

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“El proceso de duelo; prevención y tratamiento de su
complicación”

Autor: M^a del Mar Gobernado García

Directora: Dra. Inmaculada Viedma Viedma

Murcia, a 3 de Abril de 2014

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“El proceso de duelo; prevención y tratamiento de su
complicación”

Autor: M^a del Mar Gobernado García

Directora: Dra. Inmaculada Viedma Viedma

Murcia, a 3 de Abril de 2014



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO:
Apellidos: Gobernado García		Nombre: M ^a Del Mar
DNI: 76663579-W	Titulación: Grado en Enfermería	
Título del trabajo: El proceso de duelo; prevención y tratamiento de su complicación		

El Prof/a. D^a. Inmaculada Viedma Viedma como Director(s)/Tutor(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 3 de Abril de 2014

Fdo.: _____

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

Ahora que ya vemos el final de esta experiencia, llega la hora de agradecer a todas las personas, que por unas razones u otras, han hecho más fácil la realización de este trabajo.

A mis padres, Juanjo y Rosa. Sin ellos no habría llegado hasta aquí. Todo lo que consiga será gracias a vosotros, por enseñarme a ser lo que soy.

A mis abuelos José y Antonia. En especial a ti, yayo. Os quiero.

A mi familia y amigos, por estar siempre ahí.

A la directora de este trabajo, D^a Inmaculada Viedma Viedma, por haberlo hecho posible y haber confiado en mí.

A todos los compañeros, ya AMIGOS, que he conocido durante estos cuatro años en Murcia. Esto no se queda aquí. ¡GRACIAS!

A todo el que invierta un ratito de su tiempo leyendo este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRAC

1. INTRODUCCIÓN	23
2. OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo general	27
2.2 Objetivos específicos	27
3. MARCO TEÓRICO	29
3.1 Duelo normal	29
3.1.1 Definición de duelo	29
3.1.2 Explicación del duelo a partir de la teoría del apego	29
3.1.3 Etapas del duelo	30
3.1.4 Características del duelo normal	31
3.1.4.1 Sentimientos	31
3.1.4.2 Sensaciones físicas	33
3.1.4.3 Cogniciones	34
3.1.4.4 Conductas	34
3.1.5 Duración y tratamiento del duelo normal	35
3.2 Duelo patológico o complicado	42
3.2.1 Definición de duelo complicado	42
3.2.2 Reacciones del duelo complicado	42
3.2.2.1 Reacciones de duelo crónicas	42
3.2.2.2 Reacciones de duelo retrasadas	43

3.2.2.3 Reacciones de duelo exageradas	43
3.2.2.4 Reacciones de duelo enmascaradas	44
3.2.3 Factores de riesgo para desencadenar duelo patológico	44
3.2.4 Tratamiento del duelo patológico	45
3.2.4.1 Instrumentos de medida	45
3.2.4.2 Tratamiento del duelo complicado en atención primaria	46
3.2.4.3 Tratamiento del duelo patológico en consulta de psicología	48
3.3 Terapias alternativas para prevenir el duelo complicado	54
3.3.1 Risoterapia	55
3.3.2 Grupo de relajación	56
3.4 Teoría de Enfermería: Imogene King	57
3.4.1 Metaparadigmas desarrollados en la teoría de Imogene King	58
4. METODOLOGÍA	61
4.1 Diseño del estudio	61
4.2 Sujeto de estudio	61
4.3 Ámbito y periodo del estudio	61
4.4 Procedimiento de recogida de información	61
4.4.1 Fuentes de información	61
4.4.2 Procedimiento de recogida de información	61
4.4.3 Procesamiento de los datos	62
5. RESULTADOS	65
5.1 Descripción del caso	65
5.2 Valoración del caso según los patrones de Marjory Gordon	66

5.3 Diagnósticos identificados	72
5.3.1 Red de razonamiento clínico modelo ÁREA	77
5.3.2 Justificación del diagnóstico principal de enfermería	77
5.4 Complicaciones potenciales identificadas	80
5.4.1 Red de razonamiento clínico modelo ÁREA para complicación Potencial	81
5.4.2 Justificación de la complicación potencial	82
5.5 Planificación	83
5.6 Ejecución	95
5.7 Evaluación	101
5.8 Conclusión	107
6. DISCUSIÓN	109
6.1 Limitaciones	116
7. CONCLUSIONES	117
8. BIBLIOGRAFÍA	119

FIGURAS

Figura 1. Red de razonamiento clínico para los diagnósticos enfermeros según el modelo ÁREA	77
Figura 2. Red de razonamiento clínico para las complicaciones potenciales según el modelo AREA	81

TABLAS

Tabla 1. Indicadores NOC para el diagnóstico principal de enfermería	83
Tabla 2. Indicadores NOC para el diagnóstico principal de enfermería	85
Tabla 3. Indicadores NOC para la complicación potencial	86
Tabla 4. Indicadores NOC para la complicación potencial	87
Tabla 5. Actividades de enfermería, NIC	89
Tabla 6. Actividades de enfermería, NIC	90
Tabla 7. Actividades de enfermería, NIC	91
Tabla 8. Actividades de enfermería, NIC	92
Tabla 9. Actividades de enfermería, NIC	93
Tabla 10. Actividades de enfermería, NIC	94
Tabla 11. Actividades de enfermería, NIC	94
Tabla 12. Indicadores de evaluación de los objetivos de enfermería	102
Tabla 13. Indicadores de evaluación de los objetivos de enfermería	104
Tabla 14. Indicadores de evaluación de los objetivos de enfermería	105
Tabla 15. Indicadores de evaluación de los objetivos de enfermería	106

RESUMEN.

Introducción y objetivos: La pérdida de un ser querido a lo largo de la vida de cualquier persona es inevitable. Se encuentra entre los sucesos vitales más negativos y/o traumáticos que pueden afectar la salud física, emocional y mental. La intensidad y duración del mismo marcan el inicio del duelo patológico. El objetivo de nuestro trabajo es conocer en profundidad el fenómeno duelo, su complicación potencial y la prevención y tratamiento de la misma. Metodología: Se llevó a cabo un estudio cualitativo, tipo estudio de caso. El sujeto de estudio fue una mujer de 50 años diagnosticada de intoxicación por sobredosis voluntaria de benzodiazepinas. Se recogió información de la valoración de la paciente, de su historia clínica y de las diferentes bibliografías publicadas en bases de datos. Resultados: El diagnóstico principal de enfermería fue "(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro de la percepción m/p Alteraciones de la profundidad respiratoria, bradipnea, disminución de la presión inspiratoria, disminución de la presión espiratoria". Se obtuvo este diagnóstico debido a la inestabilidad hemodinámica y respiratoria en la que se encontraba nuestro sujeto de estudio, después de llevar a cabo un intento de autólisis a consecuencia de la complicación del duelo. Discusión y limitaciones: Creemos que la mayor controversia la genera la prevención y el diagnóstico del duelo patológico. En contra de la mayor parte de la bibliografía, muchas veces se omiten las actuaciones preventivas de duelo complicado en pacientes con factores de riesgo y se emiten diagnósticos erróneos que no ayudan al superar el proceso. La limitación más importante ha sido la imposibilidad de seguir la evolución del paciente, por tratarse de un Servicio de Urgencias. Conclusiones: La prevención y detección precoz, mediante el seguimiento en Atención Primaria, son la clave para evitar el duelo patológico en pacientes con factores de riesgo.

Descriptor: duelo, duelo patológico; prevención, detección, tratamiento, terapias.

ABSTRAC.

Introduction and objectives: The loss of a loved person is inevitable. It is the most negative life event or trauma that can concern the physical, emotional and mental health of a person. The beginning of pathological mourning is the intensity and duration of this kind of impression. The objective of our work is to know deeply the phenomenon of grief, its potential complications, the prevention and treatment of it. Methodology: A qualitative case study type was performed. The subject of study was a 50 year-old woman diagnosed with an overdose- intoxication of benzodiazepine. Assessment information from the patient, the medical history and bibliographies published in different databases were collected. Results: The main nursing diagnosis was "(00032) Ineffective breathing pattern r/c deterioration of perception m/p alterations in respiratory depth, bradypnea, decreased inspiratory pressure, expiratory pressure decrease." This diagnosis was obtained due to the hemodynamic and respiratory instability in which our study subject was, after carrying out a suicide attempt as a result of the complication of mourning. Discussion and limitations: We believe that what generates more controversy is the prevention and diagnosis of pathological grief. Contrary to most of the literature, often preventive actions of complicated mourning in patients with risk factors are ignored and misdiagnoses that do not help to overcome the process are issued. The most important limitation has been the inability to follow the evolution of the patient, because it is an Emergency Department. Conclusions: Prevention and early detection through monitoring in primary care, are key to avoid pathological grief in patients with risk factors.

Keywords: grief, complicated grief, prevention, detection, treatment, therapies.

1. INTRODUCCIÓN.

La pérdida de un ser querido se encuentra entre los sucesos vitales negativos, críticos y/o traumáticos que pueden afectar la salud física, emocional y mental de las personas que están atravesando un duelo. La prevalencia de personas en duelo activo en la población general se sitúa en torno a un 5%.^{1,2}

El duelo se define como una serie de comportamientos, sentimientos y emociones que se manifiestan cuando se produce una pérdida significativa. Se han propuesto repertorios de fenómenos o síntomas que suelen estar presentes en el proceso, los cuales se agrupan en cuatro categorías generales: sentimientos (tristeza, angustia, apatía, enfado, ira, culpa, soledad, abandono e impotencia...), sensaciones físicas (vacío en el estómago y/o boca seca, opresión en tórax o garganta, falta de aire y/o palpitaciones, hipersensibilidad, etcétera), cogniciones (incredulidad, confusión, preocupación...) y conductas (alteraciones del sueño y/o la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, llorar y/o suspirar...). Cada uno de estos síntomas suele ir presentándose a lo largo de las etapas del duelo.³

En la fase inicial, el desconcierto es profundo y el sujeto atraviesa una situación durante la cual la tarea más importante es la de aceptar la realidad de lo que está ocurriendo. Le sigue la fase central, el sujeto realiza esfuerzos intensos por mantener contacto con el fallecido, es frecuente la conducta desorganizada, con un sentimiento de indefensión y depresión. La última fase que se describe, es la de reorganización que tiene como consecuencia el restablecimiento de nuevas relaciones.⁴

El duelo suele ser una respuesta adaptativa normal,⁵ sin embargo, existen ocasiones en donde los recursos de afrontamiento resultan insuficientes para abarcar el sinfín de amenazas percibidas, ocasionando la aparición de trastornos psíquicos y/o complicaciones en el proceso de resolución, la cual se alarga en el tiempo dando lugar a un duelo patológico.

Existen numerosos factores vinculados a desarrollar un duelo complicado. Los factores de riesgo generales son factores de la personalidad o del contexto social que afectan la salud de los dolientes, clasificándose en: personales, relacionales, circunstanciales y sociales.⁶

Durante miles de años la gente ha estado elaborando duelos. Sin embargo, el paso del tiempo y los cambios acontecidos en nuestra sociedad se han visto reflejados en un nuevo enfoque y eso hace que cada vez en mayor medida las personas que han sufrido una pérdida pidan ayuda a los profesionales de la salud mental.⁷

Aunque es difícil establecer inequívocamente relaciones causa-efecto, numerosos estudios han relacionado las pérdidas de diverso tipo con alteraciones de la salud. Hoy se acepta generalmente que en torno a 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, aproximadamente una cuarta parte del total presenta problemas que podrían considerarse relacionados con algún tipo de pérdida.⁴

Hay controversia sobre las diferentes líneas de intervención que van desde la prevención del duelo patológico en atención primaria, donde el papel de enfermería es esencial, al tratamiento del duelo complicado en interconsulta con psicología y psiquiatría, ya sea de forma individual o grupal.⁸

Para superar el proceso de duelo se tienen que llevar a cabo cuatro tareas fundamentales: aceptar la realidad de la pérdida, identificar y expresar los sentimientos, superar los distintos obstáculos que impiden adaptarse a la pérdida y recolocar emocionalmente al fallecido para seguir viviendo.³

El primer nivel de tratamiento es en atención primaria, donde se trabaja el asesoramiento y el apoyo emocional con diferentes estrategias, en busca de la prevención del duelo patológico. Aunque hay quien piensa que sería bueno ofrecer este tipo de ayuda a toda persona que esté atravesando un proceso de duelo, la mayor parte de los autores se decantan por ofrecerla sólo a aquellas personas que lo solicitan espontáneamente, o las que muestran dificultades manifiestas para realizar alguna de las tareas a las que nos referíamos anteriormente.⁹

El segundo nivel de tratamiento son las terapias, llevadas a cabo por un profesional de la salud mental. Las más comunes son la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Grupal Centrada en Soluciones.

En un principio el tratamiento con Terapia Cognitivo- Conductual se centra en describir la conceptualización y formulación de los problemas que tiene el paciente. Se proporciona psicoeducación e información de cómo es el desarrollo del tratamiento. En segundo lugar, se lleva a cabo una fase intermedia de la terapia que consiste en realizar una inversión de los procesos que mantienen la complicación del duelo. El terapeuta interviene en las creencias erróneas que se han ido identificando a lo largo de la terapia, a través de numerosas estrategias, entre ellas el diálogo. En este punto es donde se centra la parte más relevante del tratamiento y por último se finaliza la intervención, evaluando cómo ha sido el curso general de la misma y se trabaja en la prevención de recaídas.^{8,3}

La Terapia Grupal Centrada en Soluciones ayuda al paciente a distinguir diferentes actividades que hacen que se sienta mejor y a repetirlas. Facilita el conocimiento de las emociones para mejorar el manejo de las mismas y pone en marcha un esquema de solución de problemas que le ayuda en la tarea de tomar decisiones acertadas en cada ocasión durante el proceso de duelo.¹⁰

Para finalizar, debemos indicar que el diagnóstico enfermero de nuestro plan de cuidados, que se obtuvo a partir de la red de razonamiento clínico según modelo ÁREA, fue: (00135) Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa m/p depresión, añoranza de la persona fallecida, sufrimiento emocional persistente, preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida, autculpabilización, sufrimiento traumático, verbaliza sentirse vacío, verbaliza sentimientos de incredulidad, falta de aceptación de la muerte. Este diagnóstico aun siendo el principal, no se trató como tal, ya que entre todos los diagnósticos identificados se encontraba: (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro de la percepción m/p Alteraciones de la profundidad respiratoria, bradipnea, disminución de la presión inspiratoria, disminución de la presión espiratoria. Por tanto se consideró, que la resolución de este diagnóstico era prioritaria para revertir el estado crítico de la paciente.

La inestabilidad respiratoria y hemodinámica de nuestra paciente se debían a la ingesta voluntaria de una dosis elevada de benzodiazepinas. Un

intento de autolisis como consecuencia de un duelo patológico sin tratamiento previo.

Por todo lo expuesto anteriormente se consideró relevante un estudio para conocer el duelo patológico; sus factores de riesgo y tratamiento, y para valorar la importancia de la prevención y la detección precoz del mismo, en las que Enfermería tiene un papel clave.

2. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo general:

- Conocer en profundidad el duelo patológico; describir los métodos utilizados para su detención precoz y mostrar las diferentes opciones de tratamiento.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar los factores de riesgo y las probabilidades de desarrollar duelo patológico.
- Mostrar las diferentes estrategias terapéuticas en la actuación ante el duelo patológico.
- Valorar el papel de la enfermería frente a los diferentes aspectos a tratar en el duelo normal y patológico; detención precoz y abordaje del mismo.
- Elaborar un plan de cuidados según la metodología enfermera NANDA, NOC, NIC.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Duelo normal.

3.1.1. Definición de duelo.

El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe, como ocurre en la muerte de un ser querido. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida.⁵

El concepto de duelo, como el de la muerte, es universal y está íntimamente ligado al sufrimiento psíquico. Conciernen a todos los seres humanos. El duelo es necesario para poder continuar viviendo, para lograr separarse del ser perdido y recobrar la libertad de funcionamiento psíquico.¹¹

3.1.2. Explicación del duelo a partir de la teoría del apego.

Las teorías del apego parten de la propensión de los seres humanos a formar fuertes lazos afectivos con personas determinadas. Para el psicoanalista inglés Bowlby¹², el apego es una conducta instintiva, activada y modulada en la interacción con otros seres significativos a lo largo del tiempo.

El concepto de apego alude a la disposición que tiene un niño para buscar la proximidad y el contacto con un individuo (normalmente sus padres), sobre todo bajo ciertas circunstancias percibidas como adversas, buscando su protección y apoyo. Esta disposición cambia lentamente con el tiempo y no se ve afectada por situaciones del momento.¹³

Los mecanismos psicológicos de búsqueda, ansiedad y desesperación que entran en juego cuando aumenta la distancia de los niños y su figura de apego, guardan similitudes y son el antecedente empírico y el nexo de unión para la comprensión teórica de los procesos de duelo. Es importante saber que el duelo es desencadenado por la pérdida de una figura de apego, no por cualquier pérdida.

Bowlby¹² define el duelo como todos aquellos procesos psicológicos que se desencadenan a partir de la pérdida de un ser querido. Es largo, doloroso, por lo general desorganizante, produce un desequilibrio en la homeostasis del sistema comportamental de apego y desestabiliza los mecanismos que regulan la relación entre el individuo y su figura de apego. Esta teoría nos ofrece una manera de conceptualizar la tendencia del ser humano a establecer, inevitables y fuertes, vínculos afectivos y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando estos vínculos se rompen.³

3.1.3. Etapas del duelo.

El desarrollo clínico del duelo pasa siempre por los mismos caminos que constituyen, a grandes rasgos, tres grandes fases:

- El inicio o primera etapa: se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardiaco, náuseas o temblor. La primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información, en un verdadero intento de amortiguar el efecto del primer impacto. Esta fase suele ser de corta duración. Se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres.¹⁴
- Etapa central: es el núcleo mismo del duelo; se distingue por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración. Al principio, la imagen del desaparecido ocupa siempre y por completo la mente del doliente. Conforme pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida.⁵ En esta fase se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se compartían con el ser querido.

Existe una depresión que se instala rápidamente después de acaecido el fallecimiento. La persona vive replegada sobre sí misma. Nada le interesa ya, el mundo está vacío y sin atractivos. El sufrimiento del duelo es la expresión y consecuencia del trabajo de liberación que se opera necesariamente después de la pérdida de un ser querido. Durante el periodo depresivo, a la intensificación de la relación con el desaparecido se asocia un sentimiento de gran soledad, no solamente social sino también emocional.¹⁵ En esta fase se dan la mayoría de los síntomas del duelo, que veremos a continuación.

- Etapa final: es el periodo de restablecimiento. Comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos. Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo.¹⁶

3.1.4. Características patognomónicas del duelo normal.

Puesto que la lista de conductas normales en un duelo es tan extensa y variada, estas conductas se pueden agrupar en cuatro categorías generales.

3.1.4.1. Sentimientos:

- Tristeza: es el sentimiento más frecuente de las personas en el duelo. Aunque este sentimiento no se expresa necesariamente mediante el llanto, casi siempre se exterioriza así. Impedir que la tristeza se pueda expresar, con lágrimas o sin ellas, puede conducir a un duelo complicado.¹¹

- Ira: Puede ser uno de los sentimientos más desconcertantes para el que lo sufre. La ira surge de dos fuentes: de una sensación de frustración por el hecho de no haber podido hacer nada para evitar la muerte, y de una especie de experiencia regresiva que se produce tras la pérdida de alguien cercano, en la cual se experimenta desamparo e incapacidad de seguir viviendo sin esa persona. Normalmente se acompaña de sensación de ansiedad. La ira que siente la persona en el duelo se debe identificar y dirigir de una manera adecuada al fallecido para que la adaptación a la pérdida sea buena.

Muchas veces se controla de manera inadecuada como en el caso del desplazamiento, donde la ira se dirige a otra persona a la que se suele culpar de la muerte. Sin embargo, una de las inadaptaciones más peligrosas en el caso de la ira es dirigirla a uno mismo, en casos graves la persona siente tal aversión a sí misma que puede desarrollar una depresión grave o conductas suicidas.⁴

- Culpa y remordimiento: La culpa y el remordimiento –por no haber sido lo bastante amable, por no haber llevado antes a la persona al hospital, etcétera- son frecuentes en los supervivientes. Normalmente la culpa se manifiesta respecto a algo que ha sucedido o algo que se ha pasado por alto cerca del momento de la muerte. La mayoría de las veces esta sensación de culpa es irracional y se alivia mediante una comprobación de la realidad.
- Ansiedad: puede ir desde una leve sensación de inseguridad hasta fuertes ataques de pánico, y cuanto más intensa y persistente es la ansiedad más indicativa es de una reacción patológica de duelo. La ansiedad suele obedecer a dos causas. La primera es que los supervivientes temen no poder cuidar de sí mismos por sí solos. La segunda es que la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la propia muerte. Llevada al extremo, esta ansiedad puede transformarse en una verdadera fobia.¹⁷
- Soledad: Se presentan dos tipos: la soledad social y la soledad emocional. El apoyo social puede ser útil en la soledad social, pero no alivia la soledad emocional que provoca la ruptura de un vínculo. Esta

sólo se alivia con el tiempo y con una óptima elaboración del proceso del duelo.

- **Fatiga:** a veces, se expresa en forma de indiferencia o apatía. Esta sensación de fatiga tan profunda puede ser sorprendente y angustiosa para las personas que son muy activas. La fatiga puede ser auto-limitadora y un síntoma clínico de depresión.
- **Shock:** Se trata de un estado de alarma y distanciamiento de la situación. Aparece, sobre todo, en el caso de las muertes repentinas.
- **Añoranza:** es una respuesta normal a la pérdida. Cuando se reduce puede ser señal de que el duelo se acerca a su fin.
- **Insensibilidad:** algunas personas dicen no sentir nada. Después de una pérdida caen en un estado de embotamiento. Esta insensibilidad suele aparecer al principio del duelo, justo después de tener noticia de la pérdida. Es probable que aparezca porque hay muchos sentimientos que afrontar y sería abrumador dejar que todos se hicieran conscientes; así pues, esta insensibilidad es como una protección ante la avalancha de sentimientos.¹⁸

Todos estos sentimientos son normales en un duelo. No hay nada de patológico en ninguno de ellos, siempre y cuando no duren un tiempo anormalmente largo ni tengan una intensidad excesiva.

3.1.4.2. *Sensaciones físicas:*

A continuación se presenta una lista de las sensaciones que han comunicado con más frecuencia las personas en duelo:

- Vacío en el estómago.
- Opresión en el pecho.
- Opresión en la garganta.
- Hipersensibilidad al ruido.
- Sensación de despersonalización.
- Falta de aire o de aliento.
- Debilidad muscular.
- Falta de energía.
- Sequedad de boca.³

3.1.4.3. *Cogniciones:*

Existen muchas pautas diferentes de pensamiento que marcan la experiencia del duelo. Ciertos pensamientos son normales en las primeras fases del duelo y suelen desaparecer tras un breve espacio de tiempo. Algunos de ellos son:

- **Incredulidad:** suele ser el primer pensamiento que surge cuando se tiene noticia de una muerte, sobre todo si ha sido repentina.
- **Confusión:** Muchas personas se sienten muy confusas, no pueden ordenar sus pensamientos, les cuesta concentrarse.
- **Preocupación:** a menudo incluye ideas obsesivas centradas en recuperar a la persona perdida.
- **Sensación de presencia:** se trata del equivalente cognitivo de la añoranza. La persona en duelo puede pensar que el fallecido, de alguna manera, aún se encuentra en el marco espaciotemporal actual, sobre todo en los momentos posteriores a la muerte. Algunos hallan consuelo en esta sensación, mientras que a otros les da miedo.¹⁹

3.1.4.4. *Conductas:*

Las siguientes conductas son normales en el duelo y suelen corregirse solas con el paso del tiempo:

- **Trastornos del sueño:** estos trastornos pueden incluir dificultades para dormir o despertarse de madrugada. En ocasiones requieren intervención médica pero normalmente se corrigen solos. A veces los trastornos del sueño suelen representar miedos, como el miedo a soñar, miedo a dormir solo o miedo a no despertar. Es muy habitual soñar con el fallecido, con independencia de que sean sueños normales o pesadillas. Muchas veces estos sueños pueden dar alguna clave diagnóstica sobre el momento del duelo en el que se encuentra la persona.
- **Trastornos de la alimentación:** pueden manifestarse comiendo demasiado o comiendo poco, siendo más frecuente esta última.
- **Conducta distraída.**
- **Retraimiento.**

- Evitar recordar al fallecido: algunas personas evitan los lugares o las cosas que le provocan sentimientos dolorosos. Pueden evitar el lugar donde murió el fallecido, cementerios u objetos que le recuerden a la persona que han perdido. Suelen deshacerse rápidamente de las cosas asociadas al fallecido. Esta conducta no suele ser sana y muchas veces puede dar lugar a un duelo complicado.²⁰
- Suspirar: se observa con frecuencia y está relacionada con la sensación física de falta de aliento. En Massachusetts General Hospital se estudió en 1985³ la respiración de un grupo de padres en duelo y vieron que sus niveles de oxígeno y dióxido de carbono eran similares a los de los pacientes deprimidos.
- Llorar: El estrés provoca en el cuerpo un desequilibrio químico y algunos investigadores creen que las lágrimas eliminan sustancias tóxicas y ayudan a restablecer la homeostasis. Se están realizando estudios para ver qué clase de catecolaminas están presentes en las lágrimas causadas por estrés emocional. Éstas y las lágrimas secretadas por la irritación de los ojos no tienen la misma composición química.
- Visitar lugares o llevar objetos que pertenecían al fallecido, atesorándolos: se suele producir por el temor que le produce a la persona en duelo olvidarse de los recuerdos que tiene junto a su ser querido.⁷

3.1.5. Duración y tratamiento del duelo normal.

En cuanto a la duración del duelo normal, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos.⁵

Como norma general se acepta que el duelo normal dura entre 6 y 12 meses. Algunos síntomas perduran durante más de 2 años y ciertos sentimientos y conductas pueden persistir toda la vida. La fase más aguda

debe resolverse durante los primeros seis meses. Para entonces, debe haberse recuperado el apetito, el sueño y la capacidad de trabajar.²

Afrontar el duelo es un proceso psicológico, no psicopatológico, porque la muerte forma parte de la vida y la vida no es una enfermedad. Estar transitoriamente triste (una situación emocional normal) no significa estar deprimido (un cuadro clínico). Ello quiere decir que, en la mayor parte de los casos, la superación del duelo no requiere un tratamiento psicológico. Los recursos psicológicos de la persona, el paso del tiempo, el apoyo familiar y social y la reanudación de la vida cotidiana suelen ser suficientes para asimilar la pérdida y readaptarse a las nuevas circunstancias.²¹

En la literatura se ha documentado en líneas generales, por un lado como los autores descartan realizar cualquier tipo de intervención rutinaria con las personas que están viviendo un duelo normal. Se considera que cualquier actuación que se realice en estos casos, pueden interferir su curso natural y dificultar el desarrollo de las estrategias propias que los dolientes, ponen en marcha para afrontar y elaborar el proceso. Por otro lado hay estudios con resultados alentadores sobre los protocolos de actuación, como son los llevados de forma preventiva.⁸

En el tema del duelo, los objetivos principales desde atención primaria son básicamente dos:

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

Se recomienda citar al paciente 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. Tras la expresión del paciente de la situación de duelo, se empatiza con la dificultad de su situación (todavía no con los sentimientos). Se pregunta por los sucesos objetivos (a veces, los pacientes están demasiado bloqueados para hablar de sentimientos inicialmente). Solo posteriormente, y si el contacto está siendo fácil, se pregunta por los sentimientos respecto a la situación. Tras dejar hablar al paciente, se pasa a preguntas progresivamente más cerradas, para realizar

una exploración psicológica.⁹ Para recoger estos datos de una forma ordenada, se establece una rutina en la recogida, dividida en:

- Datos generales: edad y nombres del fallecido y doliente, fecha de fallecimiento, cumpleaños, etcétera.
- Datos sociofamiliares: genograma, relaciones familiares, amigos, situación económica...
- Antecedentes personales: problemas de salud psicofísicos, elaboración de posibles duelos previos, coincidencia de otros problemas de trabajo, familia, amigos, etcétera, tiempo de convivencia y tipo de relación con el fallecido.
- Evolución del proceso del duelo: causa y lugar del fallecimiento, conocimiento de la enfermedad, sentimientos que manifiesta como añoranza, culpa, rabia, ansiedad, tristeza y apoyo emocional de la familia.

Acabamos la técnica exploratoria, haciendo un resumen de lo más relevante en cada uno de los apartados explorados, esto nos dará un perfil del duelo y de él sacaremos un listado de problemas que debemos de abordar en la intervención. Gran parte de este trabajo puede hacerlo enfermería desde atención primaria, enfatizando los siguientes aspectos:²²

1. Expresión de sentimientos: Muchos pacientes no tienen con quién compartir su malestar, bien porque su red social se encuentra deteriorada o porque no quieren preocupar a sus allegados. Es posible que, con frecuencia, seamos el único recurso del paciente para expresar lo que siente o lo que le preocupa. El valor terapéutico de la simple expresión de sentimientos es muy alto y debemos saber valorarlo. Por tanto, éste debe ser uno de los principales objetivos. Para ello, emplearemos las siguientes técnicas:²
 - Escucha activa: Consiste en transmitir al paciente la sensación de que le escuchamos. Si el eje fundamental en el desarrollo del proceso enfermero, para llevar a cabo nuestras actividades y desarrollar y aplicar un plan de cuidados, es una buena valoración, debemos escuchar bien

lo que nos dicen ya que si fallamos en esta primera fase de poco servirá lo que hemos hecho.

Para una buena escucha activa es necesario:

- Mantener la mirada.
- Postura abierta.
- Expresión facial complementaria a los sentimientos que expresa el paciente.
- Facilitadores verbales (ej.: si, diga, le escucho) o no verbales (mover la cabeza).
- Preguntas abiertas sobre sentimientos: (ej.: ¿Cómo se siente ahora?).
- Frases por repetición: (“¿Qué quiere decir con que está confuso?”).²³

La escucha activa también nos sirve para la observación del sistema de comunicación verbal, que nos posibilita percibir características de la no verbal, reveladas con señales y mensajes de naturaleza paralingüística, como movimientos de la mirada, de la cabeza, expresiones faciales, gestos, posturas, entre otros, que determinarán, con mayor probabilidad, los varios nichos de significado de un mensaje. El uso de la comunicación no verbal facilita la percepción más exacta de los sentimientos de los clientes y las propias interpretaciones de dudas no verbales.²⁴

- Empatía: se puede definir como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, comprender las vivencias del paciente desde los propios supuestos de este, y transmitirle esta comprensión de un modo que pueda comprender. El profesional no solo debe entender lo que el otro le dice, sino el sentido que para él tiene. La empatía supone calidez en la relación, esto es, proximidad afectiva. Esta proximidad afectiva debe modularse en función de distintas personas y situaciones para no perder la distancia terapéutica.²⁵
- Respeto: significa aceptar incondicionalmente al otro sin realizar juicios de valor, haciéndole saber que es en función de sus propias vivencias y valores con los que vamos a evaluar la situación, favoreciendo que el paciente ponga en marcha sus propios recursos para afrontarla. El respeto lleva aparejado por parte del profesional el ejercicio de la asertividad.

- Universalidad: una de las mayores preocupaciones de los pacientes es pensar que son “bichos raros” y que sus sentimientos sólo les ocurren a ellos. Uno de los mayores refuerzos del profesional es informarle que su situación es muy común, y que casi todas las personas, en semejantes circunstancias, experimentan sentimientos similares.²⁶
2. Planificar el futuro: El duelo tiende a remitir espontáneamente, por tanto, es importante planificar qué se va a hacer con el tiempo mientras tanto.

En primer lugar es necesario que el paciente sepa la evolución normal del duelo. Hay que explicarle que es un proceso doloroso pero que todos tenemos que pasar por él. Su duración es de aproximadamente 12 meses, aunque se puede alargar algún tiempo más. No es lineal, sino que suele haber periodos de remisión y mejora, generalmente en relación con aniversarios y fechas señaladas para los supervivientes. También es conveniente ofertar algunas pautas sencillas en forma de metas progresivas con las que el paciente recobre cierta sensación de control sobre la situación. Podemos recomendarle que recupere, de forma pausada pero progresiva, las actividades lúdicas y profesionales que, anteriormente, más le agradasen. Por otra parte, se deben limitar las actividades que refuercen una cronificación del proceso adaptativo (visitas demasiado frecuentes al cementerio en el caso de fallecimientos, contactar con familiares y conocidos de la persona con la que se ha roto la relación, etcétera).²

El objetivo general del asesoramiento en el duelo es ayudar al superviviente a adaptarse a la pérdida del ser querido y a la nueva realidad sin esa presencia.

Se plantean unas metas concretas que corresponden con las cuatro tareas del duelo: 1) aceptar la realidad de la pérdida; 2) ayudar a la persona a afrontar el dolor emocional y conductual; 3) ayudarle a superar los distintos obstáculos que le impidan adaptarse a la pérdida y 4) ayudarle a hallar un modo de recordar a la persona fallecida y de sentirse cómodo al volcarse de nuevo en la vida.³

- Primera tarea: aceptar la realidad de la pérdida. Lo que se pretende en estos momentos es intentar entender que la persona que ha fallecido no va a volver. Se trata de superar la negación inicial en la que se desenvuelve la persona. Una negación que se da para amortiguar el impacto que supone la realidad a tiempo real y con todas sus consecuencias. Hablar de los rituales funerarios, describir las circunstancias que rodearon la muerte, invitarle visitar el cementerio o dirigirse a él en pasado, pueden ser técnicas útiles para que la persona asimile lo que ha pasado.¹⁸
- Segunda tarea: identificar y expresar los sentimientos. Cuando la persona se empieza a dar cuenta de que todo lo ocurrido es cierto, se intensifican las emociones propias del duelo.

El asesoramiento va dirigido a encauzar y expresar las emociones, permitir su expresión y normalizarlas. Para ello puede ser útil que el paciente escriba lo que siente, ya que el acto de escribir facilita el contacto con las emociones y la búsqueda de significados. Otras técnicas son: hacer uso del dibujo para ejemplificar, traer fotos y hablar del fallecido y hacer uso de la técnica de imaginación guiada, en la que el paciente, con los ojos cerrados, imagina al difunto y tiene ocasión de establecer algún tipo de diálogo con él. También se puede llevar a cabo una reestructuración cognitiva para modificar pensamientos erróneos que pudieran surgir o escribir un pequeño diario o libro de recuerdos que incluyan acontecimientos vividos, historias, fotografías...⁸

- Tercera tarea: superar los distintos obstáculos que impiden adaptarse a la pérdida. No suele ser fácil continuar con la vida en los días y meses posteriores a la pérdida, cuanto más tener que encargarse de todo lo que la otra persona asumía. En este momento se aconsejan al doliente diferentes líneas de actuación para la resolución de sus problemas. Se le enseña a generar estrategias y a usar las herramientas adecuadas para afrontar y responder a las demandas, dándole soluciones adecuadas a las mismas.

- Cuarta tarea: recolocar emocionalmente al fallecido para seguir viviendo. El superar este proceso no implica olvidar a la persona fallecida, sino recordarla sin dolor, empezar nuevas relaciones y establecer nuevos vínculos encontrando un lugar adecuado para la persona que se ha perdido.⁹

El duelo requiere tiempo, y puede haber fechas o momentos que son particularmente difíciles. Son muy comunes las llamadas reacciones de aniversario (el primer aniversario suele ser particularmente difícil). También pueden ser difíciles el primer cumpleaños, las primeras Navidades o fiestas que son relevantes para la familia o el grupo, que se celebran sin el fallecido, por lo tanto, hay que informar al paciente de que, aparte de las visitas programadas, estamos a su disposición si necesita comentar o expresar algo. Tener un punto de referencia accesible es muy estructurante para el individuo sometido a una situación de estrés.⁴

La enfermera que ayuda a quien está atravesando un proceso de duelo debe ser capaz de decidir cuándo sus propias capacidades han sido rebasadas por la situación. En los casos en los que aparece sintomatología psicótica franca y prolongada en el tiempo, ideas de suicidio, o cuadros depresivos clínicos está indicado el tratamiento de estos cuadros y, donde el sistema sanitario lo establezca así, la derivación a un especialista.⁹

3. Medicación: En general no se aconseja dar medicación antidepresiva a personas que se encuentran en la fase aguda del duelo. Estos fármacos tardan mucho en hacer efecto, alivian en raras ocasiones los síntomas normales del duelo y pueden facilitar el desarrollo de un duelo anormal. El psiquiatra suele pautar tratamiento en función de la incapacidad que produce el trastorno: si el funcionamiento social o laboral está imposibilitado más allá de unos 20-30 días, se recomienda su instauración. La duración del tratamiento, negociada previamente con el paciente, no debiera exceder a los 6 meses.

El fármaco utilizado dependerá de los síntomas predominantes. En el duelo normal, el síntoma más molesto suele ser el insomnio. Para

ello, pueden utilizarse benzodicepinas hipnóticas, zolpidem o zopiclona.²⁷

3.2. Duelo patológico o complicado.

3.2.1. Definición de duelo complicado:

Las respuestas normales y anómalas de duelo, como se ha podido entrever, abarcarán un espectro en el que la intensidad de la reacción, la presencia de una serie de comportamientos relacionados con el proceso y el tiempo, determinarán la diferenciación de las mismas.

Teniendo en cuenta esto, al duelo que no sigue el curso esperado se le suele denominar duelo complicado. Es una combinación de síntomas de ansiedad de separación y de emociones, cogniciones y comportamientos que interfieren sensiblemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud. Puede durar años e inclusive cronificarse indefinidamente.²⁸

El duelo patológico se produce cuando aspectos normales de un duelo se distorsionan o intensifican hasta alcanzar proporciones psicóticas.

Hay varias maneras de caracterizar las reacciones del duelo complicado. Se describe mediante cuatro apartados.

- 1) Reacciones de duelo crónicas.
- 2) Reacciones de duelo retrasadas.
- 3) Reacciones de duelo exageradas
- 4) Reacciones de duelo enmascaradas.

3.2.2. Reacciones del duelo complicado.

3.2.2.1. Reacciones de duelo crónicas:

Las reacciones de duelo crónicas o prolongadas tienen una duración excesiva y nunca llegan a una conclusión satisfactoria. Las reacciones en el aniversario de la muerte son normales durante diez años o más, pero en sí

mismas no indican un duelo crónico. Esta clase de duelo es bastante fácil de diagnosticar porque la persona que lo sufre es consciente de que no puede superarlo. Esta consciencia es especialmente intensa cuando el duelo continúa durante años y la persona se siente incompleta.

3.2.2.2. Reacciones de duelo retrasadas:

También se pueden llamar inhibidas, reprimidas o pospuestas. En este caso la persona puede haber tenido en el momento de la pérdida una reacción emocional que no ha sido suficiente. Los sentimientos que abruman a la persona en el momento de la pérdida pueden hacer que retrase el duelo. Esto suele ser frecuente en los casos de muerte por suicidio. Lo que ocurre en estos casos es que parte del duelo que no se había elaborado de una manera adecuada, se desencadenará más tarde de manera excesiva. El desencadenante suele ser algún suceso importante en la vida de la persona o una pérdida posterior.³

3.2.2.3. Reacciones de duelo exageradas:

Se refiere a situaciones en las que el duelo se intensifica tanto que la persona se siente abrumada o recurre a una conducta inadaptada. La persona que lo sufre es consciente de que sus síntomas y conductas están relacionados con la pérdida y suelen buscar ayuda profesional. Los duelos exagerados incluyen trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de la pérdida.²⁹

Sentirse deprimido y sin esperanza después de una pérdida es normal, sin embargo, si esos sentimientos de desesperanza se acaban transformando en una desesperación irracional que va acompañada de otras características de la depresión, se puede diagnosticar un trastorno depresivo mayor.

La ansiedad es otra respuesta frecuente después de una pérdida. Si se manifiesta en forma de ataques de pánico, de conductas fóbicas, sobre todo

ante la muerte o agorafobia, o de otro tipo de trastorno de ansiedad, se incluye dentro del duelo exagerado.³⁰

Este tipo de duelo puede desencadenar en suicidio, Durante el duelo son muy frecuentes estas ideas, aunque pocas veces se llegan a consumir. Hay que valorar, sin embargo, el duelo como factor de riesgo, e interrogar siempre al paciente acerca de la ideación suicida. Sería una forma de evadirse del dolor del duelo o de reunirse con la persona amada.³⁰

3.2.2.4. Reacciones de duelo enmascaradas:

Se caracterizan porque los pacientes presentan síntomas y conductas que les causan problemas, pero no reconocen que estén relacionados con la pérdida. Parte de la literatura propone que el ego de la persona no está lo bastante desarrollado para soportar el esfuerzo que supone afrontar el duelo, y para ello utiliza mecanismos de autoprotección narcisista.

Se puede presentar: en forma de síntoma físico o bien en conducta aberrante o inadaptada. Las personas que no se permiten vivir el duelo directamente pueden presentar síntomas psicósomáticos. El dolor puede ser un síntoma de duelo suprimido.³¹

3.2.3. *Factores de riesgo para desencadenar duelo patológico.*

La experiencia advierte de la existencia de factores vinculados a resultados pobres en la resolución adecuada del duelo. Un factor de riesgo es un aspecto del estilo de vida o conducta personal, una situación ambiental o una característica innata o heredada que, sobre la base de la evidencia epidemiológica, se sabe asociado a condiciones relativas a la salud que se considera importante prevenir. Los factores de riesgo en el proceso de duelo aumentan el peligro de enfermedad incidiendo sobre el impacto en la salud (factor de vulnerabilidad) o en la velocidad de recuperación (factor de recuperación).⁶

Existen unos factores que se consideran predictivos de duelo complicado:

- Factores personales: entre los que destacan la ancianidad o juventud del superviviente, la juventud del fallecido, la escasez de recursos para el manejo del estrés, problemas de salud física y/o mental previos (ansiedad, depresión, etcétera), escasez de aficiones e intereses, duelos anteriores no resueltos, reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas, falta de recursos para hacer frente a la situación y baja expresión de sentimientos y emociones.³²
- Factores relacionales: como la pérdida de hijo/a o pareja, relación dependiente del superviviente respecto al fallecido, adaptación complicada al cambio de rol o relación conflictiva o ambivalente.
- Factores circunstanciales: como pérdida súbita, accidente, homicidio, suicidio, la pérdida incierta y/o múltiple, duración de la agonía y de la enfermedad, no recuperación del cadáver, recuerdo doloroso del proceso por relaciones inadecuadas con el personal sanitario, mal control de síntomas del fallecido o muerte estigmatizada (sida, por ejemplo).
- Factores sociales: como la ausencia de apoyo social/familiar, recursos económicos escasos, presencia de niños en casa, asuntos pendientes o proyectos truncados.³³

3.2.4. *Tratamiento del duelo patológico.*

3.2.4.1. Instrumentos de medida:

Los instrumentos de evaluación que nos permitirán detectar posibles complicaciones en un proceso de duelo, son los siguientes:

1. Entrevista: La entrevista constituye uno de las herramientas de evaluación más utilizadas en el estudio del proceso de duelo. Por medio de preguntas como: “¿puede hablarme sobre él/ella?”, “¿puede hablarme de cómo murió?”, “¿cómo han reaccionado los otros familiares desde entonces?”, “¿puede hablarme de otras cosas que le han

sucedido o le estén sucediendo que le hagan feliz?”, “¿qué dificultades ha tenido que superar en el pasado?”, “¿cómo ha afectado la muerte de su ser querido en el resto de miembros de la familia?”,... el profesional puede identificar una serie de fortalezas o vulnerabilidades (tipo de relación con el fallecido, características del fallecimiento, apoyo social, recursos personales, dificultades,...) del doliente, las cuales le informarían del transcurso del proceso de duelo.³⁴

2. Genograma: La elaboración de un árbol familiar o genograma resulta de gran utilidad para conocer la existencia de variables tales como: edad de los miembros familiares (incluido el fallecido y el doliente), número de personas del núcleo familiar, número de fallecimientos anteriores,... Esta información permite conocer información relevante a la hora de poder identificar un duelo complicado, de nuevo centrándonos en factores de protección y riesgo (juventud o vejez del fallecido, red de apoyo social, duelos anteriores,...).
3. Autoinformes: historia personal y cuestionarios. Los autoinformes permiten valorar de manera general distintas áreas conductuales del individuo, haciendo posible una aproximación inicial que determine la evaluación posterior con el uso de herramientas más específicas. Un tipo de autoinforme es la historia personal, cuestionario autobiográfico que recaba información sobre: datos personales (p.ej. edad del fallecido y doliente), situación actual (vivencia de la pérdida), circunstancias de la pérdida (p.ej. causa, lugar, modo,...), historia de relación con el fallecido, recursos personales (p.ej. estrategias de afrontamiento).³⁵

3.2.4.2 Tratamiento del duelo complicado en atención primaria:

El tratamiento en atención primaria que puede llevar a cabo enfermería abarca también el tratamiento anteriormente citado para el duelo normal, y agrega diferentes intervenciones como:

1. Técnica de inversión de papeles: Ante conductas o sentimientos del superviviente que nos parezcan desviadas de la norma (ejemplo:

conductas antisociales, apatía generalizada...), debemos preguntar al paciente: “Imagínese que fuese usted quien hubiese fallecido, ¿Qué esperaría que desearía hecho su familiar?”. Generalmente, el paciente describe una conducta normal y debe servir para insistir en que el fallecido también esperaría de él la conducta normal. A veces, el paciente piensa que si él estuviese muerto, exigiría a la otra persona el mismo tipo de conductas porque eso demostraría que le quiere. En estos casos, hay que confrontar con la necesidad de demostrar externamente el afecto mediante actos fuera de la norma.⁹

2. Adivinar el pensamiento del difunto: Consiste en preguntarle, que en base a lo que conoce del difunto, cómo cree que querría que actuase en esta circunstancia. El proceso de razonamiento es igual al de la técnica anterior.³
3. Deshabitación ante conductas de duelo anormales: A veces, y en relación a circunstancias culturales, algunos individuos muestran una serie de conductas bizarras respecto a la muerte. Las más frecuentes son las visitas diarias al cementerio durante años, pero otras conductas incluyen mantener la habitación exactamente igual que como la dejó el difunto, mantener sus cenizas en el domicilio, “hablar” periódicamente con el difunto (el paciente niega la realidad del suceso, no es una alucinación como tal). Debemos empatizar con el sentimiento que produjo la conducta, pero confrontamos con que se está “saliendo excesivamente de la norma”. Hay que trabajar la culpa que puede suponer eliminar estas conductas (para muchas pacientes es una demostración de amor). Se utilizan las técnicas de inversión de papeles o de adivinar el pensamiento del fallecido. Junto a este desafío cognitivo recomendamos tareas conductuales: Hay que modificar progresivamente esas conductas (ej.: ir progresivamente menos al cementerio, realizar cambios en la habitación, despedirse de las cenizas, etcétera.).^{36,2}

La enfermería de atención primaria tiene un papel fundamental en la detección precoz del duelo patológico. La valoración enfermera del paciente es

la que determinará las actuaciones dirigidas a él a partir de ese momento para evitar las complicaciones potenciales del proceso.

En la mayoría de los casos, cuando se empieza a sospechar de duelo complicado, resultará necesario interconsultar o derivar a salud mental. Conviene derivar 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.^{2,4,9}

3.2.4.3. Tratamiento del duelo patológico en consulta de psicología.

- Terapia cognitivo- conductual:

Dentro de la conceptualización cognitiva-conductual, se consideran que hay tres variables que son fundamentales en la aparición y mantenimiento de la complicación del duelo:

- Las personas con duelo complicado realizan una mala elaboración e integración de la pérdida en la base de datos de conocimientos autobiográficos.
- Presentan creencias globales negativas, además de una inadecuada interpretación de las reacciones y manifestaciones que se producen.
- Por último, desarrollan estrategias de afrontamiento ansioso-depresivas a la hora de abordar lo sucedido.

El trabajo se detiene en profundizar:

- La necesidad de realizar un procesamiento adecuado de lo sucedido e integrar la pérdida en la autobiografía existente.
- Identificar y cambiar las creencias e interpretaciones del proceso que sean problemáticas.

- Reemplazar las estrategias ansiosodepresivas de evitación, por otras que proporcionen un ajuste más adecuado.³⁷

El tratamiento suele tener una frecuencia de una sesión por semana. En un caso ideal, una vez que el paciente ha experimentado una reducción de los síntomas y ha aprendido las herramientas básicas de la terapia cognitiva, la frecuencia se va reduciendo.

Los autores plantean una serie de estrategias para trabajar las cogniciones y facilitar las claves del registro de cómo se siente y vive la pérdida, y que a su vez, pueden ayudar a esclarecer y dar pistas del caso:

- Se les pregunta si consideran la pérdida como algo reversible o definitivo.
- Los recuerdos que se presentan con carácter intrusivo, proporcionan información acerca del abordaje posterior.
- La presencia de eventos estresantes relacionados con la muerte, pueden informarnos si hay un mal procesamiento de lo sucedido.
- Para poder evaluar las creencias que tiene el paciente, se les pide que describan cómo fue la muerte del ser querido y si todo lo acontecido ha podido cambiar su punto de vista sobre sí mismo, su vida y su futuro. En este momento se puede pasar algún cuestionario que evalúe las cogniciones relacionadas con el duelo, como por ejemplo el Cuestionario de Cogniciones de Duelo.³⁸

Para completar la parte inicial del bloque, se ofrece información de cuáles son las manifestaciones y reacciones propias del duelo, cómo funcionan las emociones, cómo se encauzan y cuáles son los comportamientos habituales. Se les ofrece una perspectiva de cómo transcurre y se elabora el proceso, tratando de proporcionar un marco de comprensión general que favorezca la normalización de lo que el paciente está viviendo.³⁷

En este momento, la intervención se orienta hacia el logro y aproximación de un conocimiento real de lo que la pérdida ha significado en su vida. El trabajo se centra en que la persona reconozca los sentimientos más dolorosos, los pensamientos y recuerdos vinculados a la pérdida. Se hace hincapié en la problemática que está interfiriendo en la integración de lo sucedido y en la reorganización de su mundo interior y se tratan de disminuir las reacciones emocionales más difíciles de manejar para favorecer su ajuste. Las estrategias van encaminadas principalmente a realizar una exposición en imaginación o en vivo, en la que se revive la historia de lo acontecido y cómo se han ido traduciendo las consecuencias de la muerte en la vida cotidiana del doliente.³⁹

La exposición se realizaría de manera graduada para que se vayan rompiendo las creencias globales más negativas, que sostienen la evitación de las emociones que son dolorosas. Todo ello va encaminado a facilitar un tránsito a creencias más realistas que favorezcan el ajuste y adaptación.

El terapeuta interviene a través del diálogo en las creencias que se han ido identificando a lo largo de la terapia.

Las interpretaciones catastróficas se van trabajando mediante reestructuración cognitiva y experimentos adaptados al repertorio de comportamientos del paciente.

Con el objetivo de desmontar las cogniciones erróneas, se van aportando pruebas, de que la validez de las interpretaciones está magnificada y sobrevalorada. La elaboración de los significados y la conciencia de lo que ha supuesto la pérdida, se acentúan a medida que se van realizando las exposiciones de los recuerdos dolorosos a la vez que se va disminuyendo su evitación.

Para reducir la evitación ansiosa y depresiva, el papel que realizan las técnicas de exposición, en esta terapia, ocupa un lugar protagonista. Se centran en la identificación de los pensamientos y creencias que conducen a evitar entender la irreversibilidad de la pérdida. Se valoran las consecuencias a corto y largo plazo de estos supuestos.⁸

Para trabajar la ansiedad que genera este abordaje, las exposiciones se nutren además con la prevención de respuesta que se suele usar en el tratamiento de los trastornos obsesivos-compulsivos. El paciente debe anotar la ansiedad que siente en hojas de registro cada diez minutos o cuando note un cambio en el nivel de ansiedad, utilizando una escala de unidades subjetivas (0 nada de ansiedad, 10 muchísima ansiedad) y no se puede terminar la exposición antes de que el paciente perciba una disminución en su estado de ansiedad, aunque sea mínima.⁴⁰

Para fortalecer el trabajo realizado con las reacciones depresivas, se planifican el incremento de actividades placenteras que estaban presentes en la vida cotidiana del paciente con anterioridad a la pérdida.

Las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte constitutiva de la terapia cognitiva. Por medio de ellas el psicólogo busca extender las oportunidades de cambios cognitivos y conductuales.³⁷

Una asignación adecuada de tareas permite al paciente lograr mayores conocimientos (por ejemplo: mediante la biblioterapia), adquirir información (mediante el control de sus pensamientos, sentimientos y conductas), revisar sus pensamientos y creencias, modificar su pensamiento, poner en acción herramientas conductuales y cognitivas y experimentar nuevos comportamientos. Las tareas para el hogar pueden maximizar lo que se ha aprendido en la sesión y dar al paciente una sensación de mayor autosuficiencia.³⁹

Las tareas se adaptan a los pacientes en particular, se fijan en conjunto y se diseñan de acuerdo a los contenidos de la sesión, los objetivos marcados y la etapa en curso del tratamiento.

Todo ello es con el objetivo de favorecer que recupere y mejore su estado de ánimo y calidad de vida.

Para finalizar el tratamiento se hace una valoración general del transcurso de la terapia. Para ello, se identifica, si el desarrollo terapéutico se ha ajustado a los objetivos que inicialmente se plantearon, si la mejoría clínica de los pacientes se ha corroborado en la comprobación de las hipótesis que se formularon al principio de la

intervención y por último, si la terapia ha favorecido el manejo de las emociones que estaban interfiriendo en la elaboración y encauzamiento del proceso del duelo.⁴¹

- Terapia grupal:

Un grupo de apoyo está constituido por personas que han experimentado una misma pérdida, y que se encuentran de forma regular y formal para poder compartir vivencias e intercambiar recursos a fin de poder aliviar el sufrimiento y adaptarse mejor a los cambios y retos de la nueva situación.⁴²

Los objetivos generales del tratamiento grupal son:

1. Mejorar la sintomatología depresiva asociada a la pérdida de un familiar.
2. Mejorar de las relaciones socio-laborales y familiares.
3. Incrementar las técnicas de afrontamiento frente a duelos en el futuro
4. Incorporar el duelo como experiencia vital estresante de la que se puede salir reconfortado.
5. Reconocer y expresar con palabras los afectos y emociones estrechamente vinculados a la pérdida.
6. Llevar a la práctica un esquema de solución de problemas que ayude en la tarea de tomar las decisiones acertadas en cada ocasión.⁴³

Las sesiones se realizan una vez por semana, 8-9 participantes forman el grupo. Es una condición especialmente importante la consecución de una atmosfera grupal abierta y libre de temores.

La terapia grupal consta de 17 sesiones, distribuidas en cuatro módulos:

- *Módulo I:* En él se introduce la relación existente entre los pensamientos y las emociones, y la forma en que, a través del conocimiento y posterior disminución de las distorsiones en el procesamiento de la información, es posible evitar emociones desproporcionadas o inadecuadas a un duelo normal.

Se habla de las creencias irracionales y se proponen estrategias de reestructuración cognitiva: el grupo puede explorar conjuntamente la red de apoyo y descubrir cuál es la ayuda que ayuda y la ayuda que no ayuda.

El mito de que la forma de mitigar el dolor es huyendo o evitándolo, debe ser revisado y descartado.

El propósito más importante a marcar en estas primeras sesiones es que las personas se conozcan y establezcan vínculo y que puedan estar disponibles para el contacto terapéutico. Dentro de este módulo se engloban las tres primeras sesiones.

- *Módulo II:* Este módulo se centra en el afianzamiento de una sana autoestima, siendo el objetivo principal conocer como el concepto de autoestima influye en la persona, potenciando sus beneficios, ya que está estrechamente relacionado con el área emocional.

Dentro de este módulo se engloban las sesiones 4, 5 y 6.

- *Módulo III:* Se trabaja el análisis y la regulación de las emociones básicas que provocan sufrimiento, intentando reducirlas cuando no tienen valor adaptativo, y fortaleciendo la frecuencia de las emociones más positivas y beneficiosas. El enfado y la cólera como proyección evitativa del dolor y la culpabilización que aparecen frecuentemente en forma de pensamiento obsesivo, son tratadas en el contexto de la relación grupal.

Dentro de este módulo están las sesiones de la 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14.⁴⁴

- *Módulo IV:* Este módulo está dedicado a la técnica de resolución de problemas. Se focaliza en la forma de llevar a la práctica, con el apoyo de los contenidos de los anteriores módulos, un nuevo estilo de afrontamiento y toma de decisiones más acertada y eficaz, y que conlleve un menor perjuicio emocional.

La resolución de asuntos pendientes como el perdón, o la gratitud, constituyen tareas propias de la fase. Para este trabajo se recurre a técnicas terapéuticas más sofisticadas como la escritura creativa, la visualización, y el uso de objetos de recuerdo entre otros.

Este módulo engloba las sesiones 15,16 y 17.⁴⁵

El objetivo terapéutico es la construcción de un nuevo significado sobre lo vivido. El trabajo de cambios y decisiones en el sentido de reinvertir en la propia vida y hacerlo en honor del ser querido, permiten la integración de lo aprendido acerca de uno mismo, de la vida y el sentido del sufrimiento. Todo ello lleva a la posibilidad de explorar cuestiones existenciales y/o espirituales, que constituyen la tarea y fin último del duelo.⁴⁶

3.3. Terapias alternativas para prevenir el duelo complicado.

El porcentaje de población que recurre a medios "naturales" para prevenir o solucionar sus problemas de salud es cada día mayor. Dentro del sistema de salud, son los enfermeros los que desarrollan su actividad en contacto más directo y continuo con los clientes/usuarios, por lo que pueden ofrecer muchos de los recursos que hoy existen.⁴⁷

Estas están adquiriendo cada vez mayor protagonismo. La propia Organización Mundial de la Salud las recomienda a los enfermeros como una de las estrategias para alcanzar el objetivo de "Salud para todos". Dichas terapias están basadas sobre todo en técnicas manuales, en los beneficios del contacto físico, en la respiración, la relajación o en todo aquello que contribuya a hacer más agradable y saludable el entorno de cada persona. Son eficaces, están al alcance de todos, y no sólo tratan enfermedades sino que contribuyen de manera evidente a mejorar el estado general de salud.⁴⁸

Algunas de ellas, ya implantadas como talleres en los centros de atención primaria son:

3.3.1. Risoterapia:

Son muchos los estudios que han comprobado que la risa y el humor ayudan a los pacientes en el manejo de sus emociones, y que su uso desde una terapia positiva puede modificar su estado anímico.

La risa es una gran forma de comunicación con los pacientes. Los beneficios de esta son los siguientes:

- Mejora las relaciones sociales.
- Mejora la relación médico-paciente y la calidad de vida.
- Aumenta la memoria, pensamiento creativo y capacidad resolutive de problemas.
- Ejercita y relaja la musculatura.
- Disminuye las concentraciones de las hormonas del estrés.
- Aumenta la producción de endorfinas.
- Rompe con las defensas más rígidas del individuo.
- Favorece un marco propicio para la expresión de las emociones.
- Permite la expresión de la hostilidad de una forma más aceptable.
- Reduce el estrés y los síntomas de depresión y ansiedad.⁴⁹

Lo primero que hay que debe hacer el profesional de enfermería es crear una atmosfera de confianza para que todos los integrantes del grupo se desinhiban y practiquen los ejercicios que se les formularan.

Esta terapia consiste en reír de una manera natural. Para ello se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y de la mente como: gimnasia facial, gimnasia corporal, recordar experiencias del pasado que solían hacerles reír, juegos y dinámicas de grupo, danzas, cosquillas. Se afianza la autoestima consiguiendo desdramatizar los pensamientos negativos.⁵⁰

Conforme aumenta el número de sesiones aumenta la confianza grupal para poder compartir también los problemas personales de cada integrante y buscar en mayor o menor medida el lado positivo de los mismos.⁵¹

3.3.2. Grupo de relajación:

La base terapéutica de esta técnica comprende la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan tensión muscular, la cual aumenta a su vez la sensación subjetiva del cuadro ansioso.⁴⁴

Los objetivos fundamentales de este grupo son:

- Aprender a identificar los grupos musculares que están tensos y distinguir entre la sensación de tensión y la de relajación profunda.
- Conocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso y ansioso, mostrando con claridad como liberar a uno implica liberar al otro.
- Adiestrar en dicha técnica, para fomentar su puesta en práctica, de forma habitual en la vida diaria.¹⁷

Las sesiones de relajación conducidas por una enfermera se llevan a cabo dos días en semana y antes de comenzar las mismas se prepara y acondiciona la sala:

- Se conecta la música, normalmente suave y con sonidos de la naturaleza.
- Colchonetas.
- Luz tenue.
- Temperatura óptima, que facilite conseguir el estado de relajación.⁴⁴

Una vez acondicionada la sala se les recomienda a los pacientes el uso de ropa cómoda, que se despojen de aquellos artículos que ejerzan presión y que se pongan cómodos en la colchoneta que elijan. Después se les indica que se sienten en ella con la espalda recta y se inician las respiraciones profundas. El ciclo completo de una respiración profunda es inspirar, retener el aire entre 3-5 segundos y espirar lentamente concentrándose en la sensación de relajación que esto produce. Partiendo de un número inicial, que varía según la persona, se contabiliza el tiempo total de espiración como la suma de la inspiración más el tiempo de retención. Se inspira mientras se cuenta del 1 al 4, se retiene el aire mientras se cuenta del 1 al 4 y se espira contando mentalmente del 1 al 8.

A continuación, después de varios ciclos de respiraciones profundas, se disminuye progresivamente el tono de la voz y se verbalizan las instrucciones lentamente. Se cierran los ojos y se dirige la atención a cada uno de los grupos musculares seguidos de la indicación de “tensión” y “relajación” según corresponda. Los ejercicios se basan en la relajación progresiva de Jacobson, por lo tanto se trabaja aumentando paulatinamente la tensión en el músculo correspondiente según se repite la palabra “tensamos” para después relajarlo bruscamente (excepto los músculos del cuello que se relajan lentamente).⁵²

A continuación se suelen realizar técnicas de visualización de imágenes agradables (paisajes, escenarios, etcétera) para finalizar los ejercicios.

Tras permanecer tumbado durante unos minutos, se van movilizand las manos, los brazos y las piernas lentamente y se van abriendo los ojos. Se indica al paciente que se incorpore muy despacio.

Después se les solicita que hagan una valoración personal de la sesión, considerando la diferencia entre el estado al principio y al final de la misma y se verifica la correcta realización de la técnica preguntando si han conseguido relajarse, a modo de una sencilla evaluación subjetiva.⁵³

Entre las intervenciones de enfermería (NIC)⁵⁴, hay algunas que se incluirían dentro de las terapias complementarias como: Acupresión (1320), Aromaterapia (1330), Contacto terapéutico (5465), Hipnosis (5920), Humor (5320) y Terapia artística (4330).

3.4 Teoría de Enfermería: Imogene King.

Hoy día la enfermería es considerada una ciencia gracias a las aportaciones e investigaciones realizadas por grandes enfermeras, como es el caso de Imogene King. A propósito de nuestro caso, hablaremos de la importancia de la inter-relación enfermera-paciente descrito por esta autora en su teoría del logro de metas.

La conciencia de las complejas dinámicas de la conducta humana en las situaciones de enfermería sugirió a King la formación de un marco conceptual

que representa sistemas personales, interpersonales y sociales como dominio de la enfermería.

King afirma que las enfermeras interactúan a propósito con los pacientes para establecer metas conjuntamente y para explorar y acordar los medios para lograr esas metas. El objetivo mutuo (entre enfermera y paciente) se basa en:⁵⁵

- Valorar los problemas, las preocupaciones y los trastornos de salud del cliente por parte de la enfermera.
- Las percepciones que tiene la enfermera y el cliente de la interferencia.
- El intercambio de información entre ambos en casos en los que las funciones en cuestión puedan ayudar al paciente a alcanzar los objetivos propuestos. Además las enfermeras colaboran con la familia cuando sus clientes no pueden participar de forma verbal en la lucha por el objetivo.⁵⁶

3.4.1. *Metaparadigmas desarrollados en la teoría de Imogene King.*

- **Enfermería:** Hace referencia a la relación observable entre enfermera/cliente, cuyo objetivo sería ayudar al individuo a mantener su salud y actuar según el rol apropiado. Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en la que los individuos interactúan dentro de un sistema social.

La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

- **Persona:** Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo. Tiene un correcto autoconocimiento, participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud y acepta o rechaza el cuidado de salud. En resumen son un sistema abierto con tres subsistemas: personal, interpersonal y social.
- **Salud:** Es un estado dinámico en el ciclo vital, la enfermedad interfiere en ese proceso suponiendo un obstáculo. La salud implica una adaptación permanente al estrés en el entorno interno y externo

mediante el uso óptimo de los recursos de cada uno para conseguir el máximo rendimiento para la vida diaria.

- *Entorno*: Es un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información. Para las enfermeras es esencial la comprensión de la manera en la que los seres humanos interactúan con el entorno para mantener su salud.⁵⁷

4. METODOLOGÍA.

4.1 Diseño del estudio.

Investigación cualitativa tipo estudio de caso.

4.2 Sujeto de estudio.

Paciente de 50 años, diagnosticada de intoxicación por benzodiazepinas, en un intento de autolisis por complicación del duelo.

4.3 Ámbito y periodo del estudio.

El estudio se realiza en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Cehegín. Durante el periodo comprendido entre el 4 de Noviembre y el 23 de Diciembre de 2013.

4.4 Procedimiento de recogida de información.

4.4.1. Fuentes de información.

Los principales instrumentos de recogida de datos han sido:

- La observación directa.
- La historia clínica del paciente.
- Los registros de evolución médica y enfermera.
- La valoración de enfermería según los patrones de Marjory Gordon.
- La revisión de la evidencia científica se ha realizado fundamentalmente en las siguientes bases de datos: Medline, Dialnet, PubMed, Cuiden, Scielo y Elsevier. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados, estrategias de organismos oficiales, protocolos y guías de práctica clínica.

4.4.2 Procedimiento de recogida de información.

La recogida de los datos se realizó previa autorización de la paciente y del responsable del servicio para la realización del estudio, garantizando la confidencialidad y privacidad de los mismos.

- En primer lugar se realizó la valoración enfermera según los patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizando las técnicas de exploración física pertinentes.

Cabe mencionar que el caso que nos ocupa fue una urgencia y en el momento de la valoración la paciente estaba inconsciente por lo que gran parte de la anamnesis se llevó a cabo gracias a la información concedida por un familiar allegado.

Gracias a este procedimiento se logró identificar los principales diagnósticos enfermeros, para la realización un plan de cuidados individualizado.

- En segundo lugar se procedió a la revisión de la historia clínica de la paciente. Se extrajeron: los antecedentes familiares y personales (alergias, intervenciones anteriores, enfermedades crónicas, tratamiento crónico, etcétera), los resultados de pruebas diagnósticas y complementarias, el diagnóstico médico principal, los valores de las gráficas de constantes y el registro de las actividades e intervenciones realizadas por enfermería anteriormente.
- En tercer lugar se realizó la recogida de datos a través de una revisión de la evidencia científica en bases de datos y documentos mencionados anteriormente.

En cuanto a los límites de búsqueda, únicamente hubo una limitación: los descriptores. De manera que solo se seleccionaron aquellos artículos en los que estos aparecían en el título o en el resumen. Los descriptores fueron los siguientes: duelo, duelo patológico, grief, complicated grief, bereavement; detección, diagnóstico, prevención, tratamiento, terapias, therapy.

4.4.3 Procesamiento de los datos.

Los datos han sido procesados según la metodología enfermera.

Tras la valoración de la paciente en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon⁵⁸, la identificación de los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA⁵⁹ y la identificación de los problemas de colaboración de L. J Carpenito⁶⁰, se realizó una red de razonamiento clínico según el modelo

ÁREA⁶¹, de la cual pudimos obtener el diagnóstico enfermero principal y la complicación potencial principal. Una vez seleccionados se procedió a establecer los objetivos del plan de cuidados (NOC)⁶² y las intervenciones de enfermería que ayudarían a conseguirlos (NIC)⁵⁴. Tras la ejecución de las actividades de cada una de las intervenciones elegidas, se llevó a cabo una evaluación en base a los criterios de resultado establecidos anteriormente, con el fin de valorar la efectividad de las mismas.

En cuanto al procesamiento de los datos obtenidos en la revisión de evidencia científica, los artículos se valoraron con criterios que permitiesen descartar aquellos que no fueran de interés para los objetivos del estudio.

5. RESULTADOS.

5.1 Valoración del caso según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

La paciente es una mujer con 50 años, la cual se encuentra su hermana tendida en el suelo del salón de su casa, después de haber ingerido una dosis tóxica de benzodiazepinas (2 cajas de Lorazepam 2mg) mezclada con alcohol.

Cuando llegamos al domicilio nos encontramos a la paciente en un estado de somnolencia profunda y obnubilación con las siguientes constantes vitales: tensión arterial: 85/52 mmHg, frecuencia cardiaca: 123 latidos por minuto, ritmo sinusal, temperatura: 35°, frecuencia respiratoria: 9 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno: 84%. Presenta una escala de Glasgow de 8, hipotonía, hiporreflexia, nistagmo y pupilas mióticas.

Decidimos tratarla mediante lavado gástrico para disminuir la absorción del fármaco, administración de carbón activado y flumazenilo intravenoso (antídoto de benzodiazepinas) en bolo, 0'25 mg en 1 minuto.

Perdió un hijo de 24 años en un accidente de moto hace un año, desde entonces su actitud ha cambiado, apenas sale a la calle desde ese día y ha descuidado su vida tanto a nivel personal como laboral y social. Se observa un gran déficit de autocuidado. Según su hermana llevaba días sin querer salir de la cama, coincidiendo con la fecha del aniversario de la muerte de su hijo.

Está en tratamiento psiquiátrico, desde la muerte de su hijo, con Seroxat® de 10 mg, 1 comprimido en el desayuno y Lorazepam 2 mg por la noche.

Está casada, trabaja en una tienda de ropa que ella misma abrió hace dos años y tiene otra hija de 30 años, la cual vive con su marido y su hijo. En el momento en que sucedieron los acontecimientos el marido se encontraba trabajando, por lo que estaba sola en el domicilio hasta que llegó su hermana.

Padece de hipotiroidismo, controlado farmacológicamente con Eutirox® 100 mcg 1 comprimido/ 24 H. Su principio activo es la levotiroxina.

5.2 Valoración del caso.

** La mayoría de la información de esta valoración esta proporcionada por la hermana de la paciente.

Patrón 1: Percepción – manejo de salud:

No tiene ningún tipo de insuficiencia inmunitaria, de coagulación o de cicatrización.

Consume tabaco. Más de 20 cigarrillos al día.

Nunca ha tenido ningún problema grave de salud. Sólo ha estado ingresada en el nacimiento de sus hijos, los cuales nacieron por cesárea.

La paciente no toma conductas eficaces ya que se encuentra en un estado grave debido a la ingesta voluntaria de dosis extremadamente altas de un medicamento, con el fin de llevar a cabo una autolisis. La hermana nos comenta que siempre se negaba a tomar medidas o a ir a un especialista que pudiera ayudarle y que tenía la sospecha de que no se tomaba la medicación.

Padece hipotiroidismo, el cual controla con Eutirox 100 mcg, un comprimido cada 24 horas.

No tiene alergia a ningún medicamento.

Desde hace un año, coincidiendo con el fallecimiento de su hijo, no sigue las recomendaciones médicas, aunque según nos dice su hermana siempre las ha seguido, incluso empezó un seguimiento en su centro de salud para dejar de fumar.

Sigue un tratamiento prescrito por el psiquiatra. Toma Seroxat y Lorazepam.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico:

Tiene la piel hidratada y no presenta ningún signo de pérdida de la integridad cutánea. Presenta uñas transparentes, con lecho rosado pálido y puntas blancas.

Turgencia de la piel normal, con signo del pliegue negativo.

Presenta xerostomía. Palidez en las membranas mucosas.

La hermana nos comenta que en el último año la mayoría de los días hace sólo una comida escasa al medio día y porque su marido se cerciora de que así sea. “En el desayuno y la cena apenas comía nada, se ponía el plato en la mesa y lo tiraba a la basura casi sin empezar”.

Su dieta es desequilibrada e insuficiente.

Ha perdido 10 kilos en el último año.

Pesa 50 kilos y mide 1,65. Su IMC es de 18,37. Peso insuficiente.

Sólo come pequeñas cantidades. Refiere nauseas al forzar la cantidad de comida ingerida. No tiene ninguna restricción alimentaria.

No lleva dentadura. Buena apariencia bucal. No tiene caries y posee todas las piezas dentarias.

No presenta ningún tipo de problema que dificulte la digestión.

Temperatura axilar de 35°.

Cuando llegamos a su domicilio le colocamos una vía periférica 16G en el miembro superior derecho.

Patrón 3: Eliminación.

Orina más de cinco veces al día.

En el último año, no ha tenido ningún cambio significativo en su patrón de micción.

No presenta incontinencia urinaria.

Presenta un patrón de eliminación intestinal diario. Sin molestias al defecar.

Patrón 4: Actividad- Ejercicio.

No realiza ejercicio físico. La hermana nos comenta que antes iba todas las tardes al gimnasio a hacer spinning, pero desde que falleció su hijo sólo sale a la calle para ir a trabajar.

Normalmente se encuentra siempre cansada, con signos de astenia.

Al llegar al domicilio observamos un déficit en el autocuidado. Estaba sin peinar, con un chándal sucio y su apariencia dejaba entrever bastante apatía.

No hay presencia de prótesis. Presenta un buen grado de movilidad articular y firmeza muscular con fuerza en las manos (puede coger objetos pequeños).

No dedica tiempo a sus aficiones, solo sale para ir a trabajar. No tiene ningún momento de ocio y diversión. Cuando no está trabajando en la tienda está en su casa viendo la tele tumbada en el sofá o acostada en la cama.

FC: 123 latidos por minuto.

FR: 9 respiraciones por minuto.

TA: 85/52 mmHg.

Patrón 5: Sueño-Descanso.

Duerme unas diez horas, la mayoría de ellas durante el día. Por las noches apenas dos.

No se levanta con la sensación de haber descansado. El sueño no le resulta reparador.

Utiliza ayudas para favorecer el sueño, un comprimido de Lorazepam antes de acostarse por la noche.

Tiene pesadillas y cuando se despierta le es imposible volver a dormirse. Las pesadillas las asociamos a un posible efecto secundario del Seroxat pautado.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptual.

En el momento de la valoración presenta alteraciones cognitivas y perceptivas debido a la intoxicación por benzodiazepinas.

Desde que murió su hijo tiene miedo a las motos y a cualquier vehículo, no quiere que ni su marido ni su hija cojan el coche.

Padece presbicia y miopía, con las siguientes dioptrías: 1,5 en el ojo derecho y 2 en el izquierdo. Lleva gafas.

Se le olvidan cosas sin importancia y cosas importantes, desde comprar el pan hasta el cumpleaños de su nieto o su hija. Presenta también falta de concentración ya que su hermana refiere que cuando habla con ella, parece que está escuchando pero cuando le pregunta algo sobre la conversación no sabe responder. Presenta muchos lapsos de atención.

Le resulta bastante difícil tomar decisiones. “A veces duda hasta sobre qué camino coger para volver a casa después del trabajo” nos comenta su hermana.

Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto.

No toma ninguna medida para solventar su situación.

Se siente culpable de la muerte de su hijo porque ella y su marido fueron los que le compraron la moto con la que tuvo el accidente. Piensa que la que tenía que haberse muerto era ella.

“Nos había dicho que no tenía ganas de vivir sin su hijo, pero siempre nos lo tomamos como algo puntual debido al duelo que está sufriendo. Nunca pensamos que fuera en serio” nos dice su hermana.

Últimamente no le da importancia a su imagen corporal, se viste con lo primero que ve en el armario, apenas se peina y no se maquilla. Aunque siempre ha sido una mujer muy coqueta. Se podría definir como una mujer triste y apática.

Patrón 8: Rol-Relaciones.

Es empresaria y dependiente de una tienda de ropa.

En la casa solo viven ella y su marido y trabajan los dos. Su hija ya independiente trabaja de profesora de educación infantil.

Siempre ha sido muy sociable, hasta la muerte de su hijo. En este último año no ha salido con sus amistades de siempre, todo el contacto que ha tenido con ellas ha sido las visitas que estas le han hecho. En la tienda apenas habla con los clientes.

La reacción familiar ante la situación de la paciente es de preocupación. Su marido solo se aleja de ella las horas que está en el trabajo y su hija y hermanas con las que tiene una relación muy estrecha van todos los días a verla e intentan animarla. Han intentado muchas veces convencerla de que vaya al médico, pero la paciente se ha negado rotundamente. La situación es complicada ya que los familiares que intentan animarla también han sufrido la pérdida del ser querido.

Su mayor apoyo es su hermana Ana.

Sus cambios de actitud ante la vida son los que han reflejado sus sentimientos, pero ella no expresa verbalmente su estado en estos momentos. Piensa que hablando de lo que siente puede molestar, aburrir o preocupar más a la gente de su alrededor.

Siempre ha tenido un grupo de amigos con los que organizaba viajes durante el año y salía los fines de semana.

Patrón 9: Sexualidad- Reproducción.

Ha entrado ya en la fase de la menopausia.

Ha tenido dos hijos, los dos nacidos mediante cesárea. No ha tenido ningún aborto.

No se disponen de más datos para continuar la valoración de este patrón.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al Estrés.

El único percance considerable en su vida ha sido la muerte reciente de su hijo.

“En estos momentos pienso que no, que nos deberíamos de haber dado cuenta mucho antes de la gravedad del problema. Pienso que aunque estaba rodeada siempre de gente querida, se ha debido de sentir muy sola para llegar a este extremo” nos comenta la hermana.

La mayor parte del tiempo se encuentra tensa y nerviosa, tiene una preocupación continua sobre la idea de que le vuelva a pasar algo a alguien querido. La hermana nos comenta que de vez en cuando, cuando sentía mucha ansiedad se tomaba un Lexatin (bromazepam). También dice que fumar le ayuda a relajarse.

Esta diagnosticada de depresión y tratada farmacológicamente con Seroxat.

Patrón 11: Valores- Creencias.

Lo que la paciente percibe como más importante en la vida es su familia.

No hace ningún plan de futuro. Antes de que muriera su hijo, hablaba de agrandar la tienda y comprar el local de al lado con su hermana Paula para montar un bar de tapas. Ya no ha vuelto hablar más de ese tema.

Cree en Dios pero nunca ha sido practicante.

No ha asimilado que su hijo ya no está. Se siente culpable por junto a su marido haberle comprado la moto. Piensa que su vida sin su hijo ya no tiene sentido.

5.3 Diagnósticos identificados.

Los diagnósticos enfermeros identificados son:

- Relacionados con el Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud:

(00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c tabaquismo, actitud negativa ante los cuidados de salud m/p fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.

Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Definición: Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud.

(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c duelo complicado, afrontamiento individual ineficaz m/p falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios en el entorno, falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud, antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud.

Dominio 1: Promoción de la salud. Clase 2: Gestión de la salud.

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

- Relacionados con el Patrón 2: Nutricional – Metabólico:

(00004) Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos.

Dominio 11: Seguridad / protección Clase 1: Infección.

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

(00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento (lavado gástrico).

Dominio 2: Nutrición. Clase 5: Hidratación.

Definición: Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud.

(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores psicológicos m/p aversión a comer, palidez de las membranas mucosas, informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

Dominio 2: Nutrición. Clase 1: Ingestión.

Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

(00045) Deterioro de la mucosa oral r/c irritantes químicos m/p palidez de la mucosa, xerostomía.

Dominio 11: Seguridad/ protección. Clase 2: Lesión física.

Definición: Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.

- Relacionado con el Patrón 3: Eliminación:

(00197) Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c agente farmacológico (carbón activado).

Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 2: Función gastrointestinal.

Definición: Riesgo de aumento, disminución ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

- Relacionados con el Patrón 4: Actividad – Ejercicio:

(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro de la percepción m/p Alteraciones de la profundidad respiratoria, bradipnea, disminución de la presión inspiratoria, disminución de la presión espiratoria.

Dominio 4: Actividad / reposo. Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar.

Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

- Relacionado con el Patrón 5: Sueño – Descanso:

(00095) Insomnio r/c depresión, temor, siestas frecuentes durante el día, duelo m/p observación de falta de energía, dificultad para conciliar el sueño, insatisfacción con el sueño, sueño no reparador.

Dominio 4: Actividad/ reposo. Clase 1: Sueño/ reposo.

Definición: Trastorno de la calidad y cantidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

- Relacionados con el Patrón 6: Cognitivo – Perceptual, con el Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto y con el Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés:

(00069) Afrontamiento ineficaz r/c inadecuado nivel de percepción de control, falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, crisis

situacionales m/p Conducta destructiva hacia sí mismo, solución inadecuada de los problemas, abuso de agentes químicos, mala concentración, expresión de incapacidad para el afrontamiento.

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia a estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

(00146) Ansiedad r/c asociación familiar, crisis situacional, estrés m/p Preocupación, Temor, Incertidumbre, Expresiones de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, nerviosismo, olvido, deterioro de la atención, irritabilidad, insomnio.

Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

(00135) Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa m/p depresión, añoranza de la persona fallecida, sufrimiento emocional persistente, preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida, autoculpabilización, sufrimiento traumático, verbaliza sentirse vacío, verbaliza sentimientos de incredulidad, falta de aceptación de la muerte.

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Definición: 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.

- Relacionado con el Patrón 8: Rol- Relaciones:

(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos de pensamiento m/p Interacción disfuncional con los demás, informes familiares de cambios en la interacción.

Dominio 7: Rol/ relaciones. Clase 3: Desempeño del rol.

Definición: Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

5.3.1 Red de razonamiento clínico: Modelo Área.

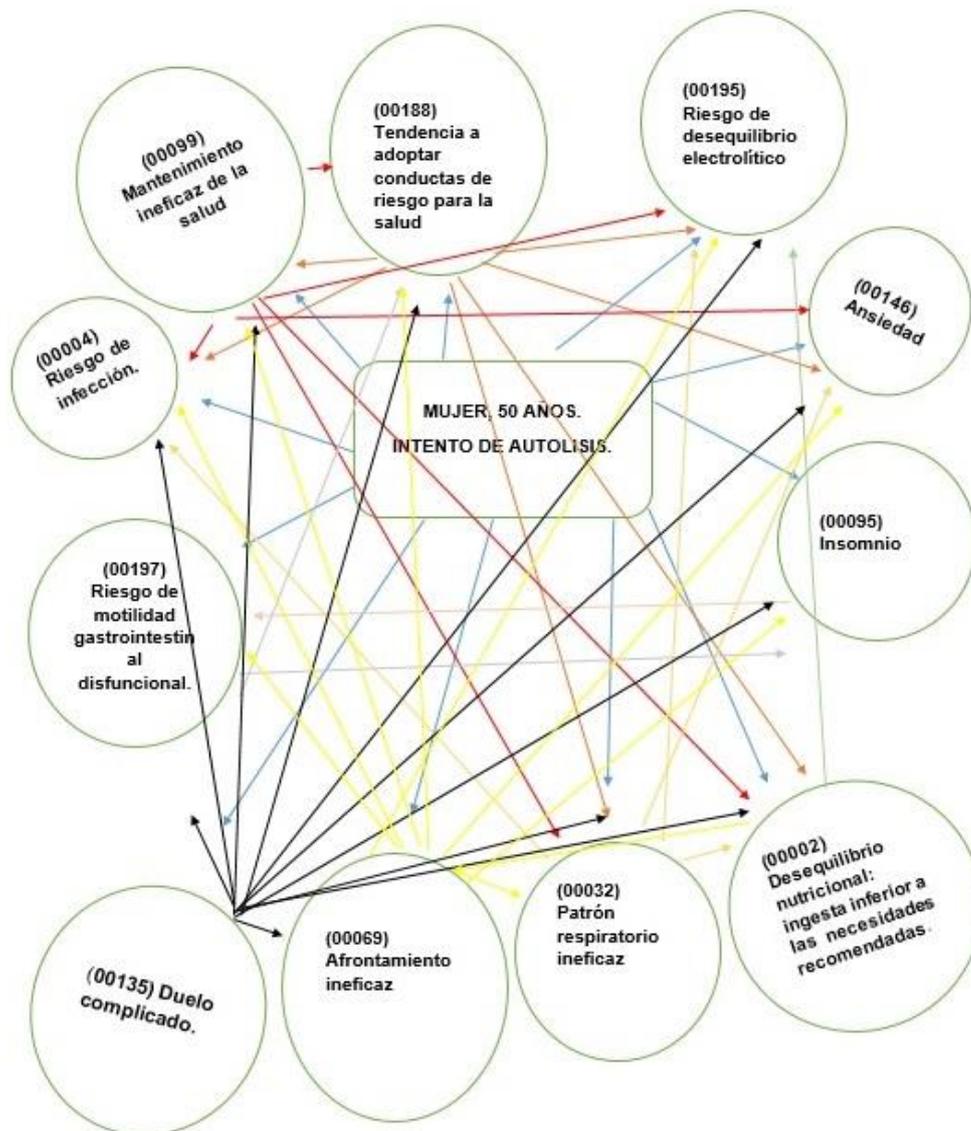


Figura 1. Red de razonamiento clínico para los diagnósticos enfermeros según modelo ÁREA.

Fuente: Elaboración propia basada en el Dr. Pesut.⁶¹

5.3.2 Justificación del diagnóstico principal.

El diagnóstico principal según el modelo área es: (00135) Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa m/p depresión, añoranza de la persona fallecida, sufrimiento emocional persistente, preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida, autculpabilización, sufrimiento traumático, verbaliza sentirse vacío, verbaliza sentimientos de incredulidad,

falta de aceptación de la muerte, pero este diagnóstico habrá de tratarse después de que la paciente esté estabilizada y su vida no corra peligro, por lo tanto he decidido que mi diagnóstico principal sea: (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro de la percepción m/p Alteraciones de la profundidad respiratoria, bradipnea, disminución de la presión inspiratoria, disminución de la presión espiratoria. Con la resolución de este diagnóstico no resuelvo tantos problemas, pero considero que lo más importante es salvarle la vida a la paciente y una vez esté recuperada podrá empezar a tomar medidas para solucionar el diagnóstico de: (00135) Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa m/p depresión, añoranza de la persona fallecida, sufrimiento emocional persistente, preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida, autculpabilización, sufrimiento traumático, verbaliza sentirse vacío, verbaliza sentimientos de incredulidad, falta de aceptación de la muerte.

El diagnóstico: (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro de la percepción m/p Alteraciones de la profundidad respiratoria, bradipnea, disminución de la presión inspiratoria, disminución de la presión espiratoria, se debe a una depresión del centro respiratorio a nivel del sistema nervioso central, causada por el efecto de las benzodiazepinas. Las benzodiazepinas ejercen su principal efecto tóxico sobre el sistema nervioso central, al antagonizar una proteína específica que normalmente inhibe la unión del ácido gamma amino butírico (GABA) a su receptor, resultando de este modo una 'estimulación' del efecto neuroinhibidor del GABA. Esto se traduce en la práctica en una disminución global de las funciones del SNC. En la sobredosificación de benzodiazepinas, y según sea la dosis absorbida, se produce una progresiva disminución del nivel de conciencia que va desde la somnolencia, la obnubilación y el estupor, hasta el coma. Hay que tener en cuenta múltiples factores como: La desnutrición o la pérdida de tejido muscular y/o graso que harán disminuir el volumen de distribución, con lo que aumentará la magnitud y duración de los efectos de las benzodiazepinas, la hipotermia la cual es un factor importante a tener en cuenta, ya que potencia la depresión respiratoria. Si este cuadro no se trata puede dar lugar a: hipoxemia que es la precursora de severos eventos adversos, incluyendo náuseas, vómitos, isquemia miocárdica, inestabilidad hemodinámica e hipoxia,

concomitantemente con la hipercapnia. Todos estos síntomas son reversibles si se trata a tiempo.⁶³

Con mi diagnóstico principal resuelvo:

(00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento (lavado gástrico), ya que cuanto antes se resuelva el diagnóstico principal antes será posible retirar la sonda nasogástrica y cesar el lavado. Se utilizan grandes cantidades de líquido templado, introduciéndolo y sacándolo del estómago a través de la sonda nasogástrica, por lo tanto se puede producir fácilmente un desequilibrio electrolítico, que se evitará en menor medida usando para el lavado gástrico suero glucosalino o alternando glucosado y salino.⁶⁴

(00197) Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c agente farmacológico (carbón activado), ya que si recupera rápido la conciencia y el estado ventilatorio eficaz no se pondrá nada más que la dosis inicial de carbón activado: 25-30 gramos en el adulto disueltos en 200-250 mL de agua tibia. Es aconsejable mezclar con la primera o segunda dosis de carbón, 30 gramos de un catártico sulfato sódico (una dosis de catártico cada dos dosis de carbón o según la respuesta diarreica que provoque), para evitar no sólo la desadsorción sino también la constipación que provoca el carbón.

Cuando se ingiere, el carbón se esparce por el intestino, adhiriéndose a los químicos peligrosos y ayudándolos a que pasen por el organismo sin hacerle daño, esto puede provocar una constipación secundaria. Sus síntomas son: calambres estomacales, sensación de hinchazón, distensión abdominal, diarrea: la constipación es una de las causas más comunes de la diarrea.⁶⁵

(00004) Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos, ya que si quitamos lo antes posible la sonda evitamos el riesgo de broncoaspiración, que es la principal complicación del lavado gástrico. Esta complicación lleva consigo una complicación secundaria: la neumonía por aspiración del contenido gástrico: proceso infeccioso causado por la inhalación de

secreciones orofaríngeas colonizadas por bacterias patógenas. Los riesgos predisponentes son la depresión o supresión del reflejo de la tos o del reflejo faríngeo, alteraciones de los fenómenos fisiológicos normales relacionados con las secreciones o el contenido gástrico y alteraciones estructurales de los mecanismos protectores fisiológicos normales. Sin tratamiento, estos pacientes tienen una alta incidencia de formar abscesos en los pulmones.⁶⁶

5. 4 Complicaciones potenciales Identificadas.

Las complicaciones potenciales de intoxicación por benzodiazepinas, así como las de los tratamientos de esta son:

CP: Broncoaspiración.

CP: Neumonía.

CP: Convulsiones.

CP: Hipoxemia.

CP: Parada respiratoria.

5.4.1 Red de razonamiento clínico modelo ÁREA para complicación potencial.

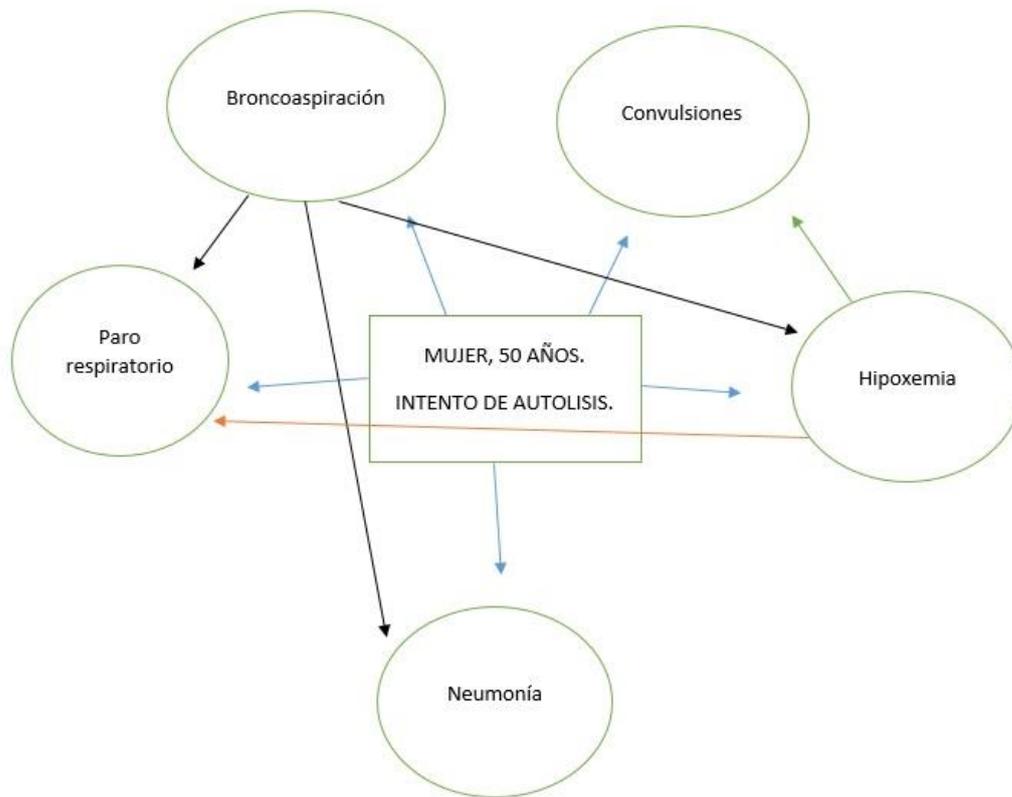


Figura 2. Red de razonamiento clínico para las complicaciones potenciales según el modelo ÁREA.

Fuente: Elaboración propia basada en el Dr. Pesut.⁶¹

5.4.2 Justificación de complicación potencial principal.

Mi complicación potencial principal es: broncoaspiración, tras lavado gástrico y administración de carbón activado.

Evitando esta complicación evitaría la neumonía. La aspiración es definida como la inhalación de contenido gástrico dentro de la laringe y el tracto respiratorio inferior. Algunos síndromes pulmonares pueden ocurrir después de la aspiración, dependiendo de la cantidad y naturaleza del material aspirado, la frecuencia de aspiración y la respuesta del organismo al material aspirado. La neumonía por aspiración es un proceso infeccioso causado por la inhalación de secreciones orofaríngeas colonizadas por bacterias patógenas. Por lo tanto al evitar la broncoaspiración estaríamos evitando la neumonía ya que es secundaria a ella.⁶⁶

También se evita la hipoxia. Los signos de hipoxemia, como la taquipnea, taquicardia y cianosis, surgen en forma inmediata y persisten durante varias horas. La auscultación torácica indica la presencia de jadeos, estertores y roncus, y es factible que el paciente expectore grandes volúmenes de esputo sanguinolento y espumoso. La broncoaspiración grave da por resultado insuficiencia respiratoria con una combinación de acidosis metabólica y respiratoria.

La broncoaspiración de grandes partículas alimentarias u otros objetos da origen a obstrucción de las vías respiratorias superiores y es una causa importante de mortalidad. Incluye: colapso y expansión de los alveolos, la oclusión refleja de las vías respiratorias y el edema intersticial que ocurren en cuestión de segundos, originan una diferencia significativa en la proporción ventilación-riego y son causa de hipoxia intensa.⁶⁷

También evitamos el paro respiratorio. Existen diferentes situaciones de riesgo para que se presente una obstrucción de vías aéreas, entre las que destaca la broncoaspiración. Esta situación puede cerrar de manera total o parcial la vía aérea e impide el paso adecuado del aire, causando así un paro respiratorio.

La hipotensión y el choque junto al paro respiratorio aparecen con rapidez a causa del paso de líquido a los espacios alveolares. El cuadro clínico es semejante al del edema pulmonar, pero la función ventricular izquierda continúa siendo normal.

La mortalidad a causa de este trastorno varía en la escala de 40-70 % con la broncoaspiración de líquidos cuyo pH es menor de 7.35. En pacientes que aspiran material contaminado, como ocurre en la obstrucción intestinal, la mortalidad es cercana al 100 %.⁶⁸

5.5 Planificación.

- Objetivos para el diagnóstico principal de enfermería:

Estado respiratorio: ventilación (0403), pertenece al dominio: salud fisiológica (II), clase: cardiopulmonar (E). Su definición es: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.

Puntuación Actual: 1 Puntuación Diana: 5 Tiempo de consecución: 20 minutos.

Tabla 1. Indicadores NOC para el diagnóstico principal de enfermería.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
040301 Frecuencia respiratoria.	2	5	10 minutos.
040203 Profundidad de la respiración.	2	5	10 minutos.
040304 Expansión torácica simétrica.	3	5	10 minutos.
040305 Facilidad de la inspiración.	2	4	5 minutos.

040308	Expulsión de aire.	2	5	10 minutos.
040319	Ruidos respiratorios a la auscultación.	3	5	5 minutos.
040324	Volumen corriente.	2	5	15 minutos.
040325	Capacidad vital.	2	5	15 minutos.

Escala de Likert: 1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido.

INDICADORES	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO	
040309	Utilización de los músculos accesorios.	3	5	5 minutos.
040310	Ruidos respiratorios patológicos.	3	5	15 minutos.
040311	Retracción torácica.	4	5	10 minutos.
040316	Dificultad respiratoria.	2	5	10 minutos.

Escala Likert: 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC.⁶²

(0910) Estado neurológico: consciencia. Pertenece al dominio: Salud fisiológica (II) y a la clase: Neurocognitiva (J), su definición es: Despertar, orientación y atención hacia el entorno.

Puntuación Actual del Resultado: 2 Puntuación Diana: 4 Tiempo de consecución: 1 hora.

Tabla 2. Indicadores NOC para el diagnóstico principal de enfermería.

INDICADORES	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
091201 Abre los ojos a estímulos externos.	2	5	1 hora.
091202 Orientación cognitiva.	2	4	1 hora.
091203 Comunicación apropiada a la situación.	1	3	1 hora.
091205 Respuesta motora a estímulos.	2	4	1 hora.

Escala de Likert: 1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido.

091207 Actividad comicial	5	5	1 minuto.
091209 Flexión anormal	5	5	1 minuto.
091210 Extensión anormal.	5	5	1 minuto.

Escala Likert: 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC.⁶²

- Objetivos para la complicación potencial.

(2301) Respuesta a la medicación. Pertenece al dominio: Salud fisiológica (II) y a la clase: Respuesta terapéutica (a), su definición es: efectos terapéuticos y adversos de la medicación prescrita.

Puntuación Actual del Resultado: 5 Puntuación Diana: 5 Tiempo de consecución: 1 hora.

Tabla 3. Indicadores NOC para la complicación potencial.

INDICADORES	PUNTUACIÓN ACTUAL.	PUNTUACIÓN DIANA.	TIEMPO
230101 Efectos terapéuticos esperados presentes.	5	5	1 hora.
230102 Cambio esperado en la bioquímica sanguínea.	5	5	1 hora.
Cambio esperado en los síntomas.	5	5	1 hora.
230104 Mantenimiento de concentraciones sanguíneas terapéuticas de la medicación.	5	4	10 minutos.

Escala de Likert: 1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido.

230105 Efectos adversos.	5	5	1 hora.
230108 Intolerancia medicamentosa.	5	5	1 hora.

Escala Likert: 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC.⁶²

(2107) Severidad de las náuseas y los vómitos. Pertenece al dominio: Salud percibida (V) y a la clase: Sintomatología (V). Su definición es: Gravedad de los síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos.

Puntuación Actual del Resultado: 5 Puntuación Diana: 5 Tiempo de consecución: 2 horas.

Tabla 4. Indicadores NOC para la complicación potencial.

INDICADORES.	PUNTUACIÓN ACTUAL.	PUNTUACIÓN DIANA.	TIEMPO.
210701 Frecuencia de las náuseas.	5	5	1 hora.
210704 Frecuencia de los esfuerzos para vomitar.	5	5	1 hora.
210710 Secreción excesiva de saliva.	5	4	1 hora.
210708 Frecuencia de los vómitos.	5	5	2 horas.
210714 Pirosis.	5	5	30 minutos.
210715 Dolor gástrico.	3	5	1 hora.

210716 Vómitos en escopetazo.	5	5	1 hora.
210717 Hematemesis.	5	5	2 horas.
210718 Vómitos en posos de café.	5	5	1 hora.

Escala Likert: 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC.⁶²

- Intervenciones.

(2314) Administración de medicación: intravenosa. Su definición es: Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Tabla 5. Actividades de enfermería, NIC.

ACTIVIDADES.
Seguir los cinco principios de administración de medicación.
Tomar nota del historial de alergias del paciente.
Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos.
Comprobar la fecha de caducidad de los medicamentos.
Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación.
Preparar la concentración adecuada de medicación IV de una ampolla o vial.
Verificar la colocación y permeabilidad del catéter.
Limpiar la llave IV con una solución adecuada antes y después de administrar medicación.
Rellenar la etiqueta de medicación y colocar en el recipiente del líquido IV.
Mantener la entrada IV, según sea conveniente.
Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.
Controlar el equipo IV, la velocidad de flujo y la solución a intervalos regulares.
Verificar si se produce infiltración o flebitis en el lugar de infusión.
Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente.

Fuente: Elaboración propia modificado de NIC.⁵⁴

(7140) Apoyo a la familia. Su definición es: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.

Tabla 6. Actividades de enfermería, NIC.

ACTIVIDADES.
Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
Ofrecer una esperanza realista.
Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
Favorecer una relación de confianza con la familia.
Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.
Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación de la familia para resolver problemas.
Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.
Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

Fuente: Elaboración propia modificado de NIC.⁵⁴

(6540) Control de infecciones. Su definición es: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Tabla 7. Actividades de enfermería, NIC.

ACTIVIDADES.
Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolo del centro.
Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.
Lavarse las manos antes y después de cada actividad con el paciente.
Poner en práctica precauciones universales.
Usar guantes.
Limpia la piel del paciente con un agente antimicrobiano, si procede.
Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas parenterales.
Administrar terapia de antibióticos, si procede.
Administrar un agente de inmunización, si procede.
Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV.

Fuente: Elaboración propia modificado de NIC.⁵⁴

(6200) Cuidados en la emergencia. Su definición es: Puesta en práctica de las medidas de salvamento en aquellas situaciones que resulten amenazadoras para la vida.

Tabla 8. Actividades de enfermería, NIC.

ACTIVIDADES.
Actuar rápida y metódicamente, proporcionando cuidados en las condiciones más urgentes.
Mantener la vía aérea abierta.
Vigilar los signos vitales.
Determinar el historial del paciente a partir de las personas presentes en la zona del suceso.
Determinar si ha habido sobredosis de drogas u otras sustancias.
Determinar si ha habido implicación de sustancias tóxicas o venenosas.
Vigilar nivel de conciencia.
Controlar el estado neurológico por si hubiera posibles lesiones en la cabeza o columna.
Poner en marcha el transporte médico, si procede.
Activar el sistema de urgencia médica.

Fuente: Elaboración propia modificado de NIC.⁵⁴

(3120) Intubación y estabilización de las vías aéreas. Su definición es: Inserción o ayuda en la intubación y estabilización de una vía aérea artificial.

Tabla 9. Actividades de enfermería, NIC.

ACTIVIDADES.
Seleccionar el tamaño y tipo correcto de vía aérea, orofaríngea o nasofaríngea.
Abordar la vía aérea, asegurándose de que alcanza la base de la lengua, colocándola en posición hacia delante.
Fijar con esparadrapo la vía aérea a su sitio.
Observar si hay disnea, ronquidos o ruido inspiratorio cuando la vía está colocada.
Colaborar con el médico para seleccionar el tamaño y tipo correcto de tubo endotraqueal.
Ayudar a la inserción del tubo, reuniendo el equipo de intubación y el equipo de emergencia necesario, colocar al paciente, administrar los medicamentos ordenados y vigilar al paciente por si aparecieran complicaciones durante la inserción.
Auscultar el tórax después de la intubación.
Inflar el balón endotraqueal con una técnica de mínimo volumen oclusivo.
Fijar el tubo con cinta adhesiva.
Marcar el tubo en la posición de los labios, para valorar posibles movimientos de este.
Verificar la colocación del tubo con una radiografía de tórax, asegurando la canulación de la tráquea a 2 o 4 cm de la carina.

Fuente: Elaboración propia modificado de NIC.⁵⁴

(3200) Precauciones para evitar la aspiración. Su definición es: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Tabla 10. Actividades de enfermería, NIC.

ACTIVIDADES.
Controlar el estado pulmonar.
Mantener una vía aérea.
Colocación vertical, lo más incorporado posible.
Mantener el dispositivo traqueal inflado.
Mantener el equipo de aspiración disponible.
Comprobar la correcta colocación de la sonda nasogástrica.
Vigilar el estado de conciencia, reflejos de tos y capacidad deglutiva.

Fuente: Elaboración propia modificado de NIC.⁵⁴

(1080) Sondaje gastrointestinal. Su definición es: Inserción de una sonda en el tracto gastrointestinal.

Tabla 11. Actividades de enfermería, NIC.

ACTIVIDADES.
Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda nasogástrica que se ha de insertar, considerando el uso y razonamiento de la inserción.
Insertar la sonda de acuerdo con el protocolo del centro.
Comprobar la correcta colocación de la sonda observando si hay signos y síntomas de ubicación traqueal, comprobando el color y/o nivel de pH del aspirado, inspeccionando la cavidad bucal y/o verificando la colocación con una placa radiográfica.

Fuente: Elaboración propia modificado de NIC.⁵⁴

5.6 Ejecución.

Estábamos en un turno de 17 horas, por tarde cuando recibimos una llamada. Era la UME para decir que habían recibido un aviso de intento de autolisis, y por cercanía el SUAP de Cehegín era el que tenía que cubrirlo hasta que llegaran los servicios de emergencias.

La ambulancia estaba revisada hacía unas horas, por lo que no había que preocuparse de que faltara nada importante, así que nos montamos corriendo y nos fuimos a la dirección que nos habían dado previamente en la llamada.

Cuando llegamos al domicilio, nos esperaba la hermana de la paciente en la puerta, estaba muy nerviosa y apenas se le entendía al hablar. Entramos a la casa y nos encontramos a unos pasos de entrar, a la paciente la cual yacía en el suelo con síntomas evidentes de una pérdida de conciencia inmediata.

Lo primero que hicimos al llegar fue monitorizarla con Lifepak 10 ®, un monitor que posee unas características que lo hacen idóneo para el servicio de urgencias. Es un monitor de transporte, autónomo, que lleva consigo 3 pilas de NidCad, no pesa mucho y es muy manejable.

La monitorización de las constantes vitales es un factor clave en el seguimiento estricto del estado clínico del paciente crítico, aunque el nivel de gravedad nos obligará a una monitorización más o menos cruenta, mediante la observación y el registro continuo de los parámetros fisiológicos se valora el estado actual del paciente, su evolución y la repercusión de la terapéutica en su hemodinámica. Los principales parámetros vitales en la monitorización no invasiva son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la saturación de oxígeno y la temperatura corporal periférica.⁶⁹

Una vez monitorizamos a la paciente los resultados que obtuvimos fueron los siguientes: tensión arterial: 85/52 mmHg, frecuencia cardíaca: 123 latidos por minuto, ritmo sinusal, temperatura: 35⁰, frecuencia respiratoria: 9 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno: 84%.

Al lado de la paciente se encontraban dos cajas de Lorazepam de 2mg y una botella de ginebra casi vacía. Por lo tanto intuimos que la intoxicación se decía exclusivamente a benzodiazepinas y alcohol.

A la exploración física detectamos lo siguiente: hipotonía, hiporreflexia, nistagmo y pupilas mióticas.

En la sobredosificación de benzodiazepinas, y según sea la dosis absorbida, se produce una progresiva disminución del nivel de conciencia que va desde la somnolencia, la obnubilación y el estupor, hasta el coma. El coma benzodiazepínico es en general poco profundo, hipnótico e hiporrefléctico, con tendencia a la miosis y con ausencia de signos piramidales, o extrapiramidales. Es posible objetivar un nistagmo tanto en la fase de inducción del coma como en la fase de despertar. La depresión respiratoria, la hipotermia o la hipotensión, son poco frecuentes, pero pueden estar presentes en pacientes de edad avanzada, portadores de enfermedades crónicas o cuando se asocia etanol u otros psicofármacos.

El médico decidió entonces que el tratamiento iba a ser lavado gástrico, administración de carbón activado y flumazenilo, antídoto de las benzodiazepinas. Pero antes de todo como la paciente presentaba una escala Glasgow de 8: tenía apertura ocular al dolor, sonidos incompresibles y una respuesta motora de retirada leve ante estímulos dolorosos.

Tenía riesgo de perder la conciencia en cualquier momento, y tenía una depresión respiratoria avanzando, así que decidió que lo mejor era aislar la vía aérea mediante intubación.

En función de la situación clínica del paciente y de la cinética de la sustancia, el tratamiento se basa en cuatro pilares: soporte cardiorespiratorio, administración de antídotos, reducción de la absorción del tóxico y potenciación de su eliminación. A cada uno de esos pilares se corresponde la intubación, la administración de flumazenilo, la administración de carbón activado y el lavado gástrico, respectivamente.⁷⁰

Empezamos con la intubación. La intubación es una técnica que consiste en introducir un tubo a través de la nariz o la boca del paciente hasta llegar a la tráquea, con el fin de mantener la vía aérea abierta y poder asistirle en el proceso de ventilación. Se utiliza en pacientes con insuficiencia respiratoria de diversa etiología, obstrucción de la vía aérea o depresión respiratoria.

Lo primero que hice fue preparar el material necesario para la intubación: palas de laringoscopio mac 4, tubo endotraqueal del 7, respirador preparado, laringoscopio, venda para fijación de tubo, rotulador permanente, cánula de guedel (para medir la cánula deberemos aproximarla a la cara y comprobar que la longitud que hay entre el lóbulo de la oreja y la comisura de los labios es igual que el tamaño de la misma), mascarilla laríngea, combitubo, sistema de aspiración y fonendoscopio.

Las medidas del tubo van recomendadas según sea hombre y mujer, normalmente los hombres usan 7,5-8 y las mujeres 7-7,5. Las palas normalmente se usa mac 3 en mujeres y mac 4 en hombres.

La preoxigenación la realizamos simultáneamente con la fase de planificación-preparación. Se aplicó oxígeno mediante ventilación manual durante 5 minutos para sustituir el nitrógeno de la capacidad residual funcional por oxígeno, esto permite mantener a un paciente durante 3-8 minutos en apnea sin hipoxemia. Son necesarios flujos altos de oxígeno y la aplicación de la presión cricoidea o técnica de Sellick para impedir la regurgitación, como fue el caso de nuestra paciente.

Luego procedimos a la colocación de la paciente para la intubación, en decúbito supino elevando ligeramente la cabeza o colocando una pequeña almohada en el occipucio. Esta posición consigue la alineación ideal de los tres ejes (oral, faringe y laringe) para una visualización óptima de la glotis y facilita la intubación orotraqueal.

Una vez colocada procedemos a quitar la cánula de guedel puesta anteriormente y a empezar la intubación:

1. Sujetamos el laringoscopio con la mano izquierda e introducimos la pala por la comisura bucal del lado contralateral, desplazando la lengua hacia el mismo lado de la mano y traccionando el laringoscopio hacia adelante y arriba, teniendo especial atención en no apoyarnos sobre los dientes.

2. Visualizamos la epiglotis. Y situamos la punta del laringoscopio (pala curva).

3. Para disminuir el riesgo de broncoaspiración realizo la maniobra de Sellick, la cual se lleva a cabo presionando hacia el fondo el cartílago cricoides, permitiendo de esta manera una ligera oclusión del esófago.

4. Con la mano derecha introducimos el tubo (con fiador), manteniendo la visión de las cuerdas vocales, deslizándolo e introduciéndolo a través de las cuerdas hasta que veamos desaparecer el manguito de taponamiento.

5. La colocación correcta del tubo corresponde generalmente con la marca de 20-21 cm en el varón y de 19-20 cm en la mujer, entonces anotamos con un rotulador la posición en la que se queda, para así tener certeza de que el tubo no se ha movido de su posición adecuada.

6. Retiramos el laringoscopio, sin mover el tubo y el fiador, e inflamamos el neumo con una jeringa de 20 ml de aire.

7. Conectamos el tubo al respirador portátil.

Hay varios métodos para la comprobación del tubo: la visualización del paso del tubo a través de las cuerdas vocales confirma su situación en las vías respiratorias, pero no descarta su localización idónea en carina o la intubación selectiva en el bronquio principal. La auscultación pulmonar es el método más utilizado. Así que realizamos auscultación y se oían sonidos respiratorios.⁷¹

Mientras el médico realizaba la intubación, mi tutor canalizó una vía periférica en el miembro superior derecho, 16 G. La hipotensión se corregirá con el aporte de expansores del plasma, comenzando con solución salina fisiológica. Sólo si se detecta aumento de la presión venosa central, signos de

edema pulmonar u otras complicaciones respiratorias mayores, se recurrirá al uso de fármacos vasoactivos.⁷²

Una vez tuvimos aislada la vía aérea, procedimos a poner la sonda nasogástrica.

El material que se precisa es el siguiente: sonda nasogástrica de Levin 16,18 o de Salem, sonda gástrica de lavado nº 32 o 36 F, lubricante hidrosoluble, anestésico tópico, equipo de irrigación con jeringa de 50cc, agua de lavado o suero glucosalino, guantes no estériles, esparadrapo, cánula orofaríngea o mordedor, equipo de aspiración, y fonendo.

Colocamos a la paciente en la camilla y la ponemos en posición ligera de Trendelenburg, con las rodillas flexionadas para favorecer el retorno del lavado, después recubrimos 6 o 10 cm del extremo distal de la sonda de lavado con lubricante hidrosoluble, se inserta la cánula o mordedor y se ubica la sonda hacia la pared posterior de la faringe, sobre la lengua (Se pueden meter dos dedos en la boca de la paciente para sujetarle la lengua y hacer que la sonda pase a través de ellos). Se pasan unos 50 cm de sonda y se verifica la colocación aspirando contenido gástrico con la jeringa, manteniendo esta por debajo de la cavidad gástrica y reservando una pequeña cantidad por si se precisa su análisis. Se pinza la sonda para cargar el suero glucosalino, una vez cargado hay que despinzar la sonda e introducir suave y lentamente la solución, manteniendo la jeringa por encima de la cavidad gástrica, se conecta la sonda a una bolsa colectora y se despinza para dejar que el líquido drene por gravedad, realizando un suave masaje en el hipocondrio izquierdo si el flujo es demasiado lento.

Antes de iniciar el procedimiento se deben de tener en cuenta ciertas precauciones como: Comprobar la ubicación y sujeción de la sonda, revisar el correcto funcionamiento del sistema de aspiración, comprobar las posibles alergias a los materiales que se van a utilizar, conocer las sustancias tóxicas ingeridas. El lavado está contraindicado en ingesta de cáusticos o derivados

del petróleo. El lavado gástrico está contraindicado en pacientes obnubilados o comatosos, si no están intubados previamente.

Si no han pasado más de tres o cuatro horas desde la ingesta de una dosis tóxica de benzodiazepinas, o si este intervalo es desconocido y el enfermo está en coma, debe practicarse un vaciado gástrico. Si el enfermo está consciente, puede recurrirse al jarabe de ipecacuana a las dosis habituales. La otra opción es la aspiración-lavado gástrico, que es obligada si hay depresión de conciencia y en cuyo caso hay que proteger de una broncoaspiración a la vía aérea mediante la intubación traqueal. Una vez realizado el vaciado gástrico, se administrará una dosis de 50 g de carbón disueltos en 250 ml de agua. En caso de coma se darán tres dosis adicionales de 30 g de carbón cada una, disueltos en 150 ml de agua, con un intervalo de 3 horas; la primera y la tercera de estas dosis suplementarias se mezclarán con 30 g de sulfato sódico para prevenir la constipación inducida por el carbón activado.⁷⁰

La hermana de la paciente nos informó de que como mucho habían pasado dos horas desde la ingesta, ya que eran las seis y media de la tarde y su marido entra a trabajar a las cuatro y media.

Todo esto sucedió muy rápido. Nada más terminar de ponerle la primera dosis de carbón activado a la paciente llegó la UME, ellos ya fueron los que se encargaron del transporte al hospital de Caravaca de la Cruz y de administrarles el flumazenil intravenoso.

El flumazenil (Lanexat®) en ampollas de 5 ml (0,1 mg/ml) es el antídoto específico para la intoxicación por benzodiazepinas. El flumazenil actúa por un mecanismo competitivo a nivel de los receptores cerebrales de BZD. Es dosis dependiente, de modo que a más dosis de sustancia tóxica, se precisa una mayor cantidad de antídoto para revertir los efectos. Su uso debe restringirse a casos seleccionados, tales como: Pacientes con sedación profunda, pacientes con depresión respiratoria, pacientes en coma. Una vez aplicado el flumazenil sus efectos se inician en 1-2 minutos y persisten durante 1-5 horas dependiendo de la cantidad y el tipo de benzodiazepina ingerida. La dosis inicial es de 0,2mg IV y en caso de no obtenerse respuesta se suministran

bolos de 0,3 mg, hasta un máximo de 3 mg. Si con esta dosis no ha revertido la sedación pueden descartarse las benzodicepinas como causa de la intoxicación. Se contraindica la administración de flumazenil en pacientes con convulsiones, dependencia a benzodicepinas, intoxicación concomitante con cocaína, hidrato de cloral o antidepresivos tricíclicos.⁶⁵

Mientras que llegó la UME la hermana de la paciente llamó al marido de esta y acudió enseguida al domicilio. El equipo de la UME comentó que la iban a llevar a Caravaca pero que no podía ir ningún familiar en la ambulancia. Una vez que se llevaron a María, sus familiares se quedaron en estado de shock, no se movían. La hermana no paraba de llorar y el marido no hablaba. Se hacía difícil la situación porque nosotros tampoco sabíamos que decirles. Intentamos que comprendieran bien la situación en la que se encontraba su familiar. Se había cogido a tiempo y probablemente no habría que lamentar desgracias.

En estos momentos fue donde obtuvimos la información para la valoración enfermera de la paciente.

5.7 Evaluación.

Estado respiratorio: ventilación (0403), pertenece al dominio: salud fisiológica (II), clase: cardiopulmonar (E). Su definición es: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.

Puntuación Actual: 4 Puntuación Diana: 5 Tiempo de consecución: 20 minutos.

Tabla 12. Indicadores de evaluación de los objetivos de Enfermería.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
040301 Frecuencia respiratoria.	<u>4</u>	<u>5</u>	10 minutos.
040203 Profundidad de la respiración.	<u>4</u>	<u>5</u>	10 minutos.
040304 Expansión torácica simétrica.	<u>4</u>	<u>5</u>	10 minutos.
040305 Facilidad de la inspiración.	4	4	5 minutos.
040308 Expulsión de aire.	4	5	10 minutos.
040319 Ruidos respiratorios a la auscultación.	5	5	5 minutos.
040324 Volumen corriente.	5	5	15 minutos.
040325 Capacidad vital.	5	5	15 minutos.

Escala de Likert: 1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido.

INDICADORES	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
040309 Utilización de los músculos accesorios.	5	5	5 minutos.
040310 Ruidos respiratorios patológicos.	4	5	15 minutos.
040311 Retracción torácica.	5	5	10 minutos.
040316 Dificultad respiratoria.	4	5	10 minutos.

Escala Likert: 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno.

Fuente: Elaboración propia modificado de NOC.⁶²

Una vez se realizó la intubación de la paciente, su estado mejoró mucho. Principalmente subió la saturación de oxígeno lo que lleva consigo una disminución del riesgo que tenía cuando llegamos, de depresión respiratoria severa. Cuando la paciente entró en la ambulancia de la UME la mayoría de las constantes vitales estaban estabilizadas.

(0910) Estado neurológico: consciencia. Pertenece al dominio: Salud fisiológica (II) y a la clase: Neurocognitiva (J), su definición es: Despertar, orientación y atención hacia el entorno.

Puntuación Actual del Resultado: 3 Puntuación Diana: 4 Tiempo de consecución: 1 hora.

Tabla 13. Indicadores de evaluación de los objetivos de Enfermería.

INDICADORES	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
091201 Abre los ojos a estímulos externos.	5	5	1 hora.
091202 Orientación cognitiva.	3	4	1 hora.
091203 Comunicación apropiada a la situación.	3	3	1 hora.
091205 Respuesta motora a estímulos.	4	4	1 hora.

Escala de Likert: 1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido.

091207 Actividad comicial	5	5	1 minuto.
091209 Flexión anormal	5	5	1 minuto.
091210 Extensión anormal.	5	5	1 minuto.

Escala Likert: 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno.

Fuente: Elaboración propia modificado de NOC.⁶²

El estado neurológico de la paciente también mejoró bastante con el lavado gástrico pero sobre todo mejoró cuando le pusieron la dosis de flumazenilo. Es un fármaco de actuación rápida y de vida media muy corta por lo tanto los resultados se observan prácticamente al instante de administrarlo. Le explicamos a la paciente que estaba intubada y que debía de permanecer

tranquila y obedeció sin ningún tipo de problema, aunque todavía presentaba un grado de hiporreflexia.

(2301) Respuesta a la medicación. Pertenece al dominio: Salud fisiológica (II) y a la clase: Respuesta terapéutica (a), su definición es: efectos terapéuticos y adversos de la medicación prescrita.

Puntuación Actual del Resultado: 5 Puntuación Diana: 5 Tiempo de consecución: 1 hora.

Tabla 14. Indicadores de evaluación de los objetivos de Enfermería.

INDICADORES	PUNTUACIÓN ACTUAL.	PUNTUACIÓN DIANA.	TIEMPO
230101 Efectos terapéuticos esperados presentes.	5	5	1 hora.
230102 Cambio esperado en la bioquímica sanguínea.	5	5	1 hora.
Cambio esperado en los síntomas.	5	5	1 hora.
230104 Mantenimiento de concentraciones sanguíneas terapéuticas de la medicación.	5	4	10 minutos.

Escala de Likert: 1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido.

230105 Efectos adversos.	5	5	1 hora.
230108 Intolerancia medicamentosa.	5	5	1 hora.

Escala Likert: 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno.

Fuente: Elaboración propia modificado de NOC.⁶²

(2107) Severidad de las náuseas y los vómitos. Pertenece al dominio: Salud percibida (V) y a la clase: Sintomatología (V). Su definición es: Gravedad de los síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos.

Puntuación Actual del Resultado: 5 Puntuación Diana: 5 Tiempo de consecución: 2 horas.

Tabla 15. Indicadores de evaluación de los objetivos de Enfermería.

INDICADORES.	PUNTUACIÓN ACTUAL.	PUNTUACIÓN DIANA.	TIEMPO.
210701 Frecuencia de las náuseas.	5	5	1 hora.
210704 Frecuencia de los esfuerzos para vomitar.	5	5	1 hora.
210710 Secreción excesiva de saliva.	5	4	1 hora.
210708 Frecuencia de los vómitos.	5	5	2 horas.
210714 Pirosis.	5	5	30 minutos.

210715 Dolor gástrico.	3	5	1 hora.
210716 Vómitos en escopetazo.	5	5	1 hora.
210717 Hematemesis.	5	5	2 horas.
210718 Vómitos en posos de café.	5	5	1 hora.

Escala Likert: 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno.

Fuente: Elaboración propia modificado de NOC.⁶²

Los objetivos de las complicaciones potenciales se mantuvieron con la puntuación actual. Durante el tiempo que estuvimos con la paciente no hubo ningún síntoma de reacción farmacológica ni de broncoaspiración relacionada con el sondaje nasogástrico.

La paciente permaneció tranquila y reaccionó muy bien a tratamiento en todo momento.

5.8 Conclusión del proceso enfermero.

Este plan de cuidados me ha servido para poder observar desde más cerca una de las múltiples funciones de una enfermera: La de psicóloga. Me ha servido para darme cuenta de que no solo la técnica es importante, sino que hay que tener unas grandes habilidades sociales para que los familiares de los pacientes se puedan apoyar en ti en momentos tan duros.

En cuanto a la realización de un plan de cuidados en urgencias...se hace un poco difícil ya que el paciente está contigo una hora como en este caso y a veces ni llega a la hora. Después también he observado que no se registra lo suficiente en las bases de datos informáticas, como OMI, ya que cuando me metí en la historia de mi paciente para ver sus antecedentes y ampliar los datos que me había dado su hermana me encontré con que no

había apenas nada de interés registrado en su historia, lo cual dificulta más la elaboración de un plan de cuidados a un paciente que no conoces.

Me gustó mucho poder observar cómo trabaja un equipo en una urgencia vital. Me pareció sorprendente la coordinación que había. Cada uno tenía su función y sabía perfectamente cuál era. Me di más cuenta de que los enfermeros son la base del sistema sanitario. El médico tiene una labor importantísima y admirable pero los enfermeros son la mano ejecutora. El médico diagnóstica pero gracias a las habilidades de los enfermeros los pacientes salen adelante y ese día me quedó muy claro.

En un futuro me gustaría dedicarme al ámbito de las urgencias por lo tanto este trabajo me ha servido para reforzar la experiencia vivida y para tener unos conocimientos más amplios sobre una parte de las mismas.

6. DISCUSIÓN.

El duelo es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante, momento a momento, persona a persona, y entre familias, culturas y sociedades. Hoy en día no existe una sola disciplina o un paradigma único que sea dominante.³² Todos los autores coinciden en que es un proceso que surge como reacción a la pérdida de un ser querido y que puede afectar a la salud física, emocional y mental de la persona que lo padece, sin embargo cada autor da una perspectiva diferente sobre el mismo proceso.¹

Algunas de las perspectivas que los autores tienen del duelo son las siguientes: Freud⁷³ define el duelo como un proceso intrapsíquico y privado, en el que tras la pérdida se inicia un proceso en el que hay que desvincular la libido del ser amado para poder amar de nuevo. Lo diferencia de la melancolía, en la que la pérdida no se supera y hace que se inhiba la capacidad de volver a amar.

Bowlby¹² afirma que el duelo es un esfuerzo por parte del doliente para separar la conexión con la persona perdida. Para poder moverse hacia una salida normal del duelo tiene que disolver el vínculo de apego al difunto.

Parkes⁷⁴ sigue la línea de Bowlby¹², pero sostiene que la reacción de duelo debe entenderse también como una transición psicosocial, definiendo cambio psicosocial como aquellos cambios vitales que requieren que las personas revisen profundamente su concepción del mundo, llevando consigo la necesidad de cambios.

Por otro lado Hagman⁷⁵ define un duelo como un proceso intersubjetivo en el cual será necesario transformar y reestructurar el apego hacia la persona fallecida. Concibe el duelo desde un punto de vista interpersonal en el que el apoyo social es lo más importante.

Otros autores como Roseblatt⁷⁶, postulan que aunque la experiencia de duelo pueda ser universal, las respuestas a las pérdidas tienen grandes variaciones por ser influenciadas por factores tales como: las relaciones y expectativas familiares, las redes sociales, la religión y la cultura.

Más allá de las diferencias de dichos autores, podemos encontrar una serie de fases y etapas sucesivas en un duelo normal. Bowlby¹² y Parkes⁷⁴ agrupan los sentimientos del duelo en cuatro fases que son: aturdimiento, anhelo y búsqueda, desorganización y desesperación y reorganización. Kübler-Ross¹⁴ las define como: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Lindemann⁷⁷ como: incredulidad, duelo agudo y resolución y Neimeyer¹⁸ como: evitación, asimilación y acomodación.⁷

A pesar de las diferencias a la hora de nombrar las diferentes etapas, a grandes rasgos todos coinciden en que hay un tiempo justo después de recibir la noticia de la pérdida en el que prima el rechazo, la incredulidad y que puede llegar hasta la negación. Conforme pasa el tiempo, el fallecido pasa a ocupar en todo momento la mente del doliente y nada más le interesa. Se alternan los estados depresivos con ira. Cuando se supera la soledad de esos momentos y el doliente entiende la irreversibilidad de la pérdida, es cuando empieza la fase final del duelo, la fase de restablecimiento en la que se aprende a poder vivir sin la presencia del ser querido.⁵

A pesar de tener unas etapas marcadas, por las que todo doliente debe pasar para superar su pérdida, no siempre se logra avanzar por las mismas, pudiendo quedar atrapado en alguna de ellas. Este fue el caso de nuestra paciente, la cual no pudo llegar al restablecimiento. Es entonces cuando hablamos de duelo patológico.

En la actualidad el duelo patológico no está incluido en la Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association DSM -IV-TR⁷⁸, debido a la falta de consenso para su definición⁴³. Los síntomas de duelo patológico suelen ser los mismos que los de duelo normal, su intensificación y la duración de los mismos es lo que marca la diferencia entre ambos.²⁸

Los síntomas del duelo, ya explicados en el marco teórico, se dividen en cuatro categorías,³ que la paciente de nuestro caso experimentó durante un año, antes de llegar al intento de autolisis.

- Sentimientos: nuestra paciente presenta tristeza, la cual le impide llevar a cabo la mayoría de las acciones diarias que antes

hacía con normalidad, ya que solo pensaba en su dolor. Siente culpa y remordimiento ya que junto a su marido regaló a su hijo una moto, la cual le causo el fallecimiento. Siente ansiedad manifestada en su miedo a cualquier tipo vehículo y en la idea de que cualquier miembro de su familia vuelva a tener un accidente. Siente fatiga, mostrada en forma de indiferencia y apatía hacía la vida, mostrando desinterés hacía todo y aislándose socialmente.

- Sensaciones físicas: nuestra paciente sentía falta de aire o aliento, sobre todo cuando iba caminando por la calle, ya que le agobiaba la idea de ir sola. Sentía debilidad muscular y falta de energía lo que le hacía estar la mayor parte del día acostada, excepto cuando estaba trabajando.

- Cogniciones: pensaba constantemente que pudiera pasarle algo malo a cualquier miembro de su familia, por lo que vivía con una preocupación constante.

- Conductas: Nuestra paciente presentaba un sueño no reparador, durmiendo como máximo dos horas seguidas y la mayoría durante el día, ya que por la noche tenía pesadillas con el accidente de su hijo. Ha perdido diez kilos en los últimos meses, apenas comía ya que no tenía apetito y refería náuseas al forzar la ingesta. Lloraba todos los días dentro de la habitación de su hijo, la cual no ha tocado desde que murió.

No hay una evidencia exacta sobre el tipo de persona que podría sufrir un duelo patológico, pero si hay diferentes circunstancias predictoras de una mayor dificultad (factores de riesgo) o facilidad en la resolución del mismo.²⁸ Estos factores de riesgo se dividen en general en: personales, relacionales, circunstanciales y sociales.³³

Nuestro sujeto de estudio presentaba algunos factores de riesgo importantes, que predecían en gran medida la complicación de su duelo.

En lo referente a lo personal influye la juventud del fallecido, con apenas 29 años, los sentimientos de culpa por haberle regalado la moto con la que

tuvo el accidente y la baja expresión de sentimientos o emociones por no preocupar o aburrir a su familia.

En lo referente al factor de riesgo relacional: El duelo por el fallecimiento de un hijo tiene características particulares por el carácter antinatural de la pérdida y por el valor identificante del vínculo entre padres e hijos.⁷⁹ Ante esta situación es más frecuente que el duelo normal, termine en complicado por la creencia errónea de que seguir la vida, haciendo lo que se hacía antes de fallecimiento del hijo, es una falta de lealtad hacía el mismo. Es la pérdida más difícil de asumir y entra dentro de los principales factores de riesgo de suicidio. Este sería una forma de evadirse del dolor del duelo.³¹

En cuanto a los factores circunstanciales: La pérdida repentina es otro de los factores de riesgo, dentro de este grupo, presente en nuestra paciente. El fallecimiento inesperado no permite realizar un cierre en la relación, es decir, despedirse, resolver algún asunto pendiente, etcétera. Nuestra paciente se sintió abrumada por el suceso inesperado e imprevisto y sus mecanismos para enfrentar la situación resultaron insuficientes.⁶

Por último los factores sociales: Nuestra paciente no tenía ningún factor de riesgo social. Su familia siempre la ha apoyado pero no supieron diferenciar el proceso normal del duelo del que estaba empezando a ser patológico. Por lo tanto, el único error fue no pedir ayuda.

La atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a las personas en duelo normal, contando con diferentes intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería.²⁰ Lo más difícil de determinar es a qué perfil de paciente corresponde dirigir dichas intervenciones. Hay estudios que recomiendan no realizar ningún tipo de intervención rutinaria con las personas que están viviendo un duelo normal, ya que se considera que cualquier actuación que se realice en estos casos, puede interferir su curso natural y dificultar el desarrollo de las estrategias propias de los dolientes para afrontar el proceso.⁸ A pesar de esto, la mayor parte de la bibliografía consultada se decanta por ofrecer ayuda desde atención primaria, pero sólo a aquellas personas que reúnen los factores de riesgo para el desarrollo del duelo patológico.^{2,4,9,18}

El profesional de Enfermería debe tener habilidades y aptitudes. Por un lado para ayudar al paciente a adaptarse a todas las fases del duelo y por otro para prevenir y detener el duelo patológico.⁸⁰ Debe adoptar una actitud empática, brindando asertividad y practicando una escucha activa, para así llevar a cabo una valoración biopsicosocial del paciente, determinar en qué etapa se encuentra e identificar los posibles factores de riesgo. En este caso también será importante valorar el lenguaje no verbal, ya que con ello se demuestra la comprensión de la situación y no solo se obtienen datos del problema del paciente sino que, se demuestra el interés en ayudarlo.⁸¹

Una vez hecha la valoración es importante que el paciente sepa la evolución normal del duelo, y se corrijan sus falsas expectativas. También es conveniente ofertar algunas pautas sencillas en forma de metas progresivas con las que el paciente recobre cierta sensación de control sobre la situación, incidir sobre la limitación de las actividades que refuercen una cronificación, como ir muy frecuente al cementerio, atesorar objetos del fallecido, etcétera, e infundir esperanza disminuyendo los miedos y las creencias distorsionadas del paciente.²

Tener un punto de referencia accesible es muy importante para el individuo sometido a una situación de estrés de estas características. Además este seguimiento en Atención Primaria es clave para la detección precoz de las complicaciones del duelo y la derivación a diferentes especialistas.⁶

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la eficacia del seguimiento y asesoramiento del duelo en Atención Primaria dependen de las habilidades y formación que tenga el profesional de Enfermería que los lleva a cabo. Estas habilidades a la hora de interactuar se creen innatas. Pero cierto es que son habilidades y por lo tanto se han de poner en práctica para poder potenciarlas.⁵⁶ La base fundamental de la relación terapéutica es la compenetración entre paciente y enfermera, y la identificación de objetivos entre ambos. Si la relación entre profesional sanitario y paciente no es efectiva, hay más problemas y menos resultados. Actualmente muchos profesionales no son conscientes del potencial de curación de la relación terapéutica.²⁶

Si no se toman medidas, aparece el peligro inminente de entrar en la espiral del burn-out, en la que los profesionales que podrían sentirse realizados con su trabajo, se vuelven unos autómatas y acaban por olvidar completamente el sentido de la profesión. Mantienen una actitud fría y despersonalizada en la interrelación y un sentimiento de inadecuación a las tareas que han de realizar. Podríamos decir que el burn-out es una des-profesionalización que causa muchos estragos, y que no se debe a la relación terapéutica en sí, ni a las vivencias difíciles exclusivamente, aunque es importante también apartarse de la implicación sentimental, tomando cierta distancia.⁸¹ De este modo, un profesional es capaz de ayudar al paciente conociendo sus posibilidades y limitaciones, sin proyectar sus preocupaciones en él, sino ayudándole a tomar conciencia de las armas que tiene para afrontar la situación.²⁵

Para finalizar, aparte del apoyo emocional y el asesoramiento psicológico, también sería útil recomendar alguno de los talleres que se oferten en Atención Primaria como terapia alternativa. La mayor parte de las bibliografías las avalan y conforme pasa el tiempo van cobrando peso dentro del ámbito sanitario por sus múltiples beneficios, bajo costo y carecer de efectos secundarios.^{48,82} Por otro lado aún existe un gran desconocimiento sobre la materia y aunque existe evidencia científica sobre ella, la desconfianza sobre su efectividad y el miedo a introducir herramientas que se salen de los conceptos clásicos, siguen estando presentes.⁴⁷

En el caso de nuestra paciente, no se llevó a cabo ningún seguimiento en Atención Primaria, a pesar de reunir bastantes factores de riesgo. Una de las causas puede atender al desconocimiento por parte de su centro de salud de la problemática que estaba viviendo la paciente. Sin embargo, no es así ya que en el software de Atención Primaria OMI-AP estaban registrados tanto la medicación que estaba tomando, recetada por el psiquiatra, como las crisis de ansiedad que había tenido en repetidas ocasiones durante el último año y por las cuales había recibido atención sanitaria allí mismo.

Por tanto cabe la duda de si se podría haber evitado el intento de autolisis de la paciente de haberse controlado el proceso del duelo en Atención Primaria. No obstante, la familia observó al mes del fallecimiento que la

paciente no estaba encajando bien la pérdida y decidieron llevarla a un psiquiatra privado el cual le dió un enfoque clínico orientado genéricamente al tratamiento de los síntomas (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etcétera). Por tanto sólo le recetó medicación: un antidepresivo, Seroxat y un ansiolítico, Lorazepam.

El consenso general es que la medicación se debería usar con moderación y simplemente para aliviar la ansiedad o el insomnio no para aliviar los síntomas depresivos. Los antidepresivos tardan mucho tiempo en hacer efecto y en raras ocasiones alivian síntomas normales del duelo, como lo son los que acontecen a solo un mes de la pérdida. Además se ha considerado que pueden reprimir síntomas considerados normales y necesarios para lograr la resolución del proceso.¹⁸

El tratamiento que siguió nuestra paciente fue similar al de un caso de depresión, sin ningún tipo de relación con el proceso de duelo. El hecho de que los síntomas del duelo tengan similitud con los de la depresión mayor ha introducido confusión respecto a la posibilidad de establecer el diagnóstico de este episodio en una persona que está en fase de duelo. Pero se ha demostrado que el duelo es un criterio de exclusión en el diagnóstico de una depresión mayor.⁸³

La falta de seguimiento en Atención Primaria junto con el tratamiento poco acertado del psiquiatra, fueron detonantes de la complicación del duelo en nuestra paciente. Complicación que llegó hasta el punto del intento de autolisis.

El tratamiento efectivo hubiera sido, aparte de la medicación ansiolítica si era estrictamente necesaria, remitir a la paciente a su centro de Atención Primaria o a un psicólogo para el seguimiento del duelo normal y para valorar y detener precozmente las complicaciones del mismo.⁸⁴

En el caso de que estas complicaciones se hubieran producido en un contexto controlado, y el profesional de Enfermería de Atención Primaria hubiera visto necesario la derivación del caso a Salud Mental, nuestra paciente se habría sometido a terapias más especializadas llevadas a cabo por un

psicólogo. Las más recomendadas en estos casos son la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Grupal centrada en Soluciones.³

Las dos terapias tienen sus ventajas a la hora de abordar el duelo patológico. Por un lado, de los factores terapéuticos de la Terapia Grupal centrada en Soluciones observamos que la verbalización es el más relevante, junto con el aprendizaje interpersonal, la identificación entre todos los miembros del grupo, la estimulación recíproca y la búsqueda de soluciones conjuntas.⁴³

Por otro lado, la Terapia Cognitiva-Conductual, es una terapia más individualizada y está basada en la idea de que los estados disfuncionales como la ansiedad o la depresión son frecuentemente mantenidos o exacerbados por los pensamientos distorsionados del paciente. El papel del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos de pensamiento erróneos y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica.³⁸

Ambas terapias ayudan a los pacientes desde diferentes perspectivas, pero no son incompatibles, incluso pueden complementarse.

6.1. Limitaciones:

Las limitaciones encontradas son:

- El desconocimiento de la evolución del paciente, por la imposibilidad de hacer un seguimiento del mismo. Esta limitación es consecuencia directa de haber realizado la atención a nuestro paciente en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria.
- El registro escaso en el programa de gestión de Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria (OMI-AP).
- Para finalizar, la última limitación encontrada es el estrecho margen de tiempo para llevar a cabo nuestro estudio.

7. CONCLUSIONES

1. El duelo es una reacción, de dolor y aflicción, normal ante la muerte de un ser querido. Este proceso no solo es natural en todas las personas, sino que es necesario para lograr adaptarse a la pérdida. El duelo se convierte en duelo patológico cuando los síntomas normales se intensifican y prolongan por más un año.

2. Los factores de riesgo de duelo patológico son: personales, los cuales están relacionados con los antecedentes del doliente; relacionales, que tienen que ver con el vínculo afectivo que unía al fallecido y afectado; circunstanciales, que dependen del tipo y causalidad de la muerte y sociales, que dependen del contexto que rodee al doliente.

Los factores de riesgo que dan lugar a un mayor número de casos de complicación del duelo son: la juventud del fallecido, la pérdida que se trata de un hijo o un cónyuge, la muerte repentina (ya sea por accidente o suicidio), la relación ambivalente y/o de dependencia del doliente con el fallecido y el escaso apoyo social.

3. Las intervenciones enfermeras de prevención del duelo patológico en Atención Primaria, deben llevarse a cabo siempre que el paciente presente algún factor de riesgo.

4. El profesional de Enfermería es clave en la detección precoz del duelo patológico. Es el encargado del seguimiento del paciente, por tanto debe reconocer cuando el proceso se complica, precisándose la derivación a un especialista.

5. No hay recomendación de antidepresivos en los procesos de duelo normal, y solo se recomienda en casos extremos de duelo patológico. En estas situaciones suele recetarse medicación para la ansiedad y para el insomnio, si se precisase.

6. Las terapias psicológicas son la base en el tratamiento del duelo patológico y las encargadas del restablecimiento del paciente. Hay diferentes tipos de terapias que estarán indicadas dependiendo del tipo de paciente. Cada duelo es diferente y el abordaje debe tener una planificación individualizada.

7. La elaboración de un proceso enfermero usando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, hace posible administrar cuidados de enfermería de un modo individualizado y organizado. Se centra en la identificación y tratamiento, tanto del problema de colaboración como del diagnóstico principal de enfermería en una paciente que presenta una intoxicación por sobredosis voluntaria de benzodiazepinas.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Yoffe L. Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. Av.psicol. 2013; 21(2): 129-53.
2. García Campayo J. Manejo del duelo en atención primaria. Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2012 [citado 21 Mar 2014]; 2(2): [9-14]. Disponible en:
<http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Manejo%20del%20duelo%20en%20AP.pdf>.
3. Worden JW. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. 4ª ed. Barcelona: Paidós; 2013.
4. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. Medifam. 2002 Mar; 12(3): 218-25.
5. Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2008; 13(1): 28-31.
6. Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. Psicooncología. 2008; 5(2-3): 383-00.
7. Gil Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología. 2008; 5 (1): 103-16.
8. Romero V. Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. Psicooncología. 2013; 10 (2-3): 377-92.
9. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II):

intervenciones desde Atención Primaria de Salud. Medifam. 2002; 12(4): 60-72.

10. Gómez Jiménez I, Moya Albiol L. Abordaje terapéutico grupal en salud mental. 1ª ed. Madrid: Psicología Pirámide; 2010.

11. Pelegrí Moya M, Romeu Figuerola M. El duelo, más allá del dolor. Desde el Jardín de Freud. 2011; (11):133-48.

12. Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 5ª ed. Madrid: Morata; 2006.

13. Yárnoz S, Alonso-Arbiol I, Plazaola M, Sainz de Murieta LM. Apego en adultos y percepción de los otros. Anales de psicología. 2001; 17(2): 159-70.

14. Miaja Ávila M, Moral de la Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología. 2013; 10(1): 109-30.

15. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez M^aC. et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense. 2002; (30): 39-50.

16. Díaz E, Aceves B. Manejo del duelo. Dolor, Clínica y Terapia. 2009; 6(6): 4-6.

17. Garrido Picazo MM. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Semergen. 2008; 34(8): 407-10.

18. Neimeyer RA. Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 2002.

19. Rodríguez Alvaro M, García Hernández AM, Toledo Rosell C. Hacia una visión constructivista del duelo. *Index de Enfermería*. 2008; 17(3): 193-96.
20. Zamorano Bayarri E. Manejo del duelo en atención primaria. *Conceptos básicos*. Semergen. 2004 Oct; 30 Suppl 1: S 3-16.
21. Echeburúa E, Herrán Bolx A. ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2007; 33 (147): 32-50.
22. De la Revilla L. Atención familiar en el paciente terminal y en el duelo. En: De la Revilla L. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma; 1994.
23. Urbina Faraldo I. Escuchar y cuidar. *Index Enfermería*. 2006; 15 (55): 71-71.
24. Oliveira M^a E, Fenili RM, Zampieri M^aF, Martins CR. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería Global*. 2006; 5(1): 1-7.
25. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*. 2009 Oct [citado 26 Mar 2014]; (17): [aprox. 2 p.]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000300021&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4321/S169561412009000300021.
26. García Laborda A, Rodríguez Rodríguez JC. Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría* 2005; 25 (96): 29-36.
27. Ramírez Castañón I. Tratamiento Psicofarmacológico. En: Die Trill M, López Imedio E, editores. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con la familia*. Madrid: ADES; 2000. 335-48.

28. Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. *Psicooncología*. 2012; 9(2-3): 355-68.
29. López Rodríguez A. Importancia de la atención del paciente en duelo. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2009; 14(4): 153-54.
30. Payás Puigarnau A. Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en el duelo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2008; 28(2): 309-25.
31. Pereira Tercero R. Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *FMC*. 2010; 17 (10):656-63.
32. Pejenaute Labari ME, Reyes Torres M, Grasa Lozano R. El duelo en el anciano. Elsevier. 2013; 20: 204-8.
33. Blanco Toro L, Librada Flores S, Rocafort Gil J, Cabo Domínguez R, Galea Marín T, Alonso Prado ME. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa*. 2007; 14(3): 1-5.
34. Acinas P. Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2012 [citado 21 Mar 2014]; 2(1): [1-17]. Disponible en:
<http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Duelo%20en%20situaciones%20especiales.pdf>.
35. Barreto MP, Soler C. Muerte y duelo. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 2007.
36. Tizón JL, San José J, Nadal D. Duelo En: Protocolos y programas para la atención primaria en salud mental. Barcelona: Herder; 1997. p. 155-64.
37. Boelen PA, Hout MA, Bout J. A Cognitive-Behavioural Conceptualization of Complicated Grief. *Clin Psychol Sci Prac*. 2006; 13 Suppl 2: S 109-28.

38. Riso W. Terapia Cognitiva. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 2009.
39. Beck JS. Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización. 1ª ed. Barcelona: Gedisa; 1995.
40. Robert Flors C. La autoexposición y prevención de respuesta en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo con rituales de comprobación. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 1997; 2(1): 83-96.
41. Latiegi A. Prevención y tratamiento del duelo patológico. En: Astudillo W, Arrieta C, Mendinueta C, Vega de Seoane I. La familia en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 1999: 295-13.
42. Hughes M. Bereavement and Support: Healing in a group environment. 1ª ed. Washington DC: Taylor & Francis; 1995.
43. Díaz Curiel J. Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011 Mar; 31(1): 93-107.
44. Gómez Jiménez I, Moya Albiol L. Abordaje terapéutico grupal en salud mental. 1ª ed. Madrid: Psicología Pirámide; 2010.
45. Neimeyer R A. Searching for the meaning of meaning. Grief Therapy and the process of reconstruction. Death Studies. 2000 Sep; 24(6): 541-58.
46. Kaplan HI, Sadock BJ. Terapia de grupo. 3ª ed. Madrid: Panamericana; 1996.
47. Ruiz Gómez MC, Rojo Pascual C, Ferrer Pascual MA, Jiménez Navascués L, Ballesteros García M. Terapias complementarias en los cuidados: humor y risoterapia. Index de Enfermería. 2005; 14(48-49): 37-41.

48. López Ruiz J. Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros: toma de posición. *Enfermería Clínica*. 2003; 13(4): 227-36.
49. Lancheros García EA, Tovar Valle JF, Rojas Bermúdez CA. Risa y salud: abordajes terapéuticos. *Med UNAB*. 2011 Jul; 14(1): 69-75.
50. Mora R. *Medicina y terapia de la risa*. 1ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2010.
51. Carbelo Baquero B. *El humor en la relación con el paciente*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
52. Jacobson, E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press; 1938.
53. Burgos Varo ML, Ortiz Fernández MD, Muñoz Cobos F, Vega Gutiérrez P, Bordallo Aragón R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Semergen*. 2006; 32(5): 205-10.
54. McCloskey J, Bulechek GM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 4º ed. Madrid: Elsevier; 2005.
55. Puebla Viera DC, Ramírez Gutiérrez A, Ramos Pichardo P, Moreno Gómez M.T. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 17 (2): 97-102.
56. Salazar Maya AM, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera- paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en enfermería*. 2008; 26(2): 107-15.
57. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

58. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2003.
59. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones. 1º ed. Madrid: Elsevier; 2010.
60. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: McGrawHill/Interamericana; 2009.
61. Pesut D, Herman J. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Delmar: Albany; 1999.
62. Moorhead S, Jhonson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
63. Nogué S. Generalidades en intoxicaciones. Medicina Interna. 1ª ed. Barcelona: Doyma; 2008.
64. Shoemaker, Ayres, Grenvik, Holbrook. Tratado de medicina crítica y terapia intensiva. 4ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.
65. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
66. Acuña JP. Intoxicaciones graves por psicofármacos. Rev. Med. Clin. Condes .2011; 22(3): 332-339.
67. Rodríguez A. Proceso enfermero, aplicación actual. 2ª ed. Madrid: Ediciones Cuéllar; 2009.
68. Carrasco Jiménez MS, De Paz Cruz JA. Tratado de Emergencias Médicas. 1ª ed. Madrid: Arán; 2000.

69. Verdura Vizcaíno EJ, Ballesteros Sanz D, Sanz Fuentenebro J. Monitorización de niveles plasma de antipsicóticos atípicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2012; 32(115): 499-19.
70. Barrio J, Franco M. Intoxicación medicamentosa aguda. 3ª ed. Barcelona. Sant Pau; 2000.
71. Parrilla Ruíz F, Aguilar Cruz I, Cárdenas Cruz D, López Pérez L, Cárdenas Cruz A. Secuencia de intubación rápida. *Emergencias*. 2012; 24: 397-09.
72. Esteban A, Martin C. Manual de cuidados intensivos para enfermería. 3ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2000.
73. Freud S. Mourning and melancholia. En: Strachey J, editor. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. 2ª ed. New York: Basic Books; 1957.p. 237-60.
74. Parkes CM, Laungani P, Young B. Death and bereavement across cultures. 1ª ed. London: Routledge; 1997.
75. Hagman G. Death of a self object: Toward a self psychology of the mourning process. En Goldberg, A, editor. Progress in self psychology. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1995.p. 189-05.
76. Roseblatt P. A Social Constructionist Perspective on Cultural Differences in Grief. En Stroebe M, Hansson R, Stroebe W, Schut H, editores. Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care. Washington, DC: American Psychological Association; 2007. p. 285-00.
77. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*. Washington DC. 1944; 101: 141-148.
78. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001.

79. Alameda A, Barbero J. El duelo en padres del niño oncológico. *Psicooncología*. 2009; 6(2-3): 485-98.
80. Carmona Berrios Z. E, Bracho de López C.E. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*. 2008 Dic; 2(2): 14-23.
81. Alférez Maldonado A. D. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2012; 3(2): 147-157.
82. Gómez Pérez D, Palacios Ceña D. Enfermería y medicinas complementarias y alternativas. Justificación antropológica de su estudio. *Cultura de los cuidados*. 2010 Mar; 14(27): 68-73.
83. Mezzich J.E. Psiquiatría orientada a la persona: articulación de la ciencia y el humanismo de la Medicina. *World Psychiatry*. 2007 Sep; 5(2): 65-68.
84. Girault N, Fossati P. Duelo normal y patológico. *EMC-Tratado de Medicina*. 2008; 12(3): 1-8.

