

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



GRADO EN ENFERMERÍA

**EL PROCESO DE DUELO EN LAS FAMILIAS: PAPEL DE
ENFERMERÍA**

Revisión narrativa

Trabajo Fin de Grado

REALIZADO POR

ISAAC GÓMEZ BALADRÓN

TUTORIZADO POR

MATILDE TENORIO MATANZO

Madrid, Mayo 2016

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	iii
INTRODUCCIÓN	1
CONCEPTO DE FAMILIA Y SU FUNCIONAMIENTO	1
LA SALUD FAMILIAR	3
LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD ACTUAL	6
EL PROCESO DE DUELO.....	8
JUSTIFICACIÓN	15
METODOLOGÍA	17
RESULTADOS	19
EL DESARROLLO DEL DUELO	33
EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL DUELO	35
EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL PROCESO DE DUELO	36
DISCUSIÓN	37
LIMITACIONES	39
PROPUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.....	39
CONCLUSIÓN	41
AGRADECIMIENTOS	43
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	51

RESUMEN/ABSTRACT

Introducción: la muerte de un ser querido conlleva como respuesta la elaboración del duelo. Esta pérdida acarrea importantes consecuencias a nivel familiar. Por otro lado, la conceptualización de la muerte en la sociedad occidental nos ha conducido a un ocultamiento de la misma, complicando la elaboración de un duelo de manera satisfactoria.

Objetivo: mostrar cuál es el papel enfermero en la atención a las familias en duelo así como la importancia de una buena coordinación con los miembros que conforman el equipo de atención multidisciplinar.

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica por las bases de datos PubMed (Medline), PsycInfo, Cuiden Plus, Cinahl y Scielo. Se seleccionaron investigaciones en lengua inglesa, española y francesa con fecha de publicación de 2002 en adelante. Se obtuvieron un total de 460 artículos, de los cuales se seleccionaron 27.

Resultados y discusión: los resultados se agruparon en tres categorías: el desarrollo del duelo, el papel de enfermería en la atención al duelo y el equipo multidisciplinar en el proceso de duelo. Tras el análisis de dichos artículos, se comprueba que el duelo es un proceso normal tras la pérdida de un ser querido. Igualmente, el profesional de enfermería se considera una pieza clave dentro del equipo multidisciplinar a la hora de abordar estas situaciones.

Conclusión: esta revisión muestra la importancia de saber realizar un diagnóstico diferencial entre duelo normal y duelo complicado. Asimismo queda patente la importancia de un abordaje multidisciplinar con el personal de enfermería como referente.

Palabras clave: duelo, familia, papel de enfermería, equipo multidisciplinar.

Introduction: the death of a loved one entails the elaboration of the bereavement as a response. On the other hand, death's conceptualization in the western society led us to a concealment of it, complicating the satisfactory development of the grief.

Objective: showing what is the nurses' role in caring for the bereaved families and the importance of a good coordination with the members who make up the multidisciplinary team.

Methodology: a bibliographic research was made consulting the PubMed (Medline), PsycInfo, Cuiden Plus, Cinahl and Scielo databases. Studies in English, Spanish or French were selected, from 2002 onwards.

Results and discussion: results were grouped into three categories: the development of the grief, the role of nursing in bereavement care and the multidisciplinary team in the grieving process. After the analyses of these studies, it is confirmed that the bereavement is a normal process after the loss of a loved one. By the same token, nursing staff is considered as the cornerstone within the multidisciplinary team addressing such situations.

Conclusion: this review shows the importance of knowing the differential diagnosis between normal grief and complicated grief. Additionally, it is evident the importance of the multidisciplinary approach with the nursing staff as a key element.

Keywords: bereavement, grief, family, nurse's role, multidisciplinary team.

INTRODUCCIÓN

CONCEPTO DE FAMILIA Y SU FUNCIONAMIENTO

Dado que en el presente trabajo pretendemos mostrar cuál es el papel de enfermería en el proceso de duelo que experimentan las familias, en primer lugar trataremos de acotar qué es lo que se entiende por *familia*. A la hora de abordar este concepto se puede apreciar que no existe una definición única del mismo y se hace necesario un abordaje desde diferentes puntos de vista.

Según Gallo Vallejo et al, la familia puede definirse como “el grupo de personas que comparte afectos, vivencias, recuerdos, bienes y proyectos. Los vínculos que unen a estas personas que conforman la familia pueden ser de tres tipos: consanguíneos, legales, o bien afectivos”. (1)

Si nos acercamos a la definición de familia desde el prisma de la Antropología, ésta es considerada desde el punto de vista económico, ya que en las sociedades más primitivas eran los hombres los que cazaban, mientras que las mujeres recolectaban y se encargaban de la cocina. También les pertenecía a ellas la responsabilidad de cuidar a los hijos. (2)

Para la Sociología, estos vínculos que unen a los miembros “se restringen a los lazos por parentesco, ya sea por consanguinidad (padres/madres con hijos) o por vínculos reconocidos socialmente, esto es, el matrimonio”. (2)

En cambio, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la familia es la institución social básica y como unidad de parentesco consta de por lo menos uno o más hombres que viven con una o más mujeres y mantienen con ellas una relación sexual, jurídica o socialmente reconocida y más o menos permanente, con derechos y obligaciones particulares y junto con o sin su descendencia. En un sentido más amplio comprende a todos los parientes que viven juntos o son aceptados como parte de la familia, incluso las personas adoptadas”. (3)

Por último, si tomamos como referencia la definición que dio en la Organización de Naciones Unidas (ONU), podemos observar que el término “familia” queda reducido al núcleo familiar. Según dicha organización, el núcleo familiar puede estar compuesto por “un matrimonio sin hijos; un matrimonio con uno o más hijos; un padre con uno o

más hijos solteros; una madre con uno o más hijos solteros. Las parejas que viven en uniones consensuales se consideran como matrimonio”. (4)

Por ello, si debemos optar por una definición, desde el presente estudio queremos resaltar aquello que Fast y Keating reflejaron respecto al concepto de familia: “las personas construyen su propia definición de familia con independencia de cómo la defina un investigador o político. Así, la familia queda definida como un ser único y a quienquiera que la persona defina como familia”. (5) “Entre los miembros de la familia se puede incluir (pero no se limita) a padres, hijos hermanos, vecinos y otras personas importantes en la comunidad”; tal y como se refleja en la *Guía de Práctica Clínica Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas*. (6) En conclusión, la familia es lo que el paciente dice que es.

Tras tratar enmarcar de manera conceptual el término de “familia”, nos proponemos realizar una aproximación al funcionamiento de la misma. Para ello, tomaremos como referencia la Teoría General de Sistemas (TGS) de Ludwig von Bertalanffy.

Bertalanffy afirmaba que un sistema está formado por elementos que interaccionan unos con otros. Dentro de su teoría nos centraremos concretamente en los sistemas abiertos. Estos se definen como aquellos sistemas en los que existe un intercambio de materia y energía con el entorno de forma bidireccional. (7)

El psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner tomó como base la TGS de Bertalanffy para cimentar su modelo ecológico y explicar así el funcionamiento de familia como sistema. En dicho modelo la familia es considerada como un sistema abierto, razón por la cual hemos decidido centrar nuestra atención en este tipo concreto dentro de la teoría de Bertalanffy.

Bronfenbrenner describió su modelo como una serie de estructuras dispuestas de manera concéntrica en el que cada una de ellas se encuentra inmersa dentro de la siguiente. Así, la familia constituye un sistema que se encuentra imbuido dentro de otro sistema aún mayor y a su vez engloba sistemas más pequeños. Podemos afirmar que el proceso de desarrollo del ser humano se enmarca en una serie de sistemas relacionados unos con otros, que son distintos escenarios de interacción con el ambiente. (8)

Para Bronfenbrenner, la familia es el microsistema más importante, ya que en él se configura la vida del individuo durante muchos años. La familia como microsistema interactúa con otros microsistemas. Estas interacciones se denominan mesosistemas. En cada etapa del ciclo vital suele haber unos sistemas de interacción más frecuentes (escuela, grupo de amigos, asociaciones vecinales, clubes deportivos,...). (8)

LA SALUD FAMILIAR

La OMS definición en 1976 es el concepto de salud familiar como “la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia”. (3)

Si tomamos como referencia la definición de Ortiz podemos apreciar que se amplía la conceptualización de la OMS de la siguiente manera: “la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida”. (9)

Del mismo modo cabe destacar lo que González Benítez aportó a la cuestión en 1992 reflejado en el artículo de revisión *Reflexiones acerca de la salud familiar*. Su trabajo se apoya en el enfoque sistémico anteriormente descrito y según dicho estudio su concepto de salud familiar se posiciona sobre la “síntesis de las relaciones interpersonales. La familia es funcional y en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital” (10). Igualmente, Louro centra sus miras en el enfoque sistémico de la familia y la describe como subsistema abierto, el cual se relaciona con la sociedad y los subsistemas que la componen. (11)

Estas dos últimas definiciones del concepto de familia hacen alusión a las etapas del ciclo vital familiar. Estas etapas fueron propuestas por Evelyn Duvall en 1957 en su libro *Family development*. Fermat González basa su investigación *El ciclo vital de la familia y el sistema de representaciones sociales* (12) en el modelo de Duvall, exponiendo así cada etapa:

- **Pareja sin hijos:** se produce la independencia de la familia de origen por parte de los dos miembros de la pareja. La principal tarea en esta etapa es la conversión en un nuevo sistema.
- **Nacimiento del primer hijo:** se produce la aceptación y adaptación del rol de padres, así como la vinculación afectiva madre/padre-hijo. La integración del nuevo miembro y el cumplimiento de las labores de crianza constituyen las tareas de esta etapa.
- **Familia con hijos preescolares:** en esta etapa debemos aplicar la tolerancia y la ayuda en la autonomía de los hijos. Se producen tensiones entre los roles familiares y laborales de los padres. La tarea de esta etapa es la crianza de los hijos.
- **Familia con hijos escolares:** se debe apoyar a los hijos en la apertura al mundo extrafamiliar así como el trabajo escolar. Por parte paterna se produce la consolidación y estabilización laboral. La tarea continúa siendo la crianza.
- **Familia con hijos adolescentes:** se producen ajustes de acuerdo a las necesidades de independencia de los hijos. Aquí la tarea es la de flexibilizar los límites de los adolescentes.
- **Familia como “plataforma de colocación”:** los progenitores deben mostrar tolerancia frente a la partida de los hijos con su consecuente independencia. En esta etapa puede surgir lo que se conoce como síndrome del nido vacío. La tarea que aquí atañe es la de irse por partes de los hijos y la de dejar ir por parte de los progenitores.
- **Familia madura:** se produce la readecuación y vitalización de la pareja, que se encuentra sola. Comienza a producirse la asunción de los roles de abuelo y es la hora de enfrentarse a múltiples pérdidas: juventud, salud, trabajo, etc. La tarea de esta etapa no es otra que la de la aceptación al cambio generacional de roles.
- **Familia anciana:** los padres llegan a la tercera edad y es cuando mayor necesidad de apoyo y afecto tienen. La tarea de esta etapa es la de enfrentarse a la soledad y a la muerte de la pareja.

El paso de una etapa a otra del ciclo vital familia requiere por parte de los miembros un período de adaptación para lograr la asunción de nuevos roles, así como para empezar a cumplir las tareas destinadas a cada etapa.

Este momento es considerado como crítico, dado que supone un período susceptible de aparición de crisis familiares transitorias o evolutivas. Estas crisis evolutivas pueden aparecer por una falta de flexibilidad a la hora de llevar a cabo una reorganización de la estructura familiar.

Ahora bien, existen otro tipo de crisis, las paranormativas. Es en estas hacia las que dirigiremos nuestra atención, dado que la muerte de un familiar puede suponer un factor desencadenante de las mismas. Este tipo de crisis aparecen por acontecimientos no esperados, que surgen de manera no planificada y accidental. Además del fallecimiento, a este tipo de crisis se le suman otros factores desencadenantes, tales como un divorcio o un abandono.

González Benítez se apoya en las aportaciones de Ortiz para exponer los diferentes eventos que desencadenan las crisis paranormativas. Si prestamos atención a la clasificación propuesta, el primer grupo de eventos son los denominados eventos de desmembramiento y es aquí donde se incluye la muerte de un familiar con el consiguiente duelo: “aquellos eventos familiares vitales, que constituyen separación de algún miembro y que provocan crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separación, divorcio, muerte).” (13)

Si tratamos de ampliar nuestra perspectiva acerca de los eventos que desencadenan las crisis familiares, nos encontramos con que otros autores se refieren a ellos bajo el nombre de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE). Un AVE se define como “la capacidad que tiene un fenómeno de actuar como causa en un proceso de estrés. También es corriente su uso al expresar los efectos que ha producido una circunstancia estresante en el individuo o sobre el sistema familiar”. (2)

Especialmente interesante es la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes que Holmes y Rahe propusieron en 1967 y en la que podemos comprobar que la muerte de un cónyuge o la muerte de un familiar cercano son consideradas como AVE capaces de desencadenar una crisis familiar. (14)

Un AVE tiene capacidad de trastocar y alterar la homeostasis del sistema familiar. Para volver a recuperarlo y lograr el equilibrio, se ponen en marcha los mecanismos adaptativos con los que cuenta la familia. Si no hubiese recursos familiares internos o externos para solucionarlo, el objetivo de vuelta al equilibrio falla. Es en este momento cuando aparece la crisis. (2)

Cuando tratamos de realizar una aproximación teórica a la dinámica familiar en el terreno de salud-enfermedad, el apoyo social y las redes sociales juegan un papel muy importante como recurso externo de la familia. El mencionado recurso actúa como “amortiguador en situaciones de crisis” (2), como bien reflejan González y Vígara en el capítulo “Prevención y Promoción de la Salud Familiar”, dentro de *Atención al individuo y la familia*.

En el estudio realizado por Fernández Peña (15), la autora trata de conceptualizar el apoyo social basándose en las aportaciones de Lin et al. de 1979 y 1981. En ellas se establece un criterio estructural para llevar a cabo una definición diferencial entre el apoyo social aportado por la comunidad, por las redes sociales y por los amigos íntimos.

El primero de ellos corresponde a la comunidad y “hace referencia a la integración social, la regulación normativa y el orden social que ésta ofrece dando significado a la propia existencia y protegiendo a la persona contra la incertidumbre”.

El segundo lo constituyen las redes sociales, “que aportan sentido de relaciones y unión con los demás”.

El tercero supone el nivel de apoyo más íntimo, aquel que es brindado por las personas más cercanas y “del cual se esperan cambios recíprocos y mutuos, compartiéndose una responsabilidad por el bienestar de los otros”.

González y Vígara (2) realizan otra clasificación igualmente interesante a la hora de estudiar el apoyo social. Por un lado se encuentra aquel que se ocupa de las necesidades cuantitativas o estructurales. Por otra parte nos encontramos con el apoyo social cualitativo o funcional, que se encarga de hacer llegar consejos y afectos al individuo. Este último posee un carácter subjetivo.

LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD ACTUAL

Comenzaremos nuestra reflexión sobre la muerte en la sociedad actual exponiendo las cuatro actitudes que propone Philippe Ariès en su libro *Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. (16)

Primeramente, Ariès expone su primera actitud frente a la muerte refiriéndose a ella como *la muerte domesticada*. El autor no quiere decir con esto que la muerte fuese en otros tiempos asilvestrada o que supusiese anteriormente un algo salvaje; si no que esta actitud muestra el grado de conformidad del individuo con el hecho de morir. La existencia de la muerte era algo bien sabido y se convivía con la idea de que tarde o

temprano iba a venir a nosotros. Es por esto que en dicha actitud encontramos “un sentimiento muy antiguo y duradero, y muy extendido, de familiaridad con la muerte, sin miedo ni desesperación, a medio camino entre la resignación pasiva y la confianza mística”.

Seguidamente, topamos con la segunda actitud, la que el autor denominó como *la propia muerte*. Es aquí donde el ser humano toma conciencia del proceso de morir y de la llegada de la muerte a sí mismo. El individuo adquiere “un sentimiento más personal e interior de la muerte, la propia muerte”. El ser consciente de la muerte de uno mismo pone a la persona en una situación de rechazo a desprenderse a las cosas que forman parte de su historia de vida y “un sentimiento de amargo fracaso es confundido con la mortalidad”.

Posteriormente, el historiador francés nos expone su tercera actitud: *la muerte del otro*. La adopción de esta actitud por parte de la sociedad es la que conlleva a que la muerte se vuelva un hecho problemático, “alejándose del mundo de las cosas familiares”. Se considera así a la muerte como una “separación no admitida”, restringiéndose a “la muerte del otro, del amado”.

Finalmente, nos encontramos con *la muerte vedada*. Esta última actitud es la que pone de manifiesto la negativa actual del ser humano a la muerte. Asistimos en estos días al ocultamiento de la existencia de la muerte. Aunque esto sea así, según Ariès se produce un hecho contradictorio y es que “técnicamente admitimos que podemos morir, contratamos seguros de vida para preservar a los nuestros de la miseria. Pero, verdaderamente, en el fondo de nosotros mismos, nos sentimos no mortales”.

Tras exponer brevemente las actitudes que adopta el hombre frente a la muerte a lo largo de la historia, llegamos al momento de nuestra sociedad actual. Es aquí donde predomina la ya mencionada muerte vedada y queremos hacer alusión a ella para poner un punto de inicio a lo que supone el hecho de morir en la sociedad occidental de nuestros días.

Basándonos y compartiendo las reflexiones expuestas por Chocarro González en *Enfermería en Cuidados Paliativos* (17), podemos afirmar que la muerte a día de hoy es considerada como un fracaso tanto por parte de la sociedad en general como por parte de la comunidad científica en particular.

Y es que nos negamos a que la muerte sea el final de nuestra actuación en el ámbito de la salud, considerándose como un fracaso por parte de la medicina y de la

ciencia. Esta concepción de la muerte va adquiriendo mayor entidad conforme los avances científico-técnicos se suceden, como es lógico.

Citando a Chocarro González podemos afirmar que si nos situamos desde una perspectiva psicosociológica, “la muerte y la enfermedad pueden entenderse como fenómenos que dependen de la cultura y de la vida social. Es por ello por lo que la muerte en sí misma carece de sentido y su significado surge dentro de cada contexto social. Así mismo, cada contexto social se encuentra impregnado de una historia previa y de unas convenciones sociales y culturales concretas”.

Tras lo anteriormente descrito, esta situación nos lleva a pensar en una progresiva desnaturalización de la muerte, alejándola de nuestras vidas como si de algo ajeno se tratase. Además, debemos añadir que las características de nuestra sociedad actual son poco facilitadoras para considerar a la muerte como un elemento inclusivo, como una posibilidad real en nuestras vidas.

EL PROCESO DE DUELO

Definición de duelo

Si prestamos atención a la etimología de la palabra duelo, encontramos que ésta proviene del latín tardío *dolus*, es decir, dolor.

Para definir el concepto de duelo tomaremos como punto de partida la definición que nos brinda la Real Academia Española (RAE) (18):

- “Dolor, lástima, aflicción o sentimiento”.
- “Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”.
- “Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales”.

Por otra parte, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) propone como definición de duelo “aquel estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma

medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal. Este período de tiempo es lo que constituye el duelo”. (19)

Por último, basándonos en el estudio de Alfonso M. García Hernández, “el duelo como experiencia humana es en parte natural y en parte construido. Por un lado, las características centrales de nuestra respuesta a la pérdida reflejan nuestra herencia evolucionista como seres biológicos y sociales, derivada de la interrupción de los lazos de apego necesarios para nuestra supervivencia, mientras que por el otro, los seres humanos responden a la pérdida de un ser querido tanto en el nivel simbólico como biológico, atribuyendo significados a los síntomas de separación que experimentan, así como a los cambios de la identidad personal y colectiva que acompañan la muerte de un miembro de la familia o de una comunidad más amplia”. (20)

A modo de conclusión podemos afirmar que biología y cultura son conceptos que van unidos a la hora de tratar de describir el proceso de duelo.

Modelos de análisis del duelo (21)

A lo largo de la historia se han planteado diferentes modelos con el objetivo de explicar y analizar el proceso de duelo. Si prestamos atención a las distintas teorías y aproximaciones, se puede observar como el mecanismo por el cual se desarrolla el duelo varía según el prisma a través del cual se analice.

En el estudio que aquí nos ocupa tomaremos de referencia las teorías y modelos propuestos por García Hernández en *Enfermería en Cuidados Paliativos* con objeto de lograr una mayor comprensión acerca del fenómeno que aquí nos atañe.

Teoría psicodinámica

Dicha teoría fue propuesta por Sigmund Freud y se basa en inversión de libido por parte del individuo en determinados objetos. Al fallecer una persona, dicho individuo trata de depositar la libido en otro objeto de una manera saludable.

Esta es la razón por la cual, según Freud, el duelo se considera como algo común y predecible, que no precisa ningún tipo de terapia.

Freud realiza una analogía entre el duelo y la melancolía y considera a ambos sentimientos como dolorosos, capaces de provocar una pérdida de interés ante cualquier asunto del mundo exterior. El autor comprende “que esta inhibición y restricción del yo

es la expresión de la entrega total al duelo y no deja nada para otros propósitos o intereses”. (22)

Modelo médico

Este modelo considera al duelo como una “enfermedad o posible disfunción psiquiátrica”. De hecho, se habla de él como “una desviación del estado de salud”.

A continuación mostramos como la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) trata el proceso de duelo, considerándolo como una disfunción o desviación de la salud del individuo.

El DSM-V propone como duelo no complicado “aquel en el que el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como por ejemplo, sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como "normal", si bien el individuo puede buscar ayuda profesional para aliviar otros síntomas que lleva asociados, tales como insomnio o anorexia. La duración y la expresión de un duelo "normal" varían considerablemente entre los distintos grupos culturales”. (23)

Para que se incluyese el duelo complicado o Trastorno por Duelo Complicado (TDP) dentro del DSM-V, Prigerson et al propusieron en 2009 los siguientes criterios diagnósticos (24):

1. Criterio A: evento: duelo (haberse producido la pérdida de alguien significativo.
2. Criterio B: ansiedad por la separación: presentar, diariamente o de manera intensa, añoranza por el ser querido perdido (por ejemplo: anhelar su presencia, tener intensos sentimientos de dolor emocional, pena, o "punzadas" de aflicción en relación a él/ella, recordar su ausencia con una enorme y profunda tristeza, o padecer sufrimiento emocional o físico por el deseo -no satisfecho- de reunirse con él/ella).
3. Criterio C: síntomas cognitivos, emocionales y conductuales; presentar a diario o intensamente al menos 5 de los siguientes síntomas:
 - Estar confuso acerca de cuál es el papel de uno en la vida, o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.

- Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
 - Tratar de evitar todo lo que le recuerde que su ser querido ha muerto.
 - Sentirse incapaz de confiar en los demás desde el fallecimiento.
 - Estar amargado o enfadado en relación con el fallecimiento.
 - Sentirse mal por seguir adelante con su vida (por ejemplo, hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas).
 - Sentirse frío e insensible -emocionalmente plano- desde el fallecimiento.
 - Sentirse frustrado en la vida, vacío y sinsentido desde la pérdida.
 - Sentirse como "atontado", aturdido o conmocionado desde la pérdida.
4. Criterio D: duración: el diagnóstico no debiera hacerse hasta que, por lo menos, no hubieran transcurrido 6 meses desde la pérdida.
 5. Criterio F: relación con otros trastornos mentales: la sintomatología no se explica por un trastorno depresivo mayor, un trastorno por ansiedad generalizada o un trastorno por estrés postraumático.

Teoría del estrés

Hace alusión al concepto de Acontecimiento Vital Estresante, anteriormente desarrollado.

Aquí la pérdida de un ser querido es considerada en sí misma como un estresor, poniéndose de relieve la capacidad del individuo a la hora de movilizar los recursos de los que dispone para así recuperar el anterior estado de equilibrio y salud.

La propuesta de García Hernández va más allá, tratando de exponer lo que produce el estrés en el organismo desde un enfoque fisiopatológico: “el estrés producido por el duelo, altera entre otras cosas, la respuesta inmunológica de los linfocitos T y los B, los granulocitos, los macrófagos y las células natural killer, además del funcionamiento neuroendocrino, pudiendo todo ello afectar al estado de salud del doliente”.

Perspectiva funcional

Este enfoque se basa en “el importante papel que juegan las emociones en el mantenimiento de las relaciones sociales y en el ajuste a los acontecimientos vitales

importantes”. Así, esta perspectiva pretende ir más allá de las reacciones biológicas que le individuo desarrolla cuando fallece un ser querido.

Autores como Erik Eriksson y Donald Meltzer centran su mirada en el plano psicosocial, tratando de analizar el reajuste que la persona debe realizar para llenar de significado la pérdida que ha sufrido. Este proceso pasa por tratar de encontrar una explicación al suceso de manera narrativa para poder encontrarle un sentido y así reestructurar su historia vital y el devenir de su camino. Asimismo, John Bowlby circunscribe el concepto a duelo a un proceso de adaptación ante la pérdida.

Modelo de proceso dual

Según Margaret Stroebe y Henk Schut, en el proceso de duelo se produce la combinación de mecanismos de afrontamiento orientados a la pérdida y de mecanismos encaminados a la restauración de la adaptación.

Bajo esta mirada, el proceso de duelo depende en buena medida de la oscilación y el adecuado balance entre los mecanismos de confrontación de la experiencia de la pérdida (expresión de emociones y sentimientos, recuerdos, añoranza, sueños, etc.) y los mecanismos que posibilitan el manejo de aquellos estímulos y acontecimientos estresantes que son consecuencia directa de la misma y que facilitan el reajuste personal.

Fases del proceso de duelo (25, 26)

Para desarrollar y explicar las diferentes fases que experimenta el individuo durante su proceso de duelo, escogemos aquellas que fueron descritas por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross.

Previamente, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones que tiene lugar durante el proceso de duelo de una persona. La primera de ellas es que no todas las personas que están inmersas en un proceso de duelo tienen por qué experimentar todas las etapas que posteriormente pasaremos a describir. Asimismo, el orden de las etapas puede ser distinto en cada persona.

Las etapas que describe Kübler-Ross son:

1. Negación: es la primera reacción que es experimentada. A la persona le invade un sentimiento de incredulidad tras la recepción de la noticia del fallecimiento de su ser querido. Esta incredulidad “se irá sustituyendo por una aceptación parcial de la realidad”.

2. Ira o enojo: el individuo comienza a tomar conciencia de la situación del familiar y lo que experimenta es un sentimiento de rabia e impotencia, en definitiva, “frustración por no poder cambiar la realidad”.
3. Pacto o negociación: supone un “esfuerzo por cambiar la realidad”. La persona ha tomado conciencia de la situación que está viviendo y trata de pactar con fuerzas superiores, normalmente de carácter religioso o espiritual (Dios, el Destino,...) con objeto de retrasar la pérdida.
4. Depresión: es la “reacción lógica ante la toma de conciencia de lo sucedido”. El individuo se siente vulnerable e incapaz de que su situación mejore.
5. Aceptación: es la última fase. “Supone ver la muerte de forma diferente, como un fin natural”. Conlleva un cambio de mentalidad por parte de la persona en lo que respecta a su concepción de la vida y la muerte.

El estudio de las diferentes etapas del proceso de duelo por las que pasan los familiares resulta muy relevante dado que nuestra intervención como enfermeros o enfermeras variará en función de la misma y las necesidades de las familias también serán distintas.

Tipos de duelo

Una vez expuesto lo que podemos entender como duelo, así como los modelos de análisis para lograr una mejor comprensión del mismo, debemos tener presente que no todas las familias experimentan el mismo tipo de duelo.

La tipología del duelo ha sido ampliamente descrita, nosotros en este caso optaremos por la clasificación propuesta por Hernández Pedraza (26):

- Duelo anticipado: es aquel que comienza a producirse en el momento en el que el familiar recibe el diagnóstico, sin conocer si quiera la esperanza de vida presumible que puede esperar el paciente. En ese momento comienzan a manifestarse los sentimientos de “tristeza infinita provocando un despego emotivo antes de que ocurra la muerte”.
- Duelo retardado, negado o inhibido: los familiares no manifiestan ninguna emoción o sentimiento considerado como “normal” (tales como tristeza, rabia, impotencia,...) tras el fallecimiento del paciente. “Es potencialmente patogénico ya que puede suponer una falta de capacidad para afrontar la pérdida”.

- Duelo crónico: tras pasar el período normal de duelo, el individuo o la familia es incapaz de continuar con su vida como lo era antes del fallecimiento. No hay “capacidad para la re inserción”.
- Duelo complicado: es frecuente en ancianos o en lactantes. “Provoca sentimientos de culpabilidad y favorece la somatización, bloqueándose así el trabajo de duelo”.
- Duelo patológico: supone una “perturbación de la actividad mental y sentimiento de personalidad”. Se evidencia mediante manifestaciones clínicas, esto es, rasgos depresivos, ideas constantes de suicidio, consumo de alcohol o tranquilizantes no prescritos, comportamiento antisocial, etc. “Este tipo de duelo desencadena depresión prolongada, aislamiento social e intentos de suicidio”.
- Duelo tras las catástrofes: aquellas personas que sobreviven tras experimentar catástrofes tales como desastres naturales o vivencias en conflictos armados. Estas personas quedan marcadas para toda su vida.
- Duelo colectivo: dicho duelo se experimenta de forma general por un grupo amplio de personas, es decir, de manera colectiva. Tal es el ejemplo de los españoles tras los atentados acaecidos en Madrid el 11 de marzo de 2004.

El duelo en Enfermería

Para la construcción del concepto de duelo en Enfermería, la NANDA-I empleó como pilares los estudios de Ott y Hogan et al. “Estos autores asumen el fenómeno de la pérdida como un proceso que implica el papel activo del individuo”. (21)

A continuación se pretende reflejar la propuesta de objetivos e intervenciones propuesta por la última edición de las taxonomías NOC y NIC; pero lo primero es contextualizar los tres diagnósticos de enfermería que propone la NANDA en lo referente al duelo (27):

- Duelo: “Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida”.
- Duelo complicado: “Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional”.

- Riesgo de duelo complicado: “Vulnerable a un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional, que puede comprometer la salud”.

Por otra parte, cabe mencionar que existen otros diagnósticos de enfermería que aparecen relacionados con el proceso de duelo o bien con el duelo complicado. Estos diagnósticos son procesos familiares disfuncionales, insomnio, mantenimiento ineficaz de la salud, síndrome postraumático y riesgo de suicidio.

En el anexo I se expone una tabla resumen de los objetivos y las intervenciones para cada diagnóstico de enfermería. Se han escogido aquellos objetivos que resulten más acordes con un enfoque centrado en la familia. Asimismo se añaden objetivos centrados en el individuo en los que la conducta del mismo puede influir en la dinámica familiar.

JUSTIFICACIÓN

Tras la exposición anterior acerca del marco teórico del estudio que aquí nos atañe, consideramos relevante esta revisión narrativa dado que la familia en cuidados paliativos forma junto con el paciente una unión indisoluble. Esto es algo que debemos tener siempre presente a la hora de valorar y actuar frente a un caso del paciente paliativo. “La atención a la familia es un derecho del propio paciente en situación de enfermedad avanzada terminal”. (28)

A todo esto se le suma la problemática del enfoque acerca de la muerte que presenta la sociedad occidental actual, tratando de ocultarla y negarla, aún siendo la única certeza que tenemos como seres humanos en el devenir de nuestras vidas.

Por otra parte no hay que olvidar el enfoque holístico que tiene la Enfermería sobre el paciente. Esto nos lleva a tener una mirada bio-psico-social para con el mismo. En el duelo puede que no se encuentren afectada la esfera biológica en todos los casos, pero nunca desatenderemos las otras dos esferas que conforman al individuo.

Con el presente trabajo pretendemos realizar una búsqueda bibliográfica que nos permita mostrar cuál es el papel enfermero en la atención a las familias en duelo así como la importancia de una buena coordinación con los miembros que conforman el equipo de atención multidisciplinar.

METODOLOGÍA

Para cumplir el objetivo propuesto en el presente estudio se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica por las bases de datos en Ciencias de la Salud: PubMed (Medline), PsycInfo, Cuiden Plus, Cinahl y Scielo.

Para realizar dicha búsqueda se emplearon los términos de lenguaje controlado “bereavement” y “grief” (duelo) de las diferentes bases de datos. Dichos términos fueron combinados mediante el operador booleano AND con los términos enfermería (“nursing”), cuidados de enfermería (“nursing care”), papel de enfermería (“nurse’s role”), proceso de enfermería (“nursing process”), equipo de cuidados (“patient care team”) y familia (“family”). Asimismo se emplearon para la búsqueda los siguientes términos en lenguaje libre: intervenciones de enfermería (“nursing interventions”) y equipo multidisciplinar (“multidisciplinary team”).

En todas las búsquedas se aplicaron los siguientes limitadores:

- Lenguaje: inglés, francés y español.
- Fecha de publicación: se seleccionaron textos publicados con un límite temporal de 10 años, es decir, publicaciones a partir de 2006. En la plataforma Scielo esto supuso una excepción, dada la escasez de resultados obtenidos. Por ello se amplió la búsqueda hasta un límite de 15 años.
- Se escogieron artículos con posibilidad de texto completo (*Full text*).

Una vez realizada la búsqueda con dichos términos y limitadores, se procedió a desechar aquellos textos que no tuviesen un resumen o *abstract* disponible para su lectura. Del mismo modo se excluyeron artículos que, tras la lectura del título y del resumen disponible, no aportasen información relevante para el presente trabajo. Igualmente quedaron fuera de la selección aquellas publicaciones que centrasen el objeto de su investigación en población neonatal, infantil o adolescente.

En la tabla 1 se puede apreciar la estrategia de búsqueda con el número de artículos finalmente seleccionados.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PubMed (Medline)	213	9
PsycInfo	64	6
Cuiden Plus	78	3
Cinahl	82	5
Scielo	23	4

RESULTADOS

En el presente apartado pretendemos realizar una exposición de los resultados obtenidos a posteriori de la lectura crítica de los artículos seleccionados. Para ello, dividiremos los mismos en tres áreas temáticas identificadas: el desarrollo del duelo, el papel de enfermería en la atención al duelo y el equipo multidisciplinar en el proceso de duelo.

Previamente procedemos a presentar una tabla resumen con la selección de los artículos que conforman esta revisión narrativa.

Tabla 2. Artículos incluidos en la revisión narrativa.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO DE PUBLICACIÓN	TIPO DE DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	RESULTADOS PRINCIPALES
Fernández Liria A y Rodríguez Vega B (29)	2002	Revisión	Mostrar pautas para la intervención de duelo en Atención Primaria y conseguir en los pacientes: -Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida. -Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella. -Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por falta de la persona u objeto perdido. -Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.	Familiares en proceso de duelo.	El profesional sanitario en Atención Primaria debe conocer las intervenciones en el duelo y saber identificar los signos de duelo complicado.
Love AW (30)	2007	Revisión narrativa	Resumir el	Individuos en	La pérdida de un ser

			<p>conocimiento actual sobre el proceso de duelo y destacar las formas de ayudar a las personas que están atravesando esta situación.</p> <p>Actualizar los conocimientos acerca de las situaciones que pueden surgir.</p>	proceso de duelo.	querido produce intensas reacciones de duelo que hay que conocer como profesionales de la salud y saber distinguir aquellas que corresponden a un duelo complicado para brindar la adecuada asistencia de una manera multidimensional.
Cabodevilla I (31)	2007	Revisión	Exponer conceptos relacionados con el duelo: definición, modelos de análisis e intervenciones.	Familiares en proceso de duelo.	El duelo es un proceso normal. Para superarlo hay que realizar una serie de tareas de manera satisfactoria.
Holtlander LF (32)	2008	Revisión narrativa	Mostrar las necesidades del sistema sanitario para ofrecer cuidados de calidad en el duelo.	Cuidadores familiares de pacientes con cáncer.	Hay poco conocimiento del proceso de duelo por parte del sistema sanitario. Enfermería es una pieza clave en este tipo de cuidados.
Clukey L (33)	2008	Cualitativo	Explorar de manera retrospectiva las percepciones de los familiares acerca del duelo anticipado.	9 familiares que no emplearon los servicios sanitarios del hospice.	Se identificaron cinco procesos acerca del duelo anticipado: -Realización. -Cuidado del

					<p>moribundo. -Presencia. -Búsqueda de significado. -Transición.</p>
Ruder S (34)	2008	Revisión	Exponer la función de enfermería en la educación al cuidador principal de un paciente paliativo, así como la asistencia en el duelo.	Cuidadores principales de pacientes paliativos.	El personal de enfermería es una pieza clave en materias de educación y apoyo a los cuidadores principales aligerando sus cargas asistenciales.
Gálvez González M (35)	2009	Revisión crítica	Mostrar a la enfermera como agente promotor del duelo anticipado en familiares de pacientes en UCI mediante la revisión crítica de un artículo científico.	Familiares mayores de 18 años de pacientes ingresados en UCI a los que se les retirará el soporte vital.	No se han desarrollado intervenciones estructuradas en el apoyo a familias de pacientes en estas circunstancias. La enfermera tiene un papel central como agente promotor del duelo anticipado en las familias de los pacientes que fallecen durante el ingreso en UCI.
White P y Feszt G (36)	2009	Descriptivo-Cualitativo	Describir la práctica clínica de los profesionales de enfermería en la	9 profesionales de enfermería.	-El cuidado al duelo presta atención a aspectos físicos, funcionales y

			atención primaria con los pacientes en proceso de duelo.	emocionales. -La valoración de los pacientes incluye quejas físicas, funcionamiento general y bienestar emocional. -Intervenciones: adaptadas a la respuesta individual al duelo. -Evaluación de los resultados: en paralelo a los problemas identificados.
Moreno Roldán F y Novellas Aguirre de Cárcer A (37)	2009	Retrospectivo-Descriptivo	Describir cómo se recoge actualmente en el registro enfermero la “ <i>Situación de los últimos días</i> ” que permita entender las reacciones familiares durante el proceso y la posterior necesidad de seguimiento de duelo.	150 registros enfermeros sobre la situación de los últimos días de enfermos que fallecieron durante 1 año. <u>Registros:</u> -74% procesos sin complejidad. -23% procesos con complejidad. -3% procesos de alta complejidad. <u>En cuanto al duelo:</u> -32% procesos adecuados y resolución favorable. -27% Necesita apoyo específico pero resolución favorable. -25% Tras período de seguimiento la familia decide no seguir con las

					visitas. -2% Precisan intervención específica de Psiquiatría y derivación a Centro de Salud Mental.
Clarke K y Pearson N (38)	2010	Descripción de una intervención (pilotaje)	Implementar una intervención de seguimiento de familiares en duelo mediante tarjetas de contacto.	Familiares en proceso de duelo	Se recibieron 5 llamadas telefónicas. Los pacientes no formalizaron ninguna queja en relación a la falta de información acerca de su proceso de duelo.
Wiese CH, Morgenthal HC, Bartels UE, Vossen-Wellmann A, Graf MB y Hanekop GG (39)	2010	Descriptivo-Cualitativo	Examinar el duelo tras la muerte de un familiar.	50 cuidadores familiares asistidos por un equipo de cuidados paliativos.	-46 participantes. -30% con duelo complicado. -97% satisfechos con la ayuda brindada por el equipo de cuidados paliativos.
Martínez Sola ME y Siles González J (40)	2011	Cualitativo	Describir la conceptualización de muerte y duelo en procedente de una residencia de mayores.	Residentes de una residencia de mayores de Almería entre 70 y 90 años, hombres y mujeres.	Existen tres tipos de fallecimiento: 1.-Dentro de la residencia de manera esperada (el más habitual). 2.-Fuera del centro. 3.-Muerte súbita e inesperada.

					No se exteriorizan sentimientos de duelo. Se evidencian síntomas físicos (bajada de peso).
Campo Martínez M y Cotrina Gamboa MJ (41)	2011	Descriptivo-Cualitativo	-Conocer cómo ayudan las enfermeras de UCI a las familias para que éstas realicen un afrontamiento eficaz de la pérdida de un ser querido. -Describir el sentir de las enfermeras de la UCI cuando ayudan a la familia a afrontar la pérdida de un ser querido.	10 enfermeras de UCI	Se destacaron los siguientes aspectos: -Cuidado holístico. -Establecimiento de una relación de confianza. -Sentimiento de vulnerabilidad. -Incapacidad para ofrecer este cuidado. -Formación en la gestión de emociones, duelo y habilidades de comunicación. -Limitación en la información.
Gustafsson LK, Wiklund-Gustin L y Lindström UÅ (42)	2011	Cualitativo	Clarificar el significado de “reconciliación” en las mujeres en proceso de duelo.	8 mujeres de entre 30 y 72 años.	El significado de la reconciliación supone un proceso para lograr ver las cosas desde otro ángulo, así como para conseguir la transición desde el duelo y el sufrimiento hasta la

					experiencia de salud e integridad.
Wenzel J, Shaha M, Klimmer R y Krumm S (43)	2011	Cualitativo-Descriptivo	Determinar los aspectos facilitadores y las barreras en la gestión del fallecimiento del paciente desde la perspectiva combinada de enfermeras de Oncología. Extraer los componentes esenciales de una intervención de apoyo con los familiares.	34 profesionales de enfermería de pacientes adultos y Oncología pediátrica.	Se destacaron tres aspectos principales: -Las dimensiones del trabajo relacionado con la pérdida. -El manejo del duelo por parte de los pacientes. -Sugerencias para crear un ambiente de cuidados de apoyo.
Gómez-Batiste X et al. (44)	2011	Revisión de un programa de intervención	Describir el diseño, la implementación y los primeros resultados del programa de la Fundación “La Caixa” titulado “Cuidado comprensivo para pacientes con enfermedades avanzadas y sus familiares”; pasados	453 notas clínicas de pacientes atendidos por 23 equipos.	17.715 familiares de pacientes paliativos fueron atendidos. Se mejoró el bienestar y se disminuyó la ansiedad y el insomnio. Impacto no significativo en el alivio de la depresión.

			18 meses de su instauración.		
Hudson P et al. (45)	2012	Proyecto de elaboración de directrices para la práctica clínica	Desarrollar directrices para el apoyo psicosocial a cuidadores de pacientes paliativos en proceso de duelo.	Grupos focales formados por psicólogos clínicos, capellanes, enfermeras de cuidados paliativos especializadas en población anciana, representantes multiculturales de la salud y voluntarios de cuidados paliativos.	Las directrices han sido desarrolladas por profesionales de la salud y servicios clínicos multidisciplinares comúnmente involucrados en el cuidado de los pacientes adultos que reciben cuidados paliativos en diferentes sitios de atención en Australia. Estas directrices basadas en el consenso han sido aprobadas por las organizaciones australianas e internacionales.
Weber M, Claus M, Zepf KI, Fischbeck S y Escobar Pinzón LC (46)	2012	Transversal	Explorar las necesidades importantes y las experiencias personales de los familiares de pacientes al final de	5.000 direcciones de personas fallecidas con residencia principal en el estado federal de Rhineland-Palatinato (Alemania).	36% de tasa de respuesta. Información completa por parte de los médicos: -81,5% de acuerdo. -7,5% ni acuerdo ni en

			la vida y detectar diferencias en estas necesidades.		desacuerdo. -11% parcialmente/totalmente en desacuerdo. Recibieron apoyo emocional: -54,1% sí recibieron. -14,2% ni acuerdo ni en desacuerdo. -31,7% parcialmente/totalmente en desacuerdo.
Redshaw S, Harrison K, Johnson A y Chang E (47)	2013	Cualitativo	Explorar las percepciones de las enfermeras comunitarias acerca del apoyo que brindan en materia de duelo a los usuarios, cuidadores y familiares.	10 enfermeras comunitarias de tres centros de salud pertenecientes al mismo área de salud.	Destacaron los siguientes aspectos: -Hay que permitir que los familiares sean el foco de atención de la enfermera -Ofrecer la posibilidad de dar salida a sus emociones después del fallecimiento -Dar a las enfermeras oportunidad de poner fin a la relación terapéutica con los familiares.
Hottensen D (48)	2013	Descripción de un programa de intervención	-Definir la necesidad de los servicios de duelo de manera	Familiares en proceso de duelo.	-El 90% de los familiares de los fallecidos recibieron un

			<p>multidisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar a los trabajadores sociales y voluntarios que se encargarán de las intervenciones del programa. -Proporcionar capacitación y supervisión para los trabajadores sociales. -Planificar e implementar un servicio de recuerdo a los fallecidos para familiares. -Evaluar el programa a los dos años. 		<p>seguimiento vía telefónica o mediante cartas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Las llamadas al servicio telefónico aumentaron de una por semana a cinco por semana. -Los grupos de apoyo continúan en activo. -75 familias son atendidas cada año (aproximadamente).
Brownhill S, Chang E, Bidewell J y Johnson A (49)	2013	Cualitativo	Llevar a cabo un examen en profundidad de un conjunto de datos generados a partir de entrevistas semi-estructuradas para crear un modelo de toma de decisiones en los cuidados brindados a familias en duelo.	10 enfermeras comunitarias.	La toma de decisiones en la atención al duelo depende de varios factores: <ul style="list-style-type: none"> -Relación con la familia. -Carga de trabajo. -Variante psicosocial. -Apoyo a la familia. -Circunstancia de la muerte. -Mezcla de enfermeras.

Thirsk LM y Moules NJ (50)	2013	Cualitativo (investigación hermenéutica)	Entender la naturaleza de las intervenciones de enfermería de familia con aquellas que están experimentando un proceso de duelo.	4 miembros familiares de 3 familias distintas.	-Logros y propuestas. Las tres familias en este estudio tenían experiencias muy diferentes. Aunque variaron considerablemente en lo que recordaban que era útil acerca de las conversaciones, los resultados siguen contribuyendo a nuestra comprensión de las intervenciones de enfermería en el proceso de duelo.
Sheldon LK (51)	2014	Revisión narrativa	Describir cómo las enfermeras de Oncología, dada su formación y experiencia clínica, necesitan implicarse en la <i>Comission on Cancer</i> para estandarizar la aplicación de intervenciones en	Enfermeras de Oncología	Las enfermeras de Oncología son un miembro clave en los equipos de cuidados paliativos. Mejoran la calidad de vida de pacientes y familiares, desarrollan y mantienen la relación terapéutica con los mismos y entienden sus

			materia de cuidados paliativos		necesidades cambiantes.
Pocurull Roda I, Martínez Rodríguez O y Ordóñez Martín S (52)	2014	Análisis de caso clínico	Identificar las etapas del duelo. Analizar sentimientos y vivencias. Proporcionar a los profesionales de enfermería nuevos conocimientos sobre la relación de ayuda en el proceso de duelo.	Una profesional de enfermería de Cuidados Paliativos en proceso de duelo por un familiar (su madre).	Cada persona vive su duelo de forma individual. El duelo depende de factores externos (relación con el fallecido, edad del fallecido, creencias,...). Importancia del entorno para una correcta elaboración del duelo.
Hadders H, Paulsen B y Fougner V (53)	2014	Descriptivo	Clarificar el desarrollo de la estandarización de la participación de los familiares en el momento de la muerte en la Unidad de Cuidados Paliativos y explorar si la estandarización conllevó cuidados paliativos más de acuerdo con su ideología.	438 formularios de registro.	Los familiares están más presentes en el momento de la muerte, mientras que las enfermeras están menos presentes en este momento. Dichas enfermeras utilizan más tiempo para informar y discutir con los pacientes acerca de su participación en la atención pre y post-mortem, así como de llegar a acuerdo tras la muerte del familiar.
Boerner K, Burack	2015	Transversal	Determinar cómo	140 auxiliares de	La falta de preparación

<p>OR, Jopp DS y Mock SE (54)</p>			<p>experimenta el personal sanitario directo los síntomas típicos del duelo y explorar la preparación de los miembros del equipo para hacer frente a estas situaciones así como identificar las características asociadas al duelo.</p>	<p>enfermería y 80 cuidadores formales.</p>	<p>para estas situaciones es la sensación más verbalizada. Los sentimientos de duelo son más intensos cuanto más estrecha es la relación con el paciente.</p>
<p>Bentley B y O'Connor M (55)</p>	<p>2015</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Explorar la percepción de los familiares en duelo acerca de cuál es el mejor momento para realizar una entrevista de investigación acerca de la muerte del familiar.</p>	<p>22 familiares en proceso de duelo.</p>	<p>86% de acuerdo en realizar en los 5 primeros meses tras el fallecimiento. 43% lo mejor es hacerla en cuestión de semanas. Lo mejor es realizarla cuanto antes. Debe decidirse por ellos mismos.</p>

EL DESARROLLO DEL DUELO

En 2007, Love (30) se propuso resumir el conocimiento actual sobre el proceso de duelo para así actualizarlo. De este modo, el personal sanitario podrá conocer cuáles son las formas más efectivas para ayudar al paciente en esta situación. El autor expone de manera detallada cuáles resultan las reacciones de duelo más comunes y las clasifica en cinco tipos distintos: emocionales (sentimientos de tristeza, ansiedad, miedo, vergüenza, desesperanza,...), cognitivas (falta de concentración, apatía, desorientación, confusión,...), físicas (síntomas somáticos tales como cefalea, fatiga, náuseas, desajustes menstruales,...), conductuales (llanto constante, agitación, abuso de alcohol,...) y existenciales (cuestionamiento acerca de las creencias y la espiritualidad). Para Love, el proceso de duelo es dinámico y cambiante y el sanitario debe conocer las diferentes etapas por las que el individuo transita a la hora de procesar su duelo. Por último, las posibles complicaciones de un proceso de duelo normal son descritas en aras de su conocimiento para realizar el buen diagnóstico diferencial duelo normal vs. duelo complicado.

En ese mismo año, Cabodevilla (31) publica su artículo de revisión conceptualizando el duelo como algo normal. Asimismo y al igual que Love, el artículo recorre las diferentes reacciones del doliente, añadiendo en este caso una nueva dimensión, la social (manifestada por el aislamiento del individuo tras la pérdida). Para superar el duelo de manera satisfactoria se ha de superar una serie de tareas. Estas tareas son la aceptación de la realidad de la pérdida, el trabajo de las emociones y el dolor de la pérdida, la adaptación al medio en el que el fallecido es un ausente y la recolocación emocional del fallecido para continuar viviendo. La elaboración de la pérdida es conceptualizada como una actitud flexible y equilibrada.

Si nos trasladamos un año más tarde, es decir, en 2008, nos encontramos con la publicación de Clukey (33). Si anteriormente se expuso el desarrollo del duelo de manera generalizada, aquí se centra el objeto de estudio únicamente en aquellos casos en los que el duelo es anticipado. Clukey parte de la base de que el proceso de duelo anticipado es un fenómeno complejo y multidimensional. Una muestra de 9 cuidadores principales es seleccionada con el objetivo de explorar las percepciones que tuvieron lugar durante el proceso de duelo anticipado. Tras la realización de las entrevistas semi-estructuradas se pudo apreciar que los cuidadores se veían envueltos en un proceso dinámico en el que los aspectos emocionales y cognitivos, además de los físicos, entran

en juego. De igual modo, cinco procesos fueron identificados: realización (toma de conciencia de que la muerte será inminente), cuidado del moribundo (el cuidador encuentra la manera de brindar cuidados a la persona que fallecerá), presencia (estar físicamente), búsqueda de significado (proceso de interpretación del duelo para darle sentido a esa experiencia) y transición (el moribundo abandona este mundo paulatinamente).

Continuando con la línea temporal establecida, Wiese et al. (39) examinaron en 2010 cómo era el proceso de duelo en 50 familiares de pacientes paliativos siguiendo tres criterios diferentes para calificar un duelo como complicado: Horowitz, Prigerson e ICD-10. Tras las entrevistas realizadas en este estudio, el 30% de los entrevistados se encuentra inmerso por un proceso de duelo complicado sin diferencia significativa entre los tres criterios propuestos. Por otra parte, cabe destacar el alto porcentaje (97%) de satisfacción de los familiares en relación con los cuidados brindados por el equipo de paliativos.

Martínez Sola y Siles González (40) contextualizan el proceso de duelo en el anciano institucionalizado. Los resultados muestran la manera particular del desarrollo del duelo por parte de esta población cuando un compañero residente es el que fallece. La persona institucionalizada debe amoldarse a las reglas establecidas por la institución, lo que conduce a un ocultamiento del duelo en cuanto a manifestaciones emocionales o cognitivas, si bien es cierto que se aprecian manifestaciones físicas tales como pérdida de peso.

En 2011; Gustafsson , Wiklund-Gustin y Lindström (42) aportaron desde un enfoque cualitativo el significado que tenía la reconciliación en las mujeres que habían experimentado la pérdida de un ser querido y habían superado el duelo. Los resultados permitieron arrojar luz sobre este asunto mostrando la reconciliación desde diferentes metáforas tales como “cuando la niebla se está disipando”, “percibirse a una misma como un prado de flores” o “nieve derretida”

Para terminar con esta área temática no debemos pasar por alto lo que Pocerull Roda, Martínez Rodríguez y Ordóñez Martín (52) divulgaron. Su estudio se circunscribe igualmente al proceso de duelo pero, en este caso, al de una profesional de enfermería de cuidados paliativos. El duelo en la enfermera fue analizado mediante las etapas propuestas por Kübler-Ross llegando a la conclusión de que cada persona elabora

su duelo de manera individual. Existen factores externos que configuran la forma de cada duelo: relación con el fallecido, relación entre los miembros de la familia, tipo de muerte, edad del fallecido, tipo de enfermedad, creencias y valores, cultura y religión, etc.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL DUELO

Son múltiples los artículos hallados que muestran cómo la enfermería contribuye al cuidado de los familiares durante su proceso de duelo.

Por un lado, observamos como ciertos autores (32, 35, 36, 51) destacan al personal de enfermería como una pieza clave en el cuidado de familias que atraviesan un proceso de duelo. Según dichos autores, enfermería provee una serie de cuidados efectivos y eficientes. Aspectos clave de estos cuidados son el seguimiento de las familias, consiguiendo así una continuidad en el tiempo mediante el contacto presencial o telemático. Identificar los factores de riesgo de un duelo complicado durante este seguimiento resulta fundamental para los autores. Asimismo, si nos circunscribimos al ámbito de los cuidados intensivos, la enfermera es considerada un agente promotor en el manejo del duelo anticipado mediante la transmisión de información a los familiares acerca de cuáles son las acciones que se llevarán a cabo durante la retirada de soporte vital del paciente. El papel de la enfermera como asesora es igualmente destacado en los presentes artículos, con una atención holística a los familiares, poniendo así el foco en los aspectos físicos, emocionales y conductuales.

Por otra parte, encontramos cómo la literatura científica nos muestra intervenciones específicas tales como el empleo de un registro enfermero como soporte al profesional de cuidados paliativos (37) que permite una mayor planificación de las intervenciones así como una recogida más organizada de la valoración enfermera. Otros autores (38, 48) destacan la utilidad de las llamadas telefónicas como herramienta para el seguimiento de los familiares durante su proceso de duelo.

Por último, es necesario mencionar que otros investigadores dan un paso más en sus propuestas y proponen modelos para la toma de decisiones en lo que al cuidado de familiares en proceso de duelo se refiere. Tal es el caso de Brownhill, Chang, Bidewell y Johnson (49), que fundamentan su modelo bajo el título de “Depende”, ilustrando así

que las intervenciones en el duelo varían debido a múltiples factores que deben tenerse en consideración: la carga de trabajo, la variante psicosocial, el apoyo, las circunstancias; entre otros.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL PROCESO DE DUELO

Si bien es cierto que de los artículos seleccionados para la revisión ninguno de ellos tenía como objetivo principal demostrar la necesidad de un equipo multidisciplinar en la atención al duelo, debemos remarcar que una parte de los mismos tiene como foco la descripción de intervenciones basadas en equipos de profesionales de estas características.

Tal es el caso de Gómez-Batiste et al. (44), quienes proponen un programa de intervención en cuidados paliativos tanto para pacientes como para familiares centrándose en las necesidades psicosociales y espirituales. El programa incluye propuestas con el objetivo de ser llevadas a cabo por un equipo psicosocial formado por psicólogos, trabajadores sociales, médicos y personal de enfermería.

Hudson et al. (45) nos muestran la creación de determinadas directrices para el apoyo psicosocial en el proceso de duelo. Para la elaboración de la guía se conformaron grupos focales multidisciplinarios formados por psicólogos, enfermeras de paliativos y capellanes.

Hottensen (48) propone igualmente en su estudio un programa integral de soporte a familias en proceso de duelo. Dicho programa incluye el envío de cartas con el pésame, seguimiento vía telefónica, *counselling* individual, grupos de apoyo, etc. Estas intervenciones deben ser desarrolladas por un equipo multidisciplinar formado por enfermeras, médicos, capellanes y trabajadores sociales.

Por último, cabe destacar lo aportado por Hadders, Paulsen y Fougner (53) acerca de la estandarización de los cuidados pre y post-mortem en una unidad de cuidados paliativos. Dicha estandarización de cuidados va dirigida al personal de enfermería y la labor realizada por el mismo en esta unidad, pero no es solo este grupo de profesionales el que debe velar por el buen cumplimiento de los programas, todo el equipo multidisciplinar de la unidad debe colaborar en aras de conseguir satisfacer las necesidades de los familiares.

DISCUSIÓN

Gracias a la presente revisión narrativa, se han dado a conocer diferentes hallazgos acerca del papel que tiene la enfermería en el proceso de duelo que elaboran los familiares tras la pérdida de un ser querido. Igualmente, múltiples artículos nos mostraron cómo es el proceso del desarrollo del duelo en los familiares tras la pérdida y cómo el equipo multidisciplinar es la mejor opción para brindar unos cuidados de calidad satisfaciendo así las necesidades de los dolientes.

Gran parte de la bibliografía consultada (29, 30, 31, 32, 33) afirma que el proceso de duelo es algo normal y esperado. Ahora bien, pudiera darse el caso de que se presentase otro tipo de duelo en los familiares: el duelo complicado. El personal sanitario debe ser conocedor de las características propias de ambos tipos para así poder realizar un diagnóstico diferencial con éxito y ofrecer las intervenciones que mejor se ajusten a cada situación.

Asimismo, a la hora de proporcionar las intervenciones de enfermería que se consideran más idóneas, hay que tener en cuenta que el proceso de duelo se vive de manera particular por cada individuo (42, 50, 52). Esto, como es lógico, refuerza la idea de seleccionar aquellas actividades que mejor se amolden a las particularidades de cada duelo.

Anteriormente hemos hecho mención acerca del papel de enfermería en el proceso de duelo afirmando que estos profesionales constituyen una pieza clave en este tipo de situaciones (32, 35, 36, 51). Que el personal de enfermería sea considerado como pieza clave en los cuidados a familiares durante el proceso de duelo nos conduce a afirmar que es necesario que un grado de responsabilidad sea adquirido en este asunto. Son los propios trabajadores los que afirman la falta de destrezas en este tipo de situaciones como una de las limitaciones mayores a la hora de abordar estas situaciones (41).

Ciertamente, desde aquí abogamos por una formación específica en estas materias para poder llegar a ofrecer unos cuidados de enfermería de calidad basados en la excelencia. Esta falta de preparación para enfrentarse a las situaciones surgidas a raíz de la muerte de un paciente (54) entronca con lo previamente descrito en el presente a trabajo acerca de la concepción de la muerte en la sociedad occidental actual (16). El encontrarnos frente a la conceptualización de la misma como “muerte velada” nos lleva

al ocultamiento de ella como profesionales, con la consiguiente incapacidad de poder llevar a cabo un afrontamiento eficaz de la situación y conseguir dar a los familiares aquello que están demandando, ya sea de manera explícita o implícita.

No pocos han sido los artículos recuperados, tras la realización de la búsqueda por las bases de datos, que sitúan a los profesionales de enfermería inmersos dentro de un equipo multidisciplinar (44, 45, 46, 48, 53).

Si el duelo es un proceso que afecta a múltiples planos del individuo (30, 31) (biológico, emocional, cognitivo, social y espiritual), resulta lógico que el abordaje idóneo para este tipo de situaciones más que para ninguna otra sea de tipo multidisciplinar. Lo realmente interesante de este tipo de opciones a lo hora de trabajar el duelo con los familiares es que se puede lograr cubrir todas las necesidades del individuo sean de la índole que sean.

Considerar la enfermería como elemento clave en el cuidado del duelo (32, 35, 36, 51) no nos resulta extraño dada la base holística de la misma. El personal de enfermería es aquel componente del equipo multidisciplinar sobre el que pivotan el resto de los miembros y es por ello por lo que varios autores proponen intervenciones específicas para este grupo de profesionales (37, 38, 48, 49, 53).

El simple gesto de ofrecer una tarjeta de contacto (38) permitirá al personal de enfermería abrir la puerta al inicio de una relación terapéutica que facilitará un seguimiento del proceso de duelo en cada familia, realizando además una prevención sobre la aparición del duelo complicado. Podemos apreciar que otras intervenciones basadas en el *counselling* y la escucha activa resultan igualmente efectivas, si bien es importante tener en cuenta siempre la individualidad de cada caso (50).

No debemos olvidar que para lograr unos resultados satisfactorios de las actuaciones propuestas por el equipo multidisciplinar, deben llevarse a cabo diferentes directrices y proyectos que sienten las bases de las guías clínicas y los diferentes protocolos (44, 45, 48). Estos protocolos permitirán que los profesionales se guíen por unos criterios establecidos y lograr así una mejor coordinación del equipo, así como la cooperación entre sus miembros. Un valor añadido de los protocolos es que exponen quiénes los actores implicados en cada actuación, sirviendo así de base para reclamar la responsabilidad de todos los profesionales que deben intervenir.

LIMITACIONES

La principal limitación hallada en la realización del presente trabajo la constituye la falta de experiencia del autor a la hora de llevar a cabo una puesta en práctica de los conocimientos de metodología de la investigación.

Otra limitación encontrada es la imposibilidad de acceso a la totalidad de artículos encontrados que podrían haber cumplido los criterios de inclusión para aparecer en esta revisión. Si bien es cierto que la gran mayoría de resultados permitía su recuperación a texto completo, existían igualmente otros muchos artículos que sólo permitían la lectura del resumen. Aún así había texto que ni siquiera disponían de un resumen disponible para su lectura de manera libre.

Por último debe reconocer como limitación la imposibilidad de realizar un traslado a nivel global de los resultados obtenidos tras la búsqueda bibliográfica. Los resultados deben circunscribirse al ámbito geográfico en el que fueron llevados a cabo así como al área de atención (atención primaria, unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados paliativos).

PROPUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Queremos destacar que los resultados acerca del tema escogido para la realización de la revisión narrativa que aquí nos ocupa fueron variados y abundantes. Desde aquí deseamos reforzar esta conducta para animar a que se sigan produciendo publicaciones de estas características. La concepción de la muerte por parte de la sociedad es cambiante y las necesidades de cada familia algo que precisa ser individualizado. Esto nos lleva a requerir actualizaciones de los conocimientos de manera periódica.

Igualmente el papel de enfermería ha sido considerado como una pieza clave en este tipo de procesos. Se hace necesaria la publicación de protocolos acerca de los cuidados a familiares en proceso de duelo. Ciertamente se ha recuperado un plan de estandarización acerca de los cuidados pre y post-mortem (53), pero debemos circunscribir este hallazgo a su país de origen, Noruega. Este aspecto en el ámbito español resulta relativamente virgen.

La necesidad de una formación específica en este tipo de cuidados ha sido detectada tras la lectura crítica de los artículos recuperados. Encontramos importante la creación de programas de formación en España destinados a los profesionales de enfermería para adquirir aquellos conocimientos requeridos para abordar las situaciones posibles que pueden aparecer a raíz de la pérdida de un ser querido.

CONCLUSIÓN

No son pocos los resultados obtenidos de la investigación enfermera acerca de cómo afrontar una situación a la hora de ofrecer una serie de cuidados a los familiares en proceso de duelo. Sin embargo, son los propios profesionales los que demandan una formación específica destinada a ello. Es de vital importancia satisfacer las necesidades de los dolientes de una manera efectiva, hecho que no resulta sencillo, más aún teniendo en cuenta la complejidad de factores que influyen en este proceso y el alto grado de individualidad que presentan estas situaciones.

El profesional de enfermería es una pieza clave en la atención al duelo y como tal se encuentra integrada dentro del equipo multidisciplinar. Dichos equipos deben seguir promoviéndose, ya que resultan la mejor manera de cubrir todas las esferas afectadas de los familiares tras la pérdida de un ser querido: biológica, emocional, cognitiva, social y espiritual.

Asimismo, todos y cada uno de los profesionales implicados en la atención al duelo tienen que ser capaces de reconocer aquellos signos y síntomas sugestivos de un duelo complicado. No hay que olvidar que el duelo es una reacción normal del familiar que se presenta como respuesta ante la pérdida de un ser querido.

Los familiares son una parte integrante del paciente paliativo y como tal deben ser considerados en su proceso de enfermedad e incluidos en los planes de cuidados. No hay que olvidar que tras el fallecimiento son ellos los que se convierten en el foco de actuación y en el centro de las intervenciones. Se hacen necesarios un acompañamiento y seguimiento durante la vivencia de un proceso normal y esperado, evitando al mismo tiempo su transformación en una situación patológica.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a Matilde Tenorio Matanzo su labor como tutora, su asesoramiento y consejos para la elaboración final de este trabajo y su ayuda para que lo difícil resultase más sencillo. Gracias también por tener la capacidad de sacar lo mejor de uno mismo.

Seguidamente, agradecer a mis padres su apoyo inestimable e incondicional a lo largo de toda mi carrera y, por ende, en el presente trabajo. Ellos han sido una parte fundamental en todo esto.

Gracias igualmente a todos mis compañeros y compañeras que me han ayudado de una u otra manera.

Por último, gracias a Jezabel y a Susana por estar ahí. Siempre.

BIBLIOGRAFÍA (56)

- (1) Gallo-Vallejo FJ et al. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2ª ed. Barcelona: SEMFYC; 1997.
- (2) González Pérez T, Vígara Alonso R. Prevención y promoción de la salud familiar. En: Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado J, Duarte Clíments G, coordinadores. Atención al individuo y la familia. 1ª ed. Madrid: Fuden; 2009. p. 239-264.
- (3) Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de la salud de la familia: informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra: OMS; 1976. Serie de informes técnicos: N°587.
- (4) Naciones Unidas. Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación. Nueva York: ONU; 2010. Serie de informes técnicos: serie M, N°67/Rev.2.
- (5) Fast JE, Keating NC. Family caregiving and consequences for carers: toward a policy research agenda. CPRN Discussion Paper N° 10 F10. Ottawa: Canadian Policy Research Networks; 2000.
- (6) Virani T, directora de proyecto. Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas. 1ª ed. Toronto: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2002.
- (7) Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones. 1ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1976.
- (8) Gifre Monreal M, Esteban Guitart M. Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. Contextos Educativos [revista en Internet] 2012. [acceso 29 febrero 2016]; (15). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3972894>.
- (9) Ortiz MT, Louro I, Jiménez L, Silva LC. La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet] 1999. [acceso 1 febrero 2016]; 15(3): p. 15-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251999000300014&script=sci_arttext.
- (10) González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Gen Integr [revista en Internet] 2000. [acceso 6 marzo 2016]. 16(5): p. 508-512.

- Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000500015&script=sci_arttext.
- (11) Louro Bernal I, Infante Pedreira O, de la Cuesta Freijomil D, González Benítez I, Pérez Pileta C, Pérez Cárdenas C et al. Manual para la intervención en salud familiar. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
- (12) Femat González ML. El ciclo vital de la familia y el sistema de representaciones sociales. En: Corona Caraveo Y, autora principal. Anuario de investigación 2006. [Monografía en Internet] 1ª ed. México DF: UAM-X, CSH, Dpto. de Educación y Comunicación; 2007. p. 719-739. [acceso 6 marzo 2016]. Disponible en: http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_libro.php?id_libro=74.
- (13) González Benítez I. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Integr [revista en Internet] 2000. [acceso 14 febrero 2016]. 16(3): p. 280-286. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000300010&script=sci_arttext.
- (14) Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research. [revista en Internet] 1967. [acceso 7 marzo 2016]. 11(2): p. 213-218. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399970900073>.
- (15) Fernández Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. Rev REDES. [revista en Internet] 2005. [acceso 7 marzo 2016]. (3): p. 1-16. Disponible en: http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf.
- (16) Ariès P. Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días. 1ª ed. Barcelona: Acantilado; 2000.
- (17) Chocarro González L. Cuidados Paliativos: Principios y filosofía. En: García González A, coordinadora. Enfermería en cuidados paliativos. 1ª ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.
- (18) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [Internet] 23ª ed. Madrid: Espasa; 2014. [Acceso 11 marzo 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EEI28uS|EEmPUc7>.
- (19) Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos [Internet] 2014. [acceso 22 febrero 2016]. Disponible en: http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1.

- (20) García Hernández AM. Duelo y significados. En: Astudillo W, Ispizua A, Orbegozo A, editores. Acompañamiento en el duelo y Medicina Paliativa. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2007. p. 117-134.
- (21) García Hernández AM. El duelo: afrontamiento de las pérdidas en Cuidados Paliativos. En: García González A, coordinadora. Enfermería en Cuidados Paliativos. 1ª ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 35-48.
- (22) Freud S. Duelo y melancolía. En: Freud S. Obras completas. 1ª reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu; 1984. p. 235-255
- (23) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (24) Landa Petralanda V, García-García JA, Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya. Centros de Salud de Basauri-Ariz y Kueto-Sestao. Cuidados primarios de duelo. [Internet] 2011. [acceso 10 marzo 2016]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cuidados-primarios-duelo/>.
- (25) Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 5ª ed. Barcelona: Grijalbo; 1994.
- (26) Hernández Pedraza R. Atención al paciente terminal. En: Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado J, Duarte Clíments G, coordinadores. Atención al individuo y la familia. 1ª ed. Madrid: Fuden; 2009. p. 445-469.
- (27) NNNConsult [Internet]. Elsevier; 2014. [acceso 12 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>.
- (28) Bravo Turpin S. Apoyo psicosocial y acompañamiento a la familia. Objetivos e intervenciones de enfermería. En: García González A. Enfermería en cuidados paliativos. 1ªed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 63-75.
- (29) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de Salud. Medifam. 2002; 12(4).
- (30) Love AW. Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. Contemp Nurse. 2007; 27(1):73-83.
- (31) Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales Sis San Navarra. 2007; 30.
- (32) Holtslander L. Caring for Bereaved Family Caregivers: Analyzing the Context of Care. Clin J Oncol Nurs. 2008; 12(3):501-506.
- (33) Clukey L. Anticipatory mourning: processes of expected loss in palliative care. Int J Palliat Nurs. 2008; 14(7):316-325.

- (34) Ruder S. The Challenges of Family Member Caregiving: how the home health and hospice clinician can help at the end of life. *Home Healthc Nurse*. 2008; 26(2):131-136.
- (35) Gálvez González MA. La enfermera como agente promotor del duelo anticipado en los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Evidentia*. 2009; 6(26).
- (36) White P, Ferszt G. Exploration of nurse practitioner practice with clients who are grieving. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009; 21(4):231-240.
- (37) Moreno Roldán F, Novellas Aguirre de Cárcer A. Proceso de muerte: experiencia de un registro enfermero como soporte al profesional de cuidados paliativos. *Enfermería Global*. 2009;(16).
- (38) Clarke K, Pearson N. Providing contact cards for relatives following bereavement. *Nurs Stand*. 2010; 24(44):35-37.
- (39) Wiese C, Morgenthal H, Bartels U, Voßen-Wellmann A, Graf B, Hanekop G. Post-mortal bereavement of family caregivers in Germany: a prospective interview-based investigation. *Wien Klin Wochenschr*. 2010; 122(13-14):384-389.
- (40) Martínez Sola ME, Siles González J. Definiendo la muerte y el duelo en una residencia de mayores. *Enferm Comunitaria*. 2011; 7(1).
- (41) Campo Martínez M, Cotrina Gamboa M. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm Glob*. 2011; 10(24):0-0.
- (42) Gustafsson L, Wiklund-Gustin L, Lindström U. The meaning of reconciliation: women's stories about their experience of reconciliation with suffering from grief. *Scand J Caring Sci*. 2010; 25(3):525-532.
- (43) Wenzel J, Shaha M, Klimmek R, Krumm S. Working Through Grief and Loss: Oncology Nurses' Perspectives on Professional Bereavement. *Oncology Nurs Forum*. 2011; 38(4):E272-E282.
- (44) Gómez-Batiste X, Buisan M, González M, Velasco D, de Pascual V, Espinosa J et al. The "La Caixa" Foundation and WHO Collaborating Center Spanish National Program for enhancing psychosocial and spiritual palliative care for patients with advanced diseases, and their families: Preliminary findings. *Palliat Support Care*. 2011; 9(03):239-249.

- (45) Hudson P, Remedios C, Zordan R, Thomas K, Clifton D, Crewdson M et al. Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *J Palliat Med.* 2012; 15(6):696-702.
- (46) Weber M, Claus M, Zepf K, Fischbeck S, Escobar Pinzon L. Dying in Germany—Unfulfilled Needs of Relatives in Different Care Settings. *J Pain Symptom Manage.* 2012; 44(4):542-551.
- (47) Redshaw S, Harrison K, Johnson A, Chang E. Community nurses' perceptions of providing bereavement care. *Int J Nurs Pract.* 2013; 19(3):344-350.
- (48) Hottensen D. Bereavement: Caring for Families and Friends after a Patient Dies. *OMEGA (Westport).* 2013; 67(1-2):121-126.
- (49) Brownhill S, Chang E, Bidewell J, Johnson A. A decision model for community nurses providing bereavement care. *Br J Community Nursing.* 2013;18(3):133-139.
- (50) Thirsk L, Moules N. "I Can Just Be Me": Advanced Practice Nursing With Families Experiencing Grief. *J Fam Nurs.* 2013; 19(1):74-98.
- (51) Sheldon L. Implementing the New Commission on Cancer Standard on Palliative Care Services. *Clin J Oncol Nurs.* 2014; 18(s1):37-38.
- (52) Pocerull Roda I, Martínez Rodríguez O, Ordóñez Martín S. Análisis del proceso de duelo de una profesional de Enfermería de Cuidados Paliativos. *Rev Paraninfo Digital.* 2013; 7(19).
- (53) Hadders H, Paulsen B, Fougner V. Relatives' participation at the time of death: Standardisation in pre and post-mortem care in a palliative medical unit. *Eur J Oncol Nurs.* 2014; 18(2):159-166.
- (54) Boerner K, Burack O, Jopp D, Mock S. Grief After Patient Death: Direct Care Staff in Nursing Homes and Homecare. *J Pain Symptom Manage.* 2015; 49(2):214-222.
- (55) Bentley B, O'Connor M. Conducting Research Interviews with Bereaved Family Carers: When Do We Ask? *J Palliat Med.* 2015; 18(3):241-245.
- (56) Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fisterra.com; 2006 [acceso 13 marzo 2016]. Biblioteca del Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo" de A Coruña. Estilo de Vancouver Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas. [aproximadamente 15 pantallas]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/#electronico>.

ANEXOS

Anexo I. Propuesta de NOC, NIC y actividades para los NANDA “Duelo”, “Duelo complicado” y “Riesgo de duelo complicado”.

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Actividades
Duelo	<ul style="list-style-type: none"> • Resiliencia familiar • Afrontamiento de los problemas de la familia • Funcionamiento de la familia • Clima social de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la resiliencia • Mantenimiento de procesos familiares • Aumentar los sistemas de apoyo • Estimulación de la integridad familiar • Facilitar el duelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la cohesión familiar • Fomentar el apoyo y la adhesión a rutinas y tradiciones familiares • Determinar la alteración de procesos familiares típicos • Determinar las barreras al uso de sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados • Escuchar a los miembros de la familia • Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida
Duelo complicado	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de la aflicción • Afrontamiento de 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento • Apoyo emocional • Facilitar el duelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer expresión de sentimientos • Establecer relación

	<p>problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempeño del rol • Nivel de depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el afrontamiento • Potenciación de roles • Control del estado de ánimo 	<p>terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a reconocer sentimientos • Ayudar al paciente a identificar roles habituales en la familia • Evaluar el estado de ánimo
Riesgo de duelo complicado	<ul style="list-style-type: none"> • Control del riesgo • Detección del riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de riesgos • Ayuda en la modificación de sí mismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar disponibilidad y calidad de recursos • Identificar recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo • Animar a examinar valores y creencias personales y satisfacción con ellos