

PsYcœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 17, Nº 31, julio-diciembre, 2023



Salud mental y recursos de afrontamiento en pacientes hospitalizados por COVID-19

Mental health and coping resources in patients hospitalized for COVID-19

CRISTIAN CORREA RAMÍREZ

Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-3217-6663>

cristian.correa@upb.edu.co

JULIANA ACEVEDO MORENO

Universidad CES, Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-6940-6744>

acevedo.juliana@uces.edu.co

SANTIAGO CANO ARIAS

Universidad CES, Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-2111-5881>

santiagol.cano@upb.edu.co

Recibido: 29 marzo 2023 • Aceptado: 13 octubre 2023 • Publicado: 20 octubre 2023

Cómo citar este artículo: Correa Ramírez, C., Acevedo Moreno, J. & Cano Arias, S. (2023). Salud mental y recursos de afrontamiento en pacientes hospitalizados por COVID-19. *Psicoespacios*, 17(31). <http://doi.org/10.25057/21452776.1515>

Resumen

El objetivo de la presente investigación es analizar las distintas características psicosociales y los recursos de afrontamiento de los pacientes hospitalizados por COVID-19, destacando sus efectos en la salud mental, a partir de los relatos y las experiencias identificadas en las historias clínicas de la Clínica Universitaria Bolivariana entre el 1 de julio y el 31 de octubre de 2020. La investigación, con un enfoque cualitativo y un diseño hermenéutico de tipo documental, realizó un muestreo por criterios de inclusión no probabilístico, en el cual se identificaron 61 historias clínicas que cumplieran los requerimientos definidos previamente. Los resultados evidencian que durante la experiencia hospitalaria emergen una amplia gama de situaciones que involucran la presencia de un malestar emocional, de una percepción de soledad y un reconocimiento de pérdidas; a su vez, los pacientes emplean una diversidad de estrategias de afrontamiento en un proceso adaptativo que permite construir un escenario de bienestar. El estudio recoge diversas singularidades inscritas en el marco de estresores significativos que enfrentan los pacientes en un contexto de aislamiento hospitalario; en esta perspectiva las reflexiones derivadas podrían ampliarse a poblaciones que en otros contextos afrontan fuertes medidas de aislamiento por motivos

de bioseguridad hospitalaria. Las demandas psicosociales encontradas permiten concluir que es fundamental el acompañamiento psicosocial y la construcción de equipos de salud sensibles a los fenómenos vinculados con la salud mental de los pacientes.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, salud mental, COVID-19, duelo.

Abstract

The objective of the present research is to analyze the different psychosocial characteristics and coping resources of patients hospitalized by COVID-19, highlighting their effects on mental health, based on the narratives and experiences identified in the medical records of the Clínica Universitaria Bolivariana between July 1 and October 31, 2020. The research, with a qualitative approach and a documentary-type hermeneutic design, carried out a non-probabilistic inclusion criteria sampling, in which 61 clinical histories were identified that met the previously defined requirements. The results show that during the hospital experience a wide range of situations emerge that involve the presence of emotional discomfort, a perception of loneliness and a recognition of losses; at the same time, patients use a variety of coping strategies in an adaptive process that allows building a scenario of well-being. The study gathers several singularities inscribed in the framework of significant stressors faced by patients in a context of hospital isolation; in this perspective the reflections derived could be extended to populations that in other contexts face strong isolation measures for reasons of hospital biosecurity. The psychosocial demands encountered lead to the conclusion that psychosocial accompaniment and the construction of a psychosocial support system are fundamental.

Keywords: coping strategies, mental health, COVID-19, bereavement.

Introducción

La Clínica Universitaria Bolivariana (CUB) ha realizado un acompañamiento integral de los pacientes que requieren hospitalización asociada a un posible diagnóstico de COVID-19. Frente a esto la presencia del equipo psicosocial ha sido relevante para acompañar a los pacientes en las demandas de orden psicológico y social. El enfoque biopsicosocial de la salud tiene como premisa fundamental reconocer y destacar no solo los componentes biológicos sino también aquellos que obedecen al orden de lo psicológico y social expresados en la vida cotidiana. La mayoría de los pacientes diagnosticados o con sospecha de COVID-19 recibieron una primera valoración por psicología; dicho acompañamiento se realizó siguiendo los protocolos de bioseguridad institucionales a través de medios teleasistenciales para minimizar los riesgos de contagio del equipo.

Ante lo expuesto anteriormente, la presente investigación tiene como finalidad analizar las distintas características psicosociales y los recursos de afrontamiento de los pacientes hospitalizados por COVID-19, destacando sus efectos en la salud mental a partir de los relatos y las experiencias identificadas en las historias clínicas entre el 1 de julio y el 31 de octubre de 2020. Para esto se propone un ejercicio hermenéutico que busca destacar y reconocer las principales narrativas de los pacientes, identificadas en la historia clínica. En términos generales esta investigación entiende la construcción de la historia clínica como un ejercicio narrativo en el que puede ser captada la voz del profesional y también la de los pacientes.

Recibir el diagnóstico por COVID-19 y experimentar los rigores propios del virus cuando se requiere un proceso de hospitalización,

cambia drásticamente las condiciones del entorno personal, social y familiar de las personas según lo evidenciado en diversos estudios (Huarcaya-Victoria, 2020; Yang et al., 2020; Cattelan et al., 2021). A menudo se encuentran presentes sentimientos de soledad, sensación de encierro, aumento de temores, crisis de ansiedad o de pánico (Lorenzo Ruiz et al., 2020). Los pacientes confirmados como casos de COVID-19 o sospechosos de esto enfrentan afectaciones en su salud mental a causa de la presión psicológica a la que se ven sometidos; en esta línea se encuentran sentimientos de soledad, ansiedad, tristeza, labilidad emocional, y en casos extremos hay poca cooperación con los tratamientos y se podrían llegar a presentar riesgos de autolesiones o heterolesiones, así como planes suicidas estructurados (Paredes Pérez et al., 2020).

Por otra parte, existen diferentes circunstancias relacionadas al contexto y las particularidades de cada persona que influyen en los síntomas psicológicos de las mismas; cambio brusco en la dinámica de vida, ausencia de un trabajo o ingreso en el hogar, déficit económico, cancelación de planes, condiciones inadecuadas para estar en casa, psicopatologías de base previas y agravadas por el momento, incertidumbre acerca de la duración de la epidemia, vida social, económica y familiar (Mureta, 2020). Saberse aislado de la familia, con la incertidumbre de un posible deterioro en la salud y con imaginarios negativos provenientes principalmente de las redes sociales hacia el equipo de salud, suelen generar un reto enorme en los entornos hospitalarios (Correa Ramírez et al., 2021).

En términos generales, la psicología ha mostrado un interés amplio por reconocer las formas como los seres humanos respondemos a las adversidades. Ante esto una de las categorías más recurrentes es la de afrontamiento, la cual es definida en Folkman y Lazarus (1980) como una serie de esfuerzos

cognitivos y comportamentales que despliega una persona en su intento por dar respuesta o amortiguar diversas demandas internas o externas. La presente investigación destaca una serie de sentidos narrativos dirigidos a las formas de afrontamiento de la crisis, representaciones sociales, miedos, fuentes de ansiedad en las que emerge la voz del paciente, subrayando la forma como responden y al mismo tiempo construyen un escenario de cuidado.

La valoración de los recursos de afrontamiento suele estar asociada al fenómeno del estrés psicológico, el cual surge ante la percepción de amenaza que tiene una persona de una situación particular, y en segundo lugar se amplifica o dosifica con la valoración de los recursos internos y externos que reconoce el sujeto para hacer frente a las demandas propias del estresor (Rodríguez Campuzano & Frías Martínez, 2005). Alrededor del afrontamiento suele hablarse de estrategias y estilos; las estrategias de afrontamiento están vinculadas con acciones o procesos concretos que utiliza un individuo en determinado contexto y son altamente cambiantes dependiendo de la situación; de otro lado, los estilos obedecen a una disposición general de afrontamiento que lleva al sujeto a pensar y actuar siguiendo cierto patrón estable en distintas situaciones (Castaño & León del Barco, 2010).

El estudio se inscribe en un marco histórico específico desde el contexto de la pandemia por COVID 19, el periodo de análisis de las historias clínicas estuvo inscrito en una de las primeras olas asociados con el aumento de diagnósticos y hospitalizaciones en Colombia. Se destaca entonces que la vivencia de los pacientes y el equipo de salud se inscribe en un marco novedoso, acompañado de una cuarentena nacional que se extendió por cinco meses: del 25 de marzo al 31 de agosto de 2020. Los protocolos de bioseguridad para dicho momento eran rigurosos y los pacientes se encontraban en total

aislamiento físico de sus entornos de redes primarias de apoyo. La investigación capta elementos retrospectivos frente a la salud mental y recursos de afrontamiento que en últimas permiten reflexionar hacia el futuro sobre las condiciones que enfrentan los pacientes que se encuentran con altas medidas de aislamiento en escenarios hospitalarios.

Finalmente, se reconoce que traer los relatos de los pacientes posibilita, a su vez, comprender la percepción que se tiene sobre el tratamiento, el equipo de salud, el proceso de aislamiento y las características psicológicas y emocionales presentes durante su hospitalización. A diferencia de los comportamientos de otras especies, la conducta humana está impulsada por significados otorgados. En esta vía, para propiciar cambios en las conductas se requiere una comprensión clara de las percepciones de los pacientes que, al mismo tiempo, posibilite el fortalecimiento de los servicios de salud otorgando una visión más humanizadora. De otro lado, reconocer y destacar los recursos de afrontamiento permite pensar la salud mental desde una perspectiva salutogénica, capaz de trascender narrativas ancladas en el déficit.

Método

Se presenta una investigación cualitativa con diseño hermenéutico de tipo documental, cuya fuente primaria de información son las historias clínicas desarrolladas por el equipo de psicología entre el 1 de julio de 2020 y el 31 de octubre de 2020. En el caso particular de esta investigación se busca analizar las características psicosociales y los recursos de afrontamiento en pacientes hospitalizados con diagnóstico o sospecha de COVID-19. La gran mayoría de pacientes diagnosticados o con sospecha por COVID-19 recibieron una valoración psicosocial inicial y seguimiento por psicología según las necesidades identificadas. Las intervenciones se desarrollaron de

forma telefónica, como parte de los protocolos de bioseguridad implementados por la CUB. El equipo de psicología implementó un modelo de intervención teleasistencial inicial que incluía, en términos generales, construcción de un contexto y sentido de la intervención, valoración de la salud mental, percepción del estado de salud del paciente, identificación de recursos de afrontamiento, propuesta de intervención, psicoeducación y cierre.

Criterios de inclusión

El tipo de muestreo fue llevado a cabo mediante criterios previos que debían estar presentes en las historias clínicas. Se tomaron como ventana las historias clínicas entre el 1 de julio y el 31 de julio de 2020; después de la revisión efectuada se lograron identificar 61 historias clínicas. A continuación, se detallan los criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes hospitalizados por diagnóstico anotado de COVID-19 o que por presentar síntomas respiratorios se encontraran aislados y se les hubiera manejado como posible sospecha de contagio.
- Las historias clínicas sometidas a revisión debían contar por lo menos con una valoración por psicología, que reflejaran el diálogo con el paciente y sus narrativas.
- Se tomaron las historias clínicas de los servicios generales de hospitalización, es decir, de aquellos pacientes que no hayan entrado en un estado avanzado y crítico de la enfermedad en el momento de la valoración por psicología.
- Se excluyeron los pacientes con otras enfermedades que no hubieran sido manejados con diagnóstico o sospecha de COVID-19.
- Se excluyeron historias clínicas con poca o nula información sobre las narrativas de los pacientes durante la intervención psicológica.

Plan de análisis de datos

De esta manera, el proceso de análisis de la información partió del reconocimiento de las narrativas identificadas en las historias clínicas; allí se observaba inicialmente el diagnóstico principal del paciente y si había sido valorado por psicología. Posteriormente se realizó un primer análisis del contenido narrativo en el que se destacaban las distintas vivencias nombradas por los pacientes, dando paso a algunas categorías emergentes como emociones, presencia de soledad, vivencias de las pérdidas y bienestar percibido. Se prosiguió con la agrupación de categorías conceptuales más amplias vinculadas con la identificación e interpretación de los recursos de afrontamiento; dicho análisis tuvo como eje las teorías clásicas del modelo transaccional del estrés presentes en Folkman y Lazarus (1980). Finalmente, se realizó el contraste entre los principales resultados con las fuentes teóricas e investigativas vinculadas con los tópicos tratados. Para fines prácticos, dicho proceso puede ser sintetizado de la siguiente manera:

- Registro de la información arrojada por la historia clínica en la matriz general.
- Análisis del contenido por unidades temáticas.
- Asignación de subcategorías y propiedades descriptivas identificadas en las narrativas de los pacientes.

- Integración y agrupación de categorías en unidades más amplias y comprensivas.
- Desarrollo de un proceso hermenéutico de teorización a partir de las principales categorías identificadas.

El desarrollo de un estudio retrospectivo documental basado en el análisis de historias clínicas, según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia en su artículo 11, puede ser considerado como una investigación sin riesgo. Por tal motivo no se diseñó un consentimiento informado; sin embargo, se obtuvo el aval del área de investigación de la clínica y del Comité de Ética, según consta en el Acta 20 de 2020.

Resultados

Como se muestra en la figura 1, los resultados que se presentan a continuación parten inicialmente de brindar algunas generalidades sociodemográficas; en segundo lugar, se resaltan las distintas experiencias relacionadas con la hospitalización destacando las narrativas observadas en las historias clínicas de los pacientes; por último, se resaltan las principales estrategias de afrontamiento encontradas en la población. La pretensión de los investigadores es suscitar una mirada sistémica que permita entender la complejidad de las relaciones paciente-personal médico-familia enfatizando en las vivencias de los pacientes como actores activos en el proceso.

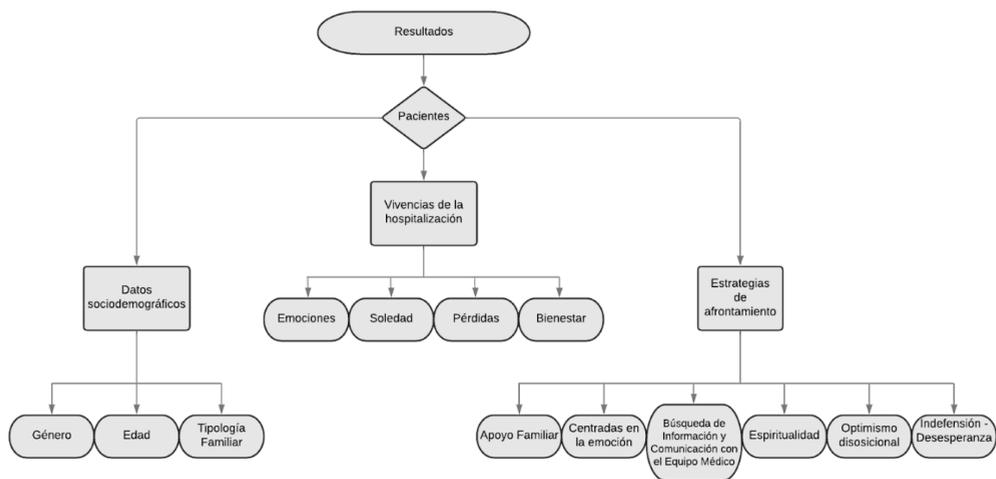


Figura 1
Mapa guía de los resultados.

Datos sociodemográficos

Género de los pacientes

La muestra de 61 pacientes que ingresaron por diagnóstico o sospecha de COVID y que recibieron apoyo por psicología está conformada por 29 hombres y 32 mujeres. Lo que equivale al 48 % en cuanto a los hombres mientras que las mujeres representan el 52 % de la muestra. Se señala a su vez que la muestra tomada en la investigación no refleja el número de atenciones psicológicas efectuadas en ese periodo; los datos de pacientes hospitalizados por COVID-19 para ese rango de fecha da cuenta de un total de 533 pacientes hospitalizados, de los cuales 254 fueron mujeres y 279 hombres (no se discrimina según pacientes que requirieron unidad de

cuidados intensivos). Al comparar la muestra con el número de pacientes hospitalizados, independientemente de su gravedad, se evidencia que el análisis efectuado incluyó el 11 % del total de pacientes hospitalizados, y por género se reparte de la siguiente manera: 12,5 % equivale a la muestra de mujeres y 10,3 % a hombres.

Rango de edad

En la figura 2 se muestran los rangos de edades de los pacientes de la presente investigación.

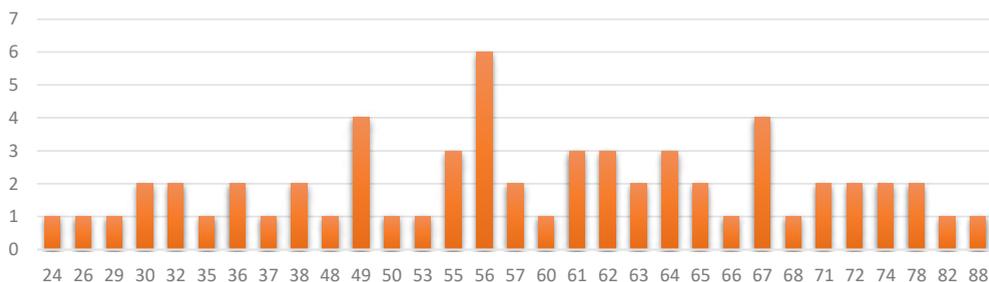


Figura 2

Gráfica de edad de los pacientes.

Según la figura 2, los pacientes de la investigación se encuentran en un rango de edad entre 24 a 88 años. Se presenta con mayor frecuencia la edad de 56 años. El promedio de edad es 54,70 manteniendo una similitud con la mediana que es de 57; lo anterior permite entender que la muestra tiene una distribución simétrica. Según Papalia et al (2012), las personas en esta edad se encuentran en la etapa de la adultez intermedia, periodo en el que la capacidad vital, que hace referencia al volumen máximo de aire que pueden inhalar y exhalar los pulmones, ha comenzado a disminuir desde los 40 años. Además, la regulación de la temperatura y el sistema inmune se debilitan, lo que hace a este grupo etario más vulnerable ante los síntomas del COVID-19. En general, mientras más avanzada sea la edad más probabilidades hay de encontrar comorbilidades como presión alta, afecciones cardíacas o diabetes, que pueden agravar el estado de salud de las personas que adquieren el COVID-19 (Huenchuan, 2020). De esta manera, la edad se vuelve un predictor importante en el riesgo de muerte al adquirir este virus (González-González et al., 2021; Pascual Gómez et al., 2020; Sáenz-López et al., 2020).

Tipología familiar

La organización familiar representa un elemento y una variable psicosocial importante en términos del acompañamiento que reciben los pacientes durante la hospitalización. Según la figura 3, el análisis de datos mostró que el 35 % de los pacientes residen en una tipología familiar nuclear y el 30 % en una tipología familiar extensa que involucra la presencia de parientes de distintas generaciones. En menor medida, y con igual porcentaje (10 %), se encuentran otras formas de organización como la familia monoparental y las familias reconstituidas que involucran relaciones con presencia de hijos o conyugues provenientes de otras relaciones.

Finalmente, se destaca los hogares unipersonales con el 8 %. Esta forma de organización familiar da cuenta de pacientes que pueden tener apoyo de la familia pero viven solos. Estos hogares han venido mostrando un crecimiento importante en el país, como se evidencia en el último estudio al respecto, en el que se ve que pasaron de un 5 % en 1993 al 13,1 % en 2014, lo cual en general representa un reto para las familias y para el propio sistema de salud, dada la importancia de la familia en los procesos de recuperación y acompañamiento a pacientes (Departamento Nacional de Planeación, 2015).

■ Nuclear ■ Reconstituida ■ Extensa
 ■ Monoparental ■ Unipersonal ■ No identificada

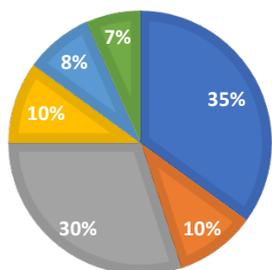


Figura 3
 Gráfica de tipología familiar.

Vivencias de la hospitalización: narrativas de los pacientes

A partir de un análisis hermenéutico de las narrativas de los pacientes en las historias clínicas, se presentan cuatro categorías principales que están presentes en los discursos de los pacientes: las emociones, la presencia de la soledad, la vivencia de las pérdidas y el bienestar percibido.

Las emociones en el contexto de la hospitalización

La respuesta de los pacientes a la hospitalización enmarcada en un contexto global de pandemia cobra un valor emocional importante. Del marco noticioso que mostraba en principio el fenómeno del virus en un punto específico del continente asiático, se presenta luego una alteración de la cotidianidad en todo el mundo, al tiempo que reluce la propia vulnerabilidad humana. Los diálogos con los pacientes involucran el reconocimiento de las emociones desplegadas en este contexto. De los 61 pacientes acompañados por psicología, 38 refieren que sintieron algún malestar emocional. Así, encontramos que algunos describen el escenario hospitalario

como un territorio ajeno, en el que emerge la tristeza y la presencia continua de estrés.

De igual forma, la incertidumbre enmarcada en los avances y retrocesos de la salud representan un alto nivel de malestar emocional, en el que puede experimentarse una pérdida del sentido de vida y una desesperanza. Esta lucha por la vida en ocasiones se juega en una tensión continua: el deseo por sobrevivir y superar la enfermedad y la respuesta física a la enfermedad. Finalmente, el diagnóstico de COVID-19 puede ser vivenciado desde el estigma social; el contagio representa la necesidad de aislamiento que en últimas puede percibirse desde el ostracismo social.

Narrativas

Paciente #21 - Femenino

“Sufro de la presión, tengo más riesgos con el COVID. Entré en depresión al principio porque, claro, entré en pánico cuando el doctor me dijo que era positiva, porque estamos en una sociedad en donde es muy cruel muchas cosas, uno se siente como bicho raro porque, obvio, todos se tienen que cuidar, lejos de uno, pero ya me siento mejor”. “La verdad no sé cómo voy, qué tengo, creo que el pulmón es la parte afectada”. “Yo no comía nada, estaba superindispuesta”. “Uno se preocupa porque no quisiera contagiar a la gente, porque estaba con mi hijo y su esposa, pero ellos dicen que no han sentido nada de síntomas”.

Paciente #27 – Femenino

“Si continúo mejorando, me podrán quitar el oxígeno. Pero me siento desanimada porque cada vez que mejoro, luego vuelvo y me enfermo, yo intento ver las cosas de la mejor manera, pero a veces no es así. Yo ya no quiero nada, estoy como sin ganas de vivir”.

Paciente #60 – Masculino

“Siempre me he sentido un poquito tensionado, duermo poco por el susto, porque a uno le da mucho susto”. “Todo va bien por el momento: el oxígeno, la salud, la presión. He tenido contacto con mi familia”. “Yo soy muy nervioso, mucha pensadera, pero también he estado como bien”. “Me ha hecho mucha falta tocar la guitarra, aquí escucho mucha música en el celular”. “Yo no le he dicho a mis amigos porque usted sabe que esta enfermedad genera mucho estigma; de todas formas, pues, recibo el apoyo de mi familia y de mi amigo más cercano”.

La presencia de la soledad

Las características de la enfermedad y parte de la lógica del tratamiento requieren un proceso de aislamiento de la persona. En tal sentido, se habita un espacio que no es el propio y se sufre distanciamiento físico de la familia y los seres queridos. Al respecto, los pacientes mencionan la presencia de la soledad como un elemento que aumenta el malestar emocional.

Narrativas

Paciente #8 – Femenino

“Yo me he sentido muy sola, ¿no podrían venir a hacerme la intervención acá? He tenido mucho dolor en la espalda y no me han dado solución para el dolor, ni siquiera el medicamento es suficiente para el dolor que siento”.

Paciente #39 – Femenino

“Pues, esto ha sido difícil porque soy una persona que le gusta mucho tener contacto con los otros, y cuando me dijeron que iba a estar aislada fue como un baldado de agua fría. Sin embargo, aquí estoy, he estado ha-

blando con mi pareja y mi mamá y eso me ha ayudado muchísimo, además soy consciente de que esto es por mi bienestar y el de mi bebé Mateo, por lo que estoy dispuesta a cuidarme y a hacer lo necesario”.

Vivencias de las pérdidas: entre lo transitorio y lo permanente

En las historias clínicas se identifica un escenario de pérdidas (transitorias o permanentes) al que se ve enfrentado el paciente. La pérdida toma múltiples sentidos; por ejemplo, se reconoce un deterioro de la salud, la pérdida temporal de un rol que solían desempeñar en su hogar, el desempeño laboral que se tuvo que parar por la crisis de empleo y económica o por la entrada a la clínica. A su vez, la imposibilidad de acompañar a sus seres queridos en momentos de enfermedad, la disminución en la capacidad física, la falta de hábitos y actividades que le daban sentido al día a día alteran significativamente la cotidianidad de los pacientes y los somete a los retos propios de una nueva realidad a la que se deben hacer frente.

Por otra parte, se encontró que hubo pacientes que se enfrentan a pérdidas permanentes; se habla, entonces, de pacientes que mientras se encuentran en una lucha por su vida, se ven enfrentados a reconocer la pérdida de sus seres queridos durante el transcurso de la pandemia; lo transitorio de las pérdidas empieza a cobrar un valor permanente, expresado en el fallecimiento de seres queridos y la vivencia por momentos del proceso de duelo en la soledad de una habitación alejados del seno familiar. El paciente en este contexto de hospitalización suspende su participación de rituales sociales y familiares; sin embargo, experimenta el rigor y el dolor que puede generar el fallecimiento de uno de sus deudos.

Narrativas

Paciente #32 – Masculino

“Mi estado de ánimo es bastante bajo, porque yo perdí a mi mamá hace quince días, mi gran dolor es no haberle podido hacer un duelo como ella se lo merecía”.

Paciente #36 – Masculino

“Mi señora murió hace 22 días y eso ha sido muy duro; estoy triste, pero estoy bien y quiero mejorarme y salir de aquí”.

Paciente # 13 – Femenino

“Me estoy muriendo sin saber nada de mi hijo, él está en UCI y esta situación ha sido muy dolorosa y difícil para mí”. “Mis hijas son las que están pendientes de mí, pero uno acá solo, mi mayor preocupación es mi hijo”.

Bienestar en la hospitalización

El bienestar percibido durante la hospitalización se deja entrever en el relato de algunos de los pacientes, y no es un dato menor, pues 25 de los pacientes que tuvieron una intervención por psicología, centraron su relato en destacar y reconocer los avances en su proceso de recuperación.

El bienestar percibido por parte de los pacientes suele identificarse en el propio reconocimiento de sus emociones; se suele destacar la tranquilidad, la reducción de estrés, el optimismo y la gratitud. Es importante identificar qué posibilita a los pacientes, pese al contexto de la hospitalización, nombrarse más allá del malestar; naturalmente, los avances en la propia recuperación son un factor clave para ello, y, además de estos avances, se encontraron otros elementos que aparecen con fuerza en el relato de los pacientes:

la atención y comunicación con el equipo de salud, la espiritualidad entendida desde la experiencia religiosa y la comunicación con la familia, que en lo emocional es importante en los procesos de contención y construcción de sentido de vida; su acompañamiento les permite actualizar vínculos significativos que los instalan más allá del contexto mismo de la enfermedad.

Narrativas

Paciente #17 – Masculino

“Yo me he sentido muy bien en la clínica, me han tratado muy bien, todo ha sido muy claro”. “Yo he sentido mucha mejoría, por el momento me han tenido sin fiebre, que ese era mi problema que no bajaba de 38-39, pero ya aquí he estado estable”. “He tenido mucho contacto con mi familia, vamos es para adelante y la familia le ayuda a uno a estar muy bien, no me he decaído y vamos es para afuera y a aliviarme”.

Paciente #20 – Femenino

“Desde anoche me dicen que he estado mejorando y yo me siento muy bien atendida, la verdad, pongo todo en manos de Dios, eso para mí es lo más importante”.

Paciente #39 – Masculino

“Yo estoy mejorando, me comunico con los médicos y me dicen que estoy mejor, emocionalmente me siento bien, un poco asfixiado. Me siento bien porque con la atención y el oxígeno, eso me ha ayudado y además me comunico con mi familia”.

La salud debe entenderse en un escenario de prácticas de cuidado que involucran la respuesta del equipo de salud, las acciones y la responsabilidad del paciente y la percepción de sentirse querido y acompañado.

En general, para los pacientes es importante cultivar y construir una comunicación permanente con sus parientes. En los diálogos con psicología los pacientes al mismo tiempo agradecen la atención del equipo de salud; saberse bien atendido realza como un elemento que posibilita al mismo tiempo el optimismo y la esperanza en la recuperación.

Estrategias de afrontamiento

En la figura 4 se evidencian las principales estrategias de afrontamiento que asumen los pacientes en su situación.

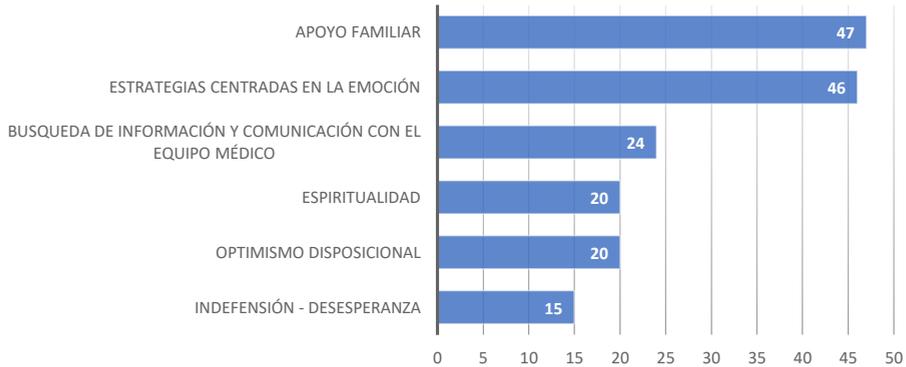


Figura 4

Gráfica de estrategias de afrontamiento.

El presente estudio recoge el análisis de distintas estrategias de afrontamiento que pueden presentarse de forma simultánea en distintos pacientes. En tal sentido, se conoce que la presencia de una estrategia no es excluyente de otras, se señala a su vez que el afrontamiento no necesariamente resulta positivo, la respuesta empleada por la persona puede incluso amplificar la sensación de malestar. La principal estrategia de afrontamiento identificada en la muestra es la búsqueda de apoyo familiar: 47 de los 61 pacientes reportan mantener contacto con su familia y haber sido lo más importante para ellos durante su hospitalización, el apoyo familiar emerge como fuente de bienestar en medio del miedo, el estrés y la preocupación que genera el diagnóstico y el verse sometido a una hospitalización ligada a un contexto de aislamiento. Pese a la ausencia física de

la familia durante la hospitalización, los pacientes suelen reportar un contacto y una comunicación permanente con sus allegados, los pacientes acuden a sus parientes en tanto suelen percibir vínculos significativos, motivadores existenciales que impulsan el deseo de recuperarse; la comunicación representa un escenario de apoyo, homeostasis emocional que convoca una actitud combativa durante el proceso de la enfermedad.

En segundo lugar y con una elevada proporción, se encontró la presencia de estrategias de afrontamiento centradas en emoción, las cuales se observaron en 46 pacientes. Dichas estrategias dan cuenta de la conciencia emocional y orgánica que perciben los pacientes durante el proceso de hospitalización y la atención que prestan a las mismas, con el fin de regular y buscar un espacio de calma ante el estrés o malestar

percibido. El afrontamiento emocional puede ir en distintas direcciones: desde la expresión emocional, que busca en el diálogo con la familia o el equipo de salud generar un alivio, hasta la inhibición emocional o la evitación, que en principio permiten mantener cierta homeostasis emocional y que puede ser adaptativo para el paciente en el tránsito de la hospitalización en tanto permite ubicar su atención en eventos, conductas y pensamientos distintos a los que generan malestar emocional.

La búsqueda de información y comunicación con el equipo de salud fue reportada por 24 pacientes como un elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad. La percepción de la salud suele estar vinculada con elementos propios de la relación médico-paciente como la confianza y el diálogo fluido. La claridad en la información alrededor del tratamiento y una escucha activa ante las inquietudes suelen ser valiosas para reducir niveles de ansiedad, aumentando la percepción de seguridad y estabilidad emocional en los pacientes.

La espiritualidad expresada en la experiencia religiosa parece jugar un papel clave en las emociones de algunos pacientes y en la forma de afrontamiento de la enfermedad. En 20 de ellos se observó la espiritualidad como un recurso usado frecuentemente. Entre los relatos de los pacientes aparece de forma frecuente la fe y la comunión con la deidad como una práctica que permite atender los sentimientos de soledad e incertidumbre propios del proceso de hospitalización. La espiritualidad permite el despliegue de diversos recursos simbólicos que facultan la elaboración de la angustia emocional como el temor a la muerte, de igual forma se observó que puede generar un contexto de optimismo y una mayor capacidad de agenciamiento personal ante los retos derivados de la enfermedad.

Por otro lado, y en igual proporción, aparece el optimismo disposicional como

una estrategia generadora de bienestar. Allí emerge la expectativa de un escenario positivo en el que pueden visualizarse más allá de la enfermedad, contemplando un escenario cotidiano que los integre con vínculos significativos. Aparece a su vez una especie de visión positiva de la situación a la que se estaban enfrentando, permitiéndoles posicionarse desde un escenario optimista de la enfermedad y generando una apertura a la búsqueda de alternativas para afrontar de distintas formas su estado de salud.

Finalmente, en 15 pacientes pudo identificarse ante el desarrollo de la enfermedad un afrontamiento en el que aparece la indefensión y desesperanza. Este afrontamiento está marcado por la carencia de recursos de autoapoyo y una visión limitada o el reconocimiento de carencias de apoyo familiar o social para hacerle frente a la enfermedad. En estos pacientes suele aparecer la anhedonia, en la que se deja de percibir la vida desde un escenario de disfrute; en general, este es un marcador importante para visualizar en estos pacientes el inicio de un posible episodio depresivo. Cabe anotar que estos pacientes requirieron un mayor acompañamiento y apoyo por parte del equipo de psicología.

Discusión y conclusiones

Desde la óptica de la salud mental, los hallazgos de la investigación muestran cierta tendencia en pacientes hospitalizados por COVID-19 de padecer altos niveles de estrés, ansiedad y angustia ante un posible desenlace fatal de la enfermedad. El malestar emocional puede ser amplificado por medidas de bioseguridad como el aislamiento físico. Lo anterior es validado en diversas investigaciones que encuentran que aquellos pacientes diagnosticados o con sospecha de COVID-19 sufren gran presión psicológica y problemas no solo de orden fisiológico sino en su salud mental: sentimientos recurrentes

de soledad, síntomas de ansiedad, tristeza, insomnio y cambios emocionales que pueden influir de forma significativa en la adherencia al tratamiento médico; a su vez aparece el estigma social ante un nuevo patógeno que exige medidas como el aislamiento para contrarrestarlo (Cattelan et al., 2021; Paredes Pérez et al., 2020; Yang et al., 2020).

Las emociones involucran sensaciones y significados, es una dinámica atravesada por lo biológico y el lenguaje; están presentes el afecto, los sentimientos, la cognición y la conducta (Lipchik, 2004). Se suelen reconocer en las etapas tempranas de la hospitalización distintas reacciones emocionales como miedo, ansiedad o preocupaciones, anudadas a un posible escenario catastrófico de la enfermedad; sin embargo, esta disposición suele ser cambiante en el transcurso de la hospitalización a partir de la experiencia que adquiere el paciente y el despliegue en el afrontamiento de los estresores, lo cual también les permite a las personas experimentar un escenario de bienestar y adaptación en el que pueden reconocerse un crecimiento personal, posicionarse ante la vida con mayor gratitud y valentía (Sun et al., 2021).

Por otro lado, se destaca en la vivencia de los pacientes un escenario de pérdidas presentes y potenciales. En contextos de grandes catástrofes y crisis como puede considerarse la pandemia por COVID, las características íntimas, familiares y de soporte social del duelo se ven interrumpidas, lo cual puede ser predisponente para abrir paso a escenarios traumáticos en los procesos de duelo; la reducción, supresión o impedimento del desarrollo de rituales suele ser un elemento clave para ello (Sánchez Sánchez, 2021).

El panorama percibido en el contexto suele a su vez acrecentar la ansiedad ante la muerte, la cual se puede agudizar en aquellos pacientes que no perciben recursos de afrontamiento suficientes para tramitar los fenómenos subyacentes a dicho temor (To-

más-Sábado, 2020). Los procesos de duelo implican saberse en la finitud, integrando un diálogo permanente entre la vida y la muerte; para autores como Yalom (2000), la integración de la idea de la muerte nos salva, en tanto puede posibilitar un escenario de redistribución de metas, un enfoque sobre elementos básicos y sencillos de la vida, dado que la muerte suele recordar que la existencia no puede ser aplazada y todavía queda tiempo por aperturarse a la vida. Ante este panorama es importante la implementación por parte del equipo de salud de estrategias de cuidado que permitan y cultiven un escenario más compasivo frente a la muerte, destacándose las siguientes: tener procesos garantes de la dignidad de los pacientes, permitir a los familiares una despedida presencial del ser querido y contar con un equipo interdisciplinario entrenado para acompañar estos eventos (Sánchez Cabezas, 2020; Correa Ramírez et al., 2021).

Respecto al desarrollo de recursos de afrontamiento, se destaca como principal estrategia de afrontamiento el apoyo social percibido desde la familia; pese a las medidas de aislamiento físico, la investigación permite visibilizar la importancia de los vínculos significativos que teje el paciente como un elemento importante para afrontar el malestar emocional y la presión psicológica propia de las dinámicas de la hospitalización; lo anterior es congruente con distintas investigaciones que señalan la mediación de la familia en la atenuación de los efectos propios de los estresores que enfrenta el paciente. Los pacientes que perciben un mayor acompañamiento familiar o social responden mucho mejor a situaciones vitales y a distintos estresores propios del escenario hospitalario, contribuyendo al mantenimiento de la salud y a la evolución de diversas enfermedades (Caballo, 1998; Romero Guevara et al., 2017; Correa Ramírez et al., 2021; Suarez Cuba, 2011; Sun et al., 2021).

Continuando con la descripción de las estrategias de afrontamiento, se resaltan las que están centradas en la emoción en parte de la población intervenida, y pueden ser de naturaleza interna como el autocontrol y el distanciamiento, o manifestarse con la expresión emocional (Font & Cardoso, 2009). En términos de ajuste, dicha forma de afrontamiento posibilita responder a retos en el corto plazo, de forma temprana (Rodríguez Campuzano & Frías Martínez, 2005). Según Folkman y Lazarus (1980), los contextos hospitalarios son favorecedores de un afrontamiento centrado en la emoción en tanto involucran situaciones que pasan por la aceptación y no tanto por acciones concretas del sujeto que anulen el problema.

De otro lado, la comunicación con el equipo de salud se muestra como un elemento clave en tanto interviene en la percepción que tiene el paciente sobre su condición de salud, facilita la adherencia a las disposiciones médicas, reduce la ansiedad en el paciente y los cuidadores y contribuye en el desarrollo de una atmósfera colaborativa entre personal de salud, paciente y familia. En esta dirección, autores como Huarcaya-Victoria (2020) refieren la importancia del entrenamiento al personal de primera línea sobre el manejo de las malas noticias y la importancia en los procesos de comunicación; resaltando que un adecuado diálogo posibilita la tramitación de la experiencia en la hospitalización para el paciente y su familia.

En igual sentido, la comunicación puede facilitar un escenario de apoyo emocional para brindar los primeros auxilios psicológicos con los diversos profesionales de la salud que intervienen en el proceso, sin que esta tenga que centrarse necesariamente en profesionales de la salud mental como los psiquiatras y los psicólogos (Bautista Rodríguez et al., 2016; Espinoza Suárez et al., 2017). Ante las medidas de aislamiento y la saturación de los servicios hospitalarios, aumenta la angustia en

los pacientes por la incomunicación con sus familias. En general, este parece ser un eje clave en la dinámica propia de la atención en salud: reconocer la necesidad de crear grupos de salud especializados en acompañar los procesos de diálogo permanentes entre el paciente, la familia y personal médico (Avelleda-Martínez et al., 2021; De Antueno & Silberberg, 2018; Paredes Pérez et al., 2020).

Por otro lado, la espiritualidad manifestada en el vínculo de recursos simbólicos religiosos se encontró como un fenómeno importante en el afrontamiento de algunos pacientes. Teóricos como Frankl (1991) y Langle (2008) refieren que la dimensión espiritual está estrechamente vinculada con el sentido de vida, en el que se interroga la conciencia del ser en el mundo y puede ser expresada en la respuesta que los seres humanos otorgan a la facticidad de la circunstancias que rodean la vida; la espiritualidad se configura en un escenario relacional en el que es posible saberse en contacto con algo que al mismo tiempo trasciende la propia existencia, permitiendo la apertura y donación de sí mismo. La pandemia y la hospitalización por el padecimiento de la enfermedad por COVID-19 suelen evocar un escenario de crisis en el que hay cambios significativos, que en algunos casos han sido ratificados por la muerte de otros seres queridos. Por esta razón, en ocasiones surgen distintos desafíos existenciales respecto de la propia identidad, el significado del sufrimiento, la soledad y la propia muerte (Andersen et al., 2021). Los recursos de afrontamiento de orden religioso abren un escenario de elaboración que les permite a los pacientes posicionarse ante la situación que están enfrentando.

La revisión de distintos metaanálisis parece ratificar el impacto positivo que otorga la experiencia religiosa en el afrontamiento de la crisis, considerándose un elemento significativo para la salud pública y la salud mental, lo cual está generando una mayor apertura reflexiva y

científica sobre su lugar e incorporación en el diseño de tratamientos psicoterapéuticos (Alvarado-Díaz & Pagán-Torres, 2021). Así las cosas, en los escenarios de salud se explora y se reconoce cada vez más el afrontamiento espiritual-religioso como un fenómeno importante que debe ser tenido en cuenta por los equipos de salud (Andersen et al., 2021; Dos Santos Silva et al., 2019).

Se constató también que la agudización del estrés y un posible curso del afrontamiento desde la desesperanza tienen lugar en la medida en que los pacientes perciben una situación como sumamente amenazante y al mismo tiempo no identifican recursos internos o externos para hacerle frente; la desesperanza surge como incapacidad para atender las demandas del entorno, no hay un sentido de agenciamiento personal que el sujeto perciba alrededor de la situación, por lo cual suele surgir allí un estilo atribucional externo (Rodríguez Campuzano & Frías Martínez, 2005).

Para concluir, se puede evidenciar en términos generales que los pacientes en contextos de hospitalización por COVID-19 transitan sobre un escenario de vivencias que involucra, durante el inicio de la hospitalización, la presencia de malestar emocional con una clara incidencia en su salud mental; sin embargo, emergen en ese proceso distintos recursos de afrontamiento que pueden facilitar una mayor percepción de bienestar y agenciamiento personal ante el proceso de salud-enfermedad. En esta vía, la investigación brinda algunas luces sobre fenómenos clínicosociales y la pertinencia de la intervención psicosocial. Asimismo, a partir de las necesidades por suplir que encuentra el presente estudio, se puede sugerir la construcción de equipos interdisciplinarios con una visión biopsicosocial que brinde acompañamiento a los pacientes y sus familias.

El estudio recoge diversas singularidades inscritas en el marco de estresores

significativos que enfrentan los pacientes en un contexto de aislamiento hospitalario; desde esta perspectiva, las reflexiones derivadas podrían ampliarse a poblaciones que en otros contextos afrontan medidas de aislamiento asociadas a requerimientos de bioseguridad hospitalaria. Más allá del estrés percibido y el escenario de incertidumbre que marcó gran parte de la pandemia por COVID 19, el apoyo familiar y la posibilidad de tramitar las emociones desde el diálogo con el equipo de salud resultan de gran relevancia para los pacientes. La incorporación de una visión retrospectiva sustentada en el análisis de las historias clínicas puede considerarse como una limitación del estudio en tanto se reconoce que es pertinente y necesario a su vez otro tipo de modelos investigativos basados en un contacto directo con la población, que permita efectuar entrevistas a profundidad y ampliar el seguimiento postegreso, tras el proceso de hospitalización.

Conflictos de interés

Todos los autores declaramos que no tenemos ningún conflicto de interés financiero, profesional o personal, que pueda influir de forma inapropiada en los resultados obtenidos o las interpretaciones propuestas.

Contribuciones de los autores

Cristian Correa Ramírez: desarrollo inicial de la propuesta de investigación, desarrollo metodológico y análisis de la información para la presentación de resultados.

Juliana Acevedo Moreno: recolección de información, construcción de base de datos y matriz, búsqueda bibliográfica y construcción de resultados.

Santiago Cano Arias: recolección de información, construcción de base de datos y matriz, búsqueda bibliográfica y construcción de resultados

Referencias

- Alvarado-Díaz, E. & Pagán-Torres, O. M. (2021). Consideraciones sobre la Espiritualidad y la Religión como Recursos de Afrontamiento durante la Pandemia del COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.37226/rep.v5i1.5007>
- Andersen, A. H., Assing Hvidt, E., Huniche, L., Hvidt, N. C. & Roessler, K. K. (2021). Why We Suffer? Existential Challenges of Patients With Chronic Illness: A Kierkegaardian Inspired Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 1-28. <https://doi.org/10.1177/00221678211002439>
- Avellaneda-Martínez, S., Jiménez-Mayoral, A., Humada-Calderón, P., Redondo-Pérez, N., Del Río-García, I., Martín-Santos, A. B., Maté-Espeso, A. & Fernández-Castro, M. (2021). Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(1), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.jhq.2020.10.006>
- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F. & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Caballo, V. E. (dir.) (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación* (1ª. ed.). Siglo Veintiuno Editores.
- Castañó, E. F. & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>
- Cattelan, J., Castellano, S., Merdji, H., Audusseau, J., Claude, B., Feuillassier, L., Cunat, S., Astrié, M., Aquin, C., Buis, G., Gehant, E., Granier, A., Kercha, H., Le Guillou, C., Martin, G., Roulot, K., Meziani F., Putois, O. & Helms, J. (2021). Psychological effects of remote-only communication among reference persons of ICU patients during COVID-19 pandemic. *Journal of intensive care*, 9(5), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40560-020-00520-w>
- Correa Ramírez, C., Cano Arias, S. L. & Acevedo Moreno, J. (2021). Acompañamiento psicológico a las familias de pacientes hospitalizados por COVID-19: construyendo sentido desde la práctica del cuidado. En N. A. Salinas-Arango, J. A. Orozco-Toro & J. F. Mejía-Giraldo (comp.), *Las ciencias sociales en épocas de crisis: escenarios, perspectivas y exigencias en tiempos de pandemia* (pp. 176-197). Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9836/Las%20ccias%20sociales%20en%20epocas%20de%20crisis%20CAP7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De Antueno, P. & Silberbrg, A. (2018). Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Persona y Bioética*, 22(2), 367-380. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/832/83260613012/index.html>
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). *Tipologías de familias en Colombia: evolución 1993-2014*. Observatorio de Políticas de las Familias. [https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos%20de%20trabajo/D3-tipologias-evolucion_dic3-\(1\).pdf](https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos%20de%20trabajo/D3-tipologias-evolucion_dic3-(1).pdf)
- Dos Santos Silva, L., Rodrigues Poiars, I., Mattos Machado, C. A., Lenhani, B. E., Bittencourt Guimaraes, P. R. & Puchalski Kalinke, L. (2019). Religion/spirituality and social support in improving the quality of life of patients with advanced cancer. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 111-120. <https://doi.org/10.12707/RIV19072>
- Espinoza Suárez, N. R., Zapata del Mar, C. M. & Mejía Pérez, L. A. (2017). Conspiracy of silence: a barrier in the physician, patient and family communication. *Revista de Neuropsiquiatría*, 80(2), 125-136. doi: 10.20453/rmp.v80i2.3105
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>

- Font, A. & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A>
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- González-González, C. A., Orozco-Rocha, K., Samper-Ternent, R. & Wong-Luna, R. (2021). Adultos mayores en riesgo de Covid-19 y sus vulnerabilidades socioeconómicas y familiares: un análisis con el ENASEM. *Papeles de Población*, 27(107), 141-165. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2021.107.06>
- Huacaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.372.5419>
- Huenchuan, S. (2020). *Covid-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos*. Naciones Unidas-Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45316/4/S2000271_es.pdf
- Länge, A. (2008). La espiritualidad en psicoterapia. Entre la inmanencia y trascendencia en el Análisis Existencial. *Revista de Psicología UCA*, 4(7), 5-22. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/6031/1/espiritualidad-psicoterapia-inmanencia-trascendencia-langle.pdf>
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica* (1ª ed.). Amorrortu. https://www.academia.edu/35087257/Terapia_centrada_en_la_solucion_eve_lipchik
- Lorenzo Ruiz, A., Díaz Arcaño, K. & Zaldívar Pérez, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), e839. <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/839>
- Mureta, M. E. (2020). La salud psicológica en tiempos del coronavirus 19. *Integración Académica en Psicología*, 8(23), 11-21. <http://www.alfepsi.org/revista-integracion-academica-en-psicologia-vol-8-n23/>
- Papalia, D. E., Feldman, R. D. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano* (12ª. ed.). McGraw Hill Education.
- Paredes Pérez, P. M., Dawaher Dawaher, J. E. & Chérrez Paredes, M. F. (2020). Impacto del COVID-19 en la salud mental de los pacientes hospitalizado. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 38(2), 8-31. <https://doi.org/10.18537/RFCM.38.02.06>
- Pascual Gómez, N. F., Monge Lobo, I., Granedo Cremades, I., Figuerola Tejerina, A., Ramasco Rueda, F., von Wernitz Teleki, A., Arrabal Campos, F. M. & Sanz de Benito, M. Á. (2020). Potenciales biomarcadores predictores de mortalidad en pacientes COVID-19 en el Servicio de Urgencias. *Revista Española de Quimioterapia*, 33(4), 267-273. <http://www.doi.org/10.37201/req/060.2020>
- Rodríguez Campuzano, M. d. L. & Frías Martínez, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y salud*, 15(2), 169-185. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/802>
- Romero Guevara, S. L., Correa, B. L. & Camargo Figuera, F. A. (2017). Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Universidad y salud*, 19(1), 85-93. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.72>
- Sáenz-López, J. D., Sierra Rodríguez, M. C. & García Salcedo, J. J. (2020). Predictores de mortalidad en pacientes con COVID-19. *Archivos de medicina*, 16(2:6), 1-3. doi: 10.3823/1429
- Sánchez Cabezas, A. (2020). Objetivo: dignificar la muerte en la pandemia. *Revista Argentina de Medicina*, 8(3), 293-294. <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/509>

- Sánchez Sánchez, T. (2021). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. *Studia Zamorensia (segunda etapa)*, 19, 43-65. <http://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29365>
- Suarez Cuba, M. Á. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010
- Sun, N., Wei, L., Wang, H., Wang, X., Gao, M., Hu, X. & Shi, S. (2021). Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *Journal of affective disorders*, 278, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.040>
- Tomás-Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Revista de enfermería y salud mental*, (16), 26-30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7544334>
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Paidós.
- Yang, L., Wu, D., Hou, Y., Wang, X., Dai, N., Wang, G., Yang, Q., Zhao, W., Lou, Z., Ji, Y. & Ruan, L. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. *medRxiv*, 1-6. <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20040899>