

The logo of the University of La Laguna (ULL) consists of the letters 'ULL' in a stylized, purple, sans-serif font.

Universidad
de La Laguna

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Año Académico 2018-19

Nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la atención al duelo en Atención Primaria en el Área de Salud de La Palma.

Autora: Aida Paz Gómez.

Tutor: Dr. Martín Rodríguez Álvaro.

A decorative graphic in the bottom left corner consisting of several thin, curved lines in shades of blue and grey, resembling stylized grass or reeds.

Resumen

La muerte es un hecho inevitable. La pérdida de un ser querido convierte al duelo en un proceso por el que todos los individuos pasaremos en un determinado momento de nuestra vida. Cada vez son más los dolientes que buscan ayuda para superar este proceso o hacerlo más llevadero en Atención Primaria, lo que requiere de una correcta identificación y abordaje del duelo por parte de Enfermería. La North American Nursing Diagnosis Association, establece tres diagnósticos enfermeros para el correcto abordaje de los procesos de duelo. El siguiente estudio valorará el conocimiento y la percepción de los enfermeros en la atención al duelo en el Área de Salud de la isla de La Palma, mediante un estudio de tipo analítico trasversal.

Palabras claves: duelo, doliente, Atención Primaria, Enfermería, diagnóstico.

Abstract

Death is an inevitable fact. The loss of a loved one makes grief a process by which all individuals will pass at a certain time in our lives. More and more mourners are seeking help in Primary Care, which requires a correct identification and approach to grief by Nursing. The North American Nursing Diagnosis Association establishes three nursing diagnoses for the correct approach of the grief processes. The following study will assess the skills and perception of nurses in the care of grief in the Health Area of the island of La Palma, through a cross-sectional analytical study.

Key words: Grief, mourner, Primary Care, Nursing, diagnosis.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	4
<i>MARCO TEORICO</i>	
• Definición de duelo a lo largo de la historia.....	5
• Concepto de proceso de duelo.....	8
• Fases de duelo.....	8
• Tareas del duelo.....	10
• Manifestaciones clínicas del duelo normal.....	12
• Factores predictores del desarrollo del duelo.....	13
• Tipos de duelos.....	15
• Clasificación médica del duelo.....	17
• Diagnósticos enfermeros del duelo.....	18
• Diferencia entre duelo normal y patológico.....	19
• Diferencia entre duelo y depresión.....	20
• Tratamiento del duelo en Atención Primaria.....	21
• Plan de cuidados en atención al duelo en Atención Primaria de Canarias.....	23
JUSTIFICACIÓN.....	25
OBJETIVOS.....	26
MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
• Diseño.....	27
• Población y muestra.....	27
• Criterios de inclusión y exclusión.....	28
• Variables e instrumentos.....	30
• Procedimiento.....	30
• Análisis estadístico.....	31
• Cronograma.....	32
• Presupuesto.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La muerte es un suceso que forma parte de la vida, es un hecho inevitable. A lo largo de nuestra existencia sufrimos diversas pérdidas, entre ellas las de nuestros seres queridos. Un duelo es un proceso por el que, generalmente, todos los seres humanos tendremos que pasar en determinados momentos de nuestra vida.

A lo largo de la historia el ser humano ha elaborado duelos. Con el paso del tiempo y hasta la actualidad, se han reflejado nuevas formas de afrontación de la pérdida por lo que en mayor medida las personas que están pasando un duelo piden ayuda a los profesionales de la salud. (1)

El mundo tiene una población 7.350 millones de habitantes en el 2017, según datos del Banco Mundial, de los que, con una tasa de mortalidad de 7,8 por 1.000 al año fallecen 57.330.00. (2)

Según el Instituto Nacional de Estadística, España tiene una población de 46.572.132 habitantes, con una tasa de mortalidad de 9,07 por cada 1.000 habitantes, al año se registran 422.409 fallecimiento, (3). 15.178 suceden en Canarias, registrando la isla de La Palma (con una población de 81.350 habitantes) 795 fallecimientos en el año 2017. (4)

Según datos estadísticos de Prigerson, Vandererker y Maciejewski, en el 2007, cada fallecimiento afecta como media a diez individuos, (5) por lo tanto, se calcula que aproximadamente 4.224.090 personas sufren en España un proceso de duelo, y 7.095 lo hacen en La Palma.

Se estima que alrededor de un 10% de los dolientes atravesará un duelo complicado, con implicaciones severas para su salud psíquica y física. (5)

Colin Murray Parke, psiquiatra británico, relaciona en 1998, la pérdida, el duelo, con alteraciones de la salud. Se estima que aproximadamente un tercio de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria, presentan problemas de salud mental que requerirían algún tipo de tratamiento y, una cuarta parte manifiesta problemas que podrían considerarse relacionados con algún tipo de pérdida. (6)

La prevención y detección precoz, mediante el seguimiento en Atención Primaria, donde el papel de enfermería es esencial, es la clave para evitar el duelo patológico en pacientes con factores de riesgo. (7)

1. Definición de duelo a lo largo de la historia.

Son numerosas las definiciones de duelo que diversos autores han aportado a lo largo de la historia.

- ❖ La Real Academia Española (1985) lo define de la siguiente manera: “(Del lat. dolus, dolor):
 1. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.
 2. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.
 3. Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales.”
(8)

De manera cronológica otros autores han definido el duelo de la siguiente forma:

- ❖ En 1915 S. Freud lo definió como: “Es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (9)
- ❖ Para S. Zisook en 1983, el duelo era un proceso disfórico autolimitado en el tiempo tras la pérdida de una persona significativa. (10)
- ❖ L. Grinberg (1983) lo considera un proceso dinámico complejo que involucra la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del Yo, su actitudes y defensas y, en particular las relaciones con los demás. Puede aplicarse tanto al sufrimiento provocado por la pérdida del objeto y de partes del Yo proyectadas en el mismo, como también el enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamen con la realidad y el combate librado por desligarse de los aspectos persecutorios del objeto perdido y asimilar los aspectos positivos y bondadosos. (11)

- ❖ H. Kaplan y B. Sadock (1989) se refieren al duelo como una tristeza apropiada a una pérdida real. (12)
- ❖ D. Wisman (1989) lo define como un proceso global y continuo que consiste en:
 - 1) Aceptar la realidad de la pérdida.
 - 2) Experimentar el dolor de la pena.
 - 3) Adaptarse a un cambio de entorno y del ámbito psicosocial.
 - 4) Retirar la inversión emocional en el finado.
 - 5) Desplegarla en otras direcciones. (13)
- ❖ Para Worden (1991) el duelo es considerado como el proceso de adaptación a una pérdida, que implica [...] cuatro tareas básicas: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un medio en el que el fallecido esté ausente y recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. (14)
- ❖ En 1994 Aguirre lo define como un conjunto de representaciones mentales que acompañan a un objeto (persona, estado, cosa) amado [y que conlleva]... una depresión ligada a sentimientos de culpabilidad. (15)
- ❖ La American Psychiatric Association (1995): lo defino como la reacción a la muerte de una persona querida cuando es objeto de atención clínica (16)
- ❖ Para Bourgeois (1996) el duelo es una experiencia natural y normal de la vida que causa dolor y distorsión del entorno, pero mejora espontáneamente en la mayoría de los casos y puede aumentar la creatividad y favorecer el crecimiento personal. (17)
- ❖ Attig (1996) lo considera como un proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades [cuya tarea fundamental es] volver a aprender cómo es el mundo. (14)
- ❖ Gamo et al. (2000) definen el duelo como la reacción emocional ante la pérdida de un ser querido. (18)

- ❖ Pérez et al. (2000) se refieren al duelo como un proceso humano normal... [consistente en] ...una reacción: Compleja y multidimensional; impredecible; de carácter recurrente y fluctuante y de intensidad generalmente decreciente. (19)
- ❖ Neimeyer (2002) lo define también como un proceso personal [...] que nosotros mismos hacemos, no que se nos viene hecho, [y cuyo desafío fundamental]...es el intento de reconstruir el propio mundo de significados. (20)
- ❖ Franco y Antequera (2002) describen el duelo como una respuesta biopsicosocial, universal y compleja que experimenta un individuo ante pérdidas significativas. (21)
- ❖ La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en el 2014, define el proceso de duelo como: “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. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida, por lo que siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal, que es lo que constituye el duelo”. (22)
- ❖ En el 2017, La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) se refiere a la muerte de un ser querido como: “Uno de los procesos más dolorosos que el ser humano ha de sufrir a lo largo de su vida, y refiere que existe un conjunto de emociones y sentimientos comunes manifestados en aquellas personas que afrontan la pérdida de un ser querido. Estas emociones, que al principio pueden ser consideradas extrañas, son sin embargo propias del proceso y desaparecerán de manera paulatina conforme éste se supere. Según la AECC, estas manifestaciones quedan divididas en sentimientos (tristeza, culpa, ira), síntomas físicos (cansancio, alteraciones del apetito y del sueño), pensamientos (negación delo ocurrido, dificultad en la concentración) y alteraciones perceptivas (ver a la persona fallecida, escucharla). (23)

1.2. Evolución del concepto del Proceso del Duelo

El primer autor en ofrecer un modelo de proceso de duelo desde un punto de vista descriptivo fue Sigmund Freud en 1917 con su obra "Duelo y melancolía". Para Freud, el duelo constituye la reacción que desencadena la pérdida de un ser amado. No debe considerarse patológica sino un proceso habitual que debe dejarse fluir sin perturbación. El duelo se establece como un proceso cuya finalidad es mostrar que el ser amado ya no existe, para que la libido abandone sus uniones con el mismo. Este hecho no se produce inmediatamente, sino que conlleva un proceso gradual con gasto de tiempo y energía intrínsecos, es lo que Freud denomina "Trabajo de duelo". (24)

1.3. Fases del duelo

Durante el transcurso de la historia, distintos autores han explicado el proceso de un duelo normal a través de fases o etapas.

Siguiendo el modelo descriptivo, Lindeman (1944), definió el trabajo de duelo como un proceso constituido por tres fases:

- 1) La primera de ellas consiste en la liberación del vínculo con la persona fallecida, que se produce para que el doliente sea capaz de invertir su energía en otros individuos y alcance la satisfacción personal.
- 2) La segunda trata sobre el reajuste al medioambiente; esta es la etapa más difícil, ya que el individuo debe aceptar que el fallecido ya no está presente.
- 3) La tercera y última se basa en la formación de nuevas relaciones, gracias a la inversión de la energía liberada anteriormente. (25)

Autores como Bowlby o Parkers definen las distintas fases como un proceso que no tiene por qué seguir un orden o secuencia. Las cuatro fases que se establecieron fueron las siguientes:

- 1) **Fase de aturdimiento o etapa de shock:** Sentimiento de incredulidad y desconcierto. El shock supone un mecanismo de defensa que ofrece a la persona una evitación de la realidad.

- 2) **Fase de anhelo y búsqueda:** Necesidad del doliente de reencontrarse con la persona fallecida. Irritabilidad, reproches, pérdida de autoestima, son algunos de los sentimientos que se pueden manifestar durante esta fase.
- 3) **Fase de desorganización y desesperación:** Esta fase se caracteriza por falta de ilusión y sentimientos depresivos. El doliente se hace consciente de la pérdida. Se puede expresar mediante tristeza profunda, llanto, sentimiento de vacío, desinterés.
- 4) **Fase de reorganización:** Se realiza una adaptación de la vida sin el fallecido.
(26)

Rando establece el proceso de duelo en cuatro fases:

- 1) Fase de evitación.
- 2) Fase de confrontación.
- 3) Fase de restablecimiento (27)

Y Engel, que ve el proceso de duelo como un proceso curativo, lo hace en seis:

- 1) Conmoción e incredulidad.
- 2) Desarrollo de la conciencia de pérdida.
- 3) Restitución.
- 4) Resolución de la pérdida.
- 5) Idealización.
- 6) Resolución (27)

La psiquiatra Elisabeth Kübler Ross, clasificó el proceso de duelo en cinco fases, tras años de trabajo con pacientes moribundos terminales y fue conocido como Modelo Kübler-Ross. Estas cinco fases son:

- 1) **Primera fase: Negación y aislamiento.** Como mecanismo de defensa.
- 2) **Segunda fase: Ira.** Manifestada por sentimientos tales como rabia, envidia, resentimiento. Aparece por frustración. También se puede manifestar la búsqueda de culpables o responsables.

- 3) **Tercera fase: Pacto.** Se trata de buscar un acuerdo, algo que suprima el sufrimiento.
- 4) **Cuarta fase: Depresión.** Sensación de tristeza y vacío. No se refiere a la depresión clínica (problema de salud mental), sino al cúmulo de emociones tristes ante la pérdida.
- 5) **Quinta fase: Aceptación.** Se acepta la pérdida; los dolientes aprenden a convivir con su dolor. (28)

1.4 Tareas de duelo.

Para Worden (29) existen cuatro tareas de duelo que no tienen por que seguir un orden sucesivo, ni es necesario completar una para avanzar hasta la siguiente.

Estas cuatro tareas son:

1. **Asumir la realidad de la pérdida,**

Afrontar la pérdida tanto a nivel emocional como racional. Algunos dolientes se bloquean en esta tarea de las siguientes formas:

- Negar la realidad de la pérdida: puede ser en distintos grados (desde una pequeña distorsión a un engaño). Se manifiesta, por ejemplo, cuando el doliente guarda posesiones del fallecido, tal y como este las dejó, esperando su retorno.
- Negar el significado de la pérdida: tratando de restarle importancia y minimizándola, para que sea menos significativa. Una forma de manifestarse es eliminando todos los objetos que puedan recordar al fallecido, para evitar afrontar la pérdida.

- Negar que la muerte sea irreversible: El doliente tiene la esperanza de comunicarse o reencontrarse con el fallecido. Puede ser un sentimiento normal salvo que se cronifique.

Para Worden, la primera tarea, la de asumir la realidad de la pérdida, puede llevar un tiempo y considera que ciertos rituales, como un funeral, ayudan a los dolientes a la aceptación.

2. **Elaborar las emociones y el dolor relacionados con la pérdida,**

Es necesario conocer y trabajar el dolor y las emociones (tristeza, enfado, ansiedad) que produce una pérdida. No todo el mundo va a experimentar el mismo nivel de dolor, pero es prácticamente imposible perder a alguien querido y no experimentar ningún nivel de dolor.

Es necesario reconocer el dolor y elaborarlo, tratar de evitarlo o negarlo puede bloquear la tarea y prolongar el transcurso del duelo. Lo sano en esta tarea es identificar sus emociones y “dolerse”.

3. **Adaptarse a un medio donde el fallecido ya no está presente.**

El doliente debe adaptarse, adaptar sus tareas y desarrollar habilidades de afrontamiento necesarias que le permitan seguir su curso.

Esta tarea puede bloquearse si la persona no es capaz de desarrollar habilidades de afrontamiento, o pierde ocasiones para incorporar nuevas habilidades, aislándose y volviéndose dependiente.

- La ayuda para elaborar esta tarea puede orientarse hacia la identificación de los nuevos roles que el doliente debe asumir, planificando poco a poco las tareas que debe realizar y reforzando los pequeños avances y cambios de rol que vaya asumiendo.

4. **Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.**

No se trata de olvidar al fallecido sino de aprender a convivir con su recuerdo para poder vivir el presente.

- La elaboración de esta tarea lleva a muchas personas a revisar su identidad de manera profunda, dando inicio a un proceso de crecimiento personal, al reelaborar los esquemas y valores que hasta entonces configuraban su visión del mundo de sí mismos.

El duelo puede haber acabado, en cierto sentido, cuando finalice la última tarea. (29)

1.5. Manifestaciones clínicas del duelo normal.

El duelo se caracteriza por una serie de manifestaciones clínicas que se consideran normales ante la pérdida de un ser querido y son las que pueden observarse en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1: Manifestaciones que pueden aparecer en un duelo.

Sentimientos	Sensaciones físicas	Conductas	Pensamientos
Tristeza	Opresión en el pecho.	Soñar con el fallecido	Incredulidad
Enfado	Opresión en la garganta.	Evitar recordatorios del fallecido	Confusión
Culpa y autorreproches	Hipersensibilidad al ruido	Suspirar	Preocupación
Bloqueo	Falta de aire	Llorar	Alucinaciones breves y fugaces
Ansiedad	Debilidad muscular	Atesorar objetivos que pertenecían a la persona fallecida	Sentido de presencia
Soledad	Falta de energía	Buscar y llamar en voz alta.	
Fatiga	Sequedad de boca		
Impotencia	Vacío en el estomago		
Anhelos	Sensación de despersonalización		
Emancipación			
Alivio			
Insensibilidad			
Confusión			

Fuente: Elaboración propia a partir de Bowder (30)

Estas manifestaciones clínicas se consideran normales o no dependiendo de:

- El momento del proceso de duelo en que aparezcan.
- La frecuencia, duración e intensidad con que aparezcan.
- El grado de incapacitación/malestar que tienen sobre el doliente a nivel personal, familiar, social y laboral.

1.6. Factores predictores del desarrollo del duelo

Son variables que nos dan una indicación aproximada sobre la intensidad con que afectará el proceso de duelo al doliente. Se han identificado una serie de factores de riesgo y otra de protección de cara la normalización del proceso de duelo.

1.6.1 Factores de riesgo en el proceso de duelo:

Mayoritariamente hacen referencia a las características individuales del doliente, a las características asociadas con el fallecido, a la enfermedad o el fallecimiento, a determinadas cuestiones relacionales y a otros aspectos diversos.

➤ **Características personales:**

- Juventud o vejez del doliente
- Estrategias de afrontamiento pasivas ante situaciones estresantes, traumáticas o con directas connotaciones depresivas.
- Enfermedad física o psíquica anterior

➤ **Características relacionadas con el fallecido:**

- Juventud del fallecido
- Apego o relación ambivalente o dependiente con el fallecido.
- Ser padre-madre, esposa o hijo.
- Bajo nivel de desarrollo familiar.

➤ **Características de la enfermedad o de la muerte:**

- Muerte repentina o imprevista.
- Duración larga de enfermedad.
- Muerte incierta o no visualización de la pérdida (no ver el cuerpo del fallecido). Enfermedad con síntomas sin controlar (mayor sufrimiento del ya fallecido).

➤ **Aspectos relacionales:**

- Falta de apoyo familiar y social.
- Bajo nivel de comunicación con familiares y amigos.
- Imposibilidad o incapacidad para expresar la pena.
- Pérdida inaceptable socialmente.

➤ **Otros aspectos:**

- Duelos previos no resueltos
- Pérdidas múltiples
- Crisis concurrentes
- Obligaciones múltiples

1.6.2 Factores protectores en el proceso de duelo

La investigación científica actual se centra en el estudio de factores protectores de duelo asociados a características personales y de relación (la influencia de la resiliencia o capacidad humana para hacer frente a las adversidades) y sus dimensiones asociadas como el sentido de vida (espiritualidad), así como el estilo de apego seguro.

➤ **Características personales:**

- Madurez del doliente
- Salud física y mental
- Auto-cuidado
- Resiliencia
- Espiritualidad

➤ **Características relacionadas con el fallecido:**

- Vejez del fallecido
- Apego seguro con el fallecido
- No ser padre-madre, esposa o hijo
- Alto nivel de desarrollo familiar
- Participación en el cuidado del paciente

➤ **Características de la enfermedad o la muerte:**

- Muerte prevista o anticipada
- Duración corta de enfermedad
- Enfermedad con control sintomático
- Conocimiento del pronóstico de la enfermedad

➤ **Aspectos relacionales:**

- Alto apoyo familiar y social
- Alto nivel de comunicación con familiares y amigos

- Posibilidad o capacidad para expresar la pena
- Pérdida aceptable socialmente

➤ **Otros aspectos:**

- Duelos previos resueltos
- No antecedentes psicopatológicos (31)

1.7. Tipos de duelo:

Diversos autores han definido distintos tipos o formas de duelo.

- **Duelo anticipado.**

Este término es utilizado por primera vez en 1944 por Lindemann y hace referencia a las reacciones de duelo que aparecen antes del momento de la pérdida, cuando se percibe la muerte como algo próximo e inminente.

Se caracteriza por grandes muestras de dolor, depresión, elevada preocupación por la persona que va a fallecer, repaso a las posibles formas en que sucederá la muerte, reajustes en caso de que suceda la muerte.

Para Lindemann, este duelo anticipado, da la oportunidad al doliente de empezar el trabajo de duelo antes de la muerte, consiguiendo una mejor resolución y rápida reincorporación a la vida habitual. (32)

Según Fulton, 1971, este tipo de duelo permite integrar la realidad de la pérdida gradualmente, resolver asuntos inacabados con el moribundo, comenzar a cambiar esquemas sobre la vida y la propia identidad y hacer planes de futuro. (33)

- **Duelo retardado, inhibido o negado**

Se da en individuos que, en el inicio de las fases del duelo, parecen mantener el control de la situación, sin signos de sufrimiento. Es potencialmente patogénico si la expresión es inhibida, o negada, porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. (34)

- **Duelo crónico**

El duelo no evoluciona hacia su resolución y casi parece que el doliente mantiene a su ser querido vivo a través de su dolor. Se da un anhelo intenso, normalmente asociado a una relación de gran dependencia del fallecido. (35)

- **Duelo complicado o trastorno por duelo prolongado:**

Schupp, en el 2007, plantea que el duelo complicado ocurre cuando el proceso de duelo no sigue un curso normal, sino que se complica y produce alteraciones importantes en la vida de los dolientes. Se conoce como duelo patológico, anormal o traumático. (36)

Se da con frecuencia en el niño y en el anciano. Acentúa los procesos de interiorización, culpabilidad, favorecen la somatización y bloquean el trabajo de duelo durante un tiempo más o menos prolongado. (34)

Prigerson (2001), establece unos criterios para identificar la posibilidad de encontrarse en un duelo complicado y son los siguientes:

- **Criterio A:** estrés por la separación que conlleva la muerte de alguien significativo. Se deben manifestar al menos 3 de los siguientes síntomas:
 - Pensamientos sin control acerca del fallecido.
 - Añoranza por el fallecido.
 - Búsqueda del fallecido.
 - Sentimiento de soledad.
- **Criterio B:** Estrés por trauma psíquico. Se deben manifestar al menos cuatro de los siguientes síntomas:
 - Falta de metas.
 - Sentimientos de inutilidad
 - Indiferencia emocional.
 - Dificultad para aceptar la pérdida.
 - Desesperanza.
 - Sentir la pérdida de una parte de sí mismo.
 - Asumir síntomas /conductas perjudiciales del fallecido.

- Ira, irritabilidad, amargura en relación a la muerte.
- **Criterio C**: Cronología: Los síntomas se mantienen al menos seis meses.
- **Criterio D**: Debido al trastorno, la vida social y laboral del doliente se ve deteriorada. (37)

- **Duelo patológico**

El duelo patológico perturba fuertemente la actividad mental y altera gravemente la personalidad. Existen factores que pueden hacernos sospechar de un duelo patológico, y son los siguientes:

- Existen cambios radicales en estilos de vida, eludiendo actividades y a otras personas.
- Hay trastornos pre-existentes, con historia de depresión, culpas y baja autoestima.
- Ha habido intentos de suicidio.
- El doliente no puede hablar del fallecido sin experimentar dolor intenso.
- El doliente, meses después, se siente ignorado y sin recibir ayuda profesional.
- Hay "regresos" después de una evolución aparentemente normal del duelo.
- Negando angustia se acude con frecuencia a consulta médica por motivos triviales.
- Aumenta consumo de alcohol o psicofármacos.
- Hay compulsión a imitar a la persona muerta.
- Aparecen temas de pérdida en entrevistas clínicas.
- Las personas no quieren desprenderse de bienes materiales del fallecido.
- Se incrementan impulsos destructivos.
- En ciertas fechas hay desproporcionada tristeza.
- Aparecen síntomas similares a los del fallecido.
- Se desarrollan fobias específicas a la enfermedad que fue la causa de muerte.
- Se detecta comportamiento antisocial o francamente psicótico.
- Se instala una esperanza crónica continuada de retorno de la persona amada.

- Se producen sueños repetidos de tentativas de salvar o destruir a la persona perdida.
- Se busca persistentemente distanciamiento de situaciones que recuerden la pérdida. (38)

1.8. Clasificación médica del duelo

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) trata el duelo desde dos perspectivas diferentes, dependiendo de si éste se considera una reacción anormal (por su duración y manifestaciones) o no.

En primer lugar, es incluido como Trastorno de adaptación (F43.2), etiquetándolo más concretamente como “Reacción de duelo”. Estos trastornos se definen como “estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño sociales, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante”.

En segundo lugar, el proceso de duelo es incluido en la categoría de “Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares”. Concretamente, se enmarca bajo el título de “Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia” (Z63.4), siendo este tratado como un proceso de duelo normal. (39)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) define el duelo normal como “estado que surge con la pérdida, por causa de muerte, de alguien con quien uno ha tenido una estrecha relación. Este estado incluye una serie de respuestas de pena y luto”. (40)

1.9. Diagnóstico enfermeros de duelo

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (versión 2017) Propone tres etiquetas diagnósticas:

- **[00136] Duelo:** complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.
- **[00135] Duelo complicado:** trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.
- **[00172] Riesgo de duelo complicado:** vulnerable a un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional, que puede comprometer la salud. (41)

1.10 Diferencia entre duelo normal y patológico.

Los dos principales diagnósticos diferenciales del duelo normal son la depresión y el duelo patológico, en la tabla 2 se muestran las principales diferencias entre ambos diagnósticos. (43)

Tabla 2: Diagnóstico diferencial entre duelo normal y patológico

	Duelo normal	Duelo patológico
Momento de aparición	A los pocos días del fallecimiento	Semanas o meses después (duelo retrasado) No aparición del duelo (negación del duelo)
Intensidad	Incapacitante durante días	Incapacitante durante semanas
Características	<p>Negar aspectos de la muerte: circunstancias, características del fallecido (idealización).</p> <p>Identificarse con el fallecido (imitando rasgos, atesorando pertenencias).</p> <p>Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea. Reconoce que no es real.</p> <p>Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto (identificación).</p> <p>Desarrollar conductas en relación al muerto culturalmente aceptables (luto temporal, etc.) cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente)</p>	<p>Negar la muerte del fallecido, creer que vive.</p> <p>Creer que se es el fallecido. Alucinaciones complejas y estructuradas.</p> <p>Creer que se va a morir de la misma enfermedad.</p> <p>Acudir continuamente al médico por esa causa.</p> <p>Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente).</p>

Fuente: Elaboración propia en base a "Manejo del duelo en Atención Primaria" (42)

1.12. Diferencia entre duelo y depresión

En algunas ocasiones, el duelo se puede confundir con depresión, Kaplan contrasta similitudes y diferencias (tabla 3): (43)

Tabla 3: Diferencias entre duelo y depresión

DUELO	DEPRESIÓN
Identificación normal con el difunto; escasa ambivalencia.	Identificación anormal y excesiva; mayor ambivalencia e ira inconsciente.
Llanto, pérdida de peso, disminución de la libido, retraimiento, insomnio, irritabilidad, disminución de la concentración y atención.	Manifestaciones similares.
Ideas suicidas poco frecuentes.	Ideas suicidas poco frecuentes.
Culpa relacionada con la forma en que fue tratado el muerto; no hay sentimientos generalizados de auto-desvaloración.	Culpa, el sujeto se considera malo o sin valor.
Índice empatía-simpatía.	En general, produce fastidio, disgusto e irritación en los demás.
Con el tiempo los síntomas ceden; la reacción es auto-limitada, suele desaparecer en 6 meses.	Los síntomas no ceden y pueden empeorar; a veces siguen presentes al cabo de años.
Susceptibilidad a enfermedades físicas.	Susceptibilidad a enfermedades físicas.
Responde a la transmisión de confianza y contactos sociales.	No responde a la transmisión de confianza; rechaza contactos sociales.
La medicación antidepresiva es efectiva, pero no siempre necesaria.	La medicación antidepresiva es efectiva y generalmente necesaria.

Fuente: García Campayo, Javier. Manejo del duelo en atención primaria. (43)

1.12. Tratamiento del duelo en Atención Primaria

Los objetivos principales en el duelo desde atención primaria son básicamente dos (44):

1. Diferenciar el duelo normal del patológico.
2. Ayudar en el proceso de duelo, remitiendo a salud mental cuando sea necesario.

En el duelo no complicado:

Si no existen síntomas fuera de lo normal, la consulta con salud mental no está indicada. Se recomienda citar al paciente a los 2 meses si lo consideramos de riesgo, pero si no, sólo debe ser visto a demanda suya o de los familiares.

El apoyo psicológico es el tratamiento de elección en el proceso de duelo. (44)

En el duelo complicado:

En la mayoría de los casos de duelo complicado es necesaria la derivación a profesionales de la salud mental, será necesaria cuando:

- Hay riesgo de suicidio.
- Existe un trastorno de personalidad grave o historia personal de trastornos psiquiátricos previos.
- Existen síntomas psicóticos o trastornos conductuales graves.
- El paciente no responde a nuestra intervención, no nos sentimos a gusto con su tratamiento o lo demande él o su familia. (45)

Para permitirnos conocer la intensidad aproximada del duelo, se ha confeccionado un cuestionario: Inventario de Duelo Complicado de Prigerson (1999) adaptado al castellano (anexo 2). El cuestionario consta de 19 ítems y el resultado fluctúa entre 0 y 76 puntos, correspondiendo a las puntuaciones más altas una mayor probabilidad de padecer un duelo complicado (46)

Tabla 4: Tipos de duelo y actitud asistencial.

Tipo de duelo	Definición	Actitud asistencial en atención primaria
Duelo (previsiblemente) normal	No hay factores de riesgo especiales o especialmente acumulados Existen suficientes factores de protección o contención	Acompañar: El profesional como congénere con “especial relación”
Duelo “complicado”	Presencia de numerosos o graves factores de riesgo Insuficiencia de los factores de protección y entre ellos, la resiliencia y la contención, tanto personal como social	Asesorar: El profesional, como experto, ayuda al sujeto y a otros miembros de la comunidad a orientar en los procesos de duelo
Duelo “patológico”	Cumple los criterios de algún cuadro psicopatológico de las clasificaciones psiquiátricas habituales	Intervenir: bien sea directamente, bien derivando a servicios especializados

Fuente: Elaboración propia en base a: “Duelo en: Protocolos y programas para la atención primaria en salud mental”. (45)

1.13. Plan de cuidados en atención al duelo en Atención Primaria de Canarias.

Para la planificación de cuidados en atención primaria, las enfermeras canarias, utilizan el programa informático Drago AP, realizando una valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon empleando los lenguajes estandarizados NANDA-I, NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification).

Un estudio realizado con los registros de la historia informatizada de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud, en pacientes diagnosticados de duelo, riesgo de duelo complicado y duelo complicado durante el periodo 2009-2014, mostró los siguientes resultados:

De las 81.295 defunciones que hubo en Canarias durante el periodo en el que se realizó el estudio, las enfermeras identificaron 9.063 casos de duelos, con las etiquetas diagnósticas enfermeras existentes en el NANDA para la atención al duelo, con los siguientes resultados parciales:

- Duelo 6.091 (67,71%).
- Duelo complicado, 2.429 (26,8%).
- Riesgo de duelo complicado, 543 (6,0%).

Para estas etiquetas diagnósticas, las enfermeras registraron las intervenciones mostradas en la tabla 5. (47)

Tabla 5. Principales intervenciones registradas por las enfermeras por etiqueta diagnóstica.

Principales intervenciones registradas por las enfermeras por etiqueta diagnóstica						
NIC	Duelo		Riesgo de duelo complicado		Duelo complicado	
	n	%	n	%	n	%
Apoyo emocional	2.383	39,13	70	12,89	1.069	44,01
Facilitar el duelo	1.256	20,62	68	12,52	674	27,75
Escucha activa	903	14,83	62	11,42	406	16,71
Aumentar el afrontamiento	564	9,28	54	9,94	476	19,60
Asesoramiento	523	8,59	41	7,55	273	11,24
Apoyo a la familia	296	4,86	13	2,39	93	3,83
Apoyo espiritual	287	4,71	19	3,50	132	5,43
Aumentar los sistemas de apoyo/Estimulación	237	3,89	12	2,21	85	3,50
Dar esperanza	184	3,02	7	1,29	42	1,73
Fomentar la implicación familiar	89	1,46	0	0,00	6	0,25
Apoyo en la toma de decisiones	85	1,40	2	0,37	21	0,86
Estimulación de la integridad familiar	61	1,00	6	1,10	50	2,06
Mantenimiento en procesos familiares	60	0,99	1	0,18	14	0,58
Disminución de la ansiedad	48	0,79	6	1,10	73	3,01
Acuerdo con el paciente	44	0,72	6	1,10	5	0,21
Apoyo al cuidador principal	42	0,69	1	0,18	23	0,95
Administración de medicación oral	22	0,36	6	1,10	3	0,12
Derivación	14	0,23	6	1,10	16	0,66
Terapia familiar	9	0,15	5	0,92	5	0,21
Intervención en caso de crisis	0	0,00	0	0,00	37	1,52

Fuente: Rodríguez-Álvaro M, et al (47).

JUSTIFICACIÓN

Debido a que la muerte es un hecho inevitable, el duelo se convierte en un proceso por el que todos los individuos pasarán en algún o varios momentos determinados de sus vidas.

A menudo los dolientes evitan hablar de sentimientos y emociones que les produce la pérdida de un ser querido. La sociedad no tiene tiempo para dolerse, se exige una pronta recuperación y poco se habla de lo que es en sí un duelo. La mayoría de los dolientes desconocen los sentimientos de tristeza y el cúmulo de emociones que produce este hecho. Manifiestan sentirse asustados e incluso enfermos y acuden a Atención Primaria en busca de ayuda para tratar este proceso, surgiendo así la importancia de que enfermería tenga una adecuada formación en el manejo del duelo.

Al consultar con varios enfermeros acerca de cómo gestionar este tema, muchos expresan no saber exactamente el abordaje correcto de los diagnósticos existentes para duelo.

Algunos profesionales sanitarios consideran que muchas veces el duelo normal es tratado y medicado como una depresión u otros trastornos.

Enfermeros que han estudiado en distintas universidades españolas refieren no haber recibido ningún tipo de formación acerca del tratamiento del duelo.

El plan de estudios para el Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, no ofrece en ninguno de sus cursos, ninguna asignatura que aborde este tema.

La finalidad de este proyecto es realizar un estudio que permita conocer cómo de capacitados se sienten los enfermeros de atención primaria de la isla de La Palma en el manejo del duelo.

OBJETIVOS

➤ **General:**

- Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en la atención al duelo en atención primaria del área de salud de La Palma.

➤ **Específicos:**

- Evaluar si los conocimientos adquiridos durante la formación académica y la vida laboral de los enfermeros son suficientes para el correcto abordaje.
- Conocer si la enfermera de atención primaria diferencia el duelo a duelo complicado.
- Conocer las intervenciones y criterios de resultados que planifican las enfermeras en los dolientes.

METODOLOGÍA

2.1 Diseño de la investigación

Se desarrollará un estudio analítico transversal, en el transcurso de los meses de enero a noviembre del año 2020.

Dado que, tras la búsqueda bibliográfica realizada, no se encontró un cuestionario validado que pudiera analizar los objetivos de la investigación, se diseñó un cuestionario orientado al personal de enfermería de atención primaria del Área de Salud de La Palma. Se pretende conocer el grado de conocimiento que pose enfermería respecto a la atención al duelo.

2.2. Población y muestra de estudio.

La atención primaria del Área de Salud de La Palma cuenta con nueve zonas básicas de salud repartidas tal y como se muestra en la siguiente tabla (tabla 6):

Tabla 6: Atención Primaria del Área de Salud de La Palma

Zona Básica de Salud	Centro de Salud	Consultorio
Sanata Cruz de La Palma	Santa Cruz de La Palma	Puntallana
Las Breñas	Breña Alta	Breña Baja
Mazo	Mazo	Fuencaliente
El Paso	El Paso	X
Los Llanos	Los Llanos	Todoque
Tazacorte	Tazacorte	El Puerto
Tijarafe	Tijarafe	Puntagorda
Garafía	Garafía	Franceses
San Andrés y Sauces	San Andrés	Barlovento / Gallegos

Fuente: Elaboración propia a partir de Área de Salud de La Palma (48)

➤ **Población:**

Según datos recogidos del servicio de Recursos Humanos del Área de Salud de la Palma en el año 2017, la plantilla orgánica de enfermeros de atención primaria consta de 82 puestos.

➤ **Muestra representativa:**

De este total, 82, y dado que contamos con una población finita, extrapolaremos una muestra que refleje un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5% por medio de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 pq}$$

Dónde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha/2} = 1.96^2$ (seguridad del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.5 = 0.5$)
- d = precisión (en este caso deseamos un 5% = 0.05).

Al aplicar la fórmula obtenemos una muestra final de 68 enfermeras sujetas a estudio.

➤ **Selección muestral:**

Al tratarse de una muestra pequeña y asequible y en previsión a las posibles pérdidas de sujetos por los criterios de inclusión y exclusión, se trabajará con el total de la población.

2.2.1. Criterios de inclusión

- Tener más de un año de experiencia en Atención primaria.

2.2.2 Criterios de exclusión

- Enfermeros que desarrollen su actividad en el servicio normal de urgencias (SNU).

2.3. Variables e instrumentos

Tabla 7

Variable	Tipo de variable
Bloque 1	
Edad	Años
Sexo	Hombre / Mujer
Años de experiencia	Años
Experiencia en AP	Años
Especialista en enfermería familiar y comunitaria	Sí / No
Formación específica en duelo	Sí / No
Nivel formativo	Posgrado/master/doctorado
Bloque 2	
Distinción duelo complicado	Sí / No
Conocimiento de escalas	Sí / No
Conocimiento de duración del duelo	0 a >24 meses
Conocimiento de factores predictores del duelo	1 a 5
Conocimientos de las características definitorias de etiquetas de NANDA Duelo	Alteración en el funcionamiento inmunitario Alteración en el funcionamiento neuroendocrino Alteración en el nivel de actividad. Alteración en el patrón de sueño. Búsqueda del significado de la pérdida. Cambios en el patrón de sueño. Conducta de pánico. Crecimiento personal. Culpabilidad por la sensación de alivio. Culpabilización. Desapego. Desesperación. Distrés psicológico. Dolor. Ira. Mantener una conexión con el fallecido. Sufrimiento
Conocimientos de las características definitorias de etiquetas de NANDA Duelo Complicado	Anhelos de la persona fallecida. Ansiedad Autoculpabilización. Búsqueda de la persona fallecida. Cavilación. Depresión. Desconfianza Disminución en el desempeño de los roles vitales Distrés traumático. Estrés excesivo. Evitación del duelo. Experimenta síntomas que había padecido el fallecido. Fatiga. Incredulidad. Ira. Malestar en relación con la persona fallecida. Niveles bajos de intimidad. No aceptación de la muerte. Persistentes recuerdos dolorosos. Preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida Sensación de bienestar insuficiente. Sentimiento de shock. Sentimiento de vacío. Sentirse abrumado. Sentirse aturdido. Sentirse desvinculado de los demás. Sufrimiento por la separación.
Conocimientos de las características definitorias de etiquetas de NANDA Riesgo Duelo Complicado	Alteración emocional Apoyo social insuficiente Muerte de una persona significativa
Conocimiento manifestaciones clínicas del duelo	1 a 5
Bloque 3	
Realización de seguimiento a los dolientes	1 a 5
Tiempo programación de visitas	Semanalmente/mensualmente/

	trimestralmente/anualmente
Frecuencia en la realización de intervenciones enfermeras para los diagnósticos	1 a 5

Instrumentos de medida:

En la búsqueda bibliográfica no se localizan instrumentos de medida validados, por lo que se confecciona un cuestionario propio para intentar alcanzar los objetivos planteados.

Para la elaboración de dicho cuestionario, se toma como referencia las características definitorias de la NANDA-I para los diagnósticos de duelo, duelo complicado y riesgo de duelo complicado (41), los criterios de duelo complicado establecidos por Prigerson (37), las manifestaciones clínicas de un duelo considerado normal según Bowder (30), factores predictores de duelo (31) y las intervenciones y criterios de resultados identificados por Rodríguez-Álvaro (47).

Procedimiento

Se realiza una búsqueda bibliográfica que se obtuvo mediante consulta directa y acceso, vía internet, a diferentes bases de datos como: Medlars Online International Literature (MEDLINE), SCOPUS, Cochrane Library Plus, Scielo, y Elsevier. Para realizar la búsqueda se emplearon los siguientes descriptores: Duelo, proceso de duelo, atención primaria. Se realizó la búsqueda a través del metabuscador: Punto Q de La Universidad de La Laguna y en páginas web del Instituto Nacional de Estadística y el Instituto Canario de Estadística.

Al no encontrar ninguna encuesta validada que se adaptara a nuestro estudio, se confecciona un cuestionario (anexo I) de respuesta corta que consta de 3 bloques, siendo el primero de carácter general (sociodemográfico y formación), y que contiene 7 preguntas, el segundo centrado en diagnósticos y conocimientos, con 6 preguntas. El tercero y último bloque centrado en el plan de cuidados y que contiene tres ítems.

Este método de estudio nos ayudará a conocer, aproximadamente, el nivel de conocimiento que poseen los enfermeros en la atención al duelo.

Tras la elaboración del cuestionario se solicita el permiso pertinente y colaboración a la Gerencia de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma y al Director de Enfermería de Atención Primaria. (Anexo II).

El investigador realizará personalmente las encuestas a las enfermeras de atención primaria en las zonas básicas de salud, tanto en centros de salud como consultorios.

- Al entregar el cuestionario se explicará a los profesionales la finalidad de este, el procedimiento y el carácter anónimo, así como expone la protección de datos recogida en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (49)

Análisis estadístico

- Los datos obtenidos se analizarán utilizando el programa SPSS v. 25.
- Se generarán estadísticas descriptivas en forma de distribuciones porcentuales.
- Para determinar si las variables se relacionan entre sí, se realizará el test de chi al cuadrado de Pearson considerándose como valor estadísticamente significativo: $p \leq 0.05$.
- Los resultados obtenidos se representarán gráficamente utilizando porcentajes en diagramas de sectores o mediante diagramas de barras.

Aspectos éticos

- Se solicitará permiso al comité ético
- Se solicitará consentimiento informado a los sujetos a estudio.
- Se mantendrá el carácter anónimo en el cuestionario.

Cronograma

El siguiente cronograma (tabla ocho), nos permite tener una aproximación del tiempo necesario para llevar a cabo el proyecto.

Tabla 8: Cronograma del Proyecto.

CRONOGRAMA 2020	enero	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Solicitud de permisos	X										
Reunión con los profesionales		X									
Recogida de datos			X	X	X						
Análisis de datos						X	X				
Conclusiones								X	X		
Publicación										X	

Fuente: Elaboración propia.

Presupuesto:

La siguiente tabla (tabla 9) nos ofrece un presupuesto estimado para cubrir los gastos necesarios en la ejecución del proyecto

Tabla 9: Presupuesto

Concepto	Unidad	Cantidad/mes	Subtotal	Meses	Total
Investigador/ encuestador	Personas	1	0	11	0
Gastos inventariables: -Impresora -Memoria USB - Ordenador portátil	Unidad	<ul style="list-style-type: none"> • 1 impresora • 1 USB • 1 Ordenador portátil 	80 € 20 400€	11	500 euros
Gastos fungibles: -Papelería -Tóner -Teléfono	Unidad euros	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Paquetes de • 500 folios • 2 tóners • 25 	3€/paquete 19€/unidad 25	11	44 euros 25 euros
Dinero empleado en viajes: Gasoil de automóvil	euros	<ul style="list-style-type: none"> • 60 euros • Según kilometraje 	120 euros	2	120 euros
				Suma	689 Euros

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gil Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*. 2008; 5 (1): 103-16
2. World Bank Group, recurso online, consultado en mayo 2019 disponible en:
https://datos.bancomundial.org/?name_desc=true
3. Instituto Nacional de estadística [Internet] [Acceso 06 de mayo de 2019] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1411>
4. Instituto Canario de estadística [Internet] [Acceso 06 de mayo de 2019] Disponible en <http://www.gobiernodecanarias.org>.
5. Díaz P, Losantos S y Pastor P. (2014). Guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios. Madrid: Ed. Fundación Mario Losantos del Campo.
6. Fernández Liria A., Rodríguez Vega B.. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam* [Internet]. 2002 Mar [citado 2019 Mayo 23]; 12(3): 100-107. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000300008
7. Romero V. Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*. 2013; 10 (2-3): 377-92.
8. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua <https://dle.rae.es/?id=EEI28uSIEEmPUc7>
9. Freud, S. (1915): *Traner und Melancholie* [Traducción al español (1988): *Duelo y Melancolía*. En: Freud. *Obras completas*. Vol. 11. Ed. Orbis, Barcelona]
10. Zisook, S. (1983): *Death, dying and bereavement*. En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sixth edition. Harold. I. Kaplan y Benjamin J. Sadock (Comps.). Wilkins & Wilkins, Baltimore

11. Grinberg, L. (1994): Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico. Ed. Alianza Universidad Textos, Madrid
12. Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (1989): Signos y síntomas típicos de la enfermedad psiquiátrica. En: Tratado de Psiquiatría. 20 ed. Harold. I. Kaplan y Benjamin J. Sadock (Comps.). Ed. Científicas y Técnicas MASSON SALVAT, Barcelona
13. Weisman, A. D. (1989): Tanatología. En: Tratado de Psiquiatría. 20 ed. Harold. I. Kaplan y Benjamin J. Sadock (Comps.). Ed. Científicas y Técnicas MASSON SALVAT, Barcelona
14. Worden, J.W. (1997): El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Ed. Paidós, Barcelona
15. Aguirre Baztán, A. (1994): Estudios de Etnopsicología y Etnopsiquiatría. Ed. Boixareu Universitaria, Barcelona
16. American Psychiatric Association (1995): DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. MASSON, Barcelona
17. Burgeois, M (1996): Le deuil, clinique et pathologie, PUF, Collection Nodules
18. Gamó Medina, E.; Del Álamo Jiménez, C.; Hernáñez Criado, L.; García Laborda, A. (2000): Problemática del duelo en la asistencia en salud mental. Psiquiatría Pública 12: 209-218
19. Pérez Sales, P.; Lucena, R. (2000): Duelo: una perspectiva transcultural más allá del rito. La construcción social del sentimiento de dolor. Psiquiatría Pública 12: 259-271
20. Neimeyer, R.A. (2002): Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Ed. Paidós, Barcelona.
21. Franco Fernández, M.D. y Antequera Jurado, R. (2002): El duelo. En: Psiquiatría Geriátrica (L. Agüera Ortiz; M. Martín Carrasco y J. Cervilla Ballesteros (Comps.). Ed.MASSON, Barcelona

22. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: 2014 [Acceso 09 de mayo 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2l8gx2Y>.
23. Asociación Española Contra el Cáncer. Duelo [Internet]. Madrid: 2017 [Acceso 09 de mayo 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2HOiGh5>.
24. Pelegrí Moya M, Romeu Figuerola M. El duelo, más allá del dolor. Desde el jardín de Freud. 2011 (11):133-148
25. Serrano Goytía J. Consideraciones en Torno al Proceso de Duelo, su Manifestación y su Tratamiento. Rev Puertorriquena Psicol. 2002; 13:137-185
26. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. An Sist Sanit Navar. 2007; 30(3):163-176.
27. Carmen López de Ayala García; Teresa Galea Martín; Rocío Campos Méndez. Guía Clínica. Seguimiento del duelo en cuidados paliativos. Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud – FundeSalud. Extremadura, 10.02.2010.
28. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 3ª ed. Barcelona: Grupo Editorial Random House Mondadori; 1975.
29. Worden W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Paidós Ibérica. Barcelona, 1991.
30. SECPAL Guía para familiares en duelo [Internet]. 2006 [acceso 09 de mayo de 2019]. Disponible en: www.iconcologia.net/catala/hospitalet/imatges/model_guiadol.pdf
31. Pérez-Marín Marián, De la Torre Omayra, Barreto Pilar, et al. Detección de duelo complicado. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 9, Núm. 2-3, 2012, pp. 355-368ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902.
32. Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101, 141-149.

33. Lacasta M.A.; Sanz B, Soler C, Yelamos C, De Cuadras S, Gándara G. Atención al duelo en cuidados paliativos: guía clínica y protocolo de actuación [Internet]. Vol 2. Madrid: siosi punto gráfico; 2014, [Consultado 14 de mayo 2019]. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5C01_MONOGRAFIA%205%20-%20OK-20140622%20Para%20imprensa%20final%20final.pdf
34. Gómez Sancho M. (1998). Atención en el proceso del duelo III. Tipos de Duelo. Intervención y Soporte a las personas en duelo. Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales. Canarias: ICEPSS S. L, 1019-1034
35. Agrafojo E, Manrique B. (2000). El Duelo: Modelos Teóricos. Reacciones normales y patológicas de duelo. En: Die Trill M., López Imedio ME Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. Madrid: ADES. p. 475- 490
36. Espinosa A, Gago J, Pérez M^a M. Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. Revista de psicoterapia. [internet] [consultado 14 de mayo 2019]; disponible en : http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/22-Sobre%20la%20elaboracion%20del%20duelo%20en%20terapia%20familiar.pdf
37. García-García JA, Landa V, Prigerson H, Echevarria M, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. Adaptación al español del Inventario de duelo Complicado (IDC). Med Paliat 2002; 9 (Suppl 2): 10-1.
38. García-Viniegras Carmen Regina Victoria, Grau Abalo Jorge A, Pedreira Infante. Mourning and health-disease process in primary health care as the setting for its attention. Revista Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [consultado 22 mayo 2019] ; 30(1): 121-131. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012&lng=en&tlng=en
39. Organización Panamericana de la Salud. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10^a ed. Washington; 1995.

40. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014.
41. NNN Consult [Internet]. Elsevier; 2014 [Acceso 13 mayo 2019]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys2.bbtck.ull.es/nanda>
42. Cabodevilla I.. Las pérdidas y sus duelos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [citado 2019 Mayo 12] ; 30(Suppl 3): 163-176. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es.
43. García Campayo, Javier. Manejo del duelo en atención primaria. Revista digital de Medicina Psicosomática Psicoterapia. [Internet] Vol. 2 (2012) n.º 2. Consultado 22 mayo 2019. Disponible en : https://pilarviciana.com/wpcontent/uploads/2017/03/Manejo_del_duelo_en_AP.pdf
44. García-Viniegras Carmen Regina Victoria, Grau Abalo Jorge A, Pedreira Infante. Mourning and health-disease process in primary health care as the setting for its attention. Revista Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [consultado 22 mayo 2019] ; 30(1): 121-131. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012&lng=en&tlng=en
45. Tizón JL, San José J, Nadal D. Duelo en: Protocolos y programas para la atención primaria en salud mental. Vol I. Barcelona: Herder, 1997; 155-64.
46. Limonero J., Lacasta M., García J., Maté J. y Prigerson, H. Adapatación al castellano de inventario de duelo complicado. Medicina Paliativa,(2009). 16 (5), pag. 291-297
47. Rodríguez-Álvaro M, et al. Intervenciones y criterios de resultado planificados por las enfermeras comunitarias en la atención al duelo en Canarias. Enferm

Clin. 2017. Disponible en
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117301948?via%3Dihub

48. Área de Salud de La Palma, Gobierno de Canarias, recurso online, consultado 24 de mayo de 2019, disponible en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=c9ba8966-a769-11e8-80b0-2d6367adfb0f&idCarpeta=4fa62f0c-ab2a-11dd-970d-d73a0633ac17>

49. Agencia estatal Boletín Oficial del Estado. «BOE» núm. 294, de 6 de diciembre de 2018, páginas 119788 a 119857 (70 págs.)
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>

ANEXOS

Anexo I: ENCUESTA: Grado de conocimiento de los enfermeros de atención primaria en la atención al duelo.
Elaboración propia.

La finalidad de esta encuesta consiste en conocer el grado de conocimiento de los enfermeros en la atención al duelo.

Los datos obtenidos serán tratados de manera anónima.

Bloque 1: General, sociodemográfico y formativo

1. Indique con una X

Sexo:

Mujer

Hombre

2. Años de experiencia laboral:

Menor a 1 año

De 1 a 5

De 6 a 10

De 11 a 20

Más de 20

3. Edad:

21-30

31-40

41-50

51-60

61-67

4. Años de experiencia en Atención Primaria:

Menor a 1 año

De 1 a 5

De 6 a 10

De 11 a 20

Más de 20

5. Tiene usted especialización en Atención primaria:

Sí

No

6. Posee formación específica en duelo:

Sí

No

7. Nivel formativo:

Posgrado

Master

Doctorado

Otros: _____

Bloque 2: Diagnóstico

1. Considera que es usted capaz de distinguir un duelo de un duelo complicado.

Sí

No

2. Conoce escalas test para valorar el duelo:

Sí

No

En caso afirmativo indique cuál: _____

3. Cuánto considera que es la duración de un duelo normal:

0-6 meses

6-12 meses

12-24 meses

Más de 24 meses

4. ¿Considera usted que posee conocimientos adecuados acerca de los factores predictores de complicaciones del duelo (siendo 1 nada de acuerdo y 5 muy de acuerdo)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. A continuación, indique si las siguientes características definitorias pertenecen a duelo (D), Duelo complicado (DC) o Riesgo de duelo complicado (RDC)

Características definitorias	D	DC	RDC
Mantener una conexión con el fallecido			
Crecimiento personal			
Alteración en el funcionamiento inmunitario			
Culpabilización			
Cambios en el patrón de sueño			
Incredulidad			
Malestar en relación con la persona fallecida			
Búsqueda de la persona fallecida			
Alteración en el nivel de actividad			
Fatiga			
Alteración en el funcionamiento neuroendocrino			
Alteración en el patrón de sueño			
Sufrimiento			
Búsqueda del significado de la pérdida			
Disminución en el desempeño de los roles vitales			
Desapego			
Conducta de pánico			
Desesperación			
Sentimiento de shock			
Sentirse desvinculado de los demás			
Muerte de una persona significativa			
Estrés excesivo			
Culpabilidad por la sensación de alivio			
Apoyo social insuficiente			
Distrés traumático			
Desorganización			
Ira			
Alteración emocional			
Anhelo de la persona fallecida			
Persistentes recuerdos dolorosos			
Sufrimiento por la separación			
Cavilación			
Preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida			

Depresión			
Distrés psicológico			
Sentirse aturdido			
Ansiedad			
Dolor			
Autoculpabilización			
Sentirse abrumado			
Experimenta síntomas que había padecido el fallecido			
Desconfianza			
Evitación del duelo			
No aceptación de la muerte			
Niveles bajos de intimidad			
Sentimiento de vacío			
Sensación de bienestar insuficiente			

6. Respecto a las manifestaciones clínicas, considerada normales en un duelo, sabría usted identificarlas. Seleccione del 1 al 5

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Bloque 3: Plan de cuidados:

1.¿Concidera que realiza un seguimiento adecuado a los dolientes?

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

2. Cada cuanto tiempo programa las visitas:

- Semanalmente
- Mensualmente
- Trimestralmente
- Anualmente

3. A continuación, indique del 1 al 5 con qué frecuencia y en qué diagnóstico realiza las siguientes intervenciones, siendo 1 nunca y 5 siempre.

Intervenciones	D	DC	RDC
Apoyo emocional			
Facilitar el duelo			
Escucha activa			
Aumentar el afrontamiento			
Asesoramiento			
Apoyo a la familia			
Apoyo espiritual			
Aumentar los sistemas de apoyo/Estimulación			
Dar esperanza			
Fomentar la implicación familiar			
Apoyo en la toma de decisiones			
Estimulación de la integridad familiar			
Mantenimiento en procesos familiares			
Disminución de la ansiedad			
Acuerdo con el paciente			
Apoyo al cuidador principal			
Administración de medicación oral			
Derivación			
Terapia familiar			
Intervención en caso de crisis			

ANEXO 2: Inventario de duelo complicado (Cuestionario adaptado al Castellano).

Sexo: M ___ F ___ Edad: _____ Parentesco de la persona fallecida:

El siguiente cuestionario tiene como propósito evaluar algunas de las reacciones que en el presente usted experimenta en relación con el fallecimiento de un ser querido. Por favor, para cada afirmación de la siguiente tabla marque con una equis (X) la opción que más se adapte a su experiencia.

	nunca	Raras veces	Algunas veces	a menudo	siempre
Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente	0	1	2	3	4
Los recuerdos de la persona que murió me agobian	0	1	2	3	4
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
Anhelo a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida	0	1	2	3	4
No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte	0	1	2	3	4
No puedo creer que haya sucedido	0	1	2	3	4
Me siento aturdido por lo sucedido	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4

Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía al fallecido	0	1	2	3	4
Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió	0	1	2	3	4
Me desvío de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Siento que la vida está vacía sin la persona que murió	0	1	2	3	4
Escucho la voz de la persona fallecida hablándome	0	1	2	3	4
Veo a la persona que murió de pie delante de mí	0	1	2	3	4
Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano	0	1	2	3	4

Anexo 3: Solicitud de autorización del Gerente del Área de Salud de La Palma.

Solicitud de autorización

Estimado/a Sr./Sra.....(Gerente de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma.)

Mi nombre es Aída Paz Gómez, estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad de La Laguna con sede en La Palma.

Como proyecto de Trabajo Final de Grado, estoy desarrollando una Investigación sobre el conocimiento de los enfermeros de atención primaria en la atención al duelo en el área de salud de La Palma.

Por este motivo, me dirijo a Usted con el propósito de solicitar su autorización para recoger los datos necesarios mediante un cuestionario personal.

Las personas que colaboren en dicho cuestionario no necesitarán proporcionar ningún dato de carácter personal, tan sólo aportar su edad. Todos los datos se tratarán de forma confidencial con arreglo a la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales” respetándose en todo momento los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Agradezco su colaboración.

Un cordial saludo.

Atentamente:

Firma: _____.

Sr. /Sra..... (Gerente de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma)

En.....a.....de.....de 2019.

Anexo 4: Solicitud de autorización del Director de Atención Primaria.

Estimado Sr./Sra. (Director/a de enfermería de Atención Primaria).

Mi nombre es Aída Paz Gómez, estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad de La Laguna con sede en La Palma.

Como proyecto de Trabajo Final de Grado, estoy desarrollando una Investigación sobre el conocimiento de los enfermeros de atención primaria en la atención al duelo en el área de salud de La Palma.

Por este motivo, me dirijo a Usted con el propósito de solicitar su autorización para recoger los datos necesarios mediante un cuestionario personal.

Las personas que colaboren en dicho cuestionario no necesitarán proporcionar ningún dato de carácter personal, tan sólo aportar su edad. Todos los datos se tratarán de forma confidencial con arreglo a la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales” respetándose en todo momento los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Un cordial saludo.

Atentamente:

Aída Paz Gómez

Firma: _____.

Sr./Sra. (Director/a de enfermería de Atención Primaria).

En.....a.....de.....de 2019.