

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Perspectiva multicultural del duelo y la muerte a
propósito de un caso.

Autor: D. Álvaro Ros Romero

Director: Dr. D. Daniel Guillén Martínez.

Murcia, a 1 de abril de 2020.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Perspectiva multicultural del duelo y la muerte a
propósito de un caso.

Autor: D. Álvaro Ros Romero

Director: Dr. D. Daniel Guillén Martínez.

Murcia, a 1 de abril de 2020.



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

Alumno		Curso académico: 2019/2020	
Apellidos: Ros Romero		Nombre: Álvaro	
DNI: 48836105-k	Titulación: Grado en Enfermería		
Título del trabajo: Perspectiva multicultural del duelo y la muerte a propósito de un caso.			

El Prof. D. Daniel Guillén Martínez como Director 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.: Dr. D. Daniel Guillén Martínez



Facultad de Enfermería
Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)
Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

La elaboración del presente supone un punto final a una bonita etapa de 4 años de duración, que me ha permitido cambiar mi punto de vista de diversos ámbitos. No todos los inicios son fáciles, pero gracias a la gente que me rodea, estos 4 años serán inolvidables.

No puedo terminar esta etapa sin reconocerles a todos ellos mi gratitud por haber estado cuando ni yo mismo estaba.

Especialmente, agradecer a mis padres por todo lo que me han dado. Gracias por haberme brindado la oportunidad de estudiar aquello que me hace feliz.

A mi norte y mi sur, referente del esfuerzo y dedicación que le pone a todo, a mi hermano Javier.

A Juan Antonio y al "500days..." por ser el oxígeno enriquecido con el que respiran mis pulmones.

"Sabios cuncerosos" gracias por los viajes y buenos momentos vividos junto a vosotros, espero que sepamos redirigir nuestros caminos en un futuro en el caso de que se bifurquen.

A María Jesús, Clemen y Mariara por llegar a mi vida en este último curso.

A Raúl López Cárcelos, por aportarme luz, apoyo y dedicación cuando más perdido estaba.

Por último y no por ello menos importante, agradecer a Daniel Guillen, director de este trabajo, por tan sabios consejos.

“Después de todo, la muerte es solo un síntoma de que hubo vida”

Mario Benedetti

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABVD:	Actividades básicas de la vida diaria.
CIAP:	Clasificación internacional de atención primaria.
DxE:	Diagnóstico de enfermería.
DxEp:	Diagnóstico de enfermería principal.
FC:	Frecuencia cardiaca.
FR:	Frecuencia respiratoria.
IMC:	Índice de masa corporal.
INE:	Instituto nacional de estadística.
ITB:	Índice tobillo brazo.
LET:	Limitación del esfuerzo terapéutico.
M/P:	Manifestado por.
mmHg:	Milímetro de mercurio.
MMII:	Miembros inferiores.
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association.
NIC:	Nursing Interventions Classifications.
NOC:	Nursing Outcomes Classifications.
°C:	Grados centígrados.
PCR:	Parada cardio-respiratoria.
R/C:	Relacionado con.
RCP:	Reanimación cardiopulmonar.
SOEM:	Sociedad española de oncología médica.
TAD:	Tensión arterial diastólica.
TAM:	Tensión arterial media.
TAS:	Tensión arterial sistólica.
UNESPA:	Unión española de entidades aseguradoras y reaseguradoras.

ÍNDICE

RESUMEN	XXI
ABSTRACT	XXIII
1. INTRODUCCIÓN.	25
2. OBJETIVOS	27
2.1. Objetivo General	27
2.2. Objetivos Específicos	27
3. MARCO TEÓRICO	29
3.1. La cultura de la muerte	29
3.1.1. <i>Definición biológica de muerte</i>	29
3.1.2. <i>Tecnificación de la muerte</i>	31
3.1.3. <i>Ritos funerarios según la religión y cultura</i>	33
3.1.4. <i>Rito funerario inverso</i>	37
3.1.5. <i>Muerte entendida como negocio</i>	39
3.2 Duelo	41
3.2.1. <i>Definición de duelo</i>	41
3.2.2. <i>Tipo de duelo</i>	42
3.2.3. <i>Fases del duelo</i>	46
3.2.4. <i>Manifestaciones del duelo</i>	49
3.2.4.1. <i>Definición de Luto</i>	50
3.2.4.2. <i>Vestimenta</i>	51
3.2.4.3. <i>Ritos</i>	52
3.2.5. <i>Duelo como trabajo</i>	54
3.2.6. <i>¿Existe última fase del duelo?</i>	55
3.3. Profesionales de enfermería	57
3.3.1. <i>Familiares presentes durante RCP</i>	57
3.3.1.1. <i>Enfermera facilitadora del duelo</i>	59
3.3.2. <i>Pautas de actuación para enfermería</i>	60
3.3.3. <i>¿Ayudan las fotografías en la superación del duelo?</i>	65
4. METODOLOGÍA	67
4.1. Diseño del estudio	67
4.2. Sujeto del estudio	67
4.3. Ámbito y Periodo del estudio	67
4.4. Procedimiento de Recogida de Información	68
4.4.1. <i>Fuente de información</i>	68
4.4.2. <i>Procedimiento de información</i>	68
4.4.3. <i>Procesamiento de los datos</i>	70

5. RESULTADOS	71
5.1. Descripción del caso	71
5.2. Valoración del caso	72
5.2.1. Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud	72
5.2.2. Patrón 2: Nutricional – Metabólico	73
5.2.3. Patrón 3: Eliminación	76
5.2.4. Patrón 4: Actividad – Ejercicio.	77
5.2.5. Patrón 5: Sueño – Descanso.	80
5.2.6. Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.	81
5.2.7. Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.	82
5.2.8. Patrón 8: Rol – Relaciones.	83
5.2.9. Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.	83
5.2.10. Patrón 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés.	84
5.2.11. Patrón 11: Valores – Creencias.	85
5.3. Diagnóstico.	86
5.4. Red de Razonamiento DxEnfermero Principal.	92
5.4.1. Diagnóstico principal.	93
5.4.2. Justificación del diagnóstico principal.	93
5.5. Planificación.	96
5.6. Evaluación (Seguimiento 1).	103
5.6.1. Cambios significativos en los patrones.	103
5.6.2. Informe detallado.	109
5.7. Evaluación (Seguimiento 2).	111
5.7.1. Cambios significativos en los patrones.	111
5.7.2. Informe detallado	113
6. DISCUSIÓN	117
7. CONCLUSIONES	121
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

FIGURAS

Figura 1. Criterios de duelo complicado.-----	45
Figura 2. Proceso de duelo según Kübler Ross -----	49
Figura 3. Connotaciones positivas y negativas de familiares durante la RCP59	
Figura 4. Red de razonamiento crítico de los dxs. -----	92

TABLAS

Tabla 1. Síntesis de los ritos funerarios según religión.-----	37
Tabla 2. Posibles manifestaciones ante la pérdida de un ser querido.-----	42
Tabla 3. Fases del duelo propuestas por diferentes autores.-----	48
Tabla 4. Resultados de la búsqueda en las bases de datos. -----	69

IMÁGENES

Imagen 1. Plañideras y lacrimatorio. -----	54
Imagen 2. Patrón 1: percepción – manejo de la salud.-----	73
Imagen 3. Patrón 2: nutricional – metabólico. -----	74
Imagen 4. Test de Norton. -----	74
Imagen 5. Talón con necrosis (1). -----	75
Imagen 6. Talón con necrosis (2). -----	75
Imagen 7. Patrón 3: eliminación.-----	76
Imagen 8. Patrón 4: actividad – ejercicio.-----	78
Imagen 9. Test de katz. -----	78
Imagen 10. Test de barber -----	79
Imagen 11. Test de Barthel. -----	79
Imagen 12. Patrón 5: sueño – descanso.-----	80
Imagen 13. Patrón 6: cognitivo – perceptivo. -----	81
Imagen 14. Patrón 7: autopercepción – autoconcepto. -----	82
Imagen 15. Patrón 8: rol relaciones. -----	83
Imagen 16. Patrón 10: afrontamiento – tolerancia al estrés -----	84
Imagen 17. Patrón 11: valores y creencias.-----	85
Imagen 18. Cumplimiento del Noc: curación por 2ª intención. -----	96
Imagen 19. Diagnóstico, Noc, Nics y Ciap.-----	97
Imagen 20. Interfaz asistente de diagnóstico. -----	97
Imagen 21. Informe detallado: valoración 1 -----	98
Imagen 22. Patrón 1: percepción – manejo de la salud. Seguimiento 1. ----	103
Imagen 23. Patrón 5: sueño – descanso. Seguimiento 1-----	104
Imagen 24. Patrón 7: autopercepción – autoconcepto. Seguimiento 1 -----	105
Imagen 25. Patrón 8: rol – relaciones. Seguimiento 1. -----	106
Imagen 26. Patrón 10: afrontamiento – tolerancia al estrés. Seguimiento 1.107	
Imagen 27. Cumplimiento del Noc. Seguimiento 1-----	108
Imagen 28. Informe detallado. Página 1. Seguimiento 1.-----	109
Imagen 29. Informe detallado. Página 2. Seguimiento 1 -----	110
Imagen 30. Patrón 2: nutricional – metabólico. Seguimiento 2-----	111
Imagen 31. Patrón 3: eliminación. Seguimiento 2. -----	112
Imagen 32. Informe detallado. Página 1. Seguimiento 2.-----	113
Imagen 33. Informe detallado. Página 2. Seguimiento 2.-----	114
Imagen 34. Informe detallado. Página 3. Seguimiento 2 -----	114
Imagen 35. Informe detallado. Página 4. Seguimiento 2.-----	115
Imagen 36. Evolución úlcera (1).-----	115
Imagen 37. Evolución úlcera (2).-----	115

RESUMEN

Introducción y objetivos: las cifras de personas que sufren el duelo aumentan paralelamente en relación con el número de muertes que se producen. Estas cifras aumentan cada año más, pues no existe un tiempo preestablecido para la superación del duelo. Esta superación se articula en fases por las que el familiar o allegados deberá pasar, sin tener que seguir un orden establecido para llegar a un estado de superación y aceptación. El objetivo principal de este trabajo es describir el proceso de duelo en sus distintas manifestaciones ante la muerte.

Metodología: Se ha realizado un estudio cualitativo tipo estudio de caso, cuyo sujeto es una mujer de 85 años que acude a centro de salud para realizarse su cura diaria. Durante el periodo de curas su hija fallece lo que derivó en una atención al proceso de duelo por parte del equipo de enfermería.

Resultados: Una vez realizado el plan de cuidados se identifica como diagnóstico enfermero principal (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la circulación m/p destrucción tisular. Discusión: no existe paridad de opinión con respecto a la existencia o no de diferencias significativas entre el duelo vivido por hombres y mujeres, debido en parte a la influencia cultural y religiosa. Las mujeres tienden hacia el uso de estrategias de afrontamiento mientras que los hombres hacen uso de estilos evitativos. Por otro lado, la falta de elaboración de un duelo importante predispone hacia dificultades con otros duelos. En cuanto a la modulación del duelo que provoca la cultura añadir que, en el ámbito rural se ha experimentado con el tiempo un cambio en la forma de vivir el duelo pues, la asistencia sanitaria pasa de ser en domicilio, a consumir la muerte en los hospitales. Conclusiones: la atención a los familiares en el proceso de duelo debe ser llevado a cabo por los profesionales de enfermería de atención primaria, red idónea donde desarrollar dichas intervenciones.

Palabras clave: muerte, derecho a morir, pesar, privación del duelo, actitud frente a la muerte.

ABSTRACT

Introduction and objectives: figures of people who suffer grief rise significantly in relation of those who die. This figure increases ever year due to the fact this grief does not follow a perfect timetable. Overcoming grief implies a series of stages that family shall go through, not necessarily in order, to achieve the acceptance of death. The aim of this paper is to describe the different displays of the grieving process of death. **Methodology:** a thorough study has been made analysing an 85 year old woman who attends a health care facility to have her daily treatment. During that period her daughter dies, giving the chance for nurses to focus and deal with this grieving process. **Results:** once the care plan was performed, the main nurses diagnose was (00044) tisular integrity impaired related to impaired blood circulation shown by tisular destruction. **Discussion:** there is not an standard opinion weather the existence or unexistence of significative differences between men and woman grieving due to cultural and religious influence. Women tend to use facing strategies while men try avoiding styles. On the other hand, the lack of developing a grieving process may result in difficulties to other grieves. Regarding the grieving varieties caused by culture, it is to say that in rural areas a change over time in the model has been observed: health care in the past used to be provided at home and now hospitals assume that service. **Conclusions:** family should be attended during the grieving process by primary attention nurses professionals, the ideal environment to develop those interventions.

Key words: death, right to die, grief, attitude to death, disenfranchised grief.

1. INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de estadística en el 2018 hubo un total de 427.721 muertes en España independientemente de la edad, sexo o causa de muerte. De este total de muertes, en la Región de Murcia se produjeron un total de 11.327 fallecimientos durante el 2018 (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

A estos datos se puede añadir las cifras relacionadas con la actual pandemia (Covid-19) que está viviendo España y resto del mundo. Se han producido aproximadamente 33.000 defunciones desde que en diciembre de 2019 se reportó el primer informe por las autoridades chinas de la propagación del mismo. Del total de fallecidos, aún en aumento, en España se han producido a día 29 de marzo, cerca de 7.000 muertes (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020).

Estas cifras continúan en un incesante aumento, lo que supone por tanto un incremento de la cifra de familiares que se encuentran ante la imposibilidad de elaboración del duelo.

Debido en parte a las características de transmisión de este y medidas de confinamiento establecidas para la población, se hace imposible que los familiares de las personas fallecidas puedan acompañarlo en sus últimos momentos de vida o incluso que posteriormente a su muerte, se les prive de la posibilidad de velar al difunto

Puesto que cada persona necesita tiempos distintos en función de la etapa del duelo en la que se encuentre, cabe plantearse la pregunta de si existe o no, una última fase de duelo.

Toda pérdida lleva asociada consigo un proceso cambiante de duelo, que como se dará a conocer en el siguiente trabajo, el cual varía mucho en función de las personas que lo viven. Así mismo algunos de los factores que modulan el duelo están considerados: edad, género, área geográfica, cultura y religión (Espinosa et al., 2010)

Como todo proceso, el duelo consta de varias fases hasta cierto punto diferenciables. Según diversos autores, todas ellas siguen unas líneas generales que tienen su inicio en: no aceptar la muerte del ser querido, continuando con la fase de ira, depresión para llegar por último a la aceptación.

Se abordará también el concepto de duelo como tarea o trabajo puesto que se requiere de una participación activa por parte de aquellos que lo están sufriendo (Fernández y Rodríguez, 2002)

En cuanto a papel de enfermería en el tratamiento del duelo o la atención a los familiares que lo están sufriendo, afirmar que se debería realizar conforme a los protocolos establecidos por las comunidades autónomas o los propios de los hospitales. Entre las actividades a realizar por estos profesionales destacan: fototerapia o a la terapia grupal, entre muchas otras (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2019).

La atención que estos pacientes deben recibir, podría articularse desde atención primaria donde la enfermería goza de una posición ideal para llevar a cabo los cuidados necesarios.

En el presente trabajo, queda expuesta la figura de la enfermera facilitadora del duelo, como aquella que conociendo a la familia ayuda y facilita el afrontamiento al duelo mediante el abordaje psicológico y la información. Su labor no sólo se desarrollaría en la atención primaria sino en servicios donde el sufrimiento de la familia puede verse reducido al incidir en este personal cualificado. Es una figura emergente que no llega a estar incorporada en todo el territorio nacional (Silva y Jara, 2012). Por otro lado, la figura de la enfermera facilitadora del duelo debería tener en cuenta la multiculturalidad presente en nuestro país en la atención al duelo.

Por todo esto, se hace necesario la realización de este trabajo, en el que se hace un recorrido sobre la muerte, sus pensamientos, ritos, vestimenta y demás manifestaciones relacionadas con la muerte, para concluir con la actuación de los profesionales de enfermería

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir el proceso del duelo en sus distintas manifestaciones ante la muerte.

2.2. Objetivos Específicos

- Conocer el duelo y sus fases ante la muerte.
- Explicar o conocer la evolución histórica del concepto duelo.
- Describir la influencia cultural del duelo y de las distintas religiones donde se presenta este proceso.
- Exponer las distintas actuaciones del profesional de enfermería en su atención al paciente durante el proceso de duelo.
- Realizar un proceso enfermero en base a la taxonomía NANDA – NOC – NIC en un paciente que ha sufrido la pérdida de su hija.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La cultura de la Muerte

En el presente capítulo se abordará la muerte haciendo un recorrido desde su definición etimológica hasta la médica, realizando un recordatorio histórico de los distintos tipos de rituales funerarios atendiendo a la diversidad religiosa para enfocarnos sobre la tecnificación de la muerte, ceremonias funerarias y los distintos tipos de enterramiento para desencadenar en un nuevo tipo de rito funerario. Se hablará también sobre el negocio que envuelve a la muerte.

3.1.1. Definición biológica de muerte.

La Real Academia Española, en su definición etimológica, designa la muerte como la cesación o término de la vida. En su segunda acepción, que trataremos más tarde, la define como la separación del cuerpo y el alma (en el pensamiento tradicional) (Real Academia Española, 2014).

Señalar la diferencia existente entre los términos muerte y morir, pues el primero hace referencia al momento en el que se diagnóstica y por tanto la persona está fallecida, mientras que el segundo término describe el proceso biológico del morir (Real Academia Española, 2014).

Morir por tanto se corresponde a un proceso por el que paciente tiene que pasar y conlleva un pronóstico de muerte próxima. Permite, afirmar que el proceso clínico se encuentra en estado terminal, lo que nos lleva a hablar de la futilidad de las actuaciones terapéuticas, y del concepto de limitación del esfuerzo terapéutico o, por el contrario, del encarnizamiento terapéutico.

Desde el punto de vista biológico, la muerte, desde tiempo atrás se ha considerado el cese permanente de las funciones cardíacas y respiratorias. Debido al avance tecnológico en el ámbito sanitario, hoy en día, se puede mantener la función cardíaca y respiratoria durante cierto tiempo en sujetos donde la actividad cardiorrespiratoria había cesado (Echeverría et al., 2004).

Es por esto por lo que se hace necesaria una definición más exhaustiva de la misma.

Se definió por ende, muerte cerebral o encefálica como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencéfalo (Escudero, 2009).

Su diagnóstico debe darse por intensivistas diestros en el manejo de pacientes neurocríticos basando su diagnóstico en una exploración neurológica completa que constata un coma arreactivo, ausencia de respiración y reflejos troncoencefálicos (Escudero, 2009).

Según una comunicación publicada por la Sociedad Española de Cardiología, el 86% de las familias de donantes expresaron que el hecho de donar les había sido de ayuda en el duelo (Sánchez, 2018).

“Es preciso informar que para la mayoría de las familias el recuerdo de la donación es positivo y les permite recordar el suceso del fallecimiento con menos pena” (Frutos, 2012)

En consecuencia, de lo expuesto recientemente, se puede considerar la donación de órganos como una doble ayuda (Echeverría et al., 2004). Por un lado, los familiares verían que los órganos del fallecido representan una oportunidad de dar desinteresadamente vida y solidaridad y por otro lado, aquellos pacientes que no poseen opción alguna, más que el trasplante, podrían verse curados.

Cabe agregar que independientemente de la donación o no de órganos, es importante determinar o conocer el tipo de muerte que ha sufrido el fallecido, pues se dan circunstancias emocionales distintas si la muerte es por accidente, homicidio, suicidio o por enfermedad según hace saber Valencia y Orozco, (2019).

Si la muerte sucede por accidente, aflora la sorpresa y la reiterada búsqueda de explicaciones que en numerosas ocasiones se terminan asociando a mala suerte y falta de preocupación. (Valencia y Orozco, 2019)

En contraste con ello, la muerte por homicidio, de la que emanan sentimientos de rabia o venganza. Se trata de culpar a terceras personas derivando en miedo y temor en los sujetos implicados (Valencia y Orozco, 2019).

Cabe agregar que la muerte del suicida deriva en sorpresa e incredulidad. Todo ello orientado hacia la carga social que llevó al difunto a tomar esa decisión (Valencia y Orozco, 2019).

De los anteriores planteamientos se deduce que no se entiende la muerte del mismo modo si la defunción es por homicidio, suicidio o si por el contrario se produce en el transcurso de una enfermedad terminal. En este último caso es fácil entender que permita tanto a los familiares como al propio paciente despedirse o afrontar el proceso de duelo de modo distinto, incluso iniciar un duelo anticipado (Valencia y Orozco, 2019).

3.1.2. Tecnificación de la muerte.

Partiremos de la explicación del sistema médico hegemónico para llegar a una comprensión plena de los factores, que han influido, hasta ahora, la práctica asistencial. Los términos de los que se hablará durante este apartado son: encarnizamiento terapéutico, limitación terapéutica y demás conceptos empleados al final de la vida en el ámbito sanitario

El sistema médico hegemónico se caracteriza por el biologicismo en el que solo existe cuerpo/mente, centrado en la enfermedad y no en el paciente (Menéndez, 2016).

La práctica médica de este sistema basada en la eliminación del síntoma se caracteriza por una relación médico-paciente totalmente asimétrica donde el médico es superior al paciente siendo capaz de decidir sobre el mismo. En este sistema, el paciente es considerado ignorante y consumidor del producto sanitario y no demandante como en sistemas médicos posteriores. (Menéndez, 2016)

Este pensamiento y forma de “curar” llevó a la tendencia de medicalizar cada vez más aspectos de la vida cotidiana hasta dar lugar al dominio de las prácticas basadas tan solo en acción e intervención (Menéndez, 2016).

Es por esto por lo que se hace preciso definir lo que se entiende por encarnizamiento terapéutico, pues a menudo se sufre en numerosos ámbitos hospitalarios, siendo las unidades de cuidados intensivos donde más se produce.

El intento de prolongar la vida mediante medidas extraordinarias y desproporcionadas es lo que se conoce como encarnizamiento terapéutico (Vera, 2019). Son, por tanto, situaciones en las que se inician intervenciones faltas de utilidad clínica en pacientes en las que la calidad de vida posterior a estas medidas, en el caso de que fueran exitosas, sería mínima.

Interesante destacar el término futilidad en estos casos, haciendo referencia al tratamiento que no consigue el objetivo fisiológico para que el había sido administrado; no ofrece una esperanza razonable de mejoría según indica Vera, (2019).

En el ámbito hospitalario además de los ya mencionados términos, se usa la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) que designa la retirada o la no instauración de una medida de soporte vital o cualquier otra intervención que, dado el mal estado del paciente en termino de cantidad y calidad de vida futura, constituye a juicio de los profesionales de salud implicados en su cuidado, algo fútil (Vera, 2019).

Como bien apunta la definición previa, la limitación del esfuerzo terapéutico queda dispuesta a juicio del equipo responsable en su atención. Su aplicación o no va a depender por tanto de un criterio, hasta cierto punto, subjetivo.

Con todo lo anteriormente expuesto se pretende poner de manifiesto los momentos de dificultad a los que se ven expuestos los equipos sanitarios todos los días, durante los que se decide si prolongar fútilmente la vida del paciente o retirar el soporte vital y proporcionar una muerte digna rodeado de sus familiares.

Cualquier medida que se tome para con el paciente (tanto instauración de medidas extraordinarias como su limitación terapéutica) tendrá repercusiones a nivel emocional y psicológico tanto en pacientes como en familiares (Vera, 2019). En algunos casos, estas medidas facilitarán el duelo posterior.

Existen artículos, como se verá más tarde, que exponen una mejor adaptación al proceso de duelo y una reducción en su duración, si los familiares que así lo deseen están presentes durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar.

3.1.3. Ritos funerarios según la religión y cultura.

En el siguiente apartado se expondrán diversos ritos funerarios que se realizan a lo largo del mundo clasificándolos, atendiendo a las distintas religiones.

Previamente a ello se expondrán sobre las cuatro religiones monoteístas con más seguidores, su pensamiento de la muerte y cómo esta es llevada por sus adeptos. También se comentarán brevemente distintos ritos que se realizan en cada una de ellas.

Merece la pena señalar que cultura y religión siempre han estado relacionadas, pues la religión es elemento básico de las distintas culturas. Ligados a la religión se encuentran los eventos sociales, pudiendo considerarse la celebración del funeral o el velatorio como un momento de encuentro.

Previamente a iniciar la categorización deben ser definidos los ritos funerarios. Son definidos como conductas de gran precisión, con numerosos detalles, altamente repetidas y estereotipadas que connotan un sentido de control con uno mismo y el contexto. Desde el punto de vista de la psicología intentan reducir la ansiedad y el sentimiento de incertidumbre según afirma Hinde (1999) en (Yoffe, 2014).

El rito funerario según afirma Yoffe (2014) se manifiesta en las sociedades occidentales el velatorio y el funeral. El velatorio es un acto privado en el que los más allegados al difunto tienen la oportunidad de despedirse físicamente del mismo

El funeral por otra parte consiste en el embalsamamiento del cuerpo, su cremación o sepultura va a depender de las preferencias del fallecido y familiares, o incluso, como se verá más adelante en este apartado, dependerá de la religión que profesen (Yoffe, 2014).

3.1.3.1. Religión católica

En cuanto a la religión católica, señalar que es la religión monoteísta con más fieles. El cristianismo entiende la muerte como la transformación de la vida y por tanto no se considera una pérdida. Se basa en la esperanza que da temple al cristiano y lo distingue de los demás hombres (Urbano, 2015).

Esta esperanza cristiana no se deposita en paraísos perdidos sino en la incertidumbre del cielo apalabrado. El desafío que se le presenta a los cristianos es atreverse no sólo a creer en la inmortalidad de las almas sino a esperar en la resurrección de los cuerpos (Urbano, 2015). Si bien los cristianos hablan de resurrección tras la muerte, no se debe confundir con la reencarnación en la que los cristianos no creen.

En tiempos del Antiguo Testamento, cuidaban mucho de los cadáveres pues se le daba mucha importancia a la sepultura, práctica secundada en la creencia de que alma sigue sintiendo (incluso después de muerto) lo que hace el cuerpo. Los cuidados que se realizaban a los fallecidos consistían entre otros en: cerrarle los ojos, besar el cadáver, vestir a los difuntos (Diócesis de Canarias, 2015).

En cuanto a los ritos fúnebres que se realizaban, señalar que consistían en: rasgarse las vestiduras al enterarse de la muerte, se ponían las manos en la cabeza como señal de dolor o vergüenza; se aplicaban tierra sobre la cabeza, así como también se afeitaban del todo o parte de la barba, evitaban perfumarse y lavarse (Diócesis de Canarias, 2015).

En la actualidad con el cuerpo del difunto, se pueden llevar a cabo varias acciones. La preferida por la Iglesia católica consiste en la sepultura, además de esta opción, desde 1963 también está permitida la cremación del cuerpo pues anteriormente se consideraba un rito pagano contrario a las enseñanzas católicas (Diócesis de Canarias, 2015)

3.1.3.2. Islam.

El islam considera al hombre como viajero en el tiempo y cuando se produce la muerte, realmente lo que sucede, desde su visión, es que el hombre vuelve al creador, que es de donde vienen. En el islam no se habla de muerte sino de “pasar el umbral” (IslamReligion, 2008).

Tras la muerte se realizan diversos ritos y una oración especial, el *Salut ul Yanaza*. Con respecto a los actos que se celebran, según una noticia publicada por (ABC, 2004), señalar que el cuerpo se lava tres veces con agua, esencias aromáticas y alcanfor y posteriormente a ello se envuelve en cinco mantos si es mujer y tres si es hombre.

Tras su envoltura en mantos, se realiza el entierro sin ataúd y en dirección a La Meca (ciudad sagrada del islam). Todo esto se intenta hacer en un periodo de tiempo breve pues la muerte no debe ser motivo de tristeza. Su entierro se hace por estratos dependiendo del grado de sabiduría y creencia que es sabido en el denominado segundo interrogatorio, llamado “interrogatorio de la tumba” aquí se decide si el fallecido irá al paraíso o si por el contrario irá al infierno (IslamReligion, 2008).

3.1.3.3. Sijismo

Sijismo, la tercera religión monoteísta más seguida que nace en el siglo XV de la escisión de las doctrinas que están en conflicto entre el hinduismo y el islam. Según (Contreras, 2016) los fieles de esta religión creen en el ciclo de la vida y en la reencarnación. Son conscientes de la muerte durante toda su vida, y en el momento de esta es considerada como un acontecimiento más de la vida.

Debido a su creencia de que el alma nunca muere, los sijs no guardan el luto. Durante el funeral se reza para que el alma pueda liberarse del cuerpo para conseguir esa reencarnación y pueda formar parte de alguien nuevo junto a Dios (Contreras, 2016).

Es normal, como ya se ha especificado, que nadie exprese las condolencias a los familiares, pues no existen estas manifestaciones del duelo durante mucho tiempo. Al cabo de unos pocos días suelen volver a su vida

normal, en el caso de que los allegados del difunto se reúnan, estos no se centran en el dolor de su pérdida sino en recordar buenos momentos vividos con el fallecido (Contreras, 2016).

3.1.3.4. Judaísmo.

El judaísmo considera la muerte como la finalización de la vida en este mundo. No es considerado el final, sino que el fallecido migra a otro nivel. En otras palabras, la muerte para ellos es el final de la vida en el aspecto físico pero no en el espiritual.

Desde el momento en el que muere, su cuerpo debe estar cubierto pues su exhibición está considerada una práctica deshonrosa. Debe encontrarse dispuesto en el suelo y rodeado por velas encendidas, situando una de ellas en la cabeza de forma que recuerde que el alma es la luz del señor (Tanatos Formación, 2017).

No se suelen aportar flores pues son símbolo de vida, al igual que todos aquellos objetos de decoración y espejos deben ser cubiertos. Para simbolizar la purificación del cuerpo, este es lavado a manos de hombres en caso de que el fallecido lo fuera o por el contrario por mujeres (Tanatos Formación, 2017).

El fallecido quedará tras este ritual dispuesto sobre un ataúd de madera, en ausencia de joyas y cualquier otro objeto, pues debe ser juzgado por sus méritos y acciones realizadas a lo largo de su vida y no por sus pertenencias.

Para los judíos existen tres tiempos o etapas en los que se divide su duelo (Dignity Memorial, 2016). En el primero, denominado *Shiva*, (siete días) los dolientes deben evitar salir de la casa, así como evitar cualquier uso de dispositivos de entretenimiento. El objetivo de este periodo es contener los sentimientos de tristeza y dolor.

Sheloshim es el nombre del segundo periodo, con una duración desde el entierro hasta treinta días después del mismo. Durante esta etapa el sufriente no puede acudir a fiestas, celebraciones ni tampoco cortarse el pelo.

Por último, el *Yahrzeit* cuyo significado y periodo designan un año, hace referencia al aniversario de su muerte. Es en este momento cuando está permitido colocar la lápida con el nombre en hebreo o destaparla en el caso de que fuera colocada con anterioridad a la finalización del *Yahrzeit* (Red funeraria, 2004).

3.1.3.5. Resumen de los ritos funerarios según religión.

Tabla 1 Síntesis de los ritos funerarios según religión.

	Concepción de la muerte	Ritos fúnebres.	Tratamiento al cuerpo.
Cristianismo	Resucitación tras la muerte. Inmortalidad de las almas.	- Sepultura. - Cremación desde 1963.	- Cerrar los ojos. - Besar al cadáver. - Vestir al difunto con traje.
Islam	En la muerte, el difunto vuelve al creador, origen de todo.	- Entierro sin ataúd dirección a la meca. - Se entierra por estratos en función de la sabiduría.	- Lavar el cuerpo 3 veces. - Envolver el cuerpo 5 veces si es mujer y 3 si es hombre.
Sijismo	Conciben la vida como un ciclo de vida y la reencarnación.	- No guardan luto. - No expresan sus condolencias.	
Judaísmo	La muerte es el final del aspecto físico pero no del espiritual.	- No se disponen flores ya que reflejan vida. - No decoración. - Ataúd de madera.	- Purificación del cuerpo mediante su lavado.

Fuente: elaboración propia.

3.1.4. Rito funerario inverso.

Como ya se ha revelado, los ritos funerarios tienen un componente terapéutico para los familiares y allegados del fallecido. Cuando la muerte del familiar se da posterior a su anuncio (el paciente es conocedor de la llegada de su muerte antes de que se produzca la misma), permite a la persona que va a morir realizar un “rito funerario inverso” (Delgado, 2018).

Este rito proporciona una doble acción terapéutica: en primer término, ayuda a sus familiares a superar la pérdida y en segundo lugar ayuda al propio paciente permitiéndole enfrentarse a su propia muerte (Delgado, 2018).

Según Delgado (2018), no es más que la expresión por parte del que va a fallecer de cómo quiere que vivan sus familiares los actos posteriores a su muerte, por tanto, el fallecido expresa previamente sus preferencias y cómo quiere ser despedido.

Si bien el rito funerario como se ha concebido hasta ahora es un acto de los familiares con el fallecido, el rito inverso es una actuación del expirado para con la familia en el que se dejan frases de gratitud y felicidad sobre los momentos compartidos y vividos juntos.

Esta ceremonia que es propia del ambiente laico también puede darse en un contexto religioso, donde las palabras del sacerdote sobre las virtudes del fallecido serían sustituidas en un primer lugar por aquellas preparadas por el difunto (Delgado, 2018).

Hasta ahora se ha hablado de la doble acción terapéutica, pero es necesario hacerlo también de la actitud del difunto durante el rito funerario inverso. Se requiere una fase activa en la que trate de aliviar a las personas sobre su pérdida y otra fase, pasiva en la que a pesar de ser el protagonista intelectual de todo aquello que sucede en el funeral, no pueda realizarlo desde el punto de vista práctico.

Un ejemplo de este tipo de rito fúnebre inverso es: un hombre de Dublín prepara un audio un año antes de su muerte para que este suene en el momento en el que bajara su féretro en el transcurso del funeral, sus familiares más allegados eran conocedores de este audio y no dudaron en introducirlo en el ataúd (La Vanguardia, 2019).

Los asistentes al funeral reían con las bromas y los mensajes que el dublinés había preparado para todos ellos. Al finalizar el funeral afirmaron haber recibido todos una risa justo cuando lo necesitaban, según indica la noticia (La Vanguardia, 2019).

No es este el único ejemplo de rito funerario inverso, si bien es el más mediático. Muchos difuntos expresaron con anterioridad a su muerte el modo en el que querían ser despedidos.

A continuación quedan expuestas diversas preferencias de los difuntos extraídas de (Delgado, 2018):

- “A la gente me gustaría decirle cuánto le quiero. Gracias por haber compartido muchos momentos juntos y coincidir en esta vida. Que me recuerden siempre, que me gustaría que donasen mis órganos (ya que no los voy a necesitar ahora que otros lo puedan aprovechar” Mujer, 22 años.
- “Llorad y reíd. No me olvidéis...Tengo un archivo en el portátil que quizás queráis leer (quizás no me conocéis tanto o tan bien como creéis)” Mujer, 21 años.
- “Que no usen luto el día de mi entierro, vayan de blanco, con cosas rojas. Que me velen con música suave, no en silencio. Que si mis órganos sirven los den todos. Que pronto nos volveremos a ver... si quieren encontrarme se porten bien. Que no estén tristes” Mujer, 33 años.

3.1.5. Muerte entendida como negocio

Una vez expuestos y comprendidos los distintos tipos de enterramientos posibles y los ritos funerarios cabe señalar el negocio que existe en relación con la muerte. No es difícil de entender el gasto económico que conlleva la muerte de un ser querido, desde el seguro por fallecimiento que se va pagando durante toda la vida hasta las flores que lucen en la iglesia pasando por el ataúd, tanatorio e incluso el dinero que se ofrece a la iglesia y al párroco por oficiar la misa.

En cuanto al seguro por decesos, señalar que según la UNESPA (2018), publicado en el informe de estamos seguros, el 46,3% de los españoles contaban con este tipo de seguros. El mismo estudio hace referencia a que el 86% de la población de Cádiz es poseedora de estos seguros. Se presenta como motivo de esta cifra el hecho de que la población sureña se acoge más este tipo de seguros.

En caso de que el fallecido no poseyera seguro de deceso, se procedería a cobrar todos los servicios. Se estima que el precio medio del funeral sería de 4.000 € contratando los servicios más básicos. Este gasto no acaba aquí, pues según dicta la tradición tras la muerte del familiar, se realiza una misa al mes y otra al año, en la que la iglesia recibirá dinero por su realización (UNESPA, 2018).

Una vez al año además de la misa ya comentada, el 1 de noviembre (día de todos los santos) las familias limpian y decoran con flores las lápidas de aquellos que ya no están, en conmemoración de estos.

Las costumbres extranjeras están modificando nuestras tradiciones, tanto que cambia la forma de recordar y honrar a nuestros fallecidos. Desde la importación de la fiesta de Halloween de Estados Unidos, los más pequeños de la familia asocian finales de octubre con fiesta y disfraces.

Según expone Jermán Argueta en (Gómez, 2007), Halloween o noche de brujas nada tiene que ver con el mito ni el ritual de muertos, tan solo es una festividad que ofrece oportunidad para el reventón el terror y la ficción. Es por tanto una oportunidad para el consumo y el gasto que se fomenta incluso desde los colegios, guarderías.

3.2. Duelo

Tras la muerte de un familiar cercano se pueden dar reacciones psicosociales o psicológicas distintas. El objetivo de este capítulo es diferenciar los distintos tipos de duelo y sus fases, así como sus manifestaciones.

3.2.1. Definición de duelo.

El término duelo queda definido por numerosos autores de forma distinta si bien todas las definiciones son complementarias. A continuación, se detallan distintas definiciones con el objetivo de obtener una idea más clara de que es el duelo.

La Real Academia Española define duelo (del latín *dolus* 'dolor') en su segunda acepción como dolor, lástima, aflicción o sentimiento (Real Academia Española, 2014). Son demostraciones, por tanto, que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.

El duelo queda definido como el proceso o estado de aflicción producido por la muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas característicos de depresión mayor (Espinosa et al., 2010).

Podemos considerar el término duelo y procesos de duelo como aquellos procesos psicosociales y psicológicos que se establecen ante cualquier tipo de pérdida ya sea la pérdida de un ser querido, separación, rechazo de los padres, problemas familiares (Espinosa et al., 2010).

Una vez acotada la definición cabe señalar que no existe un único tipo de duelo, pues en función de cómo se manifieste este en la persona se puede dar un tipo u otro.

Podemos diferenciar el duelo normal, también conocido como no complicado, del duelo anticipado o anticipatorio, así como también del duelo patológico y del duelo inhibido y/o retardado.

Cabe destacar que todos los duelos son vividos de forma distinta en función de la persona y la edad y es por esto que podemos hablar de duelo en niños, padres y ancianos (Espinosa et al., 2010).

Sus manifestaciones son distintas en función de la persona que lo viva y la edad de esta, pues no es difícil entender que un niño comprende la muerte de forma distinta a un anciano.(Espinosa et al., 2010)

Señalar la importancia del proceso del duelo, ya que es una fase vital e inevitable para todas las personas que sufren alguna pérdida. Suele presentar una serie de reacciones o síntomas comunes a la pérdida de un ser querido que quedan recogidos en la siguiente tabla (tabla 2).

Tabla 2 Posibles manifestaciones ante la pérdida de un ser querido

Manifestaciones ante la pérdida de un ser querido	
Sentimientos	Tristeza, enfado, culpa o autorreproche, bloqueo, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, anhelo, emancipación, alivio, insensibilidad, confusión.
Sensaciones físicas	Opresión en el pecho y/o garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca, vacío en el estómago, sensación de despersonalización.
Conductas	Soñar con el fallecido, evitar recuerdos del fallecido, suspirar, atesorar recuerdos pertenecientes al fallecido, buscar o llamar en voz alta.
Pensamientos	Incredulidad, confusión, preocupación, alucinaciones breves y fugaces que permitan ver al fallecido, sentido de presencia.

Fuente: Elaboración propia basada en Espinosa Rojas et al., (2010).

3.2.2. Tipos de duelo.

- **Duelo Anticipado:**

Lindeman hace referencia al duelo anticipatorio para indicar aquellas fases que facilitan el desapego emotivo anticipándose a que ocurra la muerte. Este tipo de duelo es vivido por enfermos y familiares sobre todo aquellos que sufren enfermedades en fase terminal (Espinosa et al., 2010).

Según un artículo publicado sobre el mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales (Meza et al., 2008), este tipo de duelo se da mucho tiempo antes de la muerte.

En el momento en el que se recibe un mal pronóstico incluso de incurabilidad, se produce tristeza, resignación, pero también una adaptación por parte de la familia a la nueva situación ya sea mas o menos consciente. (Lacasta y Soler, 2004)

Es a partir de ese momento cuando se inicia el duelo anticipado que ofrece a la familia y amigos la posibilidad de mostrar sus sentimientos y afrontar la despedida de forma distinta (Cabodevilla, 2007).

- **Duelo inhibido o retardado:**

Este tipo de duelo es usado para designar a los familiares que, en un inicio no presentan signos de sufrimiento y parecen mantener el control de la situación. Se niegan por tanto las manifestaciones del duelo, pues la persona no afronta la realidad que supone la pérdida (Meza et al., 2008).

Está considerado como potencialmente patogénico puesto que la respuesta o expresión del fallecimiento es inhibida y se debe en parte a la negación de la muerte o a no afrontar la realidad de la pérdida.

Un ejemplo de este tipo de duelo es la pandemia que se está viviendo actualmente en España y parte del mundo. Situación, que lleva a más de 7.000 familias a la imposibilidad de acompañar a su familiar en sus últimas horas, despedirse y velarlo.

El problema radica en el colapso que existe debido a esta situación en las funerarias y en la restricción de movimiento impuesta por el gobierno para frenar la expansión del virus (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020).

Los psicólogos recomiendan realizar una despedida simbólica mediante el uso de fotografías, velas, y la redacción de una carta donde queden expresados los sentimientos y emociones que ha provocado la muerte en los familiares.

- **Duelo crónico:**

Considerado aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria, este puede alargarse más de lo común (6-12 meses) incluso llegando a durar toda una vida, según expone Meza (2008), en su artículo sobre el mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales.

- **Duelo complicado:**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana en (Meza et al., 2008) se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “duelo complicado”, podría quedar definido como la intensificación del proceso del duelo de modo que la persona se verá desbordada, recurriendo a conductas desadaptativas o permanece sin avanzar en las distintas fases del duelo.

También recibe el nombre de duelo no resuelto, es aquel en el que se dan alteraciones durante el proceso tanto en la forma como en la fuerza, ya sea por exceso o defecto (Espinosa et al., 2010).

En caso de que sea por exceso, se dan manifestaciones exacerbadas o atípicas que pueden tener una duración más allá de lo aceptado por la sociedad. En caso contrario, un duelo considerado por defecto implicaría una reducción o ausencia de manifestaciones del duelo.

Se distinguen diferentes modalidades del duelo complicado. Las siguientes son propuestas por Bourgeois, publicado por (Vargas, 2003):

- Duelo intensificado: manifestaciones del duelo tanto precozmente como mantenidas en el tiempo.
- Duelo enmascarado: las manifestaciones del duelo son clínicas, se dan por tanto síntomas somáticos.
- Reacciones de aniversario anormalmente dolorosas: se entiende que las reacciones, una vez pasado el primer año, no deben llevar consigo una agravación de las emociones.

Existen factores predictivos de duelo patológico. A pesar de su existencia, se hace complicado detectar cuándo se está viviendo un duelo complicado o patológico. La dificultad radica en la imposibilidad de diferenciar cuándo un síntoma es característico del duelo normal o del patológico (Vargas, 2003).

Se exponen a continuación (figura 1) los criterios de duelo complicado, publicados en su última edición por la SOEM.

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

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

- 1) pensamientos intrusivos -que entran en la mente sin control- acerca del fallecido
- 2) añoranza -recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido
- 3) búsqueda -aún sabiendo que está muerto- del fallecido
- 4) sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento

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

Presentar, cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:

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

Criterio C: cronología

La duración del trastorno -los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses.

Criterio D: deterioro

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

Figura 1 Criterios de duelo complicado. Fuente: *Prevención del duelo patológico* (Lacasta y Soler, 2004)

Algunos autores hablan del “Preduelo” como un duelo completo en sí mismo que radica en tomar al ser querido como fallecido definitivamente en estado de salud. Es decir, se entiende al ser querido como una persona distinta hasta tal punto de no conocerlo, debido a la transformación que ha producido en él la enfermedad, Gómez Sancho, en (Meza et al., 2008).

3.2.3. Fases del duelo

El duelo queda compuesto de etapas que pueden no siempre darse en el mismo orden. Es posible incluso que se superpongan y se manifiesten de forma distinta según cada persona.

Existen diversas fases o etapas del duelo que a continuación van a ser explicadas.

Tras la revisión bibliográfica realizada de los autores que hablan del duelo, quedan establecidas diversas fases para cada uno de los autores, en las cuales se puede observar una secuencia general, aunque sin límites bien establecidos.

Según Lindeman, el duelo quedaría establecido en tres fases: conmoción e incredulidad, duelo agudo y resolución.

Por otro lado, las fases que describen Parkes y Bowlby, dos de los investigadores más conocidos en el campo del duelo, son (Soto et al., 2009):

- **Fase de aturdimiento:** esta fase dura generalmente entre algunas horas y una semana y puede verse interrumpida por descarga de ansiedad intensa.
- **Fase de anhelo y búsqueda:** se produce el anhelo y búsqueda de la figura perdida. Puede durar varios meses, incluso años. Muchas de las manifestaciones en esta fase son considerados intentos de búsqueda efectiva de la figura perdida (familiar).
- **Fase de desorganización y desesperación:** tras el sentimiento de desesperanza y soledad la persona acepta finalmente la muerte y entra en un estado de apatía. Previo a ese sentimiento de desesperanza una vez instaurada la pérdida se impone la noción de la realidad intensificándose los sentimientos de desesperanza y soledad.
- **Fase de reorganización:** esta fase comienza aproximadamente tras un año de la pérdida del familiar. La persona asume la capacidad de aceptar la nueva situación y es capaz de redefinirse, así como redefinir el nuevo contexto, en el cual no está la persona fallecida. Esto significa renunciar a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y volver a la situación previa.

En último lugar, uno de los autores más conocidos por diversas disciplinas relacionadas con el campo de la salud es, Elisabeth Kübler Ross que enfocó su investigación en las etapas de duelo, estableciendo cinco. Su investigación radica en explicar la adaptación emocional que sufren las personas ante pérdidas.

Kübler Ross establece cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. (Kübler-Ross y Daurella, 2017), (Miaja y Moral, 2013)

- **Negación:** se define por la autora como la imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real el que padeciera la enfermedad, por lo que el diagnóstico recibido se atribuye a errores médicos o algún tipo de equivocación.
- **Ira:** reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud y es dirigida hacia todo el entorno, que se percibe como sano o responsable de una enfermedad, ya sea personal sanitario, familiares, amistades, incluso hacia Dios.
Dentro de esta fase de ira se ve incluida también la posibilidad de sufrir ira u hostilidad dirigida hacia sí mismo al culparse de haber provocado la enfermedad.
- **Negociación:** también conocida como pacto, se define como una forma de afrontar la culpa y se entabla de forma imaginaria o real, con aquellos hacia los que dirigió la ira. En esta fase se abandona cualquier conducta autodestructiva y empieza a comprometerse con la recuperación.
- **Depresión:** manifestada con sentimientos de vacío profundo y dolor ante la situación, se adopta por tanto una actitud de claudicación. Se puede abandonar el tratamiento y dejar de afrontar los problemas.
- **Aceptación:** se define como el reconocimiento del fallecimiento, situación de dolor y las limitaciones que todo ello conlleva, sin buscar culpables ni adoptar posición de derrota, sino asumiendo una actitud responsable de lucha y supervivencia. Esta fase no debe confundirse con una resignación ante el fallecimiento o alcanzar un estado de felicidad.

Se adjunta resumen (tabla 3) de las fases del proceso del duelo propuestas por diferentes autores (Sánchez y Martínez, 2014).

Tabla 3 Fases del duelo propuestas por diferentes autores.

Fase	Autores
Shock	Engel (1964), Davidson (1979), Bowlby (1980), Backer, Hannon, y Russell (1982), Rando (1984), Sanders (1989), D'Angelico (1990), Staudacher (1991), Robinson (1996), Jozefowski (1999), Roccatagliata (2000), Fonnegra (2001), Cabo de Villa (2007).
Negación	Kübler-Ross (1969), Suiza (1974, en Zaragoza Toscano, 2007), Horowitz (1976), Clark (1984), Staudacher (1991), Robinson (1996), Cabo de Villa (2007).
Reacciones hostiles	Kübler-Ross (1969), Caruso (1989), Horowitz (1976), Backer, Hannon, y Russell (1982), D'Angelico, (1990), Staudacher (1991), Robinson (1996), Cabo de Villa (2007).
Culpa	Lindemann (1944) Backer, Hannon, y Russell (1982), Staudacher (1991), Robinson (1996), Cabodevilla (2007).
Depresión/Tristeza Aceptación /Reorganización	Kübler-Ross (1969), Staudacher (1991), Robinson (1996). Engel (1964), Kübler-Ross (1969), Caruso (1989), Suiza (1974, en Zaragoza Toscano, 2007), Horowitz (1976), Davidson (1979), Bowlby (1980), Prigerson, Lindenmann, Brown, y Schulz (1980, en Zaragoza Toscano, 2007), Backer, Hannon, y Russell (1982), Parkes y Weiss (1983), Rando (1984), O'Connor (1990), D'Angelico (1990), Staudacher (1991), Roccatagliata (2000), Cabo de Villa (2007).

Fuente: Extraído de Causas y Caracterización del duelo Romántico (Sánchez y Martínez, 2014)

Una vez vistas las distintas fases establecidas por los autores y entendido por tanto el proceso de duelo, se debe poder entender esa secuencia general de la que se ha hablado con anterioridad.

Todos los autores parten de una fase en la que lo familiares no aceptan la muerte de su ser querido, para pasar a una fase de desesperación, ira y depresión para llegar por último a una fase en la que se acepta la muerte, se resuelve y se vuelve a la organización previa a la muerte.

Se expone a continuación (Figura 2) el proceso de duelo con las fases establecidas por (Sánchez y Martínez, 2014).

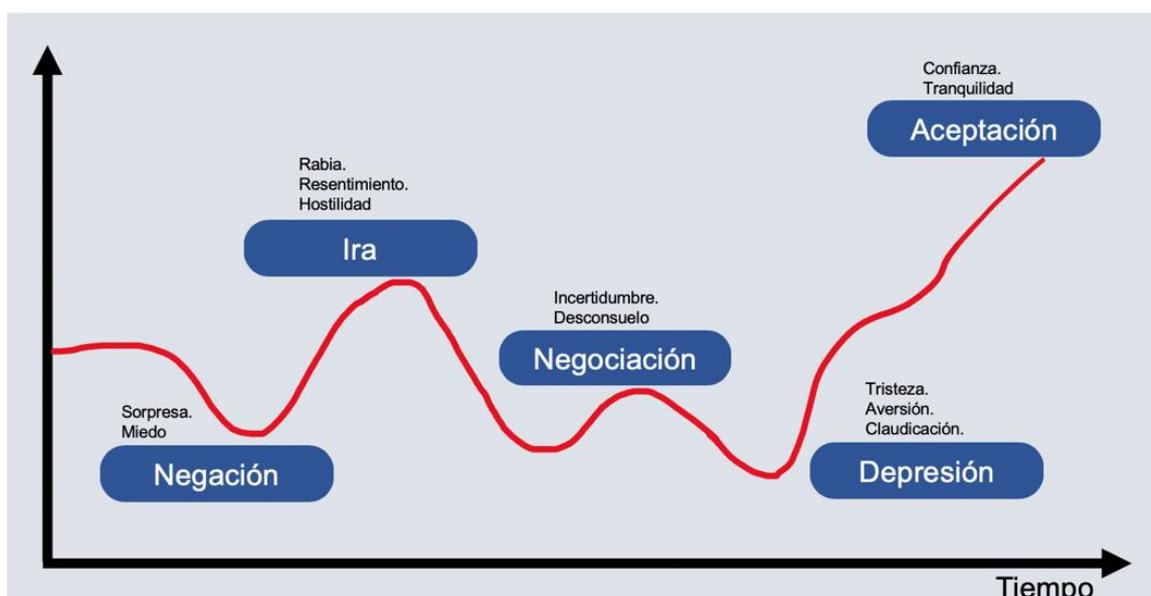


Figura 2: Proceso de duelo. Fuente: elaboración propia basada en "Sobre la muerte" (Kübler-Ross y Daurella, 2017).

3.2.4. Manifestaciones del duelo.

La expresión del duelo no es universal, pues las emociones son parte del legado genético de nuestra especie. Las manifestaciones posteriormente expuestas no son universales, ni uniformes, ni homogéneas y por tanto poseen diferentes matices en función de la edad, cultura o circunstancias en las que se da la muerte (Cabodevilla, 2007).

Tizón menciona que de los sentimientos externos (manifestaciones) no se puede deducir el dolor sentido, es decir, por las declaraciones que realice una persona, el resto es incapaz de inferir el grado de dolor que posee esa persona.

Es entendible que la vivencia del duelo no sea igual para niños que para adolescentes o adultos. El concepto de muerte va a ser entendido de forma distinta en función de la edad, el nivel de desarrollo evolutivo, la educación y las emociones involucradas, así como también la religión (Cabodevilla, 2007).

La religión, como ya se ha descrito anteriormente, va a condicionar la forma en la que la muerte es entendida, también se ve condicionada la vivencia posterior del proceso del duelo.

Hasta los 5 años, los niños consideran la muerte como algo pasajero (no definitivo). De los 5 a los 9 la ven como definitiva, pero les sucede a los otros y no a ellos mismos. De los 10 años en adelante se entiende la muerte como irreversible e inevitable para todos. (Lacasta y Soler, 2004)

Aquí el rol de los padres juega un papel muy importante, pues tratan de evitar el sufrimiento de sus hijos con tendencias sobreprotectoras dificultando por tanto la resolución del duelo. La forma correcta de afrontarla sería hacerles sentirse parte de la vida familiar de modo que sean conscientes de la muerte así de las modificaciones que produce en el entorno (Lacasta y Soler, 2004).

Cada vez esta situación se ve menos, pero anteriormente los padres no permitían a los niños acudir al tanatorio, entierro o misa, privándolos de la posibilidad de despedirse de su abuelo o abuela. Se debería ofrecer al niño la opción a decidir si acudir o no (Cabodevilla, 2007).

3.2.4.1. Definición de luto.

Según (Real Academia Española, 2014) el luto es el signo exterior de pena y duelo en ropas, adorno y otros objetos por la muerte de una persona.

Duelo y luto son comúnmente mal empleadas, pues como ya se ha definido, duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor mientras luto proviene de *lugere* que significa llorar (Real Academia Española, 2014).

Por tanto, luto se refiere a la manifestación o expresión social del comportamiento y a las practicas posteriores a la pérdida (Porta et al., 2008). Dentro de estas prácticas posteriores a la muerte del familiar se verían enmarcada toda clase de ritos, vestimentas, costumbres.

3.2.4.2. Vestimenta.

El color que quedó establecido como sinónimo de luto fue el negro. Quedando prohibido vestirlo antes de la celebración del funeral pues de modo contrario se estaba anticipando la muerte del ser querido (Ortiz, 2019).

Tras los funerales se establecía un periodo de luto de duración variable en función del parentesco y amistad que se manifestaba desde toda la ropa negra hasta el brazalete o el botón negro en el ojal y desde meses enteros incluso años, hasta unos pocos días (Ortiz, 2019).

El plazo que quedaba preestablecido para la mujer del fallecido (viuda) era de un año y seis semanas; luto por padre o madre, un año; luto por abuelo o abuela, hermano o hermana, seis meses; luto por tíos o primos, tres meses. Este tiempo quedaba establecido como un mínimo a cumplir (Gómez, 2007).

Se puede inferir que el luto que se debe manifestar es, en función del parentesco y dependerá por tanto de si existe mayor o menor relación con el difunto.

Una vez se terminaba este periodo podían vestir si así lo consideraban colores determinados de “medio luto o alivio” que eran: gris, malva, lila, violeta, morado y que debían ser combinados con el negro (Gómez, 2007)

Si bien como se ha dicho hasta ahora el color negro representaba el dolor de la muerte y sigue haciéndolo, cabe destacar el luto blanco, que para las reinas europeas medievales era el color que representaba la muerte, tradición que sobrevivió en España hasta finales del siglo XVI y que fue establecida como norma por la reina Fabiola de Bélgica, tras la muerte del Rey Balduino I de Bélgica (Gómez, 2007).

Anteriormente los Reyes Católicos ya establecieron en “La pragmática de Luto y Cera” el negro como color oficial para acudir a los funerales.

3.2.4.3. Ritos.

No se puede negar la gran cantidad de ritos y costumbres existentes a lo largo de la geografía española y fuera de ella. Resulta complicado detallar todos y cada uno de ellos, por esto a continuación quedarán descritos los ritos y costumbres más representativos y llamativos encontrados tras la revisión bibliográfica.

Entre los ritos a describir, destaca la costumbre de portar al fallecido a hombros por el pasillo de la Iglesia desde el coche fúnebre hasta el altar. Los pies del difunto deben ir por delante y la cabeza será lo último que entre a la iglesia, de ahí nace la expresión “con los pies por delante”.

Justo al contrario sucede en el caso de muerte de niños o sacerdotes, donde la cabeza sería lo primero en entrar a la iglesia.

El hecho de que sea portado a hombros por vecinos y allegados no es más que una forma más de mostrar el amor y respeto que poseen hacia el fallecido y a los familiares (Zambrano, 2016).

El método para comunicar el fallecimiento al pueblo era mediante el uso de las campanas. El número de veces que se tocaban las mismas variaba en función de la edad, sexo y estatus económico que poseyera la familia (Roca, 2018).

Los tañidos de las campanas no solo daban a conocer el fallecimiento, sino que también constituía un llamamiento a los fieles para rezar a favor del alma del difunto (Roca, 2018).

Como se ha citado, el número de veces que se tañían las campanas dependía de varios factores, pues si el fallecido era hombre se anunciaba con tres campanadas y hasta tres “dobles ordinarios”, si por el contrario era una mujer la que fallecía tan solo dos toques además del “doble ordinario”(Roca, 2018).

Esta diferencia no era más que otra manifestación de la sociedad jerarquizada donde la muerte de un hombre poseía más importancia que la de la mujer.(Roca, 2018)

Otras formas de comunicación del fallecimiento, en caso de que los familiares vivieran lejos o el fallecido fuera de estatus económico o social importante radica en el uso de invitaciones o esquelas mortuorias que eran dispuestas en la puerta de la iglesia y periódicos, en las cuales queda expuesto el nombre de la persona, fecha y lugar del entierro y del funeral, así como una serie de atributos del fallecido.(Zambrano, 2016).

Cabe destacar la figura de las mujeres durante el velatorio. En épocas pasadas se contrataban mujeres con el fin de que lloraran durante el velatorio de modo de que cuando fueran los vecinos, familia y demás asistentes vieran que el difunto estaba siendo velado por mucha gente.

Estas reciben el nombre de plañideras, (Imagen 1), y se consideran mujeres a las que se les paga por llorar y demostrar lo querido que era el fallecido. Según se ha constatado estas mujeres eran capaces de arrancarse cabello, darse fuertes golpes, dar gritos, gemidos, etc. Las lágrimas eran recogidas en recipientes como muestra del dolor que presentaban para con el fallecido y la familia (Martínez, 2019).

Ser plañidera de oficio, por tanto, es realizar el trabajo de una actriz que consiste en llorar y manifestar dolor e imploración a los muertos. Siguen los rituales en función de la cultura, época y la clase social del fallecido (Martínez, 2019).

La plañidera más espectacular y creíble será la mejor pagada. Como en todo lo expuesto anteriormente, acorde a la época, cuanta mayor importancia social poseyera el fallecido más y mejores plañideras se contrataban para acompañarlo (Martínez, 2019).

Las plañideras fueron prohibidas por la religión católica en el siglo XVIII pues las mujeres debían tener un comportamiento solemne y rectado y las plañideras distaban mucho de los ideales cristianos (Martínez, 2019).



Imagen 1: Plañideras y lacrimatorio de la tumba de un alto funcionario egipcio. Fuente: Iconografía de la plañidera en el mundo antiguo y medieval de Galicia y norte de Portugal (Martínez, 2019)

Una de las prácticas realizadas por los hindúes según Lugones et al.(2015), es la quema del cuerpo del fallecido a orillas del sagrado río Ganges. En el hinduismo y el budismo si está permitido la cremación. En estas religiones el alma es portada por el cuerpo desde el momento de su nacimiento, de modo que el cadáver deja de ser sagrado cuando el alma lo ha abandonado, es decir, tras su muerte.

La carbonización del cuerpo mediante el fuego tiene el objetivo de producir la separación del espíritu fresco e incorpóreo, para producir el paso “al otro mundo”. En estas religiones la cremación se conoce también como “la última condición”(Lugones et al., 2015).

3.2.5 Duelo como trabajo.

Son muchos los autores que al establecer las características y fases del duelo entienden el mismo como un proceso que requiere actuación por parte del sufriente. El familiar doliente debe estar activo y “hacer” mas que esperar a que “algo ocurra para afrontar la muerte del familiar por medio del proceso del duelo.

Según Erich Lindemann el duelo requiere de energía física y emocional pues se deben realizar cosas activamente para conseguir la resolución positiva del mismo. A su vez afirma que se dan sentimientos de tremenda intensidad que

deben ser expresadas y aceptadas con el fin de acomodarse a la ausencia del familiar fallecido.

Worden hablando de “los trabajos del duelo” explica que estos difieren de las fases del duelo, pues precisan de actividad por parte del doliente y son muy valiosos para el proceso.(Fernández y Rodríguez, 2002)

Theres Rando trata de sinónimos el duelo y trabajo, pues lo convierte en una actividad en la que el doliente debe trabajar duro para acomodarse a la ausencia del ser querido y elaborar una nueva identidad sin esa persona.

Bob Wright afirma que en el proceso de duelo se conjuga la pasividad de permitir que emerjan los sentimientos, con la actividad que supone aceptar los cambios, valorar su valía y confrontar o explorar esos sentimientos que surgen (Wright, 1991).

Worden no habla de fases o etapas del duelo sino que establece unas tareas. De este modo se trata de implicar una actitud más activa por parte del familiar, es decir, de esta forma el doliente entiende el proceso de duelo como una tarea que requiere de su implicación y trabajo (Worden, 1997) (Fernández y Rodríguez, 2002).

- Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida.
- Tarea 2: elaborar el dolor del duelo, es decir, experimentar las emociones vinculadas a la pérdida.
- Tarea 3: adaptarse a un nuevo mundo sin el ser querido
- Tarea 4: reubicar emocionalmente al ser querido fallecido.

3.2.6. *¿Existe una última fase del duelo?*

En este apartado se pretende dar respuesta a la pregunta planteada por muchas personas que han sufrido una pérdida reciente o aquellas que aún no siendo reciente la pérdida, necesitan saber si las manifestaciones propias del duelo cederán o si existe una última fase.

Según lo expuesto anteriormente, el proceso de duelo queda dividido en fases o tareas, de modo que la respuesta rápida teniéndolo en cuenta sería afirmativa, es decir, si existe una última fase que coincide con las fases de aceptación o reorganización.

La resolución del duelo varía en función de la persona y circunstancias en las que se haya producido. Si bien se establece como resolución del duelo la aceptación de la muerte y la reorganización de la vida sin esa persona, de forma que su pérdida no afecte al desarrollo cotidiano (Kübler-Ross y Daurella, 2017).

La duración del duelo es siempre variable y depende de factores que pueden acortar el proceso o ralentizarlo. Los síntomas presentes durante el duelo agudo pueden durar entre seis y doce meses, pero se han visto casos en los que es necesario más tiempo (Porta et al., 2008).

Se puede considerar el tiempo como terapia, siempre y cuando este se tome como ayuda para situar los hechos y adaptarse a los cambios, pero es necesario la movilización activa por parte del familiar para terminar el proceso del duelo (Porta et al., 2008).

Pangrazzi postula dos signos específicos sinónimos de recuperación:

- El doliente pueda hablar y recordar al ser querido con naturalidad y tranquilidad, sin llorar.
- Haber establecido nuevas relaciones significativas y aceptado los retos de la vida.

Puede existir la resolución, sin desestimar que la persona que ha pasado el duelo pueda sentirse triste de vez en cuando, pero lo acepta y además consigue hablar de esas emociones con libertad según afirma (Cabodevilla, 2007).

3.3 Profesionales de Enfermería.

En el siguiente apartado se podrá encontrar diversas intervenciones o actuaciones que el colectivo de enfermería puede realizar en su práctica asistencial diaria de forma que se incida positivamente en el proceso del duelo.

3.3.1. Familiares presenciando maniobras de RCP.

Numerosos autores ponen de manifiesto que presenciar una parada cardiorrespiratoria (sin conocer al paciente) puede ser un hecho traumático, más aún cuando se trata de un familiar y en el propio domicilio.

Según un estudio (Tarrío et al., 2006) en el que se tenía como objetivo conocer la opinión de los equipos de emergencias con respecto a la presencia de familiares durante las maniobras de RCP se extrajeron los siguientes datos:

- El 71,43% del profesional de enfermería encuestado opina que se debería dar la oportunidad a los familiares de estar presentes.
- Un 52% de los técnicos afirman no impedir a la familia que presencie la reanimación, el 44% de estos postulan que no está entre sus funciones impedir o facilitar la presencia familiar.

En cuanto a la actuación de la familia, hay que señalar que según el 75% de los encuestados (enfermeros, médicos y técnicos sanitarios), los familiares inquietos, angustiados por lo general van y vienen del escenario de reanimación sin modificar e interferir en el transcurso de esta (Tarrío et al., 2006).

Apuntan también que el 100% abandonan el escenario de reanimación en el caso de que así lo soliciten los equipos de emergencias.

Estos porcentajes experimentan una modificación cuando los familiares que presencian la RCP son personal sanitario. Según arroja esta encuesta, la mayoría de ellos se identifican, se quedan y pregunta sobre el desarrollo del proceso. El 54,76% interviene colaborando en las maniobras y facilitando la actuación (Tarrío et al., 2006).

Los médicos encuestados afirman encontrar menos inconvenientes y más ventajas a la presencia de familiares. Afirman que, estando presentes, sienten que acompañan a su ser querido, asumen mejor la muerte y esto facilita tanto el recibir la noticia de su fallecimiento como una mejor adaptación al proceso de duelo (Tarrío et al., 2006).

Otro estudio de más reciente publicación (Tíscar-González et al., 2019) determina que influye mucho el lugar y contexto en el que ocurra la PCR. Pues como bien afirman algunos de los entrevistados si la PCR es en domicilio (extrahospitalario) el extraño es el equipo sanitario mientras que si ocurre en ámbito hospitalario “la infraestructura arquitectónica de los hospitales no favorece la RCP presenciada por la falta de espacio.”

Todos los estudios consultados coinciden en lo mismo, (Tíscar-González et al., 2019), (Tarrío et al., 2006) y (DeWitt, 2015), se debe dar la oportunidad a los familiares de presenciar las maniobras o no. También se pone de manifiesto la falta de habilidades por parte de los profesionales sanitarios en el manejo de situaciones donde la comunicación con la familia es esencial, pues son situaciones altamente estresantes.

3.3.1.1. Enfermera facilitadora del duelo

La enfermera facilitadora en este ámbito de RCP presenciada se describiría como la enfermera que, sin participar activamente en las maniobras de resucitación cardiopulmonar del paciente afectado, estaría acompañando a los familiares de modo que estos puedan estar presentes y recibiendo la información del estado del paciente, técnicas realizadas y demás procedimientos que en un principio pueden no entenderse (Silva y Jara, 2012).

De este modo los familiares entenderían a la perfección todas aquellas intervenciones que se le están realizando a su familiar y se resolverían las dudas que presentaran.

Al existir esta figura todas las interrupciones que la familia intente realizar sobre el equipo reanimador no serán llevadas hasta el mismo, sino que serán resultas por la enfermera facilitadora antes de que provoque una interrupción en las maniobras (Silva y Jara, 2012).

García-Martínez y Meseguer-Liza, (2018) ponen de manifiesto actitudes tanto negativas como positivas por parte del propio profesional sanitario con respecto a la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación.

Las actitudes positivas que en el estudio se indican son: tranquilidad, empatía, orgullo y facilitadora del proceso del duelo. “La reanimación presenciada puede ser una oportunidad de entender y afrontar de forma compartida lo racional e irracional del suceso y amortiguar o dignificar el duelo”(García-Martínez y Meseguer-Liza, 2018).

Por el contrario, las actitudes negativas encontradas serían: estrés, miedo, impotencia y la sensación de que los familiares pueden llegar a dificultar el proceso de realización de las maniobras (García-Martínez y Meseguer-Liza, 2018).

Se insiste en los beneficios reales que arroja la figura de la enfermera facilitadora durante las maniobras de reanimación en los casos en los que esté presente la familia, pues facilita el proceso del duelo.(Silva y Jara, 2012)

En la siguiente figura (figura 3) quedan expuestas las diferentes sensaciones tanto positivas como negativas que pueden llegar a sufrir los que presencien las maniobras de reanimación cardiopulmonar sobre su familiar.



Figura 3 Connotaciones positivas y negativas de familiares presentes durante RCP. Fuente: extraído de Silva y Jara, (2012).

3.3.2. Pautas de actuación para enfermería en la atención al duelo.

Una vez entendido el significado de muerte más allá de su definición biológica y conocidos los distintos tipos de duelo y sus fases, se deberían establecer unas pautas o nociones básicas que el profesional de enfermería debe conocer y aplicar para lidiar en su día a día con el cuidado de los pacientes que morirán pronto y de familiares en el proceso de duelo en sus distintas etapas.

Independientemente del servicio donde se esté trabajando enfermería se enfrentará de cara a la muerte, pues es el personal sanitario que más tiempo pasa con el paciente y proveyendo a los mismos de cuidados integrales.

Al hablar de muerte y enfermería se hace necesario abordar los aspectos biológicos de la misma pero no se deben dejar de lados los aspectos psicosociales de la muerte y saber reconfortar a los familiares de los que ya se han ido. Recalcar la importancia de la comunicación de malas noticias.

Es bastante frecuente encontrarse con situaciones en los que la muerte está cerca, más aún si se trata de servicios especiales como: oncología, hematología, urgencias y cuidados intensivos.

Se van a dividir las intervenciones, de manera teórica para una mejor comprensión de las mismas, a realizar por parte de enfermería en: intervenciones antes del fallecimiento y después del mismo (Espinosa et al., 2010).

Aquellas intervenciones por realizar antes del fallecimiento tienen el objetivo de prevenir, en la medida de lo posible, el posterior duelo complicado de los familiares y remitir al especialista necesario en situaciones, que sean de gran complejidad, en la que el manejo de estas escape de nuestras competencias (Espinosa et al., 2010).

Tras el fallecimiento del paciente, el profesional deberá ser capaz de determinar en que fase del duelo se encuentra la familia, prevenir la aparición del duelo no resuelto o complicado mediante la realización de diversas terapias.

Las intervenciones específicamente recomendadas (Espinosa et al., 2010) para antes del fallecimiento consisten en el control de síntomas del paciente, informar a la familia sobre el diagnóstico y pronóstico y comunicar el diagnóstico al enfermo.

- Control de síntomas: En la elaboración del duelo posterior a la muerte, la familia lo recordará con dolor, vómitos e insomnio. Si por el contrario enfermería hace una buena incidencia sobre el control de síntomas, la consecuencia psicoemocional posterior a su muerte sobre las últimas horas de vida será mucho menor. Se hablaría por tanto de unos cuidados de buena calidad y confort
- Informar a la familia sobre el diagnóstico y pronóstico: enfermería no debe comunicar el diagnóstico y pronóstico de los pacientes pues es labor del médico realizarlo. Lo que si debe hacer enfermería es reunir a familiares y paciente para determinar qué grado de conocimiento poseen con respecto a su diagnóstico y pronóstico.
- Informar a los familiares sobre aquellas actividades que puedan realizar en el cuidado del enfermo de modo que se vea mayor implicación por parte de los familiares. Este hecho evita sentimientos de culpa posteriores y arrepentimiento por no haber estado cuando su familiar lo necesitaba.
- Alentar a los pacientes a exteriorizar sus sentimientos, miedos y temores. La gran mayoría de ellos son concedores de su pronóstico incluso antes de hablar con el médico y tan solo quieren no sufrir y estar con sus familiares.
- Comunicar a la familia con cierta antelación la proximidad de la muerte por la clínica que se observe en el paciente, así el paciente estará acompañado en sus últimos momentos.

Recomendar la asistencia al funeral de toda la familia, incluidos los mayores de 5 años, pues permite tomar conciencia de lo acaecido.

Con respecto a las intervenciones recomendadas para realizar desde enfermería después del fallecimiento del paciente (Espinosa et al., 2010): Se ruega a los familiares pregunten sus dudas, inquietudes y debemos ponernos a su disposición para resolver todas sus dudas con respecto a la muerte.

Se debe hablar de las circunstancias en las que se produjo la muerte y preguntar al familiar si acudió al funeral. Explorar los comentarios y emociones que afloran de esta entrevista (Sanz-Ortiz, 2019).

Gracias a esta entrevista que se tendrá con el familiar, enfermería será capaz de explorar si existe sentimiento de culpa. Si es así, se puede hacer ver todos los cuidados que ellos les han ofrecido a su familiar durante su enfermedad (Espinosa et al., 2010).

Se puede incluso reorientar aquellas falsas creencias que impidan la exteriorización de sentimientos como: “mejor no recordar para no sufrir y olvidar” pues como ya se ha expuesto anteriormente, el duelo se considera superado cuando el familiar es capaz de recordar al difunto sin que afecte a su desarrollo cotidiano y pueda hablar y recordar al difunto con naturalidad y tranquilidad (Cabodevilla, 2007) y (Porta et al., 2008).

Debemos ofrecernos a concertar nuevas visitas para avanzar en el proceso. No necesariamente se deben hacer un número preestablecido de reuniones, sino que debemos quedar a disposición de los familiares (Sanz-Ortiz, 2019).

Se incluye un posible algoritmo de actuación para enfermería (Espinosa et al., 2010). El protocolo toma como punto de partida, una visita inicial en la que se realiza una entrevista en la que se obtiene información, mediante la realización de un genograma, con el que se trabajará posteriormente; se valorará la necesidad o no de derivar a otros especialistas en caso de sospechar de duelo patológico o complicado mediante la identificación de necesidades expresadas, dificultades y temores; contactar mediante teléfono o personalmente en las 72h posteriores al fallecimiento tratando de apoyar esta vivencia; enviar una carta de duelo entre la 1ª y la 2ª semana tras el éxitus para ofrecer disponibilidad y condolencias; en última instancia se haría un seguimiento vía telefónica durante la 4ª semana tras la defunción.

Otro artículo propone la atención al duelo como una comunicación continuada en la que existe un equipo de atención con presencia física en el momento del fallecimiento para tratar de acompañar y consolar (Sanz Ortiz, 2019).

En el contexto de esta comunicación continuada, se realiza también una llamada a las 24-48h del fallecimiento para ofrecer las condolencias y ofrecernos como un recurso más quedando a su disponibilidad (Sanz-Ortiz, 2019).

Cabe la posibilidad de que se envíe, posteriormente, una carta de condolencia expresando la disposición del equipo de atención al duelo. A las seis semanas de la carta se establece la posibilidad de realizar una segunda llamada para ofrecerle ayuda, ofertarle a la familia grupos de autoayuda (Sanz-Ortiz, 2019).

Se pretende que sea la enfermera de atención primaria la que realice esta labor por numerosos motivos descritos a continuación (Hussain, 2020).

La enfermera de atención primaria se configura como el personal idóneo para manejar la atención al duelo con sus pacientes. En primer lugar, destacar que la enfermera en este ámbito tiene una libertad extrema pues puede concertar cita con los pacientes en la consulta, realizar reuniones con mas participantes, realizar visitas domiciliarias si fuera necesario y derivar a especializada en caso de que presente factores de riesgo de realizar un duelo complicado (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2019).

Otro de los motivos principales por los que la atención primaria debe ser donde se realice el seguimiento del duelo es la confianza depositada en estos sanitarios por los propios pacientes (Rodríguez-Álvaro et al., 2018).

Esta confianza se forja desde la primera consulta, pues los pacientes comparten hechos de vida con estos profesionales, incluso siendo atendidas varias generaciones de la familia por la misma enfermera (Zamorano, 2004).

Enfermería en atención primaria quedaría en primer plano en el programa de atención al duelo, constituyendo el primer eslabón en la cadena. Es el profesional idóneo pues, son conocedores de la dinámica familiar y mecanismos de defensa que pueda presentar el paciente.

En este ámbito se puede trabajar el proceso de duelo desde el momento en que se es conocedor de la muerte del familiar. Se trabajaría desarrollando las intervenciones expuestas en el apartado “antes del fallecimiento”.

Según indica la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, (2019) quedarían establecidos tres niveles asistenciales en función de las necesidades que presente en doliente por la muerte de su familiar:

- Nivel I: Información, apoyo y acompañamiento, por el equipo interdisciplinar de atención primaria: enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, administrativos.
- Nivel II: Asesoramiento por el equipo: enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos.
- Nivel III: Este nivel entra en juego cuando se deriva desde atención primaria a especializada. Queda dirigido a aquellos afligidos que presenten factores de riesgo asociados a duelo complicado, trastornos relacionados con el duelo.

En los anexos de este mismo documento (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2019) hace referencia a que el profesional que debe realizar la llamada, enviar la carta o tratar con los familiares es aquel que haya tenido más contacto con los mismos.

Además de estas intervenciones se pueden realizar terapias de grupo dirigidas por enfermería donde se exploren las emociones a través de fotos y objetos del difunto (fototerapia), terapia cognitiva en Mindfulness en el proceso de duelo complicado. Todas ellas dirigidas a que vivan el proceso de duelo acompañado (Hussain, 2020).

En el caso de que la enfermera sea la que lidere la terapia de grupo, es ella la que tiene unas funciones básicas que debe cumplir. A continuación quedan expuestas algunas de las más importantes (Marinelli y Medina, 2013)

- Propiciar desde el inicio un clima de acogida, respeto y calidez.
- Evitar la polémica, todo relato que se aporte debe agradecerse sin cuestionarse.
- Alentar a los participantes a exponer sus relatos desde su “sentir” y no desde el “pensar” de manera que emanen las emociones a raíz de su propio comentario.
- Evitar la dispersión de los relatos.
- Evitar también que se den consejos entre los participantes, pues lo que puede ser útil y bueno para uno puede no serlo para todos.
- No contradecir a los integrantes. Como herramienta se usará la confrontación de hechos o la reformulación.
- Favorecer la empatía en el grupo.
- Así mismo, se deja que la conversación emane libre, no se deben imponer puntos de vista propios.

3.3.3. *¿Ayudan las fotografías a la superación del duelo?*

Ante la pregunta inicialmente planteada, afirmar que las fotografías pueden ser usadas como terapia en el abordaje del duelo.

Se denomina Fototerapia y consiste en el uso de fotografías del difunto para evocar terapéuticamente recuerdos relevantes, sentimientos encontrados que de forma inconsciente ayudan al desahogo, mejorando el duelo según Pastor (2017).

El doliente al recolectar las fotografías y posteriormente analizar el contexto en el que fue tomada (con ayuda de una persona con habilidades para ello), harán visible entre ambos las historias, anécdotas del fallecido evocando sentimientos y recuerdos (Pastor, 2017).

Además de las ya mencionadas fotos, esta terapia se puede realizar también con objetos que sean especiales para los familiares y pertenecieran al fallecido, este objeto recibirá el nombre de “objeto de vinculación” (Pastor, 2017).

En relación con la aportación de fotos y objetos para evocar recuerdos y sentimientos, existen varios artículos que hablan de intervenciones emocionales en el tratamiento del duelo perinatal (Pérez-Moreno, 2019)

Kochen et al. (2020), y, Fernández-Alcántara et al. (2012), ofrecen como posibilidad para mejorar la adaptación al duelo la opción de entregar a los progenitores del bebe fallecido “una caja del recuerdo” en la que como su propio nombre indica, enfermería dispone ciertos detalles como: huellas del pie y de la mano, gorrito, chupete, mechón de pelo, pinza de cordón umbilical. Estos objetos son recuerdos tangibles que se brindan a los padres del bebe fallecido.

Por otro lado, la fototerapia formaría parte de una terapia en grupo liderada o guiada por un profesional con las habilidades necesarias para ello.

Previo a esta terapia grupal se haría necesario intervenciones donde solo intervengan enfermera-paciente y solo se pasará a terapia grupal cuando el paciente o familiares en proceso del duelo presenten las características determinadas que les permitan entrar a la terapia grupal. Más tarde se expondrá los beneficios de ese tipo de terapia (Pérez-Moreno, 2019).

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados se realizó un estudio de caso único mediante el diseño de una investigación cualitativa.

El estudio de caso mediante la metodología cualitativa permite al investigador el contacto con las situaciones de la vida real del sujeto estudiado, sumergiendo al investigador en gran cantidad de detalles importantes para entender el contexto que rodea al sujeto estudiado (Chaves y Comet, 2016).

4.2. Sujeto del estudio.

Mujer de 85 años viuda, que acude al centro de salud para realizarse su cura diaria, durante el transcurso de las curas, expresa angustiada el poco tiempo de vida que le queda a su hija. Durante el periodo de realización de curas, su hija fallece lo que nos lleva a dedicarle mayor atención y tiempo, así como a ofrecer estrategias reales en cuanto al afrontamiento del duelo se refiere.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio se realizó en la unidad del pie diabético de un centro de salud de la Región de Murcia. En dicha unidad se realiza su cura diaria de ambos pies mientras que se realizan intervenciones psicosociales debido al dolor y sufrimiento por el que está pasando la paciente al ver a su hija morir.

El estudio se realizó en dos fases disímiles:

En primer lugar, el periodo de recogida de información tuvo su duración entre el 4 de septiembre y el 27 de octubre de 2019. Durante el mismo tuvieron lugar las numerosas entrevistas con la paciente, recogida de información y datos clínicos.

En segundo lugar, el periodo de análisis y redacción de la memoria escrita se realizó en el tiempo comprendido entre el 20 de noviembre de 2019 hasta el 29 de marzo.

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuente de información.

La compilación de la información aquí plasmada se ha obtenido mediante el uso de diversas fuentes, entre ellas, destacar:

- Φ Historia clínica obtenida en OMI- AP.
- Φ Historia clínica de especialistas en Selene.
- Φ Valoración de Enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Φ Entrevista a la paciente y familiar.
- Φ Libros, tesis y guías de práctica clínica dirigidos a enfermería.
- Φ Revisión de la bibliografía publicada hasta ahora en las siguientes bases de datos: Scielo, Elsevier, Dialnet, Pubmed.

4.4.2. Procedimiento de información.

Previamente a la recogida de información perteneciente a la paciente, se pidió su consentimiento y el de la familia de forma verbal, así como el del personal de enfermería. La confidencialidad de los datos ha sido guardada en todo momento, eliminándose cualquier dato que pudiera suponer la identificación de la paciente.

Puesto que las prácticas asistenciales se desarrollaron en centro de salud, no se tenía un acceso completo a todos los informes de la plataforma Selene.

Por este motivo se le pidió a la familiar los aportara a la siguiente consulta. Además de los informes que sí se pudieron rescatar mediante Ágora, se consultó también su tapiz en OMI-AP.

Con todos estos recursos se fue capaz de obtener una visión holística de todo aquello había sido motivo de consulta para la paciente. Esta colección de datos fue lo que nos permitió en un primer momento trabajar para ayudar a la doliente.

Además de los recursos ya mencionados, se realizaron ciertas entrevistas con la paciente y la familia que permitieron realizar la valoración de enfermería tomando como referencia los 11 patrones de Marjory Gordon (Álvarez-Suarez et al., 2010). Tras esta valoración, los diagnósticos de enfermería fueron extraídos con el fin de realizar un plan de cuidados holístico.

Se ha hecho uso de buscadores ampliados como Google académico y BUSCAM. En todos ellos se ha buscado con los siguientes descriptores consultados en el Decs: muerte, derecho a morir, pesar, privación del duelo, actitud frente a la muerte.

Los descriptores en inglés son los siguientes: death, righth to die, grief, attitude to death, disenfranchised grief.

Se seleccionaron los artículos y documentos que se encontraban a texto completo, que tenían relevancia con la temática del estudio.

Tabla 4 Resultados de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos.

Bases de datos	Descriptores	Encontrados	Seleccionados
Dialnet	Pesar.	78	4
	Privación del duelo.	1	1
	Actitud frente a la muerte.	78	2
Elsevier	Muerte.	746	2
	Derecho a morir.	330	1
	Pesar.	5	0
	Privación del duelo.	15	0
	Actitud frente a la muerte	814	2
Scielo	Muerte.	734	4
	Derecho a morir.	0	0
	Pesar.	49	2
	Privación del duelo.	0	2
	Actitud frente a la muerte	4	3
Pubmed	Death	179	1
	Righth to die	56	1
	Grief	37	2
	Attitude to death	160	2

Fuente: Elaboración propia.

4.4.3. Procesamiento de los datos.

El análisis y procesamiento de los datos se ha realizado a través de la metodología enfermera. Como ya se ha comentado anteriormente, tras la valoración en base a los patrones funcionales de Marjory Gordon y el concienzudo análisis de la evidencia encontrada, se procedió a seleccionar el diagnóstico de enfermería principal. Su elección fue llevada a cabo tras realizar una red de razonamiento basada en el modelo AREA del Dr. Pesut (Pesut & Herman, 1999). Tras decidir el diagnóstico principal, se establece los resultados (NOC) con sus indicadores y las intervenciones de enfermería (NIC).

Posteriormente, se realizan las actividades descritas de cada intervención enfermera y se realizan dos seguimientos (evaluaciones) con el fin de ponderar el grado de efectividad de las actividades realizadas con la paciente. En último lugar se determina si estas poseen efectividad o, si por el contrario se hace necesario cambiar de intervenciones.

5. RESULTADOS.

5.1 Descripción del caso.

Mujer de 84 años que acude a consulta de pie diabético por evolución tórpida de úlceras en presencia de trastornos circulatorios periféricos, (isquémicas) en miembro inferior derecho a nivel del tendón de Aquiles y calcáneo. Se evidenció en la primera visita necrosis del tendón y posible afectación ósea. Fue derivada del hospital de referencia tras su ingreso en planta de medicina interna secundario a intoxicación por opioides.

Úlcera muy exudativa, de olor penetrante por lo que se sospecha de colonización por *Pseudomonas*.

La paciente vive con su hija en una casa en bajo, cercana al centro de salud. Dependiente en las actividades básicas de la vida diaria, pues según refiere: “el dolor no la deja ni andar”. En casa trabaja una mujer para ayudar tanto a la paciente como a su hija en el desarrollo normal del día, pues son demandantes de cuidados, desde la realización de la comida hasta el aseo personal.

En cuanto a la situación familiar, la paciente posee tres hijos, dos de ellas mujeres. Una de ellas, la mayor, de 54 años, padece cáncer en un estadio muy avanzado, el cual no le permite estar a disposición de su madre sino ser otra persona demandante de la atención del resto.

Es por esto, que la paciente se siente triste, angustiada y con poca adherencia al tratamiento. Se cree por su actitud que considera menos importante su proceso patológico actual que el de su hija. Aun así, acude a todas las citas para la realización de sus curas en ambulancia, acompañada de la cuidadora y en ocasiones de algún familiar o vecino de pueblo.

Durante las curas habituales de la semana (3) la paciente expresa su inquietud sobre la situación de su hija mayor en forma de llanto y angustia. También se evidencia una mejoría cuantiosa de las úlceras tras la exéresis del tendón de Aquiles y desbridamiento cortante del tejido necrótico presente en el talón.

Por otro lado, se incide en la nutrición de la paciente pues nos narra lo poco que come y la anhedonia que presenta y queda constatada la pérdida de peso paulatina.

Los antecedentes de interés: hematoma subdural agudo en convexidad izquierda; diabetes Mellitus tipo 2 de más de 20 años de evolución; retinopatía diabética simple; dislipemia; ferropenia crónica desde 2008; anemia ferropénica diagnosticada en 2018; no alergias medicamentosas conocidas; no hipertensión arterial; no hábitos tóxicos;

5.2 Valoración del caso.

Señalar, que la valoración de los distintos patrones se realiza con fecha 11/09/2019 pero por motivos de espacio y disponibilidad de ordenadores, la valoración se registra en OMI-AP el día 27/09/2019. Es por esto que las fechas que aparecen en las capturas no concuerdan con la realidad. Los seguimientos 1 y 2 se hacen con un intervalo de 15 días entre ambos y la valoración.

En el patrón nutricional metabólico se añadirán las fotos de la úlcera con presencia de necrosis, a su llegada a la unidad del pie diabético. Su evolución y el tratamiento aplicado en función de las fluctuaciones de la úlcera quedarán expuestos durante la planificación de cuidados y los seguimientos 1 y 2.

5.2.1. Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.

(27/09/2019)

La paciente estuvo ingresada hace unos meses en la planta de medicina interna por una intoxicación por opioides con pérdida de consciencia, prescritos por su médico de cabecera. En dicho ingreso, su úlcera fue explorada en profundidad por un experto y fue derivada a cardiovascular para valoración de circulación en miembros inferiores.

Higiene adecuada de la paciente y por lo que refiere durante las visitas también lo está su casa. Con ella vive una de sus hijas y una mujer que la ayuda en todos los ámbitos de su vida cotidiana, también la acompaña al centro de salud todas las semanas.

No presenta alergias médicas.

No sigue una nutrición adecuada, evidenciado en el IMC desde la primera visita, cuando se pregunta por ello nos expone el caso de su hija que padece de cáncer en estadio terminal, lo que hace que a nuestra paciente no le apetezca comer y presente una actitud de indiferencia acerca de su patología. Se muestra más preocupada por el estado de salud de su hija.

No se realiza Test “Get up and go” por imposibilidad de deambulación y bipedestación, va en silla de ruedas.

The screenshot shows a medical assessment form with the following fields and values:

- Percep. de salud (Ad.):** Buena
- Valoración general:**
 - Peso: 41,00
 - Talla: 150,0
 - IMC: 18,22
 - Temp: 36,5
 - TAS: 126
 - TAD: 69
 - F.C.: 87
 - F.R.: 16
 - Hig. personal: Buena
 - Hig. vest./arreglo: Adecuado
 - Vacunas: Completa
 - Hig. boca: Adecuada
 - Hig./seg. vivienda: Buena
 - Percep. salud: Buena
 - Conductas saludables: Interés (Si/No)
 - Conocimiento: Adecuada
 - Prob./salud: Si/No
 - Tipo problema: Desnutrición
 - Nivel cuidados: Inadecuada
 - Conocimientos: Adecuada
 - Actitud: Indiferencia
 - Hábitos tóxicos: Si/No
 - Tabaco: Si/No
 - Alcohol: Si/No
 - Drogas: Si/No
 - Café exc.: Si/No
 - Gr/día: 0
 - Gr/sem: 0
 - Tto. фарма.[nt]: Si/No
 - Adhesión tto: Adecuada
 - Automedicación: Si/No
 - Ind. terap.: Si/No
 - Adhesión ind.: Si/No
 - Alergias: Si/No
 - Actitud terapia: [dropdown]
 - Ejercicio: Si/No
 - Riesgo laboral: Si/No
 - Ocio: Si/No
 - Accidentes: Si/No
 - Alimentación: [dropdown]
 - Ingr. hospital: Si/No
 - Nº Ingresos: 2
 - Causa: de consciencia
 - COMENTARIOS: en MI por pérdida de consciencia
 - RESULTADO: Patrón alterado

Imagen 2 Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud. Fuente: OMI-AP (2014).

5.2.2. Patrón 2: Nutricional – Metabólico

(27/09/2019)

Paciente con una nutrición inadecuada. No realiza las 5 comidas diarias y refiere comer cuando tiene hambre. Déficit en la ingesta calórica e hídrica. Con un peso de 41 Kg a su llegada a consulta y 150cm de talla. Resultando esto un IMC de 18,22.

Presenta como ya se ha comentado anteriormente, alteración de la integridad tisular pues posee úlcera de origen vascular por problema vascular periférico de meses de evolución.

Dado su bajo peso, la poca ingesta hídrica y calórica y la falta de ejercicio por su imposibilidad a andar, la cura de la herida se está viendo ralentizada por estos factores, entre otros.

Escala Norton 18 puntos.

A su exploración presenta frialdad cutánea.

Imagen 3 Patrón Nutricional – Metabólico. Fuente: OMI-AP (2014).

Imagen 4 Test de Norton. Fuente: OMI-AP (2014).

Fotos realizadas el día de su primera visita a la unidad del pie diabético.



Al observar esta herida y realizada la valoración propia a este tipo de paciente, se trató de desbridar en la medida de lo posible la escara necrótica en talón derecho.

Imagen 5 Talón con necrosis (1). Fuente: Tomada en Unidad Pie Diabético.

Se realiza ITB, evidenciando una úlcera isquémica por perfusión periférica arterial anómala, con pulsos distales disminuidos, y frialdad en dedos.



Imagen una vez realizada el primer desbridamiento mecánico, en la que se observa el tendón de Aquiles expuesto.

Imagen 6 Talón con necrosis (2). Fuente: Tomada en Unidad Pie Diabético

Ante esta situación se intentó durante algunas semanas que el tendón de Aquiles no quedara expuesto y ante la imposibilidad de esto, se decidió realizar cura en seca con cadexómero yodado (Iodosorb) con la intención de producir su necrosis y poder seccionarlo, puesto que es inviable el cierre de la herida cuando tendón o hueso quedan expuestos.

5.2.3. Patrón 3: Eliminación

(27/09/2019)

La paciente refiere tener un habito de eliminación normal, pues realiza cerca de 6 deposiciones a la semana de aspecto normal y consistencia blanda. No presenta problemas de eliminación urinaria más allá de algún episodio de incontinencia esporádico.

El tipo de exudado que presenta la herida es mal oliente, purulento. Se sospecha de colonización por pseudomonas, por lo que se realiza frotis del lecho de la herida y se pauta antibiótico intravenoso, frente a las mismas. A pesar del tratamiento con antibiótico sistémico se decidió tratar de forma tópica con apósito antimicrobiano con plata + carbón activo (Actisorb) para reducir el olor penetrante.

The image shows a digital form titled 'ELIMINACIÓN (Adulto)' with a 'Valoración general' (General Assessment) header. It is organized into three main sections: 'INTESTINAL', 'URINARIA', and 'CUTANEA'. Each section contains specific assessment items with radio buttons for 'Sí' (Yes) and 'No'. The 'INTESTINAL' section includes 'Deposic./sem.' (6), 'Consistencia' (Blandas), 'Color' (Normal), and various symptoms like 'Dolor defecar', 'Incontinencia', etc. The 'URINARIA' section includes 'Micciones/día' (4), 'Caract. orina' (Normal), and symptoms like 'Incontinencia', 'Disuria', etc. The 'CUTANEA' section includes 'Prob. eliminación cutánea', 'Sudor copioso', 'Olor corporal', 'Drenajes', and 'Heridas exudativas'. A 'COMENTARIOS' field contains the text 'Heridas exudativas y mal olientes', and the 'RESULTADO' dropdown is set to 'Alto riesgo de alteración'.

Imagen 7 Patrón: Eliminación. Fuente: OMI-AP (2014).

5.2.4. Patrón 4: Actividad – Ejercicio

(27/09/2019)

Las constantes vitales que la paciente presenta son: TAS 126 mmHg; TAD 69 mmHg; FC 87 lpm; FR 16 rpm.

En cuanto a la exploración física: se encuentra en el programa de inmobilizados, presenta pulsos periféricos disminuidos y un cansancio excesivo relacionado con su problema para conciliar y mantener el sueño.

Recordar, que la paciente debido a su herida no puede andar y se encuentra confinada a la silla de ruedas; su estado de ánimo debido a su patología y en mayor medida a la de su hija y su mal pronóstico llevan a la paciente a presentar quejas y somatizaciones continuas por lo que podíamos decir que presenta déficit emocional.

No presenta déficit sensorial ni motor más que la imposibilidad de caminar debido a la úlcera vascular en talón que le impide apoyar de forma correcta. Incapacidad severa según test de Barthel

Es dependiente para todas las actividades de la vida diaria (puede comer sola, si le preparan de comer), y es por este motivo el que en su casa haya una chica ayudándola.

Con respecto al ocio y su vida social la paciente se encuentra apática, refiere no aburrirse en casa a pesar de no realizar actividades de ocio (cierto desinterés), pues “antes si salía a caminar con sus amigas por el pueblo”.

ACTIV.-EJERCICIO (Adulto) | Valoración general

TAS TAD F.C. F.R.

Def. motoras Sí No
 Def. sensorial Sí No
 Def. emocional Sí No

Dependiente Sí No
 Falta de recursos Sí No
 Falta conocim. Sí No

Barreras ambientales Sí No
 Parálisis, parestias Sí No
 Prob. salud limitantes Sí No

Sint. Respiratorios Sí No
 Tos ineficaz Sí No
 Disnea Sí No
 Cianosis Sí No
 Ortopnea Sí No
 Ruidos respiratorios

Sint. Físicos Sí No
 Cansancio excesivo Sí No
 Hipotonía muscular Sí No
 Inmovilizaciones Sí No
 Claudicación intermitente Sí No
 Pulsos periféricos

Barthel Barber Katz

ACTIVIDAD LABORAL: Nº horas/día trabajo

Estudiante Trabajador Incapacitado
 Ama de casa Desempleado Jubilado

EJERCICIO/OCIO Sí No

Paseo Sí No
 Deporte Sí No
 Act. de ocio Sí No

Aburrimiento Sí No
 Desinterés ocio Sí No

Incapaz ocio habitual Sí No
 Incap. actividad habitual Sí No

COMENTARIOS

RESULTADO

Imagen 8 Patrón Actividad – Ejercicio. Fuente: OMI-AP (2014).

TEST DE KATZ

Valora la independencia en las siguientes situaciones

LAVADO Dependiente si recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera.
 VESTIDO Dependiente si recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
 USO DEL RETRETE Dependiente si recibe ayuda para ir, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.
 MOVILIZACIÓN Dependiente si recibe ayuda para entrar en la cama y salir de ella o se sienta y se levanta de la silla con ayuda.
 CONTINENCIA Dependiente si presenta incontinencia urinaria, fecal o ambas.
 ALIMENTACIÓN Dependiente si recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.
 (No se puntúa si recibe ayuda para cortar el pan o la carne)

VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE KATZ

A Independiente en todas las funciones.
 B Independiente en todas las funciones menos una.
 C Independiente en todas las funciones excepto lavado y otra más.
 D Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido y otra más.
 E Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro y otra más.
 F Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro, la movilización y otra más.
 G Dependiente de las seis funciones.

Imagen 9 Test de Katz. Fuente: OMI-AP (2014).

TEST DE BARBER		
Marcar la casilla sólo si la respuesta es "Sí"		
<input type="checkbox"/>	¿Vive solo?	
<input type="checkbox"/>	¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?	
<input type="checkbox"/>	¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	
<input checked="" type="checkbox"/>	¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?	
<input checked="" type="checkbox"/>	¿Le impide su salud salir a la calle?	
<input checked="" type="checkbox"/>	¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	
<input type="checkbox"/>	¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	
<input type="checkbox"/>	¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	
<input checked="" type="checkbox"/>	¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	
Posible Situación de Riesgo		Total contestaciones afirmativas 4

Imagen 10 Test de Barber. Fuente: OMI-AP (2014).

TEST DE BARTHEL		
BAÑO	Dependiente	0
VESTIDO	Ayuda	5
ASEO PERSONAL	Dependiente	0
RETRETE	Ayuda	5
USO DE LA ESCALERA	Dependiente	0
TRASLADO SILLÓN/CAMA	Gran ayuda	5
DEAMBULACIÓN	Dependiente	0
MICCIÓN	Incontinencia ocasional	5
DEPOSICIÓN	Continente	10
ALIMENTACIÓN	Ayuda	5
Grado de incapacidad	Severa	Total puntos 35

Imagen 11 Test de Barthel. Fuente: OMI – AP (2014).

5.2.5. Patrón 5: Sueño - Descanso

(27/09/2019)

Durante la primera visita se evidenció en la paciente un cansancio excesivo y ojos rojos. Al preguntarle nos afirmó que dormía pocas horas en la noche, pues su horario últimamente era de 1am hasta 7 am, es decir 6 horas.

Añadir la existencia de problemas a la hora de conciliar el sueño por la constante preocupación por su hija. Durante la noche también se despierta por dolor en función de la posición que haya adoptado debido a la úlcera vascular.

El tratamiento del dolor es muy importante en la paciente y en sus reiteradas visitas se incide en el mismo. Se consulta con médico de familia para aumento de analgesia.

SUEÑO-DESCANSO (Adulto) Valoración general

Horas sueño/día: 6
Lugar: Casa
Horario sueño regular: Sí No
Siestas: Sí No
Minutos/día: 0
De: 1
Ronca: Sí No
Apnea de sueño: Sí No
A: 7

Problemas con el sueño: Sí No
Pr. conciliar el sueño: Sí No
Interrupciones sueño: Sí No
Ayudas para dormir: Sí No
Preocupaciones
Dolor
-

Se levanta cansado: Sí No
Confusión: Sí No
Somnolencia: Sí No
Cansancio: Sí No
Alt. Descanso/Relajación: Sí No
Horas descanso/día: 4
Medicamentos para descansar: Sí No
Influye en sus actividades: Sí No

Alteraciones en examen: Sí No
Signos de cansancio: Sí No
Ojos rojos
Alt. de la conducta: Sí No

COMENTARIOS: Duerme de 1Am hasta 7 Am
Ojos rojos, irritados

RESULTADO: Patrón alterado

Imagen 12 Patrón Sueño – Descanso. Fuente: OMI – AP (2014).

5.2.6. Patrón 6: Cognitivo – Perceptual

(27/09/2019)

Consciente y orientada en espacio y tiempo. Posee el graduado escolar y puede leer y escribir. Debido a su estado emocional y al motivo por el que acude a consulta no procede realizar las escalas Minimental y Pfeiffer, abordaremos en primer lugar la úlcera vascular y en segundo lugar parte de su problema social. El estado emocional de la paciente no permite a enfermería llegar a valorar estas escalas.

Su otra hija refiere que su madre no ha presentado episodios de pérdida de memoria ni síntomas depresivos, más allá de los que presenta ahora mismos debido a la situación sociofamiliar que están viviendo con la muerte próxima de una de sus hijas.

No presenta alteraciones perceptivas sin embargo, si posee dolor de tipo crónico localizado en miembros inferiores (MMII) de intensidad moderada que es controlado de manera adecuada. Este dolor es incapacitante pues no le permite la bipedestación ni andar.

COGNITIVO-PERCEP. (Ad.) | Valoración general

Nivel consciencia: Orientado: Sí No Minimental:

Nivel instrucción: Puede leer: Sí No Puede escribir: Sí No

Alt. Cognitivas: Sí No Pfeiffer:

Pr. exp. ideas: Sí No Pr. lenguaje: Sí No Pr. comprensión: Sí No
 Pr. memoria: Sí No Pr. concentrar: Sí No Fobias, miedos: Sí No
 Dif. decisiones: Sí No Sint. depresivos: Sí No Dif. aprender: Sí No

Alt. Perceptivas: Sí No

Pr. visión: Sí No Pr. olfato: Sí No
 Pr. audición: Sí No Pr. gusto: Sí No
 Tapón cera: Sí No Vértigo: Sí No Pr. sensi./táctil: Sí No

Dolor: Sí No

Tipo: Intens.:
 Locali.: Control: Alt. activ.: Sí No

Alt. Conducta: Sí No

Intranquilidad: Sí No Irritabilidad: Sí No Agitación: Sí No

COMENTARIOS:

RESULTADO:

Imagen 13 Patrón Cognitivo – Perceptivo. Fuente: OMI – AP (2014).

5.2.7. Patrón 7: Auto percepción – Autoconcepto

(27/09/2019)

Paciente que no presenta problemas relacionados con su imagen, ni autoestima. Sufre de angustia a nivel psicológico secundaria a la patología que padece su hija.

Presenta, debido a su situación socio familiar: insomnio, ansiedad y depresión. Se encuentra apática en alguna de las visitas a consulta. Los problemas familiares definitivamente son un agravante para ella que influyen tanto en el sueño como en la nutrición, así como también en su lenta recuperación.

The screenshot shows a software interface for 'AUTOPERCEPCION (Ad.)' with a 'Valoración general' section. It contains several sections with radio button options for 'Sí' and 'No':

- Prob. autoestima:** Verbalizaciones autonegativas (No), Expresiones de desesperanza (No), Expresiones de inutilidad (No).
- Pr. con su imagen corporal:** Le preocupan los cambios (No), Miedo al rechazo de otros (No), Sent. negativo de su cuerpo (No).
- Pr. Conductuales:** Conducta indecisa (No), Confusión (No), Det. de la atención (No), Irritabilidad (No), Agitación (No), Angustia (No).
- Otros Problemas:** Fracasos, rechazos (No), Amb. familiar desfavorable (No), Carencias afectivas (No), Insomnio (No), Dif. concentración (No), Ansiedad, depresión (No).
- Cambios Recientes:** Tipo: Familiares, Son un problema (No), Influyen en: Sueño.
- Datos del Examen:** Imagen corporal: Cuidado, Postura corporal: Inseguridad, Patrón de voz: Tranquilo, Rasgos personales: Débil, Contacto visual (No), Aserivo(5)/Pasivo(1): 2, Nervioso(5)/Relax(1): 3, Cambios frecuentes estado ánimo (No).
- COMENTARIOS:** Familiares no le permiten dormir.
- RESULTADO:** Patrón alterado (Comentarios_7-2) (Patrón alterado - 26/09/2019)

Imagen 14 Patrón Auto percepción – Autoconcepto. Fuente: OMI – AP (2014).

5.2.8. Patrón 8: Rol - Relaciones

(27/09/2019)

Convive en la unidad familiar con su hija y la mujer que la ayuda en las ABVD. Su red de apoyo familiar es adecuada, así como su situación económica. La paciente manifiesta sentirse sola puesto su hija está ingresada en el hospital Virgen de la Arrixaca, le gustaría poder verla todos los días y estar a su lado.

La paciente está sufriendo por adelantado el duelo de su hija pues es conocedora de las pocas posibilidades que posee, considera tener parte de culpa y las manifestaciones de tristeza y ansiedad son continuas.

The screenshot shows a clinical assessment form with the following fields and values:

- Convive en:** Unid. familiar
- Rol familiar:** Madre
- Nº personas grupo fam.:** 2
- Convive con:** hija
- Cambios domicilio [nt]:** Sí No
- Cuida de alguien:** Sí No
- Depende de alguien:** Sí No
- Red apoyo familiar:** Adecuada
- Situación económica:** Adecuada
- Situación vivienda:** Adecuada
- Situación sociofamiliar:** Inadecuada
- Pr. relación social:** Sí No
- Pr. relación familiar:** Sí No
- Pr. relación laboral:** Sí No
- ¿Se siente solo?:** Sí No
- Comparte problemas:** Sí No
- Pérdida seres queridos:** Sí No
- Conductas inefectivas:** Sí No
- Expresión de culpa:** Sí No
- Tristeza prolongada:** Sí No
- Duelo anticipado:** Sí No
- Negación pérdida:** Sí No
- Pertenece a grupos/asociaciones:** Sí No
- COMENTARIOS:** (Empty text area)
- RESULTADO:** Patrón alterado

Imagen 15 Patrón Rol – Relaciones. Fuente: OMI – AP (2014).

5.2.9. Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

No se valora este patrón puesto que durante las visitas no existe el momento adecuado para preguntarle pues la gran mayoría de las veces está llorando y ansiosa acerca de la situación presente en casa con su hija mayor.

5.2.10. Patrón 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés

(27/09/2019)

Paciente con problemas familiares severos que suponen una influencia significativa, las emociones que presenta están totalmente justificadas, puede deber ser muy difícil estar perdiendo a un hijo y no poder hacer nada.

Todo el estrés, ansiedad y estado de ánimo que presenta es causado por lo mismo, la enfermedad de su hija.

ADAPTACIÓN ESTRÉS (Adu.) Valoración general

Cambios/Prob. importantes Sí No

Influencia (significativa) Sí No

Prob. en la adaptación Sí No

Emociones inapropiadas Sí No

Soluciones inadecuadas Sí No

Incapaz afrontar situación Sí No

Deficiente apoyo familiar Sí No

Rechazo Sí No

Intolerancia Sí No

Psicosomatización Sí No

¿En qué influye?

Rechazo/retraso at. sanitaria Sí No

Negación problemas evidentes Sí No

Minimiza los síntomas Sí No

Preocupación excesiva/prolongada Sí No

Comunicación limitada Sí No

Ayuda poco satisfactoria Sí No

Estrés: Sensación actual Sí No

Desencadenantes conocidos Sí No

¿Está normalmente tenso? Sí No

Estrés: situaciones anteriores Sí No

Familiares

Prob. en la resolución Sí No

Estrategias adaptación estrés Sí No

Sistemas de apoyo Sí No

Ayudas para relajación Sí No

Técnicas de relajación Sí No

Medicamentos/drogas Sí No

Tolerancia al estrés Sí No

COMENTARIOS

?

RESULTADO

Imagen 16 Patrón Afrontamiento - Tolerancia al estrés. Fuente: OMI – AP (2014).

5.2.11. Patrón 11: Valores y creencias

(27/09/2019)

Manifiesta en las sucesivas visitas sus creencias en el ámbito religioso, pues pide a Dios todos los días por la mejoría de su hija. Nos comenta que no va a misa desde hace tiempo ya que no puede andar.

Reiteradas veces afirma que la que debería morir es ella y no su hija. No presenta preocupaciones en lo referente a su muerte, sino que está sufriendo por la posible muerte de su hija.

No considero que esté alterado el patrón puesto que creo es la sensación más normal, ningún padre esta preparado para ver morir a su hija. Además, la edad de la paciente y la concepción de la muerte que tiene es distinta a la de los jóvenes.

VALORES CREENCIAS (Adul.)		Valoración general	
PLANES DE FUTURO importantes	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Suele conseguir lo que quiere	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Qué le importa en la vida?	Familia	Ve bien su futuro	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
¿Contento con su vida?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Ideas/creencias importantes	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Conflictos/preocupaciones importantes	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Fallecimiento de su hija	
Terapias para su salud	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Conflicto con creencias	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Pertenece a grupos/asociaciones	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	¿De qué tipo?	
Conflicto/oposición Familiar	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Es importante para él	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Practica alguna religión	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas para sus prácticas	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Es importante en su vida	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Conflicto/oposición familiar	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Le ayuda en sus problemas	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		
VALORACIÓN FAMILIAR			
Valores/costumbres culturales	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Ayuda en los problemas	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Creencias religiosas	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Antes iba a misa	
OTROS ASPECTOS			
Conflicto/preocupación vida-muerte	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Actitud	
Conflicto/preocup. sufrimiento-dolor	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Actitud	Ansiedad
Conflicto/preocupación enfermedad	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Actitud	Desánimo
COMENTARIOS			
?			
RESULTADO: Patrón eficaz			

Imagen 17 Patrón Valores – Creencias. Fuente: OMI – AP (2014).

5.3 Diagnóstico

Una vez conocida a la paciente y sus patologías de base, establecemos los posibles diagnósticos quedando estos ordenados por patrones. (Herdman et al., 2019) De los siguientes diagnósticos se elegirá el principal quedando esta decisión justificada mediante evidencia científica.

Patrón Percepción - Manejo de la Salud. Alterado

(00004) Riesgo de infección r/c alteración de la integridad tisular.

Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer su salud.

Dominio 11: Seguridad/protección; Clase 1: Infección.

Patrón nutricional metabólico. Alterado

Este patrón se considera alterado puesto que la paciente presenta un peso inferior al adecuado para su estatura, además de la desnutrición existe un deterioro de la integridad tisular (úlceras) de etiología isquémica

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la circulación m/p destrucción tisular.

Definición: Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

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

(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos.

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

Dominio 2: nutrición; Clase 1: Ingestión.

Patrón Actividad - Ejercicio. Alto riesgo de alteración.

Para la paciente es imposible la bipedestación sin ayuda, la movilidad que presenta es muy limitada pues los movimientos que realiza son en silla de ruedas. Presenta afectación arterial evidenciada mediante Eco-doppler en la que se arrojan pulsos tibiales y pedios débiles, quedando todo ello constatado por cardiovasculares tras derivación.

(00238) Deterioro de la bipedestación r/c lesión de las extremidades inferiores m/p deterioro de la habilidad para posicionar el torso en una posición de equilibrio.

Definición: Limitación de la habilidad para conseguir y o mantener de manera independiente y voluntaria una posición erguida del cuerpo de los pies a la cabeza.

Dominio 4: Actividad /reposo; Clase 2: Actividad/ ejercicio.

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c diabetes mellitus m/p disminución de pulsos periféricos, retraso en la curación de las heridas periféricas.

Definición: Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.

Dominio 4: Actividad/reposo; Clase 4: Respuestas cardiovasculares /pulmonares.

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c alteración de la integridad de la estructura ósea m/p inestabilidad postural, discomfort.

Definición: Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Dominio 4: Actividad reposo; Clase 2: Actividad/ejercicio.

Patrón Sueño - Reposo. Alterado.

La paciente no duerme lo suficiente. Entre las causas a destacar: problemas familiares, ansiedad por la situación de mal pronóstico de su hija, dolor por la úlcera. Es por esta falta de sueño que la paciente también se encuentra con un comportamiento apático y anhedónico.

(00095) Insomnio r/c factores estresantes, ansiedad m/p despertar temprano, insatisfacción con el sueño.

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

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

Patrón Cognitivo – perceptivo. Alto riesgo de alteración.

(00137) Aflicción crónica r/c muerte de persona significativa inminente m/p tristeza periódica y sentimientos negativos abrumantes.

Definición: Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un padre o madre, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

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

(00133) Dolor crónico r/c afección isquémica m/p expresión facial de dolor (muecas, quejas, somatizaciones), cambios en el patrón del sueño.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses.

Dominio 12: Confort; Clase 1: Confort físico.

Patrón Autopercepción – Autoconcepto. Alterado

La paciente presenta ansiedad, manifestaciones de quejas de su estado a causa de lo mal que lo pasa por verse en silla de ruedas sin poder andar. Otro de los problemas presentes es la incredulidad con respecto a las curas, pues nunca ve mejoría en su patología.

Otro de los factores que son contraproducentes a su mejoría es el insomnio que padece, que lleva a la paciente a no dormir por la noche y durante el día se mantiene en un estado emocional plano. El insomnio va acompañado del miedo a quedarse sola en casa, puesto que su hija pasa mucho tiempo ingresada en el hospital y ella se queda sola en casa.

(00146) Ansiedad r/c factores estresantes m/p cambios en el patrón de sueño, preocupación, cavilación, sufrimiento.

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.

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

(00124) Desesperanza r/c estrés crónico m/p disminución del apetito, pasividad.

Definición: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

Dominio 6: Autopercepción; Clase 1: Autoconcepto.

(00054) Riesgo de soledad r/c deprivación emocional.

Definición: Vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud.

Dominio 12: Confort; Clase 3: Confort social.

Patrón Rol-relaciones. Alterado

Por todo lo comentado anteriormente, de los dos hijos restantes (sanos) no acuden a su casa a visitar asiduamente, esto genera en ella un estado que no es capaz de describir, pues entiende que sus hijos tienen su vida y familia, pero también manifiesta la necesidad de que la cuiden y vayan a verla.

Debido a la posible muerte de su hija por su cáncer en estadio muy avanzado, la paciente posee elevado riesgo de duelo complicado, repite constantemente en consulta que: "esa enfermedad me tenía que haber pasado a mi, que soy mayor".

(00060) Interrupción de los procesos familiares r/c cambio en el estado de salud de un miembro de la familia m/p disminución del apoyo mutuo, alteración en la satisfacción familiar.

Definición: Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar.

Dominio 7: Rol/relaciones; Clase 2: Relaciones familiares.

(00172) Riesgo de duelo complicado r/c muerte de una persona significativa

Definición: Vulnerable a un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, 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.

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

Patrón: Afrontamiento – Tolerancia al estrés. Alterado

En la actualidad, la hija que convive con la paciente está ingresada de modo que la paciente se siente sola y afirma no tener confianza con la mujer que la cuida. Es por esto que en el caso de que su hija fallezca la paciente sufrirá un déficit de apoyo familiar pues de todos sus hijos, ella es con la que mas confianza y contacto tiene.

(00074) Afrontamiento familiar comprometido r/c apoyo insuficiente del paciente a la persona de referencia m/p limitación de la comunicación entre la persona de referencia y el paciente, la persona de referencia abandona al paciente.

Definición: Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido

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

5.4 Red de Razonamiento DxEnfermero Principal

Señalar, que tan solo se exponen en la red de razonamiento los diagnósticos más importantes para el caso clínico, pues la paciente presenta ciertos diagnósticos más.

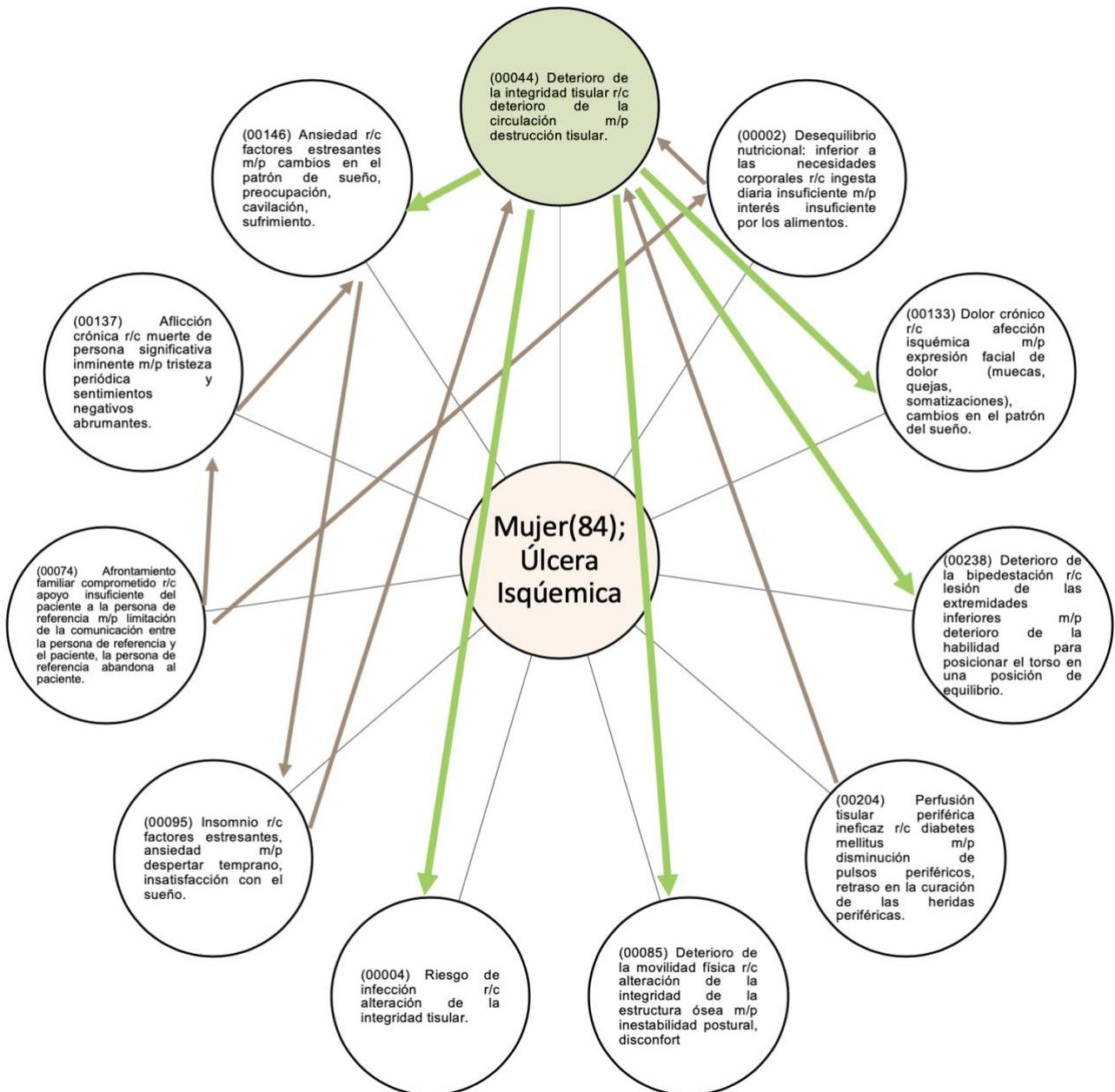


Figura 4 Red de razonamiento para la obtención del Diagnóstico Enfermero Principal. Fuente: elaboración propia basada en Pesut y Herman, (1999).

5.4.1. Diagnóstico Principal

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la circulación m/p destrucción tisular.

Definición: Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento. **Dominio 11; Clase 2.**

Se selecciona este diagnóstico como principal puesto que es el motivo de consulta de la paciente tres veces a la semana. Se considera el resto de los diagnósticos igualmente de importantes y con presencia de interrelación entre ellos.

Pues la mujer presenta desnutrición secundaria a la ansiedad e insomnio que en ella provoca el mal estado en el que se encuentra su hija. Siendo este mal estado nutricional perjudicial o no beneficioso para la curación de la úlcera isquémica.

Se añadirán NICs y sus actividades correspondientes, además de los estrictamente necesarios, para el correcto abordaje desde una visión holística de los distintos problemas que presenta la paciente.

Además de los diagnósticos relacionados con el deterioro de la integridad tisular, se tratará la parte psicológica y socio familiar pues para la paciente supone un grave problema, llegando a influir negativamente en el patrón nutricional metabólico, patrón de sueño, etc.

5.4.2 Justificación del diagnóstico principal

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la circulación m/p destrucción tisular.

(00133) Dolor crónico r/c afección isquémica m/p expresión facial de dolor (muecas, quejas, somatizaciones), cambios en el patrón del sueño.

El motivo del dolor en úlceras arteriales puede ser por diversos motivos, entre los que se encuentra la respuesta inflamatoria, isquemia infección y maceración entre otras.

El dolor también puede ser causado por el tratamiento entre lo que cabe señalar: desbridamiento, cambio de vendaje, entre otros (Vidal Jorgelina y Cippitelli, 2015).

Cabe señalar también que los síntomas en úlceras arteriales son: claudicación intermitente o dolor de reposo. En este último caso queda presente en la parte distal de los pies aumentando en intensidad en decúbito dorsal, especialmente por la noche (Mariné et al., 2018).

(00238) Deterioro de la bipedestación r/c lesión de las extremidades inferiores m/p deterioro de la habilidad para posicionar el torso en una posición de equilibrio.

La presencia de úlceras isquémicas no permite a los paciente que las presenten la bipedestación, pues el dolor que sufren al realizar apoyo sobre superficie rígidas es aún mayor.

Por otro lado en el caso de las úlceras vasculares queda contraindicado la bipedestación pues no favorece el retorno venoso (Marinello y Roura, 2018).

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c alteración de la integridad de la estructura ósea m/p inestabilidad postural, discomfort

Es conocido que los ligamentos articulares cubren la función de aportar estabilidad a los extremos articulares, los extremos de los tendones quedan insertos en los huesos.

Existen determinados factores que influyen negativamente en las propiedades intrínsecas de los tendones, entre la que destacan: a mayor edad mayor rigidez.

Además las adherencias sinoviales propias de la edad, o la proliferación de tejido fibroadiposo provoca mayor rigidez articular, disminuyendo la resistencia de los tejidos así como de sus inserciones (Chana, 2009).

A la paciente además se le seccionó el tendón de Aquiles durante sus visitas a la unidad así como parte del calcáneo, dejando la estructura ósea y tendinosa de la zona debilitada.

(00004) Riesgo de infección r/c alteración de la integridad tisular.

Al existir un deterioro de la integridad tisular con exposición de tejido tendinoso y oseo, la probabilidad de padecer una infección aumenta. Esta probabilidad queda modificada en función de las dimensiones de la úlcera, características y tiempo de evolución.

En el momento en el cual los capilares dañados incrementan su permeabilidad, se produce la extravasación de proteínas plasmáticas en cantidad que no son absorbidas por el sistema linfático, viéndose incrementado el riesgo de infección (Barbeito et al., 2012).

(00146) Ansiedad r/c factores estresantes m/p cambios en el patrón de sueño, preocupación, cavilación, sufrimiento.

Para que se produzca ansiedad en el paciente deben existir estresores psicosociales actuen bien como factores precipitantes, agravantes o causales.

Por otro lado, específicamente el caso de nuestra paciente los problemas de afrontamiento familiar ineficaz, amenaza de pérdida de su hija por posible muerte inminente y necesidades sociales pueden ser causa de la ansiedad (Reyes-Ticas, 2014)

5.5 Planificación

Una vez obtenido el diagnóstico enfermero principal, tras la valoración inicial, y evidenciado científicamente las relaciones presentes entre los diagnósticos, se procede a realizar el plan de seguimiento. Para ello se establece un determinado NOC (Moorhead, 2014) y una serie de NIC (Bulechek et al., 2014) que guardan relación con el caso.

Para la planificación, en este caso clínico, selecciono como NOC principal: (1103) Curación de heridas por segunda intención. Con los indicadores:

- (110301) Granulación.
- (110303) Resolución de la secreción purulenta.
- (110312) Resolución de la necrosis.
- (110317) Resolución del olor de la herida.

Posteriormente, en el seguimiento 1 y como consecuencia de la evolución de la úlcera se añade un indicador más: (110302) Epitelización.

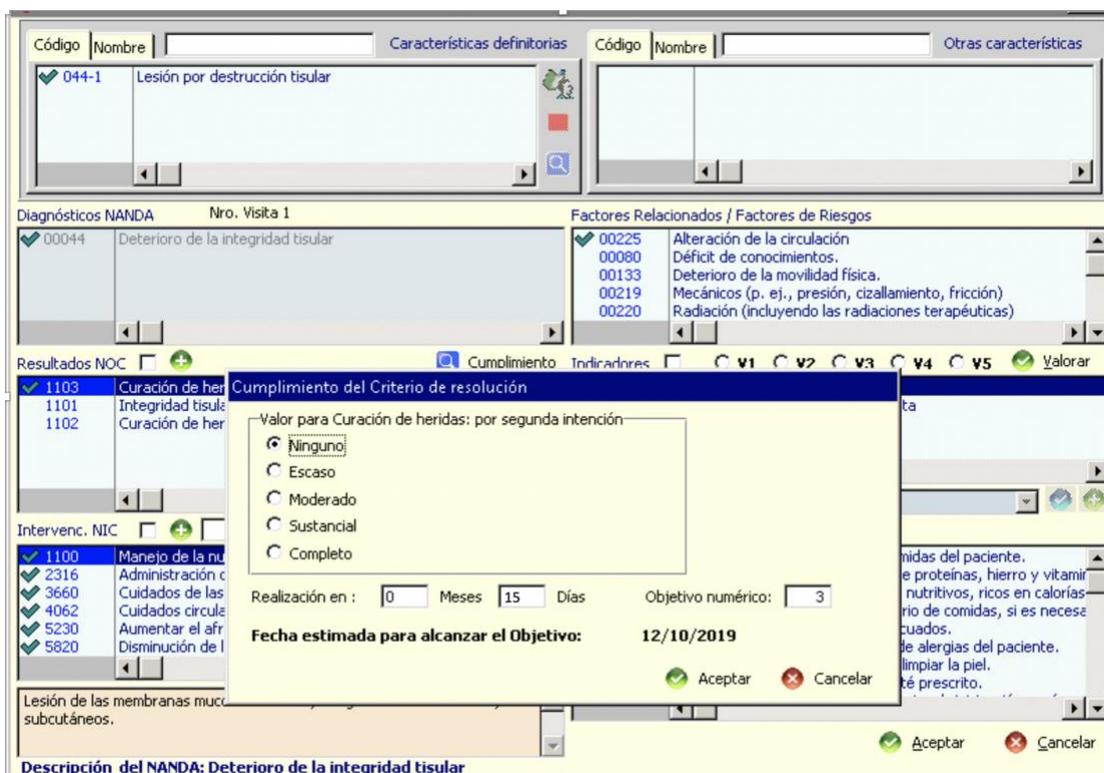


Imagen 18 Cumplimiento del NOC: Curación por 2ª intención. Fuente: OMI – AP (2014).

Código	Nombre	Características definitorias	Código	Nombre	Otras características
044-1	Lesión por destrucción tisular				

Diagnósticos NANDA	Nro. Visita 1	Factores Relacionados / Factores de Riesgos
00044	Deterioro de la integridad tisular	00225 Alteración de la circulación 00080 Déficit de conocimientos. 00133 Deterioro de la movilidad física. 00219 Mecánicos (p. ej., presión, cizallamiento, fricción) 00220 Radiación (incluyendo las radiaciones terapéuticas)

Resultados NOC	Cumplimiento	Indicadores	Valorar
1103 Curación de heridas: por segunda intención 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1102 Curación de heridas: por primera intención		110301 Granulación 110303 Resolución de la secreción purulenta 110312 Resolución de la infección de la herida 110317 Resolución de la inflamación de la herida 110302 Resolución de la infección de la herida	V1 V2 V3 V4 V5

Intervenc. NIC	Mejoría	Actividades
1100 Manejo de la nutrición 2316 Administración de medicación: tópica 3660 Cuidados de las heridas 4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial 5230 Aumentar el afrontamiento 5820 Disminución de la ansiedad		110002 Determinar las preferencias de comidas del paciente. 110006 Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitaminas. 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías. 110015 Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario. 110017 Pesar al paciente a intervalos adecuados. 231602 Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente. 231605 Retirar los restos de medicación y limpiar la piel. 231607 Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.

CIAP: LACERACION, HERIDA

- Valoración actual: Ninguno

Descripción del indicador: Granulación

Aceptar Cancelar

Imagen 19 Diagnóstico, NOC, NICs y CIAP. Fuente: OMI – AP (2014).

Valoración general	Ver valoraciones	Añadir	Diagnósticos NANDA	Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> NUTRICIONAL / METABOLICO (27/09/2019) ELIMINACION (27/09/2019) ACTIVIDAD / EJERCICIO (27/09/2019) SUEÑO Y DESCANSO (27/09/2019) COGNITIVO / PERCEPTIVO (27/09/2019) AUTOPERCEPCION / AUTOCONCEPTO (27/09/2019) ROL / RELACIONES (27/09/2019) SEXUALIDAD / REPRODUCCION (13/02/2019) ADAPTACION / TOLERANCIA AL ESTRES (27/09/2019) VALORES / CREENCIAS (27/09/2019) 			<ul style="list-style-type: none"> Episodios HOJA DE EVOLUCION 6/08/2003 ACTIVIDADES PREVENTIVAS 6/08/2003 DISLIPEMIA 26/09/2019 RETINOPATIA DIABETICA ME- 26/09/2019 DIABETES MELLITUS TIPO II (N) 26/09/2019 HEMATOMA SUBCUTANEO/LO 26/09/2019 ANEMIA FERROPENICA 26/09/2019 ENFERMEDAD PERIFERICA VA 26/09/2019 ULCERA, ULCERACION PIEL (C) 27/09/2019 LACERACION, HERIDA 27/09/2019 	<ul style="list-style-type: none"> Desequilibrio nutricional: por defecto Desequilibrio nutricional: por exceso Deterioro de la deglución Deterioro de la dentición Deterioro de la integridad cutánea Deterioro de la integridad tisular Deterioro de la mucosa oral Déficit de volumen de líquidos Exceso de volumen de líquidos Hipertermia Urticaria

Planes de cuidados	Ver más recientes primero	Resultados NOC	Ver escala	Nro. Visita 1
(S18) - LACERACION, HERIDA <ul style="list-style-type: none"> (00044) - Deterioro de la integridad tisular (00225) - Alteración de la circulación 				

Indicadores	Intervenciones NIC	Actividades

Ver todos Ver Seguidos Seguimiento Cerrar Plan Informe Gral. Informe detallado Cerrar

Imagen 20 Interfaz Asistente de Diagnóstico. Fuente: OMI – AP (2014).

Diagnóstico de enfermería 00044 Deterioro de la integridad tisular
 Fecha de inicio 27/09/2019 Fecha de cierre

DIAGNOSTICO		27/09/2019	
C.D.	044-1	Lesión por destrucción tisular	
F.R.	00225	Alteración de la circulación	
NOC:	1103	Curación de heridas: por segunda intención	
	Valoración: 1	Ninguno	
		Indicador: 110301	Granulación Valoración: 1
		Indicador: 110303	Resolución de la secreción purulenta Valoración: 1
		Indicador: 110312	Resolución de la necrosis Valoración: 1
		Indicador: 110317	Resolución del olor de la herida Valoración: 1
NIC:	1100	Manejo de la nutrición	
		Actividad: 110002 Determinar las preferencias de comidas del paciente.	
		Actividad: 110006 Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.	
		Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.	
		Actividad: 110015 Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.	
		Actividad: 110017 Pesar al paciente a intervalos adecuados.	
	2316	Administración de medicación: tópica	
		Actividad: 231602 Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.	
		Actividad: 231605 Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.	
		Actividad: 231607 Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.	
		Actividad: 231612 Enseñar y controlar la técnica de autoadministración según sea conveniente.	
	3660	Cuidados de las heridas	
		Actividad: 366003 Anotar las características de la herida.	
		Actividad: 366006 Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.	
		Actividad: 366024 Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.	
	4062	Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	
		Actividad: 406202 Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.	
		Actividad: 406209 "Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., suapel debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama);	
		Actividad: 406214 Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.	
		Actividad: 406216 Curar las heridas, según sea conveniente.	
	5820	Disminución de la ansiedad	
		Actividad: 582012 Escuchar con atención.	
		Actividad: 582014 Crear un ambiente que facilite la confianza.	
		Actividad: 582017 Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.	
	5900	Distracción	
		Actividad: 590003 Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cue	
		Actividad: 590010 Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles, si resulta oportuno.	
	6540	Control de infecciones	
		Actividad: 654009 Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.	
		Actividad: 654013 Poner en práctica precauciones universales.	
		Actividad: 654016 Usar guantes estériles, si procede.	
		Actividad: 654031 Administrar terapia de antibióticos, si procede.	

Imagen 21 Informe detallado: Valoración 1. Fuente: OMI – AP (2014).

Dada la cantidad de actividades a realizar con la paciente, se decide a nivel académico separarlo en dos apartados para su mejor exposición: Curación de la herida y abordaje de problemas psicosociales.

Señalar, que con la paciente todas estas actividades se realizaban de manera simultánea durante las sucesivas visitas a la unidad, pues se considera igualmente importante la úlcera isquémica como sus problemas familiares por la inminente muerte de la hija de la paciente.

Curación de la herida.

Todo el proceso desde su valoración inicial hasta su evolución favorable, pasando por todas las etapas de cicatrización queda expuestos en Anexo 1, en este se encuentra detallado todo el procedimiento seguido con la paciente, aplicación de terapia de presión negativa, control del exudado, justificado todo ello con evidencia científica.

(3660) Cuidado de las heridas.

Tras esta valoración inicial (y de aquí en adelante, durante todas las visitas) se retiraron los apósitos que cubren la úlcera, se valora la cantidad de exudado, así como sus características, se mide también el lecho de la herida para valorar su posible cierre.

Posteriormente se limpia con esponja de jabón y se aclara con suero fisiológico y su posterior y escrupuloso secado, pues debemos evitar dejar humedad en los pliegues cutáneos presentes en dedos y pie.

Una vez el lecho limpio, aplicamos el acrónimo DOMINATE para el abordaje de la úlcera (Consejería de Sanidad Canarias y Dirección General de Programas Asistenciales, 2017).

Alrededor de la úlcera previamente a realizar el vendaje, se aplican apósitos de malla hidrocoloide (tul) para reducir la adherencia y evitar lesionar la piel perilesional.

(1100) Manejo de la nutrición

Es sabido que el estado nutricional del paciente influye significativamente en la recuperación de la integridad tisular, pues una dieta rica en proteínas y carbohidratos facilitaría o agilizaría el proceso de curación (Sánchez-Muniz, 2018).

Para un correcto abordaje de esta intervención, se realizan diversas actividades como: Tallar y pesar a la paciente repetidamente los días que viene a la consulta, se le pregunta por su hábito nutricional y sus preferencias a la hora de comer.

Se le da consejo nutricional adaptado a su patología y respetando sus preferencias y limitaciones pues ella no puede hacerse de comer y depende de la comida que le haga la mujer que la cuida en casa.

Se conoce que las proteínas son en parte necesarias para la cicatrización pues se favorece la formación de fibroblastos, los cuales sintetizan colágeno. Favoreciendo la ingesta rica en proteínas se maximiza la cantidad de proteínas musculares y se vería también mejorada su utilización biológica (Kreindl et al., 2019).

(4062) Cuidados circulatorios: Insuficiencia arterial

La insuficiencia arterial queda considerada como uno de los mayores problemas presentes en los miembros inferiores. Se hace necesaria la buena diferenciación diagnóstica y es por esto por lo que cuando la paciente llegó a la unidad, se derivó para valoración por parte de cardiovasculares puesto que, si existía arteriopatía, la curación de la herida se vería ralentizada.

El diagnóstico arrojado por los cardiovasculares, ya mencionado anteriormente, tras la angiografía en miembros inferiores es: arteriosclerosis difusa con estenosis significativa a nivel de vasos infrapoplíteos.

En nuestra consulta se realiza la medición del ITB (índice tobillo brazo) que nos ayudó en un primer lugar a determinar que era una úlcera arterial. El resultado del ITB fue 0,8 lo que nos indicó una posible arteriopatía periférica (Crawford et al., 2016).

Se realizó en la unidad Eco doppler en ambos miembros evidenciando pulsos periféricos débiles y disminuidos.

(6549) Control de infecciones

Para el tratamiento de la infección de la úlcera se realiza frotis de la misma, una vez esta está limpia y libre de pomadas o apósitos. El frotis se debe hacer de la zona más limpia de la herida (Lázaro et al., 2011)

Evitar realizar el frotis en tejido necrótico o esfacelado.

Sospechamos en la úlcera de la paciente colonización por pseudomonas debido al color y olor del exudado que presentaba.

Se continúa con codexómero iodado haciendo uso de su acepción como antimicrobiano y se pauta antibiótico intravenoso.

Tras unos días se evidencia en el antibiograma colonización por pseudomonas, se continua con el antibiótico de amplio espectro pautado (Muñoz, 2011).

(2316) Administración de medicación tópica.

Durante gran parte de las visitas se le ha aplicado al lecho de la herida antibióticos tópicos o antimicrobianos en forma de apósito.

Se consulta historial médico en busca de alergias medicamentosas, siendo inexistentes.

Se ha usado como medicación tópica:

- Iodosorb.
- Collatamp: colágeno más gentamicina.
- Gentamicina tópica como antibiótico de amplio espectro cuando se sospecha de infección por pseudomonas. Al evidenciarse en el antibiograma se pauta antibiótico vía iv.

Se explica a la paciente la necesidad de aplicación de estos, incluso se hace hincapié en la realización de curas estériles, lavados de manos y máxima higiene por parte de la paciente

Abordaje de problemas psicosociales.

Para el correcto abordaje de todos los problema psicológicos y sociales que la paciente está experimentando últimamente con la muerte de su hija, se han seleccionado varias intervenciones junto con sus actividades.

Además de las mismas se le ofreció a la paciente y a su otra hija hablar con una psicóloga en caso de que lo consideraran necesarios, pues es muy difícil aceptar la muerte de una hija.

Durante todas las visitas de la paciente a la unidad del pie diabético en el transcurso de las curas que fueron realizadas también se trabajó la ansiedad que su propia patología y la de su hija, causaba en ella. (5820) Disminución de la ansiedad.

La paciente llegaba angustiada, nos contaba los pocos avances que había hecho su hija y sus preocupaciones. Todo ello gracias al clima de confianza que se creó, pues siempre la escuchamos con atención y como ya se ha mencionado anteriormente se preguntaron sus preferencias, aficiones y se alentó a la paciente: a salir de casa aún con la silla de ruedas (cosa que no le terminaba de convencer), a quedar con las vecinas del pueblo, volver a ir a misa como hacía antes (Rodríguez-Álvaro et al., 2018).

De este modo se conseguía que la paciente afrontara sus problemas desde otra perspectiva, pues ya no estaba todo el día en el salón de casa, sino que salía de casa para volver a sus hábitos que hacía meses no realizaba.

Al mismo tiempo, se trabajó (5900) Distracción. Para alcanzar esta intervención la paciente fue ofertada una serie de actividades de ocio acordes a su edad. Se enfatizó la importancia de las relaciones sociales y familiares, pues la paciente continúa teniendo dos hijos a los que puede ver semanalmente.

Se trata de convertir a la paciente sedentaria en activa, aportándole todos los beneficios de tener un envejecimiento activo (Posada et al., 2018).

5.6. Evaluación (Seguimiento 1)

5.6.1. Cambios significativos en los patrones.

Patrón Percepción - Manejo de la Salud. **Alterado**

Los cambios existentes en este patrón son: una bajada de peso de 500 gramos con respecto al anterior. TAS: 130, TAD: 75; FC: 80; FR:18.

La paciente continúa con su problema de desnutrición, en estos 15 días tras la valoración inicial ha perdido peso, ella misma afirma que no tiene ganas de comer debido a que su hija que presentaba metástasis en estadios muy avanzados ha fallecido.

Percep. de salud (Ad.)		Valoración general	
Peso	40,50 (41 - 27/09/2019)	Talla	150,0 (150 - 27/09/2019)
IMC	18,00 (18.222 - 27/09/2019)	Temp	36,2 (4 - 27/09/2019)
TAS	130 (126 - 27/09/2019)	TAD	75 (69 - 27/09/2019)
F.C.	80 (87 - 27/09/2019)	F.R.	18 (16 - 27/09/2019)
Hig. personal	Buena (Buena - 27/09/2019)	Hig. vest./arreglo	Adecuado (Adecuado - 27/09/2019)
Vacunas	Completa (Completa - 27/09/2019)	Hig. boca	Adecuada (Adecuada - 27/09/2019)
Hig./seg. vivienda	Buena (Adecuada - 27/09/2019)	Percep. salud	Normal (Buena - 27/09/2019)
Conductas saludables: Interés <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)		Conocimiento <input checked="" type="radio"/> Adecuada <input type="radio"/> (Adecuada - 27/09/2019)	
Prob./salud <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)		Hábitos tóxicos <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	
Tipo problema	Desnutrición (Desnutrición - 27/09/2019)	Tabaco	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 16/11/2018) Cig/día 0 (20 - 22/06/2018)
Nivel cuidados	Inadecuada (Inadecuada - 27/09/2019)	Alcohol	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Gr/sem 0
Conocimientos	Adecuada (Adecuada - 27/09/2019)	Drogas	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Actitud	Indiferencia (Desánimo - 27/09/2019)	Café exc.	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Tto. фарма.[nt]	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Adhesión tto	Adecuada (Adecuada - 27/09/2019)
Ind. terap.	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Adhesión ind.	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 26/09/2019)
Actitud terapia	Dificultad (Dificultad - 26/09/2019)	Automedicación	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)
Riesgo laboral	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Alergias	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)
Accidentes	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Ejercicio	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)
Ingr. hospital	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Ocio	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)
Nº Ingresos	2 (2 - 27/09/2019)	Alimentación	Inadecuada (Inadecuada - 26/09/2019)
COMENTARIOS:	(Ingreso en MI por pe - 27/09/2019)	Causa	DE CONSCIENCIA (Perdida de consciencia - 27/09/2019)
RESULTADO		Patrón alterado (Patrón alterado - 27/09/2019)	

Imagen 22 Patrón Percepción - Manejo de la Salud. Seguimiento 1. Fuente: OMI – AP (2014)

Patrón Sueño - Reposo. **Alterado.**

La paciente refiere dormir menos horas que antes, el causante de su insomnio es la muerte de su hija, pues no le permite dormir, ni comer. Se encuentra incluso un poco irascible a las preguntas, pues está muy débil.

Los signos de cansancio son cada vez mas evidentes: ojos rojos, irritados, ojeras, la irritabilidad que comentaba anteriormente.

SUEÑO-DESCANSO (Adulto)		Valoración general	
Horas sueño/día	<input type="text" value="4"/> (6 - 27/09/2019)	Lugar	<input type="text" value="Casa"/> (Casa - 27/09/2019)
Horario sueño regular	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Minutos/día	<input type="text" value="0"/>
Siestas	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Der:	<input type="text" value="0"/> (1 - 27/09/2019)
Ronca	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Apnea de sueño	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)
Ay:	<input type="text" value="0"/> (7 - 27/09/2019)		
Problemas con el sueño <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)			
Pr. conciliar el sueño	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	<input type="text" value="Preocupaciones"/>	
Interrupciones sueño	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	<input type="text" value="Preocupaciones"/> (Dolor - 27/09/2019)	
Ayudas para dormir	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	<input type="text" value="-"/> (- - 27/09/2019)	
Se levanta cansado	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Confusión	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)
Somnolencia	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Cansancio	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)
Alt. Descanso/Relajación	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Horas descanso/día	<input type="text" value="3"/> (4 - 27/09/2019)
Medicamentos para descansar	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Influye en sus actividades	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)
Alteraciones en examen <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)			
Signos de cansancio	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	<input type="text" value="Ojos rojos"/> (Ojos rojos - 27/09/2019)	
Alt. de la conducta	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	<input type="text" value=""/>	
COMENTARIOS <input type="text" value="Duerme de 1 Am hasta 5 Am"/> (Duerme de 1Am hasta - 27/09/2019)			
<input type="text" value=""/> (Ojos rojos, irritado - 27/09/2019)			
RESULTADO <input type="text" value="Patrón alterado"/> <input type="text" value="Comentarios_5-2"/> (Patrón alterado - 27/09/2019)			

Imagen 23 Patrón Sueño - Descanso. Seguimiento 1. Fuente: OMI – AP (2014).

Patrón Autopercepción – Autoconcepto. **Alterado**

La paciente presenta, con respecto a la valoración anterior más problemas conductuales entre los que destacan: irritabilidad, agitación y angustia.

Presenta un estado de nerviosismo mayor, con postura corporal de inseguridad y frágil

AUTOPERCEPCION (Ad.)		Valoración general	
Prob. autoestima <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (S - 27/09/2019)		Pr. con su imagen corporal <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	
Verbalizaciones autonegativas <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		Le preocupan los cambios <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Expresiones de desesperanza <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (S - 27/09/2019)		Miedo al rechazo de otros <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Expresiones de inutilidad <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		Sent. negativo de su cuerpo <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Pr. Conductuales <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (S - 27/09/2019)		Otros Problemas <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Conducta indecisa <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		Fracazos, rechazos <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	
Confusión <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (S - 7/10/2019)		Amb. familiar desfavorable <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (S - 7/10/2019)	
Det. de la atención <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		Carencias afectivas <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	
Irritabilidad <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		Insomnio <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (S - 7/10/2019)	
Agitación <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		Dif. concentración <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	
Angustia <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (S - 27/09/2019)		Ansiedad, depresión <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	
Cambios Recientes <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (S - 27/09/2019)			
Tipo Familiares (Familiares - 7/10/2019) Son un problema <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (S - 27/09/2019) Influyen en: Nutrición (Sueño - 27/09/2019)			
Datos del Examen			
Imagen corporal No cuidado (Cuidado - 27/09/2019)		Rasgos personales Débil (Débil - 27/09/2019)	
Postura corporal Inseguridad (Inseguridad - 27/09/2019)		Contacto visual <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (S - 26/09/2019)	
Patrón de voz Tranquilo (Tranquilo - 27/09/2019)		Asertivo(5)/Pasivo(1) 2 (2 - 27/09/2019)	
		Nervioso(5)/Relax(1) 5 (3 - 27/09/2019)	
Cambios frecuentes estado ánimo <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (S - 26/09/2019)			
COMENTARIOS Su hija ha fallecido y ha dejado de co (Los problemas Famili - 27/09/2019)			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
RESULTADO Patrón alterado Comentarios_7-2 (Patrón alterado - 27/09/2019)			

Imagen 24 Patrón Autopercepción - Autoconcepto. Seguimiento 1. Fuente: OMI- AP (2014).

Patrón Rol-relaciones. **Alterado**

La paciente ya no convive con su hija en la unidad familiar puesto que acaba de fallecer. Se encuentra en un momento de adaptación y duelo que refiere “no llevar nada bien” pues “no es natural que yo tenga que enterrar a mi hija, me podría haber muerto yo”.

La situación en la vivienda es mala debido a su estado de animo, la paciente sigue teniendo una hija que, a pesar de no vivir en la unidad familiar, se hace cargo de lo relativo a su madre. La paciente continúa siendo dependiente de las ABVD y por ello depende de la chica que la acompaña en casa

ROL-RELACIONES (Adulto)		Valoración general	
Convive en:	Unid. familiar (Unid. familiar - 27/09/2019)	Rol familiar:	Madre (Madre - 27/09/2019)
Nº personas grupo fam. 2 (2 - 27/09/2019)			
Convive con:	SOLA (hija - 27/09/2019)	Cambios domicilio [nt]:	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)
Cuida de alguien:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Tensión rol cuidador:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Depende de alguien:	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Ayuda dom.:	Ayuda dom. (Ayuda dom. - 26/09/2019)
Red apoyo familiar:	Adecuada (Adecuada - 27/09/2019)	Situación vivienda:	Adecuada (Buena - 7/10/2019)
Situación económica:	Adecuada (Adecuada - 27/09/2019)	Situación sociofamiliar:	Inadecuada (Inadecuada - 27/09/2019)
Pr. relación social:	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Indiferentes:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)
Pr. relación familiar:	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Insatisfactorias:	(- - 27/09/2019)
Pr. relación laboral:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 26/09/2019)	Comparte problemas:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)
Pérdida seres queridos: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)			
Conductas inefectivas: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		Duelo anticipado: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	
Expresión de culpa: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)		Negación pérdida: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	
Tristeza prolongada: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)			
Pertenece a grupos/asociaciones: <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 27/09/2019)			
COMENTARIOS: Pérdida reciente de su hija			
RESULTADO: Patrón alterado (Patrón alterado - 27/09/2019)			

Imagen 25 Patrón Rol - Relaciones. Seguimiento 1. Fuente: OMI – AP (2014).

Patrón Afrontamiento - Tolerancia al estrés. **Alterado**

La paciente, debido a los eventos recientes en su unidad familiar no consigue mantener el sueño creando en ella un estado de malestar general que incluso agrava el malestar producido por la muerte de su hija. Sería una retroalimentación de la cual la paciente se considera incapaz de salir.

Los recientes cambios le afectan tanto a nivel del pensamiento, como de la nutrición, del insomnio. Presenta problema de resolución de los problemas pues cada vez come menos, y presenta menos ganas de luchar por su mejora.

Señalar, que algunas de las manifestaciones que presenta la paciente son más que normales debido al proceso de duelo en el que se encuentra.

ADAPTACIÓN ESTRÉS (Adu.)		Valoración general	
Cambios/Prob. importantes <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)		Tipo <input type="text" value="Familiares"/> (Familiares - 27/09/2019)	
Influencia (significativa) <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	¿En qué influye? <input type="text" value="Pensamiento"/> (Pensamiento - 27/09/2019)		
Prob. en la adaptación <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Rechazo/retraso at. sanitaria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		
Emociones inapropiadas <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Negación problemas evidentes <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		
Soluciones inadecuadas <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Minimiza los síntomas <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)		
Incapaz afrontar situación <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Preocupación excesiva/prolongada <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)		
Deficiente apoyo familiar <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)			
Rechazo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	Comunicación limitada <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Intolerancia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ayuda poco satisfactoria <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Psicosomatización <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Estrés: Sensación actual <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)		Estrés: situaciones anteriores <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 26/09/2019)	
Desencadenantes conocidos <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	<input type="text" value="Familiares"/> (Familiares - 27/09/2019)		
¿Está normalmente tenso? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Prob. en la resolución <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 26/09/2019)		
Estrategias adaptación estrés <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)	<input type="text" value="Familia"/> (Familia - 27/09/2019)		
Sistemas de apoyo <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 27/09/2019)	Tolerancia al estrés <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 26/09/2019)		
Ayudas para relajación <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 27/09/2019)			
Técnicas de relajación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Medicamentos/drogas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
COMENTARIOS <input type="text" value=""/> (Hija Ingresada por m - 27/09/2019)			
<input type="text" value=""/>			
RESULTADO <input type="text" value="Patrón alterado"/> (Patrón alterado - 27/09/2019)			

Imagen 26 Patrón Adaptación - Tolerancia al estrés. Seguimiento 1. Fuente: OMI – AP (2014).

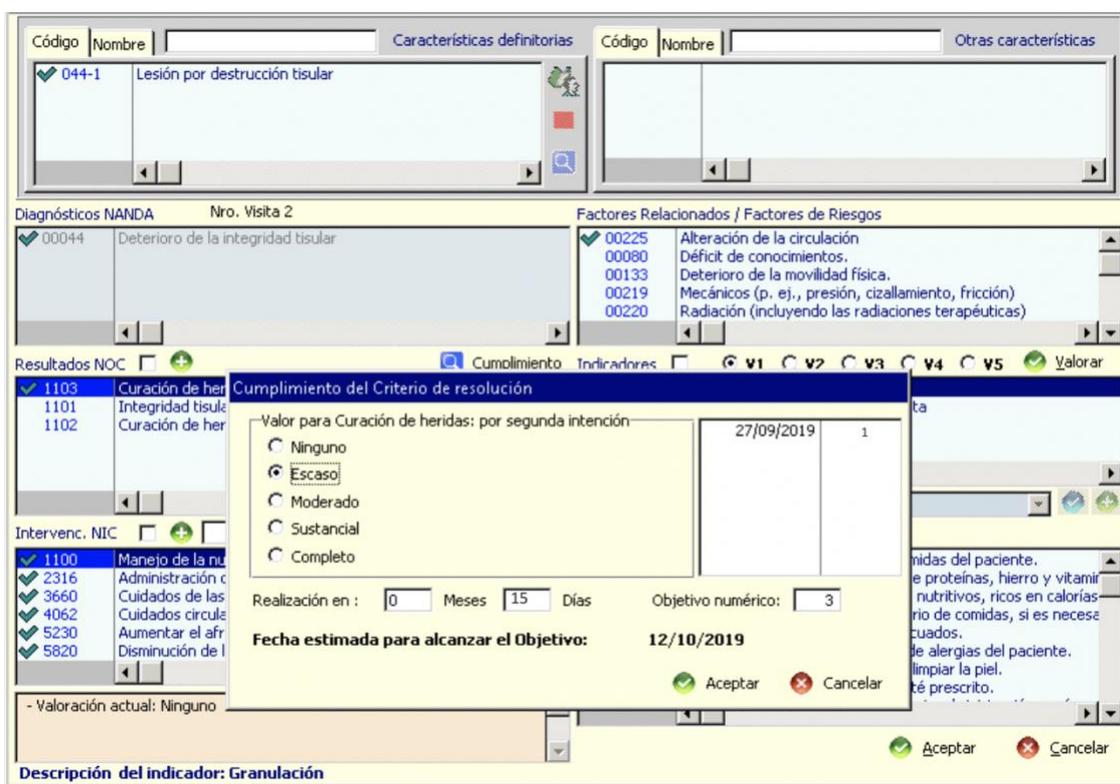


Imagen 27 Cumplimiento del NOC. Seguimiento 1. Fuente: OMI – AP (2014).

5.6.2. Informe detallado.

Diagnóstico de enfermería 00044 Deterioro de la integridad tisular
 Fecha de inicio 27/09/2019 Fecha de cierre

DIAGNOSTICO	27/09/2019
C.D.	044-1 Lesión por destrucción tisular
F.R.	00225 Alteración de la circulación
NOC:	1103 Curación de heridas: por segunda intención
	Valoración: 1 Ninguno
	Indicador: 110301 Granulación Valoración: 1
	Indicador: 110303 Resolución de la secreción purulenta Valoración: 1
	Indicador: 110312 Resolución de la necrosis Valoración: 1
	Indicador: 110317 Resolución del olor de la herida Valoración: 1
NIC:	1100 Manejo de la nutrición
	Actividad: 110002 Determinar las preferencias de comidas del paciente.
	Actividad: 110006 Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.
	Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
	Actividad: 110015 Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.
	Actividad: 110017 Pesarse al paciente a intervalos adecuados.
	2316 Administración de medicación: tópica
	Actividad: 231602 Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.
	Actividad: 231605 Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.
	Actividad: 231607 Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
	Actividad: 231612 Enseñar y controlar la técnica de autoadministración según sea conveniente.
	3660 Cuidados de las heridas
	Actividad: 366003 Anotar las características de la herida.
	Actividad: 366006 Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.
	Actividad: 366024 Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
	4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
	Actividad: 406202 Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.
	Actividad: 406209 "Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., suapel debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soprote en los pies de la cama,
	Actividad: 406214 Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
	Actividad: 406216 Curar las heridas, según sea conveniente.
	5820 Disminución de la ansiedad
	Actividad: 582012 Escuchar con atención.
	Actividad: 582014 Crear un ambiente que facilite la confianza.
	Actividad: 582017 Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
	5900 Distracción
	Actividad: 590003 Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cue
	Actividad: 590010 Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles, si resulta oportuno.

Imagen 28 Informe detallado. Página 1. Seguimiento 1. Fuente: OMI – AP (2014).

Diagnóstico de enfermería	00044	Deterioro de la integridad tisular	
Fecha de inicio	27/09/2019	Fecha de cierre	
6540	Control de infecciones Actividad: 654009 Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. Actividad: 654013 Poner en práctica precauciones universales. Actividad: 654016 Usar guantes estériles, si procede. Actividad: 654031 Administrar terapia de antibióticos, si procede.		
SEGUIMIENTO 12/10/2019			
C.D.	044-1	Lesión por destrucción tisular	
F.R.	00225	Alteración de la circulación	
NOC:	1103	Curación de heridas: por segunda intención	
	Valoración: 2	Escaso	
	Indicador: 110301	Granulación	Valoración: 1
	Indicador: 110302	Epitelización	Valoración: 1
	Indicador: 110303	Resolución de la secreción purulenta	Valoración: 2
	Indicador: 110312	Resolución de la necrosis	Valoración: 4
	Indicador: 110317	Resolución del olor de la herida	Valoración: 3
NIC:	1100	Manejo de la nutrición Actividad: 110002 Determinar las preferencias de comidas del paciente. Actividad: 110006 Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso. Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede. Actividad: 110015 Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario. Actividad: 110017 Pesar al paciente a intervalos adecuados.	
	2316	Administración de medicación: tópica Actividad: 231602 Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente. Actividad: 231605 Retirar los restos de medicación y limpiar la piel. Actividad: 231607 Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito. Actividad: 231612 Enseñar y controlar la técnica de autoadministración según sea conveniente.	
	3660	Cuidados de las heridas Actividad: 366003 Anotar las características de la herida. Actividad: 366006 Limpiar con jabón antibacteriano, si procede. Actividad: 366024 Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.	
	4062	Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial Actividad: 406202 Evaluar los edemas y los pulsos periféricos. Actividad: 406209 "Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., suapel debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; Actividad: 406214 Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre. Actividad: 406216 Curar las heridas, según sea conveniente.	
	5820	Disminución de la ansiedad Actividad: 582012 Escuchar con atención. Actividad: 582014 Crear un ambiente que facilite la confianza. Actividad: 582017 Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.	
	5900	Distracción Actividad: 590003 Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cue Actividad: 590010 Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles, si resulta oportuno.	
	6540	Control de infecciones Actividad: 654009 Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. Actividad: 654013 Poner en práctica precauciones universales. Actividad: 654016 Usar guantes estériles, si procede. Actividad: 654031 Administrar terapia de antibióticos, si procede.	

Imagen 29 Informe detallado. Página 2. Seguimiento 1. Fuente: OMI – AP (2014).

5.7 Evaluación (Seguimiento 2)

Los cambios presentes durante esta evaluación son los siguientes:

5.7.1 Cambios significativos en los patrones.

Patrón Nutricional Metabólico **Alterado**.

Cabe señalar que las intervenciones encaminadas a tratar la desnutrición de la paciente parecen tener sus frutos, pues tras pesarla se evidencia una ganancia de peso de 3 kg con respecto a la valoración inicial.

Las características de la úlcera han cambiado considerablemente. El tamaño de la misma se ha visto reducido considerablemente. No presenta esfacelo ni tejido necrótico.

El exudado es escaso, bordes menos macerados. Se aprecia en la úlcera tejido ya cicatrizado, tejido en proceso de epitelización, y tejido de granulación.

Nutrición-Metaból. (Ad)			Valoración general				
Peso	44,00	Talla	150,0	IMC	19,56	Temp.	0
Comidas/día	4	Lugar comidas	Casa	Horario fijo	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Calorías/día	0
Alim. adec. [nt]	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Líquido/día (ml.)	1.000				
Prob. Boca <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Caries <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Úlceras <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Inflamación <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		Prob. Dieta <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No No equilibrada <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Insuficiente <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Entre horas <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Láct. escasos <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Cena abundan. <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		Otros Problem. <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Sint. digest. <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Dependencia <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Inapetencia <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Alt. peso <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Intole. alimen <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Come s/hambre <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Sedentarismo <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No			
Prob. Comer <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Masticar [nt] <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Pr. tragar <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Sonda NG <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		Dieta específica <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Dieta restrictiva <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		Vitaminas <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No			
Norton	16	Estado nutricional	Anormal				
Alt. Piel <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Alt. integridad <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Frag. capilar <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Def. hidratación <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Calor al tacto <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		Sig. rascado <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Dermatitis <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Prurito <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Frialdad <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		Palidez <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Edemas <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Cicatrización <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No Enrojecimiento <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No			
COMENTARIOS:							
?							
RESULTADO Patrón alterado							

Imagen 30 Patrón Nutricional - Metabólico. Seguimiento 2. Fuente: OMI – AP (2014).

Patrón Eliminación. **Alto riesgo de alteración.**

La úlcera ya no presenta exudado abundante y el olor de la misma se ha resuelto.

Micciones y deposiciones se mantienen constantes. El patrón, por tanto, pasa a estar en Alto riesgo de alteración.

Se seguirá controlando el exudado para evitar la alteración del patrón.

ELIMINACIÓN (Adulto) | Valoración general

INTESTINAL

Deposic./sem. Consistencia Color

Problemas eliminación Sí No

Dolor defecar	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Incontinenc. [nt]	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Sist. de ayuda	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Dolor abdomen	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Fisuras	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Laxantes	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Dist. abdomen	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Fecalomas	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Supositorios	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Sangre heces	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Hemorroides	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Enemas	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Flatulencia	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Ruidos intest.	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Ostomía	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

URINARIA

Micciones/día Caract. orina

Problemas micción Sí No

Incontinencia	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Poluria	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Sist. de ayuda	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Disuria	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Polaquiuria	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Absorbentes	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Escozor	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Oliguria	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Colector	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Retenciones	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Nicturia	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Sonda vesical	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Globo vesical	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No			Urostomía	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Goteo	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No				

CUTÁNEA

Prob. eliminación cutánea Sí No

Sudor copioso	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Drenajes	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Olor corporal	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Heridas exudativas	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

COMENTARIOS

RESULTADO

Imagen 31 Patrón Eliminación. Seguimiento 2. Fuente: OMI – AP (2014).

5.7.2. Informe detallado

Diagnóstico de enfermería 00044 Deterioro de la integridad tisular

Fecha de inicio 27/09/2019 Fecha de cierre

DIAGNOSTICO		27/09/2019
C.D.	044-1	Lesión por destrucción tisular
F.R.	00225	Alteración de la circulación
NOC:	1103	Curación de heridas: por segunda intención
	Valoración: 1	Ninguno
		Indicador: 110301 Granulación Valoración: 1
		Indicador: 110303 Resolución de la secreción purulenta Valoración: 1
		Indicador: 110312 Resolución de la necrosis Valoración: 1
		Indicador: 110317 Resolución del olor de la herida Valoración: 1
NIC:	1100	Manejo de la nutrición
		Actividad: 110002 Determinar las preferencias de comidas del paciente.
		Actividad: 110006 Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.
		Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
		Actividad: 110015 Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.
		Actividad: 110017 Pesarse al paciente a intervalos adecuados.
	2316	Administración de medicación: tópica
		Actividad: 231602 Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.
		Actividad: 231605 Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.
		Actividad: 231607 Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
		Actividad: 231612 Enseñar y controlar la técnica de autoadministración según sea conveniente.
	3660	Cuidados de las heridas
		Actividad: 366003 Anotar las características de la herida.
		Actividad: 366006 Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.
		Actividad: 366024 Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
	4062	Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
		Actividad: 406202 Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.
		Actividad: 406209 "Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., suapel debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama;
		Actividad: 406214 Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
		Actividad: 406216 Curar las heridas, según sea conveniente.
	5820	Disminución de la ansiedad
		Actividad: 582012 Escuchar con atención.
		Actividad: 582014 Crear un ambiente que facilite la confianza.
		Actividad: 582017 Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
	5900	Distracción
		Actividad: 590003 Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cue
		Actividad: 590010 Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles, si resulta oportuno.

Imagen 32 Informe detallado. Página 1. Seguimiento 2. Fuente: OMI – AP (2014).

6540	Control de infecciones	Actividad: 654009 Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.	
		Actividad: 654013 Poner en práctica precauciones universales.	
		Actividad: 654016 Usar guantes estériles, si procede.	
		Actividad: 654031 Administrar terapia de antibióticos, si procede.	
SEGUIMIENTO		12/10/2019	
C.D.	044-1	Lesión por destrucción tisular	
F.R.	00225	Alteración de la circulación	
NOC:	1103	Curación de heridas: por segunda intención	
	Valoración: 2	Escaso	
		Indicador: 110301 Granulación	Valoración: 1
		Indicador: 110302 Epitelización	Valoración: 1
		Indicador: 110303 Resolución de la secreción purulenta	Valoración: 2
		Indicador: 110312 Resolución de la necrosis	Valoración: 4
		Indicador: 110317 Resolución del olor de la herida	Valoración: 3
NIC:	1100	Manejo de la nutrición	
		Actividad: 110002 Determinar las preferencias de comidas del paciente.	
		Actividad: 110006 Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.	
		Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.	
		Actividad: 110015 Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.	
		Actividad: 110017 Pesar al paciente a intervalos adecuados.	
	2316	Administración de medicación: tópica	
		Actividad: 231602 Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.	
		Actividad: 231605 Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.	
		Actividad: 231607 Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.	
		Actividad: 231612 Enseñar y controlar la técnica de autoadministración según sea conveniente.	
	3660	Cuidados de las heridas	
		Actividad: 366003 Anotar las características de la herida.	
		Actividad: 366006 Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.	
		Actividad: 366024 Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.	
	4062	Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	
		Actividad: 406202 Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.	
		Actividad: 406209 Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., suapel debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama).	
		Actividad: 406214 Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.	
		Actividad: 406216 Curar las heridas, según sea conveniente.	
	5820	Disminución de la ansiedad	

Imagen 33 Informe detallado. Página 2. Seguimiento 2. Fuente: OMI – AP (2014).

SEGUIMIENTO		14/10/2019	
C.D.	044-1	Lesión por destrucción tisular	
F.R.	00225	Alteración de la circulación	
NOC:	1103	Curación de heridas: por segunda intención	
	Valoración: 3	Moderado	
		Indicador: 110301 Granulación	Valoración: 2
		Indicador: 110302 Epitelización	Valoración: 3
		Indicador: 110303 Resolución de la secreción purulenta	Valoración: 4
		Indicador: 110312 Resolución de la necrosis	Valoración: 5
		Indicador: 110317 Resolución del olor de la herida	Valoración: 5
NIC:	1100	Manejo de la nutrición	
		Actividad: 110002 Determinar las preferencias de comidas del paciente.	
		Actividad: 110006 Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.	
		Actividad: 110015 Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.	
		Actividad: 110017 Pesar al paciente a intervalos adecuados.	
	2316	Administración de medicación: tópica	
		Actividad: 231602 Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.	
		Actividad: 231605 Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.	
		Actividad: 231607 Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.	
		Actividad: 231612 Enseñar y controlar la técnica de autoadministración según sea conveniente.	
	3660	Cuidados de las heridas	
		Actividad: 366003 Anotar las características de la herida.	
		Actividad: 366006 Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.	
		Actividad: 366024 Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.	
	4062	Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	
		Actividad: 406202 Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.	

Imagen 34 Informe detallado. Página 3. Seguimiento 2. Fuente: OMI – AP (2014).

- Actividad: 406209 "Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., suapel debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama;
- Actividad: 406214 Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
- Actividad: 406216 Curar las heridas, según sea conveniente.
- 5820 Disminución de la ansiedad
- Actividad: 582012 Escuchar con atención.
- Actividad: 582014 Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Actividad: 582017 Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- 5900 Distracción
- Actividad: 590003 Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cue
- Actividad: 590010 Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles, si resulta oportuno.
- 6540 Control de infecciones
- Actividad: 654009 Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- Actividad: 654013 Poner en práctica precauciones universales.
- Actividad: 654016 Usar guantes estériles, si procede.
- Actividad: 654031 Administrar terapia de antibióticos, si procede.

Imagen 35 Informe detallado. Página 4. Seguimiento 2. Fuente: OMI – AP (2014).

En las siguientes fotos se muestra la evolución de la úlcera tras meses de curas. (110312) Necrosis ha sido resuelta, así como también (110317) Olor de la herida y (110303) Secreción purulenta que no se ha conseguido eliminar en su totalidad, pero se han llevado acabo las medidas oportunas para tratar de reducirla al máximo.



Imagen 36 Evolución úlcera (1). Fuente: Tomada en Unidad Pie diabético.



Imagen 37 Evolución úlcera (2). Fuente: Tomada en Unidad Pie diabético.

En ambas se aprecia una zona ya cicatrizada con hiperqueratosis que se le elimina mediante desbridamiento quirúrgico (bisturí), otra zona de epitelización (lecho color rosa claro) y otra zona de tejido de granulación.

6. DISCUSIÓN

Si entendemos el duelo según lo expone Kübler-Ross (2017) se puede dividir en 5 etapas, donde destacan: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

La paciente podría verse enmarcada dentro de la etapa de depresión, donde sí reconoce la muerte de su hija, pero los sentimientos de dolor y vacío que le generan esta situación hace que adopte una actitud de claudicación. Poniendo en peligro su propia salud al dejar de afrontar serios problemas y abandonar el tratamiento.

Según se expone, en el libro “Del duelo normal al duelo patológico: Abordaje psicológico” (Sánchez, 2019) la falta de elaboración de un duelo importante, predispone hacia dificultades con otros duelos; con otras palabras, si la elaboración del duelo se ve truncada o se realiza de forma insuficiente deriva en una cronificación del sufrimiento psicológico (Zelena, 2017).

Este mismo proceso se cree se dio en la paciente. Previamente a la muerte de su hija, años atrás la paciente quedó viuda sumándose a este proceso de duelo, la muerte de su hijo. La paciente que aún vestía de negro como manifestación del luto y respeto por su difunto marido sumó a este luto, otro más, el de su hijo.

La paciente quedó sometida a un proceso de duelo prolongado en el tiempo, en el que se unió el duelo por su marido y por el de su hijo que agravó la sintomatología que ya presentaba.

Debido al contexto familiar, la paciente se cree que tuvo la posibilidad de elaborar un duelo anticipado, pues era conocedora, sino de la totalidad, de parte de la gravedad de la patología de la hija. Esto pudo servir de ayuda en la elaboración del duelo.

En el intento de establecer la relación del proceso de duelo desde la perspectiva cultural, y dentro de ésta, conocer si varía la forma de afrontar el duelo en función del género del que lo vive. Señalar, que hay disparidad de opinión.

Morales (2012), indica que no existen diferencias significativas en cuanto al género se refiere entre mujeres, hombres y jóvenes. Sin embargo, afirma que en el caso de que exista diferencia de género, sería sólo cuando se habla del adulto mayor.

En estos, si encontramos diferencias, que radican en la forma en la que el duelo es afrontado, dándose dos posiciones totalmente opuestas. Estas posiciones varían desde la actitud de rechazo de la muerte, hasta la actitud de confianza y aceptación (Morales, 2012).

Según el último artículo publicado (Magaña et al., 2019) relacionado con este tema afirma que: las mujeres tienden a usar estrategias de afrontamiento, lo que conlleva en parte de los casos, a desarrollar una mayor capacidad de afrontar la muerte.

Especialmente, la paciente contraria a lo expuesto presentaba durante la estancia clínica una actitud de afrontamiento al duelo completamente evasiva y de aislamiento a pesar de ser conocedora de la inminente muerte de su hija por el acelerado empeoramiento de esta

Si bien, Morales (2012) señala que las mujeres sufren mayor nivel de ansiedad y mayor prevalencia de trastornos psicológicos (depresión), así como enfermedades crónicas.

Por el contrario, los hombres censados en el estudio se identificaban así mismo en el uso de estilos evitativos los cuales en contadas ocasiones ayudan al proceso del duelo (Magaña et al., 2019).

Un trabajo titulado “¿Cómo se vive el duelo en el ámbito rural?” relaciona duelo, área geográfica en la que se vive y la transformación ha sufrido a lo largo de la historia (Martínez et al., 2018)

Pues en el mismo, se hace referencia a las distintas manifestaciones que se presentan si el mismo duelo se vive en el área rural, o si por el contrario se vive en la ciudad (Martínez et al., 2018)

En el caso de la paciente, el duelo y luto vivido por ella y constatado por nosotros, los profesionales sanitarios, concuerda con lo expuesto en el artículo anterior.

Si bien es cierto que años atrás, la muerte en el ámbito rural se vivía de forma que se velaba al difunto en su propia casa, los vecinos acudían a la misma a acompañar a familiares aportando comida (Martínez et al., 2018).

El duelo y velatorio que realizó nuestra paciente para con su hija fue el tipo de duelo propio de la ciudad, velaron a la familiar en el tanatorio, realizaron la misa en la iglesia del pueblo y luego acompañaron el féretro al cementerio.

Actualmente en el ámbito rural se ha experimentado un cambio en la forma de vivir el duelo, pues ya no se vela al fallecido en el domicilio, sino que se realiza en el tanatorio, la asistencia sanitaria en los últimos momentos de la vida se prestaba antiguamente por el practicante, mientras que actualmente la muerte es consumada en hospitales (Martínez et al., 2018).

Según estudios mencionados por (Sánchez, 2019) las personas con menos edad tienden al uso de fármacos para paliar los síntomas propios de la muerte mientras que los más añosos prefieren pasar por el proceso de duelo sin uso de fármacos.

La paciente actuó conforme a lo expuesto en distintos estudios. No estaba en tratamiento para la depresión, ni hacía uso de fármacos para conciliar el sueño.

Por el contrario, a lo que se esperaría conforme a los estudios, si poseía una actitud de evasión o aislamiento social que estaba presente en su deseo de no mantener cierto contacto social, dejó de ir a misa, no conversaba con las vecinas.

Tras la muerte del cónyuge se suele dar un incremento de dolores de cabeza, temblores, vértigo, palpitaciones y síndromes gastrointestinal. No se ha evidenciado relación entre el duelo por muerte de cónyuge y el incremento de asma, diabetes o cáncer (Sánchez, 2019).

La paciente que estaba concluyendo el duelo por su marido, vio interrumpido el mismo con la esperada muerte de su hija. Este fallecimiento supuso en ella un estado de ansiedad y angustia propio de la fase de depresión establecida por Kübler-Ross. La cual le llevó también a la incapacidad de gestionar su alimentación y su enfermedad crónica

Para concluir, señalar que la paciente ha vivido el duelo de su marido y ahora el de su hija desde la religión católica. Esto quedó visible puesto que tras el último fallecimiento realizaron el velatorio, vestimenta y posterior entierro en el pueblo de origen, rodeado de sus familiares y amigos.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas en el desarrollo de este estudio han sido:

- Tiempo limitado de seguimiento que no fue superior a dos meses. Si bien es cierto que, durante ese periodo, citábamos a la paciente semanalmente varias veces. Tras ese periodo de prácticas clínicas, no conocemos el avance o retroceso en los logros conseguidos por la paciente. Tenemos que confiar en que los profesionales sanitarios que continuaron tratándola continuaran con las intervenciones dirigidas para incidir en el afrontamiento al duelo.
- Otra limitación encontrada durante la realización del mismo ha sido la falta de cohesión entre los protocolos que se han encontrado a nivel autonómico y la falta de formación específica del profesional de enfermería en la atención al duelo. Limitación que no permite discutir nuestra actuación de modo consensuado con la evidencia existente.

7. CONCLUSIONES

1. El proceso de duelo en sus distintas manifestaciones ante la muerte queda descrito en líneas generales por distintos autores como el proceso psicosocial de aflicción establecido ante la pérdida o muerte de un ser querido.
2. Existen diversos tipos de duelo, entre ellos destacar: duelo normal, anticipado, patológico, inhibido. Puesto que son vividos de forma distinta, han sido establecidas ciertas fases comunes a la mayoría de ellos: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.
3. La muerte y el duelo es vivido de forma distinta en función de la religión que profese la persona que lo vive. Así mismo, la religión católica habla de resurrección tras la muerte; en el islam se cree que el hombre vuelve al origen, al creador; en el Sijismo no se guarda luto puesto que la muerte es un acontecimiento más de la vida; el judaísmo cree en la muerte en el aspecto físico, pero no en el espiritual.
4. Las distintas actuaciones del profesional de enfermería en la atención al duelo deben articularse desde atención primaria y radican, entre otras muchas, en las siguientes: entrevistas con familiares, genograma, fototerapia, terapia de grupo, terapia cognitiva en *Mindfulness*.
5. La realización del proceso enfermero supuso la identificación del diagnóstico principal (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la circulación m/p destrucción tisular, siendo (1103) Curación de heridas por segunda intención el resultado deseado. Además del ya mencionado diagnóstico principal, también fueron identificados otros relacionados con el duelo, así como intervenciones propias para la atención al duelo

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABC. (2004). *Ritual fúnebre islámico*. ABC.
https://www.abc.es/internacional/abci-ritual-funebre-islamico-200411110300-963371815741_noticia.html
- Álvarez Suarez, Fernandez Fidalgo, & Muñoz Melendez. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Servicio de Salud del principado de asturias.
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34690501/VALORACION_POR_PATRONES.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1512644089&Signature=LCTGjIMpLO0kzI%2FuWb644ETcJPo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DManual_de_Valoracion_de_Patrones_Funcion.pdf
- Barbeito, S., Barreda, M., Lancianese, K., Matheus, C., Merheb, M., Wehbe, C., & Marcano-Lozada, M. (2012). Úlceras crónicas: Modelo de integración entre patología vascular, inmunológica e infecciosa. *Academia Biomédica Digital*, 47. 3/10/2019.
- Bulecheck, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier España.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 163-176.
- Chana, P. (2009). Inestabilidad lateral de tobillo. *Serie Sesiones clínicas Podológicas.*, 1, 42-55.
- Chaves, V. E., & Comet, C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 3(2).
<https://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/article/view/54>

- Consejería de Sanidad Canarias, & Dirección General de Programas Asistenciales. (2017). *Guía de actuación pie diabético en Canarias*.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2019). *Protocolo de atención al duelo en la comunidad de Madrid*. 2/1/2020.
- Contreras, P. (2016). Rito funerario Sij. *Entre piedras y cipreses*. <http://www.entrepiedrasycipreses.com/rito-funerario-sij/>
- Crawford, F., Welch, K., Andras, A., & Chappell, F. M. (2016). Ankle brachial index for the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010680.pub2>
- Delgado, J. C. (2018). Rito funerario inverso. Terapia y valores. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 22(51), 88-95. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.51.10>
- DeWitt, S. (2015). Should Family-witnessed Resuscitation Become Our Standard? *The Journal of Emergency Medicine*, 49(4), 500-502. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.04.035>
- Dignity Memorial. (2016). *Tradiciones Funerarias Judías*. Dignity Memorial. <https://www.dignitymemorial.com/es-es/support-friends-and-family/jewish-funeral-traditions>
- Diócesis de Canarias. (2015). Cremación, incineración, de cadáveres de católicos. *DIÓCESIS DE CANARIAS*. <https://diocesisdecanarias.net/cremacion/>
- Echeverría, C., Goic, A., Lavados, M., Quintana, C., Rojas, A., Serani, A., & Vacarezza, R. (2004). Diagnóstico de Muerte. *Revista Médica de Chile*, 132(1). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000100015>
- Escudero, D. (2009). Diagnóstico de muerte encefálica. *Medicina Intensiva*, 33(4), 185-195.

- Espinosa, J. A., López, C., Galea, T., Sánchez, R., Alonso Prado, M. E., Cuervo Pinna, M. A., Ruíz Márquez, M. del P., Sánchez Correas, M. Á., & Varillas López, M. P. (2010). *Programa regional de cuidados paliativos. Guía Clínica Seguimiento del duelo*. Junta de Andalucía (FUNDESALUD).
- Fernández, A., & Rodríguez, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): El proceso del duelo. *Medifam*, 12(3), 218-225.
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
- Frutos, M. Á. (2012). «*En memoria de nuestros donantes*»: *Guía breve de ayuda a sus familias* (5a).
- García-Martínez, A. L., & Meseguer-Liza, C. (2018). Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1382.3055>
- Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido: El duelo y el hito*. Arán Ediciones.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & North American Nursing Diagnosis Association. (2019). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018-2020, undécima edición*. Elsevier España.
- Hussain, F. A. (2020). Managing conversations with patients about death and dying. *British Journal of Nursing*, 29(5), 284-289. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.284>
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. INE. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

- IslamReligion. (2008). *La Creencia en la Vida después de la Muerte*. IslamReligion.com. <https://www.islamreligion.com/es/articles/38/la-creencia-en-la-vida-despues-de-la-muerte/>
- Kochen, E. M., Jenken, F., Boelen, P. A., Deben, L. M. A., Fahner, J. C., van den Hoogen, A., Teunissen, S. C. C. M., Geleijns, K., & Kars, M. C. (2020). When a child dies: A systematic review of well-defined parent-focused bereavement interventions and their alignment with grief- and loss theories. *BMC Palliative Care*, 19(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0529-z>
- Kreindl, C., Basfi-fer, K., Rojas, P., & Carrasco, G. (2019). Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(2), 197-204. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182019000200197>
- Kübler-Ross, E. (, & Daurella, N. (2017). *Sobre la muerte y los moribundos*. Debolsillo.
- La Vanguardia. (2019, octubre 14). Un hombre graba un audio de broma antes de morir para que suene en su propio entierro. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/crimeo/viral/20191014/47970424829/hombre-graba-audio-antes-morir-funeral-risas.html>
- Lacasta, M. A., & Soler, M. del C. (2004). El duelo: Prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados despues de la muerte. Manual SEOM de Cuidados Continuos. *Sociedad Española de oncología Médica*, 713-730.
- Lázaro, J. L., García, E., Cecilia, A., García, Y., Allas, S., Molines Barroso, R., Sanz Corbalán, I., Gutierrez Sanchez, L., Sardón Melo, S., Turón Fajardo, J., Gallego Cosme, M., & Parra Rodriguez, M. M. (2011). Protocolo de primeras consultas Unidad de Ple Diabético. *Serie Protocolos de la clinica universitaria de podología*, 2(5), 1-46. 2/10/2019.
- Lugones, M., Ramírez, M., & Ríos, J. J. (2015). La cremación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(1), 120-128.

- Magaña, M., Bermejo Higuera, J. C., Villacieros, M., & Prieto, R. (2019). Estilos de Afrontamiento y Diferencias de Género ante la Muerte. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 103-117. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.269>
- Mariné M, L., Covarrubias V, C., & Soto D, M. (2018). *Heridas, Úlceras y Ostomías. Evaluación y Prevención*. Univeersidad Católica de CHile.
- Marinelli, S., & Medina, P. (2013). *Manual para grupos de ayuda: Vivir el duelo acompañado*. PPC. http://ecat.server.grupo-sm.com/ecat_Documentos/MX163644_010578.pdf
- Marinelío i Roura, J. (2018). *Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior (C.O.N.U.E.I.): Documento de consenso 2018*. Ergon.
- Martínez, A. E. (2019). *Iconografía de la plañidera en el mundo antiguo y medieval de Galicia y norte de Portugal*. 23/12/2019.
- Martínez, E. M., Siles, J., & Torres, J. C. (2018). ¿Cómo se vive el duelo en el ámbito rural? Una mirada desde la ancianidad. *Gerokomos*, 29(1), 13-16.
- Menéndez, E. L. (2016). El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 84-119. <https://doi.org/10.17345/aec3.84-119>
- Meza, E. G., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 13(1), 4.
- Miaja, M., & Moral, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(0), 109-130. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41951

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). *Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19*. Recuperado:https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_cadaveres_COVID-19.pdf
- Moorhead, S. (2014). *Clasificación de resultados en enfermería (NOC): Medición de resultados en salud, quinta edición*. Elsevier España.
- Morales, M. de L. (2012). Gender and death: To speak of death is to speak of life. *Medwave*, 12(07), e5455-e5455. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.07.5455>
- Muñoz, M. (2011). *Diagnóstico microbiológico y correlación clínica en pacientes con herida crónica y sospecha de infección* [Universidad Complutense de Madrid]. 3/10/2019.
- Ortiz, J. A. (2019). Dolor y muerte en la indumentaria española. Vestir de luto a finales del siglo XIX. *dObra[s] – revista da Associação Brasileira de Estudos de Pesquisas em Moda*, 12(25), 12-37. <https://doi.org/10.26563/dobras.v11i25.851>
- Pastor, P. (2017, octubre 26). El uso de fotos y objetos como recurso para trabajar el duelo en grupo. *Fundación Mario Losantos del Campo - FMLC*. <https://www.fundacionmlc.org/recursos-para-trabajar-el-duelo-en-grupo-el-uso-de-fotos-y-objetos/>
- Pérez-Moreno, M. (2019). Intervención emocional en el duelo perinatal y neonatal: Acompañando la pérdida. En *Libro de Ponencias: III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos* (1.ª ed., pp. 35-37).
- Pesut, D. J., & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Delmar.
- Porta, V. G., Retes, R. R., & Oliete Ramirez, E. (2008). *MANIFESTACIONES DEL DUELO*. Instituto Valenciano de Oncología. <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/document>

acion/manuales/duelo/duelo08.pdf

- Posada, F. V., Castro, M. C., Fernández, R. S., & Cannella, V. (2018). Abordando la diversidad en el envejecimiento activo: Una propuesta de clasificación. *Aula abierta*, 47(1), 55-62.
- Real Academia Española (Ed.). (2014). *Diccionario de la lengua española* (Vigesimotercera edición, Edición del Tricentenario). Real Academia Española.
- Red funeraria. (2004). *Funeral Judío*. Red funeraria. <http://www.redfuneraria.com/funeral-judio>
- Reyes-Ticas, J. (2014). *Trastornos de Ansiedad. Guia Práctica para diagnóstico y tratamiento*. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Roca, F. (2018). *Las mujeres ante la muerte: Luto, llanto y poder en el Buenos Aires colonial*.
- Rodríguez-Álvaro, M., García-Hernández, A. M., Brito-Brito, P. R., Aguirre-Jaime, A., & Fernández-Gutiérrez, D. Á. (2018). Intervenciones y criterios de resultado planificados por las enfermeras comunitarias en la atención al duelo en Canarias. *Enfermería Clínica*, 28(4), 240-246. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.11.005>
- Sánchez, C. (2019). *Del duelo normal al duelo patológico: Abordaje Psicológico* (1.a ed.). Diference.
- Sánchez, R., & Martínez, R. (2014). Causas y caracterización de las etapas del duelo romántico. *Acta de investigación psicológica*, 4(1), 1329-1343.
- Sánchez, S. (2018). *Escucha y respeto: Claves para acompañar en el duelo a las familias de donantes—Sociedad Española de Cardiología*. Sociedad Española de Cardiología. <https://secardiologia.es/comunicacion/noticias-sec/9944-escucha-y-respecto-claves-para-acompanar-en-el-duelo-a-las-familias-de-donantes>

- Sánchez-Muniz, F. J. (2018). La nutrición artificial, una labor multidisciplinar. El papel de las revistas de nutrición en la difusión. *FARMACIA HOSPITALARIA*, 3, 93-94. <https://doi.org/10.7399/fh.11038>
- Sanz-Ortiz, J. (2019). Atención al duelo. En *Guía de práctica clínica en Cuidados Continuos* (pp. 341-350). Sociedad Española de Oncología Médica.
- Silva, M., & Jara, P. (2012). Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: La mirada de enfermeros y familiares. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 83-99. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000300009>
- Soto, O., Falcón, P., & Volcanes, M. (2009). LA MUERTE Y EL DUELO. *Enfermería Global*, 15, 9. 20/12/2019.
- Tanatos Formación. (2017). ¿Cómo son los Ritos Funerarios Judíos? *Tanatos Formación*. <https://tanatosformacion.com/los-ritos-funerarios-judios/>
- Tarrio, I. C., Corres, N. P., Magdaleno, B. de la F., Vivanco, I. A., Goitia, A. A., & Martín, E. J. G. (2006). Presencia familiar durante maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 18(3), 135-140.
- Tíscar-González, V., Gastaldo, D., Moreno-Casbas, M. T., Peter, E., Rodríguez-Molinuevo, A., & Gea-Sánchez, M. (2019). *Atención Primaria*, 51(5), 269-277. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>
- UNESPA. (2018). *Informe Estamos Seguros*. UNESPA. [https://unespa-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2019/05/Informe+Estamos+Seguros+2018+\(Version+integral\).pdf](https://unespa-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2019/05/Informe+Estamos+Seguros+2018+(Version+integral).pdf)
- Urbano, P. (2015). *¿Qué es la muerte para el cristiano? - DIÓCESIS DE CANARIAS*. Diócesis de Canarias. <https://diocesisdecanarias.net/muerte-catolicos/>

- Valencia, M. C. P., & Orozco, F. B. (2019). El duelo por muerte: La intersección entre prácticas culturales, rituales sociales y expresiones emocionales. *TEMPUS PSICOLÓGICO*, 2(1), 88-107. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.1.2.2595.2019>
- Vargas, R. E.(2003).Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2),47-52.
- Vera, O. (2019). La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva. *Revista Médica La Paz*, 25(2), 78-90.
- Vidal Jorgelina, N., & Cippitelli, M. J. (2015). *TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS DE PIERNAS*. 11(1). 3/10/2019.
- Worden, J. W. (1997). *El Tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- Wright, B. (1991). *Sudden death: Intervention skills for the caring professions*. Churchill Livingstone.
- Yoffe, L. (2014). Rituales funerarios y de duelo colectivos y privados, religiosos o laicos. *Avances en Psicología*, 22(2), 145-163. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.182>
- Zambrano, J. (2016). Cultura funeraria popular en España y su presencia historiográfica. *Meditaciones en torno a la devoción popular, Asociación para la investigación de la Historia del Arte y el Patrimonio Cultural" Hurtado Izquierdo"*, 514-532.
- Zamorano, E. (2004). Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 30, 8-11.
- Zelena A. (2017). Recognizing complicated grief from a doctor's point of view. *Orvosi Hetilap*, 158(36), 1426-1431. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30840>

