



Universitat de Lleida  
Facultat d'Infermeria  
i Fisioteràpia

# **PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LAS FAMILIAS DE PACIENTES EN FINAL DE VIDA POR COVID-19**

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

**ALUMNA: MARÍA LÓPEZ LÓPEZ**

**TUTORA: LAURA MARTINEZ RODRIGUEZ**

24/05/21

Trabajo de Fin de Grado

UdL

2020/2021

## ÍNDICE

.....	1
1. Introducción .....	7
2. Objetivos.....	8
2.1. Objetivo general.....	8
2.2. Objetivo específico.....	8
3. Marco teórico .....	8
3.1. ¿Qué es el COVID-19? .....	9
3.1.1. Epidemiología del COVID-19 .....	9
3.1.2. Signos y síntomas de la COVID19.....	10
3.1.3. ¿Cómo afecta el COVID-19 en los casos más graves? .....	11
3.2. ¿Qué es el duelo?.....	11
3.2.1. Tipos de duelo .....	15
3.3. Duelo y COVID-19.....	16
3.4. Duelo disfuncional.....	18
3.5. ¿Cómo facilitar el duelo? .....	20
4. Teorías enfermeras para el duelo .....	20
4.1. Modelo de cuidados de Virginia Henderson.....	20
4.2. Rol de enfermería y las teorías de rango medio.....	22
4.2.1. “Teoría de los cuidados” de Kristen Swanson .....	23
4.2.2. Teoría del duelo disfuncional de Hainsworth, Eakes y Burke .....	24
4.2.3. Modelo de incertidumbre de Merle Mishel.....	24
4.3. NANDA, NOC, NIC relacionados .....	25
5. Metodología.....	31
5.1. Diagrama de flujo.....	31
5.2. Metodología de búsqueda.....	33
6. Resultados.....	34
6.1. Protocolo .....	34
6.1.1. Introducción y justificación .....	34
6.1.2. Objetivos.....	34
6.1.2.1. Objetivos generales .....	34
6.1.2.2. Objetivos específicos .....	34
6.1.3. Profesionales a los que va dirigido.....	34
6.1.4. Población diana .....	34

6.1.5.	Definición.....	35
6.1.6.	Valoración del riesgo .....	35
6.1.7.	Indicaciones.....	35
6.1.8.	Metodología.....	35
6.1.9.	Aspectos a trabajar .....	35
6.1.10.	Actuaciones.....	36
6.2.	Algoritmo de actuación .....	38
6.3.	Discusión .....	38
6.4.	Sistema de registro.....	38
6.5.	Indicadores de calidad.....	39
7.	Conclusiones .....	40
8.	Bibliografía.....	41
9.	Anexos.....	45

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. NANDA, NOC, NIC.....	25
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. ....	31
Tabla 3. Metodología de búsqueda.....	33
Tabla 4. Indicador de calidad de proceso. ....	39
Tabla 5. Indicador de calidad de resultado.....	39
Tabla 6. Indicador de calidad de satisfacción. ....	39

## ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1.....	32
Ilustración 2.....	38

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

MERS: Síndrome Respiratorio de Oriente Medio

SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Severo

RENAVE: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa

TAR: Test de Antígenos Rápido

PCR: Proteína C Reactiva

HTA: Hipertensión Arterial

PGD: Trastorno de Duelo Prolongado

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

## **RESUMEN**

**Introducción:** La pandemia por el nuevo coronavirus ha causado graves problemas en relación a la etapa del duelo que tanto se ha vivido durante los últimos meses, produciendo así multitud de duelos disfuncionales, que, a la larga, pueden producir patologías de salud mental.

**Objetivos:** Se pretende realizar una revisión exhaustiva de la bibliografía existente y realizar así un nuevo protocolo de ayuda emocional durante el duelo sufrido frente a una pérdida por la COVID-19.

**Material y métodos:** Mediante bases de datos (PubMed, Cinhal, Google académico Web Of Science y Cuiden), y los descriptores (MeSH), se realiza una revisión sistemática de la literatura. Posteriormente, una vez revisado, se crea el protocolo de atención emocional a las familias de pacientes fallecidos por COVID-19.

**Conclusiones:** La atención emocional y la salud mental, están teniendo más cabida en nuestro sistema de salud a raíz de la pandemia, en especial, debido a estas pérdidas que generan tanto sufrimiento.

**Palabras clave:** Atención emocional, familias, duelo, COVID-19, protocolo.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The pandemic caused by the new coronavirus has caused serious problems in relation to the stage of grief that has been experienced so much in recent months, this producing a multitude of dysfunctional griefs, which, in the long run, can lead to mental health pathologies.

**Aims:** It is intended to carry out an exhaustive review of the existing bibliography and this carry out a new protocol for emotional support during the grief suffered in the face of a loss due to COVID-19.

**Desing, Methods:** Using databases (PubMed, Cinhal, Google academic Web Of Science and Cuiden), and descriptors (MeSH), a systematic review of the literature is carried out. Subsequently, once reviewed, the protocol for emotional care is created for the families of patients who died from COVID-19.

**Conclusions:** Emotional care and mental health are having more place in our health system as a result of the pandemic, especially due to these losses that generate so much suffering.

**Key words:** Emotional care, families, grief, COVID-19, protocol.

## **1. Introducción**

La pandemia de COVID-19 ha hecho resaltar un problema social, antes no visible y no tratado, al cual hoy en día le estamos comenzando a dar la importancia que se merece, y es el sufrimiento de aquellas familias que, por las circunstancias vividas en la actualidad, aislamientos, distancia social, una enfermedad nueva; no pueden despedirse ni dar el último adiós a familiares cercanos, como ha ocurrido en el contexto actual de pandemia, con las personas que han perdido seres queridos por COVID-19.

Debido a esta nueva emergencia sanitaria mundial, surgen a su vez, nuevas inquietudes, que en especial, afectan a la sanidad, ya que el colapso de las instituciones que proporcionan cuidados para la salud y las restricciones de aislamiento con los pacientes, son unas de las causas de la sobrecarga de los profesionales sanitarios, lo cual empeora la situación a nivel emocional tanto para los sanitarios como para los pacientes.

Se debe tener en cuenta que, a la población no perteneciente a la profesión sanitaria, también le afecta en gran parte en todas las esferas de su vida ya que está envuelto de desconocimiento y esto puede hacerles perder el sentido de la normalidad y la esperanza.

Por lo que los problemas de salud mental también irán en aumento, al igual que las patologías asociadas a duelos disfuncionales, ya que estas pérdidas tan inusuales influyen, no solo a nivel emocional, sino que afecta a todos los factores sociológicos de la vida cotidiana de las personas, como el trabajo o el ocio.

La pérdida de un familiar que sucede de manera distinta a la de la cultura en la que vive, puede llevar a la persona en duelo a un estado de alteración de la salud mental, por lo que, el personal sanitario debe permanecer unido y sereno para evitar al máximo las secuelas emocionales que dejará el COVID-19 tras su paso.

Las pérdidas por fallecimiento, son inevitables, y en un momento u otro de la vida, los seres humanos hemos de pasar por este proceso.

Lo que es más evitable, es el deterioro de la salud mental a causa de estas pérdidas, ya que las muertes por coronavirus pueden llegar a ser de una índole más dolorosa, por lo que la elaboración de un protocolo que nos ayude al personal de la salud, servirá de gran apoyo.

El psicólogo y docente Bernat Carreras, hizo una reflexión en uno de sus artículos que trata sobre la muerte en los tiempos de pandemia y dice así (1): *“La crisis de la COVID-19 nos hace recordar la importancia de una caricia, de un contacto, de un abrazo y de la presencia de un familiar en la habitación.”*

El protocolo que se va a proponer, nace con la voluntad de ser útil en el contexto actual de pandemia, pero también en un futuro, siempre que la situación que se pueda presentar, pueda conllevar riesgo de duelo disfuncional.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

- Crear un protocolo de enfermería para la atención emocional a las familias de pacientes fallecidos por COVID-19.

### **2.2. Objetivo específico**

- Revisar la evidencia de la información en relación al duelo patológico y el COVID-19.
- Protocolizar los cuidados en los casos de duelo disfuncional por COVID-19.
- Crear un recurso enfermero para el abordaje del duelo disfuncional por COVID-19.

## **3. Marco teórico**

La pandemia actual, causada por el nuevo coronavirus, también conocido como SARS-CoV-2, fue noticia por primera vez el 31 de diciembre de 2019, que informaba de un grupo de casos de neumonía vírica que había sido declarada en WUHAN (República Popular China) (2).

Esta familia de virus es muy extensa y puede causar enfermedades tanto en animales como en humanos.



### 3.1. ¿Qué es el COVID-19?

En el contexto actual, se habla de la especie humana, en la cual se conoce que varios coronavirus causan infecciones respiratorias, que pueden ser leves, como un resfriado común, o más graves como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) (3).

Principalmente, el nuevo coronavirus causante de la pandemia y del descontrol mundial, descubierto recientemente, causa la enfermedad por coronavirus COVID-19 (3).

#### 3.1.1. Epidemiología del COVID-19

La pandemia afecta a nivel mundial por su alto nivel de propagación en un periodo tan corto de tiempo, pero en este caso se investiga a nivel del territorio español, debido a que los determinantes de la salud de cada país son diferentes, por lo que esta emergencia sanitaria no será igual en una parte del mundo que en otra (4).

Según informes del Gobierno de España y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), se realizaron análisis de los casos notificados a este organismo, con una fecha posterior al 10 de mayo de 2020, hasta el 13 de enero de 2021, en los cuales se identifican 1.942.671 casos de COVID-19 en España. Un 5,9% de los casos han sido hospitalizados, un 0,5% han sido ingresados en UCI y un 1,2% han fallecido (**Anexo 1**) (4).

La mayor proporción de casos de COVID-19 se producen en el grupo de personas de 15 a 59 años (66% del total), siendo el grupo de 15-29 años el más representado, con un 21% de los casos (**Anexo 2**) (4).

El porcentaje de hospitalizaciones y defunciones con COVID-19 aumenta con la edad, siendo los mayores de 79 años el 28% de los casos. (**Anexo 2**) (4).

Entre las semanas 52/2020 (21-27 de diciembre) y 53/2020 (28 de diciembre- 03 de enero), la incidencia semanal acumulada aumenta un 33%. En esas semanas, el ascenso es significativo en todos los grupos de edad. El mayor ascenso se produce en el grupo de 15-29 años (43%) y en el de menores de 15 años (38%) (4).

El 52,5% de los casos de COVID-19 son mujeres y la mediana de edad de los casos es de 41 años, siendo mayor en mujeres que en hombres, 42 vs 41 años respectivamente (**Anexo 3**) (4).

En relación a la distribución por sexo y edad de la población, los casos de COVID-19 están mayormente representados en los hombres de 15-34 años, en mujeres de 15-54 años y en mayores de 84 años (**Anexo 3**) (4).

El 55,8% de los casos totales ha presentado síntomas (4).

El 84,3% de los diagnósticos fueron con pruebas PCR y un 15,5% por TAR (Test de Antígenos Rápido) (4).

En el análisis del tiempo que transcurre desde el inicio de síntomas hasta el primer contacto con el sistema sanitario, se ve que la mediana de tiempo es de 2 días; hasta el diagnóstico son 3 días; y hasta el aislamiento 1 día. Este tiempo se ha ido reduciendo a lo largo de la pandemia, el espacio de tiempo entre el comienzo de los síntomas hasta el aislamiento, cada vez es más corto (4).

La mortalidad global se estima en un 8% y se debe a insuficiencia respiratoria con hipoxia o fallo multiorgánico (5).

### **3.1.2. Signos y síntomas de la COVID19**

Los síntomas más habituales de la COVID-19 son fiebre, tos seca, dolor de cabeza, faringitis, neumonía, fatiga, náuseas y vómitos y diarrea (6). También pueden aparecer congestión nasal, conjuntivitis, pérdida del gusto y/o del olfato y erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Dichos síntomas suelen ser leves y comenzar de manera gradual y la mayoría de las personas (aproximadamente 80% de los casos) se recuperan de la enfermedad sin necesidad de un tratamiento hospitalario o incluso hasta de manera asintomática (3).

Posteriormente, a nivel microbiológico, puede aparecer linfocitopenia, trombocitopenia, leucopenia, aumento de la proteína C reactiva (PCR) y aceleraciones respiratorias repentinas originadas por la neumonía intersticial (6).

Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como HTA, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de presentar cuadros graves. Estos son factores que propician la enfermedad, sin embargo, cualquier persona, ya sea sana o con comorbilidades anteriores, puede contraer la COVID-19 y caer gravemente enferma (3).

El periodo medio de incubación es de 5 días (el rango está entre los 3 y los 7 días, con un máximo de hasta 14 días). Durante la fase de replicación viral, que dura varios días, las personas pueden presentar síntomas leves consecuencia del efecto del virus y de la respuesta inmune innata. Cuando la enfermedad afecta a las vías respiratorias bajas, es porque el sistema inmune no consigue frenar la propagación y replicación del virus (5).

### **3.1.3. ¿Cómo afecta el COVID-19 en los casos más graves?**

En los casos más severos, la disnea puede causar daño alveolar, insuficiencia renal y finalmente, la muerte (6).

Los cuadros graves de la COVID-19 se producen en un menor porcentaje de la población, los pacientes con sintomatología leve pueden estar sin fiebre durante los dos primeros días, pero esta puede aparecer entre los días 3 y 6 de la enfermedad (7).

Cuando una persona padece una manifestación grave, entre el inicio del primer síntoma hasta la neumonía, la admisión hospitalaria, el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y el ingreso en la UCI, pasan cinco, siete, ocho a nueve y de nueve a diez días respectivamente (7).

La letalidad de esta enfermedad está directamente relacionada con la edad del enfermo y con la presencia de comorbilidades como HTA, diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias o tuberculosis (6).

### **3.2. ¿Qué es el duelo?**

Cuando el ser humano sufre una pérdida, ya sea material o personal, se produce una reacción psicológica en las personas, se trata de dolor emocional. Se entiende como un proceso normal, el cual tiene fecha de caducidad y una evolución, normalmente,

hacia la superación. Que este suceso ocurra, puede ayudar a la madurez y el crecimiento personal (8).

Por lo tanto, se entiende que duelo equivale a pérdida y se considera a la familia como una de las fuentes más importantes de apoyo, por lo que es a la que se le deben facilitar todos los medios necesarios para que esta respuesta emocional a la pérdida, tenga un desarrollo correcto (8).

Cuando fallece un ser querido, la persona o personas que sufren este acontecimiento, se posicionan entonces en un estado de transición, que se entiende como la acción y efecto de pasar de un modo de ser o estar a otro totalmente distinto. En el duelo influyen tanto los aspectos propios del individuo, como la sociedad y la cultura en la que vive, por lo que se considera el luto un constructo subjetivo, multidimensional, complejo y diverso, que en la actualidad se considera como un proceso más que como un estado, porque en condiciones normales, es una transición hasta la normalidad (8)(9).

Conocer las fases del duelo ayuda tanto al personal sanitario como a la persona que lo está padeciendo, para así saber en qué situación se encuentra y así poder orientar a la persona hacia un sitio u otro. Se sigue la teoría elaborada por Kübler-Ross, psiquiatra y escritora suizo-estadounidense, que fue una de las mayores expertas mundiales en relación a la muerte, personas moribundas y cuidados paliativos; cuyo modelo define 5 fases o etapas del duelo (10):

1. **Negación:** la negación por una pérdida de un familiar, es una reacción muy habitual que con frecuencia se presenta junto con un estado de shock o embotamiento emocional.  
En ocasiones, esta negación se puede expresar de una manera más abstracta, como, por ejemplo, la negación de la importancia de la pérdida en lugar de la negación de la pérdida en sí.
2. **Ira:** cuando acaba la negación, comienzan los sentimientos de frustración y de impotencia con respecto a la propia capacidad de modificar las consecuencias de la pérdida. Es el sentimiento de frustración el que desarrolla el enfado o la ira.

Durante esta fase, la persona intenta atribuir la culpa a algún factor, a otra persona o incluso a uno mismo.

3. **Negociación:** En esta fase, la persona tiene esperanza de que nada en su vida cambie. Por ejemplo, seguir las mismas rutinas que seguías cuando la persona perdida aún vivía.
4. **Depresión:** Aquí la persona empieza a asumir de manera definitiva la realidad de la pérdida, lo cual genera sentimientos de tristeza y de desesperanza, aislamiento social y la falta de motivación.
5. **Aceptación:** Esta fase supone la normalización de los sentimientos de tristeza anteriores, se trata de un estado de calma asociado a la comprensión de la muerte y la pérdida sufrida. La persona se da cuenta de los hechos y comprende su inevitabilidad, dando final a la etapa del duelo y comenzando con otra nueva etapa de su vida.

También podemos utilizar modelos específicos de afrontamiento de la pérdida, como es el Modelo de tareas de Worden (9).

La idea de William Worden, es la elaboración de una serie de etapas que los individuos transitan de manera activa en su propio proceso del duelo, lo que conduce a la elaboración de duelos sanos y a la prevención de la cronificación de este proceso de duelo (11).

La **1ª tarea** del duelo denominada por Worden, es aceptar la realidad de la pérdida, ya que cuando una persona muere, ya sea de manera esperada o repentina, hay sensación de irrealidad y lo primero que se debe tener claro es que el reencuentro con esta persona es imposible (11).

La **2ª tarea** del duelo es la elaboración del dolor tras la pérdida, el dolor físico, conductual y emocional, los cuales deben reconocerse ya que si esto no sucede, se comenzarán a manifestar en otras formas como conductas anormales y problemas físicos y psicológicos (11).

Si la negación de la muerte y de este dolor se prolonga en el tiempo, también impide la finalización del duelo (11).

La **3ª tarea** del duelo es adaptarse al entorno sin el ser querido, tanto en tareas externas (como quehaceres de la vida cotidiana) como tareas internas (valores, creencias, etc.) (11).

La **4ª tarea** es tratar de hallar una conexión con el fallecido y seguir viviendo, para así encontrar un vínculo perdurable y duradero con el fallecido (11).

Estos vínculos pueden ser los siguientes (11):

- Prenda de ropa del ser querido que la haga especial.
- Una fotografía.
- Un álbum familiar con fotos.
- Un corto de vídeo.

Después de sufrir una pérdida, existen ciertas tareas que la persona en estado de duelo debe realizar para restablecer el equilibrio natural de su vida y completar el proceso del duelo (12).

Estas tareas pueden ser por ejemplo aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un entorno en el que el fallecido está ausente y por último recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo (12).

Cuando la persona que sufre una pérdida no realiza las actividades anteriores y encaminan su duelo hacia un camino de pensamientos rumiativos, la persona se inclina hacia los procesos cognitivo-emocionales asociados a una mala adaptación, es importante fichar este comportamiento ya que será clave para determinar la diferencia entre un duelo sano y uno patológico(9).

Algunos estudios demuestran que las personas en duelo, tienen mayor probabilidad de morbimortalidad que la población general. El duelo también puede aumentar el riesgo de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares y de suicidio y una cuarta parte de los viudos o viudas padecen depresión o ansiedad en el primer año tras la pérdida (13).

En relación a la atención primaria, se observa que un tercio de las visitas tienen un origen psicológico y que de ellas, una cuarta parte se identifica como el resultado de algún tipo de pérdida (13).

### 3.2.1. Tipos de duelo

Principalmente, está el duelo que sigue su curso normal y sigue las fases nombradas anteriormente

Hay diferentes tipos de duelo patológico (8):

- **Duelo ausente o retardado:** Cuando la persona recibe la noticia, esta primera impresión no es muy impactante para ella, no existiendo dolor ni reacciones emocionales propias de un duelo. No es hasta pasado un tiempo, que puede durar meses o incluso años, que la persona experimenta los síntomas del duelo. Puede ser dado por falta de apoyo social, necesidad de “ser fuertes” o simplemente no haber asimilado la situación (8)(14).
- **Duelo crónico:** Es la persistencia en el tiempo de pensamientos y emociones asociadas al difunto. Hay un sentimiento objetivo de no ser capaz de volver a la vida normal y de no haber desarrollado el proceso del duelo. Se suele dar en personas con relaciones previas de dependencia. Puede durar hasta años (8)(14).
- **Duelo inhibido o distorsionado:** Se experimentan reacciones y respuestas emocionales intensas: ira anormal, sobre identificación con el difunto, ansiedad, depresión, conductas fóbicas, etc. (8).
- **Duelo asociado a desórdenes psiquiátricos o exagerado:** El equilibrio interior de la persona queda afectado, la respuesta es desproporcionada, pudiendo llevar a comorbilidades con otros trastornos psiquiátricos como ataques de pánico, fobias, trastorno de estrés postraumático o consumo perjudicial de sustancias; y se necesita la intervención de ayuda psicológica especializada (8)(14).
- Reconocer también la posibilidad del **duelo desautorizado**, cuando la persona vive una pérdida que no puede ser abiertamente reconocida o apoyada socialmente por valores existentes (8).

Según estudios recientes, a la hora de valorar la prevalencia del duelo patológico, surgen tres etiquetas diagnósticas: duelo, duelo complicado y riesgo de duelo

complicado. Actualmente, el diagnóstico de duelo se encuentra en mayor porcentaje de representación de la población, seguido por el duelo complicado y acabando, con menos porcentaje, el riesgo de duelo complicado (15).

De acuerdo con estos estudios, la mayoría de las personas diagnosticada con una de estas tres etiquetas, son las personas con 50 años o más (15).

También, se analiza que la etiqueta de duelo complicado, se asocia en mayor medida a mujeres, en el grupo de edad de entre 18 y 34 años (15).

### **3.3. Duelo y COVID-19**

La pandemia actual debida al nuevo coronavirus, ha supuesto un cambio radical en el abordaje sanitario en todos los aspectos, en el campo asistencial, informativo, en la investigación, etc. Por tanto, también ha afectado de manera brusca en el duelo y en cómo las personas, en este caso los familiares, se despiden por última vez de sus seres queridos que se encuentran en fase terminal por esta nueva enfermedad (16).

En la vida de las personas, el duelo es inevitable y multidimensional, afecta a prácticamente todas las esferas de la vida (17).

Debido a la pandemia, hay cada vez más casos de duelos complicados en diversos grupos de edad.

Las personas que tienen familiares con complicaciones graves de COVID-19 pueden sufrir un duelo anticipado. Las familias en esta situación, experimentan un dolor adelantado debido a que saben que su familiar está sufriendo y se empiezan a hacer a la idea de que esta persona puede entrar en fase terminal en cualquier momento. Además, en estas ocasiones, ahora no tan excepcionales, la falta de rituales de despedida como pueden ser los funerales, hacen que la persona esté en duelo privado de sus derechos y que no esté reconocido social o culturalmente aún perjudica más los recursos de apoyo que ayudan al proceso de duelo (17).

El resultado de todas estas familias y/o allegados que sufren la pérdida de alguien a quien no pueden despedir, resultando en un duelo inusual, prolongado e incapacitante, es que haya más riesgo de que sufran un Trastorno de Duelo Prolongado (PGD), lo cual pone en riesgo físico y mental a la persona que lo padece,



ya que el sufrimiento, interfiere en todos los aspectos de la vida cotidiana de una persona (17).

Cuando se habla de que el COVID-19 ha modificado los patrones de conducta durante el proceso de despedida y de duelo en las personas, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos que influyen directamente sobre el sufrimiento emocional ante la pérdida del familiar (16):

- Incapacidad para despedirse: Como ya se ha comentado antes, la enfermedad por COVID-19 es altamente contagiosa, por lo que los pacientes deben cumplir con las medidas de aislamiento. También se produce esta incapacidad debido a las muertes repentinas.
- Pérdidas múltiples.
- Pérdida de familiares relativamente jóvenes sin patología previa.
- Síntomas graves de aflicción o ansiedad previos a la pérdida derivados de la situación.
- Falta de apoyo social o familiar.
- Imposibilidad de realizar las prácticas culturales de despedida.
- Falta de preparación para la muerte, ya sea por la rápida evolución de la enfermedad o por muertes que ocurren de manera repentina.
- Frustración o rabia por la falta de atención a este proceso que están sufriendo, que puede ser real o sentida por ellos mismos.
- Sentimiento de culpa por creer haber sido el posible foco de contagio.
- Lugar de fallecimiento diferente al domicilio habitual (hospital, urgencias, residencia sociosanitaria).
- Dificultad para mostrar los sentimientos de duelo en una sociedad que ve a los fallecidos como números estadísticos.
- Dependencia económica del fallecido.

- Intoxicación informativa por un constante bombardeo de los medios de comunicación mezclando datos, opiniones, bulos, información cambiante y escasa fiabilidad.

La muerte por COVID-19, suele ser repentina e inesperada, y las restricciones de distancia y aislamiento de los pacientes, ha cambiado tanto la experiencia de morir como el proceso del duelo frente a esta muerte (16).

Los permisos de visita a estos enfermos cuando están hospitalizados, son difíciles de conceder y cuando se consigue, solo se permite la visita a un individuo y siempre ha de ser el mismo. Por estas restricciones, el gran apoyo para los enfermos, son los profesionales de la salud y no los familiares; y a pesar de esto, existen dificultades y barreras para ser un apoyo cercano debido a la utilización de los equipos de protección, lo que limita la capacidad de conexión con los pacientes (18).

### **3.4. Duelo disfuncional**

La mayoría de las personas que se encuentran en el proceso de duelo logran superarlo sin problemas, pero hay un 10%, aproximadamente, en los cuales no se logra superar esta etapa y se convierte en un duelo complicado o prolongado (19).

Las personas en situación de duelo disfuncional presentan búsqueda, anhelo, preocupación por pensamientos sobre el fallecido, llanto, incredulidad y sensación de aturdimiento por la muerte; también se puede presentar dolor somático, como el dolor de cabeza, dolor de pecho o palpitaciones (19).

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), no hay consenso diagnóstico en lo que se refiere al "duelo complicado", por lo que no está incluido en la clasificación DSM-IV-TR (13).

La SECPAL sostiene 4 criterios fundamentales para distinguir un duelo complicado.

Los criterios son los siguientes (13):

**Criterio A:** estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte.

Presentar, cada día o en grado elevado, 3 de los 4 síntomas siguientes:

1. Pensamientos intrusivos acerca del fallecido.

2. Añoranza del fallecido, recordando su ausencia con enorme y profunda tristeza.
3. Búsqueda, aun sabiendo que está muerto, del fallecido.
4. Sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento.

**Criterio B:** estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.

Presentar, cada día o en grado elevado, 4 de los 8 síntomas siguientes:

1. Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil para el futuro.
2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
3. Dificultad para aceptar la realidad de la muerte.
4. Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido.
5. Sentir que se ha muerto una parte de si mismo.
6. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él.
7. Excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación con el fallecimiento.
8. Tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.

**Criterio C:** Cronología.

La duración de los trastornos arriba indicados, es de al menos 6 meses.

**Criterio D:** Deterioro.

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

Para evaluar si una persona padece un duelo patológico, también disponemos del Inventario de Duelo Complicado (IDC), el cual fue elaborado por Prigerson, con la finalidad de ofrecer una medida lo más objetiva posible que permitiera diferenciar entre duelo normal y patológico (20).

El IDC contiene 19 ítems con 5 categorías de respuesta (“nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “a menudo” y siempre”) que valoran la frecuencia del síntoma explorado y cuya puntuación va desde 0 para “nunca” hasta 4 para “siempre” (**Anexo 4**) (20).

### **3.5. ¿Cómo facilitar el duelo?**

Gracias al avance tecnológico que hay hoy en día, las familias que se encuentran en esta situación de desesperanza por no poder ver a sus seres queridos, actualmente pueden mantener en contacto por vía telefónica y videollamada (21).

Pero una vez más, siempre hay un lado negativo, y es que para hacer estas llamadas de video, se necesitan dispositivos móviles adaptados para ello, por lo que las personas que no pueden permitirse estos lujos, no podría despedirse de sus familiares, ya que en los hospitales, no prestan dispositivos telefónicos, habiéndose dado en ocasiones, que los propios sanitarios cedan sus propios teléfonos para que puedan dar el último adiós a sus familias (21).

## **4. Teorías enfermeras para el duelo**

A lo largo de la historia, las enfermeras han ido avanzando y formándose hasta tal punto de introducirse en programas de posgrado, maestrías y doctorados, que han promovido el interés por el desarrollo de conocimientos e investigación por parte de estas, lo que tuvo como consecuencia, que se desarrollaran los modelos conceptuales y las teorías enfermeras que definen actualmente esta disciplina, explican su razón de ser, sus principios científicos y filosóficos, y sus valores (22).

Lo que buscan estas teorías, es facilitar el trabajo a las profesionales de enfermería, ya que una visión medicalizada de los cuidados, dificulta la profundización sobre aspectos que son importantes para el desarrollo de un plan de cuidados enfermeros (22).

En los modelos se refleja la estructura conceptual, lo cual define lo qué es y lo qué no es la enfermería, su campo de interés y los métodos de indagación que se deben de utilizar; y la estructura sintáctica ayuda a las enfermeras a entender los talentos, las destrezas y las habilidades que debe desarrollar (22).

### **4.1. Modelo de cuidados de Virginia Henderson**

Para realizar un protocolo basado en la evidencia y en unos buenos cuidados de enfermería, debemos saber con certeza las necesidades que están alteradas en las personas a las que irán dirigidas estas indicaciones. Para ello, se conocen múltiples

teorías enfermeras y pautas de valoración con las que se pueden analizar fácilmente la problemática principal de la persona evaluada.

La enfermería moderna y sus conocimientos, se basan en el proceso enfermero, un método científico aplicado a los cuidados, lo cual va ligado a un modelo de trabajo sistemático para delimitar el campo de actuación de las enfermeras en relación a un problema de salud (23).

Uno de los modelos de cuidados mayormente aceptados en nuestro entorno es el de Virginia Henderson, ya que es totalmente compatible con el proceso enfermero, siendo posible la integración de los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), que cada vez están más incorporados en el trabajo enfermero y en los sistemas de información (23).

Virginia Henderson destacó 14 necesidades básicas de la persona:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

En este caso, las necesidades que se pueden ver afectadas son de una índole más espiritual y emocional, por lo que los objetivos y las intervenciones serán dirigidas hacia esta problemática.

En relación a los modelos de cuidados enfermeros, también se habla de la “**Teoría de los cuidados transpersonales**” de **Jean Watson**, en la que se reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para llegar a ser y hace referencia a ser en relación a otra persona que lo invoca (24).

Para Watson, el cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas, que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia”, lo cual permite que tanto enfermera como paciente entren en el campo fenomenológico del otro (25).

Este cuidado transpersonal se caracteriza por (25):

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Por lo que este modelo pretende ir más allá con los cuidados, llegando a una visión más profunda y atravesando el propio ego, el aquí y el ahora.

#### **4.2. Rol de enfermería y las teorías de rango medio**

Las teorías de rango medio, a diferencia de las grandes teorías, son mucho más limitadas en amplitud, son menos abstractas, describen fenómenos o conceptos específicos, reflejando así, de mejor manera, los componentes de la práctica, concretamente en este caso de la práctica enfermera (26).

Encontramos varias teorías de rango medio que pueden orientar la práctica enfermera en esta situación concreta.

#### 4.2.1. “Teoría de los cuidados” de Kristen Swanson

Se trata de una teoría planteada en el año 1991, que ofrece una explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica (27).

Hace hincapié en que el objetivo de la enfermería es promover el bienestar de otros. Swanson define los cuidados como “una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal” (27).

En esta teoría se proponen seis procesos básicos (27):

- **Cuidado:** Forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.
- **Conocimiento:** Esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.
- **Estar con:** Estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos, sin abrumar a la persona cuidada.
- **Hacer por:** Hacer por los otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad.
- **Posibilitar:** Facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación.
- **Mantener las creencias:** Mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena práctica enfermera, es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente (27).

#### **4.2.2. Teoría del duelo disfuncional de Hainsworth, Eakes y Burke**

Según esta teoría, se ajusta la definición de duelo disfuncional ante la pérdida como “la recurrencia periódica de una aflicción generalizada y permanente u otros sentimientos relacionados con el duelo con una discrepancia continua secundaria a la experiencia de una pérdida” (28).

Los desencadenantes del duelo disfuncional son situaciones primarias que desencadenan las reexperiencias de los sentimientos iniciales del duelo (28):

- Recuerdos
- Control de las crisis
- Cuidadores familiares
- Necesidad de un cuidado inacabable
- Cambio de papeles

Las principales implicaciones para la práctica son sugerencias a las enfermeras para ayudar a los individuos y cuidadores familiares a tratar eficazmente los acontecimientos desencadenantes (29).

Las intervenciones enfermeras incluyen (29):

- Presencia empática
- Experiencia en docencia
- Asistencia y competencia profesional

#### **4.2.3. Modelo de incertidumbre de Merle Mishel**

Merle Mishel, enfermera especializada en la atención psiquiátrica, desarrolló la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, como respuesta a la confusión y al desorden provocados por un estado de duda continua (30).

La incertidumbre es la incapacidad de determinar el significado de los hechos, en este caso, relacionados la enfermedad (31).



Esta duda aparece en situaciones de enfermedad que son ambiguas, complejas, impredecibles o cuando no se tiene información o es inconsciente (31); como podría ser el caso de la enfermedad avanzada de la COVID-19.

La incertidumbre puede causar las siguientes consecuencias (31):

- Aumento de la ansiedad y del estrés.
- Disminución del optimismo y de la esperanza.
- Aparición de tensión en las relaciones familiares, trabajo o actividades recreativas.
- Debilidad de la percepción de control.
- Aumento de la sensación de amenaza y peligro.

#### 4.3. NANDA, NOC, NIC relacionados

Para completar un proceso enfermero, es necesario buscar el diagnóstico enfermero del paciente (NANDA), marcar unos objetivos (NOC) y aplicar las acciones necesarias (NIC) para conseguir los objetivos previamente marcados, que están encaminados a la resolución del diagnóstico.

En este caso, los diagnósticos marcados son relacionados con la muerte y todo lo que implica, procesos más emocionales y no tan tecnificados.

Tabla 1. NANDA, NOC, NIC (32).

NANDA	NOC	NIC
<b>Etiqueta:</b> Duelo <b>Código:</b> 00136 <b>Dominio:</b> 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés <b>Clase:</b> 2 Respuestas de afrontamiento <b>Necesidad:</b> 11 Creencias/Valores	<b>NOC:</b> Afrontamiento de los problemas de la familia <b>Código:</b> 2600 <b>NOC:</b> Funcionamiento de la familia <b>Código:</b> 2602 <b>NOC:</b> Clima social de la familia <b>Código:</b> 2601 <b>NOC:</b> Resiliencia personal <b>Código:</b> 1309	<b>NIC:</b> Mejorar el afrontamiento <b>Código:</b> 5230 <b>NIC:</b> Facilitar el duelo <b>Código:</b> 5290 <b>NIC:</b> Apoyo a la familia <b>Código:</b> 7140 <b>NIC:</b> Mantenimiento de procesos familiares <b>Código:</b> 7130 <b>NIC:</b> Facilitar la presencia de la familia <b>Código:</b> 7170

		<b>NIC:</b> Terapia familiar <b>Código:</b> 7150
<b>Etiqueta:</b> Riesgo de duelo complicado <b>Código:</b> 00172 <b>Dominio:</b> 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés <b>Clase:</b> 2 Respuestas de afrontamiento <b>Necesidad:</b> 11 Creencias/Valores	<b>NOC:</b> Control del riesgo <b>Código:</b> 1902 <b>NOC:</b> Detección del riesgo <b>Código:</b> 1908 <b>NOC:</b> Severidad del sufrimiento <b>Código:</b> 2003 <b>NOC:</b> Soporte social <b>Código:</b> 1504	<b>NIC:</b> Aumentar los sistemas de apoyo <b>Código:</b> 5440 <b>NIC:</b> Escucha activa <b>Código:</b> 4920 <b>NIC:</b> Control del estado de ánimo <b>Código:</b> 5330 <b>NIC:</b> Intervención en casos de crisis <b>Código:</b> 6160 <b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad <b>Código:</b> 5820 <b>NIC:</b> Fomentar la resiliencia <b>Código:</b> 8340 <b>NIC:</b> Identificación de riesgos <b>Código:</b> 6610 <b>NIC:</b> Prevención del consumo de sustancias nocivas <b>Código:</b> 4500
<b>Etiqueta:</b> Duelo complicado <b>Código:</b> 00135 <b>Dominio:</b> 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés <b>Clase:</b> 2 Respuestas de afrontamiento <b>Necesidad:</b> 11 Creencias/Valores	<b>NOC:</b> Nivel de depresión <b>Código:</b> 1208 <b>NOC:</b> Afrontamiento de problemas <b>Código:</b> 1302 <b>NOC:</b> Autocontrol de la ansiedad <b>Código:</b> 1402 <b>NOC:</b> Autocontrol de la depresión <b>Código:</b> 1409 <b>NOC:</b> Autocontrol de la ira <b>Código:</b> 1410 <b>NOC:</b> Bienestar personal <b>Código:</b> 2002 <b>NOC:</b> Modificación psicosocial: Cambio de vida <b>Código:</b> 1305 <b>NOC:</b> Resiliencia personal <b>Código:</b> 1309 <b>NOC:</b> Nivel de malestar <b>Código:</b> 2109 <b>NOC:</b> Equilibrio emocional <b>Código:</b> 1204	<b>NIC:</b> Facilitar el duelo <b>Código:</b> 5290 <b>NIC:</b> Apoyo a la familia <b>Código:</b> 7140 <b>NIC:</b> Apoyo emocional <b>Código:</b> 5270 <b>NIC:</b> Apoyo espiritual <b>Código:</b> 5420 <b>NIC:</b> Control del estado de ánimo <b>Código:</b> 5330 <b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad <b>Código:</b> 5820 <b>NIC:</b> Escucha activa <b>Código:</b> 4920 <b>NIC:</b> Mejorar el afrontamiento <b>Código:</b> 5230 <b>NIC:</b> Mejorar el sueño <b>Código:</b> 1850 <b>NIC:</b> Terapia familiar <b>Código:</b> 7150

	<p><b>NOC:</b> Estado de salud personal <b>Código:</b> 2006</p> <p><b>NOC:</b> Severidad de la soledad <b>Código:</b> 1203</p> <p><b>NOC:</b> Soporte social <b>Código:</b> 1504</p>	<p><b>NIC:</b> Aumentar los sistemas de apoyo <b>Código:</b> 5440</p> <p><b>NIC:</b> Prevención del suicidio <b>Código:</b> 6340</p> <p><b>NIC:</b> Control del estado de ánimo <b>Código:</b> 5330</p> <p><b>NIC:</b> Grupo de apoyo <b>Código:</b> 5430</p>
<p><b>Etiqueta:</b> Sufrimiento espiritual</p> <p><b>Código:</b> 00066</p> <p><b>Dominio:</b> 10 Principios vitales</p> <p><b>Clase:</b> 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones</p> <p><b>Necesidad:</b> 11 Creencias/Valores</p>	<p><b>NOC:</b> Salud espiritual <b>Código:</b> 2001</p> <p><b>NOC:</b> Aceptación: estado de salud <b>Código:</b> 1300</p> <p><b>NOC:</b> Afrontamiento de problemas <b>Código:</b> 1302</p> <p><b>NOC:</b> Autocontrol de la ansiedad <b>Código:</b> 1402</p> <p><b>NOC:</b> Esperanza <b>Código:</b> 1201</p> <p><b>NOC:</b> Nivel de depresión <b>Código:</b> 1208</p> <p><b>NOC:</b> Severidad del sufrimiento <b>Código:</b> 2003</p> <p><b>NOC:</b> Soporte social <b>Código:</b> 1504</p> <p><b>NOC:</b> Bienestar personal <b>Código:</b> 2002</p> <p><b>NOC:</b> Calidad de vida <b>Código:</b> 2000</p> <p><b>NOC:</b> Clima social de la familia <b>Código:</b> 2601</p> <p><b>NOC:</b> Control del dolor <b>Código:</b> 1605</p> <p><b>NOC:</b> Resiliencia personal <b>Código:</b> 1309</p> <p><b>NOC:</b> Resolución de la aflicción <b>Código:</b> 1304</p>	<p><b>NIC:</b> Apoyo emocional <b>Código:</b> 5270</p> <p><b>NIC:</b> Apoyo espiritual <b>Código:</b> 5420</p> <p><b>NIC:</b> Facilitar el duelo <b>Código:</b> 5290</p> <p><b>NIC:</b> Fomentar la resiliencia <b>Código:</b> 8340</p> <p><b>NIC:</b> Grupo de apoyo <b>Código:</b> 5430</p> <p><b>NIC:</b> Intervención en caso de crisis <b>Código:</b> 6160</p> <p><b>NIC:</b> Mejorar el afrontamiento <b>Código:</b> 5230</p> <p><b>NIC:</b> Presencia <b>Código:</b> 5340</p> <p><b>NIC:</b> Apoyo a la familia <b>Código:</b> 7140</p> <p><b>NIC:</b> Contacto <b>Código:</b> 5460</p> <p><b>NIC:</b> Control del estado de ánimo <b>Código:</b> 5330</p> <p><b>NIC:</b> Derivación <b>Código:</b> 8100</p> <p><b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad <b>Código:</b> 5820</p> <p><b>NIC:</b> Distracción <b>Código:</b> 5900</p> <p><b>NIC:</b> Escucha activa <b>Código:</b> 4920</p>

<p><b>Etiqueta:</b> Riesgo de sufrimiento espiritual  <b>Código:</b> 00067  <b>Dominio:</b> 10 Principios vitales  <b>Clase:</b> 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones  <b>Necesidad:</b> 11 Creencias/Valores</p>	<p><b>NOC:</b> Control del riesgo  <b>Código:</b> 1902  <b>NOC:</b> Detección del riesgo <b>Código:</b> 1908  <b>NOC:</b> Severidad del sufrimiento  <b>Código:</b> 2003</p>	<p><b>NIC:</b> Aumentar los sistemas de apoyo  <b>Código:</b> 5440  <b>NIC:</b> Escucha activa  <b>Código:</b> 4920  <b>NIC:</b> Control del estado de ánimo <b>Código:</b> 5330  <b>NIC:</b> Intervención en casos de crisis <b>Código:</b> 6160  <b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad <b>Código:</b> 5820  <b>NIC:</b> Fomentar la resiliencia <b>Código:</b> 8340  <b>NIC:</b> Identificación de riesgos <b>Código:</b> 6610  <b>NIC:</b> Prevención del consumo de sustancias nocivas <b>Código:</b> 4500</p>
<p><b>Etiqueta:</b> Desesperanza  <b>Código:</b> 00124  <b>Dominio:</b> 6 Autopercepción  <b>Clase:</b> 1 Autoconcepto  <b>Necesidad:</b> 11 Creencias/Valores</p>	<p><b>NOC:</b> Esperanza  <b>Código:</b> 1201  <b>NOC:</b> Comunicación  <b>Código:</b> 0902  <b>NOC:</b> Deseo de vivir  <b>Código:</b> 1206  <b>NOC:</b> Equilibrio emocional <b>Código:</b> 1204  <b>NOC:</b> Motivación  <b>Código:</b> 1209  <b>NOC:</b> Severidad de los síntomas <b>Código:</b> 2103  <b>NOC:</b> Severidad del sufrimiento  <b>Código:</b> 2003</p>	<p><b>NIC:</b> Control del estado de ánimo <b>Código:</b> 5330  <b>NIC:</b> Dar esperanza  <b>Código:</b> 5310  <b>NIC:</b> Apoyo emocional  <b>Código:</b> 5270  <b>NIC:</b> Aumentar los sistemas de apoyo  <b>Código:</b> 5440  <b>NIC:</b> Facilitar el crecimiento espiritual  <b>Código:</b> 5426  <b>NIC:</b> Grupo de apoyo  <b>Código:</b> 5430  <b>NIC:</b> Asesoramiento  <b>Código:</b> 5240  <b>NIC:</b> Ayuda con el autocuidado  <b>Código:</b> 1800  <b>NIC:</b> Distracción  <b>Código:</b> 5900  <b>NIC:</b> Fomento del ejercicio <b>Código:</b> 200  <b>NIC:</b> Musicoterapia  <b>Código:</b> 4400  <b>NIC:</b> Prevención del suicidio <b>Código:</b> 6340</p>

		<b>NIC:</b> Terapia asistida con animales <b>Código:</b> 4320 <b>NIC:</b> Apoyo espiritual <b>Código:</b> 5420
<b>Etiqueta:</b> Ansiedad <b>Código:</b> 00146 <b>Dominio:</b> 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés <b>Clase:</b> 2 Respuestas de afrontamiento <b>Necesidad:</b> 1 Respirar normalmente	<b>NOC:</b> Nivel de ansiedad <b>Código:</b> 1211 <b>NOC:</b> Afrontamiento de problemas <b>Código:</b> 1302 <b>NOC:</b> Autocontrol de la ansiedad <b>Código:</b> 1402 <b>NOC:</b> Autocontrol del pensamiento distorsionado <b>Código:</b> 1403 <b>NOC:</b> Nivel de agitación <b>Código:</b> 1214 <b>NOC:</b> Nivel de miedo <b>Código:</b> 1210 <b>NOC:</b> Sueño <b>Código:</b> 0004 <b>NOC:</b> Bienestar personal <b>Código:</b> 2002 <b>NOC:</b> Control de síntomas <b>Código:</b> 1608 <b>NOC:</b> Nivel de estrés <b>Código:</b> 1212 <b>NOC:</b> Toma de decisiones <b>Código:</b> 0906	<b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad <b>Código:</b> 5820 <b>NIC:</b> Mejorar el afrontamiento <b>Código:</b> 5230 <b>NIC:</b> Terapia de relajación <b>Código:</b> 6040 <b>NIC:</b> Técnica de relajación <b>Código:</b> 5880 <b>NIC:</b> Apoyo emocional <b>Código:</b> 5270 <b>NIC:</b> Ayuda para el control del enfado <b>Código:</b> 4640 <b>NIC:</b> Consulta por teléfono <b>Código:</b> 8180 <b>NIC:</b> Distracción <b>Código:</b> 5900 <b>NIC:</b> Facilitar el duelo <b>Código:</b> 5290 <b>NIC:</b> Facilitar la meditación <b>Código:</b> 5960 <b>NIC:</b> Grupo de apoyo <b>Código:</b> 5430
<b>Etiqueta:</b> Riesgo de suicidio <b>Código:</b> 00150 <b>Dominio:</b> 11 Seguridad/Protección <b>Clase:</b> 3 Violencia <b>Necesidad:</b> 9 Evitar peligros/Seguridad	<b>NOC:</b> Autocontrol de la depresión <b>Código:</b> 1308 <b>NOC:</b> Autocontrol de la ira <b>Código:</b> 1410 <b>NOC:</b> Autocontrol del impulso suicida <b>Código:</b> 1408 <b>NOC:</b> Bienestar personal <b>Código:</b> 2002 <b>NOC:</b> Deseo de vivir <b>Código:</b> 1206 <b>NOC:</b> Detección del riesgo <b>Código:</b> 1908 <b>NOC:</b> Esperanza <b>Código:</b> 1201 <b>NOC:</b> Resiliencia personal <b>Código:</b> 1309 <b>NOC:</b> Resolución de la culpa <b>Código:</b> 1310	<b>NIC:</b> Control del estado de ánimo <b>Código:</b> 5330 <b>NIC:</b> Prevención del suicidio <b>Código:</b> 6340 <b>NIC:</b> Dar esperanza <b>Código:</b> 5310 <b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad <b>Código:</b> 5820 <b>NIC:</b> Grupo de apoyo <b>Código:</b> 5430 <b>NIC:</b> Identificación de riesgos <b>Código:</b> 6610 <b>NIC:</b> Manejo ambiental: Seguridad <b>Código:</b> 6486 <b>NIC:</b> Estimulación de la integridad familiar <b>Código:</b> 7100

	<b>NOC:</b> Severidad de la soledad <b>Código:</b> 1203 <b>NOC:</b> Severidad del sufrimiento <b>Código:</b> 2003 <b>NOC:</b> Soporte social <b>Código:</b> 1504	<b>NIC:</b> Fomentar la implicación familiar <b>Código:</b> 7110 <b>NIC:</b> Terapia familiar <b>Código:</b> 7150
<b>Etiqueta:</b> Disposición para mejorar el afrontamiento <b>Código:</b> 00158 <b>Dominio:</b> 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés <b>Clase:</b> 2 Respuestas de afrontamiento <b>Necesidad:</b> 1 Respirar normalmente	<b>NOC:</b> Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario <b>Código:</b> 2200 <b>NOC:</b> Afrontamiento de problemas <b>Código:</b> 1302 <b>NOC:</b> Bienestar personal <b>Código:</b> 2002 <b>NOC:</b> Conocimiento: Recursos sanitarios <b>Código:</b> 1806 <b>NOC:</b> Factores estresantes del cuidador familiar <b>Código:</b> 2208 <b>NOC:</b> Modificación psicosocial: Cambio de vida <b>Código:</b> 1305 <b>NOC:</b> Motivación <b>Código:</b> 1209 <b>NOC:</b> Resiliencia familiar <b>Código:</b> 2608 <b>NOC:</b> Resiliencia personal <b>Código:</b> 1309 <b>NOC:</b> Salud espiritual <b>Código:</b> 2001 <b>NOC:</b> Toma de decisiones <b>Código:</b> 0906	<b>NIC:</b> Mejora de la autoconfianza <b>Código:</b> 5395 <b>NIC:</b> Mejorar el afrontamiento <b>Código:</b> 5230 <b>NIC:</b> Apoyo emocional <b>Código:</b> 5270 <b>NIC:</b> Asesoramiento <b>Código:</b> 5240 <b>NIC:</b> Establecimiento de objetivos comunes <b>Código:</b> 4410 <b>NIC:</b> Llevar un diario <b>Código:</b> 4740 <b>NIC:</b> Fomentar la resiliencia <b>Código:</b> 8340

## 5. Metodología

### 5.1. Diagrama de flujo

Para la creación de un protocolo, se debe realizar una buena búsqueda bibliográfica. Para realizar esta búsqueda, debemos partir de una pregunta inicial, que es la que marcará nuestro protocolo y es que, ¿se realiza una buena atención emocional al duelo en los tiempos de pandemia?

Llevando a cabo esta investigación, vemos que llegamos a un número bastante reducido de artículos que tratan el tema deseado.

También, habremos marcado previamente unos criterios de inclusión y exclusión, para obtener los mejores artículos y los que más información nos vayan a aportar.

Estos son los criterios:

*Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
2010-2020	Más de 10 años, sin relevancia
Inglés, castellano, catalán	
Metaanálisis, protocolos, congresos, estudios de casos, revisión de la literatura	Tesis doctorales, libros, opiniones personales
Abstract disponible	Abstract no disponible

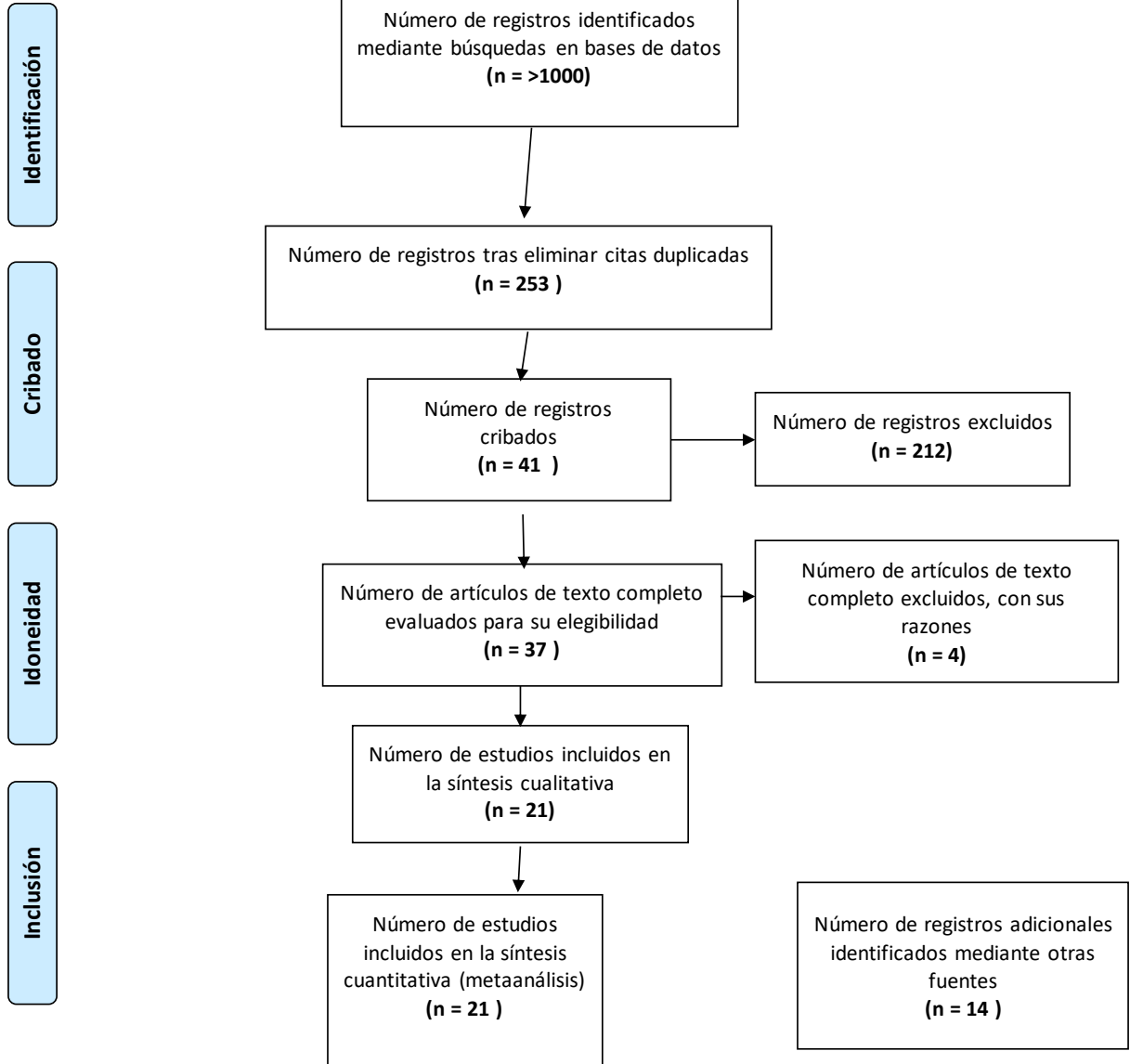
Tras la obtención de los artículos adecuados al tema de investigación, se realizó una lectura y comprensión exhaustiva para llevar a cabo un protocolo que cubra las necesidades previamente expuestas.

A continuación, se expone el diagrama de flujo para demostrar paso a paso como llegar a la información necesaria para el desarrollo del trabajo.

Ilustración 1.



PRISMA 2009 Diagrama de Flujo (Spanish version - versión española)





## 5.2. Metodología de búsqueda

Tabla 3. Metodología de búsqueda

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Pubmed	grief[MeSH Terms] OR mourning[Text Word] AND "coronavirus"	De 2015 a 2020	41	6
Google Académico	Duelo patológico por covid 19	De 2015 a 2020	336	6
Cinahl	duelo AND covid-19	De 2015 a 2020	3	0
Web Of Science	grief OR mourning AND "coronavirus"	De 2015 a 2020	89	5
Cuiden	("grief")OR(("mourning")AND("coronavirus"))	De 2015 a 2020	57	4

## **6. Resultados**

### **6.1. Protocolo**

#### **6.1.1. Introducción y justificación**

El nuevo coronavirus, influye en muchos de la vida cotidiana de las personas, especialmente en el duelo, por eso, se ha de mantener la información y los protocolos de actuación al día para mejorar la calidad de la atención dada por los profesionales de la salud en relación a un tema tan delicado.

#### **6.1.2. Objetivos**

##### **6.1.2.1. Objetivos generales**

- Elaborar un protocolo de atención emocional a las familias en situación de duelo por la pérdida de un familiar ocasionada por la COVID-19.
- Ofrecer a la familia, una atención especializada y de calidad en el proceso de duelo tras la muerte de su familiar.

##### **6.1.2.2. Objetivos específicos**

- Facilitar la superación del duelo de manera más sencilla y acompañada.
- Controlar el riesgo de padecer un duelo patológico y prevenirlo.
- Avanzarse y contener las crisis.
- Identificar los posibles duelos patológicos.
- Ayudar a las familias a recuperar la normalidad de sus vidas de una manera sana y reajustándose a la pérdida.
- Facilitar la expresión de los sentimientos y tratar estas emociones, controlando el dolor y el sufrimiento espiritual.

#### **6.1.3. Profesionales a los que va dirigido**

Este protocolo va dirigido al personal de enfermería y a los trabajadores y trabajadoras sociales.

#### **6.1.4. Población diana**

Este protocolo está dirigido para todas aquellas personas que han sufrido o sufrirán una pérdida de un familiar o allegado, debido a la COVID-19.

### **6.1.5. Definición**

Según la SECPAL el *duelo* es un “estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales (13). La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual, siempre es dolorosa (13). Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el duelo (13).

El *duelo patológico* se caracteriza por una reacción perjudicial mantenida o prolongada (15). No se puede confirmar que es un duelo disfuncional hasta varios meses o un año después de la pérdida (15).

### **6.1.6. Valoración del riesgo**

No llevar a cabo un protocolo para ayudar a las personas que han perdido a un familiar por COVID-19, aumentaría los casos de duelo disfuncional.

### **6.1.7. Indicaciones**

Cuando el paciente se encuentra en el proceso de final de vida por COVID-19 y tiene familia o personas queridas que lo acompañan.

### **6.1.8. Metodología**

- Se realizarán entrevistas con la familia cercana y/o con allegados si se requiere.
- Se explicará a la familia la situación en la que se encuentran y se resolverán todas las dudas que puedan surgir.
- Se harán sesiones específicas con profesionales de psicología y/o psiquiatría si se requiere.

### **6.1.9. Aspectos a trabajar**

Los objetivos marcados para el personal de enfermería son los siguientes:

- Severidad de la soledad por el COVID-19.
- Control del nivel de depresión y ansiedad.
- Control del riesgo de duelo patológico.
- Bienestar personal.

- Resiliencia personal.
- Equilibrio emocional.
- Nivel de estrés.
- Clima social de la familia.
- Afrontamiento de los problemas de la familia.
- Funcionamiento habitual de la familia.
- Esperanza, comunicación y motivación.
- Conocimiento de los recursos sanitarios.

#### **6.1.10. Actuaciones**

Las intervenciones que se llevarán a cabo durante el proceso del duelo serán las siguientes:

- Facilitar el duelo desde una perspectiva cercana, nombrando al paciente recientemente fallecido por su nombre para personalizar la muerte (33), pero manteniendo la distancia de seguridad.
- Controlar el estado de ánimo con ayuda multidisciplinar si fuera necesario.
- Disminución de la ansiedad, enseñando al paciente técnicas de relajación basadas en la evidencia. El uso de medicación ansiolítica será el último recurso, pero se contemplará si fuera necesario.
- Mejorar el afrontamiento con técnicas especializadas y grupos de apoyo.
- Fomentar la resiliencia.
- Apoyo emocional y espiritual realizando recomendaciones sanitarias (34):
  - Crea un espacio especial que simbolice el espacio destinado a no olvidar.
  - Realiza una práctica de silencio rutinaria para tener más conciencia sobre uno mismo y de las emociones.
  - Buscar alternativas que nutran a la persona espiritualmente y potencie la creatividad artística: música, literatura, pintura...
- Intervenir en caso de crisis, llevando un seguimiento adecuado a la familia.
- Asesorar en tiempos de pandemia.
- Establecimiento de objetivos comunes para conseguir a corto y largo plazo.

- Establecer cuál es el núcleo familiar y fomentar el apoyo y el mantenimiento de las ABVD y de los procesos familiares habituales.
- Terapia familiar con especialistas de la psicología o con terapias grupales.

Una buena escucha activa y empática es vital para poder tratar con pacientes en duelo, junto con mensajes de apoyo evitando las frases hechas, ya que pueden causar un alivio momentáneo del dolor, pero que no ayudan en absoluto a la persona doliente, como por ejemplo (34):

*NO DECIR:* Sé fuerte. Anímate. Hazlo por tus hijos u otras personas significativas. Distráete que te irá bien. No llores más que te estás torturando, que no le dejas descansar. La vida continúa. Es ley de vida. Resígnate. Ha sido la voluntad de Dios. Ahora ya no sufre. El primer año es el peor, luego ya verás.

*SI DECIR:* “Me gustaría mucho poder decir algo que alivie tu dolor, pero no encuentro las palabras. Quiero que sepas que estoy aquí y que pienso en ti muy a menudo.”

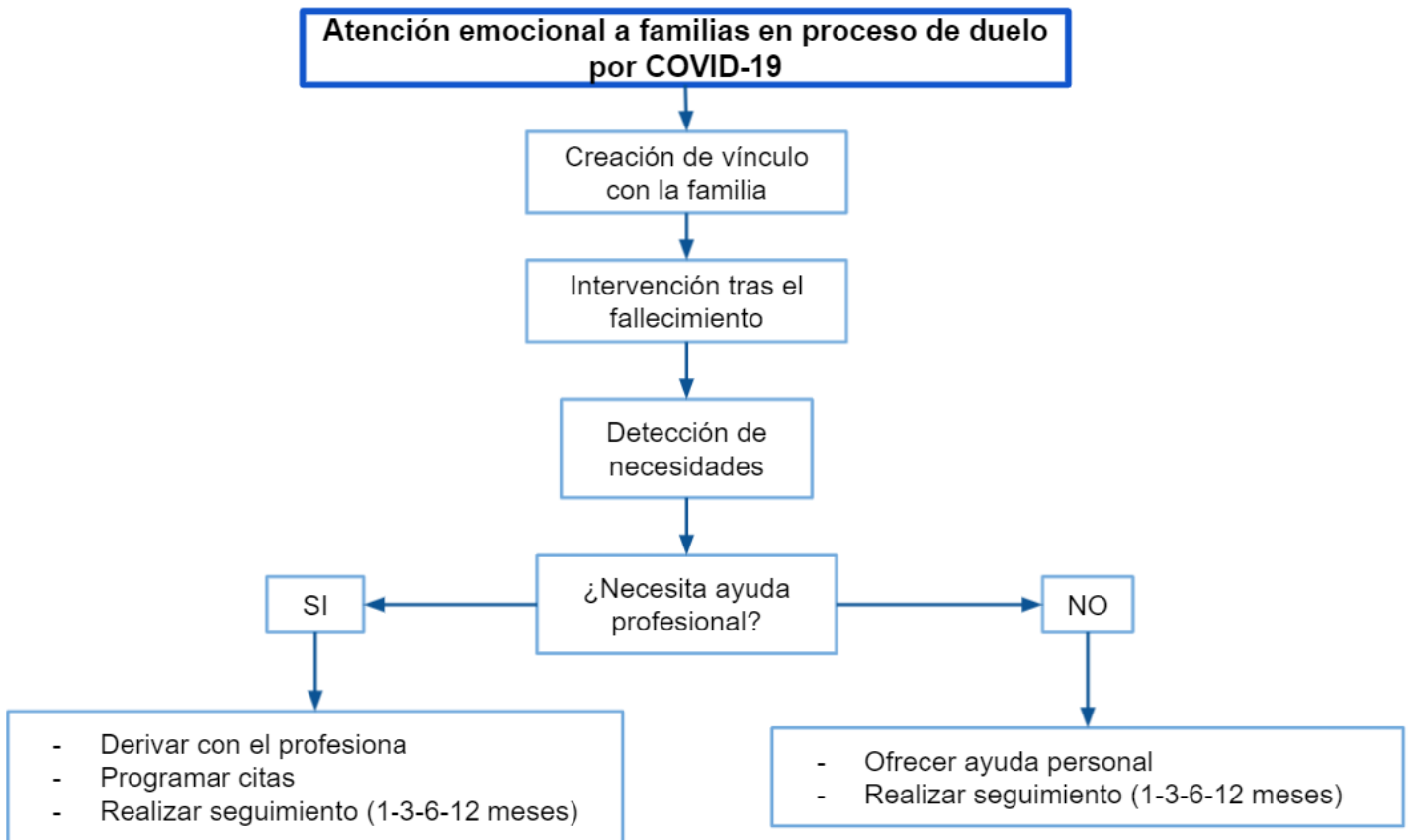
La misión de la enfermera se basa fundamentalmente en potenciar el autocuidado de la salud en individuos, familia y comunidad, en el continuo salud, enfermedad y en todos los estudios de desarrollo y maduración (35).

Se destacan **4 niveles** de intervención enfermeros respecto a la población para la resolución de los problemas de salud (35):

1. Procedimientos técnicos básicos: correcta realización de una técnica, informado sobre la adecuación de posibles efectos adversos y/o cuidados.
2. Conductas generadoras de salud y actividades preventivas: fundamentar los cuidados enfermeros en la prevención para la detección precoz de un problema incluyendo los consejos para prevenirlos.
3. Promoción del autocuidado: trabajando un proceso educativo individual y/o colectivo para adaptar a los individuos y familias a un proceso, facilitando su correcto afrontamiento.
4. Seguimiento de problemas de afrontamiento y adaptación: abordando estas posibles alteraciones de la respuesta humana graves o complejas que requieren un tiempo distinto y mayor al resto, como por ejemplo las personas en duelo.

## 6.2. Algoritmo de actuación

Ilustración 2.



## 6.3. Discusión

Finalmente, podemos apreciar que las actuaciones frente a un duelo por COVID-19 son iguales que las de un duelo de cualquier otra muerte, pero incluyendo el factor de distancia social y mascarillas que tanto nos impiden, en este caso a las enfermeras, mostrar bien nuestro verdadero apoyo incondicional.

Realizando las actividades convenientes para cada tipo de persona y adaptándose a las necesidades, lograremos abarcar este nuevo problema de salud.

## 6.4. Sistema de registro

Tras cada actuación enfermera se deja por escrito la información general que se ha llevado a cabo, ya sea una actuación técnica o una actuación más psicológica.

Se dejará registrado:

- Cómo se encuentra la persona en duelo.
- Actividades del protocolo realizadas.
- Sensaciones vividas.
- Cómo se siente la persona tras estas actuaciones.

## 6.5. Indicadores de calidad

*Tabla 4. Indicador de calidad de proceso*

<b>Indicador</b>	Porcentaje de familias con duelo disfuncional por COVID-19
<b>Justificación</b>	Conocer el número personas que padecen duelo disfuncional por la muerte de un familiar por COVID-19
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso

*Tabla 5. Indicador de calidad de resultado*

<b>Indicador</b>	Porcentaje de familias con duelo disfuncional por COVID-19 aplicando el protocolo
<b>Justificación</b>	Conocer el número personas que padecen duelo disfuncional por la muerte de un familiar por COVID-19 tras la aplicación del nuevo protocolo
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado

*Tabla 6. Indicador de calidad de satisfacción*

<b>Indicador</b>	Escala Likert
<b>Justificación</b>	Evaluar la satisfacción ante la utilización del protocolo expuesto. Escala de calificación numérica del 1 al 5, siendo 1 “nada satisfecho” y 5 “muy satisfecho”
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado

## **7. Conclusiones**

Como conclusión, se ha podido comprobar la necesidad real de este tipo de protocolos relacionados con la asistencia emocional y la calidad de la misma, ya que es un tema olvidado por gran parte del personal sanitario, ya que normalmente la atención se encuentra focalizada en técnicas de índole invasiva hacia el paciente, haciendo así que el trato emocional, que tan necesario es, pase a un segundo plano, cuando deberían estar a la misma altura.

Se debe tener en cuenta siempre las necesidades individuales de cada paciente para poder solucionar el problema tan grave que supone padecer un duelo disfuncional, para evitar que esta persona pierda su autonomía en las actividades de la vida diaria.

El nuevo coronavirus ha causado muchos estragos en nuestra sociedad, incluyendo, en bastante medida, la parte mental y sobre todo en relación a las pérdidas de familiares que no consiguen afrontar la enfermedad, falleciendo y quedando así, familias y familias destrozadas por estas muertes que parecían que no llegarían a suceder, pero que desgraciadamente, pueden presentarse en cualquier momento y en cualquier edad.



## 8. Bibliografía

1. Carreras B. "Si vamos a tener que acompañar la muerte, no volvamos a hacerlo en soledad" [Internet]. LinkedIn. 2020 [cited 2021 Feb 23]. Available from: <https://es.linkedin.com/pulse/si-vamos-tener-que-acompañar-la-muerte-volvamos-hacerlo-carreras>
2. OMS. Información básica sobre la COVID-19 [Internet]. OMS. 2020 [cited 2021 May 5]. p. 1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
3. OMS. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Organización mundial de la salud. 2020 [cited 2021 Jan 20]. p. 1–3. Available from: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
4. Iscii. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. Red Nac Vigil Epidemiol. 2020;42(Septiembre):1–13.
5. Carod-Artal FJ. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. Rev Neurol. 2020;70(9):311–22.
6. Quiroz Carrillo CG, Pareja Cruz A, Valencia Ayala E, Enriquez Valencia YP, De Leon Delgado J, Aguilar Ramirez P. Un nuevo coronavirus, una nueva enfermedad: COVID-19. Horiz Médico. 2020 Jun 30;20(2):e1208.
7. Accinelli RA, Zhang Xu CM, Ju Wang J Der, Yachachin-Chávez JM, Cáceres-Pizarro JA, Tafur-Bances KB, et al. COVID-19: The novel SARS-CoV-2 pandemic. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020 Aug 28;37(2):302–11.
8. Blasco TF, Anna Tarrida Gallart. PROTOCOL: SEGUIMENT DEL DOL. Hosp Univ Igualada. 2007;1–6.
9. Paper C, Garc AM, Laguna L. Aproximación al proceso de duelo en tiempos de pandemia ( An approach to the grieving process in pandemic times ). 2020;(December).
10. Las 5 fases (o etapas) del duelo: la teoría de Kübler-Ross - Centro psicología Integral MC [Internet]. [cited 2021 Feb 5]. Available from: <https://www.centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/>
11. Las 4 fases del duelo - La Mente es Maravillosa [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://lamenteesmaravillosa.com/las-4-tareas-del-duelo-de>

william-worden/

12. Donoso B, Bengoa F, López F, Piedra D, Claveria C. Análisis de prevalencia de la mortalidad atribuible a causas conocidas de muerte súbita en Chile, población de 1 a 35 años, 2000-2010. *Rev Chil Cardiol.* 2013;32(2):117–22.
13. Reverte MAL, Rodríguez EDG. EL DUELO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS [Internet]. SECPAL. Available from: <https://www.secpal.com/EL-DUELO-EN-LOS-CUIDADOS-PALIATIVOS>
14. León-Amenero D, Huarcaya-Victoria J. El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. *An la Fac Med.* 2019 Mar 27;80(1):86–91.
15. Rodríguez-Álvaro M. Epidemiología enfermera del duelo en Canarias. *Cuid Rev Enfermería la Univ La Laguna.* 2020;(0):27–48.
16. Campiñez M, Martín R, Martínez FJ. Abordaje y acompañamiento del sufrimiento emocional de los pacientes con SARS-CoV-2 y acompañamiento en el duelo de los familiares. *semFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.* 2020.
17. Zhai Y, Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. Vol. 87, *Brain, Behavior, and Immunity.* Academic Press Inc.; 2020. p. 80–1.
18. Goveas JS, Shear MK. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020 Oct 1;28(10):1119–25.
19. Hashim SM, Eng TC, Tohit N, Wahab S. Bereavement in the elderly: the role of primary care. [Internet]. Vol. 10, *Mental health in family medicine.* Radcliffe Publishing and Wonca; 2013 [cited 2021 Feb 22]. p. 159–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24427183>
20. Limonero García J, Lacasta Reverte M, García García J, Maté Méndez J, Prigerson H. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Med paliativa.* 2009;16(5):291–7.
21. Consuegra-Fernández M, Fernandez-Trujillo A. La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Rev Bioética y Derecho.* 2020;(50):81–98.
22. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana [Internet]. Vol. 5, *Aquichan.* 2009 [cited 2021 Feb 15]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100005&script=sci_arttext&tlng=pt)

23. MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON - Documento18.pdf [Internet]. p. 16. Available from: file:///C:/Users/Pc/Downloads/Virginia Henderson.pdf
24. Urra Eugenia M, Jana Alejandra A, García Marcela V. Some essential aspects of Jean Watson thought and her transpersonal caring theory [Internet]. Vol. 17, Ciencia y Enfermería. Universidad de Concepcion; 2011 [cited 2021 Feb 9]. p. 11–22. Available from:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
25. Claudia Cordova Sanchez DLP. Teoría Jean Watson Investigación, Enfermería, Medicina. Patient safety: Implementation of a new culture. 2007. p. 1–4.
26. Marco epistemológico de la enfermería [Internet]. Vol. 2, Aquichan. 2002 [cited 2021 Feb 15]. p. 7–18. Available from:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003)
27. SANTOS ML, CASTRO SMM. CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE MUJERES GESTANTES ORIENTADO A LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA HEMORRAGIA POST PARTO. 2014;68.
28. Teoria Intermedia Del Duelo Disfuncional Diapositivas (1) [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from:  
<https://es.calameo.com/read/00507889945df932715a1>
29. Georgene Gaskill Eakes; Margaret A. Hainsworth; Mary Lermann Burke. Teoría del duelo disfuncional. In: Modelos y teorías en enfermería. 2011. p. 656–72.
30. Merle Mishel | Escola Superior d'Infermeria del Mar [Internet]. [cited 2021 May 6]. Available from: <https://www.esimar.edu.es/es/merle-mishel/>
31. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Manejo de la incertidumbre. Cataluña (ESP). 2010;19–40.
32. NNNConsult [Internet]. [cited 2021 Feb 14]. Available from:  
<https://www.nnnconsult.com/nanda>
33. Lichtenthal WG, Roberts KE, Prigerson HG. Bereavement Care in the Wake of COVID-19: Offering Condolences and Referrals. Vol. 173, Annals of internal medicine. NLM (Medline); 2020. p. 833–5.

34. (Pautas elaboradas por profesionales especialistas en duelo y pérdidas). 2019;(Mothú):1–38.
35. Enfermería en Atención Primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9) | Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-resumen-enfermeria-atencion-primaria-nuestra-responsabilidad-13073391>

## 9. Anexos

***Anexo 1: Casos de COVID-19 por nivel de gravedad notificados a la RENAVE con diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020. Distribución por CCAA y total de España (4).***

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Casos totales</b>	<b>Hospitalizados<sup>1</sup></b>	<b>UCI<sup>1</sup></b>	<b>Defunciones<sup>1</sup></b>
Andalucía	281673	18335 (6,5)	1673 (0,6)	3963 (1,4)
Aragón	79700	7404 (9,3)	573 (0,7)	1823 (2,3)
Asturias	26951	4136 (15,3)	260 (1,0)	1056 (3,9)
Baleares	40513	2185 (5,4)	317 (0,8)	272 (0,7)
Canarias	27901	2348 (8,4)	406 (1,5)	290 (1,0)
Cantabria	17384	1571 (9,0)	202 (1,2)	195 (1,1)
Castilla-La Mancha	96437	4226 (4,4)	365 (0,4)	1190 (1,2)
Castilla y León	126035	11355 (9,0)	899 (0,7)	2530 (2,0)
Cataluña	359693	11814 (3,3)	858 (0,2)	2286 (0,6)
C. Valenciana	172173	12337 (7,2)	1068 (0,6)	1956 (1,1)
Extremadura	45336	2687 (5,9)	230 (0,5)	652 (1,4)
Galicia	60891	5108 (8,4)	624 (1,0)	846 (1,4)
Madrid	370567	16842 (4,5)	874 (0,2)	3348 (0,9)
Murcia	69355	5053 (7,3)	667 (1,0)	643 (0,9)
Navarra	39186	2410 (6,2)	245 (0,6)	451 (1,2)
País Vasco	104396	4396 (4,2)	405 (0,4)	1535 (1,5)

La Rioja	16364	1451 (8,9)	165 (1,0)	233 (1,4)
Ceuta	3262	197 (6,0)	20 (0,6)	58 (1,8)
Melilla	4802	307 (6,4)	45 (0,9)	45 (0,9)
<b>Total España</b>	<b>1942619</b>	<b>114162 (5,9)</b>	<b>9896 (0,5)</b>	<b>23372 (1,2)</b>

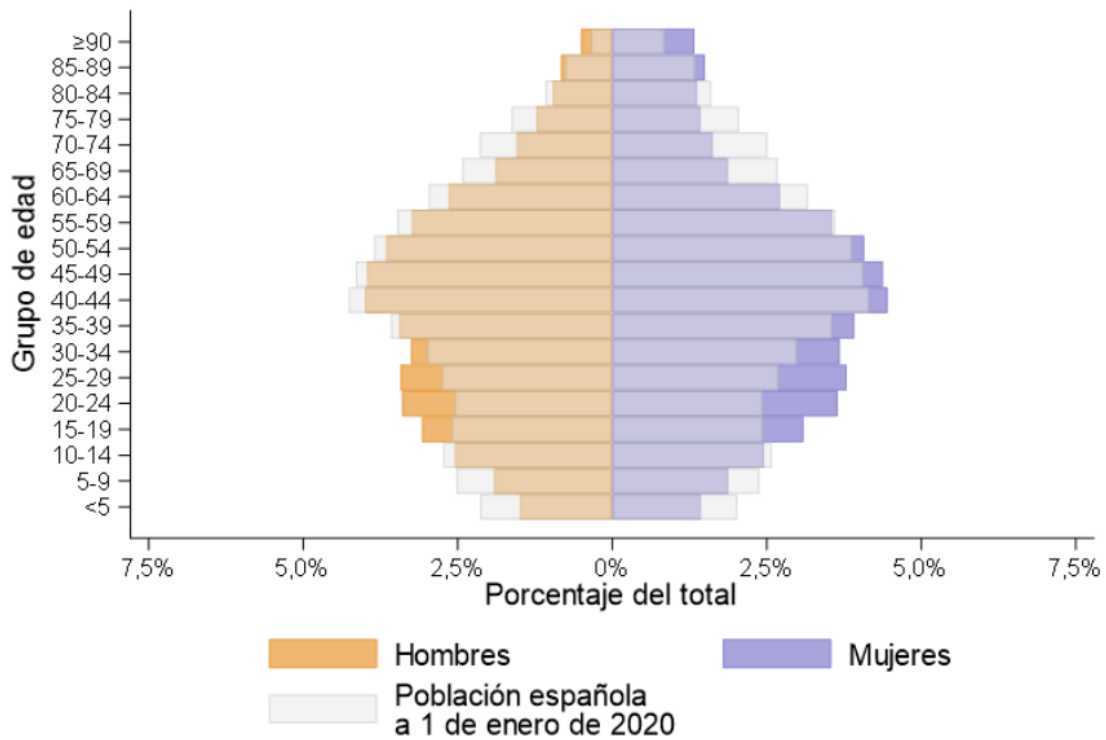
<sup>1</sup> n (%) calculado sobre el total de casos en cada CCAA.

***Anexo 2: Casos de COVID-19 por nivel de gravedad notificados a la RENAVE con diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020. Distribución por grupo de edad (4).***

<b>Grupo de edad (años)</b>	<b>Casos totales</b>	<b>Hospitalizados<sup>1</sup></b>	<b>UCI<sup>1</sup></b>	<b>Defunciones<sup>1</sup></b>
<2	23113	524 (2,3)	17 (0,1)	13 (0,1)
2-4	33794	185 (0,5)	8 (0,0)	1 (0,0)
5-14	170941	625 (0,4)	37 (0,0)	5 (0,0)
15-29	397424	3384 (0,9)	177 (0,0)	37 (0,0)
30-39	277980	5467 (2,0)	376 (0,1)	67 (0,0)
40-49	326511	10611 (3,2)	916 (0,3)	258 (0,1)
50-59	282538	16147 (5,7)	1961 (0,7)	769 (0,3)
60-69	177312	19265 (10,9)	2952 (1,7)	2032 (1,1)
70-79	113399	21824 (19,2)	2701 (2,4)	4532 (4,0)
>80	126443	35367 (28,0)	698 (0,6)	15505 (12,3)
<b>Total</b>	<b>1942619</b>	<b>114162 (5,9)</b>	<b>9896 (0,5)</b>	<b>23372 (1,2)</b>

<sup>1</sup> n (%) calculado sobre el total de casos en cada grupo de edad.

**Anexo 3: Distribución por edad y sexo, Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE con diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020 y población española (4).**



Fuente: CNE.ISCIII. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Datos actualizados a 14-01-2021.

#### **Anexo 4.**

**Figura 2. Inventario de duelo patológico (IDC) (20)**

Por favor, ponga una cruz en la opción que más se adapte a su experiencia tras la muerte de su familiar.

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastoran.	0	1	2	3	4
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
4. Anhelo a la persona que murió.	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4