

# Apoyo emocional a pacientes con covid-19 y sus familiares en las unidades de cuidados intensivos

## *Emotional support for Covid-19 patients in intensive care units and for their families*

María Esperanza Durán-Florez, Alicia Vivian Bernal-García  
y Silvia Lorena Montes-Peña

Clínica Universitaria Colombia<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: María Esperanza Durán-Florez, [meduran@colsanitas.com](mailto:meduran@colsanitas.com).

### RESUMEN

La hospitalización de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) genera gran impacto para el paciente, la familia y los profesionales de la salud. Con la llegada del COVID-19, a este impacto se suma la incertidumbre, el malestar y la pérdida de funcionalidad en el paciente; y estrés, ansiedad, depresión o culpa en los familiares. Por esto, es de importancia incluir mecanismos efectivos para el afrontamiento, especialmente si el aislamiento no permite la interacción física entre el paciente y su familia. El objetivo de este texto fue describir la intervención realizada con familiares de pacientes ingresados en UCI con COVID-19 y reflexionar sobre el apoyo emocional brindado a las familias. Mediante llamadas telefónicas con familiares, la aplicación de distintas habilidades terapéuticas y la recepción de audios, videos, fotos, y oraciones para ser reproducidos a los pacientes, el acompañamiento y apoyo emocional realizado ayuda a abordar los factores estresantes en los familiares asociados a la hospitalización por COVID-19 en una UCI. A su vez, la aplicación del protocolo muestra mayor desarrollo de empatía en los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** Unidad de cuidados intensivos; Familia; Apoyo emocional; COVID-19.

### ABSTRACT

*Hospitalization of a patient in the Intensive Care Unit (ICU) generates an intense impact on the patient, family, and health professionals. With the arrival of COVID-19, this impact gets compounded by uncertainty, discomfort in the patient, loss of functionality, stress, anxiety, depression, and even guilt for family members. Therefore, it is important to include effective coping mechanisms, especially if isolation does not allow physical interaction between the patient and his or her family. The present study aimed to describe an intervention performed with relatives of patients admitted to the ICU with COVID-19 and reflect on the emotional support provided to families. Through telephone calls with family members, the application of different therapeutic skills, and the receipt of audio, videos, photos, and prayers to be played to patients, the emotional accompaniment and support performed helps to address the stressors in family members associated with COVID-19 hospitalization in an ICU. In turn, applying the protocol shows increased development of empathy in health professionals.*

**Key words:** Intensive care units; Family; Emotional support; COVID-19.

<sup>1</sup> Calle 22B, Núm. 66-46, Bogotá, Colombia, tel. (57)31-25-88-04-79.



Recibido: 30/07/2021

Aceptado: 04/02/2022

La creación de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) se remonta al siglo XIX en contextos de guerra y en pacientes en una condición crítica. A partir de ese momento, se han hecho considerables avances que han permitido especializar el cuidado médico y progresar en el cuidado en los pacientes en cuanto a los equipos tecnológicos (sistemas de monitoreo, respiradores, máquinas de ultrasonido) y en los relacionados con el entrenamiento de especialistas, el aumento del personal disponible y una atención más apropiada para las familias (Vincent, 2013).

Es innegable el efecto que genera en el paciente, la familia y los profesionales de la salud la hospitalización de una persona en una unidad de cuidados intensivos (UCI en lo sucesivo); a su vez, el paciente experimenta una sensación de malestar que no solamente se circunscribe a la patología que padece, pues también se relaciona con la pérdida de autonomía, privacidad, funcionalidad e independencia en un contexto que le es ajeno. En efecto, entre los factores ambientales estresantes en una UCI se encuentra el estar rodeado de máquinas irreconocibles –como respiradores y monitores– y de ruidos extraños, a lo que se añade el temor y la incertidumbre producidos por su estado de salud y el aislamiento que experimenta (Ayllón, Álvarez y González, 2007).

De acuerdo con la literatura, el proceso de enfermedad conlleva una adaptación de toda la red de apoyo, lo que puede provocar conflictos y padecimientos en otros miembros de la familia, en ocasiones debidas a la desatención de las propias necesidades, un descanso inadecuado o hábitos alimenticios deficientes (Fuertes y Maya, 2001). Particularmente, el proceso de hospitalización de un paciente en una UCI supone una crisis en el núcleo familiar que puede estar caracterizada por reacciones de estrés, ansiedad o depresión, lo que implica el empleo de mecanismos efectivos de afrontamiento por sus miembros (Gaur *et al.*, 2020).

Asimismo, la hospitalización en una UCI enfrenta a los familiares a momentos de desorienta-

ción vinculada a sus necesidades cognitivas, emocionales, sociales y prácticas.

Las necesidades cognitivas de la familia hacen referencia al conocimiento que tiene del paciente y de las características de la UCI, como el deseo de recibir información permanente relacionada con el diagnóstico, el pronóstico, el curso del tratamiento, los procedimientos a seguir y las necesidades del paciente, así como la certeza de que la información que se le suministra es enteramente confiable. En las necesidades emocionales se evidencia la presencia de aprensión e incertidumbre ocasionadas por la posible pérdida o el mal pronóstico sobre el estado de su ser querido (Pardavila y Vivar, 2012). Las necesidades sociales, por su parte, se relacionan con la modificación súbita de los roles familiares, de las relaciones interpersonales y de las responsabilidades de los miembros de la familia; asimismo, cabe destacar la necesidad de tener proximidad con el paciente, es decir, estar cerca de esa persona, verla regularmente y sentir que de algún modo se asiste a sus requerimientos. Finalmente, las necesidades prácticas constituyen los servicios e insumos que ayudan a que la familia se sienta más cómoda: salas de espera, cafeterías y teléfonos u otros medios de comunicación con el paciente (Hidalgo, Vélez y Pueyo, 2007).

Actualmente, el coronavirus que debutó en el hombre como parte de la familia de coronavirus que se encuentran igualmente en animales, se manifestó como un brote de enfermedad respiratoria. Fue detectado por primera vez en China en el año 2019, y la enfermedad causada por dicho virus se denominó Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), comúnmente conocido como COVID-19. En Colombia, los primeros casos reportados fueron importados y se confirmaron el 6 de marzo de 2020 (Instituto Nacional de Salud, 2020). Días después, el 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el COVID-19 como pandemia tras haber declarado el brote como una “emergencia de salud pública de importancia internacional” un mes y medio antes, a finales de enero (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La contingencia que se ha suscitado por la pandemia del COVID-19 ha implicado tomar medidas de aislamiento y distanciamiento social que han afectado drásticamente la cotidianidad de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2020). En el momento de contagio por COVID-19, tal efecto puede aumentar aún más debido al aislamiento generado por la hospitalización en la UCI de un paciente infectado por el virus, exacerbando así la sensación de incertidumbre de la familia, que desconoce el espacio donde está hospitalizado, al personal que se hará responsable de su cuidado, el tratamiento y su pronóstico. En estos casos, se encuentran limitadas totalmente las visitas de los familiares, lo que implica un reto para el personal de salud que, además de dedicarse al cuidado del paciente, debe subsanar las necesidades de proximidad, seguridad e información de la familia.

Para los miembros de la familia, las intervenciones que incluyen contención por parte del equipo sanitario contribuyen a su bienestar al satisfacerse las necesidades mencionadas. Se ha evidenciado que los miembros de la familia experimentan menos malestar cuando reciben información adecuada de manera periódica que dé cuenta del estado de salud del paciente; mientras que cuando no se satisface esa necesidad de comunicación o información se produce en la familia ansiedad y altos niveles de frustración; por lo tanto, la necesidad de proximidad y la implicación en los cuidados al paciente tiene considerables repercusiones para este y su familia (Antiller y Roca, 2014).

Otro elemento a tenerse en cuenta es la soledad que padecen los pacientes en la UCI derivada del COVID-19. Este estado se caracteriza por estar en un entorno desconocido, con cuidadores desconocidos, separado de su familia; por lo tanto, la incertidumbre, la confusión y el dolor propio de encontrarse en la UCI aumenta por el necesario alejamiento de la familia, más todavía por estar solo en el momento de la muerte. Todo lo anterior provoca una gran carga emocional para la familia, inclusive también para el personal de salud de la UCI (Hartog y Reinhart, 2018).

Montauk y Kuhl (2020) consideran que el duelo en la UCI para los pacientes con COVID-19 es problemático y perturbador para la familia por la imposibilidad de ver a su familiar. La familia

se sentirá más segura si está en la UCI a cargo del cuidado del paciente. Adicionalmente, la toma de decisiones se hace más compleja si los familiares no reciben una mayor información sobre los objetivos del cuidado (Montauk y Kuhl, 2020); cabe mencionar que la forma remota de ofrecerla es lo que se utiliza en estos casos: el teléfono móvil u otro dispositivo que haga posible la comunicación. (Gaur *et al.*, 2020). Las presentes autoras proponen las siguientes medidas para mitigar el efecto emocional en las familias de pacientes ingresados en la UCI: *i)* Validar la incertidumbre y el miedo de las familias ante lo desconocido debidos a la pandemia; *ii)* Iniciar lo antes posible el manejo con un dispositivo móvil solo si la familia lo acepta, dado que para algunos las llamadas telefónicas son más fáciles de operar; *iii)* No tener miedo de expresar emociones, pues a todas las personas les ha afectado la presencia de la enfermedad, incluido el personal de salud, y comentarlas con las familias las aproxima a los cuidadores de su familiar, y *iv)* Utilizar las palabras exactas, sin eufemismos ni tecnicismos en la información, y *v)* Entender que las familias necesitan apoyo emocional y priorizar la salud mental que a largo plazo mitiga el impacto psicológico de la separación por COVID-19.

McDonald y Clark (2020), en referencia al impacto en la salud mental de pacientes admitidos en las UCI por COVID-19, concluyen que estos pacientes sufrirán afectaciones en su salud mental y física por la propia enfermedad, así como consecuencias negativas ocasionadas por haber estado aisladas de sus familiares, por lo que recomiendan un enfoque biológico, psicológico, farmacológico y social para el alta, la gestión de casos, la evaluación de riesgos y la planificación de un apoyo conductual positivo.

### Descripción de la intervención

Desde la recepción del primer paciente con COVID-19 en la Clínica Universitaria Colombia en marzo de 2020, se despliega un protocolo de acompañamiento a pacientes que se encuentran en la zona de aislamiento por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 y a sus familiares. Este protocolo tiene el objetivo de acompañarlos psi-

cológicamente por medio de la utilización de la telepsicología<sup>2</sup> en las intervenciones hechas por el equipo de salud mental centradas en brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familiares (Asociación Colombiana de Facultades de Psicología y Colegio Colombiano de Psicólogos, 2020). Debido a la contingencia desatada por el COVID-19, se implementó el modelo de teleconsulta, mismo que se describe a continuación con más detalle.

### Pasos en el protocolo

Para lograr un adecuado abordaje desde el área de salud a los familiares y pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19, es importante que el profesional identifique sus propias emociones y disponga del tiempo suficiente para realizar las intervenciones. En la Tabla 1 se muestran los pasos para la intervención.

**Tabla 1.** Pasos sugeridos en la llamada.

PASOS	DESCRIPCIÓN
Previo a la entrevista	Asignación de pacientes a cada psicólogo. Revisión de la historia clínica: conocimiento de la familia sobre el diagnóstico y el pronóstico.
Durante la entrevista	Empezar la llamada identificándose. Verificar el parentesco del familiar con el paciente. Indicar el motivo de llamada. Indagar la información que tiene el familiar sobre la evolución del paciente. Reconocer sus necesidades de información. Responder a las necesidades emocionales de la familia. Evaluar las respuestas emocionales mediante escucha activa, parafraseo y síntesis de lo abordado durante la llamada. Validar las respuestas emocionales: por medio de la comunicación empática. Cierre.
Después de la entrevista	Elaborar el plan a seguir. Dejar las notas correspondientes en la historia clínica. Comunicar a equipo interdisciplinario las necesidades de información de la familia. Enviar audios y videos de la familia a los pacientes. Hacer un seguimiento a la familia. Apoyarla en el duelo si fuese necesario.

El conocimiento de los médicos del paciente por parte de su familia es primordial en el momento de brindar el apoyo emocional. Es necesario establecer cómo han entendido lo sucedido, establecer cuán realista es su impresión y cuáles son sus expectativas, fantasías y temores, por lo que se sugiere iniciar con una pregunta abierta que promueva la expresión emocional de la familia y responder a las reacciones de la familia (Bascuñán, 2013).

Las estrategias de comunicación virtual durante la pandemia por COVID-19 para los pacientes ingresados en la UCI promueven la cercanía con

sus familias, las hacen parte del proceso de recuperación del paciente y mitigan el impacto negativo de la hospitalización; a las familias les permite mantener el vínculo afectivo, y genera una mayor empatía y trato humanitario en el personal sanitario en el cuidado porque le es posible escuchar las historias que aquellas envían en los audios a sus pacientes internados en la UCI (Sotelo, 2015).

Para llevar a cabo la teleasistencia de soporte emocional a los familiares de los pacientes fue necesario implementar algunas recomendaciones del Colegio Colombiano de Psicólogos, institución que sugiere que el profesional se pregunte si existe la opción de desarrollar sesiones presenciales. Así, el acompañamiento psicológico también incluye la atención presencial de los pacientes con diagnóstico o sospecha de infección por COVID-19. Tal decisión depende del equipo médico tratante, sobre todo si lo considera pertinente en aquellos

<sup>2</sup> Los servicios de telepsicología se enmarcan en el campo de la telesalud. Corresponden a las intervenciones realizadas con el fin de proveer servicios de salud mental a distancia mediante el uso de teléfono, videoconferencia, radio, televisión o internet (Asociación Colombiana de Facultades de Psicología y Colegio Colombiano de Psicólogos, 2020).

casos en los que el paciente no dispone de las herramientas electrónicas para efectuar la teleasistencia, no se sienta cómodo con la utilización de tal tecnología, se halle en la fase final de vida, si manifiesta alteraciones de su estado de ánimo, o si es para brindar soporte emocional a quienes visitan a un familiar hospitalizado (Gaur *et al.*, 2020). En los casos de las intervenciones presenciales, se debe garantizar la protección personal a cada psicólogo que ingrese al área de COVID-19.

Desde marzo de 2021, a partir del arribo de pacientes con síntomas de COVID-19, se han realizado aproximadamente 7,700 intervenciones para el apoyo emocional de pacientes y familiares, según el criterio profesional del personal de psicología. Dentro de las intervenciones realizadas por vía telefónica se encuentran diferentes tipos que responden al estado emocional de los pacientes o familiares y a los factores identificados como originadores de crisis (Rodríguez y Salinas, 2011).

A continuación, se encuentran los diferentes tipos de intervenciones efectuadas:

#### *Intervención en crisis*

Gantiva (2010) señala que la intervención en crisis (IC) frecuentemente la realizan los profesionales de diferentes disciplinas para la entrega de un diagnóstico grave y la notificación del deceso de un ser querido, entre otros. Esta estrategia se asocia generalmente a una intervención en el primer momento de un evento traumático; en este momento inicial se utilizan los primeros auxilios psicológicos (PAP), y después se efectúa la intervención en crisis con terapia breve.

La IC es el inicio de este protocolo en la clínica con los familiares de pacientes con COVID-19. En ella se diferencian dos momentos clave: por un lado, el espacio de expresión emocional, el procesamiento de las emociones, la activación de las redes de soporte social y la evaluación del daño asociado a la crisis; por otro, la integración del momento de crisis a la vida de la persona y la toma de decisiones.

Las estrategias de la IC para los familiares tienen como objetivo la contención de posibles distorsiones cognitivas asociadas con la contingencia y que se caractericen como un factor comprometedor de la estabilidad psicoemocional de

los individuos o de la comunidad. El grupo de psicólogos utiliza la IC con los familiares en dos aspectos: el primero se enfoca en la expresión y procesamiento emocional, la evaluación del daño y la activación de las redes. El segundo momento se orienta a que la persona integre la crisis a su vida, promoviendo así la toma de decisiones y el restablecimiento del equilibrio emocional y conductual (Gantiva, 2010).

#### *Duelo en la UCI*

Los pacientes con COVID-19 que ingresan a UCI están en situación crítica, por lo que la muerte es un posible desenlace. Para Selman *et al.*, (2020), el duelo en la UCI puede asociarse con estrés post-traumático, resultados negativos en la salud mental y depresión, por lo que dichos autores sugieren tener una comunicación clara y completa con los familiares de manera regular, sensible y precisa.

Dentro del duelo, un elemento importante es el duelo anticipatorio, al que Lindeman definió en 1944, como “el proceso de desapego emocional que ocurre antes de la muerte de un ser querido y [...] que puede favorecer el reconocimiento de la realidad de la pérdida de una forma gradual, lo que haría más sencillo resolver asuntos inacabados con el ser querido que va a morir en un tiempo breve”.

El duelo ha adquirido características diferentes durante la contingencia por el COVID-19. Algunas conductas significativas relacionadas con la pérdida, como los rituales (ceremonias, religiosas o familiares) que validan la experiencia de dolor y promueven la expresión emocional—actividades trascendentales para que el proceso de duelo se desarrolle de manera normal y no evolucione hacia un duelo complicado— se han visto necesariamente limitadas. Por esta razón, la intervención en el duelo anticipatorio o en la fase inicial del duelo resulta fundamental para el desarrollo normal de este proceso, e incluye la promoción de la ventilación emocional, la validación de la respuesta emocional, un espacio de contención, la psicoeducación sobre el proceso de duelo y las recomendaciones para la realización de aquellos rituales funerarios que sean permitidos en las condiciones de aislamiento.

Durante la implementación de la estrategia en la clínica, la intervención en duelo anticipatorio (cf. Guinot, Cuesta, Farriol y Postigo, 2019) se establece por medio de la información que hay en la historia clínica sobre el mal pronóstico del paciente, o bien por la suministrada por el equipo médico y de enfermería tratante.

La Tabla 2 resume las estrategias en el manejo de duelo anticipatorio y para las situaciones en las que la familia se beneficie de las intervenciones en duelo tras la muerte del paciente por COVID-19.

**Tabla 2.** Estrategias en el manejo de duelo anticipatorio y duelo después de la muerte del paciente por COVID-19.

<b>Duelo anticipatorio</b>
● Revisar la información que tiene la familia sobre el desenlace del paciente.
● Aclarar el continuo optimismo-realidad.
● Definir quién de la familia se verá más afectado y explicar la forma de apoyarlo.
● Discutir sobre el temor y la incertidumbre.
● Fortalecer la conexión espiritual, teniendo en cuenta que no hay una conexión física.
● Validar cualquier expresión religiosa y espiritual.
● Acompañar antes y después de la visita de un miembro de la familia al paciente.
<b>Duelo por fallecimiento</b>
● Realizar llamadas de seguimiento emocional tan pronto el médico avise a la familia sobre el deceso.
● Realizar intervención en crisis.
● Si la familia lo requiere, llevar a cabo una reunión de apoyo.
● Enviar por correo el folleto de duelo, creado especialmente para la Clínica.
● Incluir a la familia en el taller de duelo para familiares de pacientes COVID-19.
● Brindar apoyo emocional a los miembros de la familia que lo requieran.
● Promover conductas de autocuidado.
● Apoyar la realización de ceremonias virtuales o la utilización de webs y foros especializados en duelo.

Ruiz (1998) conceptúa las habilidades terapéuticas como las aptitudes y comportamientos que debe instrumentar el terapeuta en la práctica clínica; y para llevarla a cabo Ruiz y Villalobos (1994) enlistan algunos elementos necesarios: mostrar interés genuino por las personas y por su bienestar, tener compromiso ético, y manifestar calidez, cordialidad y empatía en su labor.

Se identifican de igual forma otras habilidades que debe poseer el terapeuta al momento de establecer el vínculo con un paciente o familiar. Se destaca entre ellas la capacidad de entender, escuchar, guiar, interpretar, confrontar e informar (Bados y García, 2011). Además, deben resaltarse algunas otras actitudes, como exhibir aceptación, empatía y autenticidad (López y Mazo, 2011), al igual que algunos factores básicos que promueven el mantenimiento de la relación terapéutica iniciada: la confianza básica, el *rappor*t y la colabora-

ción terapéutica, que se caracteriza por la alianza terapeuta-paciente (Bados y García, 2011).

Por otra parte, Sánchez (2008) afirma que “el psicólogo clínico profesional debe causar una buena impresión en el paciente, inspirar confianza y seguridad y establecer un trato amigable, considerado y respetuoso. El trato con el paciente debe hacerse de manera cordial y respetuosa, dirigiéndose a él o ella sin excesiva familiaridad” (p. 135). Las habilidades mencionadas anteriormente fueron, pues, tenidas en cuenta al llevar a cabo el acompañamiento ya descrito.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es fundamental destacar la trascendencia del trabajo interdisciplinar en el acompañamiento de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 y de sus

familias, toda vez que el personal sanitario responsable de estos pacientes informaba a los allegados de estos últimos respecto a la condición médica, evolución y procedimientos a realizar. Basándose en la información suministrada por el personal de salud, los encargados del área de salud mental de la clínica hacían el acompañamiento emocional. A su vez, los hallazgos encontrados por el equipo de salud mental sobre las necesidades de información de los familiares hechas al profesional correspondiente facilitan el canal de comunicación entre el médico y la familia, resolviéndose así las necesidades específicas evidenciadas por los familiares y las diferencias entre cada paciente.

Para el caso de los pacientes que se hallan al final de su vida, mantener un vínculo con la familia es beneficioso no solamente para la intervención en el duelo anticipatorio o posterior al fallecimiento, sino para generar canales de despedida con el paciente, o bien para gestionar una corta visita presencial mediante una comunicación telefónica o una videollamada, en los casos en que se considere que esto es posible.

La contingencia ha generado nuevos retos al quehacer de los psicólogos, ya que se ven abocados a intervenir mediante herramientas tecnológicas (teléfono, videollamadas, etc.), o bien adap-

tando conceptos como *rappport* e intervención en crisis, entre otros. Además, supone nuevos retos en lo concerniente al manejo del duelo.

La contingencia suscitada por el COVID-19 no únicamente ha modificado el quehacer de los profesionales de la salud, sino también la forma en que las familias logran acompañar a sus seres queridos hospitalizados, con los que pueden mantener un vínculo emocional mediante la virtualidad, lo que da una connotación positiva al uso de la tecnología, que en este caso no limita el contacto entre personas sino que promueve el acompañamiento.

De igual forma se evidenció que la estrategia del envío de audios, videos, cartas y fotografías a pacientes hospitalizados en condiciones de aislamiento tiene un efecto positivo en los trabajadores de la salud que, si bien no se cuantificó, se observó en la forma de un mayor desarrollo de la empatía, lo que redundaba en una atención más humanizada.

La familia precisa sentirse involucrada y conectada con el paciente, y para este es importante sentir esa conexión con su familia, así sea de manera virtual. Así, el acompañamiento brindado garantiza que se mantengan y fortalezcan las redes de apoyo con las que el paciente cuenta.

*Citación:* Durán-Florez, M.E., Bernal-García, A.V. y Montes-Peña, S.L. (2022). Apoyo emocional a pacientes con covid-19 y sus familiares en las unidades de cuidados intensivos. *Psicología y Salud*, Número Especial, 47-54. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2791>.

## REFERENCIAS

- Antiller, T. y Roca, A. (2014). El cuidado de las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Metas Enfermería*, 17(2), 50-56.
- Asociación Colombiana de Facultades de Psicología y Colegio Colombiano de Psicólogos (2020). *Telepsicología. Sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. Bogotá: Autores. Recuperado de [https://ascofapsi.org.co/pdf/Libros/Telepsicologia\\_web.pdf](https://ascofapsi.org.co/pdf/Libros/Telepsicologia_web.pdf).
- Ayllón, N., Álvarez, M. y González, M. (2007). Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(4), 159-167.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bascuñán, L. (2013). Comunicación de malas noticias en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 685-693.
- Fuertes M., C. y Maya M., U. (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 83-92.
- Gantiva, C. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 143-145.
- Gaur, S., Pandya, N., Dumyati, G., Nace, D.A., Pandya, K. y Jump, R. (2020). A structured tool for communication and care planning in the era of the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 943-947. Doi: 10.1016/j.jamda.2020.05.062.

- Guinot, J., Cuesta, M., Farriol, V. y Postigo Z., S. (2019). Duelo anticipado y sentido. *CM Psicobioquímica*, 6, 35-45.
- Hartog, C.S. y Reinhart, K. (2018). Staff and family response to end-of life care in the ICU. *Current Opinion in Anesthesiology*, 31, 195-200. Doi: 10.1097/ACO.0000000000000557.
- Hidalgo, I., Vélez, Y. y Pueyo, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(3), 106-114.
- Instituto Nacional de Salud (2020). *Casos de COVID-19 en Colombia*. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Paginas/Boletines-casos-COVID-19-Colombia.aspx>.
- Lindeman, E. (1944). Symptomology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- López, H. y Mazo, R. (2011). El nuevo terapeuta: su rol y compromiso. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, 22.
- McDonald, G. y Clark, L.L. (2020). Mental health impact of admission to the intensive care unit for COVID-19. *British Journal of Community Nursing*, 25(11), 526-530. Doi: 10.12968/bjcn.2020.25.11.526.
- Montauk, T.R. y Kuhl, E.A. (2020). COVID-related family separation and trauma in the intensive care unit. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(s1), s96-s97. Doi: 10.1037/tra0000839.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
- Pardavila, M.I. y Vivar, C.G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51-67.
- Rodríguez, M. y Salinas, J. (2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: algunas consideraciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 211-225.
- Ruiz, M.A. (1998): Habilidades terapéuticas. En M. A. Vallejo P. (Dir.): *Manual de terapia de conducta* (vol. 1). Madrid: Dykinson.
- Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (1994): *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: El Manual Moderno.
- Selman, L., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, Ch. y Koffman, J. (2020). Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), E81-E86. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024.
- Sotelo, S. (2015). *Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos*. Trabajo inédito de pregrado. A Coruña (España): Escuela Universitaria de Enfermería.
- Vincent, J. (2013). Critical care —where have we been and where are we going? *Critical Care*, 17(s2). Doi: 10.1186/cc11500.