiliencia y pobres recursos de afrontamiento, residentes en áreas de alta prevalencia de COVID-19 y personas que tienen un familiar o allegado fallecido por la enfermedad o que se han visto afectadas por la misma.

Estudios recientes, además, han señalado un aumento de la angustia, la ansiedad, la preocupación, el insomnio, la sintomatología postraumática y la depresión especialmente en profesionales del ámbito de la salud que han estado en atención directa a pacientes de COVID-19 (OPS, 2020; Preti et al., 2020; Liu et al., 2020; Santamaría et al., 2020; García-Iglesias et al., 2020), factores de riesgo que pudiera influir en un aumento de los comportamientos suicidas en este colectivo (UN, 2020; OPS, 2020). Aspectos como la sobrecarga laboral, la exposición al agente infeccioso y situaciones de alto impacto emocional, el temor a contagiarse y contagiar a pacientes, familiares o allegados, la alta incidencia de compañeros afectados o fallecidos por el virus, la frustración por no poder desarrollar el trabajo de forma satisfactoria debido a la limitación de recursos y medios, la realización de tareas para las que no han sido adecuadamente formados, los cambios frecuentes de criterios y procedimientos o la necesidad de tomar decisiones que han podido resultar éticamente complejas y humanamente costosas, unido a factores personales y familiares, han constituido importantes estresores para los profesionales sanitarios a los que han tenido que hacer frente con los recursos existentes en el momento que han podido mostrarse inadecuados o insuficientes (Servicio Madrileño de Salud, 2020; Álvarez Aparicio, 2020; Pfefferbaum & North, 2020; Legido-Quigley, 2020; Chacón-Fuertes, Fernández-Hermida & García-Vera, 2020, 2020).

El caso expuesto supuso más de dos horas de intervención telefónica. Esto demuestra la necesidad de contar con profesionales de la psicología debidamente formados y entrenados para hacer frente a este tipo de situaciones críticas que conllevan también una importante exigencia emocional.

Junto al conocimiento de esta problemática y la autoconciencia del profesional respecto a la misma (Pacheco et al., 2012), ser capaces de mantener la calma, el dominio de habilidades sociales o clínico-interpersonales (Linehan, 1980) básicas como la empatía y la escucha activa, elevado grado de autocontrol, tolerancia a la frustración y resistencia a la fatiga física y psicológica, una buena competencia para adaptarse, ser creativo, flexible, tomar decisiones en situaciones de alto estrés, así como la disposición para trabajar en equipo de manera cooperativa y organizada con otros profesionales (DGPCyE, 2012), se revelan como elementos esenciales en el manejo de la conducta suicida.

En el presente caso se puede ver como resulta fundamental una buena recogida inicial de información que nos permita organizar y planificar la intervención. En ocasiones la urgencia de la situación puede llegar a eclipsar lo importante de este paso y podemos vernos tentados a tratar de contactar con la persona que, en este caso quiere suicidarse, de manera inmediata sin información que nos permita conectar con ella y a través de un medio, como el teléfono, que confiere una gran fragilidad a la comunicación, la cual en cualquier momento puede

quedar interrumpida. Es por tanto este, el primer paso para lograr una relación empática donde el interés genuino por la persona, sin juicios ni suposiciones, debe quedar patente desde un primer momento, expresándose tanto de manera no verbal, como verbal, si resulta necesario. En este sentido, muestra de esa empatía debe ser dedicarle el tiempo que sea preciso, entendiendo que probablemente seamos una de las primeras personas (si no la primera) con las que va a hablar abiertamente de su estado y situación. Facilitar a la persona que lo haga y agradecerle que nos permita escucharla, reforzándola por el esfuerzo que está haciendo, puede marcar la diferencia en las acciones posteriores que realicemos.

Por otro lado, y como se muestra en la intervención realizada, debemos evitar en la medida de lo posible toda improvisación y valorar desde un primer momento el papel que pueden tener otros profesionales o personas implicadas en la situación.

No podemos perder de vista nuestro principal objetivo en este tipo de actuaciones: que la persona no consuma el suicidio en ese momento. Dos, suelen ser las creencias que las personas que buscan dejar de sufrir suicidándose suelen presentar: el convencimiento de que no dejarán de sufrir nunca de esa manera (desesperanza) o que habiendo otras maneras de acabar con el sufrimiento su intensidad es de tal magnitud que no le merece la pena seguir viviendo y que su pérdida será fácil de superar para sus seres queridos, creyendo incluso que les hacen un favor (Jiménez Pietropaolo, 2016). Conocer estas cuestiones por parte del profesional, es fundamental de cara a un abordaje satisfactorio de la situación.

Además, como se ejemplifica en el caso de Alma, la intervención no debe finalizar hasta que la persona se encuentre en un lugar seguro. Nunca debe cortarse la comunicación, máxime si esta es telefónica, ya que no tenemos información visual de lo que puede estar ocurriendo. Dar opción a que terceros comuniquen con la persona, dado que no es factible controlar la reacción de esta, no se valora acertado. Así, aunque pueda sorprender al lector lego en la materia, en el caso de Alma, habiendo establecido un buen vínculo con ella, no se estimó conveniente que se comunicara telefónicamente con su marido o con su amiga, ya que desconocíamos si hubieran podido desestabilizar la situación. No debemos descartar nunca la posibilidad de que la persona, en el estado de vulnerabilidad que se encuentra, nos pueda mentir para alcanzar su fin último que no es otro que acabar con el sufrimiento quitándose la vida, o bien nos diga la verdad, pero cambie de opinión en un momento posterior.

Un aspecto debe guiar nuestras actuaciones en cualquier caso y es saber que quizá el aspecto más importante resida en hacer sentir a la persona que la entendemos y que estamos ahí porque queremos intentar ayudarla. Por último, no podemos olvidar lo esenciales que resultan las actuaciones multinivel y la continuidad asistencial en estos casos (Anseán, 2014).

En definitiva, como podemos apreciar, en situaciones de crisis como la actual, las llamadas con un componente autolítico están en gran medida presentes. Así lo recogen los datos obtenidos por los dispositivos de atención psicológica puestos en funcionamiento durante la pandemia, como el teléfono de la Comunidad de Madrid gestionado por el Colegio Oficial de la Psicología de esta Comunidad,

que cifra en un 8% estas llamadas (Linares Martín et al., 2020; COP, 2020) o el propio SPAP del Consejo General de la Psicología y el Ministerio de Sanidad, que las sitúa en un 2,7% (Berdullas et al., 2020).

Del mismo modo, diferentes estudios señalan alto riesgo de suicidio entre los profesionales del ámbito sanitario, como Alma (Saíz et al., 2011; Cano-Langreo et al., 2014; Dutheil et al., 2019; OMC, 2020; Gasull, 2020).

Por todo ello, y como ya señalamos, se hacen necesarios en los dispositivos como el desarrollado, profesionales con formación y experiencia en psicología de emergencias y catástrofes que sepan dar una respuesta, no solo eficaz, sino eficiente, a este tipo de situaciones. Debemos tener presente que el suicidio puede, en gran medida, prevenirse mediante un enfoque multisectorial que lo aborde de una manera integral y a través de intervenciones oportunas y eficaces basadas en datos científicos, tratamiento y apoyo (OPS, 2014).

Referencias

- Acinas, A. & Muñoz, F. (2008). Gestión de emergencias por intento de suicidio. En E. Parada (Eds.), *Psicología y Emergencia* (pp. 293-320). Sevilla, España: Desclée de Brouwer.
- Álvarez Aparicio, A. I. (2020). Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19. La comunicación telefónica. *Revista de comunicación y Salud*, 10(2), 211-248. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).211-248](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).211-248)
- Anseán, A. (2014). *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida* (2ª edición, revisada). Fundación salud Mental España. Madrid
- Berdullas Saunders, S., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., Fernández Hermida, J. R., Santolaya, F., Sanz Fernández, J., & García-Vera, M. P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Rev. esp. salud pública*, 94.
- Cano-Langreo, M., Cicirello-Salas, S., López-López, A., & Aguilar-Vela, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina y seguridad del trabajo*, 60(234), 198-218. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000100015>
- Chacón Fuertes, F., Fernández Hermida, J. R., & García Vera, M. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>
- Chigangaidze, R. (2020) Risk Factors and Effects of the Morbus: COVID-19 through the Biopsychosocial Model and Ecological Systems Approach to Social Work Practice. *Social Work in Public Health*. <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1859035>
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. (2020). *Actuaciones del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid ante los efectos de la pandemia COVID-19*. http://www.infocoponline.es/pdf/informe_actuaciones-del-colegio-oficial-de-la-psicologia-de-madrid-ante-los-efectos-del-covid-19.pdf
- Dirección General de Protección Civil y Emergencias (DGPCyE). (2012). Capítulo 9: Requisitos del psicólogo de intervención psicosocial. Perfil. En *Guía Técnica: Planificación e Intervención Psicosocial en emergencias y catástrofes*. Ministerio del Interior: España.
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., ... & Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 14(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 94. <http://hdl.handle.net/10045/108234>
- Gasull, V. (2020). Papel de la Atención Primaria en depresión y prevención del suicidio. En M. Navío & V. Pérez (Eds.), *Depresión y suicidio 2020: Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental* (pp. 231 - 241). Wecare-u. Healthcare Communication Group.
- González, G. & Roca, M. (2020). Prevención del suicidio en los medios de comunicación. En M. Navío y V. Pérez (Eds.), *Depresión y suicidio 2020: Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental* (pp. 231 - 241). Wecare-u. Healthcare Communication Group.
- Infocop (2020, 15 de enero). *El suicidio se mantiene como la principal causa externa de muerte en España, según el INE*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8491&cat=44
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological Intervention and COVID-19: What We Know So Far and What We Can Do. *Journal of contemporary psychotherapy*, 1-8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>
- Jiménez-Pietropaolo, J. (2016). Guía para la prevención de la conducta suicida. Dirigida a Docentes. *Madrid: Comunidad de Madrid*.
- Jiménez-Pietropaolo, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez-Iñigo, J. L., Robles, J. I., & Santiago, P. (2011). Guía para la detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. *Madrid: Comunidad de Madrid*.
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C. & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8)

- Lieberman, J.A. & Olsson, M. (2020, 24 de abril). Enfrentando el desafío de salud mental de la pandemia COVID-19. *Psychiatric Times*. <https://www.psychiatristimes.com/coronavirus/meeting-mental-health-challenge-covid-19-pandemic>
- Linehan, M. M. (1980). Supervision of behavior therapy. *Psychotherapy supervision: Theory, research and practice*, 148-180.
- Linares Martín, J., Álvarez Aparicio, A. I., Herráez Collado, E., Pereira Davila, M., Soto Baño, M. A., & Sotelo Martín, J. A. (2020, 18 de septiembre). *Atención telefónica a población vulnerable en la pandemia por COVID19* [549/419 póster]. I Congreso Nacional COVID19, España.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y.-T., Liu, Z., Hu, S. & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2020, 14 de marzo). *Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. Boletín Oficial del Estado (BOE). <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020, 10 de septiembre). *Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio*. <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>
- Organización Médica Colegial de España (OMC). (2020). *Estudio de mortalidad en profesión médica de la OMC*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC.
- Pacheco, T., Garrosa, E., López, E. & Robles, J. (2012). *Atención psicosocial en emergencias*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. DOI: 10.1056/NEJMp2008017
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Di Pierro, R., Madeddu, F. & Calati, R. (2020). The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Current psychiatry reports*, 22(8), 1-22. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
- Reger, M.A., Stanley, I.H. & Joiner, T.E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093–1094. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
- Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J., & Gorrotxategi, M. P. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- Saiz P, Garcia-Portilla MP, Bobes J. (2011). Intervención preventivo-educativa en profesionales de la salud. En *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid.
- Servicio Madrileño de Salud (2020). *Plan de Respuesta Asistencial en Salud Mental en la postcrisis por COVID19*.
- Sher, L., (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates, *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707-712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
- Sher, L. (2019). Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2), 169-180. <https://doi.org/10.1111/acps.13059>
- Tanaka, T., Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav*. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>
- United Nations (UN, 2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf





20



No me dejes sola, quiero morir

Ana Gómez García, David Siminovich Glattstein, Ruth Pérez Enríquez

Ideas fundamentales

- En este capítulo trataremos brevemente la intervención telefónica a Tristana, una persona que afirma tener Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). En la llamada comunica su deseo de querer morir en ese momento, pero carecer de fuerzas para levantarse de la cama donde se encuentra.
- Se plasmará una intervención telefónica con una persona que manifiesta tener ideas autolíticas.
- En las siguientes líneas se describirá la atención realizada por la psicóloga Perséfone y cómo se consiguió estabilizar la situación abortando un posible intento autolítico.

Descripción del caso

El objetivo general de la llamada fue prevenir la conducta suicida de Tristana. Para ello, los objetivos específicos fueron: detectar factores de riesgo y de protección, contener emocionalmente a la persona, reestructurar las creencias que la estaban llevando a pensar y sentir que quería acabar con su vida, activar y coordinarnos con el servicio de emergencias.

Tristana llama gritando y llorando, debido al elevado estado de agitación en el que se encuentra, aunque hablando de forma

coherente. Afirma estar muy asustada y pide sin cesar a la psicóloga que la atiende, que no la deje sola, ni la cuelgue el teléfono, pues tiene mucho miedo y desea morir. Así mismo, sabe el medio que emplearía para el suicidio (precipitación).

Consideramos de gran relevancia que una persona con TLP llamase al Teléfono de Atención Psicológica por COVID-19 y pudiera pedir ayuda ante una crisis suicida. Así, consideramos que es de vital importancia como psicólogos/os, conocer cómo reaccionar e intervenir ante las situaciones de crisis suicida.

Presentación del caso

Tal y como indicaba el protocolo del servicio en el momento en el que un afectado verbaliza de forma clara que tiene la intención de cometer un acto autolesivo serio, o que tiene la intención de suicidarse, tiene que tratarse con tanta seriedad como si se tuviese la certeza de que acto se va a cometer. En una situación en la que una minusvaloración de las circunstancias tiene unas consecuencias tan graves y definitivas, no se puede dejar el más mínimo margen de error, a pesar de que se conozca en la literatura científica de patologías en las que las amenazas autolíticas o para suicidios sean relativamente comunes, como es el caso en el Trastorno de Personalidad Límite.

La profesional Perséfone intenta transmitir calma y confianza empleando la comunicación no verbal mediante el tono de voz, hablando de forma pausada y calmada y con un lenguaje cercano.

Gracias a las habilidades de la terapeuta tales como la ventilación emocional, la escucha empática, comprensiva y sin juicio, Tristana consigue bajar su nivel de activación en algunos momentos de la llamada, pero después vuelve a gritar y llorar de nuevo pidiendo ayuda.

En varios momentos de la llamada, se lleva a cabo la respiración diafragmática guiada, para que pueda bajar el nivel de activación y de esta forma reducir el riesgo de realizar el acto de forma impulsiva. Cuando la psicóloga detecta que la angustia vuelve a elevarse tras hablar de algún tema que a la paciente le activa especialmente, realiza tres respiraciones diafragmáticas, deja un momento de silencio después, y vuelve a hablar con la paciente para analizar qué factores de protección tiene en ese momento.

Con el fin de analizar los factores de riesgo y protección existentes a la hora de llevar a cabo la conducta suicida, se explora la situación en la que se encuentra Tristana. Esta afirma que la ventana en ese momento se encuentra cerrada, así como que está su madre en casa y mantiene la conversación con la psicóloga que la está atendiendo directamente.

Perséfone también indaga sobre cuál es para Tristana su mayor ancla en la vida, siendo esta su familia. Por aquí la psicóloga trabaja en la idea previa que tenía la llamante sobre que “ellos estarían mejor sin mí”, un pensamiento irracional muy común en personas que tienen ideación suicida. Se hace una pequeña reestructuración cognitiva de esta idea, mostrándole que ellos también la quieren a ella y que se verían desolados si la pasa algo, haciéndola ver en qué momentos han estado felices juntos en los últimos meses, etc. Así mismo, se le muestra que distorsionando la realidad, empleando el “razonamiento emocional”, es decir, que está pensando y queriendo actuar desde cómo se siente en ese momento, pero que las emociones son pasajeras y que en otros momentos cuando no se siente de esta forma, no piensa de este modo ni quiere actuar así.

Mediante diálogo socrático, escucha activa y reestructuración cognitiva, la psicóloga va buscando que Tristana vaya llegando a la conclusión de que no quiere morir, sino que quiere dejar de sufrir en ese momento. Cuando reflexiona sobre estos aspectos, parece que la intensidad de las emociones de angustia, tristeza, soledad y vacío de Tristana disminuye, pero cuando vuelve a conectar con algún aspecto que le recuerda a dichas emociones, la activación emocional vuelve a elevarse.

Por ello, tras evaluar la gravedad del caso, se decide activar el protocolo de atención de casos con riesgo autolítico, que todo el personal del operativo conoce. Se avisa, mediante el código pautado previamente, al jefe de sala para que aporte supervisión, apoyo técnico y logístico. Por lo tanto, de forma paralela a la llamada entre la psicóloga y la llamante, el jefe de sala informa a Perséfone de la necesidad de que un facultativo médico acuda a valorar a Tristana.

Tras valorar el riesgo, se procede a pedir el consentimiento a Tristana para obtener los datos de su ubicación para que puedan ir los servicios de emergencias de forma presencial. Por ello, se activa la coordinación con los servicios de emergencias, en este caso el 112. Al compartir con ellos la situación, se moviliza una unidad del SUMMA hasta la localización de Tristana para proporcionar soporte farmacológico y físico.

Al llegar los sanitarios del SUMMA al domicilio, la psicóloga Perséfone escucha como la madre de Tristana afirma que la habitación donde se encuentra Tristana debe ser ventilada por motivos de COVID-19, con lo cual procede a abrir la ventana. La psicóloga Perséfone pide que la cierren, ya que aumenta los factores de riesgo ante el suicidio que se encuentre abierta (restricción de acceso al método), sin conseguir que nadie la oiga desde el teléfono en un primer momento. Al llegar la médico del servicio de emergencias y hablar con Perséfone procede a cerrar la ventana por consejo de esta.

Al evaluar la situación, la médico proporciona a Tristana unos ansiolíticos, pero los mismos no hacen efecto a la velocidad que se esperaba. Puesto que han transcurrido dos horas desde el inicio de la llamada, se valora entre la psicóloga Perséfone y la médico del SUMMA la posibilidad de llevar a cabo un ingreso a la paciente puesto que se considera que el riesgo de suicidio es elevado. Se comenta la situación con Tristana y esta accede a irse al hospital e ingresar, por lo que se lleva a cabo un ingreso voluntario.

Esta decisión de realizar un ingreso hospitalario, se toma teniendo en cuenta los criterios profesionales de la médico del SUMMA, junto con la psicóloga del servicio de atención psicológica y apoyándose en la Escala de Detección de Riesgo Suicida (Figura 2). Dicha escala, se completa también para dejar constancia de la intervención en coordinación con los servicios de emergencias. De esta forma, queda reflejado que Tristana ha sido atendida, así como para recordar el posible riesgo de suicidio de dicha paciente para poder avisar a sucesivos profesionales del SUMMA del peligro concerniente a la misma. En cuanto a las puntuaciones de dicha escala, Tristana obtiene un riesgo alto de riesgo de suicidio actual en la MINI subescala de suicidio y 4 puntos en la subescala SAD, lo que indicaría que hay que realizar un seguimiento ambulatorio intensivo y considerar la internación psiquiátrica. En este último punto, desde el teléfono de atención psicológica no teníamos capacidad de decisión, pero si se pudo dar la opinión profesional para que se tuviese en cuenta a la hora de tomar la decisión sobre si internar o no a la paciente.

Desde el SUMMA consideraron esperar a ver cómo durante el tiempo que duró la llamada, ante la gravedad del caso y su extensión en el tiempo (2 h. y 57 min.), se valora la necesidad de apoyo a la psicóloga en atención, ofreciéndole soporte tanto a nivel fisiológico (llevándole agua y alimentos azucarados), como a nivel logístico (llamando en varias ocasiones al 112). Tras varias conversaciones con 112, se decide que un equipo del SUMMA acuda al domicilio de Tristana.

Discusión y conclusiones

El suicidio es la principal causa de muerte no natural en muchos países, entre los que se encuentra España, donde es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de entre 15 y 25 años (Anséan, 2014), falleciendo 10 personas al día por ello (INE, 2006). Siendo la tasa de casos registrados de 7,25 por cada 100.000 habitantes en 2018 (INE, 2018) llegando a un total de 3.539 suicidios aproximadamente. Concretamente, en las personas con TLP se encuentran tasas hasta de un 10% de índice de suicidio (Donald, et al., 2004) y hasta un 70% de intentos de suicidio (Ballús & Vincens, 2006). Es más, tal y como se aprecia en el manual diagnóstico DSM-5, las amenazas recurrentes de suicidio es uno de los criterios para diagnosticar TLP (APA, 2014).

Es importante señalar que uno de los factores de riesgo para llevar a cabo un intento de suicidio es tener una enfermedad mental, aumentando en mayor medida el riesgo de intento de suicidio entre las personas con TLP, aunque no la consumación del mismo. A la hora de estructurar los factores de riesgo y protección, una de las formas puede ser hablar de factores inmodificables y factores modificables (Ayuso-Mateos, et al., 2012), teniendo siempre en cuenta que ninguno de los factores por sí mismo asegura la aparición de la conducta suicida, aunque son indicadores importantes a tener en cuenta para valorar el riesgo del paciente.

Dentro de los factores inmodificables, ocho de ellos han sido los más estudiados. En primer lugar, *la herencia*, esto es, los pacientes con familiares cercanos con intentos o suicidios consumados son mucho más proclives a realizar esta conducta, llegando a ser hasta 10 veces más probable (Kim et al., 2005). Así mismo, *la edad*, también influye siendo más probable a partir de los 42 años en hombres y de los 50,4 para mujeres; pero no solo eso, sino que está aumentando también en jóvenes, sobre todo entre varones entre 15 y 24 años (García de Jalón & Peralta, 2002). *El estado civil*, pues el estar casada/o es un factor protector, sobre todo en el caso de los hombres, aunque la viudedad es un factor de riesgo. En cuanto a *la situación laboral y económica*, las economías frágiles, el desempleo o un despido reciente son factores de riesgo también a tener en cuenta. *Las creencias religiosas*, sobre todo monoteístas son un factor de protección, puesto que son crítica con el suicidio y por lo tanto las personas muy creyentes serían menos propensas a llevarlo a cabo. En cuanto al *apoyo social*, el aislamiento o un pobre apoyo son factores de riesgo. Por último, *la conducta suicida previa*, habiendo estudios que sugieren que estos usuarios son hasta cuarenta veces más vulnerables (García-Rábago, et al., 2010).

En lo que respecta a los factores modificables, podemos hablar de los *trastornos mentales*, pues tal y como se ha mencionado anteriormente, son un factor de riesgo. Concretamente, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad (sobre todo TLP). En cuanto a *la salud física*, se ha reportado mayor probabilidad de conducta suicida en pacientes con cáncer, VIH, esclerosis múltiple e insuficiencia renal, entre otros. En la Tabla 1 se muestran los porcentajes de probabilidad entre tener trastornos mentales o enfermedades físicas y realizar una conducta suicida. Por último, cabe mencionar que *dimensiones psicológicas* tales como la agresividad y la desesperanza son factores de riesgo, concretamente, el inventario de desesperanza de Beck (Beck, et al., 1974) es un muy buen predictor de la conducta suicida.

Una vez conocidos los factores de riesgo y protección, es importante desarrollar un protocolo unificado en el que ante una llamada de alguien con ideación suicida se pueda actuar con la mayor eficacia posible. El protocolo seguido en el servicio de atención psicológica por COVID-19 era el Algoritmo de atención telefónica (Carmona et al., 2020) que se muestra en la Figura 1.

Puesto que se tratará de forma distinta una ideación intensa, pero con medios escasos, que alguien con la capacidad y quizás parte del camino recorrido, como una persona que se está agarrando del otro lado de la barandilla de una caída importante, o alguien que ya se ha tomado una dosis peligrosa de algún químico.

Tal y como hemos comentado anteriormente, tanto la consumación

del suicidio como los intentos, son algo muy importante a la hora de intervenir con personas con TLP. Un paso fundamental para un correcto tratamiento de la conducta autolítica es su correcta identificación, algo que se pudo hacer gracias al servicio de atención psicológica por COVID-19, y gracias a lo que se pudo salvar la vida de Tristana.

Dentro de la detección del riesgo de suicidio, tal y como mencionan Mann et al. (1999, 2003), hay dos dimensiones importantes, 1) diátesis: las características de la persona; y 2) Estrés: las circunstancias situacionales que pueden precipitar la conducta (Figura 3). En el caso de Tristana encontraríamos como diátesis tener TLP. A lo cual se sumaría el estrés del confinamiento domiciliario, como estresor adicional para ella y su entorno, haciendo más complicado el apoyo social y el mantenimiento de su nivel socio-económico.

Cabe resaltar que esto fue una condición casi universal durante el confinamiento y que tensó aún más cualquier problema previo que pudiera estar sufriendo. El no poder realizar actividades de regulación emocional útiles para las personas con TLP como por ejemplo ejercicio físico al aire libre, poder mantener las rutinas previas, o poder acceder a las citas de Salud Mental o a sus centros de referencia con normalidad, hizo que se precipitasen más crisis de las habituales.

En cuanto al aprendizaje que nos puede aportar este caso, es importante destacar el gran trabajo de mantenimiento de la calma, por parte de la psicóloga, en todo momento. Así mismo, el aprender a transmitir esta emoción a través de la comunicación paraverbal, empleando un tono de voz cálido, con un ritmo pausado, sin muchos altibajos, fue todo un reto. Así como el poder mantener la atención a la persona durante tanto tiempo, empatizando con cada momento emocional por el que transcurría la llamante. Por otra parte, el haber sabido en qué momento poner en marcha los servicios de emergencias y hacerlo con gran rapidez, incluso en el momento de la pandemia que se estaba viviendo, fue todo un reto.

Podemos concluir que la preparación, protocolo, herramientas, conocimientos específicos y buena coordinación del equipo son elementos fundamentales. Así como que una herramienta útil para evaluar el riesgo de tentativa de suicidio se encuentra en la escala de desesperanza ante la vida y el futuro (Beck et al., 1974).

Referencias

- American Psychiatric Association (2003): Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1-60.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5®*.
- Anseán Ramos, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (2ªed.). Madrid: Fundación Salud Mental España.

- Ayuso-Mateos, J., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P., Saiz-Ruiz, J. & Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones Preventivas y Manejo del Comportamiento Suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.
- Ballús, C. & Vincens, E. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament de Salut y Servei Català de la Salut.
- Beck, A.T., Weissma, A., Lester D., & Trexler, L. (1974). *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale*. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B. & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personal Disorders*, 18(3), 226-239.
- Carmona, B.A. & Martín-Barrajón, P. (2020). *Algoritmo de Atención Telefónica*. <http://enmovimiento.enfermerianavarra.com/algoritmo-de-atencion-telefonica-en-crisis-suicidas/>
- Esperanza, L., Azul, F., Beatriz, G., Anna, B. & Carles, M. (2016). Trastornos Psiquiátricos en los casos de Suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007 y 2010. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(1), 31-38.
- García de Jalón, E., & Peralta, V. (2002). Suicidio y Riesgo de Suicidio. *ANALES Sis San*, 25(3), 87-96.
- García, J., Ubago, J. & Ruiz, J. (2011). *Suicidio y Psiquiatría, Recomendaciones Preventivas y de manejo del Comportamiento Suicida*. Madrid: Triacastela.
- García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J., Ruiz-Gómez, A., Sánchez-Ureña, G., Tirado-Vargas, J. & González-Gámez, J. (2010). Factores de Riesgo asociados a intento de Suicidio, Comparando Factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 713-721.
- Instituto Nacional de Estadística (2006, enero 2021). *Estadísticas de Suicidio en España*. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft18%2Fp427%2F%2Fa2006>
- Kim, C., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. & Turecki, G. (2005). Agregación Familiar de la Conducta Suicida: un Estudio Familiar de hombres que completaron el suicidio en población general. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1017-1019.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies: a Systematic Review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.
- Mann, J.J., Wateraux, C., Haas, G., Malone, K. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- SAMUR-Protección Civil (2013). *Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil*. Ayuntamiento de Madrid. https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/anexos/214d_EscalaRiesgoSuicida.pdf

Anexo



Tabla 1
Riesgo de suicidio en trastornos específicos (APA, 2003)

Condición	RR	% Año	% Vida
Antecedentes de cta suicida	38.40	0.549	27.50
Trastornos de la alimentación	23.10		
Trastorno Bipolar	21.70	0.310	15.50
Depresión Mayor	20.40	0.292	14.60
Conductas adictivas mixtas	19.20	0.275	14.70
Distimia	12.10	0.173	8.06
Trastorno Obsesivo Compulsivo	11.50	0.143	8.20
Trastorno por Angustia	10.00	0.160	7.20
Esquizofrenia	8.45	0.121	6.00
Trastorno de la personalidad	7.08	0.101	5.10
Abuso de Alcohol	5.86	0.084	4.20
Cáncer	1.80	0.026	1.30
Población General	1.00	0.014	0.72

Figura 1

Algoritmo de decisión para la atención psicológica telefónica ante una demanda de ideación suicida

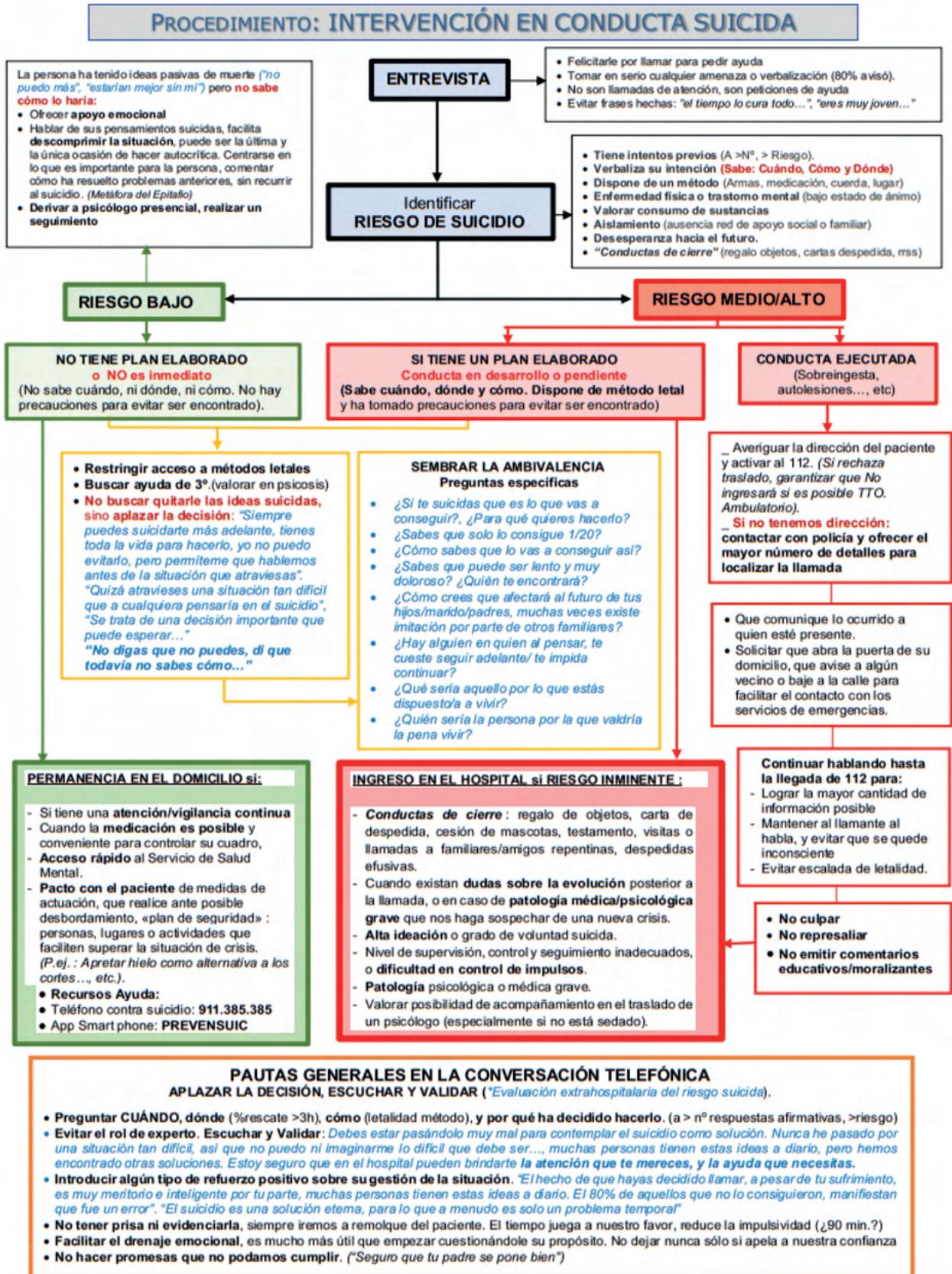


Figura 2

Escala de detección de riesgo suicida en situación de riesgo de SAMUR-Protección Civil (2013) completado para la paciente Tristana

ESCALA DETECCIÓN RIESGO SUICIDA

Número informe: _____ Fecha: __/__/____ Edad: ____ Traslado: Sí NO Hospital: _____

Durante este último mes:

C1 - ¿Ha pensado que sería mejor morirse o ha deseado estar muerto?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
C2 - ¿Ha querido hacerse daño?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
C3 - ¿Ha pensado en el suicidio?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
C4 - ¿Ha planeado suicidarse?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
C5 - ¿Ha intentado suicidarse?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

A lo largo de su vida:

C6 - ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--

¿Hay al menos una respuesta codificada SI? Sí NO

MINI Subescala suicidio (Riesgo de Suicidio Actual):
Si la respuesta anterior es **SI** especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

Puntuar 1 por cada ítem señalado con una X:

- Sexo: Varón
- Edad: menor de 19 o mayor de 45
- Depresión
- Intentos de suicidio previos
- Abuso de alcohol
- Trastornos cognitivos (delirium, demencia u otros trastornos cognitivos)
- Bajo soporte social
- Plan organizado de suicidio
- Sin pareja estable
- Enfermedad Somática

Puntuación total SAD:

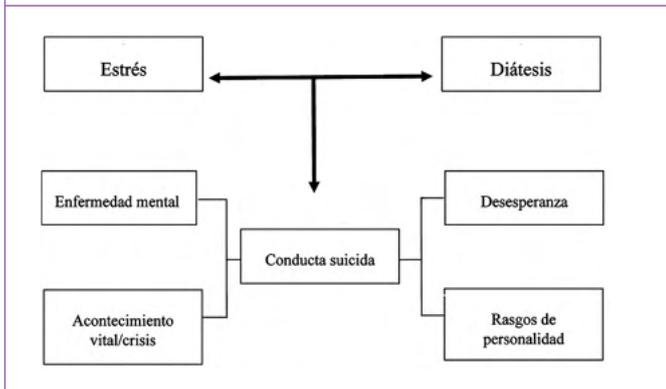
0 – 2 PUNTOS: Alta con seguimiento ambulatorio.
3 – 4 PUNTOS: Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar internación psiquiátrica.
 5 – 6 PUNTOS: Si no hay control familiar estrecho debe internarse.
 7 – 10 PUNTOS: Internación. Riesgo de muerte inminente.

(*) Tener en cuenta que, por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que ante un paciente con riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo.

Incluir en el informe **MINI subescala suicidio** (Ligero / Moderado / Alto) y **Puntuación total SAD : 4**

Figura 3

Modelo Estrés-Diátesis para la conducta suicida (Adaptado de Mann, 2003) recuperado de García, Ubago y Ruiz (2011)





21

Reflexiones finales y análisis de mejoras para el futuro

Pedro Altungy y Ana Isabel Álvarez

Cuando se finaliza un dispositivo que ha surgido como resultado de una necesidad novedosa, es de gran utilidad aprender de cara al futuro. Ahora bien, ¿cómo se aprende en un entorno tan exigente? El aprendizaje puede producirse, bien por ensayo y error (Bandura, 1971), bien tras el análisis y debate activo y constante de las experiencias, propias y ajenas (Easterby-Smith, et al., 2000). De estas dos opciones, el propio Bandura puso de manifiesto que el aprendizaje por ensayo y error no era una posibilidad en entornos en los cuales, un fallo conlleva un coste inadmisibles (como es el caso de la salud psicológica de los individuos). Por tanto, para lograr un aprendizaje en un entorno como el de un dispositivo de asistencia psicológica a la población, deberá optarse por la segunda de las opciones.

El análisis, la reflexión y el debate de las experiencias, no sólo genera un aprendizaje, sino que, de manera paralela, permite que estas se transformen también en conocimiento (Argote, et al., 2020), el cual es posteriormente reintroducido en el funcionamiento de las organizaciones (Argote & Miron-Spektor, 2011). Y es este conocimiento al que debemos llegar, puesto que el progreso se construye siempre desde lo aprendido en el pasado. Esta búsqueda, además, favorece que se pueda producir una transferencia efectiva del mismo, de manera que las experiencias adquiridas, por ejemplo, en un dispositivo de atención psicológica a afectados por la COVID-19 en España, pueda ser de utilidad para dispositivos similares que se organicen en otros países, y viceversa (Argote & Fahrenkopf, 2016).

Desde esta perspectiva, cuando finalizó el servicio de atención

telefónica para afectados de la COVID-19 puesto en marcha por el Consejo General de la Psicología de España y del Ministerio de Sanidad, se prestó especial atención a cómo habían vivido los y las trabajadoras del servicio esta experiencia. Así, se les solicitó que, de manera voluntaria y mediante una pregunta abierta, refirieran qué aspectos consideraban, les habían favorecido el desempeño de sus funciones, así como aquellos puntos en los que se podría seguir mejorando de cara al futuro. Un 59,57% (N=28) de los y las trabajadores del servicio respondieron amablemente a esta cuestión. A continuación, se mostrarán las respuestas que dieron, así como un análisis y reflexión de las mismas con el objetivo de poder extraer conclusiones que permitan generar un conocimiento efectivo de cara al futuro de dispositivos similares.

Lecciones aprendidas

Aspectos correctamente implementados desde el comienzo del servicio

La capacidad de una organización para aprender de forma constante y sostenida en el tiempo es un factor clave para alcanzar el éxito (Odor, 2018). Esto es especialmente palmario en situaciones de catástrofe como la actual donde la elaboración, difusión y aplicación de lecciones aprendidas puede contribuir enormemente a la gestión de conocimientos y toma de decisiones esenciales (Céspedes, 2003), de ahí la importancia de extraer aprendizajes de servicios como el puesto en marcha. En base a ello, en la tabla 2 recogemos aquellos elementos

que los y las profesionales integrantes del servicio señalaron como correctamente implementados desde un primer momento.

Como puede observarse, hasta un 71,43% de profesionales consideraron la **creación de un ambiente laboral óptimo de trabajo** como un elemento correctamente logrado desde un primer momento, destacando como aspectos positivos de contribución al mismo: el trabajo en equipo, la elevada motivación de los compañeros y las compañeras que integraban el servicio y el cuidado que se dispensaba a las y los trabajadores del mismo. Este elemento, que sabemos esencial no solo para el bienestar de las personas trabajadoras, sino también para lograr mayor productividad, motivación laboral, implicación en la tarea, satisfacción en el trabajo y, en definitiva, mejorar la calidad de vida general (OPS, 2000, Ramírez, 2020), fue el factor más valorado por los y las integrantes del servicio.

Los **materiales y recursos de apoyo y derivación, junto con el buen ambiente laboral**, ha sido el elemento más apreciado por los y las integrantes del dispositivo (64,28%). La diversidad y abundancia de estos materiales y recursos, unido a su actualización constante, ha supuesto una importante fuente de consulta que ha permitido dar respuesta a numerosas situaciones durante la intervención. Esto ha supuesto además un alivio en la carga de trabajo asumida por los y las integrantes del servicio, así como del estrés experimentado, sobre todo en los momentos en que el volumen, la magnitud o la complejidad de la tarea (así como el tiempo disponible para realizarla) presentaba especial complicación. Como se pudo constatar durante el funcionamiento del dispositivo, el cuidado de estos elementos resultó ser de vital importancia para facilitar el bienestar de los y las intervinientes (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2018).

La forma en que se han **configurado los equipos de trabajo** desde el inicio del dispositivo es otro de los aspectos que ha resultado mejor valorado por gran parte de los y las profesionales (53,57%). Intervenientes con formación especializada en diferentes áreas de actuación, diferentes enfoques en el abordaje terapéutico y una elevada implicación personal y profesional en el trabajo realizado, ha sido considerado clave para el buen funcionamiento del servicio y satisfacción con el mismo. La distribución del espacio de trabajo en mesas compartidas de cuatro personas en las líneas dedicadas a la atención de familiares en procesos de duelo por personas enfermas o fallecidas como consecuencia del coronavirus y profesionales con intervención directa en la gestión de la pandemia como sanitarios o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado; ha sido también valorada como una elección positiva por los grupos integrantes de dichas líneas al considerar que facilitaba el trabajo en equipo y la cohesión grupal, haciendo más eficaz la atención telefónica. Diseños sociópetos, como el mencionado, donde los asientos estaban colocados de manera envolvente, favorecen (y, en ocasiones, fuerzan) la interacción entre sus ocupantes, incrementando el contacto ocular, la comunicación verbal y las manifestaciones de intimidad entre ellos (Gil-Rodríguez, 1999).

Respecto a la **coordinación y organización del servicio**, esta fue destacada por el 50% de los y las intervinientes. Como señala la literatura científica, una adecuada coordinación y organización facilita el correcto funcionamiento de los grupos de trabajo, el logro de sus

objetivos y una alta calidad en el resultado final (García, 1999; Gil-Rodríguez & Alcover, 2003). Diseñar bien un dispositivo es en lo que se fundamenta el éxito del mismo (Alcañiz, 2019).

En relación a la existencia de **jefes de sala** como parte de la estructura del servicio, esta ha sido destacada de manera favorable por el 42,86% de los y las profesionales, subrayando la accesibilidad, disponibilidad, disposición a ayudar y experiencia, como características más importantes para la labor desempeñada. Estas características irían en la línea de lo considerado por Kotter (1973) como un supervisor de éxito, entendiendo a este como una persona capaz de comunicar eficazmente, dar y recibir *feedback*, traducir las expectativas a criterios de rendimiento, explicar de manera realista las demandas de la dirección y poseer entrenamiento, formación y habilidad para ayudar. Además, los y las profesionales remarcaron la presencia física continua en el espacio de trabajo, como un importante facilitador de las cuestiones señaladas.

En cuanto a la **seguridad del entorno**, resaltado por un 25% de profesionales, hay que señalar que el servicio fue creado implementando todas las medidas para prevenir y controlar el riesgo de contagio, riesgos psicosociales y ergonómicos, y otros riesgos de seguridad y salud en el trabajo (SST) asociados con la pandemia, acorde a directrices de organismos como la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2020). La descontaminación del espacio laboral previo al inicio del servicio por parte del BIEM I de la Unidad Militar de Emergencias (UME), así como protocolos rígidos de prevención constantes durante el funcionamiento del dispositivo, constituyeron un elemento tranquilizador para los integrantes del mismo. Así, siguiendo los principios de acción preventiva (art. 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales), se adoptaron medidas organizativas y colectivas con carácter preferente, para a continuación hacerlo a nivel individual.

Por último, la **“filosofía” en la creación del servicio**, en la que predominaba la calidad sobre cualquier aspecto, y que se tradujo en elementos como la ausencia de limitaciones en número de seguimientos o tiempo de atención en las llamadas, fue reconocida de manera sobresaliente por un 10,71% de los y las intervinientes.

Aspectos implementados y/o aprendidos durante el funcionamiento del servicio

El éxito de cualquier organización pasa por adaptarse de manera eficaz a los cambios y para ello es fundamental el aprendizaje organizacional continuo a todos los niveles (Odor, 2018). Siguiendo esta premisa, y acorde al hecho de que en situaciones de emergencia y catástrofe el cambio de la organización debe ser constante, adaptándose a las necesidades presentes y futuras, y extrayendo para ello lecciones aprendidas (Alcañiz, 2019; Gimeno, 2018); el servicio puesto en marcha fue reforzando aquellos aspectos que habían resultado eficientes y modificando aquellos otros que se vieron insuficientes, ineficaces o simplemente, mejorables. Estas mejoras, que fueron introduciéndose a lo largo de los dos meses que se mantuvo el dispositivo activo, supusieron importantes transformaciones que redundaron favorablemente no solo en el ámbito laboral de sus integrantes, sino también en el personal, como puede apreciarse en la Tabla 3.

Como puede observarse, la mitad de las personas integrantes del servicio dijeron experimentar un **importante crecimiento personal y profesional**, que atribuyeron principalmente al trabajo en equipo y a la cohesión grupal que se produjo. Un grupo cohesionado, actúa coordinadamente, logra buenos resultados y mantiene relaciones mutuamente satisfactorias (Roda, 1999), gracias a factores presentes en el servicio como la proximidad física, al tratarse de un servicio presencial centralizado, la duración de las interacciones de forma acumulativa, al laborar en turnos de seis horas diarias y la interdependencia, al ser necesario el trabajo conjunto y conjugar recursos para lograr metas (Furnham, 1997).

La **capacidad de adaptarse** a una situación cambiante y altamente demandante, amoldando estrategias de afrontamiento y herramientas terapéuticas a la persona que efectuaba la llamada, fue otro de los aprendizajes que los y las integrantes del servicio señalaron como relevante (50%). El **carácter multidisciplinar del equipo**, por su parte, contribuyó a ello y fue puesto de relieve por un cuarto de los intervinientes (25%). La diversidad de perfiles, conocimientos, experiencias y opiniones, se valoró como esencial tanto para la dinámica relacional, como para el logro de objetivos y metas (Roda, 1999). El aprendizaje individual, al ser compartido con el resto de miembros del grupo, pasó a convertirse en una adquisición grupal (Odor, 2018).

Un 46,43% de los y las profesionales indicaron como una lección aprendida fundamental, el **disponer de actualizaciones constantes de los recursos y materiales de apoyo y derivación**, así como de contar desde un primer momento con un mayor número de protocolos de actuación específicos sobre diversas problemáticas (violencia de género, violencia ascendente...). En relación al primer aspecto, pese a que la actualización de los materiales desde el principio fue frecuente, el carácter cambiante de la situación obligó a realizar estas actualizaciones prácticamente en tiempo real pues muchos recursos dejaban de estar operativos, otros cambiaban sus condiciones e incluso aparecían nuevos. El hecho de que los listados de recursos y materiales de apoyo estuvieran de manera física a disposición de las y los profesionales supuso cierto hándicap a la hora de actualizarlos prácticamente de forma diaria, por lo que, adaptándose el dispositivo a las circunstancias, pasaron a ser distribuidos digitalmente en las redes sociales (*Whatsapp*) creadas al efecto.

Por lo que respecta a protocolos de actuación específicos sobre diversas problemáticas, si bien se contaba con algunos de ellos desde el comienzo del servicio, conforme este fue avanzando y las demandas se fueron perfilando, se vio necesario **realizar nuevos protocolos** que dieran respuesta a las mismas (violencia ascendente, violencia de género, suicidio...), siendo un aspecto especialmente valorado por las y los intervinientes (46,3%).

La importancia de **cuidar de uno mismo** a la vez que del resto de compañeros, adquirió especial valor durante el servicio para el 28,57% de sus integrantes, subrayando su relevancia a medida que avanzaba el dispositivo como herramienta para minimizar el impacto que la situación podía suponer y con ello reducir la incidencia de problemáticas como el estrés traumático secundario o el desgaste profesional, frecuente en profesiones de ayuda (Newell & MacNeil, 2011).

Uno de cada cuatro integrantes del servicio (25%), señalaron haberse dado cuenta a lo largo de su desarrollo de la importancia que tenía el hecho de que el **jefe de sala tuviera formación específica y experiencia en el campo de las emergencias** para dar una respuesta eficaz a los supuestos que pudieran darse en un contexto de pandemia como el existente. La misma proporción de profesionales destacó que durante el servicio habían aprendido el valor que **tenía recibir feedback constante del jefe de sala** sobre las actuaciones realizadas. La comunicación, por tanto, por aquellos que ostentan cierto liderazgo, se percibe esencial, pues en situaciones de emergencia como la vivida, a mayor incertidumbre, mayor importancia de una comunicación clara y eficaz que transmita información, explique objetivos, motive e integre personas, cohesionen grupos y facilite la obtención de resultados y la coordinación efectiva de la situación (Alcañiz, 2019).

Otro de los elementos aprendidos durante el funcionamiento del dispositivo para un 25% de las y los profesionales, ha sido la importancia que tiene una **reevaluación permanente de la situación** que permita una adaptación rápida a las circunstancias y demandas presentes. Posiciones rígidas, estáticas e inflexibles no dieron los resultados deseados y fueron percibidos por el profesional como un fracaso personal.

Por último, la importancia de realizar **seguimientos** fue otra de las lecciones aprendidas más relevantes para el 10,71% de las y los intervinientes, que consideraron este elemento un indicador más de la calidad del servicio prestado.

Iniciativas de mejora para futuros servicios

En toda organización, es importante conocer qué ha funcionado, pero igualmente valioso es saber en qué aspectos se puede mejorar, para garantizar una mejor adaptación a los retos futuros (Odor, 2018). Este es el planteamiento que se ha seguido en crisis que han afectado de manera significativa a la población, bien por cuestiones sanitarias (como, por ejemplo, la reciente epidemia del ébola) (Mohammed et al., 2015), bien por cuestiones de impacto social (García-Vera et al., 2008; Mezzano, 2019). Gracias al conocimiento generado tras el análisis de experiencias como estas, se ha podido diseñar e implementar un servicio como este. Por este motivo, queremos seguir trabajando en esta línea, y reflexionar sobre aquellos aspectos donde hay margen de mejora de cara al futuro.

En la tabla 3 pueden consultarse cuáles son los aspectos que los y las trabajadoras del servicio consideraron podrían seguir mejorándose. Así, un 71,42% de profesionales consideran importante la **informatización completa del servicio**. El planteamiento inicial del servicio fue que este estuviera totalmente informatizado. Esta es la tendencia que muchos servicios de este tipo han seguido (CDC, 2020; Turkington et al., 2020) Sin embargo, debido a la velocidad con la que se desarrollaron los hechos durante el mes de marzo, y a consecuencia de la entrada en vigor del Estado de Alarma (BOE, 2020) se carecía de stock por parte de las empresas tecnológicas para suministrar material informático suficiente. Por este motivo, no se pudo disponer de ordenadores para toda la plantilla (ha de recordarse que, a diferencia de los ejemplos citados anteriormente, el número de psicólogos/as en el servicio era mucho mayor, por lo que también se hubiera requerido de más material informático), razón por la cual se optó por registrar

toda la información en papel. Esta información, era luego recogida en una base de datos informatizada por miembros del equipo de trabajo, para asegurarse de que quedaba correctamente guardada.

Por otro lado, el 67,86% de los y las psicólogas del servicio destacaron que, de cara a futuros dispositivos, habría sido interesante haber podido tener más **reuniones de equipo**. El problema que existía era que hacer reuniones en el horario laboral hubiera restado horas de atención al teléfono, que fue considerado la prioridad. El objetivo era poder dedicar el 100% del tiempo del servicio a atender a los cientos de ciudadanos que llamaban cada día.

En relación a las reuniones de equipo, también los/as trabajadores/as indican que habría sido beneficioso el poder contar con sesiones individuales de supervisión de casos, así como reuniones grupales específicas en función de la población con la que se intervenía. Sin duda, son claros los beneficios que se obtienen de las sesiones de supervisión de casos (APA, 2015; Davidson et al., 2017). De hecho, ya hay autores que han señalado la necesidad de los psicólogos/as a adaptarse a las nuevas necesidades generadas por la pandemia, haciendo hincapié en la importancia de mantener las supervisiones de casos como aspecto fundamental de mejora y aprendizaje (Bell et al., 2020). En el servicio, por razones operativas, no fue posible establecer una protocolización de supervisiones de casos, pero, sin duda, habría sido una interesante posibilidad para garantizar la calidad del servicio. Finalmente, en esta línea de reuniones de equipo, parte de los/as profesionales hubieran visto positivo el poder celebrar una reunión final de cierre del servicio. Aunque, esto podría haber sido adecuado, lo cierto es que las condiciones del momento hicieron que se dudase sobre la viabilidad de dicha reunión, puesto que se consideró, no se daban los requisitos necesarios para garantizar las condiciones de prevención de contagios por la COVID-19 (no existía un espacio físico que pudiera acoger simultáneamente a los/as 46 profesionales y 5 jefes/as de sala del servicio). Sin embargo, y con el objeto de poder aprender de cara a futuras experiencias, sería importante el tener previsto un método para realizar una reunión final con todos/as los/as componentes del equipo (p.ej., celebrando una reunión de manera virtual, en la que se pudiera dar un cierre simbólico al servicio).

El contrapunto a la celebración de reuniones “formales” (destacar que sí se daban de carácter informal – espontáneo y a demanda – entre trabajadores/as y coordinadores/as) es que, de llevarse a cabo, se estaría reduciendo el horario de atención a las personas que llamaban al servicio. Estas reuniones sólo pueden mantenerse dentro del horario laboral, por lo que estaríamos ante la decisión de qué resulta más conveniente, si mantener reuniones “formales” a costa de dejar a personas sin atender, o priorizar la atención a quienes llaman buscando ayuda. En el caso concreto del servicio, ante esta disyuntiva se consideró que lo prioritario era la atención a quienes contactaban con nosotros. Destacar en este sentido que, durante todo el servicio, pero más aún en las primeras semanas, el teléfono sonaba de manera constante, incluso durante la noche. Esto reflejaba el interés por el servicio y la búsqueda de apoyo por parte de la población. Este fue otro de los motivos para dedicar todo el tiempo del servicio a atender a los solicitantes de ayuda.

Relativo a la **formación** para el trabajo en un dispositivo de estas

características, un 46,43% de los/as profesionales indicaron que les hubiera gustado poder disfrutar de una formación inicial más extensa. Sin duda, la formación es un aspecto fundamental, tanto para garantizar la mejor atención a los/as usuarios/as, como para fomentar el bienestar psicológico de los/as profesionales (Maben & Bridges, 2020). Seguramente, nunca podremos hablar de haber dado *formación en exceso*, ya que todo conocimiento siempre aporta. De no haberse tenido que montar el dispositivo con tanta celeridad, sin duda, se habría podido dedicar más tiempo a realizar formaciones específicas. Con la vista puesta en el futuro, y teniendo en cuenta que la creación de dispositivos como este no puede preverse (al igual que la emergencia que lo causa), quizás la mejor receta es garantizar que los/as profesionales de la psicología realicen cursos de formación y reciclaje de manera constante a lo largo de su vida laboral (Martínez-López et al., 2020). Parte de los/as psicólogos/as del servicio también comentaron que hubiera sido útil disponer de más guías específicas de formación. Este libro pretende en parte dar respuesta a esa demanda.

También en relación a la propuesta de mayor formación por parte de los y las trabajadoras del servicio, es la reflexión acerca del **cuestionario** que se pasó a los psicólogos del SPAP para recoger datos sobre su estado psicológico. Se trataba de un cuestionario de 5 preguntas heteroaplicadas con una escala Likert de 0 a 3 para valorar, de manera general, sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo de autolesiones (tabla 3). La idea de estas preguntas era poder valorar de manera breve la presencia de alguno de estos problemas, y que pudiera quedar registrado para posibles futuros seguimientos (en aquellos casos que se consideraba necesario), lo cual permite además tener información para posibles análisis de caso único, un aspecto que mejora enormemente la asistencia psicológica a los demandantes (Sanz & García-Vera, 2015). Atendiendo a los comentarios realizados por parte de los/as profesionales del servicio, se consideró de vital importancia no desatender la formación relativa a cómo y por qué es necesario y útil aplicar cuestionarios de este tipo, así como dar pautas específicas que ayuden a su administración a los/as usuarios/as.

Otro aspecto que los/as profesionales del servicio (un 39,29% de ellos/as) recalcaron como interesante de implementar de cara al futuro, es la **estandarización de criterios y protocolización de los seguimientos** de los casos atendidos. Si bien es cierto que se realizaron numerosos seguimientos de casos, los criterios para llevarlos a cabo fueron adoptándose en función de las necesidades que se iban detectando y valorando a medida que avanzaba la realidad de la pandemia y sus consecuencias. La pauta que se dio a los profesionales fue que, en función de la valoración que hicieran de la demanda de la persona que llamaba, realizaran o no un seguimiento, según consideraran oportuno. Cabe destacar que, a pesar de que en muchos países se pusieron en marcha dispositivos de atención psicológica ante esta crisis, los autores de este capítulo no han encontrado información respecto a la realización de seguimientos telefónicos y/o intervenciones repetidas en el tiempo con aquellas personas que lo necesitaran. Tan sólo se ha encontrado referencia a seguimientos on-line acerca de la sintomatología de la población (Armour et al., 2020; Duan & Zhu, 2020; Roma et al., 2020). De cara al futuro, sería quizás interesante el poder contar de manera previa con un protocolo más estandarizado de cuáles serían algunos de los criterios a tener en cuenta a la hora de proponer o no futuros seguimientos (aunque, no debemos olvidar, que

el criterio profesional de quien atiende la llamada siempre debe ser prioritario).

Por otro lado, un 35,71% de los/as profesionales refirieron que hubiera sido también útil el poder **conocer los campos de especialización de sus compañeros/as** de trabajo, antes de comenzar la atención telefónica. Argumentaron que, conociendo el área de especialización de los/as compañeros/as podría bien haber facilitado el poder derivar casos dentro del propio recurso, en función de las demandas de la persona que llamaba, bien haber realizado consultas específicas a estos/as compañeros/as. Sin duda es un aspecto interesante de valorar de cara al futuro. En el caso concreto de nuestro servicio, se estudió esta posibilidad, que cuenta con ventajas (como las apuntadas anteriormente) pero también con algunas desventajas (Lelebina & Gand, 2018). El problema principal de organizar el servicio por campos de especialización en vez de por demandas generales es de coordinación y organización (algo que debe prevalecer en un entorno de primera asistencia y/o emergencias). Si, como ejemplo, atendemos al organigrama de las áreas de intervención profesional del Consejo General de la Psicología de España (COP, 2020), de sus 14 áreas, al menos 5 de ellas reflejarían parte de las demandas que se han trabajado dentro del servicio (área de psicología clínica, de psicoterapia, de la salud, de la intervención social y emergencias y catástrofes). A su vez, estas áreas contienen campos de especialización específicos, lo que generaría que el servicio, en vez de estar organizado en 3 áreas principales (población general, personal de emergencias y afectados/familiares de afectados), se hubiera tenido que organizar en torno a un *mare magnum* de áreas, lo cual, sin duda, habría lastrado la efectividad de la atención prestada. Por último, los/as responsables de sala eran profesionales con experiencia en el campo tanto de la psicoterapia, como de la asistencia de situaciones de emergencia y primeras atenciones psicológicas, por lo que, ante cualquier dificultad que algún caso pudiera presentar, estaban disponibles.

También un 35,71% de los/as profesionales señalaron que sería interesante el poder **estructurar los descansos** de los que se disponían en el horario laboral. Algo fundamental en el contexto de la atención en emergencias es garantizar que los/as trabajadores/as puedan tener descansos, para tratar de evitar la sobrecarga (Maben & Bridges, 2020) y la aparición de síntomas de *burnout*, un problema que se ha detectado en los profesionales sanitarios españoles durante esta pandemia (Martínez-López et al., 2020). Ahora bien, aunque es innegable la necesidad y valor de los descansos, el propio contexto de atención de emergencias dificulta la estandarización o *predefinición* de los momentos en los cuales estos se pueden realizar. Los momentos de mayor carga laboral, en este ambiente, son difícilmente predecibles. A pesar de ello, puede ser interesante el contar con algún tipo de sistema visual que facilitara el poder garantizar su realización. Por ejemplo, una pizarra a modo de agenda con los nombres de los/as profesionales que trabajan en el turno, para que puedan anotar cuándo han hecho el descanso y que, puesto que estaría a la vista de todos/as, podría permitir que los propios compañeros/as avisasen a aquellas personas que llevan tiempo sin descansar, para que lo hicieran en cuanto pudieran, siendo estos obligatorios. De cara a poder realizar los descansos fuera del propio puesto de trabajo, la propia realidad de la pandemia dificultaba enormemente poder hacerlo. Era fundamental el tratar de minimizar al máximo los movimientos dentro del espacio de trabajo, para reducir al máximo el posible riesgo de

contagio (Ministerio de Sanidad, 2020). En este sentido, sería interesante valorar que la localización del recurso tuviera espacios abiertos independientes para poder realizar los descansos fuera del puesto de trabajo, teniendo claro que esto siempre estaría supeditado a las recomendaciones sanitarias existentes.

La presencia de un/a **coordinador/a de línea de atención** y/u otro/a **auxiliar** fue una propuesta realizada por el 28,57% de los/as profesionales del servicio. Esta sugerencia es fruto de las ocasiones en las que el/la coordinador/a de equipo y el jefe de sala estaban ya atendiendo la demanda de otros psicólogos del equipo, y había algún otro/a que le requería. En esta línea, algunos de los/as trabajadores/as del servicio han propuesto que podría crearse en futuros servicios la figura del coordinador/a auxiliar, o coordinador/a específico de línea de atención, aportando así una figura de referencia extra en el dispositivo. Es una propuesta que sería interesante barajar y estudiar su posibilidad de implementación.

La **organización espacial del puesto de trabajo** también fue una propuesta de reflexión realizada por el 28,57% de los/as profesionales del servicio. Indicaron que sería interesante contar con mesas grandes en las que trabajarían de manera cercana los/as profesionales, en función de la línea de atención. Existe numerosa literatura científica que pone de manifiesto la relación entre la distribución del entorno laboral y la productividad (Al Hor et al., 2016; Haynes, 2008). Sin embargo, de nuevo, la realidad de la pandemia hizo que no pudieran aplicarse todas las condiciones de distribución que, en otras circunstancias, sin duda favorecerían una mayor eficiencia laboral (Ministerio de Sanidad, 2020). Había de garantizarse la distancia interpersonal mínima de 2 metros, por lo que el espacio de trabajo quedó conformado por mesas individuales. Sin embargo, y para tratar de acercarse a las propuestas empíricamente validadas, estas mesas individuales se agruparon (respetando la distancia mínima de 2 metros) en función de las tres líneas de atención telefónica. Con la informatización del servicio, sí que se podría crear un chat interno según línea de atención, que permitiera la comunicación en tiempo real entre los/as trabajadores de cada grupo de atención, a la vez que respetaría el distanciamiento interpersonal, respetándose así las normas de seguridad ante los posibles contagios.

Por otra parte, también el 28,57% de los/as psicólogos/as del servicio indicaron que quizás sería interesante, de cara al futuro, reflexionar sobre algunos aspectos relativos al **cierre del servicio**. Así, sería importante desarrollar protocolos de derivación estandarizados con los recursos socio-sanitarios del Sistema Nacional de Salud, para garantizar que ningún usuario del servicio que lo necesitara, se quedaría sin asistencia psicológica y/o social. Aunque los psicólogos del equipo recibieron el encargo por parte de la coordinadora de ir derivando a todos aquellos casos que lo necesitaran a otros recursos psicológicos disponibles, cuando se aproximaban las fechas de cierre del SPAP, y se puso a disposición de todos los psicólogos el listado actualizado de recursos psicológicos disponibles, los psicólogos temieron que los usuarios a los que habían estado tratando quedarán sin un tratamiento adecuado que pudiera evitar un retroceso en los avances logrados durante las intervenciones realizadas en el servicio (Boldrini et al., 2020), más aún si cabe cuando las personas que están al otro lado del teléfono sufren de trastorno mental grave (López-Gómez, 2006; Belarre et al., 2017), algo que, con cierta frecuencia, ocurría en el servicio.

Otro aspecto que un 25% de los/as profesionales del servicio reseñaron como aspecto que fue mejorando a lo largo de las semanas del SPAP, fue la actualización continuada y distribución a los psicólogos de los **listados de recursos para usuarios, pero que sería deseable que fuera centralizada y estuviera informatizada**. Al comienzo el servicio, tuvo que realizarse una intensa labor de búsqueda y verificación de los recursos asistenciales para afectados por la COVID-19 disponibles a nivel nacional, autonómico y local. Una vez se hizo este listado inicial y se comprobó que los recursos funcionaban y eran gratuitos, se procedió a enviarlo a los psicólogos del SPAP.

Como la pandemia había llegado sin avisar, muchos de los recursos tuvieron que crearse de la nada y en poco tiempo. Además, precisamente por la novedad de estos servicios, tuvimos que elaborar nuestro listado desde la nada, porque no existía un listado centralizado de recursos que consultar. Por otro lado, era necesario no sólo contar con recursos específicos relacionados con la COVID-19, sino que también era fundamental conocer si los recursos de atención psicológica y social seguían en funcionamiento (p.ej., centros de salud mental, recursos para mujeres víctimas de violencia de género, recursos de mediación familiar...). Una de las principales dificultades que se detectaron en el servicio fue el de las personas que, por causa de la pandemia, perdieron sus seguimientos en sus centros de salud mental y/o social. Esto es algo que, de cara al futuro, ha de mejorarse, puesto que el cierre/parálisis de estos servicios genera una situación de extrema vulnerabilidad para los y las usuarias que acuden a ellos (Moreno et al., 2020; Roncero et al., 2020; Solé et al., 2020)

Por todo ello, localizar y verificar el funcionamiento de todos estos recursos fue una de las tareas a las que más atención se puso al comenzar al servicio, pero con el trascurso de las semanas descubrimos que esta labor de verificación y actualización de los listados habría que llevarla a cabo de forma continuada durante todo su funcionamiento. En un primer momento, se logró recabar información sobre más de 150 recursos, a los cuales se llamó para verificar que estaban en funcionamiento y hacerles saber de la puesta en marcha del teléfono de asistencia psicológica para afectados por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España. Esta tarea no se quedó ahí, sino que, de manera constante, se siguió contactando con dichos recursos de manera semanal para constatar que seguían en funcionamiento, así como se prosiguió con la búsqueda de posibles nuevos recursos. Lo cierto es que, durante el transcurso de las semanas, algunos de los recursos a los que se derivaba a las personas que llamaban, dejaron de funcionar sin previo aviso (se dieron casos de recursos que se habían verificado la semana anterior, y que a la siguiente ya no funcionaban). Esto generó que algunas de estas personas volvieran a llamar al servicio para dar dicha información, siendo derivadas a nuevos recursos en estos casos. Uno de los aspectos que los psicólogos del servicio han puesto de relieve que sería de gran ayuda que se pudiera mejorar es que, de cara al futuro, más allá de los listados de recursos que se les iban enviando actualizados a sus correos electrónicos, se pudiera disponer de una base de datos informatizada y centralizada donde se pudiera actualizar automáticamente la existencia y funcionamiento de los recursos existentes de atención psicológica y/o social, tanto generales, como específicos de la pandemia.

Por último, señalar que otro punto sobre el que sería interesante

reflexionar es sobre la posibilidad de reducir los **niveles de ruido** existentes en la sala de trabajo. Así, un 25% de los/as trabajadores/as del servicio indicaron que, en ciertos momentos, los niveles de ruido existentes podían interferir con la atención a los usuarios del servicio. Puesto que los espacios de los que se disponen muchas veces son difícilmente modificables, una de las alternativas que pudieran mejorar este aspecto en el futuro es el disponer de mejores auriculares, los cuales aislaran más el ruido externo, así como de micrófonos que filtrasen también más los sonidos del entorno. Esta idea fue estimada antes de comenzar el servicio, pero, de nuevo, la escasez de stock de productos, junto con la paralización de gran parte de la producción, hizo que, aunque se solicitasen a diferentes empresas, no se pudiera disponer de auriculares como los mencionados. Es por ello que, quizás, una posible solución sea el que las distintas administraciones puedan disponer de un stock interno de este tipo de productos, en previsión de posibles situaciones de emergencia como esta. También sería factible el disponer las mesas de trabajo dentro de mamparas que ayudasen por un lado a reducir los niveles de ruido, y, por otro, a reducir aún más los riesgos de contagio.

Referencias

- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2018). Guía electrónica para la gestión del estrés y los riesgos psicosociales. European Agency for Safety and Health at Work. Recuperado el 28 de diciembre de 2020 de <https://osha.europa.eu/es/tools-and-resources/e-guides/e-guide-managing-stress-and-psychosocial-ri-sks>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for clinical supervision in health service psychology. *The American Psychologist*, 70(1), 33.
- Alcañiz, M. A. (2019). Liderazgo 4.0. *Por el Medioambiente: SUMEmos*. Conferencia llevada a cabo en el III Seminario de Liderazgo y Comunicación, Unidad Militar de Emergencias, Madrid.
- Al Horr, Y., Arif, M., Kaushik, A., Mazroei, A., Kafatygiotou, M., & Elsarrag, E. (2016). Occupant productivity and office indoor environment quality: A review of the literature. *Building and environment*, 105, 369-389.
- Argote, L., & Fahrenkopf, E. (2016). Knowledge transfer in organizations: The roles of members, tasks, tools, and networks. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 136, 146-159.
- Argote, L., Lee, S., & Park, J. (2020). Organizational Learning Processes and Outcomes: Major Findings and Future Research Directions. *Management Science*.
- Argote, L., & Miron-Spektor, E. (2011). Organizational learning: From experience to knowledge. *Organization science*, 22(5), 1123-1137.
- Armour, C., McGlinchey, E., Butter, S., McAloney-Kocaman, K., & McPherson, K. E. (2020). The COVID-19 Psychological Wellbeing Study: Understanding the Longitudinal Psychosocial Impact of the COVID-19 Pandemic in the UK; a Methodological Overview Paper. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-17.

- Bandura, A. (1971) *Social Learning Theory* (General Learning Press, New York).
- Belarre, S. A., Belarre, J. C. A. A., Usán, P. B., García, B. P., Labena, S. A., & García, E. M. (2017). Continuidad de Cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Mental Grave? *Norte de Salud Mental*, 14(56), 26-40.
- Bell, D. J., Self, M. M., Davis III, C., Conway, F., Washburn, J. J., & Crepeau-Hobson, F. (2020). Health service psychology education and training in the time of COVID-19: Challenges and opportunities. *American Psychologist*.
- Boldrini, T., Schiano Lomoriello, A., Del Corno, F., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy during COVID-19: How the clinical practice of Italian psychotherapists changed during the pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 2716.
- Centers for Disease Control and Prevention (15 de diciembre de 2020). *Coronavirus (COVID-19)*. Your Helath – Coping with Stress. Recuperado el 15 de diciembre de 2020 de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>
- Céspedes, V. M. (2003). Lecciones aprendidas en desastres y la gestión del conocimiento en salud y desastres. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(3).
- Consejo General de la Psicología de España (21 de diciembre de 2020). Consejo. *Áreas Profesionales*. Recuperado el 21 de diciembre de 2020 de <https://www.cop.es/index.php?page=areas-profesionales>
- Davidson, K. M., Rankin, M. L., Begley, A., Lloyd, S., Barry, S. J., McSkimming, P., ... & Bienkowski, G. (2017). Assessing patient progress in psychological therapy through feedback in supervision: The MeMOS* randomized controlled trial (* Measuring and monitoring clinical outcomes in supervision: MeMOS). *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(3), 209-224.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
- Easterby-Smith, M., Crossan, M., & Nicolini, D. (2000). Organizational learning: debates past, present and future. *Journal of management studies*, 37(6), 783-796.
- Furnham, A. (1997). *The Psychology of Behavior at Work. The Individual in the Organization*, Hove East Sussex: Psychology Press.
- García-Vera, M. P., Labrador, F. J. y Larroy, C. (Eds.) (2008) *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes*. Madrid: Editorial Complutense.
- García, M. (1999). El liderazgo en los grupos. En F. Gil Rodríguez y C. M. Alcover. (Ed.), *Introducción a la psicología de los grupos* (pp. 281-329). Madrid, España: Pirámide.
- Gil Rodríguez, F. y Alcover, C. M. (2003), *Introducción a la psicología de las organizaciones*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Gil Rodríguez, F. (1999). El entorno físico de los grupos. En F. Gil Rodríguez y C. M. Alcover. (Ed.), *Introducción a la psicología de los grupos* (pp. 137-160). Madrid, España: Pirámide.
- Gimeno, M. (2018). Liderar equipos en situaciones de crisis. *Nuevos riesgos, nuevos retos*. Conferencia llevada a cabo en el II Seminario de Liderazgo y Comunicación, Unidad Militar de Emergencias, Madrid.
- Harder, N., Lemoine, J., & Harwood, R. (2020). Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 29(3-4), 330-346.
- Haynes, B. P. (2008). An evaluation of the impact of the office environment on productivity. *Facilities*.
- Keiser, N. L., & Arthur, W., Jr. (2020). A meta-analysis of the effectiveness of the after-action review (or debrief) and factors that influence its effectiveness. *Journal of Applied Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/apl0000821>
- Kotter, J. P. (1973). The psychological contract: Managing the joining-up process. *California management review*, 15(3), 91-99.
- Lelebina, O., & Gand, S. (2018). Beyond “Hero-based” management: revisiting HRM practices for managing collective expertise. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 73(1), 39-66.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales (1995). *Boletín Oficial del Estado*, 269. España, 10 de noviembre de 1995 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
- López-Gómez, D. (2006). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabilitación psicosocial*, 3(1), 17-25.
- Maben, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of clinical nursing*.
- Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C., Gómez-Galán, J., & Fernández-Martínez, M. D. M. (2020). Psychological impact of COVID-19 emergency on health professionals: Burnout incidence at the most critical period in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 3029.
- Mezzano, M. A. Y. (2019). La intervención psicológica en la gestión del riesgo de desastres. *Teoría y Práctica: Revista Peruana de Psicología CPSP-CDR-I*, 1(1), 13-18.
- Ministerio de Sanidad (2020). Procedimientos de Actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales Frente a la Exposición al SARS-CoV-2. Recuperado el 21 de diciembre de 2020 de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alerta/sActual/nCov/documentos/PrevencionRLLL_COVID-19.pdf

- Mohammed, A., Sheikh, T. L., Poggensee, G., Nguku, P., Olayinka, A., Oluabunwo, C., & Eaton, J. (2015). Mental health in emergency response: Lessons from Ebola. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 955-957.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., ... & Chen, E. Y. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*.
- Newell, J., & MacNeil, G. (2011). A comparative analysis of burnout and professional quality of life in clinical mental health providers and health care administrators. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26, 25-43.
- Organización Internacional del Trabajo (2020). *Frente a la pandemia: garantizar la seguridad y salud en el trabajo*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo N° 6 - Documento de Trabajo*. Ginebra.
- Odor, H. O. (2018). A literature review on organizational learning and learning organizations. *International Journal of Economics & Management Sciences*, 7(1), 1-6.
- Ramírez, F. (2020). Gestión del estrés. Guía 2. En E. Sánchez y H. Thomas. (Ed). *Proyecto AULA: Prevención de riesgos psicosociales*. Madrid, España: Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (2020). *Boletín Oficial del Estado*, 67, de 14 de marzo de 2020, 25390 a 25400. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3692
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Robertson, L., Lewis, C., & Bisson, J. I. (2019). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Roda, R. (1999). La estructura del grupo: estatus, rol, normas y cohesión. En F. Gil Rodríguez y C. M. Alcover. (Ed.), *Introducción a la psicología de los grupos* (pp. 137-160). Madrid, España: Pirámide.
- Roma, P., Monaro, M., Colasanti, M., Ricci, E., Biondi, S., Di Domenico, A., ... & Mazza, C. (2020). A 2-Month Follow-Up Study of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Lockdown. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8180
- Roncero, C., García-Ullán, L., Javier, I., Martín, C., Andrés, P., Ojeda, A., ... & Benito, J. A. (2020). The response of the mental health network of the Salamanca area to the COVID-19 pandemic: The role of the telemedicine. *Psychiatry research*, 291, 113252.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180.
- Smith, A., & Roberts, K. (2003). Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: a review of the literature. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 75-78.
- Solé, B., Verdolini, N., Amoretti, S., Montejó, L., Rosa, A. R., Hogg, B., ... & Vieta, E. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY. *Journal of Affective Disorders*.
- Turkington, R., Mulvenna, M., Bond, R., Ennis, E., Potts, C., Moore, C., ... & O'Neill, S. (2020). Behavior of Callers to a Crisis Helpline Before and During the COVID-19 Pandemic: Quantitative Data Analysis. *JMIR Mental Health*, 7(11), e22984.
- Van Overmeire, R. (2020). The myth of psychological debriefings during the corona pandemic. *Journal of Global Health*, 10(2).

Anexo



Tabla 1

Respuestas de los profesionales sobre los *aspectos correctamente implementados desde el comienzo del servicio*.

ASPECTOS CORRECTAMENTE IMPLEMENTADOS DESDE EL COMIENZO	EJEMPLOS	PORCENTAJE DE RESPUESTAS
Ambiente laboral óptimo.	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Trabajo en equipo. ⦿ Elevada motivación de los profesionales. ⦿ Cuidado emocional de los trabajadores. 	71,43%
Materiales y recursos de apoyo y derivación.	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Abundancia y diversidad ⦿ Actualización. ⦿ Protocolos de actuación. ⦿ Guías de intervención. 	64,28%
Estructura y disposición del equipo de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Profesionales con formación especializada en diferentes áreas. ⦿ Profesionales con diferentes enfoques terapéuticos. ⦿ Elevada implicación de los profesionales. ⦿ Distribución de parte del espacio en entornos colaborativos. 	53,57%
Coordinación y organización.	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Distribución del espacio. ⦿ Comunicación. ⦿ Adecuada logística. 	50,00%
Características y trabajo de los/as Jefes/as de Sala.	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Elementos de ayuda y apoyo. ⦿ Disponibilidad. ⦿ Accesibilidad. ⦿ Experiencia. 	42,86%
Seguridad del entorno.	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Medidas de prevención y protección frente a la COVID-19. 	25,00%
Filosofía del servicio: calidad frente a cantidad.	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Ausencia de limitaciones en número de seguimientos y tiempo de intervención. 	10,71%

Tabla 2

Respuestas de los profesionales sobre los *aspectos correctamente implementados y/o aprendidos durante el funcionamiento del servicio*

ASPECTOS CORRECTAMENTE IMPLEMENTADOS Y/O APRENDIDOS DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO	PORCENTAJE DE RESPUESTAS
Crecimiento personal y profesional fruto del trabajo en equipo y la cohesión grupal.	50%
Adaptación a la situación y aprendizaje de diversas formas de actuación para una atención telefónica eficaz.	50%
Utilidad de contar con protocolos de actuación específicos sobre diversas problemáticas: violencia de género, suicidio...	46,43%
Valor de la actualización constante de recursos y material de apoyo.	46,43%
Valor del autocuidado y el cuidado de los compañeros.	28,57%
Importancia del carácter multidisciplinar del equipo.	25%
Relevancia de Jefes de Sala con formación y experiencia en emergencias.	25%
Importancia de un <i>feedback</i> constante jefe de sala-psicólogo interviniente.	25%
Importancia de hacer una reevaluación permanente de la situación.	25%
Importancia de la realización de seguimientos.	10,71%

Tabla 3

Preguntas del cuestionario para la valoración de sintomatología depresiva, ansiosa y riesgo de autolesiones

En las dos últimas semanas:

Valoración de sintomatología depresiva

- ⦿ ¿Con qué frecuencia ha sentido poco interés o alegría por hacer las cosas?
- ⦿ ¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a (sin esperanzas)?

Valoración de sintomatología ansiosa

- ⦿ ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a?
- ⦿ ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de controlar sus preocupaciones?

Valoración de riesgo autolítico / ideación suicida

- ⦿ ¿Con qué frecuencia ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo?

Tabla 4
 Respuestas de los profesionales sobre los *aspectos a mejorar*

ASPECTOS A MEJORAR	EJEMPLOS	PORCENTAJE DE RESPUESTAS
Informatización llamadas	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Posibilidad de enviar material a usuarios por e-mail ⦿ Tener la información de llamadas anteriores a mano ⦿ No solapamiento de atención a un mismo usuario ⦿ Posibilidad de que los jefes de sala puedan escuchar las llamadas simultáneamente 	71,42%
Reuniones de equipo	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Reuniones de grupo semanales en horario laboral ⦿ Seguimiento/revisión de casos ⦿ Reuniones por mesas o por equipos de atención ⦿ Supervisión individual y <i>feedback</i> ⦿ Reuniones previas al inicio de la jornada (parte de novedades) ⦿ Reunión al cerrar el servicio 	67,86%
Formación	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Guía específica de formación para los/as trabajadores/as ⦿ Formación inicial más extensa ⦿ Formaciones con relación a actuaciones y protocolos de manera regular ⦿ Mayor formación sobre el cuestionario de <i>screening</i> 	46,42%
Seguimientos	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Establecimiento de criterios para dar seguimientos a las llamadas ⦿ Pautas para realizar los seguimientos 	39,29%
Especialización de cada psicólogo/a del equipo	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Compañeros de referencia que tengan conocimientos y experiencia específicos ⦿ Organizar las llamadas en función de esta especialización 	35,71%
Descansos	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Estructurar los descansos ⦿ Descansos fuera del puesto de trabajo ⦿ Descansos “obligatorios” ⦿ Espacios de “desahogo” ⦿ Favorecer la conciliación familiar ⦿ Rotar las libranzas 	35,71%
Figura de “coordinador auxiliar” / “coordinador de equipo”	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Figura de coordinador auxiliar según tipo de atención (general, familiares o intervinientes) 	28,57%
Organización del puesto de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Estructura de mesas según línea de atención 	28,57%
Cierre del servicio	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Mejora de la derivación al cierre (falta de recursos adecuados donde derivar) ⦿ Mayor tiempo de conocimiento del cierre (más de dos semanas) ⦿ Posibilidad de continuar seguimientos con intervinientes (trauma demorado) 	28,57%
Listado de recursos para usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Verificar que están en funcionamiento semanalmente desde el principio del servicio ⦿ Recursos de derivación para casos sensibles ⦿ Digitalización y centralización informatizada de los recursos ⦿ Información sanitaria actualizada ⦿ Mejora de árboles de decisión en las derivaciones 	25%
Nivel de ruido	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Ruido en la sala y del exterior ⦿ Mejores auriculares 	25%



