



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud
Grado en Enfermería**

Curso Académico 2017 / 2018

TRABAJO FIN DE GRADO
Intervención de enfermería en el proceso de duelo
desde atención primaria.

Autor/a: Pilar Baquerizo Sancho
Directora: Esther Samaniego Diaz de Corcuera

CONTENIDO

1. RESUMEN/ABSTRACT	2-3
2. INTRODUCCIÓN	4-7
3. OBJETIVOS.....	8
4. METODOLOGÍA.....	9 -10
5. DESARROLLO.....	11
5.1 Caso Clínico.....	11-19
5.2 Plan de cuidados	13-21
5.2.1 Valoración	13
5.2.2 Diagnóstico y planificación	14-19
5.2.3 Ejecución	20-21
5.2.4 Evaluación	21
6. CONCLUSIONES.....	22
7. BIBLIOGRAFÍA	23-26
8. ANEXOS.....	27-39

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El duelo es una reacción adaptativa natural ante cualquier tipo de pérdida, siendo más intenso tras el fallecimiento de un ser querido. El duelo es siempre un proceso de cambio y en el caso de la pérdida de un miembro de la familia será necesaria una reorganización del sistema familiar para adaptarse a la nueva situación. La atención en la elaboración del proceso de duelo, detectando las distintas fases de éste, mejora el afrontamiento y mitiga el sufrimiento innecesario tanto de los adultos como el de los adolescentes tras la pérdida de un familiar.

OBJETIVO: Elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado desde atención primaria a partir de un caso clínico que ayude a adolescentes en proceso de duelo ante la muerte de un familiar. Generalizar esta propuesta al paciente adulto.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversos buscadores y bases de datos, y mediante la utilización de la taxonomía científica enfermera de la NANDA, NIC y NOC se ha elaborado un plan de cuidados para la adolescente del caso clínico. A partir de dicho plan individualizado, se estandariza un modelo de cuidados para el adulto en proceso de duelo.

CONCLUSIÓN: El duelo interfiere en las relaciones familiares, produciendo a su vez una disfunción del rol funcional, por ello la enfermería cumple un papel fundamental en la prestación de ayuda a las personas ante los sentimientos de pérdida o el afrontamiento de la muerte, así como mejorar la adaptación a las distintas situaciones de duelo que van a sufrir a lo largo de su vida.

PALABRAS CLAVE: Duelo, ``Duelo patológico`` ``duelo complicado``, muerte, pérdida, adulto, adolescente, enfermería, familia, ``Atención Primaria``.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Grief is a natural adaptive reaction to any type of loss, being more intense after the death of a loved one. The loss of a family member, a reorganization of the family system is needed to adapt the new situation. The attention in the preparation of the grief's process, perceiving the different phases of this, improves the confrontation and mitigates the unnecessary suffering of both adults and teenager due to the loss of a relative.

OBJECTIVE: Develop an individualized nursing care plan from primary care based on a clinical case that helps teenager in the grief process of a family member dead. Generalize this proposal to the adult patient.

METHODOLOGY: A bibliographic search has been carried out in several search engines and databases, a reading of literature specialized in books related grief's issues, and through the use of the scientific taxonomy of NANDA, NIC and NOC, a care plan for the adolescent of the clinical case has been developed. From this individualized plan a model of care for the bereaved adult is standardized.

CONCLUSION: Grief interferes in familiar relationships, producing at the same time a functional role dysfunction, that's why nursing plays a fundamental role in providing help to people facing feelings of loss or coping with death, as well as improve the adaptation to the different situations of pain that they will suffer throughout their life.

KEYWORDS: Grief, ``pathological grief'', ``complicated grief'', death, loss, adult, teenager, nursing, family, ``Primary Health Care''.

2. INTRODUCCIÓN

La sabiduría popular afirma que en esta vida la única verdad absoluta, es que todos tarde o temprano vamos a morir⁽¹⁾. Sin embargo, aunque se conceptualiza como un fenómeno natural, la muerte no deja de ser una experiencia impactante cuya realidad no siempre es aceptada en su totalidad, por ello es normal que tras la muerte de un ser querido los supervivientes experimenten una sensación de adormecimiento, choque e incertidumbre^(2,3,4).

“Duelo” se puede definir como una reacción adaptativa natural ante cualquier tipo de pérdida, aunque suele ser más intenso después del fallecimiento de un ser querido. Es un proceso triste y doloroso⁽⁵⁾. No es un sentimiento único, sino más bien una sucesión de sentimientos que precisan un cierto tiempo para ser superados⁽⁶⁾. Este proceso incluye componentes fisiológicos, físicos y sociales⁽⁷⁾.

Hay cinco factores que afectan al curso del duelo: identidad y rol del fallecido, edad y sexo de la persona en duelo, causas y circunstancias de la pérdida, contexto social y psicológico y personalidad de la persona en duelo⁽⁸⁾. A pesar de no ser del todo concluyentes los estudios respecto a la existencia de relación entre la personalidad y la gravedad del duelo, la personalidad sí que influye en el nivel de angustia que experimentan los individuos, así como en el tiempo necesario para resolver el duelo⁽⁹⁾.

Tras el fallecimiento del familiar la tristeza y la ansiedad son los sentimientos más comunes junto con el temor a afrontar la soledad. Además, en ocasiones pueden aparecer sentimientos de culpa por seguir vivo a diferencia del ser querido. Otras veces los familiares piensan que no han hecho todo lo posible o incluso presentar dudas sobre los tratamientos o decisiones tomadas en los últimos momentos de vida del familiar⁽¹⁰⁾. Además de estas manifestaciones, ante la ausencia de un familiar por fallecimiento se presenta una situación dolorosa y real de sufrimiento y desconsuelo. Estas pérdidas traen una serie de síntomas físicos, emocionales, comportamentales y cognitivos (Anexo 1). Sin embargo el duelo no es una enfermedad y por tanto la mayoría de las veces se resolverá con el tiempo y la compañía de amigos y conocidos⁽⁶⁾.

Hoy en día existen escasos datos y estudios epidemiológicos actuales sobre el duelo. La mayoría de los estudios encontrados son descriptivos, en cambio hay pocos estudios con un diseño experimental adecuado, por lo que diferentes autores consideran que es necesario investigar más sobre los aspectos más fundamentales de esta realidad⁽¹¹⁾.

TIPOS DE DUELO:

- Duelo anticipado: Término que indica aquellas fases anticipatorias de duelo, que facilitan el desapego emotivo, antes de que ocurra el fallecimiento.
- Duelo retardado, inhibido o negado: Tiene lugar en aquellas personas que en las fases iniciales del duelo, parecen mantener el control de la situación sin dar signos de sufrimiento.
- Duelo crónico: El duelo no evoluciona hacia su resolución. Se da un anhelo intenso, normalmente asociado a una relación de gran dependencia del fallecido⁽⁶⁾.
- Duelo complicado: Se denomina duelo complicado o patológico a la intensificación del duelo hasta el nivel en que la persona está desbordada, presenta conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso. En estos casos el superviviente muestra incapacidad para adaptarse a la nueva situación tras la pérdida.

Se considera que existe riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar o interesarse por otras personas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupaciones que la de recordar al fallecido⁽⁷⁾, también se suele disminuir el interés del sujeto por el mundo externo, sobre todo en lo que recuerda a la persona fallecida⁽¹⁰⁾.

El duelo patológico se presenta en el 7% de los casos. Según diversos estudios se determinó que el duelo complicado se asocia significativamente con ser mujer, no tener trabajo, ingresos familiares bajos, fallecido más joven, enfermedad no susceptible de

recibir cuidados paliativos, historia de ansiedad y depresión antes y después de la pérdida y otros^(12,13).

ELABORACIÓN DEL PROCESO DE DUELO:

El trabajo del duelo requiere que cada persona mantenga una posición activa que le facilite construir una nueva realidad a partir de la experiencia y afrontar los desafíos que le plantea la vida tras la pérdida⁽³⁾. Debemos tener en cuenta a la hora de entender la intensidad del duelo que una variable importante es la relación que existía entre el fallecido y el sujeto⁽¹⁴⁾.

La pérdida de un miembro de la familia exige una reorganización del sistema familiar para adaptarse a un medio en el que el fallecido ya no está⁽¹⁵⁾. El duelo es un proceso de cambio y con la muerte termina una vida pero no una relación, la desaparición de un ser querido no nos obliga a olvidarlo, por ello la persona debe invertir energía emotiva también en otras relaciones⁽⁶⁾. La Psiquiatra Kubler Ross describió cinco fases por las que las personas transitan en el proceso de duelo: Negación, Ira, pacto/negociación, depresión y aceptación ^(16, 17) (Anexo2).

En el caso del duelo infantil, la elaboración del duelo es muy diferente al del adulto⁽¹⁸⁾. Los niños y adolescentes en duelo no reaccionan como los adultos, tienden a expresar su tristeza con el cuerpo y el comportamiento más que con las palabras, y se manifiestan principalmente en el hogar y el colegio ⁽¹⁹⁾. El niño sufre más cuando el fallecido es uno de los padres por la desprotección que sienten, además de por la propia pérdida. El menor afrontará la pérdida dependiendo de cómo responde su entorno ante la situación, por ello los adultos deberán favorecer un clima que favorezca la expresión de sentimientos para evitar el aislamiento del niño. El adolescente en cambio debe sentirse apoyado para que no canalice su rabia de forma destructiva. La confusión, la depresión, los sentimientos de culpa y la soledad, suelen ser las reacciones más frecuentes en el adolescente y pueden prolongarse en el tiempo. Por otro lado, es también habitual que reprima sus emociones para no parecer infantil⁽⁶⁾.

JUSTIFICACIÓN

Tras la muerte del paciente la familia precisa supervisión y apoyo en la elaboración del duelo, siendo muy importante la detección temprana del desarrollo de las distintas etapas de éste⁽²⁰⁾.

En base a los escasos resultados científicos actuales, tal y como se observa anteriormente, la necesidad de mediar como enfermeros de atención primaria en la prestación de cuidados y atención a familiares y pacientes es fundamental para facilitar la adaptación a los cambios y aliviar el sufrimiento innecesario. A partir de los resultados encontrados en éste plan individualizado encontramos la necesidad de estandarizar los cuidados entorno a este proceso.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado desde atención primaria a partir de un caso clínico que ayude a adolescentes en proceso de duelo ante la muerte de un familiar. Generalizar esta propuesta al paciente adulto.

3.2. ESPECÍFICOS

- Desarrollar un plan de cuidados a partir de un caso clínico de un adolescente utilizando la taxonomía científica enfermera.
- Identificar de forma rápida los signos y síntomas de las diferentes etapas del duelo normal y complicado.
- Proponer estrategias adaptativas que permita trabajar con el paciente adolescente en proceso de duelo, ayudando a la expresión emocional y disminuyendo el aislamiento social.
- Sensibilizar a los profesionales de enfermería acerca del cuidado del adolescente en duelo, permitiendo dar un trato digno y adecuado al paciente.
- A partir de este caso estandarizar un plan de cuidados dirigido a adolescentes/adultos en proceso de duelo.

4. METODOLOGÍA

4.1. PROCEDIMIENTO:

El desarrollo del trabajo ha sido llevado a cabo entre enero y mayo del 2018.

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el proceso de duelo que permita previamente actualizar los conocimientos sobre el tema, la búsqueda de los artículos se realizó en diferentes bases de datos: Pubmed, cuiden, Science Direct, Scielo, Lilacs/BVS, Dialnet. También se utilizó el motor de búsqueda Google Académico.

Para encontrar los artículos que mejor responden a la búsqueda se han utilizado como palabras clave diferentes términos en inglés y español.

La estrategia de búsqueda se realizó con los operadores booleanos "AND" y "OR", combinando los diferentes términos.

Se hizo un cribado según criterios de inclusión de tiempo, seleccionando artículos de los últimos 20 años, y de texto incluyendo los de libre acceso; en cuanto al idioma se seleccionaron artículos en español, inglés y portugués.

Para el desarrollo del plan de cuidados se han utilizado libros que recogen la taxonomía y metodología científica enfermera ^(21,22,23,24).

TABLA 1. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

BASE DE DATOS	Palabras clave	Artículos consultados	Artículos utilizados en base a los criterios de inclusión
Pubmed	Death, grief, family	6	4
Cuiden	Death, grief, family	4	-
Science direct	Muerte, pérdida, duelo, familia, enfermería	5	3
Scielo	"Complicated grief", grief, muerte, enfermería, "Primary Health Care", familia	12	6
Lilacs/BVS	Enfermería, muerte	3	1
Dialnet	Duelo, "duelo patológico", tratamiento, "duelo prolongado", familia, muerte, niño	8	5

MOTOR DE BÚSQUEDA	Palabras clave	Artículos consultados	Artículos utilizados
Google academic	Duelo, adolescente, niño, perdida, "duelo patológico", negociación, ira, aceptación, depresión	8	6

Fuente : Elaboración propia.

4.2 INSTRUMENTOS:

Para la valoración y evaluación del PAE se utilizaron diferentes escalas:

Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg: Cuestionario que consta de dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión⁽²⁵⁾ (Anexo 3).

Cuestionario de Oviedo del sueño: Cuestionario constituido por 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas. Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre la existencia de parasomnias o trastornos orgánicos y sobre el uso de ayuda para dormir. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1⁽²⁶⁾ (Anexo 4) .

Escala de las Fases del duelo: La escala FD-66 está integrada por 66 ítems. Éstos fueron redactados de manera directa; es decir que a mayor puntuación, mayor es la frecuencia con la que se experimentan en cada una de las cinco fases del duelo. El rango de respuesta de los 66 ítems tipo Likert fue fijado en cinco puntos⁽²⁷⁾ (Anexo 5) .

Escala Brief Family Relationship: Cuestionario formado por las subescalas de Cohesión, Expresividad y Conflicto. Mide la percepción de la calidad de funcionamiento de su relación familiar⁽²⁸⁾ (Anexo6).

5. DESARROLLO

5.1. CASO CLÍNICO

La paciente es una adolescente de 13 años, cuyo padre fallece a causa de hepatitis C.

La paciente refiere en un primer momento "no sentir nada" respecto a la pérdida, ya que su padre viajaba a menudo y para ella este suceso era como un viaje más. Al mismo tiempo los primeros días se siente sola ya que su madre tuvo que encargarse de muchas tareas en relación al fallecimiento. Cuando su madre está en casa y la adolescente la ve triste intenta evadirse de la realidad.

La paciente no presenta alteraciones en la alimentación de ningún tipo. Pero refiere comenzar a tener abundantes pesadillas y dificultad para dormir.

En cuanto al entorno social, la niña está perdiendo a su grupo de amigas porque "no tiene ganas de salir" y la relación con su madre ha cambiado. Aunque la alteración en la actitud con la familia había empezado meses antes, a consecuencia de los cambios que el tratamiento médico producía en el carácter de su padre antes de fallecer.

Además la paciente comenta haber presentado un cambio de rol al sentir que la madre ahora estaba bajo su responsabilidad.

5.2. PLAN DE CUIDADOS.

El PAE es considerado una metodología propia de enfermería que permite estructurar la práctica de los cuidados de enfermería y consta de 5 fases: Valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación ⁽²⁹⁾.

5.2.1. VALORACIÓN DE PATRONES FUNCIONALES

Se realiza una valoración inicial de la paciente según los 11 patrones funcionales de Gordon proporcionando un método de detección de las posibles alteraciones que presenta el paciente en proceso de duelo

(Anexo 7).

TABLA 2. VALORACIÓN SEGÚN LOS 11 PATRONES FUNCIONALES

PATRONES FUNCIONALES	ALTERACIONES
Patrón 1: Percepción – Manejo de salud	-
Patrón 2: Nutricional y metabólico	-
Patrón 3: Eliminación	-
Patrón 4: Actividad y ejercicio	
Patrón 5: Sueño – Descanso	Pesadillas Dificultad para dormir Miedos nocturnos
Patrón 6: Cognitivo- perceptivo	Falta de conciencia de la realidad Alteración del rol Percepción de una falsa realidad
Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto	Alteración del rol Negación de la situación Aislamiento Depresión
Patrón 8: Rol y relaciones	Alteración del rol Aislamiento social Cambio en la relación familiar
Patrón 9 : Sexualidad y reproducción	-
Patrón10: Adaptación y tolerancia al estrés	Afrontamiento ineficaz Alteración del rol
Patrón11 : Valores y creencias	-

Fuente : Elaboración propia.

5.2.2. DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN**TABLA 3. NANDA, NIC Y NOC DEL CASO CLÍNICO.**

TAXONOMÍA NANDA	00095 Insomnio r/c duelo m/p expresa dificultad para conciliar el sueño.		
TAXONOMÍA NOC	2002 Bienestar personal.	INDICADORES	200212 Ejecución de roles usuales.
	0003 Descanso.		200210 Capacidad para expresar emociones. 000303 Calidad del descanso. 000308 Descansado emocionalmente.
TAXONOMÍA NIC	5230 Aumentar el afrontamiento	ACTIVIDADES	- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Animar la implicación familia, si procede.
	1850 Mejorar el sueño.		-Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. -Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
TAXONOMÍA NANDA	00053 Aislamiento social r/c alteración del bienestar m/p busca estar sola.		
TAXONOMÍA NOC	1204 Equilibrio emocional.	INDICADORES	120401 Muestra un afecto adecuado a la situación. 120402 Muestra un estado de ánimo sereno.
	1503 Implicación social.		150303 Interacción con miembros de la familia. 150301 Interacción con amigos íntimos.
TAXONOMÍA NIC	5100 Potenciación de la socialización.	ACTIVIDADES	-Fomentar la implicación en relaciones potenciales ya establecidas. -Animar al paciente a cambiar de ambientes, como salir a caminar o al cine.
	7110 Fomentar la implicación familiar.		-Anticipar e identificar las necesidades de la familia. -Identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia.

TAXONOMÍA NANDA	00063 Procesos familiares disfuncionales r/c habilidades de afrontamiento inadecuadas m/p alteración en la función de rol.		
TAXONOMÍA NOC	2608 Resistencia familiar.	INDICADORES	260827 Busca apoyo emocional de la familia allegada.
	2600 Afrontamiento de los problemas de la familia.		2608030 Se adapta a las adversidades como retos. 260003 Afronta los problemas. 260024 Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible.
TAXONOMÍA NIC	7140 Apoyo a la familia.	ACTIVIDADES	-Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o los miembros de la misma. -Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.
	4360 Modificación de la conducta.		-Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla. -Facilitar la implicación del familiar en el proceso de modificación, si procede.
TAXONOMÍA NANDA	00052 Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas m/p la familia expresa cambios en la interacción.		
TAXONOMÍA NOC	1502 Habilidades de interacción social.	INDICADORES	150206 Afrontación si procede. 150212 Relaciones con los demás.
	2601 Clima social de la familia.		260109 Se apoyan unos a otros. 260114 Comparte sentimientos con los miembros de la familia.
TAXONOMÍA NIC	5440 Aumentar los sistemas de apoyo.	ACTIVIDADES	Observar la situación familiar actual. Implicar a la familia/ seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación.
	7130 Mantenimiento en procesos familiares.		Identificar los efectos derivados el cambio de papeles en los procesos familiares. Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.

TAXONOMÍA NANDA	00135 Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa m/p expresa sentimientos de desvinculación de los demás y falta de aceptación de la muerte.		
TAXONOMÍA NOC	2600 Afrontamiento de los problemas de la familia.	INDICADORES	260003 Afronta los problemas. 260007 Expresar libremente sentimientos y emociones.
TAXONOMÍA NIC	5370 Potenciación de roles.	ACTIVIDADES	Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia. Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el desarrollo de roles.

Fuente : Elaboración propia.

00063 Procesos familiares disfuncionales r/c habilidades de afrontamiento inadecuadas m/p alteración en la función de rol

La paciente describe la situación sintiéndose la responsable de la familia, incluso de la casa. Este hecho es muy perjudicial para la adolescente ya que no le permite vivir su propia vida.

Una situación así produce también repercusión en la relación familiar provocando el alejamiento de la adolescente y su madre, lo que da lugar a la falta de expresión de sentimientos y emociones relacionadas con el proceso de duelo por el cual está pasando.

La madre a su vez, necesitada de apoyo, intenta mantener a la adolescente lo más cerca posible tanto física como emocionalmente. Pudiendo dar lugar en la hija al miedo o angustia ante la intimidad emocional.

El conjunto de condicionantes a los que da lugar esta alteración de rol provoca también que la adolescente se encierre en ella misma alejándose del mundo que la rodea, abandonando sus relaciones sociales y actividades recreativas.

TABLA 4. PLANIFICACIÓN ESTANDARIZADA SEGÚN LAS 5 FASES DEL DUELO

FASE	1ª NEGACION		
TAXONOMÍA NANDA	00210 Bajo autoestima situacional r/c fallo o rechazo m/p verbalizaciones autonegativas.		
TAXONOMÍA NOC	1304 Resolución de la aflicción.	INDICADORES	130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida. 13044 Verbaliza la aceptación de la pérdida.
TAXONOMÍA NIC	5290 Facilitar el duelo.	ACTIVIDADES	-Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. -Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto a la pérdida.
	492 Escucha activa.		-Utilizar silencio/ escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. -Mostrar interés en el paciente.
TAXONOMÍA NANDA	00114 Ansiedad ante la muerte r/c rechazo de la propia mortalidad m/p Preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas allegadas		
TAXONOMÍA NOC	1404 Autocontrol del miedo.	INDICADORES	140417 Controla la respuesta ante el miedo. 140410 Mantiene las relaciones sociales.
TAXONOMÍA NIC	5230 Aumento del afrontamiento.	ACTIVIDADES	-Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles relacionales. -Animar la implicación familiar, si procede.
	5820 Disminución de la ansiedad.		-Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. -Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
FASE	2ª IRA		
TAXONOMÍA NANDA	00071 Afrontamiento defensivo r/c incertidumbre m/p dificultad para recibir pruebas de la realidad.		
TAXONOMÍA NOC	1405 Autocontrol de los impulsos.	INDICADORES	140503 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas.
TAXONOMÍA NIC	4350 Manejo de la conducta.	ACTIVIDADES	-Consultar a la familia para establecer la base cognitiva del paciente. -Redirigir la atención alejándose de la fuente de agitación.

FASE	3ª PACTO/ NEGOCIACIÓN		
TAXONOMÍA NANDA	00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual m/p deseo de reforzar la aceptación.		
TAXONOMÍA NOC	1201 Esperanza.	INDICADORES	120101 Expresión de una orientación futura positiva. 120109 Expresión de paz interior
TAXONOMÍA NIC	5420 Apoyo espiritual.	ACTIVIDADES	-Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. -Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.
	5310 Dar esperanza.		-Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente. -Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).
FASE	4ª DEPRESIÓN		
TAXONOMÍA NANDA	00124 Desesperanza r/c pérdida de creencias en valores transcendentales m/p falta de iniciativa.		
TAXONOMÍA NOC	1409 Autocontrol de la depresión.	INDICADORES	140909 Refiere mejoría del estado de ánimo. 140906 Refiere dormir de forma adecuada.
TAXONOMÍA NIC	5100 Potenciación de la socialización.	ACTIVIDADES	Fomentar la participación en grupo y/o actividades de recuerdos individuales. -Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.
	4470 Ayuda en la modificación de si mismo		-Ayudar al paciente a identificar las conductas objetivo que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada. -Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual.

FASE	5ª ACEPTACIÓN		
TAXONOMÍA NANDA	00158 Disposición para mejorar el afrontamiento m/p usa una amplia gama de estrategias orientadas a resolver los problemas.		
TAXONOMÍA NOC	2002 Bienestar personal.	INDICADORES	200212 Ejecución de roles usuales.
TAXONOMÍA NIC	5400 Potenciación de la autoestima.	ACTIVIDADES	-Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. -Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

Fuente : Elaboración propia.

5.2.3. EJECUCIÓN

La pérdida de un miembro de la familia produce alteraciones en toda ella, por ello para tratar de forma terapéutica el proceso de duelo de la paciente debemos empezar ocupándonos de la familia, empatizando con los demás miembros, sobre todo con la madre, incluyéndola en la planificación de cuidados de la adolescente.

Se le explicará las diferentes fases del duelo por las cuales la adolescente está pasando y así como las alteraciones conductuales que derivan.

Nos centraremos en favorecer la comunicación y el acercamiento entre la madre y la paciente, aconsejando a la familiar que no esconda su dolor, que exprese sus sentimientos, haciendo entender a la joven que el dolor es algo "natural" y que lo normal es estar triste y expresarlo. Para la superación del duelo es imprescindible que la adolescente exprese tal y como siente sus emociones, ya que se deben expresar para liberarse de ellas.

Plantaremos a la familiar que la primera tarea del duelo es aceptar que la persona ha fallecido, que se ha marchado y no regresará. Evitando utilizar eufemismos en todo momento. La finalidad será que la joven no arrastre el dolor por la pérdida a lo largo de toda su vida. Evitando de esta manera el aislamiento y reforzando las relaciones sociales que la adolescente ya tenía antes del suceso, animándola a salir fuera del ambiente familiar y pasar tiempo en diversas actividades recreativas.

Puesto que el duelo les obligará a solucionar los problemas que emergen de la ausencia del ser querido, trabajaremos con la madre y la paciente la identificación de los roles habituales de la familia. La actitud por parte de la enfermera hacia la familiar deberá ser siempre más de entender que de juzgar, por lo que evitaremos hacer juicios de valor.

Debemos advertir a la familiar de que la joven sufrirá múltiples oscilaciones emocionales a lo largo de su vida porque en ocasiones, en fechas señaladas, pueden aparecer de nuevo el dolor y la tristeza que creían ya superados. Es importante que en esas ocasiones la adolescente pueda contar con fuentes de apoyo cercanas.

El final del duelo tendrá lugar cuando la adolescente muestre recuperar el control de su propia vida y reorganizar su entorno social, sin olvidar, ni dejar de amar a quien estuvo tan unida y se marchó.

5.2.4.EVALUACIÓN

Después de un tiempo de seguimiento de la paciente llevando a cabo las actividades planeadas, para evaluar los resultados volvemos a realizar los cuestionarios y escalas que se le realizaron en el primer momento de la valoración, en este caso los resultados para la escala de Golberg fueron negativos tanto para la ansiedad como la depresión. La puntuación de la escala de Oviedo disminuyó de tal forma que los resultados fueron de sueño satisfactorio. Al realizar el cuestionario de las fases del duelo los resultados muestran que la adolescente está aceptando ya el proceso.

TABLA 5. COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA.

ESCALA	RESPUESTA INICIAL	RESPUESTA FINAL
ESCALA DE GOLBERG PARA LA ANSIEDAD	2	0
ESCALA DE GOLBERG PARA LA DEPRESIÓN	3	0
CUESTIONARIO DE OVIEDO	30 : insomnio	7: sueño satisfactorio
ESCALA DE LAS FASES DEL DUELO	Negación	Aceptación

Fuente : Elaboración propia.

Finalmente al volver a realizar la escala Brief Family Relationship Scale observamos que los resultados son mucho más favorables obteniendo casi todas las respuestas positivas.

Por último la adolescente nos contó algo que la había ayudado a superar finalmente el proceso de duelo. La joven decidió escribir una carta a su padre en la cual expresaba todas sus emociones y sentimientos, le decía todo lo que no tuvo oportunidad antes del fallecimiento. La paciente describe sentir paz interior y poder seguir recordando a su padre sin sentir el dolor que sentía hacia unos meses.

6. CONCLUSIONES

- EL proceso de duelo interfiere en el desarrollo del proceso vital del paciente.
- El duelo interfiere en las relaciones familiares, produciendo a su vez una disfunción del rol funcional.
- El testimonio de la paciente en la carta que escribe le permite expresar sentimientos y emociones facilitadores para avanzar y finalizar el proceso de duelo.
- A pesar de haber tratado el caso de una chica adolescente se observa que la individualidad del proceso puede acercarse más al proceso de duelo del adulto que al del adolescente.
- La enfermería cumple un papel fundamental en la prestación de ayuda a las personas ante los sentimientos de pérdida o el afrontamiento de la muerte, así como para mejorar la adaptación a las diferentes situaciones de duelo que van a sufrir a lo largo de su vida.
- La elaboración de un plan de cuidados con la taxonomía NANDA, NIC y NOC constituye un método eficaz para la aplicación de cuidados de calidad al paciente en proceso de duelo.
- Actualmente se analizan más los propios trastornos mentales, como son la ansiedad y la depresión, que el propio origen de estas patologías.

"No llores porque las cosas hayan terminado, sonríe porque han existido" (C.E. Bordakian)

7. BIBLIOGRAFÍA

1. María DL, Maeztu B, Social T, Ocupacional T. OCCUPATIONAL PERSPECTIVE OF THE EXISTENCE SINCE THE PROXIMITY OF HUMAN Autor. 2007;5:1-59.
2. Orozco-González MÁ, Tello-Sánchez GO, Sierra-Aguillón R, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales ÁS, Reyes-Rocha BL, et al. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado. Enfermería Univ [Internet]. 2013;10(1):8-13. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632013000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
3. Astudillo W, Mendinueta C, Casado A. Cómo afrontar mejor las pérdidas en cuidados paliativos. Rev la Soc Esp del Dolor. 2007;14(7):511-26.
4. Guzmán MO. La gravedad del duelo como acontecimiento. 2017;20(3):497-510.
5. Pacheco M. Psicología educativa. 1998;23:115-21. Available from: goo.gl/ZaJb15
6. López de Ayala García C, Galea Martín T, Campos Méndez R. (2010). Guía Clínica. Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos. Extremadura: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura
7. Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. Artículo de revisión El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Rev Spec Médico-Quirúrgicas. 2008;13(1):28-31.
8. Pereira Tercero R. Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. FMC Form Médica Contin en Atención Primaria [Internet]. 2010;17(10):656-63. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406299>

9. Shear MK. Complicated Grief. *N Engl J Med* [Internet]. 2015;372(2):153–60. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1315618>
10. Echeburúa Odriozola E, Herrán Boix A. ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modif Conduct* [Internet]. 2007;33(147):31–50. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2388069&orden=354909&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2388069>
11. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo : Evaluación , Diagnóstico Y Tratamiento. *Psicooncología* [Internet]. 2008;5(1):103–16. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A/15522>
12. Block TM, Rawat S, Brosgart CL, Francisco S. *HHS Public Access*. 2017;73(7):69–81.
13. Burdeus PE, Sánchez C de M, Álvarez RÁ, Molpeceres EM, Aguirre BM, Fernández AR, et al. Duelo prolongado y factores asociados. *Psicooncologia*. 2016;13(2–3):399–415.
14. Fernández-Alcántara M, Pérez-Marfil MN, Catena-Martínez A, Pérez-García M, Cruz-Quintana F. Influence of emotional psychopathology and type of loss in the intensity of grief | Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Rev Iberoam Psicol y Salud*. 2016;7(1).
15. Cabodevilla Eraso I. Las pérdidas y sus duelos. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(SUPPL. 3):163–76.

16. López MDH. ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños?/Do adults understand the grief of children? *Acta Pediatr Esp* [Internet]. 2015;73(2):27–32. Available from: <http://search.proquest.com/openview/f3b86c8e523629e5466756dbcdca37af/1?pq-origsite=gscholar>
17. García ALG, Hurtado AG, Aranda BE. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cancer de mama. *Psicooncologia*. 2015;12(1):129–40.
18. Noguera Ortiz NY, Pérez Ruiz C. The nursery situation: “a miracle of life” in the integral application of the concept of mourning. *Av en Enfermería* [Internet]. 2014;32(2):306–13. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/44278/1/46245-224574-1-PB.pdf>
19. Gabaldón Fraile S. El duelo en el niño. FMC.2006
20. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM, Portillo Strempell J, Benítez del Rosario MA. Atención a la familia. *Atención Primaria* [Internet]. 2002;30(9):576–80. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656702791099>
21. Heather Herdman T, PhD, RN. *Diagnostivos enfermeros. Definiciones y clasificación*. Barcelona; Elsevier 2012-2014
22. Moorhead S, Johnson M, Maas MI, Swanson E, editoras. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 4ªed. Barcelona ; Elsevier 2009.
23. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería NIC*. 5ªed. Barcelona; Elsevier 2009.
24. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E, editores. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnosticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª ed. Barcelona;2007

- 25 Carbonell MM, Díaz RP, Marín AR. Valor diagnóstico de la escala de ansiedad y depresión de goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Univ Psychol*. 2016;15(1):177–92.
- 26 Bobes García J, González G.-Portilla MP, Sáiz Martínaz PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño [Internet]. Vol. 12, *Psicothema*. 2000. p. 107–12. Available from: <http://www.psicothema.com/pdf/260.pdf>.
- 27 Moral de la Rubia, J, Miaja Ávila, M. Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2015;13(1):7-25. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80140030001>
- 28 Fok CCT, Allen J, Henry D, Team PA. The Brief Family Relationship Scale: A Brief Measure of the Relationship Dimension in Family Functioning. *Assessment*. 2014;21(1):67–7
- 29 Ledesma-delgado ME. O Processo De Enfermagem Como Ações De Cuidado Rotineiro: Construindo the Nursing Process Presented As Routine Care Actions: Building Its Meaning in Clinical Nurses ' Perspective. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009;17(3):42 a 49. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300008&script=sci_abstract&tlng=es

8. ANEXOS

ANEXO 1. MANIFESTACIONES COMUNES DEL PROCESO DE DUELO.

MANIFESTACIONES CORRIENTES DEL DUELO*

SENTIMIENTOS

Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y auto-reproches, ansiedad sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional,...

SENSACIONES

Molestias gástricas, dificultad para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño,...

COGNICIONES

Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto,...

ALTERACIONES PERCEPTIVAS

Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia,...

CONDUCTAS

Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido,...

Fuente: Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): El proceso del duelo. MEDIFAM - Rev Med Fam y Comunitaria [Internet]. 2002;12(3):218-25. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0036255207&partnerID=tZOtx3y1>

ANEXO 2. FASES DEL DUELO

FASE DEL DUELO	DEFINICIÓN
NEGACION	El doliente se niega a aceptar la situación de pérdida que atraviesa, sea real o potencial.
IRA	La persona afectada culpa a los demás por la pérdida, se descarga emocionalmente la responsabilidad en otros.
PACTO/ NEGOCIACION	El doliente hace un acuerdo consigo mismo para iniciar el entendimiento de la experiencia que atraviesa. Se realiza como mecanismo para retrasar la depresión que genera la pérdida.
DEPRESIÓN	Se vive con sentimiento de desamparo, desesperanza, impotencia, dolor y tristeza.
ACEPTACIÓN	Es la fase final del proceso donde el doliente recuerda al ser querido, pero no se revive el dolor ni se hacen planes hacia el futuro frente a la recuperación de lo perdido.

Fuente : Elaboración propia.

ANEXO 3. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLBERG.

SUBESCALA ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿ Ha tenido dificultades para dormir?		
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿ Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
¿ Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
SUBESCALA DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿ Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿ Ha perdido peso? (a causa de falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

Fuente : Elaboración propia

ANEXO 4. CUESTIONARIO DEL SUEÑO DE OVIEDO.**Cuestionario Oviedo del Sueño (COS)****Durante el último mes**

COS1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

- | | | |
|---|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> muy insatisfecho | 2 <input type="checkbox"/> bastante insatisfecho | 3 <input type="checkbox"/> insatisfecho |
| 4 <input type="checkbox"/> término medio | 5 <input type="checkbox"/> satisfecho | 6 <input type="checkbox"/> bastante satisfecho |
| 7 <input type="checkbox"/> muy satisfecho | | |

COS2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
COS21. Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
COS22. Permanecer dormido	1	2	3	4	5
COS23. Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
COS24. Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
COS25. Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

COS3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

- | | | |
|--|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> 0-15 minutos | 2 <input type="checkbox"/> 16-30 minutos | 3 <input type="checkbox"/> 31-45 minutos |
| 4 <input type="checkbox"/> 46-60 minutos | 5 <input type="checkbox"/> más de 60 minutos | |

COS4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ninguna vez | 2 <input type="checkbox"/> 1 vez | 3 <input type="checkbox"/> 2 veces |
| 4 <input type="checkbox"/> 3 veces | 5 <input type="checkbox"/> más de 3 veces | |

Si normalmente se despertó, Ud. piensa que se debe a ...

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dolor | <input type="checkbox"/> necesidad de orinar | <input type="checkbox"/> ruido |
| <input type="checkbox"/> otros. Especificar: | | |

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO OVIEDO DE SUEÑO

COS5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo antes?

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> se ha despertado como siempre | 2 <input type="checkbox"/> media hora antes |
| 3 <input type="checkbox"/> 1 hora antes | 4 <input type="checkbox"/> entre 1 y 2 horas antes |
| 5 <input type="checkbox"/> más de 2 horas antes | |

COS6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama). Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

- | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 91-100% | 2 <input type="checkbox"/> 81-90% | 3 <input type="checkbox"/> 71-80% |
| 4 <input type="checkbox"/> 61-70% | 5 <input type="checkbox"/> 60% o menos | |

COS7. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ningún día | 2 <input type="checkbox"/> 1-2 d/s | 3 <input type="checkbox"/> 3 d/s |
| 4 <input type="checkbox"/> 4-5 d/s | 5 <input type="checkbox"/> 6-7 d/s | |

COS8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ningún día | 2 <input type="checkbox"/> 1-2 d/s | 3 <input type="checkbox"/> 3 d/s |
| 4 <input type="checkbox"/> 4-5 d/s | 5 <input type="checkbox"/> 6-7 d/s | |

COS9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ningún día | 2 <input type="checkbox"/> 1-2 d/s | 3 <input type="checkbox"/> 3 d/s |
| 4 <input type="checkbox"/> 4-5 d/s | 5 <input type="checkbox"/> 6-7 d/s | |

COS10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) ...

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
COS101. Ronquidos	1	2	3	4	5
COS102. Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
COS103. Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
COS104. Pesadillas	1	2	3	4	5
COS105. Otros	1	2	3	4	5

COS11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

1 ningún día 2 1-2 d/s 3 3 d/s
4 4-5 d/s 5 6-7 d/s

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir:

Fuente: Bobes García J, González G.-Portilla MP, Sáiz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño [Internet]. Vol. 12, Psicothema. 2000. p. 107-12. Available from: <http://www.psicothema.com/pdf/260.pdf>.

ANEXO 5. ESCALA DE LAS FASES DEL DUELO (EFD – 66)

1	2	3	4	5
NUNCA	POCAS VECES	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

F.E	ITEM	FRECUENCIA				
		1	2	3	4	5
1N	1. No creo que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
1I	2. Hago corajes por todo.	1	2	3	4	5
1P	3. Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	1	2	3	4	5
1D	4. Me siento triste.	1	2	3	4	5
1A	5. Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	1	2	3	4	5
2N	6. Niego completamente que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
2I	7. Cualquier cosita me enoja	1	2	3	4	5
2P	8. Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	1	2	3	4	5
2D	9. Lloro más de lo que solía llorar.	1	2	3	4	5
2A	10. Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	1	2	3	4	5
3I	11. Lloro de coraje.	1	2	3	4	5
3P	12. Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	1	2	3	4	5
3D	13. Siento que nadie me apoya.	1	2	3	4	5
3A	14. El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
4N	15. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
4I	16. Siento impotencia al no comprender la enfermedad.	1	2	3	4	5
4P	17. Prometo portarme mejor para mejorar mi salud	1	2	3	4	5
4D	18. Me aílo de las demás personas	1	2	3	4	5
4A	19. Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	1	2	3	4	5
5N	20. No voy al doctor, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
5I	21. Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	1	2	3	4	5
5P	22. Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	1	2	3	4	5
5D	23. Deseo estar muerta(o)	1	2	3	4	5
5A	24. Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	1	2	3	4	5
6N	25. Les oculto la enfermedad a los demás.	1	2	3	4	5
6I	26. Me enoja con el Ser Supremo por tener la enfermedad	1	2	3	4	5

6P	27. Prometo ser mejor persona, si me recupero.	1	2	3	4	5
6D	28. Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	1	2	3	4	5
6A	29. Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	1	2	3	4	5
7N	30. Me engaño al negar la enfermedad	1	2	3	4	5
7I	31. Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
7P	32. La fe me ayuda a pensar positivamente.	1	2	3	4	5
7D	33. Siento que no hay nada por lo que luchar.	1	2	3	4	5
7A	34. Acepto el hecho de tener la enfermedad	1	2	3	4	5
8A	35. Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.	1	2	3	4	5
8I	36. Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
8P	37. Pienso que mi fe mejorará mi salud.	1	2	3	4	5
8D	38. Tengo pensamientos negativos.	1	2	3	4	5
8A	39. Acepto con resignación la enfermedad.	1	2	3	4	5
9N	40. Suelo ignorar que tengo la enfermedad	1	2	3	4	5
9I	41. Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
9P	42. Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	1	2	3	4	5
9D	43. No tengo ganas de hacer nada	1	2	3	4	5
9A	44. Tomo las cosas como son.	1	2	3	4	5
10N	45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	1	2	3	4	5
10I	46. Pienso por qué a mí.	1	2	3	4	5
10P	47. Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones.	1	2	3	4	5
10D	48. Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	1	2	3	4	5
10A	49. Siento que voy a superar la enfermedad.	1	2	3	4	5
11N	50. Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
11I	51. Siento que es injusto tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
11P	52. Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	1	2	3	4	5
11D	53. Siento que se me acaban las fuerzas.	1	2	3	4	5
11A	54. El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
12N	55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	1	2	3	4	5

12I	56. Me enoja el no poder hacer mi vida normal.	1	2	3	4	5
12P	57. Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	1	2	3	4	5
12D	58. He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	1	2	3	4	5
12A	59. Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad	1	2	3	4	5
13A	60. Me siento mejor al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
14N	61. Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	1	2	3	4	5
14A	62. No quiero enterarme de lo que me sucede.	1	2	3	4	5
15N	63. Pienso que voy a salir pronto de esto	1	2	3	4	5
15A	65. Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar	1	2	3	4	5
16N	66. Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.	1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 6. BRIEF FAMILY RELATIONSHIP SCALE**Cohesion**

- 1. In our family we really help and support each other.
- 3. In our family we spend a lot of time doing things together at home.
- 6. In our family we work hard at what we do in our home.
- 7. In our family there is a feeling of togetherness.
- 12. My family members really support each other.
- 14. I am proud to be a part of our family.
- 16. In our family we really get along well with each other.

Expressiveness

- 4. In our family we can talk openly in our home.
- 8. In our family we sometimes tell each other about our personal problems.
- 18. In our family we begin discussions easily.

Conflict

- 2. In our family we argue a lot. (R)
- 5. In our family we are really mad at each other a lot. (R)
- 9. In our family we lose our tempers a lot. (R)
- 11. In our family we often put down each other. (R)
- 13. My family members sometimes are violent. (R)
- 19. In our family we raise our voice when we are mad. (R)

Fuente: Fok CCT, Allen J, Henry D, Team PA. The Brief Family Relationship Scale: A Brief Measure of the Relationship Dimension in Family Functioning. Assessment. 2014;21(1):67-7

ANEXO 7. VALORACIÓN POR PATRONES DE LA PACIENTE DEL CASO CLÍNICO.

Patrón 1: Percepción – Manejo de salud

La paciente no presenta antecedentes de enfermedades infantiles ni quirúrgicas recientes.

No constan alteraciones neurológicas, respiratorias, locomotoras ni genito-urinarias.

En la familia existen antecedentes de Hepatitis C, diabetes, hipotiroidismo y cáncer de colon.

La adolescente está vacunada adecuadamente y no presenta ninguna enfermedad inmunológica ni infecto-contagiosa.

No constan alergias alimentarias ni farmacológicas y no presenta ningún hábito tóxico (tabaco, alcohol ni drogas).

La paciente cuida de su higiene e imagen personal y siempre ha mostrado interés por mantener un correcto estado de salud.

Patrón 2: Nutricional y metabólico

Datos basales:

Peso: 39 kg

Altura: 145 cm

IMC: 18.6 (Normal)

La paciente realiza 5 comidas al día (desayuno, almuerzo, comida y cena) y consume aproximadamente 3 litros de agua al día. La adolescente sigue una dieta variada sin ninguna intolerancia ni alergias conocidas.

Correcta higiene y no refiere alteraciones bucales.

Estado de la piel óptimo, hidratada, con buena coloración y sin lesiones.

Patrón 3: Eliminación

La paciente va al baño con normalidad, 1 vez al día, con deposiciones de coloración y consistencia normales, sin molestias y sin estreñimiento.

Orina con normalidad de manera frecuente a lo largo del día.

Refiere sudoración normal sin alteraciones a destacar.

Patrón 4: Actividad/ Ejercicio

La adolescente baila flamenco varias horas a la semana, bailes modernos y acude a clases de kung fu.

No presenta alteraciones.

Patrón 5 : Sueño- Descanso

Refiere tener dificultad para conciliar el sueño y comienza a tener abundantes pesadillas y tener miedo a la oscuridad y a estar sola.

Trata de dormir al menos 7 horas al día.

No consume medicamentos ni ningún otro tipo de ayuda para dormir.

Se le realiza el cuestionario del sueño de Oviedo y los resultados según la puntuación obtenida determinaron que la joven sufre Insomnio.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo

La adolescente no presenta alteraciones sensoriales.

La paciente no tiene total conciencia de la situación actual tras el fallecimiento de su padre, se encuentra en la fase de negación y por ello prefiere evadirse en ocasiones de la realidad.

Además encontramos un caso de alteración del rol en el que la paciente se siente responsable del cuidado del resto de la familia así como responsable de las tareas que en condiciones normales lleva a cabo su madre.

También cuenta seguir viendo en ocasiones a su padre fallecido como si nada hubiese cambiado.

Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto

Ante la nueva realidad la paciente asume una actitud de negación y prefiere evadirse en muchas ocasiones.

La paciente tras el fallecimiento está asumiendo tareas propias de su madre identificando así una alteración del rol familiar.

Además está asumiendo una actitud de huida y aislamiento de las relaciones personales, ya que no tiene ganas de salir de casa.

No presenta alteraciones ante la percepción de su imagen corporal.

Se realiza la escala de Golberg para determinar si padece ansiedad o depresión y los resultados fueron negativos respecto a la ansiedad pero positivo para la depresión.

La adolescente responde al cuestionario de fases del duelo y los resultados son de la primera etapa de negación.

Patrón 8: Rol- Relaciones

La paciente vive actualmente con su madre y hermana mayor. Antes de la pérdida de su padre tenía muy buena relación tanto con su familia como con su grupo de amigos. En los últimos meses la relación con sus padres se ve alterada, mostrando desapego, debido a los cambios conductuales en su padre a causa de la medicación.

Se le realiza la escala Brief Family Relationship obteniendo resultados negativos.

Tras el fallecimiento la adolescente se ha aislado y no tiene ganas de salir de casa ni de quedar con sus amigos, además está asumiendo el papel de su madre en casa.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Sin alteraciones.

Patrón 10: Adaptación y Tolerancia al estrés

La paciente no afronta la realidad y asume una actitud de huida y negación. Se siente la responsable del hogar ocupando así la posición de su madre.

Patrón 11: Valores y Creencias

Sin alteraciones.

