

# TRABAJO FIN DE GRADO



## UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

## FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Manejo del duelo y la ansiedad en una madre por  
muerte inesperada de su hija.

Autor: Noelia Ferrer Gómez

Directora: Dra. Adriana Catarina de Souza Oliveira

Murcia, a 1 de abril de 2020.







# TRABAJO FIN DE GRADO



## UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

## FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Manejo del duelo y la ansiedad en una madre por  
muerte inesperada de su hija.

Autor: Noelia Ferrer Gómez

Directora: Dra. Adriana Catarina de Souza Oliveira

Murcia, a 1 de abril de 2020.





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

<b>ALUMNO</b>		<b>CURSO ACADÉMICO: 2019-2020</b>	
Apellidos: Ferrer Gómez		Nombre: Noelia	
DNI: 77837606-V	Titulación: Grado en Enfermería		
Título del trabajo: Manejo del duelo y la ansiedad en una madre por muerte inesperada de su hija.			

El Prof/a. Dra. Adriana Catarina De Souza Oliveira como Director(s)/Tutor(s)<sup>(1)</sup> 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 1 de abril de 2020

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> 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**

En primer lugar, quiero dar las gracias a mis padres, por apoyarme siempre en todo, ayudarme a crecer y ser mejor persona, por tenderme sus manos cuando caí, y darme siempre fuerzas para levantarme.

A mis queridas hermanas, los tres pilares de mi vida, gracias por estar siempre a mi lado, por vuestros consejos y apoyo incondicional.

A Jose, mi pareja, amigo y compañero de vida, gracias por estos once años de amor incondicional, por escucharme siempre, por aguantarme en los peores momentos y regalarme tus abrazos infinitos.

A Marta, empezaste siendo una compañera de clase, ahora puedo decir que eres más que una amiga para mí, una hermana. Gracias por estos cuatro años de risas, por soportarme en mis agobios y apoyarme cuando lo necesitaba.

A todos mis profesores y tutores de prácticas durante estos años, gracias por enseñarme tanto y ayudarme a conseguir mi sueño, ser enfermera.

Por último, quiero hacer referencia al lema que me ha ayudado durante todos estos años, y que mi madre siempre me recordaba:

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado;  
un esfuerzo total es una victoria completa”

Mahatma Gandhi



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	XVII
<b>ABSTRACT</b>	XIX
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	21
<b>2. OBJETIVOS</b>	23
2.1. Objetivo General	23
2.2. Objetivos Específicos	23
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	25
3.1. Conociendo el duelo y cómo afrontarlo	25
3.1.1. <i>Definiciones, etapas y tipos de duelo</i>	25
3.1.2. <i>Definiciones de afrontamiento y tipos</i>	28
3.2. Factores determinantes del duelo	30
3.3. Proceso de adaptación de afrontamiento al duelo	31
3.4. Impacto del duelo e importancia del afrontamiento	34
3.5. Estrategias de afrontamiento al duelo	40
<b>4. METODOLOGÍA</b>	57
4.1. Diseño	57
4.2. Sujeto del estudio.	57
4.3. Ámbito y Periodo del estudio.	57
4.4. Procedimiento de recogida de información	57
4.4.1. Fuente de información.	57
4.4.2. Procedimiento de información.	58
4.4.3. Procesamiento de los datos.	58
<b>5. RESULTADOS</b>	67
<b>6. DISCUSIÓN</b>	107
6.1. Limitaciones	113
<b>7. CONCLUSIONES</b>	115
<b>8. REFERENCIAS</b>	117



## **CUADROS**

Cuadro 1. Etapas del duelo.	26
Cuadro 2. Diferencias entre un duelo normal y patológico.	39
Cuadro 3. Cómo actuar en el duelo.	48
Cuadro 4. Puntuación del NOC para el DxE principal en base a la escala Likert.	85
Cuadro 5. Puntuación del NOC e indicadores para el DxE principal en base a la escala Likert.	86
Cuadro 6. Puntuación del NOC para el RC principal en base a la escala Likert.	90
Cuadro 7. Puntuación del NOC e indicadores para el RC principal en base a la escala Likert.	91
Cuadro 8. Cronograma de las intervenciones / actividades.	102
Cuadro 9. Evaluación del NOC para el DxEp en base a la escala Likert.	103
Cuadro 10. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOC para el DxEp en base a la Escala Likert.	103
Cuadro 11. Evaluación del NOC para el RC principal en base a la Escala Likert.	104
Cuadro 12. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOC para el RC principal en base a la Escala Likert.	105

## **TABLAS**

Tabla 1. Consecuencias del duelo en las diferentes etapas de la vida.	34
Tabla 2. Estrategias más utilizadas en duelo normal y patológico.	44
Tabla 3. Cómo ayudar en el duelo según la etapa.	45
Tabla 4. Bases de datos utilizadas y nº de artículos más relevantes.	60
Tabla 5. Artículos utilizados de Scielo.	60
Tabla 6. Estudios relevantes de Cuiden.	63
Tabla 7. Estudios relevantes de Dialnet.	64
Tabla 8. Artículos más importantes de SienceDirect.	65
Tabla 9. Estudios relevantes de PubMed.	66



## **GRÁFICOS**

Gráfico 1. Prevalencia del duelo según la persona fallecida.	35
Gráfico 2. Prevalencia según el tipo de duelo.	36
Gráfico 3. Prevalencia según género, tipo de vínculo y estado civil.	37
Gráfico 4. Impacto del duelo en relación a la persona fallecida.	38
Gráfico 5. Estrategias de afrontamiento.	42

## **FIGURAS**

Figura 1. Cuadro sinóptico de la función enfermera según Roy.	52
Figura 2. Red de Razonamiento Crítico para obtener el DxEp.	77
Figura 3. Red de Razonamiento Crítico para obtener el RCp.	82





## RESUMEN

Introducción y Objetivos: La muerte tiene una dimensión cultural en la sociedad que ha evolucionado en el tiempo en las diferentes poblaciones. El concepto de duelo presenta una gran repercusión a día de hoy, así como los diferentes tipos de duelo y etapas. El duelo presenta un gran impacto, provocando graves consecuencias si no se afronta de forma adecuada. Así pues, es de vital importancia conocer los factores de riesgo del duelo y las habilidades de afrontamiento para evitar que se cronifique. El objetivo principal fue describir el duelo ante la pérdida de una hija y el papel de enfermería en las estrategias de afrontamiento. Metodología: Se ha realizado un estudio de caso a una mujer de 46 años que sufre una crisis de ansiedad debido a un duelo complicado por el fallecimiento de su hija. Este estudio se ha llevado a cabo en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria de la Región de Murcia en el periodo del 04/09/19 al 27/03/20. También se realizó una revisión bibliográfica. Resultados: Mediante la realización de un plan de cuidados a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, se obtuvo como diagnóstico principal, (00146) Ansiedad r/c grandes cambios y crisis situacional m/p sequedad de boca, aumento de la sudoración y hormigueo en las extremidades; y como riesgo de complicación principal Hipoglucemia. Discusión: De los pacientes que presentan duelo, la mayoría son mujeres, ante una muerte inesperada. Comparando la evidencia científica con el caso estudiado, podemos observar que en la mayoría de la investigación, los resultados coinciden con los estudios consultados. Conclusiones: En síntesis, la actuación de la enfermera es fundamental en la atención precoz del duelo, para establecer estrategias de afrontamiento con el doliente y reconocer los síntomas en caso de empeoramiento.

**Descriptor:** Ansiedad de separación, pesar, privación del duelo, trastornos de adaptación, rol de la enfermera, impacto psicosocial.



## **ABSTRACT**

Introduction and Objectives: The death has a cultural aspect in our society that has progressed along the time in the different populations. The idea of mourning has a great effect nowadays, as the different types of mourning and stages. The mourning presents a big impact causing serious consequences if we do not confront it in a proper way. So then, it is very important to know the risk factors of the mourning and the abilities of confrontation to prevent it becoming chronic. The main goal was describing the mourning of a daughter's death and the help of nursing in the using of confrontations strategies.

Methodology: A study has been done about a forty-six-year-old woman that suffers an anxiety attack due to a complicated mourning of her daughter's death. This study has taken place in an Emergency Services Centre of the Region of Murcia from the 04/09/19 to the 27/03/20. A bibliographic review was also made.

Results: By the realization of a care plan through the taxonomy NADA-NIC-NOC it was said as a main diagnostic (00146) anxiety related to big changes and a circumstantial crisis appear from a mouth dryness, sweating increasement and tingling in the limbs; and as a main risk of complication appears Hypoglycaemia.

Discussion: Most of the patients that suffer the mourning are women faced with an unexpected death. Comparing the scientific evidence with the study made we can see that in most of the investigations the results agree with the study consulted.

Conclusions: In short, the nurse help is essential in the early assistance of the mourning to stablish the confrontations strategies with the mourner and to know the symptoms in case of getting worse.

Descriptors: Death anxiety, regret, lack of mourning, disorder of adaptation, nurse role, psychosocial impact.



## 1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida, el concepto de la muerte ha ido cambiando conforme la evolución del hombre, sobre todo debido al avance tecnológico, a la sociedad y a los progresos en medicina. Por ello, podemos decir que “la muerte es un acontecimiento que está unido a nivel social por las experiencias, costumbres religiosas, aspectos políticos, creencias éticas y morales” (López, 2017, p.4). La muerte no se puede evitar, forma parte de la vida y tenemos que aprender a aceptarla. Cada día muere alguien, a cada minuto, en cualquier momento. Los motivos pueden ser muy diferentes, pero el resultado en cambio, siempre es el mismo: la pérdida de un ser querido.

El duelo, precisamente, está ligado a la forma en que el hombre acepta la muerte, por esto es de vital importancia describir el duelo y cómo manejarlo para lograr afrontarlo. Así, el duelo es “un conjunto de emociones provocadas por factores como la pérdida de un ser querido, pérdidas económicas o sociales, cambios negativos al estatus, incluso la pérdida de salud propia o de un tercero” (Mosquera, Barón y Guiza, 2017, p.7).

El duelo, además, está muy presente en la sociedad, ya que provoca un gran impacto en las personas que han experimentado el dolor ante la pérdida de un allegado, con una prevalencia del 5% en la población general, causando más del 25% de las demandas en Atención Primaria relacionadas con aspectos psicológicos (Sanz, García y Carbajo, 2014). En esta investigación, a su vez, conoceremos los datos epidemiológicos del duelo, como que el mayor número de casos se debe a la pérdida de un hijo o cónyuge (Villacieros, Magaña, Bermejo, Carabias, & Bermejo, 2014a).

Al ser el duelo un tema tan relevante a nivel mundial, y que sufren millones de personas, debemos aprender cómo afrontarlo, definiendo afrontamiento como “la acción de movilizar el conjunto de recursos que posee una persona para reducir las consecuencias de un evento estresor” (Izquierdo, 2020, p.9). Por ejemplo, en la coyuntura actual de pandemia causada por el COVID-19, se hace entender esta temática del duelo que, asola a todos los ciudadanos, produciendo muertes a cada instante, y lo que es peor, ocasionando que las

familias no puedan despedirse de sus seres queridos. Los ritos de despedida son muy importantes a la hora de elaborar un proceso de duelo, para poder cerrar un episodio y continuar viviendo.

Por este motivo, debido al gran impacto del duelo, se observa la importancia de conocer los factores de riesgo que hacen que el duelo se vuelva patológico. Influyen en la gravedad del duelo, factores relacionados con las circunstancias de la muerte, como homicidios, suicidios o accidentes, factores personales y por último, factores sociales como pueden ser los problemas económicos (Martín Rodríguez, 2017). Además, una de las principales consecuencias negativas que derivan de no afrontar el duelo, puede ser el agravamiento de las manifestaciones clínicas y/o psicológicas, en cuanto a duración e intensidad (Zachar, 2015). Otro aspecto relevante en esta temática, es conocer el proceso de adaptación y las distintas estrategias de afrontamiento que tiene la persona para superar el duelo, asociado al papel de enfermería en todo este proceso.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Describir el duelo ante la pérdida de una hija y el papel de enfermería en las estrategias de afrontamiento.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las causas de un afrontamiento ineficaz ante la pérdida de un ser querido.
- Conocer las consecuencias de un afrontamiento inadecuado del duelo.
- Describir los procesos adaptativos del duelo y su afrontamiento.
- Exponer las habilidades de afrontamiento utilizadas en el proceso de duelo.
- Elaborar un plan de cuidados a una paciente en proceso de afrontamiento del duelo por la pérdida de un hijo y competencias enfermeras.





### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Conociendo el duelo y cómo afrontarlo**

##### *3.1.1. Definiciones, etapas y tipos de duelo*

En primer lugar, para entender lo que es el duelo, se debe analizar la etimología de la palabra, que según Suárez, Meza, Martínez, Castillo y Torres (como se citó en Pérez y Atehortua, 2016) proviene del latín *dolium* y significa aflicción, dolor. Además, para describir su significado más ampliamente, según la Real Academia Española, el duelo se define como “dolor, lástima, aflicción o sentimiento. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”. Al mismo tiempo, el duelo es “la respuesta de abatimiento debida a la pérdida de algo valioso; no es racional ni intelectual. Es tristeza profunda, incontrolable que lleva al luto en fases a través del tiempo” (Alvarado, 2019, p.305).

Por otro lado, hay autores que indican que el duelo no sólo está ligado a la pérdida de un ser querido o a la muerte, por ello, Noguera y Pérez (2014) refieren que el duelo es “el proceso desencadenado por la pérdida de cualquier elemento sobre el cual se tenga gran valía o expectativa: una oportunidad, un objeto, una capacidad o el estado de salud” (p.308). Por último y no menos importante, conoceremos la definición de duelo de una enfermera reconocida en todo el mundo, y que sitúa al paciente en el centro de atención. Así, Carpenito, (como se citó en Noguera y Pérez, 2014), define el duelo como:

Un estado en el que el individuo o la familia experimentan una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones) o estado en el que el individuo o la familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado). (p.309)

Este concepto amplía la definición del duelo incluyendo la pérdida de objetos o posiciones sociales que para la persona y la familia son importantes.

En relación con el duelo, para conocerlo en profundidad, en el cuadro 1 que se muestra a continuación se describen las diferentes etapas tal y como expone Pérez y Atehortua (2016):

**Cuadro 1. Etapas del duelo.**

<b>No.</b>	<b>FASE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>1</b>	NEGACIÓN	Rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación
<b>2</b>	IRA	Resentimiento hacia la persona que parte, causando dolor y culpabilidad
<b>3</b>	NEGOCIACIÓN	Se piensa en lo que se pudo haber hecho diferente para evitar la pérdida
<b>4</b>	DEPRESIÓN	Se comprende la certeza de la muerte, se rechaza visita de seres queridos, se siente tristeza, miedo, incertidumbre frente al futuro
<b>5</b>	ACEPTACIÓN	Se establece un acuerdo con el acontecimiento trágico, se permite reflexionar acerca del sentido de la vida

Fuente: extraído de Pérez y Atehortua (2016, p.3).

Al mismo tiempo, conviene subrayar que es complicado definir con determinación el tiempo que dura el duelo, cuándo empieza o cuándo acaba. Pero se estima que entre 6 y 12 meses. Además, la variabilidad es muy amplia y el proceso de duelo muy personal, por lo que no todas las personas siguen el mismo orden o las mismas etapas, tal y como se han descrito (Imaz & Reyes, 2019). De la misma forma, López (2017) añade que, se considera que el duelo ha finalizado cuando la persona es capaz de recordar al fallecido sin que le cause dolor o sufrimiento, y esto se podría traducir en que complete todas las etapas del duelo, sobre todo la de aceptación. Es necesario conocer estas etapas para identificar en cuál se encuentra la persona y evitar así que pueda derivar en un duelo patológico, el cual se explica a continuación.

De la misma forma que se han descrito las diferentes etapas del duelo, conoceremos los tipos, que según Nevado y González (2017) son los siguientes:

- Duelo normal: dura entre 6-12 meses. Es aquel cuya resolución ocurre de forma normal, entendiéndose por esto que tiene un comienzo, un periodo de aflicción o dolor y una resolución después de la pérdida.
- Duelo patológico: lo diferencia del normal la intensidad y duración en el tiempo. Conlleva una ruptura del equilibrio físico y espiritual, y necesita de ayuda profesional. Además, Imaz & Reyes (2019) exponen que suele ocurrir ante una pérdida inesperada, como puede ser la de un hijo, en el que las etapas de negación y depresión se alargan en el tiempo. También puede ocurrir ante un caso en el que la persona no sabe si se alegra o se entristece, y esto causa mucha incertidumbre.
- Duelo crónico: ocurre cuando el duelo se mantiene durante años, en el que la persona sufre un dolor constante y continuos recuerdos del fallecido. Además, es incapaz de reinsertarse a la sociedad y rehacer su vida.
- Duelo anticipado: es aquél que ocurre antes de la muerte, cuando se padece una enfermedad crónica o terminal. Ayuda a tomar conciencia y los implicados se preparan para la despedida. De esta manera, al ocurrir de forma paulatina, ayuda a liberar las emociones y a que ambas partes se preparen para cuando llegue el momento.
- Duelo retardado: ocurre cuando la fase de negación se prolonga en el tiempo, dando la impresión de que la persona no sufre y mantiene el control. Suele suceder en aquellos casos en los que la preocupación por el resto de familiares hace que no “tengan tiempo para ellos mismos”. Una vez pasada la etapa de negación, un simple recuerdo puede provocar un duelo no resuelto.
- Duelo ambiguo: se produce cuando no existe una presencia física del fallecido, como sucede en las desapariciones de familiares, en los que no se pueden realizar los rituales de la despedida.

Sin embargo, es necesario subrayar que para Martín Rodríguez (2017) el duelo ambiguo, en cambio, es aquél en el que la persona fallecida se percibe físicamente pero no psicológicamente, como ocurre en los casos de demencias

severas y estados vegetativos. Además, esta autora añade el duelo enmascarado como un tipo de duelo patológico, y lo define diciendo que “la persona somatiza su dolor a través de diferentes disfunciones orgánicas acudiendo frecuentemente al médico, sin relacionar estas manifestaciones con la reciente pérdida” (p.7).

Por otra parte, Cotacachi (2017) indica que, además de los tipos de duelo que se acaban de nombrar, se debe mencionar uno más, el pre-duelo. De esta forma, “el pre-duelo consiste en predecir la muerte por el estado de salud, ya que, por la enfermedad, tiene cambios bruscos a tal punto que no se vuelve irreconocible” (p.22).

Por último, hablando del duelo patológico, es necesario incidir en que existen circunstancias como la depresión después de una pérdida, la ansiedad que cursa con ataques de pánico y el estrés postraumático, que hacen que se deba hablar de otro tipo de duelo, que se nombra a continuación:

Duelo exagerado: la persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. La persona es consciente de que sus síntomas están relacionados con una pérdida. Incluyen trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida. (Vedia, 2017, p.13)

### *3.1.2. Definiciones de afrontamiento y tipos*

En numerosas ocasiones, cuando se habla del duelo, los profesionales dan mucha importancia al afrontamiento del mismo, pero, ¿qué es el afrontamiento? A continuación, lo descubrimos.

Partiendo de la definición que da la RAE, afrontamiento es “la acción y efecto de afrontar”, siendo afrontar: “hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida”.

Otros autores como González, Vasco-Hurtado y Nieto-Betancurt (2016), indican que el afrontamiento son “los esfuerzos cognitivos y conductuales de la persona para manejar (reducir, minimizar, dominar, o tolerar) las demandas internas y externas de la transacción persona-ambiente que se aprecian como impuestos o superan los recursos de la persona” (p.47).

Por otra parte, en los documentos de teóricas enfermeras también se habla del concepto de afrontamiento como una capacidad que debe desarrollar la persona. Así, el proceso de afrontamiento se define como: “modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno” (Callista Roy, como se citó en Martínez y Gómez, 2017, p.6).

Para terminar con las definiciones de afrontamiento, Coaquira y Marquez (2018) refieren que es “toda acción que una persona realiza con total independencia y libertad basada en conocimientos o experiencias para poder dominar la situación actual en la que se encuentra, pudiendo ser positiva o negativa” (p.11).

Una vez definido el término de afrontamiento, se van a explicar los diferentes tipos del mismo. De este modo, Bermejo, Villacieros y Fernández-Quijano (2016) afirman que:

Se establecen dos tipos de afrontamiento, aquel centrado en la emoción y aquel centrado en el problema. En el primero se busca regular la emoción causada por el distrés y en el segundo se intenta manejar el problema que lo origina. (p.130)

Además, estos mismos autores realizan una distinción y añaden dos tipos más de afrontamiento: afrontamiento activo (o afrontamiento del problema) y evitativo (que permiten escapar del problema). El afrontamiento evitativo, a su vez, podría explicar el desajuste en las etapas del duelo, ya que parece tener un efecto negativo en el ajuste emocional, y por ello puede causar más sintomatología que el afrontamiento activo.

Continuando con los tipos de afrontamiento, hay que señalar que tanto González et al., (2016) como Bermejo et al., (2016) coinciden en que las reacciones de evitación del duelo son un tipo de afrontamiento negativo, ya que suponen una limitación en cuanto a la comunicación o expresión de lo ocurrido.

### 3.2. Factores determinantes del duelo

Cada duelo es una experiencia única e irrepetible. Las reacciones ante una pérdida varían entre diferentes personas. Además, cada persona, según la edad y las circunstancias en las que se encuentra, vivirá el duelo de una forma determinada.

Por ello, Carmona y Brancho (2008) refieren que el duelo es una experiencia global, ya que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, sociales, físicos y espirituales. Por este motivo, a continuación, se va a hablar de estos aspectos que son los factores que determinan la particularidad de cada duelo y la gravedad del mismo.

Para empezar, Gómez (2017) afirma que los determinantes del duelo son factores que median en el proceso de duelo, y por ello cada persona lo afronta de una manera distinta, y expone que son los siguientes:

- **Características personales del doliente.** Como pueden ser edad, sexo, personalidad, si expresa o no sus emociones y antecedentes de la persona (experiencia de duelos pasados). También incluye los aspectos culturales, como si se realizan o no ritos tras la muerte y las creencias religiosas que tenga cada individuo. Además, el grado de apoyo social, puesto que el entorno cumple un papel muy importante a la hora de afrontar el duelo.
- **Grado de apego con el fallecido.** Esto hace referencia al vínculo que tiene el doliente con el fallecido y el rol social y familiar que desempeñaba la persona antes de morir, es decir, el proceso de duelo es diferente si quien muere es un primo, vecino, padre, abuela o hijo. Por eso, el duelo depende de la intensidad de este vínculo. Esta autora asegura que, si la relación mantenida con el fallecido era conflictiva o había “roces”, la persona tendrá sentimientos de culpa en el proceso de duelo.
- **Tipo de muerte.** La autora diferencia tres tipos de pérdida, siendo una de ellas la muerte esperada, que sucede cuando los familiares tienen tiempo de asumir la pérdida, como por ejemplo sucede con un paciente

de edad avanzada. Luego habla de la muerte anticipada, como puede ocurrir en una enfermedad terminal, en la que la muerte podría terminar con el sufrimiento del enfermo y ayudaría en la resolución del duelo. Y por último, la muerte inesperada, que causa el proceso de duelo más intenso, como puede ocurrir en un accidente de tráfico.

Por otra parte, Vedia (2017) añade más factores determinantes del duelo. Para empezar, habla de los factores económicos diciendo que: “la muerte de un miembro productivo de la familia supone una disminución de ingresos obligando, a la familia, a adaptarse a la nueva situación y produciendo un estrés adicional” (p.15).

Además, expone que hay factores sociales que pueden determinar el proceso del duelo, y que se deben conocer para evitar que el duelo se vuelva patológico. Estos factores son: personas que viven solas, falta de apoyo social, tener hijos pequeños que requieren el cuidado del doliente, conflictos laborales y disfunción familiar debido a la pérdida. Del mismo modo, en cuanto a los factores emocionales, se hace hincapié en las pérdidas acumuladas, el vínculo con el fallecido, la relación de gran dependencia y la convivencia, ya que ésta causaría mayor alteración en la persona.

Por último, este autor identifica como factor determinante del duelo, los factores mentales o psicosociales, diciendo que hay antecedentes psiquiátricos o rasgos de personalidad (como baja autoestima o no manifestar las emociones) que pueden afectar al proceso de duelo y dificultar su evolución.

Para concluir, conoceremos el último factor determinante del duelo, que otros autores no tienen en cuenta, y son los factores espirituales. La cultura y la espiritualidad influyen en la evolución del duelo, por ello dos personas diferentes ante una misma situación no responden de la misma manera. Los ritos funerarios y las creencias religiosas pueden ayudar a superar el duelo (Martín Rodríguez, 2017).

### **3.3. Proceso de adaptación de afrontamiento al duelo**

Todas las personas han sufrido pérdidas de seres queridos a lo largo de la historia, pero ¿por qué cada uno lo vive de una manera diferente?, ¿por qué

unos lo superan en meses y otros en años no lo logran? Pues bien, esas preguntas se pueden contestar hablando del proceso de adaptación al duelo.

Para ello, Gamba-Collazos y Navia (2017) definen el proceso de adaptación como un camino para generar estrategias de afrontamiento que permitan al individuo mantener un estilo de vida óptimo pese a la pérdida. De forma similar, Stroebe, Schut, & Boerner (2017) exponen que este proceso de adaptación consiste en realizar un trabajo de duelo, es decir, superar las etapas del duelo con éxito y que permita al doliente avanzar y superar la pérdida.

Una vez comprendido el significado del proceso de adaptación al duelo, conoceremos sus fases, y según indican tanto Cabodevilla (2007), como Quijada (2018) son 4 principalmente:

- 1º Aceptar la realidad de la pérdida: para ello se debe asumir que la persona ya no está y que no volverá, y esto es imprescindible para adaptarse a una nueva vida sin esa persona. Pero aceptar esa realidad lleva un tiempo, ya que no sólo hay que asumir la pérdida racionalmente sino emocionalmente también. Lo contrario de aceptar esa realidad es negarla, creer que no está sucediendo. Esta negación supone un alivio transitorio para la persona que ha sufrido la pérdida, ya que la utilizan para protegerse así mismos. Sin embargo, negar la pérdida no va a ayudar a la persona a superar el duelo, sino que ocasiona otro problema en sí mismo.
- 2º Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. En esta segunda fase, una vez aceptada la pérdida, la persona debe expresar sus sentimientos dejando a un lado los miedos y siendo sincera. Si le apetece llorar, gritar, o expresar la rabia que siente, debe hacerlo, y la persona que escucha jamás debe juzgar esas emociones. En cuanto al dolor, hay que señalar que no se trata solamente de dolor físico, sino emocional, y es muy importante trabajarlo para que no se manifieste con conductas disfuncionales. Por tanto, esta etapa es imprescindible para la elaboración del duelo y para que la persona no arrastre el dolor de la pérdida toda su vida.



- 3º Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. En el proceso de adaptación al duelo, probablemente esta fase sea la más subjetiva, puesto que va a depender de los roles que desempeñaba el fallecido y del vínculo existente. Por tanto, la persona no sólo debe adaptarse a una nueva vida sin su ser querido, sino que, en ocasiones, debe asumir los roles de éste, como se puede dar el caso en la muerte de un progenitor. Además, precisamente por la fuerza del vínculo, hay muertes que provocan en el doliente una sensación de vacío que hace que pierdan el sentido de su existencia, preguntándose qué van a hacer a partir de ahora. Por todo esto, en esta fase hay que aprender a vivir solo y seguir el ritmo de la vida sin la persona fallecida, aunque no se renuncie al recuerdo. Así, la persona debe encontrar su propio significado y recuperar el control de su vida pese a la ausencia del difunto.
  
- 4º Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. La última etapa del proceso de adaptación al duelo no tiene un tiempo definido, pero alcanzarla significa haber superado el duelo. En esta fase la persona vuelve a sociabilizarse y a iniciar nuevas relaciones, dándose una oportunidad de volver a ser feliz. Con esto no se quiere decir que haya olvidado al difunto, ya que en una relación significativa siempre quedarán recuerdos, sino que la persona le ha dado al fallecido otro lugar en su mente, dejando espacio para los demás. Es una fase que puede cursar con altibajos, sobre todo en fechas señaladas como aniversarios y cumpleaños, pero se considera que el duelo está superado cuando la persona es capaz de recordar al difunto sin dolor y de seguir su vida con normalidad.

Finalmente, respecto al proceso de adaptación al duelo, hay circunstancias que afectan a este proceso e impiden al individuo adaptarse a la nueva situación. Por una parte, cuando se le impide a la persona (que no es el doliente principal) expresar sus emociones o elaborar su propio proceso de duelo porque hay que proteger o cuidar al doliente principal. Por otro lado, cuando el rol que desempeña el deudo no le permite avanzar en el proceso del duelo porque es el responsable de mantener la unidad familiar, y no se permite

así mismo flaquear. Y, por último, cuando el doliente no acepta ningún cambio después de la muerte del ser querido, siendo el “guardián de su memoria” y teniendo que permanecer todo tal y como era antes del fallecimiento (Ciriaco, 2014).

### 3.4. Impacto del duelo e importancia del afrontamiento

Seguidamente, una vez comprendidos los procesos adaptativos del duelo, se va a incidir en el impacto que tiene el duelo, en cuanto a consecuencias, prevalencia y gravedad, y también conoceremos la importancia de afrontar el duelo.

A continuación, en la tabla 1, se exponen las consecuencias negativas del duelo en las diferentes etapas de la vida, según Cubero (2017):

**Tabla 1. Consecuencias del duelo en las diferentes etapas de la vida.**

<b>Etapas de la vida</b>	<b>Manifestaciones</b>
<b>Infancia</b>	Inquietud motora, agresividad, enuresis, encopresis y bajo rendimiento escolar.
<b>Adolescencia</b>	Enfado, ira, impotencia, culpa y conductas de riesgo.
<b>Adulthood</b>	Llanto, desesperanza. El proceso de duelo depende mucho del tipo de muerte y vínculo.
<b>Vejez</b>	Miedo, angustia, soledad y desamparo.

Fuente: elaboración propia basada en Cubero (2017).

Por otro lado, Gil (2017) afirma que la depresión es una consecuencia directa en el proceso de duelo cuando éste no se afronta:

La tristeza en el duelo es una emoción muy profunda que, (...). La depresión en el duelo es un recurso de la naturaleza para protegernos.

Bloquea el sistema nervioso para que podamos adaptarnos a algo que sentimos que no podemos superar. (p.126)

Con esto, el autor quiere decir que, si no se afronta a tiempo el duelo, superando cada una de sus etapas a tiempo, se entraría en una fase de depresión como mecanismo de defensa contra el dolor, y esto haría que el duelo fuese más grave y complicado.

A continuación, se muestra el impacto que tiene el duelo en cuanto a prevalencia, y se hace en forma de gráficos para facilitar su entendimiento y para que tenga una visualización directa.

Por un lado, se indica la prevalencia del duelo en relación a la persona fallecida, según afirma Villacieros et al. (2014 a) en el gráfico 1 que se presenta a continuación:



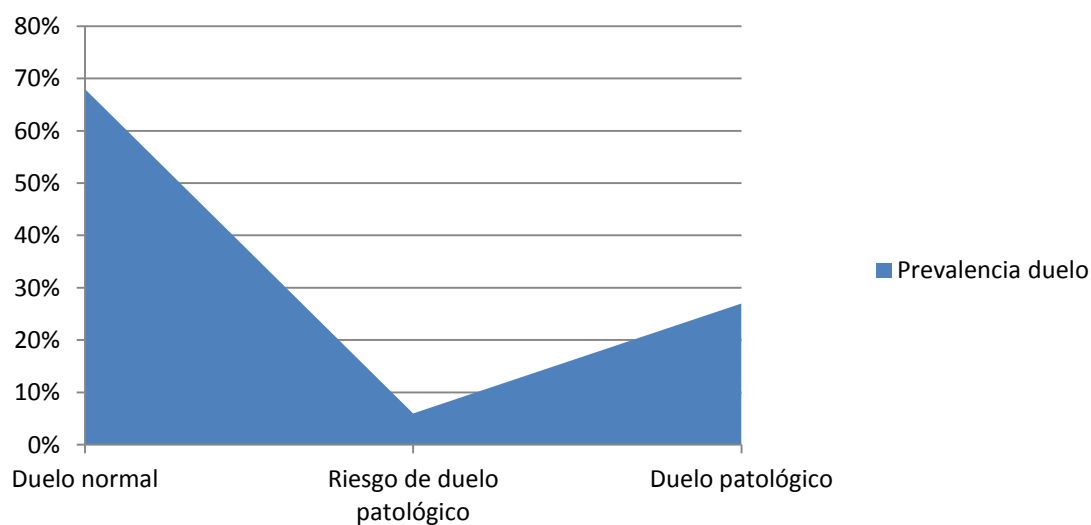
**Gráfico 1. Prevalencia del duelo según la persona fallecida.**

Fuente: elaboración propia basada en Villacieros et al. (2014a).

En este gráfico se puede observar que según el estudio que ha realizado el autor, la mayoría de duelos son causados por fallecimiento del cónyuge, seguido de los hijos, padres y otros (hermanos, amigos y otros).

Seguidamente, se habla de la prevalencia según el tipo de duelo, y Martín (2017) lo expone en el gráfico 2 que se muestra a continuación:

## Prevalencia duelo

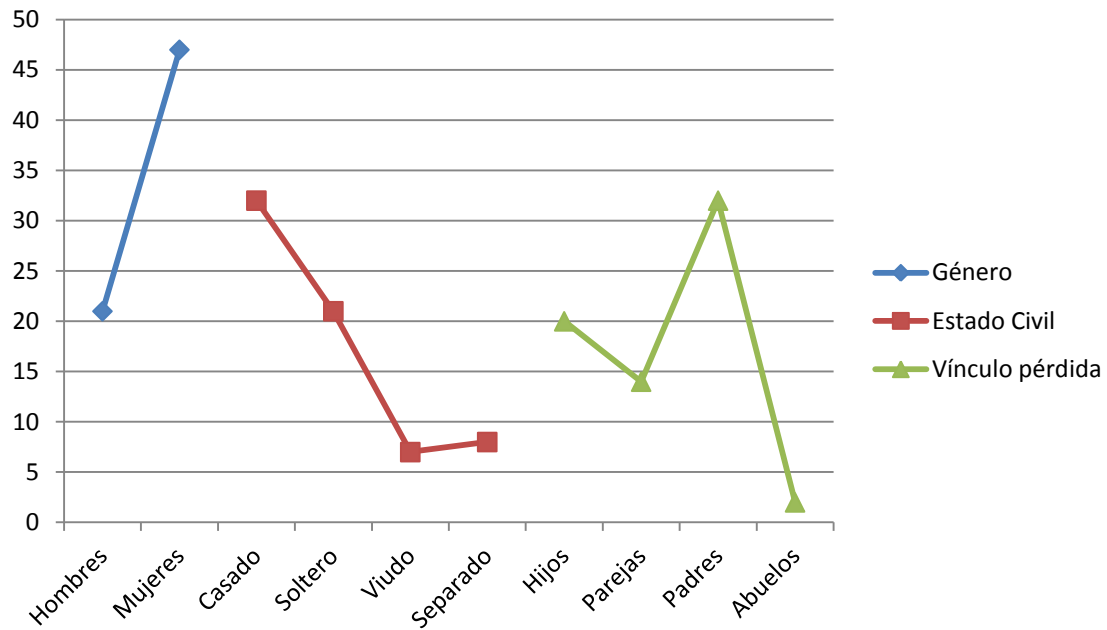


**Gráfico 2. Prevalencia según el tipo de duelo.**

Fuente: elaboración propia basada en Martín (2017).

En este otro gráfico se puede observar que de la muestra de 9063 casos que obtuvo este autor, casi un 70% de los casos que estudió se trataban de duelos normales, seguido del duelo patológico y terminando con un 8% de riesgo de duelo patológico.

Por otra parte, continuando con el impacto del duelo, Fernández-Alcántara, Pérez-Marfil, Catena-Martínez, Pérez-García, y Cruz-Quintana (2016) realizan un estudio mostrando la prevalencia del duelo en cuanto a género, tipo de vínculo y estado civil. Se indica inmediatamente en el gráfico 3:



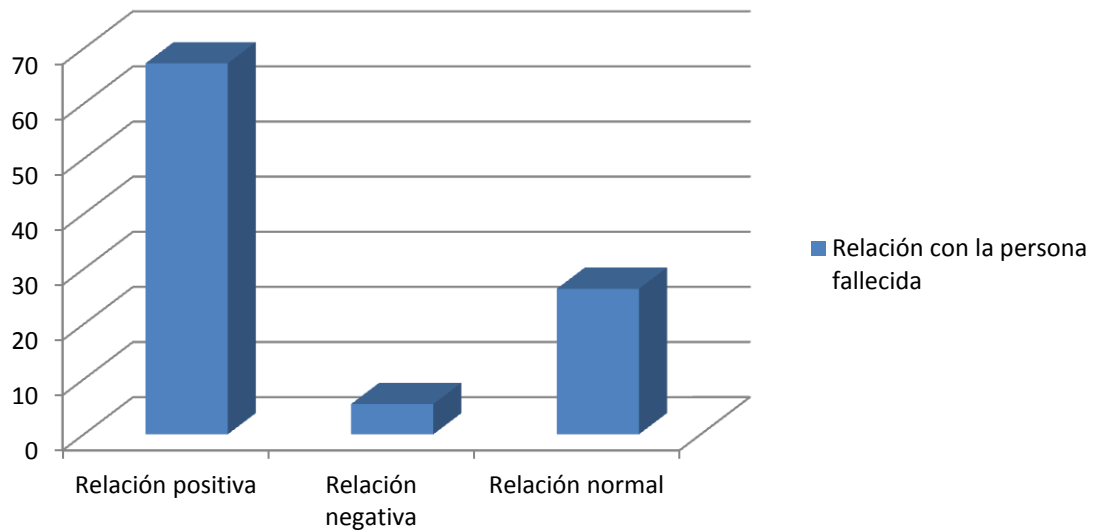
**Gráfico 3. Prevalencia según género, tipo de vínculo y estado civil.**

Fuente: elaboración propia basada en Fernández-Alcántara et al. (2016).

Con respecto a este gráfico, los autores han obtenido como resultados que en cuanto a género, las mujeres padecen más el duelo que los hombres. En relación al estado civil, prevalecen los casados. Y en cuanto al vínculo existente con el fallecido, el mayor porcentaje que sufre el duelo son los padres.

Por último, hablaremos del impacto del duelo según el tipo de relación que existía entre el fallecido y el doliente. De esta forma, Villacieros et al. (2014a) refieren en el gráfico 4 lo siguiente:

## Relación con la persona fallecida



**Gráfico 4. Impacto del duelo en relación a la persona fallecida.**

Fuente: elaboración propia basada en Villaceros et al. (2014a).

En este último gráfico se puede observar que la gran mayoría de los dolientes mantenían una relación positiva con el fallecido, mientras que menos del 6% tenían una relación negativa.

En segundo lugar, por lo que se refiere al duelo, se ha de hacer hincapié en la importancia de afrontar el duelo para que no haya complicaciones como convertirse un duelo normal en patológico.

Por este motivo, Vedia (2016) expone las diferencias entre duelo normal y patológico en el cuadro 2 que se muestra a continuación:

**Cuadro 2. Diferencias entre un duelo normal y patológico.**

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

Fuente: extraído de Vedia (2016, p.14).

Siguiendo con la misma línea del duelo patológico, como principal complicación de no afrontar el duelo, para que exista duelo patológico deben presentarse durante más de seis meses los siguientes síntomas: dolor y pena profundos, anhelo de la persona fallecida y ansiedad por separación. Además, se acompaña de síntomas emocionales, conductuales y cognitivos, como no visitar lugares porque recuerdan al difunto, sentir amargura, que la vida no tiene sentido sin esa persona o estar aturdido. Para hablar en términos de duelo patológico, además de presentar con intensidad, al menos cinco de los síntomas que se han nombrado, se debe acompañar de un deterioro funcional significativo que interfiera en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (Estevan, et al., 2016).

En cuanto al diagnóstico de duelo patológico, hay dos autores que coinciden en que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), incluye el trastorno persistente de duelo complicado o patológico. Afirman que este trastorno está caracterizado principalmente por la pena, incapacidad para relacionarse, pensamiento continuo de la persona fallecida e incapacidad de aceptar la pérdida. Además, estas manifestaciones deben presentarse al menos durante un año. Estas manifestaciones, a su vez, pueden causar irritabilidad, aislamiento social, consumo de sustancias psicoactivas y problemas del sueño, pudiendo evolucionar el doliente a un trastorno depresivo mayor (Cristóbal, Alcedo y Gómez, 2017; Monroy y Amador, 2018).

Sin embargo, Liz y Avedaño (2018), por el contrario, indican lo siguiente:

En el actual manual diagnóstico DSM V no aparece la clasificación para duelo patológico, (...). Aspecto que ha originado confusión en algunos casos ya que según los criterios para duelo, este debe considerarse como un trastorno depresivo, lo que impide una adecuada evaluación y tratamiento. (p.134)

Finalmente, se debe hablar de los factores de riesgo de duelo patológico, para conocerlos y poder trabajar para evitar que evolucione más, ya que cuanto antes se afronte el duelo menos complicaciones tendrá. Estos factores son: problema de salud físico o mental previo, ambivalencia afectiva con agresividad, duelos repetidos, muerte repentina y fragilidad previa (Peña-Villamar, 2018).

### **3.5. Estrategias de afrontamiento al duelo**

Hasta ahora se ha hablado del duelo, conociendo lo que es, sus etapas y tipos. También de los factores determinantes y el impacto que tiene el duelo, y revelando la importancia de afrontarlo adecuadamente, superando el proceso de adaptación que conlleva, explicado también hasta ahora. Pero, ¿cómo se afronta el duelo?, a continuación, conoceremos las principales estrategias de afrontamiento al duelo y el trabajo de enfermería en el duelo.



En primer lugar, antes de hablar de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas para superar el duelo, se debe conocer qué son realmente, y para ello, Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2013) afirman lo siguiente:

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, (...). Sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles así beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento. (p.125)

Además, Quito, Trelles y Cadena (2019) clasifican las estrategias de afrontamiento según el estilo de afrontamiento, diciendo así, lo siguiente:

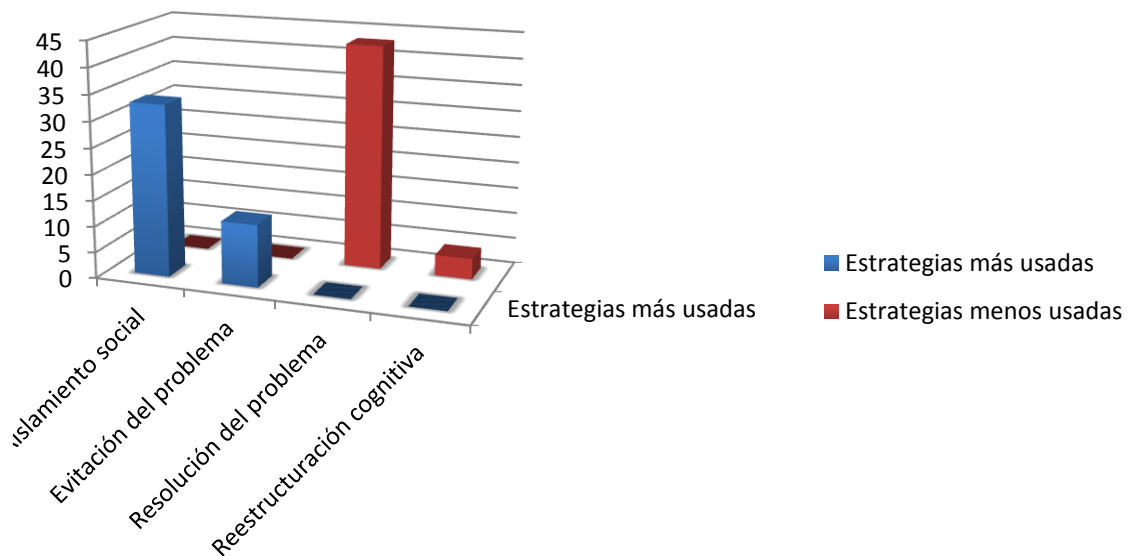
- a) Resolver el problema, activo o dirigidas a la acción.** Entre las que destacan fijarse en lo positivo, expresión de emociones, reestructuración cognitiva y distracción física y social.
- b) Centradas en la emoción, pasivo o no dirigidas a la acción.** Predominan la preocupación, negación del problema, autocrítica, aislamiento social y pensamientos ansiosos.
- c) Otras.** Como buscar apoyo social, espiritual y ayuda profesional.

Por este motivo, ahora se van a definir algunas de las estrategias de afrontamiento, según Reyes, Reséndiz, Alcázar, y Reidl (2017):

- Expresión de emociones: “se realiza una acción para liberar la tensión con la finalidad de atraer la atención de otras personas y obtener su ayuda (llorar, gritar, etcétera)” (p.244).
- Búsqueda de apoyo: “buscar apoyo de amigos, familiares o conocidos, es decir, de alguien que consideran puede ayudarlos a resolver el problema, ya sea para discutir o encontrar una solución o buscar ayuda espiritual (rezar)” (p.244).

- Negación o evitación del problema: “evitar una situación problemática. Se abandona la situación estresante. Permanecer lejos o escapar” (p.245).
- Resolver el problema: “cambiar la situación problemática. Se realiza alguna acción constructiva para cambiar el ambiente” (p.245).
- Distracción: “mantenerse ocupado para no pensar en la situación. Entretenimiento, jugar, comprometerse en una actividad solitaria (leer, ver TV, escuchar música, etcétera)” (p.245).

Y al mismo tiempo, ahora se indican, tanto las estrategias de afrontamiento más usadas, como las menos usadas por los que sufren un proceso de duelo, según expone Quito et al. (2019) en el gráfico 5 que se muestra a continuación:



**Gráfico 5. Estrategias de afrontamiento.**

Fuente: elaboración propia basada en Quito et al. (2019)

Desde otra perspectiva, hay autores que describen el proceso de afrontamiento como dual, como es el caso de Ornelas (2016), quien afirma que este proceso tiene dos mecanismos, uno orientado hacia la restauración, y otro hacia la elaboración de la muerte y la pérdida. El primero utiliza estrategias

para controlar los estresores, como reencontrarse así mismo, desempeñar nuevos roles y modificar la conducta psicosocial. El segundo en cambio, se centra en expresar las emociones y recordar a la persona fallecida.

Al mismo tiempo, esta autora refiere que las prácticas espirituales y religiosas son una estrategia de afrontamiento utilizada frecuentemente, y que, además, se ha demostrado que son beneficiosas para la salud. Añade también, que es la estrategia más utilizada en el duelo patológico, y la segunda en el duelo normal.

Hablando de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento, hay dos autores que aseguran que, la participación en los rituales funerarios y las actividades religiosas brindan apoyo y consuelo a los que han sufrido la pérdida de un ser querido. La participación en tareas religiosas ayuda también a llevar a cabo un afrontamiento cognitivo, ya que la capacidad de la mente y del espíritu orientan a la persona en la realidad de la pérdida. La espiritualidad, por tanto, tiene una influencia positiva en el afrontamiento del duelo, puesto que promueve las relaciones sociales, fomenta estados emocionales positivos y aumenta el asertividad (Yoffe, 2017; Noriega y Fernanda, 2017).

Volviendo a Ornelas (2016), expone que “las estrategias orientadas hacia la pérdida son la autofocalización negativa y la evitación, mientras que las orientadas a la restauración son la solución de problemas y la reevaluación positiva, principalmente” (p.182). Por esto, a continuación, se muestran las estrategias de afrontamiento más utilizadas en la tabla 2, según esta autora:

**Tabla 2. Estrategias más utilizadas en duelo normal y patológico.**

<b>Estrategias afrontamiento</b>	<b>Duelo normal</b>	<b>Duelo patológico</b>
<b>Búsqueda de apoyo</b>	3	2
<b>Expresión emocional abierta</b>	3	2
<b>Religión</b>	8	8
<b>Solución de problemas</b>	8	1
<b>Evitación</b>	1	4
<b>Autofocalización negativa</b>	1	8
<b>Reevaluación positiva</b>	2	1

Fuente: elaboración propia basada en Ornelas (2016).

Dicho de otra manera, esta tabla muestra que, de una muestra de 26 personas con duelo normal, y 26 con duelo patológico, en el duelo normal las estrategias más utilizadas son la Religión y Solución de problemas. En cambio, en el duelo patológico, la Autofocalización negativa y la Religión también.

Una vez conocidas las distintas estrategias de afrontamiento, se dice que el objetivo principal de trabajar el duelo es dotar al doliente de estas estrategias, acompañándolo en el proceso de adaptación y realizando tareas en las diferentes etapas del duelo. Todo ello con el fin de favorecer la autoayuda, ya que la persona afectada será siempre la que marque los tiempos (Nevado y González, 2017).

Por esto, ahora se muestra cómo ayudar al doliente en cada etapa del duelo según este autor, en la tabla 3 que se expone a continuación:

**Tabla 3. Cómo ayudar en el duelo según la etapa.**

<b>Etapa del Duelo</b>	<b>Cómo ayudar</b>
<b>Negación</b>	No forzar la aceptación, respetar ritmo y ser realistas.
<b>Ira</b>	Facilitar expresión de la ira.
<b>Negociación o Culpa</b>	Ayudar a manejar los sentimientos. Respeto y escucha activa.
<b>Depresión</b>	Descubrir causas y respetar la soledad.
<b>Aceptación</b>	Reforzar actitudes positivas y plantear actividades.

Fuente: elaboración propia basada en Nevado y González (2017).

Por otro lado, sobre el trabajo de enfermería en el duelo, primero se ha de tener en cuenta que, en el duelo, enfermería desempeña diversas funciones que según expone Jiménez, Román y Díaz (2017) son:

- Cuidar y acompañar al paciente.
- Comunicar.
- Tomar decisiones.
- Rehabilitar el estado emocional.
- Suministrar consuelo.
- Proteger al paciente.

Por este motivo, que el profesional de enfermería lleve a cabo estas funciones, demuestra que brinda un cuidado y atención constantes en el duelo, atendiendo al paciente en su esfera biopsicosocial y espiritual. Además, este autor refiere que la enfermera debe adquirir habilidades para, recibir críticas sin personalizar ni llevar la contraria, pedir un cambio explicando el motivo y

pidiendo la opinión del paciente, y denegar peticiones justificando la negación y ofreciendo alternativas.

Por tanto, es imprescindible que las enfermeras conozcan las fases del duelo (negación, ira, negociación, depresión y aceptación), puesto que de esta manera podrán identificar, tanto en Atención Primaria como Especializada, en qué etapa se encuentra la persona. De esta manera, se podrá diseñar una estrategia de afrontamiento acorde a cada individuo y evitar la cronificación y complicaciones del duelo (Corr, 2019).

Siguiendo con las actuaciones enfermeras en el duelo, Guillaumet, Amorós, Ramos, Campillo, & Martínez (2018) exponen que las enfermeras deben realizar un cuidado comprensivo en el duelo, aportando confort a la persona, respetando su intimidad, y proporcionando el espacio que necesita el doliente para despedirse del difunto. De la misma forma, el personal de enfermería debe respetar los sentimientos y emociones del deudo sin emitir juicios de valor, y adoptar habilidades de comunicación. Entre las competencias enfermeras en el proceso de afrontar el duelo, destacan: identificar las manifestaciones del sujeto para poder actuar a tiempo, y acompañar al paciente durante todo el proceso, respetando su ritmo de adaptación y los silencios. También es muy importante matizar que la enfermera debe acompañar y tranquilizar en el proceso de duelo, sin invadir a la otra persona.

Por este motivo, a continuación, se muestra una guía clínica utilizada en Atención Primaria principalmente. La enfermera debe planificar de siete a diez sesiones durante un año, y de duración entre 30 y 45 minutos aproximadamente. Al principio, las sesiones serán cada dos semanas para que afloren los sentimientos y poder lograr una mayor estabilidad emocional. Luego se irán espaciando de uno a dos meses, terminando con una sesión cada tres o cuatro meses. En cuanto al contenido, lo marca la evolución de la persona en duelo, pero las primeras fases se centran en acompañar a la persona y facilitar la expresión de sentimientos y recuerdos, predominando la escucha activa (Landa, García, Moyano y Molina, 2017).

Posteriormente, estos autores siguen diciendo que las sesiones se enfocan a hablar de las creencias que tiene el paciente sobre el difunto, lo que

piensa y lo que siente, intentando trabajar la normalización. Finalmente, se aborda la adaptación a una nueva vida, fomentando las relaciones sociales y las actividades lúdicas, además de conocer las nuevas habilidades y recursos de los que dispone. Se trata de una etapa donde predomina la información y la orientación hacia una nueva vida y una oportunidad de ser feliz sin sentirse culpable. De esta manera, al final se trata el pasado, presente y futuro de la persona que sufre el duelo.

Continuando con el trabajo que realiza enfermería en el duelo, Nevado y González (2017) resume las pautas de actuación para tratar el duelo en el cuadro 3 que se muestra a continuación:

**Cuadro 3. Cómo actuar en el duelo.**

1. Busca un lugar tranquilo (sala privada, cómoda y tranquila, evita elementos distractores e interrupciones, cierre puertas y ventanas)
2. No existe una fórmula
3. Espera a que pregunten
4. No discutas la negación (formas de negación: racionalización, desplazamiento, eufemismo, minimización, autoinculpación)
5. Acepta ambivalencias
6. Busca la simplicidad, evita palabras rebuscadas
7. No establezcas límites ni plazos
8. Hazlo gradualmente
9. Sé receptivo
10. Extrema la delicadeza
11. Evita el paternalismo y excesiva emoción
12. No digas nada que no sea verdad
13. No presupongas lo que les da angustia
14. Tómate tu tiempo
15. Cuida el lenguaje no verbal
16. Mantente atento a la solicitud de información

Fuente: extraído de Nevado y González (2017, p. 84).



Además, es recomendable realizar las intervenciones enfermeras antes de que el duelo se vuelva crónico o patológico, es decir, entre seis meses y un año después de la muerte del ser querido. De este modo también se trabajaría en la prevención, y para ello se debe hacer un seguimiento del duelo por parte de las enfermeras, para identificar los puntos débiles del doliente (Mutedzi, Langhaug, Hunt, Nkhoma & Harding, 2019).

Por lo que se refiere a las intervenciones enfermeras del manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), en este estudio realizado en Atención Primaria en Canarias, se realizaron 99 intervenciones diferentes al 67% de los pacientes. Entre las principales destacaban: Apoyo emocional, Facilitar el duelo, Escucha activa, Aumentar el afrontamiento y asesoramiento y Estimulación de la integridad familiar (Rodríguez-Álvaro, Aguirre-Jaime, Brito-Brito, García-Hernández y Fernández-Gutiérrez, 2018). Esto quiere decir que, ya se trate el duelo en Salud Mental, Atención Primaria u otro servicio, el papel de enfermería está muy presente en el duelo, tanto en la prevención de sus complicaciones, como en el cuidado holístico que se brinda al paciente, siendo éste el centro de atención. De esta manera, las enfermeras ayudan y hacen posible el afrontamiento del duelo.

Por último, finalizando con los cuidados de enfermería en el duelo, hay que tener en cuenta que para ayudar en el proceso del duelo hay que elaborar ese duelo, y esto quiere decir que deben quedar definidas las competencias de cada profesional que intervenga. Además, hay que añadir que no todos los duelos son iguales, y que en un duelo que empieza cursando normal, es la persona quien debe marcar los tiempos, y elaborar sus objetivos. La enfermera debe acompañarlo en ese proceso, ya que puede complicarse y necesitar ayuda profesional, pero debe hacerlo con sutileza, prudencia, respeto y no de forma intrusiva (García-Viniegras, Grau e Infante, 2013). Por lo cual, los objetivos de elaborar el duelo son, mejorar la calidad de vida y la salud mental, disminuir el estrés y el aislamiento social y aumentar la autoestima. Y en cuanto a las intervenciones para alcanzar estos objetivos, predominan el apoyo social, técnicas de asesoramiento individual, técnicas de asesoramiento en grupo, terapia de relajación, yoga y musicoterapia (Boó, 2013).

En definitiva, según García-Viniegras et al. (2013), los cuidados primarios del duelo tienen que ser:

- Integrales (esfera biopsicosocial y espiritual).
- Accesibles (Atención Primaria es la puerta de entrada).
- Esenciales (basado en técnicas básicas como la comunicación).
- Coordinados.
- Longitudinales en el tiempo (antes, durante y después de la muerte).

### **3.6. Fundamentación teórica y competencias enfermeras**

En primer lugar, hoy se puede decir que enfermería es un campo de saber y de conocimiento, no sólo un conjunto de técnicas, y esto se debe en gran medida al trabajo que realizaron las teóricas enfermeras hace años. Todas ellas, estadounidenses y canadienses, dieron significado a las palabras persona, cuidado, salud y enfermedad, y además elaboraron diferentes teorías que sirvieron de base para marcar un antes y un después en enfermería. La Ciencia Enfermera basa su saber en la elaboración de modelos y teorías, teniendo en cuenta todos los aspectos del ser humano y el entorno que lo rodea (Rivera, 2003).

Para la elaboración de este trabajo se han tenido en cuenta la Teoría de la Adaptación de Callista Roy y la Teoría del Duelo de Elisabeth Kübler-Ross. A continuación, se muestran los modelos que apoyan sus teorías y la razón por la cual se han elegido a estas dos teóricas y no a otras.

En cuanto a Callista Roy, nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles, California. Se formó en enfermería y sociología, y se dedicó tanto a la función asistencial como docente. Define enfermería como una disciplina profesional con un cuerpo de conocimientos científicos que proporciona a la persona un servicio esencial. El objetivo de enfermería según Roy es ayudar al hombre a adaptarse a los cambios que surgen en cuanto a salud, enfermedad, entorno y a él mismo como hombre. En su Teoría de la adaptación, considera que la persona posee cuatro modos de adaptación: fisiológica, autoconcepto,

desempeño de funciones y relaciones de interdependencia (Naranjo, Jiménez y González, 2018). Además, según Hernández, De Maya, Díaz y Giménez (2012) las bases teóricas en las que se basó Roy son la Teoría de la Adaptación de Harry Helson y la Teoría General de Sistemas. En cuanto a la clasificación de su modelo, se define como modelo conceptual, se encuentra dentro del paradigma de integración, pertenece a la escuela de los efectos deseados y según la tendencia de cuidado se trata de un modelo de interrelación.

Para entender mejor la teoría de Roy, ahora se define qué es un modelo conceptual en enfermería. Así, Raile (2018) afirma que los modelos conceptuales son los conceptos y sus relaciones que determinan una perspectiva, y esta perspectiva ofrece diferentes enfoques de pensamiento crítico sobre familias, personas y comunidades. Estos modelos también abordan el metaparadigma enfermero (persona, salud, enfermería y entorno). Continuando con Callista Roy, según afirma Hernández et al. (2012), la persona es un sistema abierto que recibe estímulos del entorno y reacciona ante ellos con una respuesta de adaptación. Estos estímulos pueden ser de tres tipos: focales (estímulos más próximos a la persona), contextuales (otros estímulos que influyen en el estímulo focal) y residuales (factores del entorno que provocan efectos en la situación del momento). De este modo, la persona está integrada por dos subsistemas principales: el de procesos primarios y el de efectos o secundario, que a su vez está formado por cuatro subsistemas.

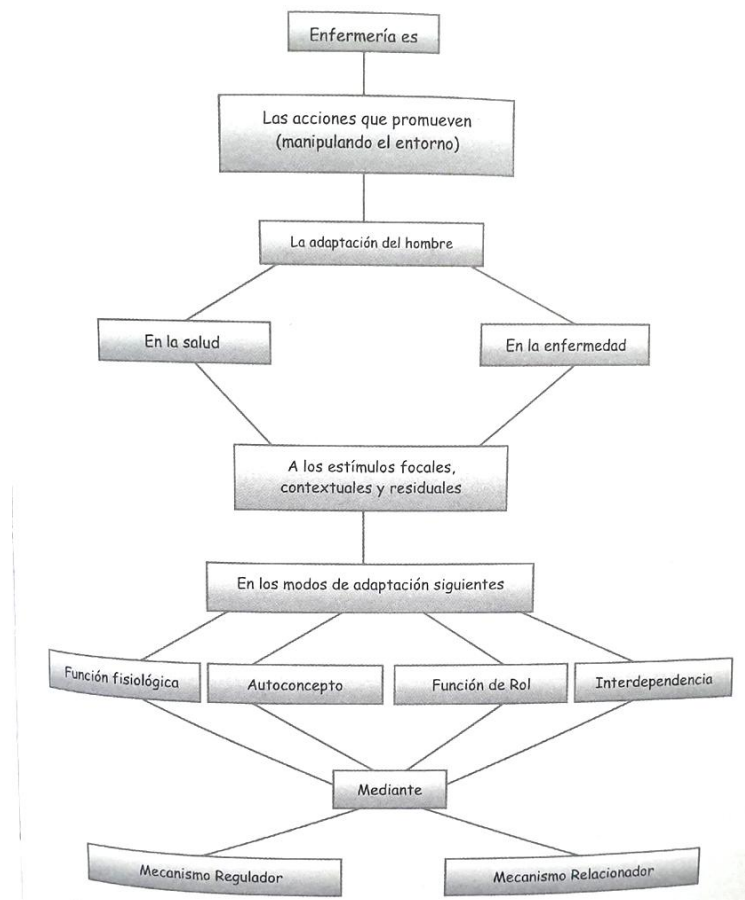
El subsistema de procesos primarios está constituido por los mecanismos que tiene la persona para afrontar los estímulos externos del entorno. Estos mecanismos son: el regulador, que es un modo de afrontamiento físico, y el relacionador, que se trata de afrontar a través de canales emocionales y cognitivos. De la misma forma, según estos autores, el subsistema secundario o de efectos, está constituido a su vez por cuatro subsistemas:

- El modo de adaptación fisiológico-físico, como respirar, alimentarse...
- El modo de adaptación de autoconcepto de grupo, centrado en averiguar cómo debe actuar la persona en la sociedad.

- El modo de adaptación de la función del rol.
- El modo de adaptación de la interdependencia, que trata de las interacciones de las personas con los demás.

La persona es, por tanto, un todo complejo que está formada por seis subsistemas en total, que son mecanismos de afrontamiento y adaptación.

A continuación, en la figura 1 se muestra un resumen de la función de la enfermera según el modelo de Roy:



**Figura 1. Cuadro sinóptico de la función enfermera según Roy.**

Fuente: extraído de Hernández et al. (2012).

Una vez conocido el modelo y teoría de Callista Roy, se deducen los conceptos del metaparadigma enfermero:

- Persona: es un sistema abierto que responde a estímulos internos y externos en su entorno. La persona es el centro de la atención, y en el sistema humano incluye a individuos, familias, comunidad y sociedad.

- Salud: estado que refleja la relación de la persona y el ambiente, siendo la salud un reflejo de la adaptación.
- Entorno: condiciones y situaciones que afectan al desarrollo y comportamiento de la persona.
- Enfermería: concepto clave que ayuda al paciente a desarrollar mecanismos de afrontamiento, mejorando el entorno a través del control de estímulos (Shah, 2015).

Por otra parte, en cuanto a Elisabeth Kübler-Ross, nació en Suiza y fue una psiquiatra muy reconocida, una gran experta en la muerte, el duelo y los cuidados paliativos. Centró su investigación en estudiar el duelo, en concreto las etapas, y posteriormente en las intervenciones de enfermería que se deben hacer en cada una de esas etapas. Ross identificó cinco etapas que ocurren en el proceso de duelo, y añadió que la duración es variable, dependiendo de la persona y circunstancias que rodean la muerte. Además, no siempre se dan en el mismo orden, e incluso pueden solaparse (Miaja y Moral de la Rubia, 2013).

Estos autores definen las etapas del duelo según Kübler-Ross de la siguiente forma:

- Negación: imposibilidad de reconocer o aceptar un hecho real como la muerte.
- Ira: reacción emocional de resentimiento y rabia por haber perdido a un ser querido.
- Negociación: forma de afrontar la culpa hacia aquellos a quienes dirigió la ira. Pasa de una conducta autodestructiva a intentar recuperarse.
- Depresión: sentimientos de dolor intenso y vacío.
- Aceptación: reconocimiento de la pérdida de la persona fallecida, asumiendo una actitud de superación.

Por otro lado, según afirma Rodríguez, García y Toledo (2008), Elisabeth Kübler-Ross describe algunas intervenciones de enfermería que deben realizarse en cada etapa del duelo. Así, en la fase de negación, la enfermera

debe dar apoyo emocional pero no debe forzar la aceptación. En la ira debe escuchar y no sentirse objeto de la crítica, mientras que en la negociación predomina la escucha activa y ayudar a que la persona exprese sus sentimientos. Además, en la fase de depresión debe acompañar al doliente, y atender el lenguaje no verbal, y en la aceptación atender a los familiares también y proponer tareas y actividades para comenzar una nueva vida.

Por último, según estos autores, Ross afirma que es necesario que las enfermeras trabajen conforme a un modelo que indique cómo entender a los individuos y la complejidad del duelo. De esta manera, los cuidados enfermeros serán de mejor calidad y aportarán mayor beneficio al paciente, que es el objetivo principal de enfermería.

Una vez definidas las teorías propuestas por Callista Roy y Elisabeth Kübler-Ross, conoceremos los motivos por los cuales se ha decidido elaborar este trabajo apoyándose en estos modelos. Es por esto que, Martínez y Gómez (2017) afirman que cuando una persona sufre un proceso de duelo, pasa por diferentes fases y en ellas influye la familia, el entorno y la comunidad, enfrentándose a diversas situaciones y problemas. En el caso del duelo, estos factores influyen en gran medida en el proceso de adaptación para afrontar el duelo, por eso es tan importante la base teórica propuesta por Callista Roy, ya que hace comprender mucho mejor el proceso de adaptación, ya sea de una enfermedad, de una situación familiar o como en este caso, orientado hacia el duelo. De esta forma se pueden dar cuidados de mayor calidad y con una base teórica que respalde la actuación enfermera.

Sobre el afrontamiento, hay que decir que existen diferentes posibilidades en cuanto a tiempo y espacio, por lo que no se puede definir exactamente, pero sí se sabe que un afrontamiento eficaz da lugar al equilibrio, bienestar y a lograr una salud óptima. El afrontamiento ineficaz, en cambio, perpetúa el problema o incluso origina otros problemas más (Martínez y Gómez, 2017).

Además, conviene subrayar que, según un estudio realizado en 2017, con una muestra de 216 personas, se aplicó una escala para medir el proceso de adaptación y afrontamiento del duelo según Callista Roy. Se obtuvo lo

siguiente: nivel bajo de adaptación y afrontamiento, 74 personas (34,26%), medio 73 (33,79%) y con un nivel alto 69 personas (31,94%) (Osorio-Duran, Lapeira-Panneflex, y Acosta-Salazar, 2019). Con esto se confirma que el modelo de Callista Roy es muy útil en la elaboración del proceso del duelo, y por eso se ha elegido en este caso.

Por último, Borges y Lucas (2014) afirman que Kübler-Ross expone en su obra *Sobre la Muerte y los Moribundos*, que la persona siempre intenta protegerse psicológicamente de la muerte y el sufrimiento, aunque viva una situación de catástrofe inminente. Por esta razón, tanto los profesionales de salud, pacientes enfermos o familiares que sufran el duelo, deben reconstruir la actitud que tienen frente a la muerte para mejorar su trabajo y poder así afrontar mejor el duelo. En otras palabras, en un trabajo sobre el duelo no podía faltar la visión y modelo de Elisabeth Kübler-Ross.





## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño**

Se realizó un estudio de casos único, cuya definición según Jiménez (2012) es la siguiente: “Una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa, y en el que múltiples fuentes de evidencia son utilizadas” (p. 142). Además, este mismo autor añade que un estudio de casos es una metodología de investigación cualitativa, que utiliza fuentes de evidencia tanto cuantitativas como cualitativas. En este tipo de estudio no se puede utilizar la inferencia estadística y predomina el juicio subjetivo del investigador en la interpretación de la información.

### **4.2. Sujeto del estudio.**

Mujer de 46 años que sufre un ataque de ansiedad al leer la autopsia de su hija fallecida hace nueve meses por accidente de tráfico.

### **4.3. Ámbito y Periodo del estudio.**

El estudio se realizó en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria de la Región de Murcia.

El estudio se realizó en dos fases:

- 1ª fase: corresponde a la recogida de información, en el periodo comprendido entre el 04/09/19 – 27/10/19.
- 2ª fase: corresponde al análisis de información, revisión de la evidencia científica y elaboración de la memoria escrita, en el periodo comprendido entre el 28/10/19 – 27/03/20.

### **4.4. Procedimiento de recogida de información**

#### *4.4.1. Fuente de información.*

Como fuente de información se han utilizado los siguientes instrumentos:

- Revisión de la Historia clínica.

- Entrevista y observación directa.
- Revisión bibliográfica.

#### *4.4.2. Procedimiento de información.*

La recogida de datos comenzó realizando un examen físico y una entrevista personal al sujeto de estudio, preguntando también a la familia. Además, se realizó una valoración de enfermería mediante los 11 patrones de Margory Gordon, según Gordon (2014), donde se pudieron obtener los datos más relevantes para averiguar qué patrones estaban alterados.

Por otro lado, se pudo acceder a la Historia Clínica del sujeto de estudio para completar la información necesaria para elaborar un plan de cuidados individualizado.

Por último, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, en las siguientes Bases de datos: Cuiden, PubMed, Dialnet, Scielo y Sicencedirect. Para ello, se utilizaron los siguientes descriptores: ansiedad de separación, pesar, privación del duelo, trastornos de adaptación, rol de la enfermera, impacto psicosocial.

#### *4.4.3. Procesamiento de los datos.*

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera.

En un primer momento se ha realizado un análisis crítico por el modelo AREA propuesto por Pesut & Herman (1999) para obtener el diagnóstico enfermero principal según la taxonomía NANDA I (Herdman, & Kamitsuru, 2015). De este análisis crítico se obtiene como DxEp (00135) Duelo complicado r/c muerte de persona significativa m/p anhelo de la persona fallecida y ansiedad. Pero se debe añadir que, al encontrarnos en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria, y al sufrir el sujeto de estudio un gran ataque de ansiedad se decide actuar y solucionar el segundo diagnóstico más importante que es (00146) Ansiedad r/c grandes cambios y crisis situacional m/p sequedad de boca, aumento de la sudoración y hormigueo en las extremidades.

Además, se realiza un segundo análisis crítico para obtener los Problemas de Colaboración y por tanto, el Riesgo de Complicación principal, para ello se utiliza el Manual de Planes de Cuidados y Documentación Clínica en Enfermería y el Manual de Diagnóstico de Enfermería (Carpenito, 2013). De esta forma, se obtiene como RCp Hipoglucemia. También se establecieron los resultados a través del Manual de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), en Moorhead (2014), y en base a esos resultados se planificaron una serie de intervenciones y actividades basadas en el Manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), (Bulechek, 2014).

Conviene subrayar que se ha garantizado la confidencialidad de los datos personales del sujeto durante todas las fases del estudio.

Para la revisión bibliográfica fue aplicado los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Años: 2015-2020 y bibliografía clásica relevante como ampliación hacia atrás hasta el año 2007 para definiciones en el marco teórico.
- Materia: ciencias de la salud y psicología.
- Textos completos.
- Artículos de revistas científicas, libros, tesis y TFGs.

Tras realizar una revisión exhaustiva de la evidencia científica, se han incluido 109 referencias para elaborar este trabajo. En cuanto a los artículos, fueron clasificados y seleccionados según los criterios de interés y objetivos del trabajo.

A continuación, en la tabla 4 se muestran las bases de datos consultadas de los artículos **más relevantes**, que suman 27.

**Tabla 4. Bases de datos utilizadas y nº de artículos más relevantes.**

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>ARTÍCULOS SELECCIONADOS</b>
<b>PUBMED</b>	5
<b>SCIELO</b>	12
<b>DIALNET</b>	6
<b>SCIENCEDIRECT</b>	2
<b>CUIDEN</b>	2

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5, se indican los artículos más relevantes de la base de datos Scielo, clasificados por título, autor, idioma y año:

**Tabla 5. Artículos utilizados de Scielo.**

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>IDIOMA</b>	<b>AÑO</b>
<b>Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica.</b>	Bermejo, J. C., Villacieros, M., y Fernandez-Quijano, I.	2016	Español
<b>Cuando la muerte ya no tiene poder: consideraciones sobre una obra de Elisabeth Kübler-Ross.</b>	Borges, A. C., y Lucas, D. P	2014	Español
<b>Adaptación del Inventario de duelo complicado en la población</b>	Gamba-Collazos, H. A., y Navia, C. E.	2017	Español

colombiana.

**Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención.**

García-Viniegras, C. R., Grau, A. J. A., y Infante, P. O. E.

2013

Español

**La narrativa como estrategia didáctica para una aproximación al proceso de la muerte.**

Guillaumet, M., Amorós, G., Ramos, A., Campillo, B., & Martínez, M. M.

2018

Español

**Diseño y análisis psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos.**

Liz, B. R., y Avedaño, B. L.

2018

Español

**Formalización del concepto de Afrontamiento: una aproximación en el cuidado de la Salud.**

Martínez, A. A., y Gómez, G. J. L.

2017

Español

**A situação de enfermagem: "um milagre da vida" na aplicação do conceito de luto.**

Noguera, O. N. Y., y Pérez, R. C.

2014

Portugués

**Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo.**

Reyes, P. V., Reséndiz, R. A., Alcázar, O. R. J., y Reidl, M. L. M.

2017

Español

---

<b>Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning.</b>	Villacieros, D. M., Magaña, L. M., Bermejo, H. J. C., Carabias, M. R., & Serrano, F. I.	2014	Inglés
<b>El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales.</b>	Miaja, A. M., y Moral de la Rubia, J.	2013	Español
<b>Grief, depression, and the DSM-5: a review and reflections upon the debate.</b>	Zachar, P.	2015	Inglés

---

Fuente: elaboración propia.

De la misma manera, a continuación, en la tabla 6 se muestran los artículos más importantes seleccionados de la base de datos de Cuiden:

**Tabla 6. Estudios relevantes de Cuiden.**

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>IDIOMA</b>
<b>La muerte, el duelo y el equipo de salud.</b>	Carmona, B. Z. E., y Brancho D. L. C. E.	2008	Español
<b>La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer.</b>	Alfárez, A.D.	2016	Español

Fuente: elaboración propia.

Continuando con los artículos más relevantes, a continuación, en la tabla 7 se indican los artículos de la base de datos Dialnet:

**Tabla 7. Estudios relevantes de Dialnet.**

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>IDIOMA</b>
<b>Duelo en discapacidad intelectual: los avances de una década.</b>	Cristóbal, F. L., Alcedo, R. M. A., y Gómez, S. L. E.	2017	Español
<b>Duelo prolongado y factores asociados.</b>	Estevan, B. P., De Miguel, S. C., Álvarez, A. R., Martín, M. E., Múgica, A. B., Riestra, F. A.,...Del Cura, G. I.	2016	Español
<b>Epidemiología enfermera del duelo en Canarias.</b>	Martín, R. A.	2017	Español
<b>Cuidado al familiar del paciente críticamente enfermo desde la teoría de Callista Roy.</b>	Osorio-Duran, E., Lapeira-Panneflex, P., y Acosta-Salazar, D.	2019	Español
<b>Afrontamiento de un grupo de adultos ante el duelo por pérdida de los padres en el Centro de Apoyo al Duelo.</b>	Quito, M. C. P., Trelles, C. D. E., y Cadena, P. H. R.	2019	Español
<b>El afrontamiento de la muerte de un hijo.</b>	Blanco, V. E.	2018	Español

Fuente: elaboración propia.



A continuación, en la tabla 8, se muestran los estudios con más importancia de la base de datos de ScienceDirect:

**Tabla 8. Artículos más importantes de ScienceDirect.**

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>IDIOMA</b>
<b>Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo.</b>	Fernández-Alcántara, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., y Cruz-Quintana, F.	2016	Español
<b>Intervenciones y criterios de resultado planificados por las enfermeras comunitarias en la atención al duelo en Canarias.</b>	Rodríguez-Álvaro, M., García-Hernández, A. M., Brito-Brito, P. R., Aguirre-Jaime, A., y Fernández-Gutiérrez, D. A.	2018	Español

Fuente: elaboración propia.

Por último, en la tabla 9 se indican los artículos más relevantes de la base de datos de PubMed:

**Tabla 9. Estudios relevantes de PubMed.**

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>IDIOMA</b>
<b>What nursing can learn from a proper appreciation of the five stages.</b>	Corr, C. A.	2019	Inglés
<b>Chronic Pain and Grief.</b>	Imaz, G. J. A., & Reyes, R. C. M.	2019	Inglés
<b>Improving bereavement outcomes in Zimbabwe: protocol for a feasibility cluster trial of the 9-cell bereavement tool.</b>	Mutedzi, B., Langhaug, L., Hunt, J., Nkhoma, K., & Harding, R.	2019	Inglés
<b>Compare and Contrast of Grand Theories: Orem's Self-Care Deficit Theory and Roy's Adaptation Model.</b>	Shah, M.	2015	Inglés
<b>Models of coping with bereavement: an updated overview.</b>	Stroebe, M., Schut, K., & Boerner, K.	2017	Inglés

Fuente: elaboración propia.

## **5. RESULTADOS**

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el plan de cuidados realizado a la paciente.

### **5.1 Descripción del caso clínico.**

Nos encontramos en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria en Cieza. En este servicio se recibe una llamada de la centralita del 112 informando de un aviso que hay que realizar por un ataque de ansiedad.

Al llegar al domicilio se puede observar a una mujer tumbada en el sofá de su salón, con un fuerte ataque de ansiedad. Está sudando, hiperventilando y dice que no siente los brazos ni las piernas.

La paciente está acompañada por su hijo y su madre, además de la policía, que es quien alerta a Emergencias del 112, puesto que son ellos quienes la encuentran en la calle en el momento en que sufre el ataque de ansiedad.

Se le pregunta a la madre qué ha ocurrido y ésta informa que ha sufrido el ataque después de leer la autopsia de su hija fallecida hace nueve meses.

### **5.2 Valoración enfermera.**

Para poder realizar la valoración enfermera, utilizaremos los 11 patrones de Marjory Gordon.

#### **Patrón 1. Percepción manejo de la salud.**

- Mujer.
- 46 años.
- Casada.

- Hija fallecida hace 9 meses en accidente de tráfico.
- DM tipo II.
- No alergias.
- No HTA ni dislipemia.
- Tratamiento: Lorazepam 1c/noche. Metformina 2c/día.

### **Patrón 2. Nutricional metabólico.**

- Temperatura: 36°C.
- No alergia a alimentos.
- Glucemia capilar: 110 mg/dl.
- La paciente expresa: “no tengo ganas de comer”.
- Pérdida de 11 kg de peso desde el fallecimiento de su hija.
- Dice tener “la boca seca”.
- Cabello frágil.
- No edemas en miembros inferiores.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias.

### **Patrón 3. Eliminación.**

- Sudoración profusa.
- No incontinencia urinaria.
- No incontinencia fecal.

### **Patrón 4 Actividad – Ejercicio.**

- T.A: 125/75 mmHg.
- F.C: 95 l.p.m.

- Hiperventilación.
- SatO2: 96%.
- Taquipnea.
- Auscultación pulmonar normal, nada patológico.
- Hormigueo en manos y piernas.
- Se siente cansada.
- La madre refiere que no sale de casa, excepto para hacer la compra o ir al médico.
- La paciente refiere que no tiene ganas de salir a la calle.

**Patrón 5. Sueño – Descanso.**

- Refiere que le cuesta conciliar el sueño.
- Se despierta mínimo 2 veces por la noche.
- La paciente expresa: “me siento agotada y sin fuerzas”.

**Patrón 6 Cognitivo – Perceptual**

- Consciente y orientado.
- Escala Glasgow: 15.
- Órganos de los sentidos en buen estado.

**Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto.**

- Habla en voz baja.
- Siente que no tiene motivación por nada.
- Siente tristeza y desgana.
- Se siente incomprendida.

### **Patrón 8. Rol – Relaciones.**

- Casada.
- Madre de 2 hijos (una falleció hace 9 meses).
- Vive con su marido, hijo, madre.
- Tiene el apoyo de su familia.
- Dice que tiene amigos, pero no le apetece verlos.
- No trabaja.
- Tiene problemas con su marido desde el fallecimiento de su hija.

### **Patrón 9. Sexualidad – Reproducción.**

- La paciente refiere que desde que falleció su hija las relaciones íntimas con su marido han cambiado y no son como antes.
- Dice que casi nunca le apetece mantener relaciones.

### **Patrón 10. Adaptación – Tolerancia al Estrés.**

- Gran cambio en su vida por la muerte de su hija.
- No se adapta a su nueva vida.
- No tiene habilidades de afrontamiento.

### **Patrón 11. Valores – Creencias.**

- Es católica pero no practicante.
- No piensa en el futuro.
- Siempre ha creído en la unión familiar.

### 5.3 Diagnósticos de enfermería.

A continuación, presentamos los Diagnósticos de Enfermería (DxE) utilizando el manual de Enfermería NANDA I 2015-2017 (Herdman, & Kamitsuru, 2015) en relación a los patrones alterados.

#### **PATRÓN Nº2 ALTERADO: NUTRICIONAL- METABÓLICO.**

**(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable** r/c la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad y pérdida de peso excesiva.

Dominio 2. Nutrición. Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 4 Metabolismo. Procesos químicos y físicos que ocurren en los organismos vivos y las células para el desarrollo y uso del protoplasma, la producción de desechos y energía, con liberación de energía para todos los procesos vitales.

Definición: vulnerable a la variación en los niveles sanguíneos de glucosa/azúcar fuera de los rangos normales, que puede comprometer la salud.

**(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales** r/c ingesta diaria insuficiente m/p fragilidad capilar e ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

Dominio 2. Nutrición. Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1. Ingestión. Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo.

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

## **PATRÓN Nº4 ALTERADO: ACTIVIDAD-EJERCICIO.**

**(00168) Estilo de vida sedentario** r/c motivación insuficiente para realizar la actividad física m/p la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.

Dominio 1. Promoción de la salud. Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control, así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud. Reconocimiento del funcionamiento normal y el bienestar.

Definición: expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

**(00093) Fatiga** r/c acontecimiento vital negativo y ansiedad m/p cansancio y desinterés por el entorno.

Dominio 4. Actividad/reposo. Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

Clase 3. Equilibrio de la energía. Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos.

Definición: sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.

**(00032) Patrón respiratorio ineficaz** r/c ansiedad e hiperventilación m/p taquipnea.

Dominio 4. Actividad/reposo. Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares. Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo.

Definición: inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.



## **PATRÓN N °5ALTERADO: SUEÑO – DESCANSO**

**(00095) Insomnio** r/c ansiedad y duelo m/p energía insuficiente y dificultad para conciliar el sueño.

Dominio 4. Actividad/reposo. Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

Clase 1. Sueño reposo. Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.

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

## **PATRÓN N°7 ALTERADO. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO**

**(00153) Riesgo de baja autoestima situacional** r/c antecedentes de pérdida.

Dominio 6. Autopercepción. Conciencia de sí mismo.

Clase 2. Autoestima. Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito.

Definición: vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta que puede comprometer la salud.

## **PATRÓN N°8 ALTERADO. ROL-RELACIONES**

**(00063) Procesos familiares disfuncionales** r/c estrategias de afrontamiento ineficaces y habilidades de resolución de problemas insuficientes m/p incapacidad para adaptarse al cambio y sentirse incomprendido.

Dominio 7. Rol/relaciones. Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

Clase 2. Relaciones familiares. Asociaciones de personas que están biológicamente relacionadas o relacionadas por elección.

Definición: las funciones psicológicas, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.

**(00052) Deterioro de la interacción social** r/c ausencia de personas significativas m/p discomfort en situaciones sociales.

Dominio 7. Rol/relaciones. Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

Clase 3. Desempeño del rol. Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados.

Definición: cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.

## **PATRÓN Nº9 ALTERADO. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**

**(00065) Patrón sexual ineficaz** r/c ausencia de personas significativas m/p alteración en la actividad sexual.

Dominio 8. Sexualidad. Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 2. Función sexual. Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales.

Definición: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

## **PATRÓN Nº10 ALTERADO. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS**

**(00135) Duelo complicado** r/c muerte de persona significativa m/p anhelo de la persona fallecida y ansiedad.

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Convivir con los eventos/procesos vitales.

Clase 2. Respuestas de afrontamiento. Procesos de gestión del estrés del entorno.

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.

**(00146) Ansiedad** r/c grandes cambios y crisis situacional m/p sequedad de boca, aumento de la sudoración y hormigueo en las extremidades.

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Convivir con los eventos/procesos vitales.

Clase 2. Respuestas de afrontamiento. Procesos de gestión del estrés del entorno.

Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

**(00214) Discomfort** r/c control insuficiente sobre la situación m/p ansiedad e incapacidad para relajarse.

Dominio 12. Confort. Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.

Clase 1 Confort físico. Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.

Clase 2 Confort del entorno. Sensación de bienestar o alivio en/con el propio entorno.

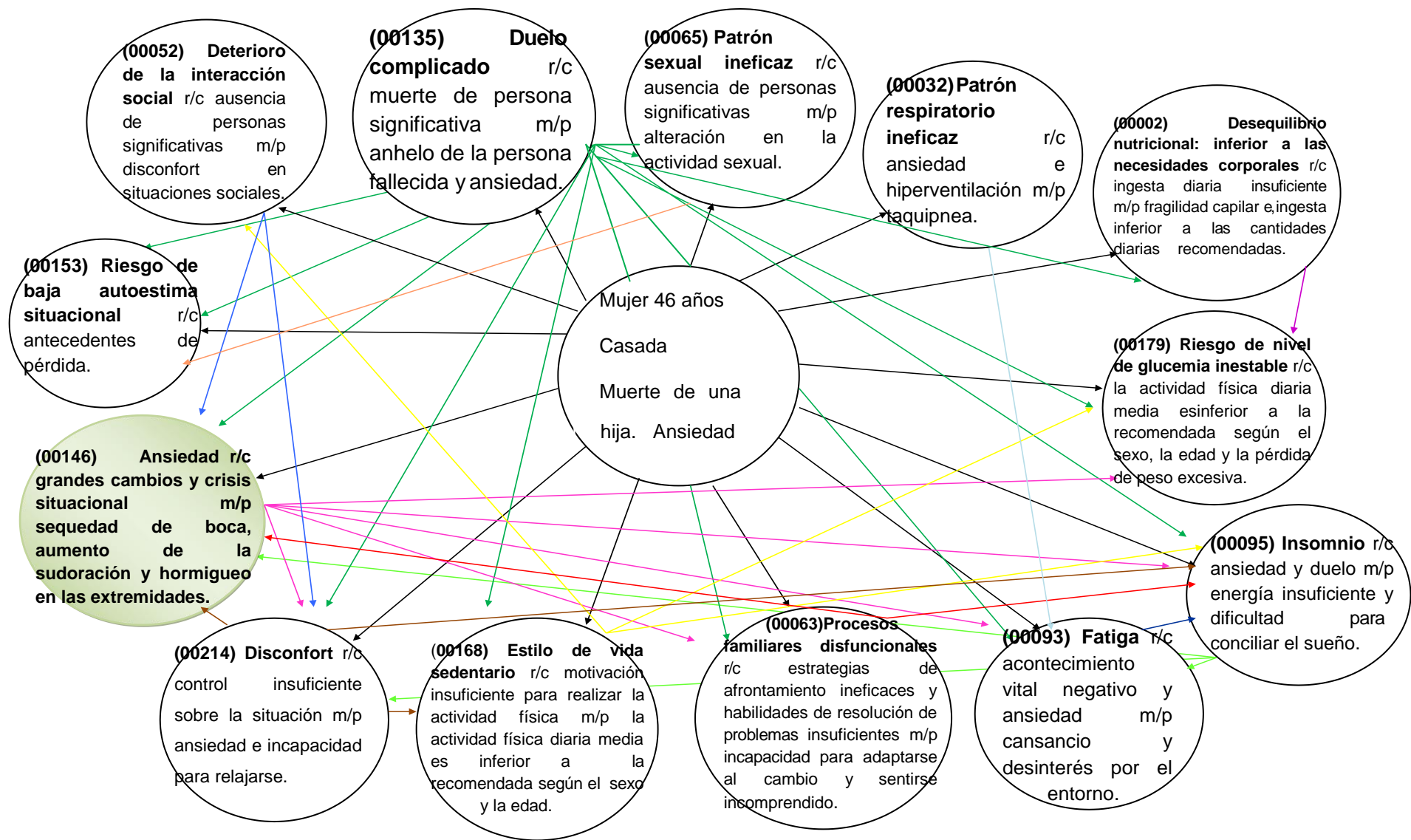
Clase 3 Confort social. Sensación de bienestar o alivio con la situación social propia.

Definición: percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, cultural y/o social.

### **5.3.1 Priorización del Diagnóstico de enfermería mediante la red de razonamiento clínico.**

Para Realizar la priorización se utilizará la red de razonamiento clínico del modelo AREA propuesta por Pesut & Herman (Pesut & Herman, 1999).

A continuación, en la figura 2 se muestra la red de razonamiento clínico para obtener el diagnóstico principal:



**Figura 2. Red de Razonamiento Crítico para obtener el DxEp.**

Fuente: elaboración propia basada en Presut & Herman (Presut & Herman, 1999).

### **5.3.2 Justificación del Diagnóstico principal.**

Tal y como se puede observar en la red de razonamiento clínico realizada anteriormente, propuesta por Presut& Herman (Presut& Herman, 1999), el diagnóstico que más problemas puede resolver es (00135) Duelo complicado r/c muerte de persona significativa m/p anhelo de la persona fallecida y ansiedad.

Sin embargo, hay que tener en cuenta el servicio en el que se trabaja, y precisamente por ello, en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria no se puede abordar el duelo, puesto que se dispone de un tiempo limitado y nos faltarían medios para realizar un correcto abordaje.

Además, ante un ataque de ansiedad, lo primordial es tratarlo y que mejore la situación de la paciente. Asimismo se le recomendó a la paciente que fuera a su centro de salud y su médico de familia la derivara a salud mental, para que la incluyeran en el programa de duelo conducido por una psicóloga.

Por todo esto, el segundo diagnóstico en el que se puede actuar inmediatamente para lograr un resultado óptimo es:

(00146) Ansiedad r/c grandes cambios y crisis situacional m/p sequedad de boca, aumento de la sudoración y hormigueo en las extremidades.

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Convivir con los eventos/procesos vitales.

Clase 2. Respuestas de afrontamiento. Procesos de gestión del estrés del entorno.

Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Si se soluciona este diagnóstico, se solucionarían o mejorarían los siguientes:

**(00095) Insomnio** r/c ansiedad y duelo m/p energía insuficiente y dificultad para conciliar el sueño.

En efecto, si se resuelve el problema de la ansiedad, se solucionaría también el del insomnio, puesto que González (2017) afirma:

Las principales causas del insomnio quedan clasificadas en dos grupos decrecientes en frecuencia: alteraciones emocionales de carácter reactivo y enfermedades psiquiátricas. En general, todas aquellas situaciones del individuo que se acompañan de intensa ansiedad, preocupación, tensión psíquica, angustia, miedo o tristeza. (p.5)

**(00063) Procesos familiares disfuncionales** r/c estrategias de afrontamiento ineficaces y habilidades de resolución de problemas insuficientes m/p incapacidad para adaptarse al cambio y sentirse incomprendido.

Existe una correlación significativa entre el nivel de ansiedad y el de satisfacción con las relaciones familiares, puesto que hay una relación que explica que, cuanto menor es el nivel de ansiedad, hay mayor grado de satisfacción en las relaciones familiares (Ramos, Noriega, Martínez & Lorente, 2018). Además, según publica Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas & González Martínez (2014), la sintomatología de ansiedad y depresión se debe sobre todo a factores asociados como, dificultades económicas y en mayor grado, problemas familiares.

**(00214) Disconfort** r/c control insuficiente sobre la situación m/p ansiedad e incapacidad para relajarse.

Por otro lado, se puede afirmar que los principales síntomas psicológicos de la ansiedad son: preocupación, inquietud, nerviosismo, miedo injustificado y agobio entre otros (Sandín, Valiente, Pineda, García-Escalera & Chorot, 2018).

De este modo, se puede justificar que si se trata y alivia la ansiedad, también lo harían estos síntomas, que al fin y al cabo se traducen en discomfort para el paciente.

**(00093) Fatiga** r/c acontecimiento vital negativo y ansiedad m/p cansancio y desinterés por el entorno.

Cabe destacar que en este caso y en otros intervalos de edad, la fatiga emocional puede ser un síntoma de la ansiedad.

La ansiedad se manifiesta cuando la persona ha sido expuesta a una situación traumática que le ha provocado una experiencia psicológica estresante, lo que puede llegar a ser incapacitante. Los síntomas incluyen: pesadillas, sentimientos de ira, irritabilidad, fatiga emocional, desapego hacia los demás, etcétera, cuando la persona revive el hecho traumático. (Santos & Vallín, 2018, p.25)

**(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable** r/c la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad y pérdida de peso excesiva.

Por último, se ha de señalar que la ansiedad afecta directamente a la diabetes mellitus tipo II y se explica a continuación. La adrenalina es una hormona que inhibe la acción de la insulina, y cuando se manifiesta la ansiedad o una situación estresante se libera más adrenalina, provocando así que haya un aumento de glucosa en sangre (Guamanquishpe, & Parra, 2019). Por todo esto, se puede afirmar que si se trata la ansiedad, se pueden evitar complicaciones relacionadas con la diabetes.

#### **5.4 Problemas de Colaboración (PC) y Riesgos de Complicación (RC).**

Para trabajar los problemas de colaboración, utilizaremos el manual de Planes de cuidados y Documentación Clínica en Enfermería de Lynda Carpenito y Manual de diagnóstico de Enfermería de L.J. Carpenito (Carpenito, 2013).



Problemas de Colaboración:

- Diabetes Mellitus tipo II.

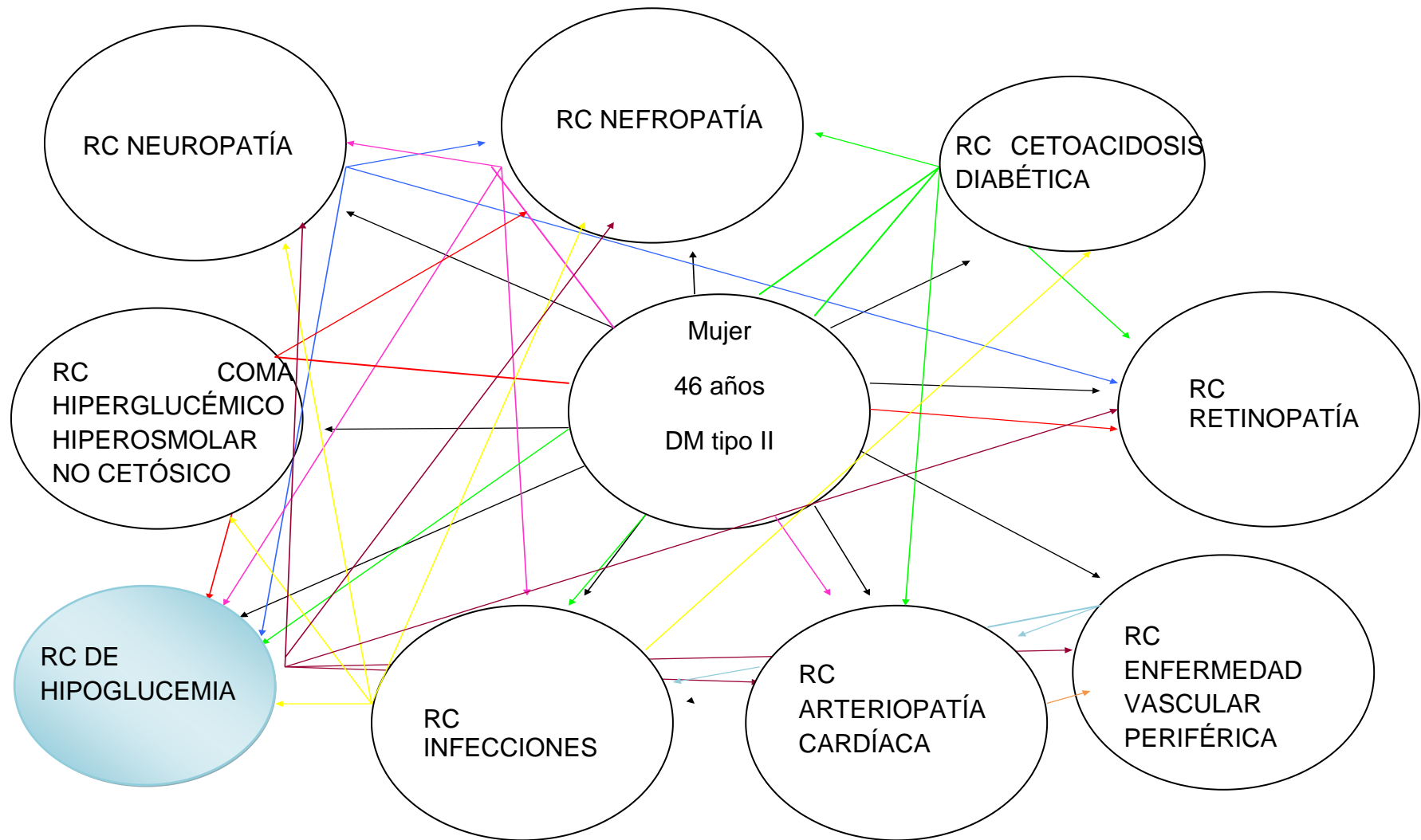
Riesgos de Complicación:

- R.C de Cetoacidosis diabética.
- R.C de Coma hiperglucémicohiperosmolar no cetósico.
- Riesgo de hipoglucemia.
- R.C de infecciones.
- R.C de arteriopatía cardíaca.
- R.C de enfermedad vascular periférica.
- R.C de retinopatía.
- R.C de neuropatía.
- R.C de nefropatía.

#### **5.4.1 Priorización del Riesgo de Complicación principal mediante red de razonamiento clínico.**

Con el fin de obtener el riesgo de complicación principal (RCp) se va a realizar una red de razonamiento clínico del modelo AREA de Pesut & Herman (Pesut & Herman et al., 1999).

A continuación, en la figura 3 se muestra la red de razonamiento clínico para obtener el riesgo de complicación principal:



**Figura 3. Red de Razonamiento Crítico para obtener el RCp.**

Fuente: elaboración propia basada en Presut & Herman (Presut & Herman, 1999).

#### 5.4.2 Justificación de RC principal

El problema de colaboración de la paciente es diabetes mellitus, y los riesgos de complicación son: cetoacidosis diabética, coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico, hipoglucemia, infecciones, arteriopatía cardíaca, enfermedad vascular periférica, retinopatía, neuropatía y nefropatía.

Después de realizar la red de razonamiento clínico se obtienen como RCp hipoglucemia, infecciones y coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico, ya que los tres podrían evitar que se dieran cinco riesgos de complicación más.

Por tanto, y teniendo en cuenta que las tres son complicaciones agudas, se elige como RCp hipoglucemia ya que según Mendoza & Hugo (2016):

La hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente en el tratamiento de la diabetes. Más del 35% de pacientes con diabetes tipo 1 (DM1), y de 1 a 3 por 100 pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), experimentarían al menos un episodio de hipoglucemia grave a lo largo de su enfermedad. (p.22)

Al mismo tiempo, se puede afirmar que si se evita el riesgo de complicación de hipoglucemia, se puede reducir la posibilidad de que la paciente sufra neuropatía, nefropatía y retinopatía. Así pues, conviene subrayar que “nuestro estudio (n= 208) paciente con diabetes que han tenido episodio de hipoglucemia, el 33,65% (n= 70) presentan neuropatías, que el 20,19% (n= 42) presentan nefropatías, el 2.88% ((n= 6) presentan insuficiencia hepática, el 1.92% (n= 4) presentan retinopatías” (Mendoza et al., 2016, p.21).

Por otro lado, en cuanto a la arteriopatía cardíaca, se puede confirmar que si se trabaja para evitar el riesgo de padecer hipoglucemias repetidas, también se podría reducir el riesgo de padecerla.

La hipoglucemia constituye una amenaza para el corazón y la circulación, tanto por sus efectos proarrítmicos como por los efectos proinflamatorios y aterogénicos, que podrían aumentar la posibilidad de padecer estrechamiento de los vasos sanguíneos. Esto hace que sea un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Además, existen tres factores predictores de mortalidad cardiovascular, que son incidencia de hipoglucemia severa, índice de masa corporal basal y duración de la diabetes (de León Espitia, 2017).

Al mismo tiempo, “datos de estudios fisiológicos muestran que la hipoglucemia severa o los episodios repetidos de hipoglucemia leve, podrían llevar a muerte súbita arrítmica, infarto de miocardio, o evento cerebrovascular isquémico, predominantemente en pacientes con enfermedad macrovascular preexistente” (de León Espitia, 2017, p.377).

Por último, la enfermedad vascular periférica también se podría evitar con un control exhaustivo de la diabetes, en el que se reduzca al máximo la incidencia de hipoglucemia. Tanto es así, que Jaramillo, Carrión, Sánchez y Mendoza (2018) afirman que una de las complicaciones de la hipoglucemia es la insuficiencia vascular periférica, y también incide en la importancia de la prevención de ésta en Atención Primaria.

## **5.5 Planificación DxEp**

Para trabajar los objetivos de enfermería se utilizará el manual de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead, 2014).

El DxEppal es (00146) Ansiedad r/c grandes cambios y crisis situacional m/p sequedad de boca, aumento de la sudoración y hormigueo en las extremidades.

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Convivir con los eventos/procesos vitales.

Clase 2. Respuestas de afrontamiento. Procesos de gestión del estrés del entorno.

Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de una peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

El Noc principal es: **(1211) Nivel de ansiedad.**

Definición: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Dominio III. Salud psicosocial. Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.

Clase M. Bienestar psicosocial. Resultados que describen la salud emocional de una persona y la autopercepción relacionada.

A continuación, en el cuadro 4 se muestra el Noc que se ha elegido para resolver el diagnóstico principal:

**Cuadro 4. Puntuación del NOC para el DxE principal en base a la escala Likert.**

<b>NOC del DxEp</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
(1211) Nivel de ansiedad.	1	4	35 minutos
Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno			

Fuente: elaboración propia basado en NOC (Moorhead, 2014).

Del mismo modo, ahora se muestra en el cuadro 5, el Noc con los indicadores necesarios para alcanzar el objetivo propuesto:

**Cuadro 5. Puntuación del NOC e indicadores para el DxE principal en base a la escala Likert.**

<b>Indicadores del NOCp</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
(121119)Aumento de la velocidad del pulso.	3	5	35 minutos
(121121) Aumento de la frecuencia respiratoria.	2	5	35 minutos
(121105) Inquietud	2	3	35 minutos
Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno			

Fuente: elaboración propia basado en NOC (Moorhead, 2014).

### **5.5.1 Intervenciones (NIC) y actividades.**

Con el fin de identificar las intervenciones para conseguir el resultado propuesto anteriormente, se utilizará el manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulecheck, 2014).

(6680) Monitorización de los signos vitales.

Definición: recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Campo 4. Seguridad. Cuidados que apoyan la protección contra daños.

Clase V: Control de riesgo: intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo.

Actividades:

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- Monitorizar la pulsioximetría.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad.

(5820) Disminución de la ansiedad.

Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.

Clase T. Fomento de la comodidad psicológica. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

Actividades:

- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

(2304) Administración de medicación: oral.

Definición: preparación y administración de medicamentos por la boca.

Campo 2. Fisiológico Complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clase H. Control de fármacos. Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.

Actividades:

- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Enseñar al paciente la administración correcta de medicación sublingual.
- Colocar la medicación sublingual debajo de la lengua del paciente y enseñarle que no debe deglutir la pastilla.
- Enseñar al paciente a no comer ni beber nada hasta que la medicación sublingual o bucal esté completamente disuelta.
- Documentar los medicamentos administrados y la respuesta del paciente.

(6040) Terapia de Relajación.

Definición: uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.

Clase T. Fomento de la comodidad psicológica. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.



Actividades:

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.

(4920) Escucha activa.

Definición: prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.

Clase Q. Potenciación de la comunicación. Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

Actividades:

- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- Identificar los temas predominantes.

- Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados y además atender al contenido de la conversación.

## 5.6 Planificación del RCp.

El Riesgo de Complicación principal es hipoglucemia.

El Noc principal es:

### **(2113) Severidad de la hipoglucemia.**

Dominio V. Salud percibida. Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria.

Clase V. Sintomatología. Resultados que describen los indicios de una enfermedad, lesión o pérdida en una persona.

Definición: gravedad de los signos y síntomas por la disminución de los niveles de glucemia.

A continuación, en el cuadro 6 se muestra el NOC elegido para evitar la aparición del riesgo de complicación principal.

**Cuadro 6. Puntuación del NOC para el RC principal en base a la escala Likert.**

<b>Evaluación del NOC para el RCp</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
(2113) Severidad de la hipoglucemia	5	5	35 minutos
Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve 5. Ninguno			

Fuente: elaboración propia basada en NOC (Moorhead, 2014).

Para llevar a cabo la planificación prevista, ahora se muestran en el cuadro 7, los indicadores necesarios para conseguir el resultado previsto:

**Cuadro 7. Puntuación del NOC e indicadores para el RC principal en base a la escala Likert.**

<b>Indicadores del NOC para el RCp</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
(211309) Somnolencia	5	5	35 minutos
(211310) Deterioro de la visión	5	5	35 minutos
(211317) Deterioro de la concentración	5	5	35 minutos
(211322) Disminución de los niveles de glucemia	5	5	35 minutos
Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve 5. Ninguno.			

Fuente: elaboración propia basada en NOC (Moohead, 2014).

### **5.6.1 Intervenciones (NIC) y actividades.**

(4035) Muestra de sangre capilar

Definición: obtención de una muestra de sangre arteriovenosa periférica por punción transcutánea del cuerpo, como en el talón, un dedo u otro lugar.

Campo 2. Fisiológico Complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clase N. Control de la perfusión tisular. Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

Actividades:

- Mantener precauciones estándar.
- Elegir el lugar de punción (p. ej., cara inferolateral del talón, lados de las falanges distales de los dedos de los pies o manos, lugares alternativos como el antebrazo).
- Utilizar técnicas de punción cutánea asépticas.
- Puncionar manualmente la piel con una lanceta o con un mecanismo de punción aprobado según las indicaciones del fabricante.
- Eliminar la primera gota de sangre con una gasa seca, según las indicaciones del fabricante o el protocolo del centro.
- Recoger la sangre de la manera adecuada para la realización de la prueba (p. ej., dejar que una gota de sangre caiga en la zona del papel de filtro especificada para ello por el fabricante, colocar la sangre en tubos por capilaridad cuando se formen gotas).
- Presionar de manera intermitente en el punto más alejado posible del lugar de punción para favorecer el flujo de la sangre.

#### (2620) Monitorización neurológica

Definición: recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.

Campo 2. Fisiológico Complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clase I. Control neurológico. Intervenciones para optimizar la función neurológica.

Actividades:

- Vigilar el nivel de consciencia.
- Comprobar el nivel de orientación.

- Vigilar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y lesivos.
- Observar si hay trastornos visuales: diplopía, nistagmos, escotomas visuales, visión borrosa y agudeza visual.

#### (2130) Manejo de la hipoglucemia

Definición: prevenir y tratar los niveles sanguíneos de glucemia inferiores a lo normal.

Campo 2. Fisiológico Complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clase G. Control de electrolitos y ácido-básico. Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y ácido-básico y prevenir complicaciones.

#### Actividades:

- Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia.
- Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia.
- Vigilar la glucemia, si está indicado.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos, piel sudorosa, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, somnolencia, debilidad, calor, mareo, sensación de desmayo, visión borrosa, pesadillas, gritos durante el sueño, parestesias, dificultad de concentración, habla dificultosa, incoordinación, cambios de conducta, confusión, coma, crisis comiciales).
- Mantener una vía i.v., según corresponda.
- Administrar glucagón, según corresponda.

## 5.7 Ejecución.

(6680) Monitorización de los signos vitales

- Día:16/09/2019
- Turno: guardia 24 horas (mañana).
- Hora: 12:15
- Procedimiento:

El equipo del Suap llega al domicilio de la paciente en ambulancia. En cuanto entran en la casa la policía los guía hasta el salón donde se encuentra la paciente, acostada en el sofá con un gran ataque de ansiedad. Lo primero que hace la enfermera es tomar las constantes vitales, entre ellas la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, y para ello se utiliza un tensiómetro digital. Tal y como indica Gómez-león, Morales, & Álvarez (2016), la parte inferior del maguito debe colocarse a unos 2-3 cm por encima del pliegue del codo y que la funda del manguito debe envolver el brazo correctamente y cerrarse con facilidad.

Además, es necesario conocer el nivel de saturación de oxígeno y las pulsaciones por minuto. Para ello se utiliza un pulsioxímetro, que es un dispositivo que emite luz infrarroja que se absorbe desde la piel hasta la sangre, llegando una pequeña cantidad a la sangre arterial (por eso es necesario que haya pulso arterial para que pueda funcionar). Este aparato mide tanto la saturación de oxígeno como la frecuencia cardíaca y cambios en el pulso (López Serrano, 2017).

Seguidamente, se coloca el pulsioxímetro en el dedo índice de la paciente, debiendo estar el sensor de la luz infrarroja en contacto con la uña. También se puede poner en el lóbulo de la oreja y dedos de los pies (Soto, et al., 2016).

Por último, se mide la temperatura corporal a través de un termómetro digital. Pasados 15 minutos se vuelven a tomar las constantes para saber si ha mejorado el problema de la paciente o no.

(2304) Administración de medicación: oral

- Día:16/09/2019
- Turno: guardia 24 horas (mañana).
- Hora: 12:20
- Procedimiento:

Una vez tomadas las constantes vitales, se le pregunta a la paciente si es alérgica a algún medicamento, y como no lo es se le administra un Diazepam sublingual. Esto ocurre porque el tratamiento farmacológico ante una crisis de ansiedad puede tratarse desde “el abordaje con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiazepinas (BZD)” (Orozco &Baldares, 2012, p.503).

Para ello, se le dice a la paciente que abra la boca y se le coloca el comprimido debajo de la lengua, con la condición de que no se lo trague sino que deje que se disuelva sólo. Además, se le advierte de que el Valium suele producir amargor en la boca. Hay que incidir en que se elije esta vía de administración porque hay que tener en cuenta la farmacocinética de los fármacos.

Por todo esto, Mora (2016) afirma que la “absorción: tras la primera dosis, los picos alcanzados en suero sanguíneo aparecerán entre 1 y 2 horas después de administrada, en caso de administrarse de forma sublingual, la absorción y los efectos aparecerán después de 4 minutos aproximadamente” (p.6).

(5820) Disminución de la ansiedad

- Día:16/09/2019
- Turno: guardia 24 horas (mañana).
- Hora: durante todo el proceso.
- Procedimiento:

Al mismo tiempo que se realizan las actividades anteriores, se trabaja para disminuir la ansiedad, y para ello la enfermera permanece con la paciente, se sienta a su lado y le coge las manos para que sienta que está

segura con el equipo médico y poder así reducir su miedo. La enfermera le comenta que todos los síntomas que está teniendo en ese momento son normales en una crisis de ansiedad y que pronto pasará. Se le comenta igualmente la importancia de que tiene a su familia a su lado, y que ellos la pueden ayudar más de lo que ella cree realmente (Badía, Aguilera,&Ocon, 2017).

Además, se le habla de las diferentes técnicas de relajación que existen como la música, la pintura y controlar la respiración. A continuación, se le explica a la paciente la importancia de realizar ejercicio físico o yoga, ya que según manifiesta Guerra Santiesteban (2017):

Tanto en los casos de ansiedad estado, es decir, aquella que está asociada a una situación concreta, como de ansiedad rasgo, que es aquella ligada más a aspectos intrínsecos y de personalidad de cada persona, el ejercicio físico efectuado de manera regular disminuye el grado de ansiedad, proporcionando a su vez sensación de bienestar, y mejorando el estado de ánimo y la autoestima a la par que la calidad del sueño. (p.175)

También se valora la eficacia del fármaco administrado anteriormente y se observa cómo va reduciendo el nivel de ansiedad. En toda la actuación la enfermera informa a los familiares de los cambios que se producen y de las medidas que están tomando, así como de la importancia de que permanezcan junto a la paciente.

#### (6040) Terapia de Relajación

- Día:16/09/2019
- Turno: guardia 24 horas (mañana).
- Hora: 12:25
- Procedimiento:

Como se acaba de comentar, se le recomendó a la paciente diferentes métodos de relajación, y por la ansiedad que padecía se decidió explicarle y hacer con ella una técnica de relajación que funciona muy bien y sólo se tarda entre 3-5 min. Se le explica de la manera siguiente:



Acostada, coloca tu mano en el abdomen y relaja los hombros y el tórax porque vamos a respirar con el diafragma. Ahora, coge aire por la nariz durante 2 seg. y expúlsalo por la boca durante 3 seg. Es muy importante que notes cómo se eleva y deprime el abdomen en cada inspiración/expiración.

Además, cuando expulses el aire por la boca, intenta fruncir los labios como cuando se infla un globo, para que así salga el aire más lentamente. Está recomendado que practiques esto a diario para que poco a poco lo automatices y se convierta en una rutina (Macías, 2009).

Esta técnica de respiración la realizó la enfermera al mismo tiempo con la paciente para que ésta lo entendiera mejor y mostrando así la empatía de la enfermera.

#### (4920) Escucha activa

- Día:16/09/2019
- Turno: guardia 24 horas (mañana).
- Hora: durante todo el proceso.
- Procedimiento:

Hay que destacar también que durante todo el proceso asistencial se practica la escucha activa, ya que en todo momento tanto la enfermera como el resto del equipo médico se mostraron atentos con la paciente, manifestando interés por ella y por su situación en general. La enfermera le pregunta qué ha ocurrido para que tenga ese ataque de ansiedad, a lo que la paciente responde que ha leído la autopsia de su hija fallecida hace dos meses. En ese momento la enfermera posa sus manos sobre las de la paciente y le da un breve apretón, la mira fijamente a los ojos, le dice estamos contigo.

Después guarda silencio porque a ella le ha tomado por sorpresa una noticia como esa, y porque además, no cree que haya nada que decir, sino dejarla que exprese sus emociones. Por ello, prosigue diciendo que no tenga miedo a expresar sus sentimientos, que tanto el equipo médico como su familia están ahí para ayudarla.

Tras esto, la paciente le dice a la enfermera que está asustada porque no siente las piernas ni las manos, a lo que la enfermera contesta que entra dentro de “lo normal” en una crisis de ansiedad de esa dimensión. La enfermera también le explica que se tranquilice, y le explica que con la medicación que le han dado y la técnica de respiración que están practicando pronto notará que va mejorando. Por un lado, la enfermera está atenta a todo lo que dice la paciente, tanto lenguaje verbal como no verbal.

Por otro lado, le comenta si quiere que algún familiar esté más cerca de ella, y ésta le contesta que quiere estar con su hijo. En ese momento la enfermera sale al balcón, donde el hijo estaba fumando, y tras hablar con él, ambos vuelven al salón. La enfermera se aparta un poco y deja a madre e hijo abrazados y hablando (Alfárez, 2016).

#### (4035) Muestra de sangre capilar

- Día:16/09/2019
- Turno: guardia 24 horas (mañana).
- Hora: 12:30
- Procedimiento:

Ante una paciente con diabetes, es imprescindible realizarle un control de la glucemia, para saber si la ansiedad ha hecho que varíe el nivel de glucosa en sangre. Para ello se tiene que obtener una muestra de sangre capilar y posteriormente medirlo a través de un glucómetro. Martínez-Cuauhtémoc (2019) explica cómo llevarlo a cabo:

La profesional de enfermería se coloca los guantes y prepara el material: dos gasas (una con alcohol y otra limpia), una lanceta, el glucómetro y una tira reactiva.

A continuación, le comenta a la paciente que tiene que realizarle un control glucémico, y para ello, toma el dedo índice y lo desinfecta con alcohol. Lo ordeña para que haya más sangre en la parte distal del dedo, y con la lanceta, punciona un lateral de la punta del dedo, y aprieta hasta que sale una gota de sangre y la desecha (Rodríguez, 2016).

Después vuelve a presionar y la gota que sale la deja caer en la punta de la tira reactiva del glucómetro. Inmediatamente después, la enfermera le ofrece una gasa limpia, y le dice que se apriete un poco en el dedo. Mientras, el glucómetro ha hecho su función y nos indica el nivel de glucosa en sangre de la paciente. En este caso es de 110 mg/dl, por lo que no se le administra nada.

Por último, se lo comunica al médico y se registra en la hoja de constantes.

#### (2620) Monitorización neurológica

- Día:16/09/2019
- Turno: guardia 24 horas (mañana).
- Hora: 12:35
- Procedimiento:

En la hipoglucemia, una de las mayores complicaciones es que puede causar daño neurológico. Para controlarlo y evitarlo debemos realizar una serie de pruebas. La enfermera y el médico comprueban el nivel de orientación de la paciente de forma rápida con la Escala de coma de Glasgow.

Para ello y según indica Muñana-Rodríguez, & Ramírez-Elías (2014), se valoran tres parámetros: ocular, verbal y motor. En este caso, la paciente presenta una apertura ocular espontánea, se encuentra orientada y conversando y en cuanto a la respuesta motora, obedece a la orden verbal.

Por tanto, la paciente obtiene un total de 15 puntos, 4 por la respuesta ocular, 5 por la verbal y 6 por la motora. Esto indica que está consciente y orientada. Posteriormente, se valora el reflejo deglución y nauseoso y se puede observar inmediatamente por el estado de la paciente que están totalmente conservados. Además, se observa que tiene la función motora adecuada porque tanto el tono como la fuerza muscular están conservados. (Gallardo, Godoy,& Gallardo, 2108).

A continuación, para observar si hay algún problema visual como nistagmos o valorar el ángulo visual y la agudeza visual, existe un instrumento que ayuda en la práctica clínica, ya que Sánchez Ramos, Marín, Pérez Carrasco, Langa Moraga, & Benítez del Castillo (2003) afirman que puede ser un instrumento útil para realizar la medida de la sensibilidad al contraste y la sensibilidad al deslumbramiento.

Se examinan las pupilas en búsqueda de algún signo que indique daño neurológico, las expone a la luz y se observa una miosis, por lo que no hay daño. La enfermera, a su vez, pregunta al paciente si en algún momento ha visto doble, o si tiene la visión borrosa, a lo que ésta responde que no.

### **(2130) Manejo de la hipoglucemia**

- Día:16/09/2019
- Turno: guardia 24 horas (mañana).
- Hora: 12:45
- Procedimiento:

Como se ha dicho anteriormente, es de vital importancia identificar las principales complicaciones de la diabetes. La hipoglucemia es la más frecuente, y además tiene graves repercusiones. Por ello, la enfermera se dispone a identificar los factores de riesgo, entre los que se encuentran: dependencia funcional, depresión, prevenir los factores que predisponen su aparición, malnutrición, hipoalbuminemia, problemas sociales, deterioro cognitivo y polifarmacia (Almanza, Chia, De la Cruz, Tello, & Ortiz, 2017).

Además, la enfermera informa sobre cómo prevenirla, utilizando el tratamiento más adecuado a cada persona, llevando una alimentación adecuada y controlando la cantidad de ejercicio físico que se realiza al día. También le informa de que, si se trata con insulina, elija análogos de insulina, y que si el tratamiento es oral se eviten los secretagogos (Carruesco & Ballesteros, 2016).

Siguiendo con las actuaciones de la enfermera, ésta informa a la

paciente y a la familia cómo identificar la hipoglucemia, enumerando sus principales signos y síntomas, que tal como indica Costa Gil et al. (2017), son los siguientes: temblores, escalofríos, piel sudorosa, cefalea, somnolencia, palidez, taquicardia y palpitaciones. También, hambre, mareo, visión borrosa, problemas de concentración, debilidad, ansiedad, problemas con el habla, falta de coordinación, e incluso coma.

Por último, la profesional de enfermería le explica a la paciente que si las actividades de prevención no dieran resultado, sería necesario cogerle una vía periférica, ya que es posible que haya que administrarle glucagón si sufriera una hipoglucemia severa.

## 5.8 Cronograma

A continuación, en el cuadro 8 se indica el cronograma con las intervenciones planificadas.

**Cuadro 8. Cronograma de las intervenciones / actividades.**

Intervenciones	12:15	12:20	12:25	12:30	12:35	12:45
(6680) Monitorización de los signos vitales	X					
(2304) Administración de medicación: oral		X				
(5820) Disminución de la ansiedad	X	X	X	X	X	X
(6040) Terapia de Relajación			X			
(4920) Escucha activa	X	X	X	X	X	X
(4035) Muestra de sangre capilar				X		
(2620) Monitorización neurológica					X	
(2130) Manejo de la hipoglucemia						X

Fuente: elaboración propia basada en NIC (Bulechek, 2014).

## 5.9 Evaluación.

### Evaluación del DxEp:

El DxEppal es (00146) Ansiedad r/c grandes cambios y crisis situacional m/p sequedad de boca, aumento de la sudoración y hormigueo en las extremidades.

Por un lado, se indica la evaluación del Noc del DxEp en el cuadro 9 que se muestra a continuación:

**Cuadro 9. Evaluación del NOC para el DxEp en base a la escala Likert.**

<b>NOC del DxEp</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Puntuación alcanzada</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
(1211) Nivel de ansiedad.	1	4	4	35 minutos
Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno				

Fuente: elaboración propia basada en NOC (Moohead, 2014).

Además, se muestra la evaluación de los indicadores propuestos para conseguir el objetivo planteado, en el cuadro 10 que se indica ahora:

**Cuadro 10. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOC para el DxEp en base a la Escala Likert.**

<b>Indicadores del NOCp</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Puntuación alcanzada</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
(121119)Aumento de la velocidad del pulso.	3	5	5	35 minutos
(121121) Aumento de la frecuencia respiratoria.	2	5	5	35 minutos
(121105) Inquietud	2	3	3	35 minutos
Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno				

Fuente: elaboración propia basado en NOC (Moorhead, 2014).

En relación al NOCp (del DxEp) (1211) Nivel de ansiedad, hemos conseguido alcanzar la puntuación diana propuesta en la planificación y en el tiempo estimado. Cabe destacar, además, que todos los indicadores han sido alcanzados de manera satisfactoria, por lo que se trata de un resultado conseguido. Se ha logrado normalizar el pulso y la frecuencia respiratoria, y en cuanto a la inquietud ha pasado de ser grave, a ser moderada. Conviene subrayar que se ha logrado alcanzar el objetivo tras el esfuerzo de todo el equipo médico y la actitud e intención de la paciente, al igual que el apoyo demostrado en todo momento de la familia.

### **Evaluación del RC principal.**

El RC principal es hipoglucemia.

A continuación, en el cuadro 11 se indica la evaluación del RC principal:

**Cuadro 11. Evaluación del NOC para el RC principal en base a la Escala Likert.**

<b>Evaluación del NOC para el RCp</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Puntuación alcanzada</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
(2113) Severidad de la hipoglucemia	5	5	5	35 minutos
Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve 5. Ninguno				

Fuente: elaboración propia basada en NOC (Moohead, 2014).

Por último, se muestra la evaluación de los indicadores para evitar que aparezca el RC, en el cuadro 12 que se indica a continuación:



**Cuadro 12. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOC para el RC principal en base a la Escala Likert.**

<b>Indicadores del NOC para el RCp</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Puntuación alcanzada</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
(211309) Somnolencia	5	5	5	35 minutos
(211310) Deterioro de la visión	5	5	5	35 minutos
(211317) Deterioro de la concentración	5	5	5	35 minutos
(211322) Disminución de los niveles de glucemia	5	5	5	35 minutos
Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve 5. Ninguno.				

Fuente: elaboración propia basada en NOC (Moohead, 2014).

En relación al NOCp (del RCp) (2113) Severidad de la hipoglucemia, se ha de informar que se ha conseguido alcanzar la puntuación diana propuesta en la planificación, ya que, tras realizar las intervenciones en el tiempo previsto, 35 minutos, se ha conseguido evitar que aparezca la hipoglucemia. Se trata, por tanto, de un resultado conseguido. De la misma manera, no se debe olvidar la importancia de la colaboración de la paciente, y el trabajo realizado por el equipo médico para alcanzar estos resultados.



## 6. DISCUSIÓN

En relación al sexo y edad, en su gran mayoría, los estudios reflejan que son las mujeres quienes más sufren ansiedad ante un duelo complicado (Postigo-Zegarra, Ferriol y Quiles, 2019; Costa, Pinheiro y Milheiro, 2013; Calzada, Oliveros y Acosta, 2012; Sabes-Figuera, Bendeck, Mompert-Penina y Salvador-Carulla, 2012; Xu, 2017). Además de conocer que el sexo femenino predomina frente al masculino, Sabes-Figuera et al. (2012) añade datos numéricos, diciendo que de un 17,5% de sujetos que sufren ansiedad en el duelo, un 11% son hombres, mientras que un 23,8% son mujeres. Sin embargo, en cuanto a la variable de la edad, este autor expone que es a partir de los quince años cuando más riesgo tiene una mujer de padecer ansiedad en el duelo.

Por otro lado, Costa et al. (2013) y Calzada et al. (2012) difieren con el anterior autor en cuanto a la edad, diciendo el primero que, la ansiedad en el duelo, aparece en mujeres en un rango de edad a partir de los treinta años, mientras que el segundo afirma que este rango se alarga hasta los cincuenta años, y que no es hasta entonces cuando las mujeres que se encuentren en el proceso de duelo sufran ansiedad.

Por último, Postigo-Zegarra et al. (2019) señala en su estudio realizado a mujeres que tienen entre 28 y 66 años, que en cuanto a la variable de la edad, las mujeres que sufren ansiedad durante el proceso de duelo, específicamente por muerte de un hijo, ocurre alrededor de los cuarenta años. Por el contrario, Xu (2019) señala que es cierto que las mujeres son más vulnerables a la hora de padecer ansiedad o incluso depresión tras el fallecimiento de un hijo, pero no habla de la edad.

Por lo que se refiere a nuestro estudio, el sujeto fue una mujer de 46 años que sufre una crisis de ansiedad tras leer la autopsia de su hija fallecida. Creemos que, quizás, eso se asocia con la perspectiva materna de protección y cuidado durante toda la vida y con la perspectiva de responsabilidad sobre el hijo. Además, también puede estar relacionado con los sentimientos de culpabilidad que las madres en general sienten cuando ocurre algo malo a sus

hijos. Sin embargo, no podemos decir lo mismo con respecto a la edad, ya que no hemos encontrado unanimidad en la evidencia científica frente a esta variable, y los artículos encontrados no responden a esta incógnita. En resumen, las mujeres padecen este problema en mayor proporción, pero no queda claro en qué edades ocurre con más frecuencia.

En cuanto a las causas o factores de riesgo de sufrir ansiedad en un duelo complicado, los resultados obtenidos en los diferentes estudios demuestran que existen diferentes factores de riesgo que determinan la gravedad del proceso de duelo. Además, coinciden en que esa gravedad la marcaría la aparición de ansiedad o depresión durante el tiempo que dure el duelo. En cuanto al factor de riesgo principal, todos señalan que depende del tipo de muerte, predominando aquella muerte que es inesperada, como puede ocurrir en un accidente de tráfico, un infarto fulminante, accidente cerebrovascular, o incluso un asesinato (Hernández, 2019; Estevan et al., 2016; Villacieros, Magaña, Bermejo, Carabias y Serrano, 2014b; Fernández-Alcántara et al., 2016; Blanco, 2018).

Conviene subrayar que Blanco (2018) profundiza más en el tema y afirma que la ansiedad se intensifica cuando se trata del fallecimiento de un hijo. Esto se debe a que este hecho ocasiona una ruptura en el proceso vital del sujeto que ha sufrido la pérdida. Este autor añade a su vez que, el duelo por fallecimiento de un hijo, va asociado a trastornos psicológicos, desde la ansiedad en momentos puntuales, a sufrir crisis de pánico o incluso depresión. Por su parte, Villacieros et al. (2014b), a diferencia del anterior autor, indica que tanto la muerte de un hijo como la del cónyuge aumentan el riesgo de padecer ansiedad en el duelo. Además, en el estudio realizado señala que de 182 sujetos que participaron, alrededor de cincuenta habían sufrido la muerte de un hijo y otros cincuenta de su pareja.

De la misma manera, tanto Estevan et al. (2016), como Fernández-Alcántara et al. (2016), coinciden con el resto de autores, y además, añaden que existe un mayor riesgo de sufrir ansiedad, estrés postraumático e incluso trastorno depresivo mayor en aquellas mujeres que han perdido a un hijo en un accidente y además no han conseguido tener otro hijo.

Con respecto al caso estudiado, tras la valoración realizada, hemos podido tener acceso al motivo de la muerte de la hija, sabiendo que falleció en un accidente de tráfico cuando ésta salía de trabajar de una discoteca. En este caso en concreto, creemos que el duelo se complica aún más, y resulta ser comprensible, porque la muerte fue inesperada, no hubo un proceso de adaptación ni tiempo para asimilar la idea de muerte de la hija, como podría ocurrir en los casos de muerte por enfermedad.

A continuación, por lo que se refiere a las intervenciones enfermeras (NIC) y resultados (NOC) más utilizados en el tratamiento del duelo y la ansiedad debido al duelo, los distintos artículos revisados coinciden en que para ofrecer unos cuidados de calidad, es muy importante realizar planes de cuidados integrales, que abarquen a la persona en todas sus esferas. Además, añaden la importancia del trabajo de enfermería a la hora de resolver un proceso de duelo complicado y los síntomas que esto conlleva. Estos autores indican también que, para disminuir la ansiedad de un sujeto que vive un proceso de duelo, debe tratarse el duelo, y de esta forma se reducirán los síntomas asociados a éste. Por último, indican la importancia de realizar planes de cuidados estandarizados o protocolos que puedan utilizarse para abordar el duelo en todos los niveles asistenciales (Alfaro, Chaves, Mata, Pérez y Vílchez, 2016; Álvarez, 2015; Rodríguez-Álvaro et al. 2018; González-Chordá, Cremades, Pérez, Hellín y Maciá, 2018; Da Penha, Dias, Andrade y Santos da Silva, 2017).

En relación a las competencias enfermeras en el duelo, puesto que los planes de cuidados se centran en resolver el duelo, Alfaro et al. (2016); Álvarez (2015) y Rodríguez-Álvaro et al. (2018), añaden que los resultados NOC más utilizados para tratar el duelo son: (1304) Resolución de la aflicción, (1305) Modificación psicosocial: cambio de vida, (1302) Afrontamiento de los problemas, (2600) Afrontamiento de los problemas de la familia, (2601) Clima social de la familia y (2506) Salud emocional del cuidados principal.

Por último, estos tres autores afirman que las intervenciones (NIC) más utilizadas en el duelo son las siguientes: (5270) Apoyo emocional, (5290) Facilitar el duelo, (4920) Escucha activa, (5230) Aumentar el afrontamiento,

(5420) Apoyo espiritual, (5240) Asesoramiento, (5440) Aumentar los sistemas de apoyo, (7100) Estimulación de la integridad familiar, (8020) Reunión para el control sobre cuidados, (8100) Derivación, (5310) Dar esperanza, (5820) Disminución de la ansiedad, (7140) Apoyo a la familia y (7040) Apoyo al cuidador principal.

En cuanto al sujeto de estudio, se obtuvo como diagnóstico principal (00135) Duelo complicado r/c muerte de persona significativa m/p anhelo de la persona fallecida y ansiedad, pero al tratarse de un Servicio de Urgencias de Atención Primaria, y por las limitaciones existentes, se decidió trabajar con el diagnóstico (00146) Ansiedad r/c grandes cambios y crisis situacional m/p sequedad de boca, aumento de la sudoración y hormigueo en las extremidades. Esto se debe a que el sujeto de estudio sufría una gran crisis de ansiedad en ese momento y por este motivo, se escogió el NOC (1211) Nivel de ansiedad. Las intervenciones (NIC) propuestas para solucionar la crisis de ansiedad fueron las siguientes: (6680) Monitorización de los signos vitales, (5820) Disminución de la ansiedad, (6040) Terapia de Relajación, (4920) Escucha activa y (2304) Administración de medicación: oral.

Por lo tanto, creemos que, como enfermeras debemos tener en cuenta todas las directrices que se desarrollan a partir de la evidencia científica, aplicando las intervenciones (NIC) y resultados (NOC) propuestos, para obtener unos cuidados de calidad y actuar con determinación para evitar la cronificación del duelo.

En relación a las consecuencias y complicaciones del duelo, los autores consultados exponen que para conocer en profundidad la dimensión del problema, primero se debe realizar una valoración en profundidad, recoger datos y con ello, obtener los diagnósticos. Además, estos diagnósticos indicarán la causa del problema y cómo se manifiesta dicho problema. La valoración hay que realizarla con preguntas abiertas, permitiendo hablar al individuo, manteniendo el contacto visual y la postura. La enfermera debe observar a la persona y ofrecer información sincera, proporcionando seguridad a través de la empatía y el respeto (Fernández, De Posada, Pacheco y Hernández, 2015; Dos Santos et al., 2019).

Por tanto, las principales consecuencias y complicaciones que derivan de un proceso de duelo complicado, suelen presentarse en forma de signos y síntomas. Así, varios autores afirman que el duelo complicado afecta a la esfera física, emocional, cognitiva, conductual, social y espiritual. Concretamente, el duelo complicado provoca síntomas físicos como problemas gastrointestinales, insomnio, hormigueo de manos y sensación de opresión en el pecho. Como manifestaciones emocionales predominan la tristeza, soledad, añoranza, culpa, desesperanza, frustración, estrés, apatía y llanto. En cuanto a la parte cognitiva, el duelo complicado puede provocar alteraciones en el pensamiento, memoria y atención. Las manifestaciones conductuales afectan al comportamiento del sujeto que sufre el duelo, e incluye malos hábitos alimenticios, consumo de sustancias tóxicas e irritabilidad. En cuanto a la esfera social, predomina el aislamiento social y el desinterés por el entorno, y por último, en cuanto a la espiritualidad, se replantean las creencias y valores. Estas manifestaciones se acentúan cuando se pierde a alguien cercano y de edad temprana, como la muerte de un hijo (León-Amenero y Huarcaya-Victoria, 2019; Massa, 2017; Liz y Avedaño, 2018; Ramos y Soler, 2016; De Lucas, 2018).

Volviendo al caso estudiado, se realizó la valoración a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon, en Gordon (2014), y el sujeto de estudio mostró las siguientes manifestaciones como consecuencias del duelo: boca seca, cabello frágil, pérdida de peso y apetito, sudoración profusa, insomnio, hiperventilación, taquipnea, hormigueo en manos, tristeza, desgana, incomprensión, desmotivación, problemas conyugales, aislamiento social, cambio en las relaciones sexuales, ansiedad, afrontamiento ineficaz e inadaptación.

En definitiva, consideramos que, en cuanto a las consecuencias y complicaciones que muestra un sujeto con duelo complicado, se puede corroborar que las manifestaciones clínicas son tanto físicas, como conductuales, emocionales, sociales y espirituales. Esto podría explicarse debido a la multidimensionalidad que tiene el sujeto y al impacto que provoca el duelo en una persona, irrumpiendo su vida y marcando un antes y un después. Además, como enfermeras debemos tener en cuenta la evidencia científica y

abordar al sujeto en todas sus esferas, realizando una adecuada valoración para poder obtener los diagnósticos que reflejan los principales problemas del sujeto.

De esta manera, una vez realizada la valoración, y obtenidos los diagnósticos de enfermería, Álvarez (2015) afirma que dentro de los patrones funcionales de Marjory Gordon, los más alterados en un proceso de duelo son el patrón 7 Autopercepción/Autoconcepto y el patrón 10 Adaptación/Tolerancia al estrés. Por su parte, Vegas (2017) ahonda más en el tema, y añade que el patrón funcional más alterado es el de Adaptación/Tolerancia al estrés, exponiendo que los diagnósticos enfermeros como afrontamiento ineficaz, afrontamiento familiar comprometido, negación ineficaz y duelo complicado se encuentran dentro de este patrón.

En cambio, hay un autor que no realiza la valoración con los patrones funcionales de Marjory Gordon, pero indica que la ansiedad, fatiga, sufrimiento emocional, no aceptar la situación y reducción del bienestar, son las manifestaciones que con mayor frecuencia sufre el sujeto (Alfaro et al., 2019).

En concreto, en el caso estudiado, el patrón funcional de Marjory Gordon más alterado es el 10, Adaptación/Tolerancia al estrés, ya que incluye los siguientes diagnósticos enfermeros: (00135) Duelo complicado, (00214) Disconfort y (00146) Ansiedad. Por este motivo, creemos que el patrón funcional de Marjory Gordon más alterado en el duelo es el 10, Adaptación/Tolerancia al estrés, y esto podría deberse a que el duelo que sufre una madre por la muerte de un hijo supone un gran cambio en la vida de la madre y se manifiesta con la pérdida de habilidades de afrontamiento y adaptación.

Por último, en cuanto a las teóricas de enfermería, la teoría de Adaptación de Callista Roy se utiliza mucho en procesos de duelo, ansiedad y depresión. Esta teoría explica que una persona recibe estímulos del entorno, y que debe responder a ellos mediante la adaptación. A lo largo de la vida las personas se ven expuestas a lidiar con grandes cambios en su vida, y el modelo de Roy permite adaptarse a la nueva realidad que se presente (Raile, 2018; Osorio-Duran et al. 2019; León, (2017). En cambio, hay otros autores



que afirman que en un proceso de duelo, es indispensable contar con la teoría de Elisabeth Kübler-Ross, que describió el duelo en cinco fases, negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Según esta psiquiatra, una persona que sufre un proceso de duelo puede pasar por algunas o todas las etapas hasta que logra superar dicho duelo (Morer, Alonso y Oblanca, 2017; Borges y Lucas, 2014).

En relación al caso de estudio, al tratar con el sujeto la ansiedad, el modelo de Roy se adapta a la perfección al caso, ya que como se ha dicho antes el patrón más alterado es precisamente Adaptación/Tolerancia al estrés. En cambio, el modelo de Kübler-Ross no se aplicó en el sujeto de estudio, ya que por el tiempo disponible no se podía trabajar en las cinco fases, para ver en cuál se encontraba el sujeto y la evolución del mismo. Por esto, creemos que el modelo de Adaptación de Callista Roy es aplicable a casos de duelo, ansiedad, o ambos. Esto puede deberse a que el sujeto ha sufrido un gran cambio en su vida por el fallecimiento de su hija, y esto hace que tenga que readaptarse a esa nueva situación y entorno, con la ayuda de la enfermera guiando y controlando los estímulos del entorno.

### **6.1. Limitaciones**

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Límite de tiempo para atender al paciente y obtener más datos, ya que nos encontrábamos en un SUAP. Limitaciones para hacer el seguimiento del caso en estudio, y valorar la evolución.
- Límite de evidencia científica sobre el duelo desde la perspectiva enfermera, predominando estudios en psicología y psiquiatría.
- Limitaciones de información debido al estado emocional del sujeto.



## 7. CONCLUSIONES

1. Las principales causas del afrontamiento ineficaz del duelo son, las características personales del doliente como la edad, sexo y duelos pasados; el grado de apego con el fallecido, como la muerte de un hijo, y el tipo de muerte, sobre todo la inesperada como ocurre en un accidente de tráfico.
2. En resumen, las consecuencias de no afrontar el duelo es que este se convierta en patológico, con síntomas más intensos durante más de un año, pudiendo evolucionar a una depresión. Esto puede conllevar a una incapacidad en todas las dimensiones de la persona.
3. En general, el proceso de adaptación al duelo comprende cuatro fases: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones, adaptarse al medio y recolocar emocionalmente al fallecido para seguir viviendo.
4. En definitiva, las estrategias más utilizadas para afrontar el duelo son, expresión de emociones, búsqueda de apoyo, aislamiento social, evitación del problema, distracción y reestructuración cognitiva.
5. La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal (00146) Ansiedad r/c grandes cambios y crisis situacional m/p sequedad de boca, aumento de la sudoración y hormigueo en las extremidades, asociado al riesgo de complicación principal Hipoglucemia.



## 8. REFERENCIAS

- Alfaro, S. P., Chaves, R. N., Mata, G. K., Pérez, O. N., y Vílchez, B. V. (2016). Proceso de enfermería en un adulto trabajador con diagnóstico de duelo complicado. *SANUS*, 2(1), 38-45. doi: 10.36789/sanus.vi2.67
- Alfárez, A.D. (2016). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista española de comunicación en salud* 3(2), 147-157. Recuperado de: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3379>
- Almanza, O., Chia, E., De la Cruz, A., Tello, T., y Ortiz, P. J. (2017). Frecuencia de factores asociados a hipoglicemia en el adulto mayor diabético admitido en el servicio de emergencia de un hospital nacional. *Revista Medica Herediana*, 28(2), 93-100. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2017000200004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2017000200004)
- Alvarado, G., R. (2019). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta pediátrica de México*, 24(5), 304-311. Recuperado de: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1381>
- Álvarez, R. M. (2015). *Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en el paciente terminal. Duelo y riesgo de suicidio* (tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/11840>
- Badía, M.C., Aguilera, J.L., y Ocon, A.R. (2017). Ansiedad y conducta empática en el personal de enfermería. En Molero, M. M., Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez, J. J., Barragán, B. A., Martos, A., y Simón, M. M. (Ed), *Acercamiento multidisciplinar a la salud* (pp. 323-330). España: Asunivep.
- Bermejo, J. C., Villaceros, M., y Fernandez-Quijano, I. (2016). Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación

psicométrica. *Acción Psicológica*, 13(2), 129-142. doi:  
10.5944/ap.13.2.15965

Blanco, V. E. (2018). El afrontamiento de la muerte de un hijo. *Revista de Trabajo Social*, 212(1), 131-141. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6641380>

Boó, P. M. J. (2013). *El Duelo. Cuidados enfermeros* (tesis de pregrado). Universidad de Cantabria, Cantabria, España. Recuperado de:  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPuentemJ.pdf?sequence=1>

Borges, A. C., y Lucas, D. P. (2014). Cuando la muerte ya no tiene poder: consideraciones sobre una obra de Elisabeth Kübler-Ross. *Revista de bioética*, 22(2), 262-270. doi: 10.1590/1983-80422014222007

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (Ed.6). (2014). *NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176. Recuperado de  
<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>

Calzada, R. A., Oliveros, D. Y. C., y Acosta, I. Y. (2012). Trastorno por estrés agudo. Presentación de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 27-31. doi: 10.4321/S1135-76062012000100004

Carmona, B. Z. E., y Brancho D. L. C. E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 14-23. doi:  
10.31052/1853.1180.v12.n2.7197

Carpenito, L. J. (Ed.14). (2013). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Barcelona, España: Wolterskluwer

Carruesco, G. C., y Ballesteros, A. C. (2016). Protocolo de detección y prevención de la hipoglucemia en el paciente con diabetes. *Medicine-*

*Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(18), 1051-1053. doi: 10.1016/j.med.2016.09.016

Ciriaco, R. A. (2014). *La aflicción y la familia: lo que la perspectiva familiar sistémica aporta en el proceso de la aflicción del duelo por defunción de un miembro familiar, con respecto a la perspectiva individual* (tesis de maestría). Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar, País Vasco, España. Recuperado de [https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ciriaco-A.Trab\\_.3%C2%BAonline13.pdf](https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ciriaco-A.Trab_.3%C2%BAonline13.pdf)

Coaquira, M. B. B., y Marquez, M. Y. L. (2018). *Afrontamiento y estrés en familiares cuidadores de pacientes con enfermedades neurológicas* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6690/ENcomebb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Corr, C. A. (2019). What nursing can learn from a proper appreciation of the five stages. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53(1), 1-2. doi: 10.1590 / S1980-220X2019ed0203488

Costa, G. J. E., Linari, M. A., Pugnaroni, N., Zambon, F. G., Pérez, M. F., y Rezzónico, M. (2017). Hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 en tratamiento con insulina. resultados del estudio hat en argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 77(6), 449-457. Recuperado de: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/29223934.pdf>

Costa, M., Pinheiro, M. C., y Milheiro, C. (2013). Angústia de uma perda - caso Maria: uma abordagem terapéutica. *Psicologia Clínica*, 25(2), 197-213. doi: 10.1590/S0103-56652013000200012

Cotacachi, C. B. T. (2017). *Terapia cognitiva basada en mindfulness en el proceso de duelo complicado en adultos mayores* (tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://192.188.53.14/bitstream/23000/6902/1/135983.pdf>

- Cristóbal, F. L., Alcedo, R. M. A., y Gómez, S. L. E. (2017). Duelo en discapacidad intelectual: los avances de una década. *Revista Española de Discapacidad*, 5(2), 53-72. doi: 10.5569/2340-5104.05.02.03
- Cubero, R. L. (2017). *Duelo ante la pérdida de los progenitores: una revisión bibliográfica* (tesis de pregrado). Universidad de Jaén, Jaén, España. Recuperado de: [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/5590/1/Cubero\\_Recio\\_Lorena\\_TFG\\_psicologa.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/5590/1/Cubero_Recio_Lorena_TFG_psicologa.pdf)
- Da Penha, C. F., Dias, M. M. D., Andrade, A. G., y Santos da Silva, O. S. L. (2017). Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Bioética*, 25(3), 611-617. doi: 10.1590/1983-80422017253218
- De León Espitia, M. A. (2017). Impacto cardiovascular de la hipoglicemia. *Revista colombiana de cardiología*, 24(4), 376-381. doi: 10.1016/j.rccar.2016.12.002
- De Lucas, F. J. (2018). Luto, phatos e clínica: uma leitura fenomenológica. *Psicologia USP*, 29(1), 50-57. doi: 10.1590/0103-656420160151
- Dos Santos, G. C. D., Santos, D. F. C., Martins, S. D. M. M., Mendes, P. H., Ribeiro, S. A. R., y Valadão de Abranches, S. V. F. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 129-138. doi: 10.12707/RIV18062
- Estevan, B. P., De Miguel, S. C., Álvarez, A. R., Martín, M. E., Múgica, A. B., Riestra, F. A.,...Del Cura, G. I. (2016). Duelo prolongado y factores asociados. *Psicooncología*, 13(3), 399-415. doi: 10.5209/PSIC.54444
- Fernández, C. A., De Posada, R. S., Pacheco, F. I. D., y Hernández, R. M. (2015). Sistema de acciones para desarrollar la habilidad diagnosticar en el Proceso de Atención de Enfermería. *Humanidades Médicas*, 15(2), 294-306. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v15n2/hmc06215.pdf>



- Fernández-Alcántara, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., y Cruz-Quintana, F. (2016). Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(1), 15-24. doi: 10.1016/j.rips.2015.10.002
- Gallardo, A. S., Godoy, F. J. C., y Gallardo, A. S. (2018). Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Valoración neurológica. *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital*, 2(1), 229-233. Recuperado de: <https://www.formacionasunivep.com/Vcice/files/libro%20avances%20de%20investigacion.pdf#page=229>
- Gamba-Collazos, H. A., y Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de duelo complicado en la población colombiana. *Revista colombiana de psicología*, 26(1), 15-30. doi: 10.15446/rcp.v26n1.51205
- García-Viniegras, C. R., Grau, A. J. A., y Infante, P. O. E. (2013). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 121-131. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012)
- Gil, B. J. (2017). *El duelo en una sociedad globalizada: estudio comparativo de la experiencia del duelo de diferentes culturas en Mallorca* (tesis doctoral). Universidad de las Islas Baleares, Islas Baleares, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/565414>
- Gómez, R. R. P. (2017). Proceso de duelo: meta análisis del enfrentamiento a la muerte suicida desde una perspectiva familiar. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, 17(1), 49-64. doi: 10.18270/chps.v17i1.2147
- González, L. M. (2017). *Passiflora en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/56482/>

- González, S. L. F., Vasco-Hurtado, I. C., y Nieto-Betancurt, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56. doi:10.18270/chps.v16i1.1968
- González-Chordá, V., Cremades, P. J., Pérez, C. V., Hellín, G. F., y Maciá, S. L. (2018). Validación de una herramienta de prescripción de cuidados básicos estandarizados y evaluables con temporalidad. *Enfermería Global*, 17(51), 332-349. doi: 10.6018/eglobal.17.3.319711
- Gordon, M. (Ed.13). (2014). *Manual of nursing diagnosis*. Massachusetts, EE. UU: Jones & Bartlett Learning.
- Granero, F., y Sánchez, M. D. (2016). *Desarrollo de materiales docentes para asignaturas de Bioingeniería* (tesis doctoral). Universidad de Cádiz, Cádiz, España. Recuperado de: <https://indoc.uca.es/webmeminnov/proyectos1314.php>
- Guamanquishpe, J. E., y Parra, S. F. (2019). *Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5790>
- Guerra, S. J. R., Gutiérrez, C. M., Zavala, P. M., Singre, A. J., Goosdenovich, C. D., y Romero, F. E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 169-177. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002017000200021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200021)
- Guillaumet, M., Amorós, G., Ramos, A., Campillo, B., & Martínez, M. M. (2018). La narrativa como estrategia didáctica para una aproximación al proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 17(49), 185-210. doi: 10.6018/eglobal.17.1.260491

- Herdman, H. T. & Kamitsuru, S. (Ed. 10). (2015). *Nanda internacional: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. Barcelona, España: Elsevier.
- Hernández, S. L. (2019). Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. *Cultura de los Cuidados*, 23(54), 59-66. doi: 10.14198/cuid.2019.54.07
- Imaz, G. J. A., & Reyes, R. C. M. (2019). Chronic Pain and Grief. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 182-191. doi: 10.1016 / j.rcp.2017.05.008
- Izquierdo, M. M. A. (2020). *Estrategias de afrontamiento: una revisión teórica* (tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán, Pimentel, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/6889>
- Jaramillo, A. M. V., Carrión, B. Y. U., Sánchez, J. A. C., y Mendoza, F. A. M. (2018). Atención y control de la diabetes mellitus en el nivel primario de salud. *RECIAMUC*, 2(3), 681-703 Recuperado de: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/135>
- Jiménez, C. V. E. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 8(1), 141-150. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3999526>
- Jiménez, L. F. C., Román, L. P., y Díaz, C. M. M. (2017). *Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud. Proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo*. Almería, España: Edeal.
- Landa, P. V., García, G. J. A., Moyano, L. M., y Molina, G. B. (2017). *Prevención primaria y/o secundaria del duelo complicado: guía para unos cuidados primarios de duelo estructurados, aplicables en duelo de riesgo o duelo complicado* (guía clínica). Recuperado de: <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/guia-para-unos-cuidados-primarios-duelo-estructurados-aplicables-duelo-riesgo-complicado/>

- León, R. C. A. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4). Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>
- León-Amenero, D., y Huarcaya-Victoria, J. (2019). El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 86-91. doi: 10.15381/anales.v80i1.15471
- Liz, B. R., y Avedaño, B. L. (2018). Diseño y análisis psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos. *Diversitas-perspectivas en psicología*, 14(1), 121-136. doi: 10.15332/s1794-9998.2018.0001.09
- López, G. I. (2017). *Duelo en situaciones especiales. Abordaje terapéutico para familiares de duelo por muerte traumática, suicidio y personas desaparecidas* (tesis de pregrado). Universidad de La Rioja, La Rioja, España. Recuperado de: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE004724.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE004724.pdf)
- López, S. D. (2017). *Diseño e implementación de un pulsioxímetro* (tesis doctoral). Universidad Politécnica de Valencia, Valencia, España. Recuperado de: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/91753/L%C3%93PEZ%20-%20Dise%C3%B1o%20e%20implementaci%C3%B3n%20de%20un%20pulsiox%C3%ADmetro.pdf?sequence=1>
- Macías, C. (2009). Actuaciones de enfermería de urgencias ante situaciones de crisis de ansiedad. *Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias*, 3(5), 1-7. Recuperado de: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo/pagina7.html>
- Macías, M. A., Madariaga, O. C., Valle, A. M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

- Martín Rodríguez, M. (2017). *El papel de enfermería en el duelo de familiares de pacientes terminales. Revisión bibliográfica* (tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Martín, R. A. (2017). *Epidemiología enfermera del duelo en Canarias* (tesis doctoral). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, Canarias, España. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=236052>
- Martínez, A. A., y Gómez, G. J. L. (2017). Formalización del concepto de Afrontamiento: una aproximación en el cuidado de la Salud. *Revista ENE de Enfermería*, 11(3), 1-14. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2017000300011&lang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000300011&lang=es)
- Martínez-Cuauhtémoc, A. (2019). *Corrección clínica del control de la glucosa en pacientes con diabetes mellitus, tratados en la clínica de especialidades no 2, enfocados en los parámetros glucosa y a1c* (tesis de pregrado). Universidad abierta y a distancia de México, México. Recuperado de: [http://www.repositorio.unadmexico.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/208/1/PT2\\_2091-1\\_ES1521207240.pdf](http://www.repositorio.unadmexico.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/208/1/PT2_2091-1_ES1521207240.pdf)
- Massa, L. E. (2017). Duelo patológico, tratamiento con psicoterapia narrativa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 321-337. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171q.pdf>
- Mendoza, C., y Hugo, V. (2016). *Hipoglicemia en pacientes diabéticos y causas. Estudio a realizarse en el Hospital Universitario de Guayaquil*. (tesis doctoral). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/22484/1/TESIS%20DE%20TITULACION%20VICTOR%20HUGO%20CRUZ.pdf>
- Miaja, A. M., y Moral de la Rubia, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes

semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2013.v10.41951

Monroy, M. D. L., y Amador, V. R. (2018). *Duelo complicado*. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 21(2), 621- 638. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182m.pdf>

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M. L., & Faan, P. R. (Eds.). (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. Barcelona, España: Elsevier.

Mora, Z.O. (2016). *Efectos adversos del alprazolam administrado en paciente masculino de 48 años que presenta síntomas de ansiedad y trastorno de pánico* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/7760>

Morer, B. B., Alonso, G. R., y Oblanca, B. M. (2017). El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional. *Redes*, (36), 11-24. Recuperado de: <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/196/159>

Mosquera, S. Y., Barón, R. V. C., y Guiza, R. F. S. (2017). *Protocolo manejo de duelo en padres de familia que han perdido a su hijo en etapa de niñez o adolescencia, debido a sucesos inesperados* (tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/13952>

Muñana-Rodríguez, J. E., y Ramírez-Elías, A. (2014). Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería universitaria*, 11(1), 24-35. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n1/v11n1a5.pdf>

Mutedzi, B., Langhaug, L., Hunt, J., Nkhoma, K., & Harding, R. (2019). Improving bereavement outcomes in Zimbabwe: protocol for a feasibility cluster trial of the 9-cell bereavement tool. *Pilot and Feasibility Studies*, 5(66), 1-9. doi: 10.1186/s40814-019-0450-5

- Naranjo, H. Y., Jiménez, M. N., y González, M. L. (2018). Análisis de algunas teorías de enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *Archivo médico de Camagüey*, 22(2), 231-243. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2018/amc182m.pdf>
- Nevado, M., y González, J. (2017). *Acompañar en el duelo*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Noguera, O. N. Y., y Pérez, R. C. (2014). A situação de enfermagem: "um milagre da vida" na aplicação do conceito de luto. *Avances en Enfermería*, 32(2), 306-313. doi: 10.15446/av.enferm.v32n2.46245
- Noriega, Z., y Fernanda, L. (2017). *La espiritualidad como factor de bienestar psicológico en el proceso de envejecimiento* (tesis doctoral). Universidad Minuto de Dios, Bello, Colombia. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10656/6028>
- Ornelas, T. P. E. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y Salud*, 26(2), 177-184. Recuperado de: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2193/3921>
- Orozco, W. N., y Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38298>
- Osorio-Duran, E., Lapeira-Panneflex, P., y Acosta-Salazar, D. (2019). Cuidado al familiar del paciente críticamente enfermo desde la teoría de Callista Roy. *Duazary*, 16(2), 50 - 62. doi: 10.21676/2389783X.2941
- Peña-Villamar, M. (2018). Análisis epistemológico del manejo de un caso de duelo por muerte de un ser querido. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E.*

- Marinello Vidaurreta*, 43(4), 1-6. Recuperado de: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1319>.
- Pérez, U. D. A., & Atehortua, V. M. R. (2016). La comprensión del duelo desde la psicoterapia humanista. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(12), 1-9. Recuperado de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/326982/20784208>
- Pesut, D. J., & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Delmar Pub.
- Postigo-Zegarra, S., Farriol, B. V., y Quiles S. (2019). Efectos del acompañamiento logoterapéutico en el proceso de duelo: diseño mixto longitudinal. *Psicobioquímica*, 6(1), 81-98. Recuperado de: <http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/numero%206/8.pdf>
- Quijada, D. V. (2018). *Duelo en familiares de fallecidos por muerte esperada versus inesperada* (tesis de pregrado). Universidad de La Rioja, La Rioja, España. Recuperado de [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE004743.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE004743.pdf)
- Quito, M. C. P., Trelles, C. D. E., y Cadena, P. H. R. (2019). Afrontamiento de un grupo de adultos ante el duelo por pérdida de los padres en el Centro de Apoyo al Duelo. *Areté. Revista Digital del Doctorado en Educación de la Universidad Central de Venezuela*, 5(9), 169-184. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7049138>
- Raile, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.
- Ramos, J. M. G., Noriega, M. L., Martínez, M. C. V., y Lorente, A. P. (2018). Educación y relaciones familiares: ansiedad, depresión y otras variables. *Revista Internacional Jurídica y Empresarial*, 2(1), 21-44. Recuperado de: <https://portalderevistas.ufv.es/rije/article/view/292/288>



- Ramos, S. R., y Soler, R. A. (2016). Síntomas afectivos: tristeza patológica. *Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica, 1*(119), 49-54. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5783681>
- Real Academia Española. (2020). Duelo. Recuperado de <https://dle.rae.es/duelo>
- Reyes, P. V., Reséndiz, R. A., Alcázar, O. R. J., y Reidl, M. L. M. (2017). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente, 20*(38), 240-255. doi: 10.17081/psico.20.38.2544
- Rivera, M. S. (2003). Formas de conocer en enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional. *Horizonte de enfermería, 14*(1), 21-32. Recuperado de: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/733>
- Rodríguez, A. (2016). *Master universitario en traducción médico-sanitaria* (tesis de maestría). Universidad Jaime I, Castellón, España. Recuperado de: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/166295>
- Rodríguez, A. M., García, H. A. M., y Toledo, R. C. (2008). Hacia una visión constructiva del duelo. *Index de Enfermería, 17*(3), 193-196. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000300009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000300009&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Rodríguez-Álvaro, M., García-Hernández, A. M., Brito-Brito, P. R., Aguirre-Jaime, A., y Fernández-Gutiérrez, D. A. (2018). Intervenciones y criterios de resultado planificados por las enfermeras comunitarias en la atención al duelo en Canarias. *Enfermería Clínica, 28*(4), 240-246. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.11.005
- Sabes-Figuera, R., Knap, M., Bendeck, M., Mompert-Penina, A., y Salvador-Carulla, L. (2012). La carga local de los trastornos emocionales. Un análisis basado en una gran encuesta de salud en Cataluña (España). *Gaceta Sanitaria, 26*(1), 24-29. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.05.019

- Sánchez, R. C., Marín, P., Pérez, C. M. J., Langa, M. A., y Benítez del Castillo, J. M. (2003). Nuevo instrumento para medir la sensibilidad al contraste sin y con deslumbramiento. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 78(6), 331-333. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-66912003000600009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912003000600009)
- Sandín, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2018). Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): Datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 163- 177. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/22976>
- Santos, C. D., y Vallín, L. S. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6(1), 21-31. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317303>
- Sanz, J. M., García, I. M., y Carbajo, E. (2014). Tratamiento del duelo en Salud Mental: Una experiencia grupal. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 115-133. Recuperado de: <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/22>
- Shah, M. (2015). Compare and Contrast of Grand Theories: Orem's Self-Care Deficit Theory and Roy's Adaptation Model. *International journal of nursing didactics*, 5(1), 39-42. doi: 10.15520/ijnd.2015.vol5.iss01.28.39-42
- Soto, J. A. C., Gutiérrez, G. A. A., Romero, M. C., Rico, F. R., Duarte, S. G., y Lozoya, G. R. (2016). Diseño e implementación de un oxímetro de pulso con Labview y la NI MyDAQ. *Cultura Científica y Tecnológica*, 55(2), 199- 212. Recuperado de: <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/1060>
- Stroebe, M., Schut, K., & Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: an updated overview. *Studies in Psychology*, 38(3), 582-607. doi: 10.1080/02109395.2017.1340055

- Vedia, D. V. (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2), 12-34. Recuperado de: [https://psicociencias.org/pdf\\_noticias/Duelo\\_patologico.pdf](https://psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf)
- Vegas, M. E. (2017). *Plan de cuidados de enfermería en la situación de últimos días* (tesis de pregrado). Universidad de Salamanca, Salamanca, España. Recuperado de: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/133274/TFG\\_VegasMartin\\_PlanCuidadosEnfermeriaUltimosDias.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/133274/TFG_VegasMartin_PlanCuidadosEnfermeriaUltimosDias.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Villacieros, D. M., Magaña, L. M., Bermejo, H. J. C., Carabias, M. R., y Serrano, F. I. (2014b). Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. *Medicina Paliativa*, 21(3), 91-97. doi: 10.1016/j.medipa.2012.05.007
- Villacieros, D. M., Magaña, L. M., Bermejo, H. J. C., Carabias, M. R., & Serrano, F. I. (2014a). Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning. *Annals of Psychology*, 30(3), 944-951. doi:10.6018/analesps.30.3.154691
- Xu, Y. (2017). Salud mental de las madres en duelo luego de una catástrofe natural. *Salud(i)cienza*, 22(7), 659-667. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1667-89902017000400011&lang=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902017000400011&lang=es)
- Yoffe, L. (2017). Afrontamiento religioso espiritual del duelo judío. *Avances en Psicología*, 25(2), 223-238. doi: 10.33539/avpsicol.2017.v25n2.357
- Zachar, P. (2015). Grief, depression, and the DSM-5: a review and reflections upon the debate. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 18(3), 540-550. doi: 10.1590/1415-4714.2015v18n3p540.9