



Enviado 15/08/2020
Aprobado 29/09/2020

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO EN TIEMPOS DE COVID-19. LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

Communication of bad news in the health field in times of COVID-19. Telephone communication.

Ana Isabel Álvarez Aparicio¹

Psicóloga Forense Especialista en Emergencias y Catástrofes.

alvcnps@hotmail.com

Resumen

Este artículo ha examinado la comunicación telefónica de malas noticias en el ámbito sanitario durante la emergencia de salud pública de importancia internacional decretada por la OMS el 11 de marzo de 2020. Comunicar malas noticias no es una tarea fácil ni grata, especialmente cuando se trata de un fallecimiento. Sus efectos, tanto para el emisor como para el receptor, dependerán del modo en que esta se realice. En relación al receptor, una adecuada comunicación puede facilitar el proceso de aceptación y adaptación a la nueva realidad, aquella en la que su ser querido ya no está. Por lo que respecta al emisor, una correcta transmisión de la información puede suponer una disminución de los niveles de estrés aumentando la eficacia de la comunicación, presente y futura, así como reduciendo la probabilidad de aparición de problemáticas como el *burnout*. Una buena notificación de noticias desfavorables precisa de habilidades de comunicación y del manejo de pautas técnicas básicas de actuación, para lo cual es preciso formación. La situación de pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 ha convertido la comunicación de malas noticias, hasta ahora considerada una competencia menor, en un elemento central del proceso asistencial. Las circunstancias excepcionales de esta emergencia sanitaria han supuesto además, tener que realizar en muchas ocasiones las comunicaciones a través del teléfono, acción no recomendada en situaciones normales por los inconvenientes asociados y que ha supuesto un auténtico reto para los profesionales. La escasez de material específico sobre comunicación remota en situaciones excepcionales como la actual, hace necesario estudios e investigaciones que profundicen sobre el área. El presente artículo, ha tratado de abordar estas cuestiones.

¹ Autora para correspondencia: Ana Isabel Álvarez Aparicio. alvcnps@hotmail.com.

Palabras clave: Comunicación de malas noticias; Comunicación remota; Comunicación telefónica; Habilidades de comunicación; Muerte; Duelo; Trauma; Emergencia sanitaria; Pandemia; Coronavirus.

Abstract

This article has examined the telephone communication of bad news in the health field during the public health emergency of international concern decreed by the WHO on March 11, 2020. Communicating bad news is not an easy or pleasant task, especially when it comes to a death. Its effects, both for the sender and the receiver, will depend on the way it is carried out. In relation to the recipient, adequate communication can facilitate the process of acceptance and adaptation to the new reality, the one in which your loved one is no longer. Regarding the issuer, a correct transmission of information can lead to a reduction in stress levels, increasing the efficiency of communication, present and future, as well as reducing the probability of problems such as burnout. A good notification of unfavorable news requires communication skills and the handling of basic technical guidelines for action, for which training is necessary. The pandemic situation caused by the SARS-CoV-2 virus has made the communication of bad news, until now considered a minor competence, a central element of the care process. The exceptional circumstances of this health emergency have also meant having to carry out communications over the phone on many occasions, an action not recommended in normal situations due to the associated inconveniences and which has been a real challenge for professionals. The scarcity of specific material on remote communication in exceptional situations such as the current one, makes it necessary to study and research in depth on the area. This article has attempted to address these issues.

Keywords: Communication; Bad news communication; Remote communication; Telephone communication; Communication skills; Death; Grief; Trauma; Health emergency; Pandemic; Coronavirus.

Cómo citar el artículo

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. doi: [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).211-248](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).211-248)

1. INTRODUCCIÓN

La situación de pandemia generada por el virus SARS-CoV-2 ha situado a los profesionales del ámbito sanitario ante un escenario realmente complejo frente al que han tenido que adaptarse y reinventarse, tanto en el aspecto laboral como personal (Vila, 2020; Ezquerro et al., 2020; Hernández-Sanz, 2020).

Varios son los factores que parecen estar contribuyendo a hacer tan complicada la situación:

1. La afectación global que está suponiendo, a todos los niveles y en todas las esferas: sanitaria, económica, social... (OMS, 2020a; OMS, 2020b; OMS, 2020c; Carrasco, 2020; Moya et al., 2020; Xiong et al., 2020; Nicola et al., 2020; Pakpour y Griffiths, 2020). En este aspecto, los propios profesionales del ámbito sanitario cuya labor ha sido velar por el bienestar físico y psicológico del ciudadano, también se han visto influidos, constituyendo una población de riesgo al verse expuestos a un peligro físico real así como a situaciones críticas y toma de decisiones de alto impacto emocional (Chacón-Fuertes, Fernández-Hermida y García-Vera, 2020; Legido-Quigley, Mateos-García, Campos, Gea-Sánchez, Muntaner y McKee, 2020; Chacón, 2020a; Chacón, 2020b; Villacañas, Felix-Alcántara y Buiza, 2020; De Pablo et al., 2020; Arango, 2020; Xiang et al., 2020; Lai et al., 2020).
2. Es una situación desconocida para las generaciones presentes, que nunca antes se habían enfrentado a un suceso de estas características y dimensiones (Brody, 2020; García-Vera, 2020a; Moya et al., 2020; Arango, 2020).
3. La existencia de un escenario complejo donde confluyen una serie de variables que contribuyen a amplificar la percepción de riesgo² (Slovic, 1992; Chakraborty, 2020; Cori, Bianchi, Cadum y Anthonj, 2020). Así, como cualquier virus, el SARS-CoV-2 es invisible al ojo humano; la asunción del riesgo que supone no solo es involuntaria sino incontrolable, incluso para los propios gobiernos y autoridades sanitarias; se trata de un riesgo inusual sin remedio ni tratamiento específico en la actualidad, de origen desconocido (lo que alimenta las teorías de la conspiración, poniendo el foco en un posible origen humano), que impacta de manera desproporcionada en poblaciones vulnerables, potencialmente endémico y sin beneficios observables para la población inmersa en una crisis global; y existe una pobre confianza en quienes gestionan la situación alimentada por factores como la falta de consenso en la comunidad científica, políticas erráticas para controlar el virus y el tratamiento de la información realizado. Las investigaciones muestran una correlación positiva entre percepción de riesgo y miedo y ansiedad ante la pandemia (Ari, Yilmaz y Arikan, 2020) que podría llevar

² El riesgo percibido se refiere a las evaluaciones psicológicas de los individuos sobre la probabilidad y las consecuencias de un resultado adverso (Sjöberg, 2000). Diferentes factores individuales, sociales, culturales y contextuales influyen en la percepción del mismo. Se trata, por tanto, de una construcción psicológica subjetiva que está influenciada por la variación cognitiva, emocional, social, cultural e individual tanto entre personas como entre diferentes países (van der Linden, 2015; Dryhurst et al., 2020). Las percepciones de riesgo pueden actuar como desencadenantes de conductas preventivas. La percepción del riesgo relacionada con el SARS-CoV-2 varía significativamente entre diferentes lugares y personas, lo que indica que es un fuerte modificador de la evolución de la pandemia, ya que puede influir en el número de nuevos casos positivos (Cori et al., 2020).

Un estudio sobre percepciones de riesgo de COVID-19 en todo el mundo (Dryhurst et al., 2020) mostró que, pese a la variabilidad sustancial entre culturas, las visiones del mundo individualistas, la experiencia personal, los valores prosociales y la amplificación social a través de amigos y familiares, eran determinantes en más de la mitad de los países examinados. La percepción del riesgo correlacionó significativamente con la adopción informada de conductas de salud preventivas en los diez países estudiados (Reino Unido, Estados Unidos, Australia, Alemania, España, Italia, Suecia, México, Japón y Corea del Sur). Actualmente, investigadores del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del ISCIII están coordinando un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre percepción el riesgo de la población ante la pandemia de COVID-19 en 31 países (COSMO-Spain) (ISCIII, 2020),

a la adopción y cumplimiento de medidas preventivas (van der Weerd, Timmermans, Beaujean, Oudhoff y van Steenberghe, 2011; Burger, Christian, Maughan-Brown, Rensburg y Rossouw, 2020; Cori et al., 2020; Khosravi, 2020), pero también motivar a las personas a utilizar métodos no probados (Ho, Chee y Ho, 2020). Una gestión de información inadecuada sobre el riesgo puede llevar a mecanismos psicológicos de neutralización, negación o minimización del mismo, a la difusión de rumores, a la inquietud, a la alarma o, en el otro extremo, al desaliento y la indiferencia (Robles y Medina, 2008). Como señala Morillo (2020), la invisibilidad de la amenaza que supone el virus puede dificultar la adopción de medidas de prevención individuales y colectivas a la vez que la adherencia a las mismas puede verse afectada por la falta de un impacto visible y tangible de las acciones puestas en marcha (Chapman y Loewenstein, 2020)³.

4. Se trata de un suceso, en cierto modo, inesperado para gran parte de la población, pese a que científicos ya habían alertado de esta posibilidad (Cheng, Lau, Woo y Yuen, 2007). Al principio se veía como algo muy lejano lo que estaba ocurriendo en otros países, subestimándose su gravedad, capacidad y velocidad de propagación (Raffio, 2020; ATLAS, 2020).
5. Se está produciendo un seguimiento mediático del hecho nunca antes observado en la historia. La propia OMS (2020d), con anterioridad a declarar la situación como pandemia, ya avisó de la existencia de una “infodemia” masiva por exceso de información⁴ (en algunos casos, imprecisa, incierta o poco oportuna), que ha dificultado que las personas encuentren fuentes fiables y orientación adecuada. La sobreexposición mediática, particularmente en los momentos más agudos de la pandemia, ha podido suponer una amenaza para el bienestar de las personas especialmente vulnerables, incrementando la sensación de riesgo para la salud y amplificando las respuestas y problemáticas asociadas a estrés, ansiedad y depresión (Xiong et al., 2020; Ashokkumar y Pennebaker, 2020; Garfin, Silver y Holman, 2020; Carrasco, 2020; Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Olagoke, Olagoke y Hughes, 2020; Gao et al., 2020).
6. Es una situación que se está manteniendo en el tiempo, y con ella niveles elevados de estrés, que están afectando a la salud física y psicológica de la población en general y de grupos de riesgo y de especial vulnerabilidad, en particular (Villacañas et al., 2020; García-Vera, 2020a).
7. Por último, es una realidad que está suponiendo una merma de una de las principales estrategias de afrontamiento y protección que tiene el ser humano,

³ Diferentes aspectos como el sesgo optimista (tendencia a sobreestimar la probabilidad de eventos positivos y subestimar la de eventos negativos), la ilusión de control, la sensación de invulnerabilidad, el sesgo de confirmación, el efecto de adaptación (particularmente fuerte cuando se percibe poca esperanza de mejora en la situación) y la creencia en la propia experiencia frente a otros datos aportados (falta de experiencia directa con el virus y sus consecuencias durante la “primera ola”), pueden estar presentes también en parte de la población como herramientas de manejo del malestar que la situación provoca (Dryhurst et al., 2020; García-Vera, 2020b; Burger et al., 2020)

⁴ Un estudio llevado a cabo por Comscore sobre el comportamiento en línea, señala que en España el consumo de información creció un 59 % la semana del 23 de marzo (en plena pandemia), comparativamente a enero del mismo año. Datos similares se obtuvieron en el resto de países analizados, todos ellos con un incremento por encima del 50%, destacando Italia con un crecimiento del 68% (Gevers, 2020).

que es el apoyo social. Somos una sociedad de contacto. En esta situación de afectación colectiva, no solo se ha podido experimentar el propio drama sino que muchas personas se han visto expuestas al de familiares y allegados. En situaciones normales estas redes naturales pueden servir de apoyo, pero aquí se pueden estar mostrando ineficaces al verse también afectadas (Moya et al., 2020; García-Vera, 2020a).

Se puede decir que, si algo está caracterizando esta pandemia, son los escenarios cambiantes y la incertidumbre que conllevan, así como la necesidad de adaptarse a ellos en cortos espacios de tiempo (Moya et al., 2020; Moreno et al., 2020; Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, 2020). Esta circunstancia, para muchas personas, está generando altos niveles de estrés que se manifiestan a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, 2020), si bien profundizar en ello no es objeto del presente artículo por su extensión.

Pero si algo realmente ha conmocionado al mundo, ha sido el elevado número de fallecidos⁵ especialmente durante el pico de la curva de contagios, muchos de los cuales han muerto solos sin posibilidad de comunicarse con sus seres queridos. Esto ha supuesto un importante reto para los profesionales del ámbito sanitario que no solo han asumido las funciones propias de su oficio, sino que también, en muchas ocasiones, se han hecho cargo de las necesidades emocionales de pacientes en sus últimos momentos (Hernández-Sanz, 2020; Chacón, 2020b). Esta situación ha implicado un desgaste psicológico añadido al que ha habido que sumar, en muchas ocasiones, una comunicación de malas noticias a familiares y allegados poco idónea, por realizarse de forma remota y no presencial. Así, los profesionales han tenido que hacer frente a una realidad altamente estresante y difícil, con las herramientas disponibles en ese momento y que en muchos casos han resultado ser escasas, estar mermadas, ser deficientes o resultar poco apropiadas (Chacón-Fuertes et al., 2020; Villacañas et al., 2020; Hernández-Sanz, 2020), como ha sido el caso de la notificación de malas noticias de manera telefónica (Moriconi y Valero, 2020); aspecto en el que el presente artículo ha tratado de centrarse.

2. LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Muchas son las definiciones que se han dado de “mala noticia”, desde la clásica de Buckman (1992) que señala que consiste en “cualquier noticia que altera drástica y negativamente la visión que una persona tiene de sí misma y de su futuro”; pasando por la dada por Nomen (2008) para el que una mala noticia es “aquella información (...) capaz de alterar de manera drástica la visión que una persona puede tener respecto a su futuro, bien porque le afecta de manera directa y personal, o porque hace referencia a un ser querido”; la señalada por Bor et al. (1993) que la plantean como una “situación donde hay un sentimiento de no esperanza, una amenaza al bienestar mental o físico de la persona, riesgo de alterar un estilo de vida establecido o donde el mensaje

⁵ A fecha 25 de septiembre de 2020, se han registrado 983. 492 fallecidos en todo el mundo (CSSE JHU COVID-19 Data, 2020).

entregado transmite pocas opciones de vida”; hasta la presentada por Bascuñán (2013) que define como mala noticia “cualquier información que afecta negativamente las expectativas que tiene el paciente de sí mismo y su futuro”. En definitiva, se puede apreciar que las malas noticias son informaciones que suponen consecuencias negativas y/o pérdida de estimulación gratificante para quien las recibe (Muñoz et al., 2001), alteran las expectativas de futuro y suponen, por tanto, un punto de inflexión vital para el receptor de las mismas (Pacheco, Garrosa, López y Robles, 2012).

Las malas noticias, por consiguiente, no implican necesariamente un fallecimiento o el empeoramiento crítico de un paciente, si bien el presente artículo se centrará en estas cuestiones.

Comunicar una información que se sabe, puede tener un impacto negativo en otra persona, no es una tarea ni fácil ni agradable para quien ha de hacerlo. Es más, autores como Bernardo y Brunet (2010), señalan que muchos profesionales la consideran la labor más difícil a realizar pese a su formación y experiencia en el área que, pudiera llevar a pensar, hace que estén habituados a ella y no les suponga ninguna dificultad.

Así, a pesar de los beneficios empíricamente constatados (Ribes, 1990; Gómez-Batiste et al., 2003; Curtis, 2004; Kübker-Ross y Kessler, 2005) que una correcta comunicación de malas noticias puede tener para el receptor (reducción de la incertidumbre y con ello de la ansiedad, aumento de conductas que incrementan la percepción de competencia y controlabilidad de la situación, crecimiento de la autonomía en la toma de decisiones mejorando el autoconcepto y la autoestima, promoción de conductas que aumentan la inmunocompetencia de la persona, mejora en la adaptación psicológica a la situación, disminución del aislamiento emocional, satisfacción con la atención recibida...) y para el emisor (aumento de la confianza y el sentimiento de competencia, reducción de la ansiedad y la frustración, disminución del riesgo de *burnout*, mejora de la relación terapéutica...); este tipo de comunicación sigue siendo un asunto pendiente por las dificultades que entraña desde el punto de vista del emisor, del receptor y, por supuesto, del sistema (Bascuñán, 2013).

Tal como recogen autores como Alves (2003) o Gómez (2008), en lo que respecta al emisor del mensaje, no es infrecuente encontrarse con miedos asociados a lo desconocido, a causar dolor, a ser culpados (por acción u omisión), a no saber qué ocurre o cómo actuar, a decir “no sé”, a empatizar en exceso o simpatizar con quien recibe la noticia, a sobreidentificarse con la persona (sobreimplicándose en ocasiones), a ser evaluados negativamente como profesionales, pero también como seres humanos (con frecuencia, por la sensación de responsabilidad en la información dada), a la propia muerte incluso... Miedos que, con regularidad, pueden llevar a adoptar actitudes disfuncionales como la huida, las prisas en la notificación, la ocultación de información o el retraso en la comunicación de la misma, la sobreprotección de la persona receptora, el distanciamiento de esta, la deshumanización e incluso la derivación precoz a otros profesionales o el abordaje multiasistencial no procedente.

Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19. La comunicación telefónica.

En relación al receptor, las dificultades más frecuentes se encuentran en el manejo de la información, la negación de la situación, sus consecuencias y las reacciones emocionales derivadas, o la desconfianza (en la información, el profesional, el sistema...).

Desde el punto de vista del sistema, la falta de información y formación adecuada de los profesionales y la falta de recursos (tiempo, espacios adecuados para una correcta comunicación, profesionales capacitados...), constituyen el principal escollo.

Comunicar malas noticias quizá forme parte inherente de las funciones médico asistenciales y constituya un aspecto central de la práctica clínica (CEEM, 2010; Bascuñán, 2013), sin embargo, hasta ahora no se le ha otorgado el valor que realmente tiene para el bienestar de los interlocutores. Esto se plasma en aspectos como el hecho de que las quejas presentadas por los pacientes con frecuencia no se centran en la ausencia de competencia clínica en sí, sino en la percepción de una falta de comunicación y de una incapacidad por parte del profesional para transmitir de manera adecuada una sensación de cuidado (DoH, 2000), siendo en muchas ocasiones estos problemas de comunicación un factor importante en los litigios (Levinson et al., 1997).

Como se puede intuir, una mala noticia no solo es difícil de escuchar sino también de transmitir. Esto en muchas ocasiones ha llevado a querer ocultar la información, omitirla o distorsionarla, pese a los beneficios que conocer la verdad, hoy se sabe, tiene tanto para el emisor como para el receptor (Bascuñán, 2013).

En el ámbito sanitario la ley es clara (Ley 41/2002), señalando que el paciente tiene el derecho a determinar lo que desea saber y el profesional tiene el deber de comunicárselo de una manera en que éste sea capaz de escucharlo y procesarlo. Ocultar la verdad a quien desea conocerla puede ser tan reprochable y maleficiente como el forzar a una persona a oírlo si no lo desea (Bascuñán, 2013).

Las personas, no solo precisan que se les informe de manera adecuada, sino que esta información sea transmitida por un profesional competente en la materia, con habilidades y conocimientos. Así, un estudio realizado en 1995 por la Federación Europea de Víctimas de Accidentes de Tráfico sobre las principales necesidades expresadas por los afectados de un accidente en caso de comunicación de malas noticias, señalaron como principales prioridades: 1º) ser informados de la muerte de sus allegados por alguna persona cualificada para esta tarea, 2º) tener acceso al cuerpo y 3ª) recibir soporte profesional, tanto psicológico como práctico y legal (Bernardo y Brunet, 2010).

Por otro lado, diferentes estudios han encontrado que pese a que los profesionales sanitarios son los que menos piensan en la muerte, son los que más la temen (Antonelli, 1990), adoptando en ocasiones: actitudes distorsionadas como no querer nombrarla o poner en palabras patologías que la “atraen”, no mirar a los ojos a los pacientes o allegados, incongruencias entre lo que manifiestan de manera no verbal y lo que expresan de forma verbal o un aumento en la atención tecnológica frente a la

empático-afectiva⁶ (Gala et al., 2002). Esto nos lleva a plantear, como primer paso para una correcta comunicación de malas noticias, la necesidad de ser conscientes de las propias limitaciones, pues la historia personal, la cultura, los mecanismos de defensa, estilos y estrategias de afrontamiento de cada ser humano... y en definitiva, la actitud hacia la muerte, las pérdidas y los cambios en general, influyen enormemente en el modo de comunicar (Alves, 2003).

El profesional no puede cambiar la situación, no puede alterar las circunstancias que han llevado a la persona a morir o estar en ese proceso, pero de cómo lo comunique dependerá que facilite o dificulte la aceptación y adaptación de la persona a esa nueva realidad. Y para ello, no solo es importante la experiencia o preparación del sanitario, sino también, su bagaje personal y emocional (Pacheco et al., 2012).

3. COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS, DUELO Y COVID-19

Se puede definir el duelo como el “conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo, estaba psicosocialmente vinculado” (Tizón, 2004). Bowlby (1993), detalla el duelo como “todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado”. De manera más amplia, se podría decir que el duelo es una respuesta normal y natural a una pérdida o separación (real o simbólica), siendo la pérdida de un ser querido la experiencia más dolorosa especialmente cuando su causa ha sido la muerte (Montés, Jiménez y Jiménez, 2019).

El duelo⁷, que proviene del latín *dolus* (dolor), es personal y único, y como señala Montoya-Carrasquilla (2004), afecta a la persona en su totalidad, en todas las áreas y a todos los niveles (psicológico, emocional, familiar, social, físico y espiritual). El duelo es, por tanto, un proceso biopsicosocial ante una pérdida afectiva significativa, sea esta material o simbólica (Robles y Medina, 2008). Superarlo, supone un proceso de readaptación. Implica, por tanto, una serie de procesos psicológicos que suponen la adaptación y aceptación de una nueva realidad interna (emociones, cogniciones, fantasías) y externa (un espacio donde la persona, en este caso, ya no está) (Tizón, 2004).

Los duelos, pueden ser causados por pérdidas afectivas (separaciones, muertes...), sociales (desempleo, jubilación, cambio de estatus...), físicas (amputaciones,

⁶ Gran parte de las quejas reportadas por pacientes en la relación con el profesional en entornos asistenciales, tienen que ver con la falta de delicadeza y comprensión en el trato, la rapidez excesiva en la atención y la percepción de ser asistidos de forma más mecánica que humana, cercana y empática (Martín y Muñoz, 2009). Un análisis realizado por Wisten y Zingmark (2007), evidenció que, en parte, la falta de satisfacción al recibir la noticia de la muerte de un ser querido viene dada por la percepción de los familiares de no habérseles dado la información suficiente, no haber respondido sus dudas y no haber mostrado verdadero interés hacia su persona.

⁷ El duelo no debe confundirse con el luto. Mientras el duelo son manifestaciones internas y subjetivas, el luto consiste en expresiones sociales y externas (Tizón, 1998; Flórez, 2002).

enfermedades...) o propias del proceso evolutivo (pérdida de la niñez o la juventud...), pero no se puede obviar que a las pérdidas principales suelen ir ligadas otras de carácter, inicialmente, secundario (Brickell y Munir, 2008; Montesinos, Román y Elías, 2013). Cuando muere un ser querido, como ha ocurrido tantas veces durante esta pandemia, no solo se pierde su presencia, no volverlo a abrazar o besar. Puede que se pierda un proyecto de vida, la creencia en un mundo seguro, justo y con sentido, benevolente, donde la mayor parte de las cosas se piensa que se pueden controlar... Con la muerte de esa persona, se desvanece parte de uno mismo, la construida relacionalmente con el otro (Moriconi, 2020).

Si hay una cosa cierta, pese a lo poco que se conoce de ella y la incertidumbre que suscita, es la existencia de la muerte. Y pese a ello, en nuestra sociedad actual, no se nos prepara adecuadamente para ella (Gala et al., 2002; Cabodevilla, 2007; González, 2013). La investigación llevada a cabo por Herrán, Rodríguez y De Miguel (2019), sobre la inclusión de la conciencia de muerte en el currículo educativo español así lo determina, señalando que pese a estar presente en todas las esferas de la vida, “la muerte es un contenido secundario que se incluye tangencialmente en otros ámbitos prioritarios”.

La afectación del deudo tras la pérdida y el proceso de elaboración del duelo posterior, dependen de múltiples factores (Montés et al., 2019): el objeto perdido, el valor otorgado al mismo, la idiosincrasia de cada cual a nivel biológico, psicológico y social, el vínculo relacional, las circunstancias del deceso... Así, si existen unas variables que influyen en la dificultad o facilidad para elaborar el duelo (además de las características personales, recursos, historia vital y circunstanciales del doliente, y las relaciones de parentesco y apego con el fallecido), esas son, el tipo de muerte, que en esta situación de pandemia, en muchos casos ha resultado ser inesperada y altamente traumática (algo que supone para el doliente un doble esfuerzo: la elaboración de la pérdida y la elaboración del trauma⁸), y la falta de apoyo social real y/o percibido antes, durante y después del fallecimiento del ser querido (situación que también se ha producido producto de la afectación colectiva que ha supuesto la pandemia).

En los casos de muerte por la COVID, son muchos los factores que la literatura científica (Tizón, 2004; Pangrazzi, 2008; Robles y Medina, 2008; Worden, 2013), sitúan como predictores de un duelo complejo, complicado e incluso patológico⁹, que podemos

⁸ Se entiende por trauma la reacción psicológica (estado) derivada de un suceso traumático, definido este suceso como un “acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión” (Echeburúa, 2005).

⁹ Horowitz (1980) define el duelo complicado como “aquel cuya intensificación llega al nivel en el que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”. Aunque no existe un criterio diagnóstico, al no haber consenso entre los expertos, el duelo complicado incluiría aquellas alteraciones del proceso que por su duración o por su intensidad (bien excesiva, bien ausente), pudieran ser susceptibles de necesitar un apoyo extra o ayuda profesional. La realidad indica que hay personas que requieren más tiempo para adaptarse a la pérdida y no es posible aplicar un límite cronológico estricto. El duelo

encontrar. Como recogen diversos expertos (Moriconi, 2020; González, 2020; Araujo, García y García-Navarro, 2020; Ho et al., 2020; Moriconi y Valero, 2020; Fouce, 2020; Lacalle y Barbero, 2020; García-Vera y Cordero, 2020), además del carácter inesperado y, en muchos casos repentino, de la muerte por un rápido empeoramiento del cuadro clínico, durante los peores momentos de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 se han producido separaciones traumáticas del fallecido que, tras ser hospitalizado, perdía todo contacto con familiares y allegados. La imposibilidad de ver y comunicarse con su ser querido, de tener actualizaciones constantes de su estado de salud por un profesional de referencia, o el no poder acompañar a la persona fallecida en los últimos momentos de su vida (a veces por miedo al contagio, generándose culpa), ha dejado “asuntos pendientes¹⁰” y preguntas sin respuesta a sus deudos, dificultando esto la elaboración de la pérdida. A esto ha habido que añadir en muchas ocasiones, la imposibilidad de ver el cuerpo para llorarlo y velarlo, impidiéndose rituales personales y sociales como funerales, que pudieran facilitar la aceptación de la nueva realidad, la asunción de nuevos roles, la validación de las reacciones emocionales y el refuerzo de la cohesión social, haciendo la muerte menos dolorosa. A todo ello, el deudo ha tenido que enfrentarse en un contexto de pérdidas múltiples, empezando por la pérdida de una forma de vida que articulaba su identidad, sus relaciones, sus creencias y su forma de enfrentarse a un mundo, ahora desconocido. En muchas ocasiones, la noticia del fallecimiento de su ser querido le ha llegado estando confinado y solo, teniendo que afrontar la pérdida a la vez que su propio aislamiento y quizá el de otros allegados cercanos al fallecido que, por diferentes circunstancias (edad, patologías previas) han tenido que guardar cuarentena por contacto con el afectado, en un estado de especial vulnerabilidad. El aislamiento social de los supervivientes en cuarentena ha impedido la recepción de muestras físicas de cariño y afecto, tan importantes en el duelo por cuestiones biopsicosociales (Moriconi, 2020).

Como ya se ha señalado al comienzo del texto, las redes de apoyo que anteriormente facilitaban el afrontamiento de situaciones complejas a la persona, al verse afectadas también por esta situación, no han resultado de utilidad en muchas de

patológico es aquel que, por su gravedad, perturba intensamente la actividad mental de la persona, hasta el punto de provocar trastornos mentales. Este tipo de duelo precisaría necesariamente de la intervención de un profesional especializado (Jiménez, Montés y Jiménez, 2014). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) hacen referencia respectivamente, al Trastorno por duelo prolongado (en la última versión, CIE-11) y al Trastorno de duelo complejo persistente (dentro de afecciones que precisan más estudio del DSM), en referencia a las complicaciones que pudieran darse en el proceso.

¹⁰ Los asuntos pendientes son el producto de situaciones pasadas o conflictos intra-psíquicos no resueltos, todas aquellas cosas no dichas y no expresadas, que se quedan dentro y no se resuelven. En el caso de muertes por COVID-19, el no haber podido cuidar del fallecido, no haberle podido acompañar o decirle lo mucho que se le quería, relaciones ambivalentes o conflictivas inconclusas, son asuntos pendientes generadores de un profundo malestar psicológico (Moriconi y Barbero, 2020). Según Moriconi (2020), las pocas investigaciones empíricas sobre este constructo han demostrado que los asuntos pendientes representan una fuente de malestar y ansiedad relativamente común para los individuos en duelo. Igualmente, diferentes estudios han demostrado correlación entre la presencia de asuntos pendientes y el duelo prolongado y otros trastornos psicológicos y psiquiátricos.

las ocasiones, generándose frustración, ira, culpa, vergüenza... tanto en el emisor habitual de ese apoyo como en el doliente.

Factores que pueden complicar la elaboración del duelo también presentes en numerosas ocasiones en este tipo de muerte por COVID, han sido la edad de los dolientes (un gran número en edades tardías de la vida)¹¹, elevado grado de dependencia, el haber sido cuidador del fallecido (muchos de ellos, en esta pandemia, presentaban patologías previas que los han hecho más vulnerables al coronavirus y a precisar cuidados previos al mismo)¹¹, la existencia de patologías anteriores en el deudo como ansiedad o depresión (que se han podido ver acentuadas bien por la propia situación de pandemia, bien por las consecuencias de la misma como el confinamiento, la escasez o inadecuación de recursos asistenciales en salud y salud mental o el temor a acudir al especialista ante el riesgo de contagio) (Wang et al., 2020; Chacón-Fuertes et al., 2020; Zhou, 2020; Xiao, 2020; Mazza et al., 2020; Özdin y Özdin, 2020; Ho et al., 2020; Brooks et al., 2020) o el hecho de vivir solo, contar con poco apoyo socio-familiar (real y/o percibido) y disponer de escasos recursos personales como trabajo o aficiones (Lei et al., 2020; Xiong et al., 2020). Variables todas ellas presentes en porcentaje elevado en un sector de la población especialmente castigado por la pandemia, los ancianos (Chacón-Fuertes et al., 2020). No se puede desdeñar además, que el mayor número de muertes en España se ha producido durante un estado de alarma en el que las personas debían permanecer confinadas en sus casas ("limitación de la libertad de circulación") como medida excepcional para paliar las consecuencias del coronavirus y reducir su transmisión¹². Esto ha supuesto la limitación de actividades de ocio, pero también de las actividades laborales. Por tanto, a la crisis sanitaria habría que añadir la existencia de otras crisis concurrentes: sociales, laborales, económicas (Pérez, 2020).

Por otro lado, las muertes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que con tanta frecuencia se han producido en estos meses, se asocian con un mayor riesgo en los familiares del fallecido de sufrir secuelas psicológicas (Kentish-Barnes et al., 2015;

¹¹ En España, el análisis de los casos de COVID-19 con fecha de diagnóstico anterior al 11 de mayo de 2020 (momento en que se produce un cambio en la forma de notificación), revelaron que el 87% de los pacientes que fallecieron durante los momentos más agudos de la pandemia tenían más de 70 años, el 95% de los mismos presentaba algún tipo de enfermedad de base previa y el 60% padecían una enfermedad cardiovascular (RENAVE, 2020a). El último informe técnico elaborado por el Ministerio de Sanidad, corrobora que el porcentaje de hospitalizaciones y defunciones con COVID-19 aumenta con la edad (RENAVE, 2020b). Por otro lado, la mayor serie descrita de pacientes hospitalizados en España con enfermedad COVID-19 confirmada, y una de las mayores del mundo hasta la fecha, muestra un elevado porcentaje de pacientes con comorbilidades (el 61,4% tenía un índice de Charlson moderado o severo). Adicionalmente, el 16,5% de los pacientes tenían un grado moderado o severo de dependencia para actividades de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60) (Casas-Rojo et al., 2020). En la misma línea, la OMS subraya que hay numerosos informes que reflejan que la edad, el sexo y la comorbilidad subyacente influyen en la gravedad de la COVID-19 (OMS, 2020e).

¹² Durante el estado de alarma decretado en España del 14 de marzo al 21 de junio de 2020, los datos oficiales muestran que se produjeron 27.916 muertes. El mayor número de muertes se situó entre el 26 de marzo y el 2 de abril de 2020, registrándose 6.762 fallecidos (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020).

Probst, 2016). Como señala Moriconi (2020), el duelo por la muerte de un familiar en una UCI se relaciona con una peor aceptación de la pérdida y con síntomas compatibles con duelo complicado (5% – 52%), trastorno de estrés postraumático (TEPT) (14% - 50%) y depresión (18% – 27%).

Por último, se deben tener presentes dos factores de riesgo en la aceptación y elaboración del fallecimiento. Uno, es el alejamiento del sistema tradicional socio-religioso y familiar de apoyo que la persona pudiera tener, caso de los inmigrantes en diferentes puntos del mundo (Petalanda, García-García, de Vizcaya y Complicado, 2001; Ho et al., 2020). Y dos, los denominados duelos desautorizados, que como define Alba Payás (2017), son aquellos que “no son socialmente reconocidos ni (el dolor) públicamente expresados”. Esto puede ocurrir cuando la relación no es reconocida como socialmente significativa (por ejemplo, la muerte de un amante, una expareja, un amigo, una pareja homosexual no admitida o un paciente), cuando lo que no es reconocido como socialmente significativo es la pérdida (por ejemplo, pérdida del hijo en el periodo perinatal, muerte de una persona con enfermedad incapacitante grave o la muerte de una mascota), cuando el doliente no es validado (por ejemplo, personas con discapacidad intelectual, niños o personas mayores con enfermedades neurológicas graves) o cuando el tipo de fallecimiento no es socialmente aceptado (por ejemplo, muerte por suicidio o muerte por sobredosis o haberse expuesto deliberadamente a un riesgo). Como apuntala Payás (2017), este tipo de duelos no reconocidos presentan una mayor probabilidad de desembocar en un duelo patológico, al suponer un trauma acumulativo (al dolor por la pérdida se le suma el daño por el fracaso en obtener apoyo y reconocimiento social).

Tomando en cuenta este último punto, es esencial considerar no solo la complejidad de la pérdida en estas circunstancias para los deudos, sino también para los profesionales (Chacón, 2020b), que a sus propias pérdidas personales han tenido que sumar otras, quizá no validadas socialmente. La pérdida de pacientes con quienes pudieran haber establecido un vínculo emocional, la pérdida de la capacidad de decidir acerca de cómo hacer más fácil los últimos momentos de vida de la persona y quizá acceder a sus deseos de encuentro familiar o el no poder comunicar la noticia de la forma más idónea posible (en persona, dedicando el tiempo necesario...), ha podido, en muchos casos, hacer tambalear sus creencias y afectarles anímicamente de manera negativa.

Podríamos decir por tanto, a tenor de los datos expuestos, que el tipo de muerte al que los profesionales sanitarios han tenido que enfrentarse en esta pandemia ha sido traumática para muchos dolientes. El duelo que sigue a estas muertes normalmente es más devastador que otros duelos, ya que la forma repentina en que se produce el fallecimiento rompe la confianza del superviviente acerca del mundo y confirma que se trata de un lugar inseguro, impredecible y que es causa de ansiedad, de tal modo que los dolientes tienen una fuerte sensación de irrealidad e incredulidad, pareciéndoles extraño el entorno que conocían y apareciendo en muchas ocasiones la culpa (hacia sí y/o los demás) y la necesidad de respuestas (Moriconi, 2020). Del mismo modo, estudios científicos (Echeburúa, 2005; García-Viniegras y Pérez, 2013) señalan que, los

supervivientes a una muerte traumática pueden experimentar manifestaciones depresivas más intensas y duraderas que cuando el deceso es esperado. Igualmente, en este tipo de muertes pueden agudizarse patologías previas y hasta debutar otras nuevas, apareciendo incluso sintomatología de estrés post-traumático¹³ (Moriconi, 2020) como: reexperimentación del suceso en forma de pesadillas, pensamientos o imágenes que generan malestar; evitación de lugares, personas o conversaciones que le puedan recordar a la persona lo ocurrido; incapacidad para recordar aspectos del suceso; estado emocional negativo persistente (enfado, culpa o vergüenza); sentimiento de desapego de los demás o incapacidad para experimentar emociones positivas; conducta irritable o imprudente; problemas de concentración y alteraciones del sueño.

Ayudar a las personas que han sufrido una pérdida a aceptarla, elaborarla e integrarla, pasa primeramente por escucharla y procesarla (no solo a nivel cognitivo, sino también emocional) y aquí una correcta comunicación de malas noticias puede resultar un facilitador esencial.

4. LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

La actual pandemia ha supuesto que muchos familiares de personas afectadas por el SARS-CoV-2 hayan tenido que recibir noticias sobre el deterioro de la salud o la muerte de su ser querido de forma no presencial (generalmente telefónica), bien por la necesidad de mantener la distancia física para evitar nuevos contagios, bien por las restricciones de movilidad impuestas a la población (Hernández-Sanz, 2020; Belli, 2020). Este tipo de comunicación remota, si bien la literatura científica la desaconseja en este tipo de situaciones (notificación de informaciones adversas) (Belli, 2020), ha existido y ha supuesto un importante reto para los profesionales sanitarios que han tenido que adaptarse, documentarse, formarse y, finalmente llevarla a la práctica (Ferrer, 2020).

Si bien la comunicación telefónica puede suponer importantes ventajas en determinados contextos y situaciones al resultar rápida, barata, ahorrar tiempos y esfuerzos, facilitar la resolución de cuestiones urgentes e incluso neutralizar relaciones difíciles o enfriar asuntos candentes (Acinas et al., 2019); presenta también importantes inconvenientes en circunstancias donde la presencia física se hace necesaria (Kendrick, 1997).

Por lo que a aspectos diferenciadores respecta, en la comunicación a través del teléfono los elementos paralingüísticos (tono, volumen, velocidad, entonación...), adquieren especial relevancia. Estos elementos tienen un peso muy importante durante la conversación, ya que debido a la carencia de cualquier tipo de información visual

¹³ El Trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por la repetición persistente e involuntaria del suceso traumático, las conductas de evitación, las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo y una modificación de la alerta y la reactividad asociada al suceso, todo ello por un periodo superior a un mes (APA, 2014).

durante la comunicación, son los que transmiten la dimensión emocional (del emisor y del receptor) (Rizo, 2015). Otra característica, por tanto, de este tipo de comunicación, es que los interlocutores no pueden verse, no existiendo un lenguaje corporal que acompañe ese intercambio de información. Como señala Acinas et al. (2019), el teléfono se convierte de este modo en un intermediario, en un mediador interpersonal en el proceso de comunicación.

En la comunicación a distancia a través del teléfono, consecuentemente, uno de los grandes hándicaps que desaconseja su uso en ciertas circunstancias, como es la comunicación de malas noticias, es la pérdida de elementos no verbales que facilitan conocer el estado en el que puede encontrarse la persona, así como si realmente ha entendido la información transmitida y si la reacción consecuente es adaptativa. Así, diferentes expertos (Pettinari y Jessop, 2001; Taylor, 2007), señalan que la comunicación remota debe evitarse a toda costa en estos contextos debido, principalmente, a que la comunicación efectiva depende, en gran parte, del lenguaje corporal, por lo que el intercambio de información a través de una llamada telefónica tiende a ser menos eficaz.

Otros inconvenientes de este tipo de comunicación son (Rocamora, 2013; Acinas et al., 2019): una mayor rapidez en la resolución de la llamada que si fuera una conversación presencial; poca idoneidad en las circunstancias en que la llamada pueda producirse (falta de privacidad y que otros escuchen la conversación o vean a la persona en un estado que en otra situación no le gustaría, estar realizando o ir a realizar una actividad de riesgo como conducir, apoyo social no presente, circunstancias de salud que desaconsejen situaciones de un alto impacto emocional de carácter brusco...); problemas de salud del receptor que obstaculicen la comunicación (como pueden ser deficiencias del oído o el habla); dificultad para captar la atención del interlocutor y fragilidad en la comunicación, que puede interrumpirse en cualquier momento y, en los casos más complejos, impedir conocer el estado físico y psicológico del receptor que pudiera llevar a cabo conductas disruptivas o desaconsejadas en respuesta a la información recibida.

En síntesis, se puede señalar que la ausencia de contacto visual y la fragilidad de la relación convierten la comunicación a través del teléfono en poco adecuada para la transmisión de una información que se sabe, tendrá un fuerte impacto en el receptor, y su respuesta, una repercusión también en el emisor.

5. COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN TIEMPOS DE COVID-19: LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

Saber comunicar adecuadamente una mala noticia quizá sea una de las tareas más importantes en el ámbito sanitario y sin embargo suele ser considerada una competencia menor, en especial al compararse con otros aspectos técnicos de la actividad asistencial (Belli, 2020). Los profesionales señalan esta práctica como una de las más estresantes a desarrollar (Bernardo y Brunet, 2010; Bascuñán, 2013; Bousquet et al., 2015; Arnold y Koczwara, 2016; Torregrosa, Gempeler y Silva, 2020) y sin

embargo no se dedican los recursos suficientes a la preparación y formación de los sanitarios en este ámbito (Almanza, 2003; Suquilanda y Manuel, 2016; Monden, Gentry y Cox, 2016; Belli, 2020). Así, a la hora de comunicar una mala noticia, a los miedos ya existentes en el profesional, se le añade una formación deficiente que no le aporta suficientes recursos de afrontamiento ni un adecuado entrenamiento en habilidades de comunicación que le capaciten para un desarrollo óptimo de este cometido. Este hecho aumenta los niveles de estrés y ansiedad en el sanitario, restando eficacia a la tarea, lo que acaba repercutiendo en su autoconfianza y seguridad para futuras comunicaciones y puede influir en la aparición de problemáticas como el *burnout*¹⁴.

Las personas necesitan conocer la información, y precisan saberla cuanto antes para, en la medida de lo posible, reducir las posibilidades de que una muerte se convierta en traumática por su carácter inesperado o sorpresivo y lo que esto conlleva. Algo que durante los peores momentos de la curva de contagios no ha sido siempre posible. Una comunicación adecuada en modo, tiempos y espacio, puede facilitar el proceso de aceptación y adaptación posterior a la pérdida o por el contrario obstaculizarlo.

El impacto psicológico que supone una muerte traumática, como muchas de las acaecidas durante la pandemia, es mayor que el generado por otro tipo de decesos. Si entendemos que una muerte traumática suele llevar aparejada una serie de características, comprenderemos también como una comunicación adecuada puede reducir la aparición de muchas de estas variables y con ello aminorar la probabilidad de un mayor daño psíquico. Como señala Alba Payás (2017), una muerte traumática suele venir definida por: la sorpresa (si la muerte no se puede anticipar, la persona no se puede preparar), la impotencia (al ser sorpresiva, no se tiene capacidad de respuesta), la incomprensión (la falta de información dificulta entender las razones de lo ocurrido), la rapidez (no ha habido tiempo para asimilar el deceso), la soledad en el momento del fallecimiento o comunicación del mismo (al ser sorpresivo el hecho, la persona puede recibir la información sin tener el apoyo de nadie en ese momento) y la soledad posterior (el deudo no ha tenido a nadie con quién poder compartir lo sucedido). Por tanto, si existe posibilidad de anticipar y preparar a la persona para la muerte de su ser querido, aunque esto no reduzca la aflicción del doliente, sí favorecerá una mejor readaptación al suceso, al haber dado lugar a una paulatina preparación emocional a los cambios que ocurrirán y haber permitido ir asumiendo progresivamente la pérdida (Montés et al., 2019).

¹⁴ El término *burnout* surge a mediados de los años 70 como una problemática característica de las “profesiones de ayuda”. Los estudios señalaron una mayor incidencia en los profesionales de la salud y de la seguridad pública (Cherniss, 1980), si bien puede darse en otras muchas profesiones que suponen un trato directo con personas, como apuntó la literatura científica posterior. El *burnout* se define originalmente como “cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación o fracaso” (Maslach y Jackson, 1981). El cansancio emocional, la despersonalización (que implicaría actitudes negativas o insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan), y una valoración negativa de uno mismo y de sus logros, constituirían sus síntomas más destacados.

Lejos de lo que pueda pensarse, a la hora de comunicar una mala noticia no basta la buena intención o el sentido común, tampoco en momentos de crisis como la actual pandemia; es necesario contar con conocimientos, habilidades, preparación y supervisión (Buela, 2008; Mirón, 2010). Cuidar el “qué” y el “cómo” se transmite, resulta especialmente relevante si la comunicación se realiza a distancia a través del teléfono. Como expresa Montés et al. (2019), “las palabras no son neutras, por el contrario, pueden llevar una enorme carga emocional, pudiendo actuar como un látigo lacerante sobre nuestros pensamientos y, consecuentemente, sobre nuestras emociones”. Por tanto, saber comunicar adecuadamente la información, no solo reducirá el impacto psicológico sobre el receptor, sino también sobre el emisor, que se enfrentará a un menor número de escenas de alto contenido emocional (Montés et al., 2019).

Esta situación de pandemia ha supuesto importantes desafíos para los profesionales de la salud, que nunca antes se habían enfrentado a una situación de emergencia sanitaria de estas dimensiones y que ha exigido adaptarse a ella con los recursos existentes en ese momento, que en ocasiones han resultado ineficaces o insuficientes (Chacón-Fuertes et al., 2020; Legido-Quigley et al., 2020; Lorenzo, 2020; Linconao, 2020; McMahon, Peters, Ivers y Freeman, 2020; Ezquerro et al., 2020; Emanuel et al., 2020). En el plano asistencial, la comunicación de malas noticias ha adquirido especial importancia por la magnitud y características de la situación. Este hecho ha supuesto un incremento en los niveles de estrés de los profesionales, al añadirse a tener que comunicar una mala noticia, el modo nada convencional de hacerlo, a distancia, a través del teléfono generalmente. Como señala Belli (2020) en relación a este aspecto, los profesionales han tenido que hacer frente a una serie de obstáculos particulares: a) la escasa o nula formación sobre esta clase de habilidades comunicativas que la mayoría de ellos poseen, b) la ausencia del lenguaje corporal en este tipo de intercambios y que es una de las bases de una comunicación eficaz de malas noticias y c) la escasa literatura disponible para guiar a quienes deben cumplir esta tarea, al considerarse este tipo de comunicación remota no recomendable, salvo en situaciones excepcionales como la actual. A esto además habría que sumar, que en muchas ocasiones la comunicación la han realizado profesionales que nunca antes habían desarrollado esta tarea al no estar dentro de sus competencias habituales. Las características de la situación (congestión asistencial, dificultad en la organización de turnos y funciones de los profesionales, rápido empeoramiento del cuadro clínico de muchos pacientes, contagio de los propios sanitarios...) (Rodríguez-Leor et al., 2020; Ferrer, 2020; Ezquerro et al., 2020; Chacón, 2020a; Villacañas et al., 2020) además, han propiciado que, con frecuencia, en los momentos más críticos de la pandemia no existiera vínculo relacional con el interlocutor, que carecía de un profesional de referencia que le pudiera ir informando de la evolución o situación de su familiar.

La comunicación de malas noticias en el campo de las emergencias es un proceso que persigue unos objetivos claros: minimizar el impacto psicológico de la pérdida (especialmente si esta es repentina o inesperada), ayudar a las personas a poner en marcha sus habilidades de afrontamiento para adaptarse a la situación (por ejemplo, la búsqueda de apoyo social), favorecer el desahogo emocional, apoyar y facilitar el inicio del proceso de duelo identificando factores de riesgo e indicadores de un posible duelo

complicado o patológico y reducir la probabilidad de aparición de patologías físicas y/o psicológicas a corto, medio y largo plazo. Como señala Pacheco et al. (2012), “para una adecuada comunicación debe existir una habilidad básica de saber comunicar en los profesionales, así como un conocimiento de las pautas técnicas básicas”. Y esto se hace especialmente relevante cuando hay que paliar los inconvenientes que una comunicación telefónica de malas noticias supone.

Por lo que respecta a las habilidades básicas de comunicación para transmitir informaciones negativas (empatía, escucha activa, manejo adecuado de estrategias de comunicación verbal y no verbal...), el aspecto positivo radica en que se pueden aprender y mejorar mediante una adecuada formación y entrenamiento (Razavi et al., 2000; Fallowfield et al., 2001; Wilkinson et al., 2002; Fellowes et al., 2004). Todas las personas pueden contar con ciertas habilidades de forma más o menos innata, pero siempre pueden pulirse y matizarse haciendo que se conviertan en una herramienta más eficaz. Esto resulta esencial, pues como recoge Fellowes et al. (2004), muchas de las quejas de pacientes, familiares o allegados que reciben una mala noticia se centran en deficiencias en la comunicación, siendo “la voluntad de escuchar y explicar” del profesional los atributos más valorados (Moore et al., 2004).

Por lo que a pautas básicas que faciliten la comunicación se refiere, y como ya hemos señalado, pese a los modelos existentes en la práctica asistencial hospitalaria e incluso prehospitalaria, no hay prácticamente literatura que oriente sobre cómo realizar adecuadamente una comunicación remota (Belli, 2020). En este sentido, se ha procedido a adaptar las estrategias clásicas a las exigencias que este tipo de comunicación a distancia implica.

5.1. La importancia de las habilidades de comunicación

Para una correcta comunicación de malas noticias, lo primero que hay que contemplar es que la comunicación es un proceso de intercambio complejo que tiene lugar en varios pasos (Sarabia, Ortego y Torres, 2013): elaboración de la idea, codificación de lo que se pretende decir, transmisión del mensaje, recepción de la información por el interlocutor, decodificación del mensaje, integración del mismo y *feedback* (información que recoge el emisor sobre los efectos que ha tenido en el receptor su mensaje, comprobando el grado de comprensión del mismo). Se debe considerar que a lo largo del proceso se va produciendo una degradación del mensaje perdiéndose información, de tal manera que una cosa es lo que la persona piensa que quiere decir, otra es lo que transmite, otra muy diferente lo que el receptor percibe y otra lo que acaba interpretando. Por ello, el profesional debe ser especialmente cuidadoso en la transmisión de la información, evitando improvisar y planificando con tiempo qué y cómo quiere transmitir la noticia para no añadir más dolor al que de por sí va a causar la información sobre el ser querido. En líneas generales se considera que la comunicación es efectiva cuando el mensaje se adapta al interlocutor, de modo que resulta percibido, comprendido, aceptado e integrado. El acto de comunicar es, por ende, activo y bidireccional, pues implica una reacción del receptor al mensaje enviado por el emisor, de ahí que sea más correcto hablar de “comunicar malas noticias” y no

de “dar malas noticias” (CEEM, 2010), ya que durante el acto conversacional se produce un intercambio constante de mensajes y, en consonancia, de roles (emisor-receptor).

En la comunicación a través del teléfono, como en otros tipos de intercambio de información, se pueden dar ciertas barreras que es necesario neutralizar para que el mensaje pueda ser recibido (y respondido) correctamente. Algunos de los problemas que los sanitarios acostumbran a encontrarse suelen ser relativos a (Álvarez, 2015):

- a) No decir todo lo que el profesional quería. Esto en muchas ocasiones es fruto de la improvisación por la presión asistencial que dificulta dedicar tiempo al proceso de comunicación, del déficit de formación y conocimientos sobre la importancia de la planificación como paso previo a cualquier actuación, y de la falta de experiencia y dificultad para la autogestión emocional que puede llevar al sanitario a conducirse impulsivamente. Clave aquí resulta preparar qué y cómo se quiere trasladar la noticia, así como la respuesta a posibles dudas y objeciones (Buckman, 1992; Baile et al., 2000; Taylor, 2007).
- b) La persona no es capaz de oír todo lo que el profesional le ha dicho o está diciendo. En el caso de la comunicación a través del teléfono, este es un punto que hay que cuidar especialmente escogiendo un momento y lugar adecuados para efectuar la llamada (Belli, 2020). Lo más recomendable es elegir un lugar sin ruidos ni distracciones, con tiempo para poder efectuar la comunicación y retomarla en caso de interrupción (Buckman, 1992; Baile et al., 2000; Taylor, 2007; Belli, 2020). Si es posible, escoger un momento en el que el familiar se encuentre en condiciones físicas y psicológicas óptimas que le permitan concentrarse para recibir la información.
- c) La persona no es capaz de escuchar lo que el profesional le ha transmitido o está transmitiendo. Aquí, además de tener en cuenta las consideraciones del punto anterior, es preciso valorar la posibilidad de que la persona haya puesto en marcha un mecanismo defensivo de negación para reducir el impacto del estímulo doloroso (Bernardo y Brunet, 2010; Bascuñán, 2013). Debemos considerar que tanto la negación como la culpa (la falsa ilusión de control puede hacer que las personas se sientan responsables por no haber previsto lo que podría ocurrir y evitarlo), son dos reacciones que aparecen con frecuencia en allegados que reciben la noticia de una muerte inesperada (Montés et al., 2019). En estos casos, además de respetar los tiempos, es necesario hacer preguntas de control de forma que el oyente tenga que explicar, resumir o dar alguna respuesta sobre lo escuchado. Igualmente, puede ser conveniente repetir, por parte del profesional, la misma información de diferentes maneras para facilitar el procesamiento de la misma (Cerezo, 2012).
- d) La persona no ha comprendido lo que el profesional le ha dicho. El empleo de tecnicismos, la falta de claridad y la existencia de ambigüedad en el mensaje o un código no compartido (diferente idioma, edad, cultura...), pueden suponer que la persona no comprenda lo que se le ha querido transmitir (Wright, 1996; Cooke, 2000; Harrahill, 2005; Belli, 2020). Es esencial ser capaz de adaptarse a quien tenemos que comunicar (Taylor, 2007; Bascuñán, 2013). No olvidemos que el SARS-CoV-2 ha afectado a personas de todo tipo y condición, suponiendo un

reto añadido para los profesionales que en algunos casos incluso, han tenido que recurrir a intérpretes “de oportunidad”¹⁵.

- e) La persona ha comprendido, pero no acepta la información comunicada. Como decíamos, es normal que en los primeros momentos se activen mecanismos de defensa como la negación, que reducen el contacto de la persona con una realidad dolorosa a la que no se quiere hacer frente (Taylor, 2007). Por otro lado, puede existir también desconfianza hacia la propia situación en general y hacia el profesional en particular. Recordemos que durante los peores momentos de la pandemia el contacto de familiares con las personas afectadas por el virus no era posible y la información era escasa e incluso contradictoria, favoreciendo procesos de activación ansiógena debidos a la impotencia, la frustración y la incertidumbre. Respetar los tiempos, mostrarse empáticos, accesibles y disponibles para un contacto posterior, resulta de ayuda (Cooke, 2000; Pettinari y Jessop, 2001; Taylor, 2007; Belli, 2020).
- f) La persona ha comprendido y aceptado el mensaje transmitido, pero no es capaz de retenerlo. Dado el impacto emocional sufrido, es posible que se produzcan bloqueos que dificulten el procesamiento e integración de la información. Ciertos estudios hablan de hasta un olvido del 40% de la información transmitida consecuencia de estos bloqueos (Pacheco et al., 2012; Bascuñán, 2013). Es importante resumir, repetir y si fuera posible hacer llegar, incluso por escrito, la información más relevante, en especial la relativa a formas de contacto y orientaciones sobre los pasos a seguir a continuación (Buckman, 2000). Si el apoyo social es importante durante todo el proceso (Bernardo y Brunet, 2010), en este punto resulta clave para que la persona, al otro lado del teléfono, pueda tener un apoyo físico y emocional que facilite el afrontamiento de la situación; algo que durante el estado de alarma, en ocasiones, no ha sido posible por la limitación de la libertad de circulación de las personas y la afectación colectiva.

5.2. La importancia de las pautas básicas de actuación

Teniendo en cuenta los obstáculos mencionados, la mayor parte de los protocolos diseñados para una comunicación remota han partido de una adaptación de las pautas clásicas dadas por diversos autores (Edlich y Kubler-Ross, 1992; Buckman, 1992; Kaye, 1996; Rabow y McPhee, 1999 y Baile et al., 2000) y que guardan una similitud en cuanto a los principios y pasos clave sobre los que se articulan: preparación, comunicación de la noticia, manejo de las emociones y planificación del paso siguiente. Conocer y saber aplicar estas directrices resulta esencial para el profesional que puede ver reducidos sus niveles de ansiedad, aumentando la probabilidad de realizar una comunicación eficaz. Como indica Wright (1996), la mayor parte de las preocupaciones de los profesionales cuando tienen que realizar una comunicación de malas noticias a través del teléfono residen en: no hablar con la persona adecuada, que el receptor de las malas noticias se bloquee y colapse y que se le pregunte directamente si el paciente

¹⁵ Cuando se desconoce, o no se conoce adecuadamente, el idioma o la cultura de la persona con la cual el profesional sanitario debe comunicarse, es conveniente el empleo de intérpretes debidamente formados y entrenados para dicha tarea (Bernardo y Brunet, 2010).

ha muerto y, en ese caso, no saber cómo responder. Inquietudes estas que, con una adecuada formación, pueden reducirse considerablemente.

No obstante, no podemos perder de vista que aunque las pautas o protocolos para la comunicación de malas noticias son de gran utilidad, pues permiten al sanitario tener un marco básico de acción, organizan la tarea comunicativa y muestran al paciente como el eje del proceso; estas pautas, que son necesarias, no son suficientes, pues son orientaciones generales que deberán ser interpretadas por el profesional según las circunstancias de cada caso y la realidad socio-cultural en la que se encuentre (Bascañán, 2013).

Uno de los protocolos que con mayor frecuencia se ha adaptado para la comunicación telefónica de malas noticias en general, y con motivo de la COVID-19 en particular (Sacyl, 2020; SaludMadrid, 2020), ha sido el protocolo de Baile y Buckman (Baile et al., 2000) para comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario (SPIKES). El protocolo consta de 6 pasos escalonados sucesivos: 1º) preparar el contexto físico (y emocional) más adecuado, 2º) averiguar cuánto sabe el paciente, 3º) encontrar lo que el paciente quiere saber, 4º) compartir la información, 5º) responder a los sentimientos del paciente y 6º) planificar y seguir el proceso. Cada uno de estos pasos (que siempre deben ir adaptados al ritmo del interlocutor), estarían asociados con una serie de habilidades específicas, si bien no todas las comunicaciones de información desfavorable requerirían la totalidad de las tareas.

En el campo de las emergencias, con frecuencia se emplea un protocolo simplificado en cuatro fases (Taylor, 2007; Belli, 2020) concordantes con los cuatro puntos clave en los que la mayoría de los modelos clásicos coinciden (Edlich y Kubler-Ross, 1992; Buckman, 1992; Kaye, 1996; Rabow y McPhee, 1999 y Baile et al., 2000), que muy someramente serían:

1ª) Preparación: en esta fase el profesional debe recabar toda la información posible de la persona sobre la que va a notificar, organizarla y preparar el mensaje a transmitir clarificando qué va a decir exactamente y cómo va a hacerlo. Es importante aquí conocer qué ha ocurrido exactamente, así como qué medidas se han tomado, se están tomando y se van a tomar. Preparar la respuesta a posibles preguntas que puedan surgir, será también esencial. Se debe recoger del mismo modo y si es factible, información sobre la persona que va a recibir la información, sus necesidades y circunstancias especiales, para poder adaptar la comunicación al interlocutor. Puesto que la literatura muestra que las personas prefieren escuchar las malas noticias de los profesionales que les han atendido, conocen a sus familiares o han tratado a su ser querido (Fallowfield y Jenkins, 2004), se utilizará este criterio para decidir quién ha de transmitir la información desfavorable. Se buscará un lugar y un momento adecuado para la comunicación, libre de interrupciones y sin limitaciones de tiempo.

2º) Comunicación de la noticia: tras presentarse adecuadamente el profesional y asegurar la identidad del interlocutor, la comunicación debe realizarse de manera progresiva en términos claros y sencillos, evitando tecnicismos y frases hechas y

mediante un mensaje descriptivo-narrativo de lo ocurrido, verbalizando la realidad del deceso. Es recomendable iniciar la comunicación con una frase preparatoria; señalar que se ha hecho todo lo posible; si se puede decir algo positivo, decirlo y finalizar mostrando las condolencias. Si resulta viable, es importante conocer si el familiar se encuentra acompañado por más personas (y características de estas), así como si presenta alguna circunstancia especial. En una comunicación a través del teléfono esto es esencial ya que puede interrumpirse por diversos motivos (Taylor, 2007, Belli, 2020). Es también fundamental asegurarse que es el momento oportuno para el receptor cuando descuelga el teléfono. Como señala Buckman (1992), puede resultar de utilidad tanto comenzar reconociendo la dificultad de mantener la conversación por teléfono, ya que esto reducirá su impacto negativo y servirá como un disparo de advertencia sobre la seriedad de la situación; como reconocer el último contacto realizado con el familiar antes de indicar formalmente que se está a punto de comunicar una mala noticia.

3º) Manejo de las emociones: tras la comunicación, debe darse tiempo para la respuesta emocional del receptor, preguntas, dudas e incluso momentos de silencio (Pacheco et al., 2012). El shock suele ser una de las respuestas más frecuentes expresándose en una variedad de formas, incluida la negación, la ira, el regateo, las lágrimas o la aceptación (O'Donovan, 1999). Según Buckman (2000), "el principio central del diálogo terapéutico efectivo es que el paciente debe percibir que sus emociones han sido escuchadas y reconocidas por el profesional ", por eso es tan importante aquí adoptar una actitud genuina de escucha activa, aceptación y validación emocional. La actitud cálida y empática debe estar presente en el profesional durante todo el proceso comunicativo¹⁶ (Belli, 2020). Transmitir que se está al lado del doliente y que no se rehúye la situación permite contener y que poco a poco el deudo, a su ritmo, vaya asimilando la información, a la vez que permite mostrar que la situación no es inabordable, modelando un afrontamiento activo de la misma (Bascuñán, 2013). Estrategias de comunicación como el resumen, la paráfrasis, el reflejo... pueden resultar de utilidad. Es importante en esta fase normalizar y resignificar síntomas físicos y reacciones emocionales ante la noticia, así como valorar la existencia de bloqueo post-impacto. Por otro lado, los profesionales deben estar preparados por, si fuera necesario, activar un recurso asistencial de emergencia ante determinadas reacciones o sintomatología que a través del teléfono pueden ser más difíciles de valorar y/o controlar (Taylor, 2007).

4º) Planificación del paso siguiente: una vez comunicada la mala noticia es importante anticipar los pasos a seguir, orientar sobre los trámites a realizar, valorar y asegurar que las necesidades que pueda presentar la persona están cubiertas y si no lo estuvieran, ayudarla en la tarea (búsqueda de apoyo social, acceso a recursos, atención o seguimiento médico-psicológico por un profesional si fuera preciso). El

¹⁶ Un estudio llevado a cabo por Fallowfield y Jenkins (2004), mostró que lo que los receptores de malas noticias esperan de los profesionales de la salud es esencialmente que: sean capaces de comprender lo que es importante para el paciente, muestren cierta preocupación y angustia por la noticia en lugar de frialdad, den suficiente tiempo para hablar y hacer preguntas y tengan conocimientos para transmitir el mensaje con claridad y respetando la privacidad.

profesional siempre debe finalizar mostrando su accesibilidad y disponibilidad y, si las circunstancias lo permitieran, fijar fecha y hora para un próximo contacto. En este punto, en una situación normal, al familiar podría facilitársele la posibilidad de despedirse físicamente de su ser querido (Taylor, 2007). En la situación que se ha vivido, esto en muchos casos ha resultado inviable, complicando la comunicación de la noticia.

Como se puede apreciar, por desgracia, en los momentos más álgidos de la situación de pandemia, muchas de estas directrices no han podido seguirse por las exigencias médicas del momento y la presión y carga asistencial a la que los profesionales han estado sometidos. En este sentido, se hace especialmente relevante la necesidad de que el profesional tome conciencia de sus limitaciones, reflexione sobre sus puntos fuertes y elementos de apoyo y adopte conductas activas de auto-cuidado¹⁷ (Bascuñán, 2013). Así, al igual que es importante una vez comunicada la noticia evaluar las estrategias utilizadas y si éstas han resultado eficaces, también lo es que el sanitario se evalúe a sí mismo y analice qué repercusiones ha tenido la situación en su estado psicofisiológico, qué herramientas ha empleado para afrontarlas y si han sido de utilidad.

No debemos perder de vista que el objetivo de la intervención no es eliminar el dolor por la pérdida, sino facilitar su adecuado afrontamiento.

6. CONCLUSIONES

Comunicar una mala noticia, especialmente si se trata de un fallecimiento o el empeoramiento drástico e irreversible del cuadro clínico de un paciente, no es tarea sencilla. La pandemia generada por el SARS-CoV-2 ha supuesto grandes retos para los profesionales de la salud que se han visto obligados a afrontar la situación con los recursos disponibles en el momento, que en muchos casos han resultado ser insuficientes, ineficaces o inadecuados.

Dar traslado a informaciones adversas de forma remota, en este caso telefónica, salvo circunstancias y situaciones excepcionales como la vivida, no debe ser nunca el procedimiento de elección, pues se pierde el componente no verbal, clave en la comunicación, la relación que se establece es más frágil y dejamos de percibir información que en muchos casos puede resultar vital conocer. Todo ello reduce la probabilidad de que se produzca una comunicación realmente eficaz donde el interlocutor tenga la sensación de haber sido atendido correctamente.

¹⁷ De acuerdo a los trabajos de Borrell-Carrio y Epstein (2004), el perfeccionamiento de las capacidades emocionales y cognitivas de los médicos podría prevenir muchos fallos. Los autores señalan que existen evidencias de que muchos de los errores que cometen los médicos y la ruptura de la relación terapéutica que en ocasiones se produce, a menudo no son el resultado de una falta de conocimientos sino que se deben a la interferencia de sus emociones. De ahí la necesidad de incorporar elementos de auto-conocimiento y auto-reflexión del profesional en su proceso de formación. El auto-cuidado se presenta como esencial para poder cuidar al otro.

Una adecuada comunicación de malas noticias supone beneficios tanto para quien la transmite como para quien la recibe. Para el receptor puede suponer un facilitador para la aceptación y adaptación a la nueva situación. La literatura nos dice que la forma en que se dan las malas noticias y las acciones posteriores tomadas pueden influir en el proceso de duelo ((Wright, 1996). Para el emisor, supone ganar en seguridad para futuras comunicaciones, mejorando su autoconcepto, su autoestima y con ello reduciendo la probabilidad de aparición de problemáticas como el *burnout*. En definitiva, para el profesional supone aumentar la probabilidad de comunicaciones eficaces futuras.

Pero para una correcta transmisión de información que se sabe desfavorable, no basta el sentido común, la buena intención o simplemente la experiencia (Fellowes et al., 2004), es necesario que el profesional esté debidamente formado y entrenado. Conocer y utilizar adecuadamente las habilidades de comunicación, así como las pautas técnicas básicas de actuación, resulta esencial.

Una comunicación bien realizada, puede ser en sí misma terapéutica. No se trata solo de lograr transmitir información dolorosa, sino de amortiguar su impacto, proporcionar recursos de contención y afrontamiento y prevenir complicaciones futuras. Por ello, será esencial cuidar el lenguaje empleado durante la comunicación, escuchar activamente, adoptar una actitud apropiada (mostrar empatía, e interés genuino), gestionar adecuadamente las emociones, controlar las reacciones, mantener la concentración, cuidar la voz (entonación, articulación y ritmo son las características más relevantes de la voz en la comunicación telefónica) y sentirse seguro de lo que se hace, de las habilidades propias y de la utilidad e importancia del trabajo que se está ejecutando. Todo ello sin perder de vista un elemento clave, eje de la comunicación, el interlocutor; a cuya idiosincrasia, tiempos, necesidades y circunstancias el profesional debe adaptarse.

Durante años, el saber comunicar adecuadamente noticias desfavorables se ha considerado una competencia menor en comparación a otros aspectos técnicos de la práctica asistencial. La actual pandemia ha demostrado su importancia para los profesionales, los pacientes y sus familiares y allegados.

A tenor de lo expuesto, se hacen necesarios protocolos específicos (y la formación en ellos de los profesionales) en situaciones como la vivida, más allá de la adaptación de los modelos clásicos, diseñados en su mayoría para una comunicación presencial.

No debemos olvidar en definitiva, que lo que una correcta transmisión de malas noticias persigue no es eliminar el dolor sino ayudar a la persona a afrontarlo, reduciendo en la medida de lo posible el impacto de la noticia, acompañando al doliente y orientándolo en cuanto precise en ese momento.

7. REFERENCIAS

- Acinas, M., Alonso, C., Alonso, J., Peláez, J. y Suárez, B. (2019). Comunicación en condiciones difíciles. En Acinas, M. (Ed.), *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario (II). Actuaciones en situaciones de urgencias y emergencias* (pp. 53-101). Jaén, España: Formación Alcalá.
- Almanza, M.J.J. (2003). La comunicación de las malas noticias en la práctica médica. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat*, 36(4), 165-176. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2003/nnp034b.pdf>
- Álvarez, A. I. (2015). *Comunicación en situaciones críticas* [Material del aula]. Sanidad de Castilla y León (Sacyl). Castilla y León, España.
- Alves, A. E. (2003). ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Revista Argentina de Cardiología*, 71(3), 217- 220.
- Antonelli, F. (1990). *Per moriré vivendo*. 3ª ed. Roma: Città Nuova Editrice.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Arango, C. (2020). *La respuesta emocional de los sanitarios durante la pandemia* [Conferencia 18/09/2020]. I Congreso Nacional COVID-19. España.
- Araujo, M., García, S. y García-Navarro, B. (2020). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Ari, E., Yilmaz, V., y Arikan, İ. (2020). The Effect of Perceived Risk of COVID-19 on Anxiety: Developing a Scale. *Integrative Journal of Medical Sciences*, 7. DOI: <https://doi.org/10.15342/ijms.7.190>
- Arnold, S.J y Koczwara, B. (2006). Breaking bad news: learning through experience. *Journal of Clinical Oncology*, 24(31), 5098-5100. doi: [10.1200/JCO.2006.08.6355](https://doi.org/10.1200/JCO.2006.08.6355)
- Ashokkumar, A. y Pennebaker, J. (2020). Locked indoors: What we do daily is related to mental health. *The Pandemic Project and the University of Texas at Austin*.
- ATLAS (2020, 01, 31). Fernando Simón: "España no va a tener, como mucho, más allá de algún caso diagnosticado". Recuperado de https://www.abc.es/espana/abci-fernando-simon-espana-no-tener-como-mucho-mas-alla-algun-caso-diagnosticado-202001311357_video.html

Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19.
La comunicación telefónica.

- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Applications to the patients with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-11.
- Bascañán, M. (2013). Comunicación de “malas noticias” en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 685-693. doi: [10.1016/S0716-8640\(13\)70208-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70208-6)
- Belli, L. F. (2020). Recomendaciones para la comunicación de malas noticias por teléfono durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 44:e69. doi: [10.26633/RPSP.2020.69](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.69)
- Bernardo, Y. y Brunet, N. (2010). Comunicación de malas noticias. *Cuadernos de crisis*, 2(9), 48 – 58.
- Bor, R., Miller, R., Goldman, E. y Scher, I. (1993). The Meaning of Bad News in HIV Disease: counselling about dreaded issues revisited. *Counsel Psychol*, 6(1), 69 - 80.
- Borrel-Carrio, F. y Epstein, R. (2004). Preventing errors in clinical practice: a call for selfawareness. *The Annals of Family Medicine*, 2(4), 310-316. doi: [10.1370/afm.80](https://doi.org/10.1370/afm.80)
- Bousquet, G., Orri, M., Winterman, S., Brugière, C., Verneuil, L., y Revah-Levy, A. (2015). Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(22), 2437–2443. doi: [10.1200/JCO.2014.59.6759](https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.6759)
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Brickell, C. y Munir, K. (2008). El duelo y sus complicaciones en las personas con discapacidad intelectual. *Revista Síndrome de Down*, 25(2), 68-76. Recuperado de <http://www.downcantabria.com/revistapdf/97/68-76.pdf>
- Brody, J. E. (2020/04/14). *Managing coronavirus fears*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2020/04/13/well/mind/coronavirus-fear-anxiety-health.html>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y 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. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Buckman, R. (2000) Communication in palliative care: a practical guide. En: Dickenson, D., Johnson, M. y Katz, J.S, (eds). *Death, Dying and Bereavement*. 2º ed. Sage, London: 146–73
- Buckman, R. (1992): *How to break bad news. A guide for health-care professionals*. Londres: The Johns Hopkins University Press.

Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19.
La comunicación telefónica.

- Buela, G. (2008). La comunicación de malas noticias. *Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, 11(5). Recuperado de <http://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/5866/3429>
- Burger, R., Christian, C., Maughan-Brown, B., Rensburg, R. y Rossouw, L. (2020). COVID-19 risk perception, knowledge and behaviour. *National Income Dynamics Study (NIDS) – Coronavirus Rapid Mobile Survey (CRAM)*
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es
- Carrasco, M. (2020). *La salud mental de la población general* [Conferencia, 18/09/2020]. I Congreso Nacional COVID-19. España.
- Casas-Rojo, J. M., Antón-Santos, J. M., Millán-Núñez-Cortés, J., Lumbreras-Bermejo, C., Ramos-Rincón, J. M., Roy-Vallejo, E.,... y Freire-Castro, S. J. (2020). Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Revista Clínica Española*. doi: [10.1016/j.rce.2020.07.003](https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.07.003)
- Center for Systems Science and Engineering (CSSE). (2020, 09, 19). *COVID-19 Data Repository*. Johns Hopkins University. Recuperado de <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). (2020). *Actualización nº 208. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19): 16.09.2020*. España: Ministerio de Sanidad. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_208_COVID-19.pdf
- Cerezo, R. (2012). *Las barreras comunicacionales de la familia y su incidencia en la formación de los adolescentes del cantón Babahoyo, provincia de "los ríos"*. (Tesis doctoral). Universidad Técnica de Babahoyo. Ecuador.
- Chacón, F. (18/09/2020a). *Atención psicológica a profesionales sanitarios: intervención y prevención* [Comunicación]. I Congreso Nacional COVID-19. España.
- Chacón, F. (2020b/05/06). Entrevista a Fernando Chacón, Decano del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=5H1fDLI6KNs>
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J. R. y 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. doi: [10.5093/clysa2020a18](https://doi.org/10.5093/clysa2020a18)

- Chakraborty, S. (2020). How risk perceptions, not evidence, have driven harmful policies on COVID-19. *European Journal of Risk Regulation*, 11(2), 236-239. doi: [10.1017/err.2020.37](https://doi.org/10.1017/err.2020.37)
- Chapman, G., y Loewenstein, G. (2020/06/09). *Why Americans are tiring of social distancing and handwashing – 2 behavioral scientists explain*. Recuperado de: <https://theconversation.com/why-americans-are-tiring-of-social-distancing-and-handwashing-2-behavioral-scientists-explain-139625>
- Cheng, V. C., Lau, S. K., Woo, P. C., y Yuen, K. Y. (2007). Severe acute respiratory syndrome coronavirus as an agent of emerging and reemerging infection. *Clinical microbiology reviews*, 20(4), 660-694. doi: [10.1128/CMR.00023-07](https://doi.org/10.1128/CMR.00023-07)
- Cherniss, C. (1981). Preventing burnout. From theory to practice. En J. W. Jones (Ed.). *The burnout syndrome: current research, theory, interventions* (172-176). Park Ridge. Illinois: London House Press.
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2020). *Guía para un afrontamiento psicológico eficaz del proceso de desconfinamiento: ¿y ahora qué?* Recuperado de <https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1554/guia-un-afrontamiento-psicologico-eficaz-proceso-desconfinamiento-y-ahora-que>
- Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM). (2010). *La comunicación de malas noticias*.
- Cooke, H. (2000). *Cuando alguien muere: una guía práctica para el cuidado integral al final de la vida*. Oxford; Boston: Butterworth-Heinemann.
- Cori, L., Bianchi, F., Cadum, E., y Anthonj, C. (2020). Risk perception and COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(9). doi: [10.3390/ijerph17093114](https://doi.org/10.3390/ijerph17093114)
- Curtis, J.R. (2004). Communicating about end-of-life care with patients and families in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*. 20 (3), 363-380. doi: [10.1016/j.ccc.2004.03.001](https://doi.org/10.1016/j.ccc.2004.03.001)
- De Pablo, G. S., Serrano, J. V., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., ... y Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 275, 48-57. doi: [10.1016/j.jad.2020.06.022](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022)
- Department of Health The NHS cancer plan. (2000). Department of Health, London. Recuperado de https://www.thh.nhs.uk/documents/_Departments/Cancer/NHSCancerPlan.pdf.
- Dryhurst, S., Schneider, C., Kerr, J., Freeman, A., Recchia, G., van der Bles, A. M., Spiegelhalter, D. y van der Linden, S. (2020) Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, doi: [10.1080/13669877.2020.1758193](https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193)

- Echeburúa, E. (2005). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid, España: Psicología Pirámide.
- Edlich, R. F. y Kubler-Ross, E. (1992). On death and dying in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 10(2), 225–9. doi: [10.1016/0736-4679\(92\)90231-h](https://doi.org/10.1016/0736-4679(92)90231-h)
- Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A.,... y Phillips, J. P. (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med*, 382, 2049-2055. doi: [10.1056/NEJMs2005114](https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114)
- Ezquerro, J., Alarcón, A., Álvarez, G., Ancochea, J., Arenas, C., Delgado, O.,... Hernández, I. (2020). Lecciones del Covid-19: qué ha aprendido el sector sanitario español ante la pandemia. *Redacción Médica*. Recuperado de <https://eventos.redaccionmedica.com/lecciones-covid19/>
- Fallowfield, L. y Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312–19. doi: [10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
- Fallowfield, L., Saul, J. y Gilligan, B. (2001). Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nursing*, 24(3), 185-91. doi: [10.1097/00002820-200106000-00004](https://doi.org/10.1097/00002820-200106000-00004)
- Ferrer, R. (2020). La UCI ante las epidemias: organización y gestión de los recursos [Conferencia 19/09/2020]. I Congreso Nacional COVID-19. España.
- Villacañes, M., Felix-Alcántara, M., Buiza, C., (31/06/2020). *Impacto psicológico COVID-19 en profesionales sanitarios* [Comunicación]. I Jornadas Internacionales Online AETSYS. España.
- Fellowes, D., Wilkinson, S. y Moore, P. (2004) Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2. doi: [10.1002/14651858.CD003751.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub2)
- Ferrer, R. (2020). Pandemia por Covid-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina intensiva*, 44(6), 323-324. doi: [10.1016/j.medin.2020.04.002](https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.002)
- Flórez, S. D. (2002). Duelo. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25 (Supl. 3), 77-85. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5545>
- Fouce, G. (2020, 04, 05). *Una carta y una foto en redes sociales para despedir a un padre y a una madre* (Hessling, X. y Escudero, B.). Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/vida/20200405/48324858741/una-carta-y-una-foto-en-redes-sociales-para-despedir-a-un-padre-y-a-una-madre.html>

- Gala, F. J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J. M., Villaverde, M. C. y Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-76062002000400004
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., et al. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE* 15(4): e0231924. doi: [10.1371/journal.pone.0231924](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924)
- García-Vera, M. P. (2020a, 04, 17). *Entrevista en Tribuna Complutense a María Paz García Vera, coordinadora del Servicio de Asistencia Psicológica del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de Psicología de España* (Martín, A.). Recuperado de <http://tribuna.ucm.es/267/art4094.php#.X2UsJ2qzZPa>
- García-Vera, M. P. (2020b, 08, 10). *Los motivos psicológicos que explican el rechazo a la protección contra la Covid: falta de empatía... y la "presión social"* (Omedes, E.). Recuperado de <https://www.20minutos.es/noticia/4348818/0/restricciones-impuestas-frenar-coronavirus-gente-fia-experiencia-no-datos/?autoref=true>
- García-Vera, M. P. y Cordero, R. (2020, 03, 30). *El coronavirus aplaza el duelo de las familias* (Segura, M.). Recuperado de <https://www.diaridetarragona.com/noticias/El-coronavirus-aplaza-el-duelo-de-las-familias-20200330-0083.html>
- García-Viniegras, C., y Pérez, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/67>
- Garfin, D. R., Silver, R. C., y Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 39(5), 355–357. doi: [10.1037/hea0000875](https://doi.org/10.1037/hea0000875)
- Gevers, A. (2020, 04, 08). Qué hacen los consumidores en Europa en línea durante el bloqueo. Recuperado de <https://www.comscore.com/Insights/Blog/What-consumers-in-Europe-do-online-during-the-lockdown>
- Gómez, M. (2008). Comunicación de malas noticias. En E. Parada (Eds.), *Psicología y Emergencia* (pp. 293-320). Sevilla, España: Desclée de Brouwer.
- Gómez-Batiste, X., Novellas, A., Alburquerque, E., y Schroder, M. (2003). Información y comunicación en enfermos con cáncer avanzado y terminal. *Jano, Medicina y Humanidades*, LXV (1495), 1482-1489.
- González, J. (2020, 03, 27). *El difícil duelo tras la muerte de un ser querido por coronavirus* (Martitegui, A.). Recuperado de https://www.niusdiario.es/salud-y-bienestar/coaching/difcil-duelo-muerte-coronavirus_18_2920845186.html

Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19.
La comunicación telefónica.

- González, J. (2013). Atención psicosocial al duelo [Material del aula]. *II Edición psicólogo especialista en procesos de duelo*, Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Madrid, España.
- Harrahill M (2005) Giving Bad News Gracefully. *Journal of Emergency Nursing*, 31(3), 312-314. doi: [10.1016/j.jen.2005.01.006](https://doi.org/10.1016/j.jen.2005.01.006)
- Hernández-Sanz, M. (2020). *Resiliencia de las unidades de críticos en situación de pandemia* [Conferencia 19/09/2020]. I Congreso Nacional COVID-19. España.
- Herrán, A., Rodríguez, P. y De Miguel, V. (2019). ¿Está la muerte en el currículo español? *Revista de educación*, 385, 201-226. Recuperado de <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/d/22975/19/0>
- Ho, C. S, Chee, C. Y y Ho, R. C. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 1-3.
- Horowitz, M. y Kaltreider, N. (1980). Brief treatment of post-traumatic stress disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 1980(6).
- Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). (2020/7/23). *El ISCIII coordina la encuesta de la OMS en España sobre percepción y conocimientos de la COVID-19: primeros resultados*. Recuperado de <https://www.isciii.es/Noticias/Noticias/Paginas/Noticias/EncuestaPercepcionCOVID19.aspx>
- Jiménez, A., Montés, M. y Jiménez, J. (2014). Postvención en supervivientes al suicidio. En Anseán, A. (Dir.). *Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2ª Edición revisada*. España: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.
- Kaye, P. (1996). *Breaking Bad News: A Ten Step Approach*. EPL Publications, Northampton.
- Kendrick, K. (1997) Sudden death: walking in a moral minefield. *Emergency Nurse*, 5(1), 17-19.
- Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., Lefrant, j., Floccard, B., Renault, A. et al. (2015). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, 45(5), 1341-1352. doi: [10.1183/09031936.00160014](https://doi.org/10.1183/09031936.00160014)
- Khosravi, M. (2020). Perceived Risk of COVID-19 Pandemic: The Role of Public Worry and Trust. *Electron J Gen Med*, 17(4). doi: [10.29333/ejgm/7856](https://doi.org/10.29333/ejgm/7856)

- Kübker-Ross, E. y Kessler, D. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of loss*. NY: Scribner.
- Lacalle, M y Barbero, J. (2020, 03, 24). Sin velatorio, sin funeral, sin poder llorar juntos: ¿cómo afrontar el duelo por un ser querido fallecido por coronavirus? (Bousmaha, K.). Recuperado de <https://www.20minutos.es/noticia/4201796/0/duelo-sin-despedida-como-afrontar-situacion/>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N..., Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3), e203976. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976)
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C. y McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5), 251-252. doi: [10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8)
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in southwestern China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26. doi: [10.12659/MSM.924609](https://doi.org/10.12659/MSM.924609)
- Levinson, W., Roter, D. L., Mulhooly, J. P., Dull, V. y Frankel, R. (1997). Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 277, 553-9.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado (B.O.E). España. 14 de noviembre de 2002.
- Linconao, A. J. (2020). El COVID-19: Escasez de recursos y prioridad médica. Bioética y debate social. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/340116064_El_COVID-19_Escasez_de_recursos_y_prioridad_medica_Bioetica_y_debate_social.
- Lorenzo, S. (2020). La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. *APS EM REVISTA*, 2(1), 28-32. doi: [10.14295/aps.v2i1.66](https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.66)
- Martín, L. y Muñoz, M. (2009). *Primeros auxilios psicológicos*. Madrid, España: Ed. Síntesis.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement o experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99 -113.

Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19.
La comunicación telefónica.

- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., y Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. doi: [10.3390/ijerph17093165](https://doi.org/10.3390/ijerph17093165)
- McMahon, D. E, Peters, G. A, Ivers, L. C y Freeman, E. E. (2020). Escasez de recursos globales durante COVID-19: Malas noticias para países de bajos ingresos. *PLoS Negl Trop Dis* 14 (7), e0008412. doi: [10.1371/journal.pntd.0008412](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008412)
- Mirón, R. (2010). Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Revista de la Asociación Española de Comunicación Sanitaria*, 1(1), 39-49
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, 51. doi: [10.1016/j.ajp.2020.102076](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102076)
- Monden, K. R, Gentry, L. y Cox, T. R. (2016). Delivering bad news to patients. *Proc (Bayl Univ Med Center)*, 29(1), 101-102. doi: [10.1080/08998280.2016.11929380](https://doi.org/10.1080/08998280.2016.11929380)
- Montés, M., Jiménez, J., y Jiménez, A. (2019). *El duelo, estrategias terapéuticas. Apoyo e intervención en duelo por suicidio. 2ª Edición actualizada*. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Trigésima Octava edición enero-marzo 2019.
- Montesinos, A., Román, A., y Elías, L. (2013). Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Revista chilena de pediatría*, 84(6), 650-658.
- Montoya, J. (2004). *El duelo. Sobre cómo ayudarnos y ayudar a otros ante la muerte de un ser querido*. Colombia: Biblioteca básica de tanatología.
- Moore, P. M., Wilkinson, S. y Rivera Mercado, S. (2004). Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue, 2. Art. No.: CD003751. doi: [10.1002/14651858.CD003751.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub2)
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., ... y Chen, E. Y. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9). doi: [10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- Moriconi, V. y Barbero, J. (2020). *Guía de acompañamiento al duelo*. Madrid, España: Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

- Moriconi, V. y Valero, E. (2020). El duelo durante la pandemia de COVID-19. *Mente y Cerebro*, 32(103).
- Moriconi, V. (2020). Teorías y técnicas de duelo [Material del aula]. *Acompañamiento al duelo por COVID-19*, Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Madrid, España.
- Morillo, I. (2020, 05, 17). Del tsunami a la pandemia: ¿por qué España no se prepara para las grandes catástrofes? Recuperado de https://www.elconfidencial.com/espana/andalucia/2020-05-17/catastrofes-plan-espana-pandemia-tsunami_2597072/
- Moya, M., Willis, G., Paez, D., Pérez, J. A., Gómez, A., Sabucedo-Cameselle, J. M., Alzate, M.,... Salanova, M. (2020). La Psicología Social ante el COVID19: Monográfico. *International Journal of Social Psychology*. doi: [10.31234/osf.io/fdn32](https://doi.org/10.31234/osf.io/fdn32)
- Muñoz, F. A.; Fernández, S.; Parada, E.; Martínez, M. J.; García, A. (2001). Comunicación de malas noticias. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Bara*, 28(6), 350-356.
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M. y Agha, R. (2020). Las implicaciones socioeconómicas de la pandemia de coronavirus (COVID-19): una revisión. *Revista internacional de cirugía (Londres, Inglaterra)*, 78, 185-193. doi: [10.1016/j.ijcu.2020.04.018](https://doi.org/10.1016/j.ijcu.2020.04.018)
- Nomen, D. (2008). Los procesos comunicativos. En Nomen, L. (Eds) *Tratando... el proceso de duelo y de morir*. Barcelona, España: Pirámide.
- O'Donovan, S. (1999). Reflections on breaking news of a family death. *Nursing Times*, 95(45), 54-5.
- Olagoke, A. A., Olagoke, O. O. y Hughes, A. M. (2020). Exposure to coronavirus news on mainstream media: The role of risk perceptions and depression. *British Journal of Health Psychology*, 25, 865-874. doi: [10.1111/bjhp.12427](https://doi.org/10.1111/bjhp.12427)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020a). *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*. Recuperado de <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020b). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 3 de abril de 2020*. Recuperado de <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--3-april-2020>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (16/03/2020c). *Declaración conjunta de la ICC y la OMS: Un llamamiento a la acción sin precedentes dirigido al sector privado para hacer frente a la COVID-19*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news->

[room/detail/16-03-2020-icc-who-joint-statement-an-unprecedented-private-sector-call-to-action-to-tackle-covid-19](https://www.who.int/room/detail/16-03-2020-icc-who-joint-statement-an-unprecedented-private-sector-call-to-action-to-tackle-covid-19).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (02/02/2020d). Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation Report – 13. Recuperado de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf?sfvrsn=195f4010_6

Organización Mundial de la Salud (OMS). (04/08/2020e). Estimación de la mortalidad de la COVID-19: Nota científica. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333857/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mortality-2020.1-spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ª Revisión (CIE-11). Versión: 04/2019. Recuperado de <https://icd.who.int/en>.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Revisión (CIE-10). Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>

Özdin, S. y 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). doi: [10.1177/0020764020927051](https://doi.org/10.1177/0020764020927051)

Pacheco, T., Garrosa, E., López, E. y Robles, J. (2012). *Atención psicosocial en emergencias*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Pangrazzi, A. (2008). *Conviver com a Perda de Uma Pessoa Querida*. Portugal: Paulinas Editora.

Pakpour, A. H., y Griffiths, M. D. (2020). The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*, 2(1), 58-63. Recuperado de http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/39561/1/1313636_Griffiths.pdf

Payás Puigarnau, A. (2017). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Editorial Paidós. Barcelona.

Pérez, V. (2020). La salud mental ante la pandemia de COVID-19 [Moderación conferencias, 18/09/2020]. I Congreso Nacional COVID-19. España.

Petralanda, V. L., García-García, J. A., de Vizcaya, S., y Complicado, D. (2001). ¿Qué es el duelo?. *Medicine*, 134(3), 208-215.

Pettinari, C. J., y Jessop L. (2001). “Your ears become your eyes”: managing the absence of visibility in NHS Direct. *JAN*, 36(5), 668-75. doi: [10.1046/j.1365-2648.2001.02031.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02031.x)

- Probst, D. R., Gustin, J. L., Goodman, L. F., Lorenz, A. y Wells-Di Gregorio, S. M. (2016). ICU Versus Non-ICU Hospital death: family member complicated grief, posttraumatic stress, and depressive symptoms. *Journal of Palliative Medicine*, 19(4), 387-93. doi: [10.1089/jpm.2015.0120](https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0120)
- Rabow, M. W y McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*, 171(4), 260–263. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305864/>
- Raffio, V. (2020, 03, 28). *Coronavirus: una pandemia anunciada pero impredecible*. Recuperado de <https://www.elperiodico.com/es/ciencia/20200328/se-podria-haber-previsto-pandemia-coronavirus-7907323>.
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Cock, M., Farvacques, C. y Slachmuylder, J. L. (2000). Testing health care professionals communication skills: the usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators. *Psycho-Oncology*, 9(4), 293-302. doi: [10.1002/1099-1611\(200007/08\)9:4<293::AID-PON461>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200007/08)9:4<293::AID-PON461>3.0.CO;2-J)
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). (2020a). *Informe nº 32. Situación de COVID-19 en España a 21 de mayo de 2020*. España: Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y CNM (ISCIII). Recuperado de <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). (2020b). *Informe nº 43. Situación de COVID-19 en España a 9 de septiembre de 2020*. España: Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y CNM (ISCIII). Recuperado de <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Rizo Garcia, M. (2015). Interacción y emociones: La microsociología de Randall Collins y la dimensión emocional de la interacción social. *Psicoperspectivas*, 14(2), 51-61. doi: [10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue2-fulltext-439](https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue2-fulltext-439)
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Robles, J. y Medina J. (2008). *Manual de salud mental en desastres*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19.
La comunicación telefónica.

- Rodríguez-Leor, O., Cid-Álvarez, B., Ojeda, S., Martín-Moreiras, J., Rumoroso, J. R., López-Palop, R.,... y de Prado, A. P. (2020). Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *REC Interv Cardiol*, 2, 82-89.
- Sanidad de Castilla y León (Sacyl). (2020). *Protocolo para profesionales sanitarios para la comunicación telefónica de malas noticias a familiares de pacientes con coronavirus en situación de cuidados de últimos días*. Junta de Castilla y León.
- Sarabia, C.M, Ortego, M.C y Torres, B. (2013). Tema 5: Comunicación y diálogo [Material del aula]. *Desarrollo de habilidades y competencias a través del coaching y la inteligencia emocional*.
- Servicio Madrileño de Salud (Salud Madrid): Hospital Universitario 12 de Octubre. (2020). *Protocolo para la comunicación telefónica de malas noticias a familiares de pacientes con coronavirus en situación de últimos días*. Comunidad de Madrid.
- Sjöberg, L. (2000). Factors in risk perception. *Risk analysis*, 20(1), 1-12. doi: [10.1111/0272-4332.00001](https://doi.org/10.1111/0272-4332.00001)
- Slovic, P. (1992). Perception of risk: Reflections on the psychometric paradigm. En *Krimsky, S., Golding, D. (Eds.), Social Theories of Risk* (pp. 117–178). Praeger: Westport, CT, USA.
- Suquilanda, Q. y Manuel, A. (2016). Como Informar malas noticias en personas con diagnóstico de discapacidad. *IntraMed Journal* 5(7).
- Taylor E. (2007). How best to communicate bad news over the telephone. *End of Life Care*, 1(1), 30-7.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona, España: Paidós.
- Tizón, J. (1998). El duelo y las experiencias de pérdida. En J. Vázquez (Eds.), *Psiquiatría en Atención Primaria* (pp. 519-540). Madrid: Grupo Aula Médica, S. A.
- Torregrosa, L., Gempeler, F. E. y Silva, J. M. (2020). Conversaciones difíciles en medicina: el profesionalismo y humanismo en el arte de comunicar malas noticias. *Universitas Medica*, 61(1), 74-83. doi: <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.umed61-1.conv>
- Van der Linden, S. (2015). The Social-Psychological Determinants of Climate Change Risk Perceptions: Towards a Comprehensive Model. *Journal of Environmental Psychology*, 41, 112–124. doi: [10.1016/j.jenvp.2014.11.012](https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.11.012)
- Van der Weerd, W., Timmermans, D.R., Beaujean, D.J., Oudhoff, J. y van Steenberghe, J. (2011). Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A

(H1N1) pandemic in the Netherlands. *BMC Public Health* 11 (575). doi: [10.1186/1471-2458-11-575](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-575)

Vila, J. (2020). *Clausura Congreso Nacional COVID-19* [Clausura 19/09/2020]. I Congreso Nacional COVID-19. España.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. doi: [10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729)

Wilkinson, S.M., Gambles, M. y Roberts, A. (2002). The essence of cancer care: the impact of training on nurses' ability to communicate effectively. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 731–8. doi: [10.1046/j.1365-2648.2002.02432.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02432.x)

Wisten, A. y Zingmark, K. (2007). Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death--a qualitative study. *Resuscitation*, 74(1), 68-74. doi: [10.1016/j.resuscitation.2006.11.014](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.11.014)

Worden, J.W. (2013). El tratamiento del duelo. *Asesoramiento psicológico y terapia* (4ª ed.). Barcelona, España: Paidós.

Wright, B. (1996). *Sudden Death: a Research Base for Practice*. 2º ed. Churchill Livingstone, New York.

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. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. doi: [10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel Coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175–176. doi: [10.30773/pi.2020.0047](https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047)

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L.,... y McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64. doi: [10.1016/j.jad.2020.08.001](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001)

Zhou, X. (2020). Psychological crisis interventions in Sichuan province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 286(April), 112895. doi: [10.1016/j.psychres.2020.112895](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112895)

AUTORA:

Ana Isabel Álvarez Aparicio

Psicóloga Forense Especialista en Emergencias y Catástrofes. Especialista en Análisis e Investigación Criminal. Especialista en Desapariciones de Personas. Especialista en Trauma y Procesos de Duelo. Experta en Violencia Sexual. Perito Judicial. Formadora Experta en Servicios Autonómicos y Estatales de Salud, Seguridad y Emergencias. Funciones de coordinación, divulgación e intervención psicológica en crisis, emergencias y catástrofes, en diversas instituciones estatales y autonómicas durante la pandemia por SARS-CoV-2.

alvcnps@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2837-9211>