

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014/ 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Prevención y Detección precoz de duelo complicado en adultos a
través de un Programa de Salud en Atención Primaria

Autor/a: M^a Victoria Barrios Lafragüeta

Director 1. Mercedes Ruidiaz Peña

ÍNDICE:

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS	7
4. METODOLOGÍA.....	8
5. DESARROLLO	9
5.1. Diagnóstico.....	9
5.1.1. Análisis.....	9
5.1.2. Priorización.....	10
5.2. Planificación	10
5.2.1. Objetivos del programa.....	10
5.2.2. Población.....	10
5.2.3. Recursos	11
5.2.4. Estrategias	11
5.2.5. Actividades	11
5.2.6.Cronograma.....	14
5.3. Evaluación	14
6. CONCLUSIONES	15
7. BIBLIOGRAFÍA	16
8. ANEXOS	18

1. RESUMEN

Introducción: El duelo es una respuesta natural del ser humano a la pérdida de un ser querido el cual produce multitud de reacciones. Muchas personas son capaces de afrontarlas y realizar actividades por ellas mismas mientras que otras tienen mayores problemas a la hora de resolver sus sentimientos frente a la pérdida. Esto, puede dificultar la vuelta a la vida diaria y evolucionar en un duelo complicado. Existen una serie de variables o factores de riesgo que pueden darse en el individuo, que nos podrán facilitar su detección y la consiguiente necesidad de realizar terapias a cargo de personal especializado. Un tipo de ayuda son los grupos de ayuda mutua, cuya principal función es el compartir e intercambiar diferentes experiencias. Un duelo no tratado adecuadamente podría desencadenar en un trastorno mental. **Objetivos:** Diseñar un programa de salud para personas adultas para prevenir y detectar el duelo complicado y actuar interdisciplinariamente junto con otros profesionales especializados implicados. **Metodología:** Consiste en una revisión bibliográfica sobre el duelo y sus terapias, a través de bases de datos especializadas. **Desarrollo:** El programa de salud constará de tres sesiones de 90 minutos en las que se proporcionará información acerca del duelo y se realizarán tareas cuyo fin es hablar del ser querido sin dificultad y expresar emociones a través de enfermería y trabajo social. **Conclusiones:** La realización de un programa de salud enfermero en atención primaria es fundamental para prevenir y detectar el duelo complicado, de no ser así, puede incrementar el riesgo de muerte en el doliente.

Palabras clave: Duelo, duelo complicado, terapias de grupo.

ABSTRACT

Introduction: Mourning is a natural human response to the loss of a loved one. The loss of a loved one causes the people multitude reactions. Many people are able to deal with them very well and perform activities by themselves; others have major difficulties in facing their feelings over the loss. This can hinder the return to the daily life and evolve in a pathological mourning. There are series of variables or risk factors which an individual can present and these factors can ease the pathological mourning detection and the consequent necessity of professional and specialized therapies and advice. One of the therapies is the mutual Aid whose principal function is sharing and interchanging different experiences between fellows. A non-treated pathological mourning can lead to a mental disorder. **Objective:** Objective is defining a health program for adults to prevent and detect pathological mourning and to be carried out within a multidisciplinary team.

Methodology: It consists on a bibliography review through specialized databases about the mourning process and its therapies. **Development:** The health program will consist of three sessions of 90 minutes each. The program is intended to provide information about the mourning and perform a series of tasks through nursing and social work. The health program goals are speaking about the loved one without difficulty and express feelings and emotions in a comfortable and trusted environment. **Conclusions:** A health primary assistance is essential to prevent and detect a pathological mourning, otherwise, the risk of suffering other pathologies can increase and lead to the death of the mourner.

Key words: Mourning, pathological mourning, help therapies.

2. INTRODUCCIÓN

Históricamente, la muerte ha estado presente desde los comienzos del ser humano. Ya desde el prehistórico, el ser humano realizaba rituales y ofrendas a sus muertos. En la Edad Media, era un hecho cercano y familiar, el yacente era el protagonista, se despedía de amigos, familia, vecinos, suplicaba perdón si era necesario y con dignidad recibía los sacramentos. A partir de esta época, el hombre ya no es dueño de su muerte y se recurre a los profesionales, el miedo a lo desconocido de la muerte hace que este tema sea un tabú en la sociedad actual y no querer hablarlo, vivirlo ni hablarlo, igual que ocurre con el duelo. (1, 2, 3)

La palabra duelo viene del latín (*dolos*), que etimológicamente significa "dolor" y "desafío o combate entre dos". Es una experiencia humana universal, única y dolorosa. Presenta una evolución previsiblemente favorable en el tiempo y requiere la necesidad de adaptación a la nueva situación. (3-5)

Para explicar que es, hay que entender el significado de apego y pérdida. El apego es la tendencia a sentir fuertes lazos afectivos, necesidad de protección y seguridad. Cuando estos lazos están en peligro o se rompen se producen fuertes reacciones emocionales ^{1,2}, mientras que pérdida, según Robert A. Neimeyer, "se entiende como quedar privado de algo que se ha tenido". (1,2)

Dicho esto, podemos decir que el duelo es un proceso que sigue a una pérdida (o cambio), siempre que haya un vínculo afectivo con lo que se pierde. (1, 4). La pérdida de un trabajo, abandonar el país de origen o perder a una persona querida son algunas de las causas por las que hay un proceso de duelo. (1, 5)

En este trabajo se tratará el duelo tras la muerte de una persona querida.

El duelo tiene una limitación en el tiempo de uno o dos años aproximadamente. Aunque cada uno es diferente, el doliente tiene que aprender a expresar sus sentimientos y a convivir con la nueva situación. Si dura más, puede complicarse e incluso cronificarse y producir alteraciones negativas en la vida del doliente, que va a necesitar ayuda de un trabajador especializado. (1, 9)

El doliente pasa por diferentes fases que van desde la negación hasta la aceptación. Dependiendo de la persona y las circunstancias de la pérdida, se experimentarán unas u otras, que no coinciden según los autores consultados. (1, 2) (**Anexo 1**).

En el duelo normal, se pueden manifestar diferentes sentimientos como tristeza, enfado, culpa, autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, alivio, insensibilidad y algunas veces alucinaciones.

Físicamente se pueden encontrar: vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad en la boca, trastornos en el apetito y aumento de la morbimortalidad.

En el territorio motor podemos observar: aislamiento social, hiperactividad, hipoactividad, llamar o hablar con el fallecido, conductas impulsivas e incluso dañinas, usar objetos personales del difunto, suspirar y llorar. (1, 2, 4, 9)

Puede haber factores de riesgo para que este duelo perdure. Según Barreto y colaboradores son:

- **Personales:** Juventud o la vejez del doliente, las estrategias de afrontamiento y enfermedades anteriores.
- **Relacionados con el fallecido:** Juventud o vejez del fallecido, el apego, bajo nivel de desarrollo familiar (que relaciones familiares tenía este).
- **Características de la enfermedad o la muerte:** Depende de la enfermedad, muerte súbita, imprevista etc.
- **Aspectos relacionales:** falta de apoyo, el nivel económico, la incapacidad de expresar la pena.
- **Otros factores de riesgo** que faltarían nombrar serían: la presencia de duelos previos, las perdidas múltiples, crisis concurrentes y las diferentes obligaciones. (1, 2, 3, 7)

Hay tres clases de duelo patológico: **el síndrome de perdida inesperado** (donde el estado de shock es prolongado), **el síndrome de duelo ambivalente** (en la que el doliente no sabe si se alegra o se entristece por la pérdida de su ser querido) y **el duelo crónico**, el más común (es un duelo normal que perdura en el tiempo). (2, 3, 5)

Para su diagnóstico observaremos en el paciente algunos de los siguientes criterios:

- Duración de más de dos años.
- Shock o estupor más de tres semanas.

- Ausencia de respuestas afectivas, negación y culpa más de seis meses.
- Cambios bruscos en la personalidad, aparición de insomnio, abuso de tóxicos, fobias, ansiedad, estados depresivos e ideas de suicidio. Esto nos puede orientar, aunque hay que tener en cuenta las circunstancias del doliente y de la muerte del fallecido. (3)

A diferencia de los adultos, en niños y adolescentes las manifestaciones del duelo normal son diferentes. Estos sufren conmoción, confusión y sobre todo sentimientos de haber sido abandonados por la persona querida, por lo que a veces tienen problemas de conducta. Son frecuentes manifestaciones físicas como insomnio, anorexia, enuresis, dolor de cabeza, ansiedad, dificultad en el aprendizaje. (1, 6, 10)

En la intervención con adultos, lo principal es escuchar ofreciendo apoyo y consejo, incluso facilitar los ritos funerarios y si es necesario terapia para las familias que pueden sufrir duelo patológico. Comenzará con contacto con el individuo y con la creación de un ambiente confortable y de confianza, haciendo que la persona relate lo sucedido y exprese sus sentimientos. Más adelante se pueden realizar técnicas para resituar a la persona fallecida. Llegará un momento que el doliente se vea capacitado para volver a sus actividades diarias y hablar sobre el difunto sin un dolor excesivo. (9, 11-16)

Uno de los tratamientos que ofrece mayores resultados, y del que hablaré en este trabajo, son los grupos de ayuda mutua, ya que las técnicas grupales ayudan a los individuos a mejorar a través de las experiencias de otras personas. Concretamente, en estos grupos coinciden personas con intereses comunes gestionados por profesionales. Los objetivos más importantes son: normalizar la pérdida, aumentar las estrategias de afrontación e intercambiar información y experiencias con otras personas. (6, 9)

Es interesante este tema porque se muestra la asociación de las pérdidas con determinados trastornos: depresión, ansiedad o crisis de angustia. Existe abuso de alcohol y utilización de psicofármacos en los 18 primeros meses.

En definitiva, se puede llegar a desarrollar un duelo patológico incrementándose el riesgo de muerte, teniendo los viudos un alto porcentaje de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año. Por otro lado, la tasa promedio anual de consultas es un 80% mayor en los dolientes. El nivel asistencial ideal para sus cuidados es, según algunos autores, la atención en primera instancia o la prevención y consejo primario. (17).

3. OBJETIVOS

- Objetivos Generales**

Diseñar un programa de salud en atención primaria para adultos que han perdido un ser querido para detectar y prevenir precozmente el duelo complicado.

- Objetivos específicos.**

Trabajar interdisciplinariamente con profesionales de la psicología y trabajo social en atención primaria.

Trabajar los diferentes puntos de vista de los otros profesionales implicados en el programa de ayuda en el duelo.

4. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el duelo y las terapias de ayuda mutua para poder realizar un programa de salud.

La búsqueda se ha realizado durante los meses de febrero a mayo del 2015 en diferentes bases de datos: Dialnet, Pubmed, Scielo, la biblioteca de la Universidad de Zaragoza y diferentes páginas de internet.

Las palabras clave más utilizadas han sido: "duelo", "muerte", "duelo complicado" y "terapias".

A partir de las búsquedas, se ha elaborado un cuadro resumen (Tabla 1) sobre los artículos, libros, limitaciones, palabras clave y bases de datos que se han utilizado:

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica.

Búsqueda bibliográfica	Palabras clave	Limitaciones empleadas	Nº de artículos encontrados.	Nº de artículos utilizados
ScienceDirect	Duelo, duelo complicado, dolor, factores de riesgo, depresión, luto		13	4
PubMed	Pathological mourning	2010-2015	53	2
Alcorze	Duelo, duelo complicado	2000-2014 Libros	32	3
Dialnet	Duelo, duelo complicado. Duelo, terapia	Artículos de revistas	32 27	3 3
Scielo				2

Fuente: Realización propia.

En la actualidad existen limitaciones de información o artículos relacionados con el duelo que ha dificultado la búsqueda. No existen datos ni estudios suficientemente claros y actuales de la prevalencia del duelo en la población.

5. DESARROLLO

5.1. Diagnóstico

La muerte está presente desde los comienzos del ser humano. Todos los días mueren personas bien sea por enfermedad, accidentes u otras causas.

El duelo tiene gran prevalencia en nuestra sociedad ya que los fallecidos dejan familia, amigos y seres queridos. Estos casos se tratan en atención primaria a través de médicos de familia, personal de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales, bien sea en consultas individuales o terapias de grupo, ya que podría evolucionar hacia un duelo complicado.

Se han seleccionado ocho diagnósticos NANDA de enfermería por su importancia. Alguno de ellos se refiere al duelo normal y otros al duelo complicado: (18)

- ✓ 00136 Duelo
- ✓ 00095 Insomnio
- ✓ 00146 Ansiedad
- ✓ 00054 Riesgo de soledad
- ✓ 00172 Riesgo de duelo complicado
- ✓ 00135 Duelo complicado.
- ✓ 00150 Riesgo de suicidio
- ✓ 00053 Aislamiento social

Analizando todos estos diagnósticos, es preciso tratar a estas personas para no llevar a cabo un proceso de duelo patológico. Por eso a partir de este programa se prevendrá y detectará a partir de terapias grupales.

5.1.1. Análisis

Aragón es una comunidad autónoma envejecida. El 20,75 % de la población tiene más de 65 años y España el 18,05%. Aragón tiene una población de 1.325.385 habitantes. En 2013 nacieron 11.980 niños y fallecieron 13.353 personas. Por lo tanto, familiares y amigos de estas personas es posible que necesiten ayuda para afrontar un proceso de duelo.

Sobre el duelo, no hay datos estadísticos que permitan saber cuántas o qué personas vivirán uno patológico. Sí se dispone de factores de riesgo que predisponen a una persona a sufrirlo. (19)

5.1.2. Priorización

El duelo aumenta las posibilidades para desarrollar un trastorno mental. Por esta razón, y por la alta mortalidad en España y Aragón, debería ser un tema a tratar con prioridad. (14)

Según Nomen, "la intervención del profesional ante el duelo y la muerte se inicia con la consideración de nuestras propias pérdidas y de las muertes padecidas". (8)

5.2. Planificación

5.2.1. Objetivos del programa.

- Conocer a los asistentes del programa para adquirir confianza entre ellos y el profesional.
- Informar sobre el duelo, tipos, manifestaciones y duración.
- Abordar las circunstancias de la muerte de la persona y hablar de ella tanto en sus aspectos positivos como negativos.
- Expresar emociones a partir de terapias de grupo y tareas.
- Proporcionar ayuda para que el doliente vuelva a su vida diaria y que encuentre nuevas relaciones sociales.
- Detectar posibles casos de duelo patológico para derivar a trabajadores especializados a través de un test de valoración.

5.2.2. Población

Este programa de salud va dirigido a personas adultas (los niños y adolescentes necesitan tratamiento diferente) sin problemas auditivos severos, sin trastornos cognitivos, y que estén sufriendo un proceso de duelo. (20, 21)

Respecto a la causa de muerte no se hará diferenciación. Si se detecta que una persona tiene más factores de riesgo para padecer duelo patológico, se trataría en la consulta del trabajador social.

5.2.3. Recursos

Este programa va a estar dirigido por un profesional de enfermería y un trabajador social. Es importante abordar el tema emocional y el tema sintomático.

Para realizar el programa se ha utilizado material como sillas, mesas, ordenador y proyector, que aporta el centro donde se realiza el programa.

El presupuesto aproximado para realizar el programa y difusión del mismo con carteles informativos es de **657.40€. (Anexo 2)**.

5.2.4. Estrategias

El programa está ideado para realizarlo cíclicamente a demanda de los pacientes, realizando las tres sesiones consecutivas con un número aproximado de cinco a seis personas, para que todos ellos puedan expresar sus vivencias.

La captación de las personas se realizará mediante carteles informativos en los centros de salud, en las consultas de los profesionales tanto médicos de familia como enfermeros, trabajadores sociales o psicólogos.

El proyecto se llevará a cabo en un centro de salud, previo aviso, para poder acceder a sus instalaciones.

5.2.5. Actividades

El proyecto constará de tres sesiones de 90 minutos cada cual con sus correspondientes objetivos (**Anexo 3, 4, 5**).

Primera sesión:

Se realizará la presentación de los profesionales y de los asistentes.

Se informará de las pautas a seguir en un grupo: puntualidad, confidencialidad, turnos de palabra y tiempo.

La **enfermera a continuación** expondrá una proyección sobre la definición, los tipos, las manifestaciones y el tiempo del duelo.

En el tiempo restante, cada participante tendrá 10 minutos para expresar su vivencia, sus emociones e identificar sentimientos como angustia, ira, culpa, soledad.

El **trabajador social** realizará preguntas como, *¿Qué pasó?, ¿Dónde estabas en el momento de la muerte?, ¿Cómo te sentiste?...*

Para la siguiente sesión los participantes deberán traer una carta de despedida para el fallecido, hecha por ellos mismos, en la que expresen los sentimientos que les quedaron por decir y se aconseja, asimismo, traer uno o algunos de los siguientes elementos que les recuerden al ser querido:

- Un objeto
- Una canción
- Una frase

Segunda sesión:

A partir de estos recuerdos, hablarán de la persona perdida tanto positiva como negativamente, por ejemplo de sus cualidades y sus defectos, vivencia etc....**El trabajador social** guiará mediante preguntas: *¿Cómo era vuestra vida diaria?, ¿Qué actividades realizabais juntos?* y consejos. Cada participante dispondrá de un máximo de 15 minutos. Con esta sesión se pretende recolocar emocionalmente al fallecido y aprender a vivir sin él, recordando los roles que esa persona tenía e intentando que los participantes se los atribuyan en su vida diaria.

Cuando todos los participantes acaben de describir a sus seres queridos, en un máximo de 5 minutos, se realizará la expresión de emociones desde el día de la pérdida hasta la actualidad, ya que con la presentación de la primera sesión, los participantes sabrán que esas emociones, sentimientos y síntomas físicos son normales. En esta parte de la sesión dependiendo de lo que describan los participantes, emociones y sentimientos **la trabajadora social** aclarará las dudas y si son síntomas físicos, **la enfermera**.

Se les repartirá un sencillo test (*inventario Texas revisado de duelo*), que para su comprensión podrán preguntar a **dichos profesionales**, el cual se cumplimenta en 10 minutos. Estos explicarán la escala de respuestas con sencillez.

Según sus autores permite agrupar a los dolientes en cuatro categorías: ausencia de duelo, duelo retardado, prolongado y agudo. Tiene dos escalas tipo Likert con cinco categorías de respuesta. Una referida a la conducta y sentimientos del doliente en los momentos posteriores cercanos a la muerte, cuya puntuación oscila entre 8 y 40, y la otra hace referencia a los sentimientos actuales, cuya puntuación oscila entre 13 y 65.

Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son:

- Completamente verdadera: 5
- Verdadera en su mayor parte: 4
- Ni verdadera ni falsa: 3
- Falsa en su mayor parte: 2
- Completamente falsa: 1. (**Anexo 6**)

Una vez entregado los test a los profesionales y acabada la sesión, valorarán mediante la escala descrita con anterioridad. Los test con mayor puntuación indican que hay más riesgo de duelo patológico. A partir de una puntuación de 75 a 105 en total, el riesgo es importante y deberemos tener en cuenta a estas personas para derivar a través de estos profesionales a un psicólogo.

Estos **dos profesionales**, se pondrán de acuerdo para que en la siguiente sesión, se hable con la persona o personas y aconsejarles que necesitaran más ayuda para superar el duelo.

Tercera sesión:

Se recomienda a los participantes leer las cartas de despedida a sus fallecidos, con los temas que se dejaron pendientes o las palabras que le hubieran dicho antes de fallecer. Con esto, pretendemos observar las emociones de los participantes y transmitir que el duelo necesita tiempo. Esta parte de la sesión es de 10 minutos por persona.

En esta sesión se invita a un **psicólogo**, el cual transmitirá sus conocimientos y creará debate con los participantes y los **tres profesionales**, teniendo tres puntos de vista, resolviendo las dudas finales.

Si alguno de los participantes tuviera que acudir al psicólogo se apartaría del grupo y se le recomendaría asistir a terapias especializadas.

Al finalizar la sesión se expondrán las opiniones acerca del programa respecto a calidad, profesionales y actividades en 5 minutos por persona, y se repartirá un test de evaluación.

5.2.6. Cronograma

Mediante un diagrama de Gantt se representarán las tareas que se realizan durante todo el proyecto y la duración de cada una de ellas. En este diagrama los meses están divididos en semanas para poder visualizar mejor el tiempo de las tareas.

Actividades	Tiempo de duración																								
	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio								
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
Búsqueda bibliográfica																									
Realización del programa																									
Análisis de recursos																									
Captación de pacientes																									
Preparación de las sesiones																									
Ejecución de las sesiones																									
Evaluación																									

Fuente: Diagrama de Gantt, elaboración propia.

5.3. Evaluación

Se realizará una evaluación mediante una encuesta que se entregará a los participantes al final del programa.

Hay tres tipos de encuesta:

- Evaluación del programa.
- Profesionales que lo imparten
- De la propia participación del curso

Estas encuestas se responden con excelente, muy bueno, bueno, indiferente o malo. Al final hay un apartado de observaciones, donde el participante expondrá los defectos y virtudes del programa. Con esto, se quiere conseguir mejoras.

A parte de esta evaluación se realizará un diálogo con los participantes para obtener diferentes opiniones. (22) (**Anexo 7**).

6. CONCLUSIONES

La realización de un programa de salud enfermero en atención primaria es fundamental para prevenir y detectar el duelo complicado, ya que podría incrementar el riesgo de muerte y otras patologías.

Los participantes a través del programa conocen los aspectos básicos del duelo, definición, manifestaciones, duración y tipos así como la relación entre signos y síntomas de duelo normal y complicado.

Este programa puede ayudar a las relaciones personales y sociales con otras personas con las mismas vivencias.

Hablar del ser querido tanto de sus cualidades como de sus defectos, ayuda a los dolientes a poder hablar de ellos sin el dolor incapacitante del principio.

Recolocando al fallecido en su lugar y expresando las actividades que ellos desempeñaban, los participantes serán capaces de realizar los roles que su ser querido desarrollaba cada día.

Poner final a un duelo es complejo, no se puede poner una fecha concreta, ya que varía dependiendo de la persona. Para decir que se está resolviendo este proceso, el doliente ha tenido que ir pasando por diferentes etapas del duelo aunque siempre no se den todas, y experimentar el dolor normal por la pérdida del ser querido.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Barreto Martín P, Soler Saiz MC. Muerte y Duelo. Madrid: Síntesis; 2007.
- (2) Aries P. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus; 1984.
- (3) Pereira R. Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. FMC. 2010; 17 (10): 656-663.
- (4) Neimeyer R, Ramírez Y. Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós; 2007.
- (5) Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. Psicosociología. 2012; 9 (2-3): pp. 355-368.
- (6) William Worden J. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós; 2009.
- (7) Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. Psicooncología. 2008; 5 (2-3): 383-400.
- (8) Hernández Arellano F. El significado de la muerte. Revista Digital Universitaria. 2006; 7 (8).
- (9) Nomen Martín L. El duelo y la muerte. Tratamiento de la pérdida. Madrid: Ediciones Pirámide; 2007.
- (10) Gabaldón Fraile S. El duelo en el niño. FMC. 2006; 13 (7): 344-348.
- (11) González Villar M, Modoz Zubillaga MN, Calle Irastorza F, Jurío Burgui JJ, Arillo Crespo A, Fuertes Goñi MC. Intervención de ayuda en pacientes en duelo. Atención Primaria. 2001; 27 (2): 101-107.
- (12) Díaz Curiel J. Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011; 31 (109): 93-107
- (13) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. Medifam. 2002; 3: 218-225.
- (14) Pejenaute Labari ME, Reyes Torres M, Grasa Lozano R. El duelo en el anciano. FMC. 2013; 20 (4): 204-208.
- (15) Villacíeros Durbán M, Magaña Loarte M, Bermejo Higuera JC, Carabias Maza R, Serrano Fernández I. Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. Med Paliat. 2014; 21 (3): 91-97.

- (16) Payás Puigarnau A. Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en el duelo. Rev Asoc Esp Nuropsiq. 2008; 28 (102): 307-323.
- (17) Samper E. Adaptación psicométrica del inventario de Texas revisado de duelo (ITRD) en población militar española joven adulta. 2011; 67 (3): 291-298.
- (18) Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (19) Instituto Aragonés de Estadística. [Internet] España: [última actualización Febrero de 2015; citado 26 mar 2015]. Disponible en http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/DatosBasic/2011_Actualizados/03_Poblacion.pdf.
- (20) Parker G, McCraw S, Paterson A. Clinical features distinguishing grief from depressive episodes: A qualitative analysis. Journal of Affective Disorders. 2015; (176): 43-47.
- (21) Aoun S, Breen L, Howting D, Rumbold B, McNamara B, Hegney D. Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and supports need. Plos One. 2015.
- (22) Universidad de Cádiz. Área de personal. [Internet] España: [última actualización Abril 2015; citado 2 de Mayo 2015]. Disponible en: http://www-personal.uca.es/PAS/FORMACION/Encuesta_Eval_Cursos.html

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1

Hay diferentes etapas de duelo según los autores. Aquí se presentan algunos de ellos, con la diferente sintomatología tanto psicológica, emocional o física^{2,3}.

Lindemann formuló tres etapas para describir el duelo con sintomatología psicológica y somática:

FASES	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Connoción	Incapacidad para aceptar la pérdida.
Duelo agudo	<i>Preocupación, desinterés por lo cotidiano, llanto, soledad, insomnio, pérdida del apetito y aceptación de la perdida.</i>
Resolución del proceso	<i>Vuelta a la actividad progresivamente.</i>

Engel plantea el duelo en seis fases como un proceso curativo que puede verse interrumpido:

FASES	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Connoción	<i>Bloquea la situación de la pérdida y los sentimientos dolorosos.</i>
Desarrollo de la conciencia	<i>Conciencia de la muerte. Llanto, soledad, enfado culpa y conductas destructivas.</i>
Restitución	<i>Apoyo social, expresar emociones concienciarse de la pérdida.</i>
Resolución de la pérdida	<i>Afrontar el vacío que deja esa persona.</i>
Idealización	<i>Se reprimen los sentimientos negativos al difunto.</i>
Resolución	<i>Se recuerda lo positivo y negativo de la pérdida.</i>

Parkes describe el duelo en cuatro fases:

FASES	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Desconcierto y embotamiento	<i>Sentimiento de irrealidad puede durar horas o días.</i>
Anhelo y búsqueda de la pérdida	<i>Añoranza, ansiedad, rabia, autorreproche, pánico e hiperventilación. El doliente realiza las actividades de la vida diaria pero lo hace ansioso y apático. La duración de esta fase puede ser de tres semanas aproximadamente.</i>
Desorganización y desesperación	<i>Apatía, desesperanza, pensamientos repetitivos de la pérdida. Alucinaciones, aislamiento. De dos a cuatro meses.</i>
Reorganización y recuperación	<i>Se restablece el apetito, la persona vuelve a reconstruir su mundo, reincorporarse a sus actividades.</i>

Para **William Worden** el duelo pasa por diferentes tareas, la persona es activa donde hay que trabajar las emociones, recuerdos y pensamientos. Las fases son para él algo pasivo que la persona tiene que pasar y no donde esa persona tiene que trabajar.

- ✓ **Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida.**
- ✓ **Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la perdida.**
- ✓ **Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.**
- ✓ **Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.**

Fases del duelo

FASES	MOMENTO	SÍNTOMAS
Estupor o Shock	Inmediato a la muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Embotamiento afectivo. • Apatía. • Agitación.
Confusión	Dos primeras semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la muerte. • Pena y dolor. • Resignación.
Búsqueda	Dos semanas a cuatro meses	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Irritabilidad • Inseguridad
Aceptación	Tres a doce meses	<ul style="list-style-type: none"> • Reminiscencias del fallecido • pena
Reintegración	Coincide con la aceptación	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la situación.

Fuente: Pereira R. Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. FMC. 2010.

Elizabeth Kubler-Ross es una de las personas que más ha trabajado sobre el duelo y la muerte. Las etapas que ella describe frente al diagnóstico de una enfermedad grave recuerdan a las etapas de una persona frente al duelo y estas son:

- **Negación:** es un intento de amortiguar el efecto del primer impacto.
- **Ira:** aparece una especie de deseo de tener la vida de los demás y un enojo que a veces llega a ser violento.
- **Negociación:** se trata de una conducta defensiva, se trata de hacer tratos con la vida, con dios etc.
- **Depresión:** es el resultado de la conciencia de lo ya perdido.
- **Aceptación:** para llegar a esta fase la persona ha necesitado superar las anteriores fases, y ha podido elaborar su ansiedad y su cólera, y resultó sus asuntos incompletos.

8.2. Anexo 2

PREVISIÓN DE COSTES

MATERIAL	UNIDADES	COSTE/UNIDAD	TOTAL
Portátil			0€
Proyector			0€
Bolígrafos azules punta normal BIC	10	0.4€	4€
Paquete de hojas 80 gr. A4 500 hojas	1	3.90€	3.90€
Impresión de carteles informativos. Din A2 100gr papel Couché	10		45.80
Fotocopias para test y evaluación a una cara blanco y negro	100	0.037€	3.7€
TOTAL			57.4€

PERSONAL CUALIFICADO	COSTE DE PERSONAL
TRABAJADORA SOCIAL	270
GRADUADO EN ENFERMERÍA	270
PSICÓLOGO (1h 30min)	60
TOTAL	600€

TOTAL MATERIALES	57.4€
TOTAL PERSONAL CUALIFICADO	600€
TOTAL	657.4€

8.3. Anexo 3

Carta Descriptiva: Programación de Educación para la Salud.

Nombre del programa: Prevención y detección de duelo complicado en personas adultas desde atención primaria.
Lugar: Centro de Salud Seminario
Sesión: Primera sesión.
Dirigido a: Personas ante la pérdida de un ser querido.
Duración: 90 minutos

Sesión	Objetivos específicos	Técnicas	Contenido	Materiales
1ª Sesión 90 minutos	Transmitir conocimientos sobre el duelo, definición, tipos, fases, signos y síntomas. Conocer a los asistentes y proporcionar confianza entre asistentes y profesionales.	Charla informativa. Entrevista informal grupal.	Presentación del programa, y trabajadores. Recomendaciones para el grupo. Proyección de una presentación para explicar el duelo. Presentación de los participantes.	Proyector Ordenador Sillas

8.4. Anexo 4

Carta Descriptiva: Programación de Educación para la Salud.

Nombre del programa: Prevención y detección de duelo complicado en personas adultas desde atención primaria.
Lugar: Centro de Salud Seminario
Sesión: Primera sesión.
Dirigido a: Personas ante la pérdida de un ser querido.
Duración: 90 minutos

Sesión	Objetivos específicos	Técnicas	Contenido	Materiales
2ª Sesión	<p>Expresar las emociones sobre el ser querido.</p> <p>Ayudar a tener al ser querido en su lugar para poder tener nuevas relaciones y seguir con las actividades.</p> <p>Detectar a través de un test posibles casos de duelo complicado.</p>	<p>Entrevista informal</p>	<p>Llevar recuerdos de la persona fallecida.</p> <p>Los participantes relatarán la cronicidad de sus emociones desde el momento de la muerte de la persona hasta la actualidad.</p> <p>Realización de Test Texas</p>	<p>Sillas</p> <p>Mesas</p> <p>Papel</p> <p>Bolígrafos</p>

8.5. Anexo 5

Carta Descriptiva: Programación de Educación para la Salud.

Nombre del programa: Prevención y detección de duelo complicado en personas adultas desde atención primaria.
Lugar: Centro de Salud Seminario
Sesión: Primera sesión.
Dirigido a: Personas ante la pérdida de un ser querido.
Duración: 90 minutos

Sesión	Objetivos específicos	Técnicas	Contenido	Materiales	Evaluación
3ª Sesión	<p>Dar tiempo al duelo.</p> <p>Resolver dudas a través de los profesionales</p>	<p>Entrevista informal</p>	<p>Los participantes leerán las cartas de despedida a sus seres queridos</p> <p>Debate con psicólogo (invitado).</p> <p>Diálogo con los participantes para saber sus opiniones.</p>	<p>Sillas</p> <p>Mesas</p>	Entrega de encuesta de evaluación del programa.

8.6. Anexo 6

ENCUESTA DE EVALUACIÓN:

Opinión sobre el desarrollo del curso:

	Excelente	Muy bueno	Bueno	Indiferente	Malo
La organización del curso ha sido					
El nivel de los contenidos ha sido					
La utilidad de los contenidos ha sido					
La utilización de medios audiovisuales ha sido					
La utilización de dinámicas de grupo ha sido					
La comodidad del aula ha sido					
El ambiente del grupo ha sido					
El horario realizado ha sido					
El material entregado ha sido					
En general el curso le ha parecido					

Expresa lo que le comentaría a un compañero que quiera hacer este curso

Califique el curso con una nota del 0 al 10

Opinión sobre los profesionales del curso:

	Excelente	Muy bueno	Bueno	Indiferente	Malo
Ha utilizado explicaciones teóricas					
Ha realizado prácticas					
Ha fomentado el trabajo en equipo					
Tiene buena capacitación técnica					
Ha propiciado la comunicación					
Ha sabido motivar al grupo					
Ha cumplido los objetivos propuestos					

Realice algún comentario sobre el profesorado

Opine sobre su participación en el curso:

	Excelente	Muy bueno	Bueno	Indiferente	Malo
Mi motivación ha sido					
Mi participación ha sido					
La asimilación de contenidos					

Comentarios:

8.7. Anexo 7

PARTE I: COMPORTAMIENTO EN EL PASADO

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas					
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo					
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa					
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer					
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal					
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales					
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado					
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir					

Fuente: Samper E. Adaptación psicométrica del inventario de Texas revisado de duelo (ITRD) en población militar española joven adulta. 2011.

PARTE II: SENTIMIENTOS ACTUALES

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella					
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella					
3. No puedo aceptar su muerte					
4. A veces la/le echo mucho de menos					
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo					
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella					
7. Lloro a escondidas cuando pienso en él/ella					
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida					
9. No puedo dejar de pensar en él/ella					
10. Creo que no es justo que haya muerto					
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le					
12. Soy incapaz de aceptar su muerte					
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo					

Fuente: Samper E. Adaptación psicométrica del inventario de Texas revisado de duelo (ITRD) en población militar española joven adulta. 2011.

8.8. Anexo 8

GRUPO DE AYUDA MUTUA

Dirigido a personas adultas que han
perdido a un ser querido.

(Prevención y detección precoz de duelo
patológico)

Centro de Salud
El Seminario
11:00 horas

Dirección: C/ Condes de Aragón, 30
50009 Zaragoza
Tel: 976 458 222/ 667897578



