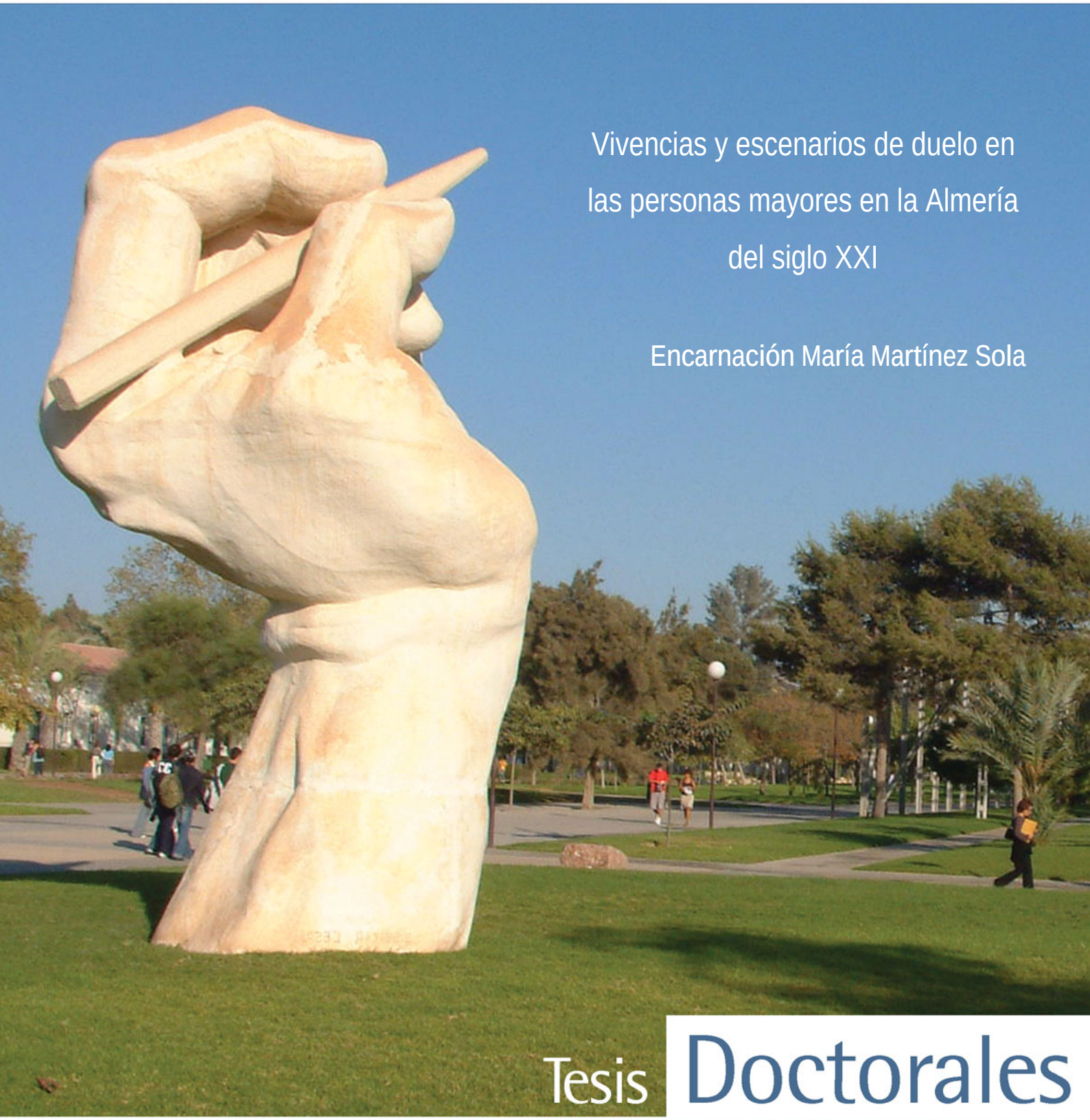
Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Vivencias y escenarios de duelo en las personas mayores en la Almería del siglo XXI

Encarnación María Martínez Sola

Tesis Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE

Vivencias y escenarios de duelo en las personas mayores en la Almería del siglo XXI

Tesis doctoral

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Presentada por: Encarnación María Martínez Sola

Director: José Siles González

Programa de doctorado: Enfermería y Cultura de los Cuidados

Departamento de Enfermería

INDICE

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

PALABRAS CLAVE

KEY WORDS

I.-INTRODUCCION _____ **13**

1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN _____ 13

2. OBJETIVOS _____ 22

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACION _____ 23

II.-ESTADO DE LA CUESTIÓN _____ **24**

1. CRISIS DEL CUIDADO INFORMAL _____ 24

2. INSTITUCIONALIZACION DEL ANCIANO _____ 27

3. DUELO _____ 35

4. DUELO EN GERIATRIA _____ 41

5. INTERVENCIÓN EL DUELO _____ 48

5.1. LA RELACION DE AYUDA EN EL DUELO _____ 50

5.2. PLAN DE CUIDADOS EN EL ANCIANO ENFOCADO

EN EL DUELO _____ 55

III.- PARADIGMA Y MARCO TEÓRICO _____ **62**

1. PARADIGMA HERMENEUTICO Y ETNOENFERMERIA _____ 62

2. EL MODELO ESTRUCTURAL _____ 66

2.1. UNIDAD FUNCIONAL _____ 67

2.2. MARCO FUNCIONAL _____ 74

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.3. ELEMENTO FUNCIONAL 77

3. CONCEPTUALIZACION DEL DUELO 82

4. MODELOS PSICOLÓGICOS DE LOS PROCESOS DE DUELO 86

5. CLASIFICACIÓN DEL DUELO 92

6. FASES DEL DUELO 103

7. VARIABLES QUE AFECTAN AL DUELO 107

IV.- METODOLOGIA 109

1. MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS 112

1.1. OBSERVACION PARTICIPANTE 112

1.2. ENTREVISTA 114

2. REVISION BIBLIOGRAFICA 120

3. CUESTIONES ETICAS 120

4. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN 121

5. ACCESO AL CAMPO 125

V.- RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN 126

1. MEDIO RURAL 126

1.1. PATRONES FUNCIONALES 129

1.2 ANALISIS ESTRUCTURAL 134

2. MEDIO INSTITUCIONAL 146

2.1. FAMILIA 138

2.2. PERSONA MAYOR. PATRONES FUNCIONALES 140

2.3. ANALISIS ESTRUCTURAL 146

2.4. CONTEXTO INSTITUCIONAL **152**

3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE AMBOS ESCENARIOS 158

4. PROPUESTAS DE INTERVENCION EN EL PROCESO DE DUELO 165

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

VI. – CONCLUSIONES 167

VII.--BIBLIOGRAFIA 173

VIII. —ANEXOS 190

ANEXO I: OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LA RESIDENCIA DE MAYORES

ANEXO II: SERVICIOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES

ANEXO III: POBLACIÓN DE VELEFIQUE

ANEXO IV: FOTOGRAFIAS DEL PUEBLO DE VELEFIQUE

ANEXO V: FOTOGRAFIAS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES

ANEXO VI: GUION OBSERVACION PARTICIPANTE Y ENTREVISTA

ANEXO VII: SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN TESIS

ANEXO VIII: LISTA DE TABLAS

ANEXO IX: VALORACIÓN PARA RESIDENTES POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD ENFOCADA EN EL DUELO

ANEXO X: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN LA PERSONA MAYOR RELACIONADOS CON EL DUELO

ANEXO XI: PLAN DE CUIDADOS DIRIGIDO AL RESIDENTE DOLIENTE

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INDICES DE TABLAS

ANEXO VIII: LISTA DE TABLAS

TABLA I: MOTIVOS INSTITUCIONALIZACION

TABLA II: VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

TABLA III: VIVENCIAS PROPIAS DE LOS ANCIANOS

TABLA IV: CENTROS RESIDENCIALES SEGÚN EL TIPO DE CENTRO. NÚMERO DE CENTROS

TABLA V: MODELO TENTATIVO DEL PROCESO DE ADAPTACION DE LOS FAMILIARES TRAS EL INGRESO DEL ANCIANO EN LA RESIDENCIA

TABLA VI: FASES DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN EMOCIONAL DE LA FAMILIA

TABLA VII: TERMINOLOGÍA ANGLOSAJONA DE LOS PROCESOS DE DUELO

TABLA VIII: VARIABLES QUE AFECTAN EN LA FORMA DE VIVIR EL DUELO

TABLA IX: REACCIONES ANTE EL DUELO

TABLA X: FACTORES INFLUYENTES EN EL DUELO

TABLA XI. ALGUNOS DE LOS SINTOMAS QUE PUEDEN ESTAR PRESENTES EN EL PROCESO DE DUELO

TABLA XII CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE AYUDA

TABLA XIII: LAS MOTIVACIONES DE LA ENFERMERIA SEGÚN LAS TEORICAS

TABLA XIV: DIFERENTES TIPOS DE PÉRDIDAS

TABLA XV: MODELOS PSICOLÓGICOS DE LOS PROCESOS DE DUELO

TABLA XVI: MODELO DE ELABORACIÓN DEL DUELO DE RANDO

TABLA XVII: DIFERENCIAS ENTRE DUELO NORMAL Y DEPRESIÓN

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mi eterno agradecimiento a mi director de tesis José Siles, por sus continuas aportaciones para poder finalizar este proyecto

A todas las personas mayores que participaron en este estudio, por su cooperación desinteresada.

A mis padres, por su trabajo y dedicación para poder darme la mejor formación académica.

A Juan Carlos, Mar y… que con su cariño y apoyo me motivaron para concluir esta tesis.

A toda mi familia y amigos, y todas aquellas personas que han sido importantes para mí durante todo este tiempo

A todos…… GRACIAS

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RESUMEN

La presente tesis se encuadra en el paradigma hermenéutico, el cual está destinado a profundizar en la pregunta de la investigación, que en este caso versa sobre el transcurso del duelo en la persona mayor dependiendo del escenario donde se desarrolle dicho rito. Para responder a dicha cuestión y estudiar de forma más especifica" la cultura del duelo" se utilizó la ettnoenfermería, que es un método desarrollado por Leininger en 1960, cuya base es la enfermería transcultural.

Esta tesis se sitúa en dos escenarios almerienses: el medio rural, cuya principal unidad funcional es la familia y una residencia de mayores, cuya principal unidad funcional es el personal que trabaja en la institución.

En dichas residencias, en los últimos años, ha aumentado el número de ingresos debido al aumento de la esperanza de vida, acompañado de una crisis en el cuidado informal. Esta situación lleva consigo que la persona viva el duelo de forma distinta atendiendo al escenario donde se desarrolle, bien sea la familia o la institución. El anciano, por las circunstancias que le rodean, vive de una forma peculiar la muerte y el duelo. Este rito además de ser un fenómeno biológico se ha convertido en una construcción social y cultural.

En el medio rural, el apoyo social principalmente lo aporta la familia y la vecindad, sin embargo en el entorno residencial, este apoyo está profesionalizado. Parte de estos profesionales, es el personal de enfermería, cuyo objetivo es ayudar a la persona mayor a desarrollar un duelo saludable, una vez valoradas sus necesidades. Para ello es necesario desarrollar un plan de cuidados para abordar las necesidades detectadas del doliente.

Tras realizar la investigación se denotaron que existían claras diferencias entre vivir el duelo en una institución cerrada y en el seno familiar, aunque en ambos casos el

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ritual del duelo, esta rodeado de una dinámica costumbrista que se ha ido modificando con el paso de los años.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ABSTRACT

The aim of this research is to describe and analyze the experiences, attitudes, beliefs and emotions experienced by the elderly to face the death depending on the context in which it takes place.

It falls into the hermeneutic paradigm, which is intended to deepen the research question, which in this case concerns the course of mourning process in the elderly depending on the scenario where the rite is developed. Methodologically, to study more specifically "culture of mourning process" was used ethnonursing developed by Leininger in the sixties, whose base is the Transcultural Nursing.

This thesis is situated in two different scenarios in Almeria: rural areas, whose main functional unit is the family, being the wife or daughter the functional element, and a home for the elderly home, whose functional unit is part of the institutional and professional standards of care, being staff working in the institution the functional element.

In these elderly homes, in recent years has increased the number of admissions due to increased life expectancy, accompanied by a crisis in informal care. This entails the person to live the “mourning process” in a different way depending where the scenario takes place, either the family or institution. The elderly, by circumstances around him, lives the death and mourning process in a peculiar way. This rite besides being a biological phenomenon has become a social and cultural construction. In rural areas, mainly social support is provided by the family and the neighbourhood, but in the residential environment, this support is professional. Some of these professionals are the nurses, whose goal is to help the elderly to develop a healthy mourning process once his needs have been assessed. This requires developing a care plan to deal with the identified needs of the mourner.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Among the study conclusions, stand out the clear difference between live the mourning process in a closed institution and within family, although in both cases the ritual of mourning, is surrounded by a dynamic of custom that has been modifying over the years.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

PALABRAS CLAVE:

- Duelo
- Residencia de mayores
- Muerte
- Ancianos

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

KEY WORDS:

- Mourning
- Death
- Old people´s homes
- Elderly

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

I.-INTRODUCCION

Esta tesis es fruto de un largo periodo de investigación y profundización en el tema del duelo. Este trabajo se ha desarrollado en dos escenarios: una institución cerrada (residencia de ancianos) y una comunidad abierta (un pueblo), en el que se ha investigado a las personas mayores.

1.- MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El interés por el tema de la muerte y el morir, ha sido desarrollado desde perspectivas muy diversas. Desde la época prehistórica, el ser humano ha venido prestando especial atención a sus muertos y moribundos. Todos los grupos humanos tienen conductas, rigen normas sociales y dotan de significado a la muerte de sus congéneres. Además de un fenómeno biológico, la muerte es una construcción social y cultural.

La definición de muerte es un tema complejo en el que deben intervenir varios puntos de vista y que está íntimamente relacionado con el concepto de ser humano y persona. A pesar de ser el hecho biológico más incontestable y universal, todavía constituye en muchas culturas, como la nuestra, un tabú a pesar de que casi nunca se ha escrito tanto sobre la muerte y el morir como en nuestros días. Arnaiz en 2003 enunciaba;

"*Entender la muerte, entender la vida" El tabú sobre la muerte es tan grande que se prohíbe hablar del sufrimiento y, sobre todo, del fracaso: sólo existen los que triunfan, y sólo se puede hablar del éxito*".

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En las sociedades occidentales, de tipo individualista, las creencias culturales derivan en que: «por la ley de la vida es esperable que los padres ancianos mueran, y que los adultos sigan viviendo como **si nada hubiese pasado**». Consecuentemente se espera, que la reacción por la pérdida del progenitor pase lo más rápido posible y se retorne prontamente al trabajo y a ser productivo nuevamente. (Yoffe, 2002) Pero todos sabemos que sí **pasan** cosas y que con silenciarlas no significa que no ocurran. A partir de este concepto me surge la curiosidad de saber que es lo que esta **pasando** detrás del silencio que rodea a la muerte. Para ello resulta imprescindible buscar una etapa donde se sucedan frecuentes fallecimientos: la vejez.

Continuando con la sociedad occidental cabe destacar que; existen dos tipos de fallecimientos más comunes, la muerte súbita, reconocida estadísticamente como la 'más deseada' y la muerte lenta, precedida de un periodo agónico. Dicho periodo tendrá como protagonista al “moribundo. La distinción de una persona como incurable no depende exclusivamente de criterios médicos, sino que entran en juego factores de índole social, cultural o personal. La mayoría de las muertes pueden ser vinculadas a un síndrome de "muerte ambigua", en el que no existe un pronóstico terminal. Muchas veces la línea entre la cronicidad y el estado terminal de la enfermedad se difumina, y sucede que una persona puede morir sin haber estado "muriendo", y otra que se está muriendo puede vivir incluso varios años. La identificación y reconocimiento del proceso de morir y el momento en que se ésta, será de capital importancia. (Montoya, 2006)

Sin embargo debido a los avances de la medicina cada vez se prolonga más el periodo agónico, en una lucha contra la muerte. Nuestros mayores principalmente han vivido la muerte no medicalizada, en el entorno familiar y fuera de la institución, es por ello que el hogar se convierte en el sitio deseado para morir. Los ancianos viven el

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

duelo en la comunidad, entendiendo como tal: un escenario en que se conjugan una variedad de factores asociados al cuidado de la salud. (Ostinguin, 2004). Los dos escenarios fundamentales en los que se va a centrar este trabajo va a ser: la familia (medio rural) y una institución cerrada (una residencia de mayores).

El temor a la muerte es uno de los principales miedos del ser humano; pensar en nuestra propia muerte produce un estado emocional desagradable denominado ansiedad ante la muerte (Templer, 1970). Tanto es así, que en el libro "Tibetano de la vida y de la muerte", un maestro tibetano llamado Patrul Rinpoche lloraba el día de Año Nuevo y cuando se le preguntaba la razón, decía que lloraba porque otro año más había pasado y tanta gente estaba cerca de la muerte sin tener preparación para enfrentarla. (Rinipoché, 1994)

Esta aprensión también afecta al mundo sanitario, ya que se ha demostrado que los profesionales de los cuidados evitan a los pacientes moribundos Este pensamiento se hace más patente a medida que se llega a la vejez, ya que morir de viejo es considerado normal. La adaptación del anciano a la muerte se ha considerado como un aspecto crucial del envejecimiento. Morir, en definitiva, es ley de vida. Sin embargo, no para todos tiene el mismo significado y por eso la muerte, tema tabú por excelencia, puede suscitar todo tipo de actitudes, entre las cuales, las más frecuentes son el miedo y la ansiedad. Todo va a depender de si la muerte supone la culminación de la propia existencia humana o, al contrario, es una ruptura, un corte brusco e imprevisto en el ciclo vital del sujeto. (Martínez, 2001).

La visión del proceso de morir y el hecho puntual de la muerte, varía según el significado atribuido a la muerte y a la propia existencia. Se describen siete relaciones de los pacientes moribundos con la muerte:

- Vivir bajo la sombra de la muerte

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Vivir el momento
- Vivir la muerte como una experiencia más de la vida
- Transformar el significado de la muerte a través de la fe
- Transformar el significado de la muerte a través de la imaginación
- Silenciar la muerte
- Esperar la muerte.

La interpretación de la muerte va a estar determinada por múltiples factores, entre ellos se considera primordial la cultura y el entorno. Los ritos y expresiones de duelo, pena y tristeza son una de las expresiones humanas más antiguas en la evolución de la especie. Existen en todas las lenguas y culturas vocablos que expresan el duelo, el luto y los sentimientos, y en cada una de ellas se hallan profundamente enraizadas, e incluso cada cultura tiene sus diferentes matices, por ello resulta imposible lograr una concordancia total entre diferentes idiomas (Ruiz, 2011). En las culturas occidentales de tipo individualista existen diferencias visibles en torno a la expresión de las emociones en los duelos. La cultura norteamericana, por ejemplo, tiene una tendencia marcada hacia el autocontrol de las emociones y hacia un tipo de sufrimiento en silencio. Esto marca una gran diferencia con grupos provenientes de marcos culturales donde la expresión de las emociones es permitida e incluso legitimada, como se puede ver en la cultura italiana, española, griega, etc. También existen diferencias culturales en la forma de afrontar la muerte; por ejemplo; mientras que en sociedades como la africana la muerte y el morir es un fenómeno natural, integrado en la vida, en nuestra sociedad se esconde y se considera un tabú desde todos los puntos de vista. De esta manera, mientras hay pueblos que miran el final de los días con miedo, rehusando hablar de los muertos, otros celebran como fiesta nacional el «día de los difuntos». (Caycedo, 2007). A esta situación han contribuido fenómenos como; la idealización de

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

la juventud, el individualismo, el consumismo…Cabe destacar que en las sociedades occidentales los ceremoniales relacionados con la muerte están sufriendo una férrea transformación. Nuestros ancianos han vivido el proceso del duelo en un entorno hogareño tradicional familiar, donde la comunidad era participe de dicha etapa. Sin embargo en la actualidad nuestros mayores están viviendo la muerte y el duelo en instituciones alejadas de su hogar; residencias, tanatorios, hospitales…

Si realizamos un análisis estadístico poblacional, observaremos que las pirámides demográficas se están modificando, tanto es así que el IMSERSO prevé que se pase de un 7% de personas mayores de 65 años en el año 1900 a un 58% en el 2050. En el año 2050 habrá en España 16.394.839 mayores, según la proyección del INE basada en el censo de 2001 (publicada en agosto de 2004), sobre un total de 53.147.442 habitantes, es decir, el 30,8% de la población. En el año 2003, representando un 17% de la población, había contabilizadas en España 7.276.620 personas de 65 y más años. Este aumento de la longevidad se ve favorecido por una mejora de la esperanza de vida al nacer, que se cifra (según datos censales del 2001) en varones y mujeres: 76,6 y 83,4 años, respectivamente, en 2002, y 80,9 y 86,9 en 2030.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Este aumento de la esperanza de vida, acompañada de una crisis en el cuidado informal, provocará que nuestros mayores vivan el último proceso de la vida dentro de una residencia geriátrica. Entendemos como *cuidado informal* a aquel que se presta a personas dependientes por familiares, amigos u otras personas que no reciben remuneración económica por la ayuda que ofrecen. (Wright, 19839). Este cuidado posee algunas características que lo definen:

- Carácter "no remunerado"

- Se desarrolla en el ámbito de las relaciones privadas. El lugar principal donde se presta el cuidado informal es el hogar, y este carácter doméstico le hace invisible para el espacio de lo público.
- El cuidado informal se enmarca dentro de las “tareas domésticas” del hogar y como tal, se asocia a un determinado rol de género: es "cosa de mujeres". (García, 2000)

Esta tipificación del cuidado, esta disminuyendo debido a la inclusión en el mundo laboral de la mujer. En datos censales de 2001 se estimaba para dicho año que el número de personas de 65 o más años que vivían en «asilos o residencias de ancianos eran 84.607. La fecha de referencia de los datos del Censo es el mes de noviembre de 2001, sin embargo, según el Informe 2002, ya en enero de ese año había en España más de doscientas mil plazas residenciales; tan sólo la suma de plazas propias y plazas concertadas se aproxima a la estimación del Censo (IMSERSO, 2002), había 89.962 plazas de este tipo, 55.289 propias y 34. 673 concertadas). En enero de 2004 el número de plazas residenciales era de 265.712 y la *ratio* de cobertura igual a 3,65 plazas por cada cien mayores. Entre las principales motivaciones para el incremento de dicha ocupación, se identifican las que van desde la soledad hasta las de tipo económico (TABLA I)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA I: MOTIVOS INSTITUCIONALIZACION

MOTIVOS DE INSTITUCIONALIZACION
1º. Evitar la soledad
2º. Razones familiares
3º. Motivos de salud o autonomía personal
4º. Por estar mejor atendidos
5º. Otras motivaciones
6º. No existía otra situación
7º. Motivos económicos

Fuente: (INSERSO, 2004)

Esta situación ha dado lugar al surgimiento del proceso llamado "institucionalización de la muerte", en cuyo contexto, resulta indispensable analizar las reacciones de las personas mayores y los factores influyentes en la última etapa del ciclo vital.

Tanto la edad como la institucionalización, entre otros van a ser unos factores primordiales para la interpretación y la ansiedad ante la muerte. (TABLA II)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA II: VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE
el sexo
la cultura
estatus social
experiencia educacional y profesional
enfermedad crónica o grave
estado de salud mental
relaciones interpersonales
religión y espiritualidad
presencia de sicopatología
integridad física
institucionalización

Para investigar dichos factores, las residencias de ancianos ofrecen la oportunidad de estudiar el proceso de morir de una manera más continuada. Estas instituciones son a menudo contempladas por la población y por los propios usuarios, como aquel lugar dónde se va a morir, la "sala de espera del cielo" (Forbes, 2001)

La gestión del morir en dichas instalaciones es, a menudo, conflictiva. Además de los factores comunes que afectan al proceso de morir existen factores ambientales como las políticas de personal, falta de comunicación y trabajo en equipo, las presiones gubernamentales centradas en procesos de rehabilitación, falta de intimidad y ruidos pueden influir y de hecho influyen en la calidad del "morir. Unido a estos factores van a interactuar el equipo multidisciplinar, la familia y el residente. Dentro del personal sanitario, los profesionales de enfermería serán probablemente, los que más

directamente sufrirán y vivirán la proximidad a la muerte de los residentes, debido a que es el colectivo que pasa más horas con el anciano, prestándole un cuidado integral continuado.

Para mejorar dicha atención, es imprescindible conocer los aspectos que más les preocupan a las personas mayores, con el fin de prestar unos cuidados basados en sus necesidades

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.-OBJETIVOS

GENERAL

- Describir, analizar y diferenciar las vivencias, actitudes, factores, creencias y emociones experimentados por el anciano ante la muerte dependiendo del contexto en el que tiene lugar.

ESPECIFICOS

- Describir y analizar las actitudes experimentadas por el anciano en el medio rural, entorno a la muerte y el duelo
- Describir y analizar las actitudes experimentadas por el anciano, en una institución cerrada, en torno a la muerte y el duelo
- Identificar los distintos tipos de duelo existentes en el anciano, atendiendo al escenario donde se desarrollan
- Analizar la incidencia de las diferentes estructuras sociales en las formas de vivir y sentir el duelo en los ancianos.
- Describir la incidencia de la cultura personal e institucional en el proceso de duelo experimentado por los ancianos en una institución cerrada.
- Valorar las necesidades de la persona mayor, en el proceso de duelo, según los patrones funcionales de Gordon

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.-PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- ¿Cómo transcurre el proceso muerte y duelo en el anciano institucionalizado y no institucionalizado?
- ¿Qué tipo de creencias, valores y otros factores caracterizan el proceso de muerte y duelo el anciano institucionalizado y no institucionalizado?
- ¿Cómo experimenta el proceso de muerte y duelo; el anciano institucionalizado y no institucionalizado?
- ¿Qué papel juegan las estructuras sociales implicadas en la forma de vivir el duelo del anciano?

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

II.-ESTADO DE LA CUESTIÓN.

Es numerosa la bibliografía sobre el duelo, la institucionalización geriátrica y la ancianidad de forma independiente. Sin embargo es escasa la bibliografía que interrelaciona estos 3 parámetros**.**

1. CRISIS DEL CUIDADO INFORMAL

Respecto a los cambios sociodemográficos; el aumento de la esperanza de vida hace que se alargue la última etapa de la vida, esto lleva consigo que la persona mayor se enfrente a una serie de situaciones habituales, provocadas por la longevidad: (Cátia, 2007) (TABLA III)

TABLA III: VIVENCIAS PROPIAS DE LOS ANCIANOS

VIVENCIAS EN ANCIANOS
Surgimiento y agravamiento de patologías
Pérdidas significativas; la muerte de amigos, familiares….
Soledad
Dificultades financieras
Rol social desvalorizado

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Al factor sociodemográfico, hay que añadirle las transformaciones en la estructura familiar, acaecidas en los últimos años como la inclusión de la mujer en el mundo laboral o la transición de la familia troncal a la familia nuclear.

A lo largo de la historia se ha establecido que el papel de la mujer sea el de cuidadora, proveedora de afecto, organizadora del mecanismo de satisfacción de necesidades fisiológicas y afectivas de los diferentes miembros de la familia. Esta función se ha visto mermada en cuanto la mujer se ha incorporado al mundo laboral.

Esta inclusión femenina en el mercado de trabajo español no ha venido motivada, como sucedió en la mayoría de países europeos, por una coyuntura económica favorable, sino por las presiones sociales a las que se vieron sometidas las clases con más bajo poder adquisitivo en una sociedad cada vez más consumista (Conde, 1982)

No por ello se renuncia a la familia y es precisamente esa dificultad de compaginar trabajo y hogar, de combinar las prioridades de los diferentes papeles que requiere poner en práctica, de forma efectiva, alternativas que hagan real, la posibilidad de un nuevo equilibrio entre familia y trabajo.(Martínez, 2010)

Tales cuestiones tienen mayor incidencia en el caso de familias que cuidan y atienden en el propio domicilio a una persona anciana enferma, frágil o discapacitada. Esa situación se vive con frecuencia como un problema, debido a la exigencia progresiva que implican las situaciones de cuidado informal. Hay diferentes aspectos a tener en cuenta como muestran diversos estudios. Para el caso español; las investigaciones ponen de manifiesto que la atención por parte de la familia, a personas dependientes y frágiles, están presentes y se explicitan con fuertes lazos de solidaridad, sentimientos de afecto, cariño y deseo de mantener a la persona dependiente en el hogar, y se rechaza, en general, de forma explícita la institucionalización, salvo en casos de fuerza mayor. Debido a nuestra cultura androcéntrica, el cuidado realizado en el domicilio se ve fuertemente modulado por las cuestiones de género y generación, de hecho, la mujer continua siendo en España la principal responsable de proporcionar los cuidados informales, siendo, según un estudio realizado en la Universidad de Huelva, el 94,1% de los cuidadores informales mujeres (Rodríguez, 2006)

Estos cambios estructurales, sociales demográficos y económicos acaecidos en nuestro país, han hecho que cada vez sea mayor la dificultad para conciliar el rol de cuidador o cuidadora con otros roles sociales, produciéndose, como consecuencia, una disminución

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

progresiva del recurso informal, es lo que se conoce como “crisis del cuidador informal” (Bover, 2006). Dicha situación ha provocado una reestructuración de los servicios sociales y consecuentemente un aumento de demanda de plazas residenciales. Por ejemplo el crecimiento registrado entre 2002 y 2006 ha sido del 30,6% en cuanto al número de centros y del 37,2% para el número de plazas (MSI, 2007). Existiendo en 2006 un total de 272.038, correspondientes a 5.145 centros. (IMSERSO, 2006)

TABLA IV

TABLA IV: CENTROS RESIDENCIALES SEGÚN EL TIPO DE CENTRO.

NÚMERO DE CENTROS

PLAZAS RESIDENCIALES				
Titularidad	**Número de centros**		**Número de plazas**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**
Pública	1.186	23,05	75.794	27,86
Privada	3.800	73,86	195.835	71,99
No contesta	159	3,09	409	0,15
TOTAL	**5.145**	**100,00**	**272.038**	**100,00**

Fuente: (INSERSO, 2006)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2. INSTITUCIONALIZACION DEL ANCIANO

El ingreso en residencias ha sido denominado con el concepto de institucionalización, para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización, sin embargo este concepto que hace referencia a un tipo de recursos especializado, cerrado, como antítesis de lo comunitario. (Leturia, 1999) Este proceso viene determinado por la necesidad del cuidado profesional, acompañado de diversos factores socio-sanitarios. El momento del ingreso en una residencia suele coincidir con un proceso vital que, en la mayoría de los casos, conlleva limitaciones funcionales, psíquicas y emocionales del sujeto.

En este proceso van a interactuar el personal institucional y la persona mayor acompañada por su familia (si la tuviese). Aunque se produzca "el desapego" del medio familiar no se produce una ruptura con el medio familiar. Un elemento importante a considerar es la relación entre el futuro residente y su familia. Esta relación no se corta cuando un miembro del sistema familiar ingresa en un centro. Estas creencias y prejuicios sobre la ruptura familiar carecen de base científica y conllevan efectos negativos importantes en la percepción socio cognitiva respecto a los centros, a los mayores y a los cuidadores. (Leturia, 1999)

La familia tras el ingreso del anciano en la residencia, pasa por una serie de etapas o estadios: (Rosenthal, 1992) TABLA V

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA V: MODELO TENTATIVO DEL PROCESO DE ADAPTACION DE LOS FAMILIARES TRAS EL INGRESO DEL ANCIANO EN LA RESIDENCIA

MODELO ROSENTHAL	
ESTADIO I — Ambivalencia/Inseguridad : preocupaciones intrapersonales: sentimientos de depresión, desmoralización, aislamiento, soledad, precariedad del estado de salud propia, tras los largos años de cuidados, culpa, resentimiento, rabia y remordimientos	ESTADIO III — Redistribución y Concesión/Ampliación
ESTADIO II — Asistencia frecuente/Hiperactividad	ESTADIO IV — Resolución/Adaptación

Estadio I:

En el momento del ingreso existe un predominio en el familiar de las preocupaciones intrapersonales: sentimientos de depresión, desmoralización, aislamiento, soledad, precariedad del estado de salud propia, tras los largos años de cuidados, culpa, resentimiento, rabia y remordimientos.

La ambivalencia puede surgir del sentimiento de alivio y agradecimiento, de que el anciano pueda recibir un nivel de cuidados que la familia ya no podía aportarle y la percepción simultánea de la pérdida del tipo de relación previo que aún mantenían, ante las necesidades de institucionalización.

También puede surgir dicha ambivalencia de la percepción simultánea de optimismo actual y del temor frente a los posibles cambios que pueda deparar el futuro

Estadio II:

Tras la fase agotadora a nivel físico y emocional, que caracterizaba el estadio inicial, y mejorado su estado psicofísico tras el descanso derivado del ingreso, el familiar emerge

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

con una sobreatención e hiperdedicación (con escaso placer y disfrute personal) hacia su familiar (múltiples visitas, «el familiar apenas sale de la residencia...»), quizás para poder afrontar los sentimientos de culpa e inseguridad que aún persisten en esta fase del proceso, o de dificultades de adaptarse a su nuevo rol.

Estadio III:

En esta fase los familiares, negocian consigo mismos y con el equipo cuidador, una nueva definición de sus responsabilidades, tipos de tareas y conductas apropiadas.

Estadio IV:

En este estadio la familia alcanza un balance entre sus propias necesidades y las del familiar, se siente a gusto dentro de la institución, acepta el cambio en la relación con su familiar, y la posibilidad de deterioro futuro de sus condiciones de salud, de una futura pérdida definitiva. La vulnerabilidad emocional se ha superado y los sentimientos de culpa, aunque nunca desaparecen del todo, se aceptan y se afrontan mejor.

La vida social de la familia, se reorganiza, lo cual para algunos supone una nueva vida fuera del medio residencial, que les permite definir la parte de sus vidas que desean dedicar a su familiar residente; para otros supone una reorganización de sus vidas en torno a la institución. En general, en este estadio la sensación de inseguridad e impredecibilidad deja paso a una mayor seguridad y sentimiento de control de la situación. (Padierna, 1994)

La institucionalización es un momento especialmente difícil para la familia, la decisión del ingreso en ocasiones recae sobre ésta, pudiendo generar sentimientos de culpa y efectos emocionales y relacionados muy importantes. Debe tomarse en consideración que el ingreso en un centro residencial puede ser también muy estresante para el cuidador, por ejemplo en los casos de demencia en los que se ha dado una relación de cuidado muy especial (Zarit, 1992).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Dependiendo de la fase en la que se encuentre la familia ira cambiando el foco familiar y el asistencial. (Rosenthal, 1992) TABLA VI

TABLA VI: FASES DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN EMOCIONAL DE LA FAMILIA

FASES DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN EMOCIONAL DE LA FAMILIA.
1. Ambivalencia/Inseguridad.
➢ Foco del familiar intrapersonal.
➢ Foco asistencial: familia como cliente.
2. Asistencia frecuente. Hiperactividad.
➢ Foco familiar: interpersonal centrado en el residente.
➢ Foco asistencial: familia como cliente.
3. Redistribución y Concesión/Ampliación.
➢ Foco interpersonal, incorporando al equipo asistencial y otros pacientes y familias.
➢ Foco asistencial: familia como cliente/recurso potencial.
4. Resolución/Adaptación.
➢ Foco familiar interpersonal, ampliado más allá de la institución.
➢ Foco asistencial: familia como recurso, puntualmente como cliente.

Si analizamos a Foucault; una residencia de ancianos, seria una institución de internados o utilizando la nomenclatura de Goffman, una institución total. Entendiendo como tal “aquel centro en el que el individuo es desposeído de su yo”. Para ambos autores dos son las características intrínsecas de dicho tipo de centros: el tiempo y el

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

espacio. En ellas se distingue dos grupos de población que, aunque comparten un mismo lugar geográfico (la institución), unos habitan todo el día, compartiendo una rutina diaria (internados) mientras que los otros permanecen en ese mismo lugar, pero únicamente algunas horas del día y son los que organizan y controlan esa rutina (personal) (Florez, 2003). En el personal trabajador se van a dar una serie de dinámicas grupales, divididas en 2 categorías dependiendo de su manifestación:

- Dinámicas manifiestas; Son los protocolos, costumbres, rituales hablados o escritos que son de conocimiento general, de dominio público.
- Dinámicas latentes: Constituyen los elementos emocionales que influyen en los procesos internos

Entre las ideas más importantes reveladas por Goffman, se ha reconocido especialmente que las actividades de la vida diaria se desarrollan en un mismo espacio, de manera muy normativizada y estructurada. Dentro de dichas instituciones existen mecanismos reguladores de tipo adaptativo que se implementan en estas situaciones, describiendo multitud de ejemplos como la compraventa de pequeños favores, incluso con el personal del centro, relaciones entre unos y otros, procesos, etc., que generan toda una cultura propia.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Continuando con dicho autor, cuando ingresa un interno viene con una cultura de presentación, o sea con sus hábitos que tenía afuera y se enfrenta a otra cultura; la de la institución total, produciéndose una aculturación que, en casos extremos, puede convertirse en des-culturación, o sea no puede volver al mundo exterior y sus hábitos anteriores, fenómeno que tiene lugar en la mayoría de las ocasiones, en una residencia de ancianos. En las residencias se crea una minicomunidad de personas extraídas de una comunidad mayor; la sociedad donde vivía el residente, con la que se establece escaso contacto, pasando a crearse nuevos y distintos vínculos sociales y de relación. Dentro

del centro las nuevas relaciones marcaran, a la vez, nuevas formas de organización social, de relación y convivencia, aspectos que deben ser identificados y atendidos por profesionales. Tanto es así que la literatura con uso consciente, o inconscientemente, opera con la distinción "dentro" (de la Residencia), "fuera" (de la Residencia). Este tipo de división es propia de las instituciones denominadas "totalizadoras" o "cerradas" que tienden a generar internamiento y separación entre la vida en el centro y lo que queda al otro lado de la puerta... Entorno a esta conceptualización se ha desarrollado teorías como el modelo residencial aislado-integrado. (Pincus, 1970) o el modelo desapego-apego. Basado en el desapego del medio familiar y el apego al entorno residencial, producido por la institucionalización. Esto conlleva que el individuo establezca nuevas relaciones de apego que instaurarán nuevos vínculos afectivos.

Entendemos por apegos "*a los compromisos afectivos que se han contraído con objetos e individuos, y en el curso de una vida, se desarrollan mediante una atención mutua y una retroalimentación productiva, proporcionando a las personas un sentido de dominio sobre el mundo*". (Bowlby, 1993)

Cabe destacar que para la mayoría de ancianos su cónyuge y/o sus hijos son las personas más importantes de su vida. Cuando la persona mayor se institucionaliza, va perdiendo las motivaciones y por lo tanto desvinculándose del medio natural ya que el desarraigo del medio familiar o social, provocara una disminución de contactos sociales, una pérdida de roles y una menor actividad que conlleva una visión de la muerte más cercana. (Tartler, 1961).

A esta separación contribuye las características físico-arquitectónicas de las instituciones geriátricas; lejanía del centro urbano, rigidez de entradas y salidas…concluyendo, obstáculos que existen para la progresiva desconexión entre el residente y el mundo exterior.

El proceso de institucionalización conlleva un distanciamiento progresivo entre el anciano y la familia, la cual va a ser reemplazada por el resto de resientes y los profesionales, con los que el anciano pasará todo el tiempo restante, hasta el ultimo rito de paso que acontece en el ciclo vital "el morir"

Tras la institucionalización, la persona va a vivir junto con sus compañeros, diversas situaciones, que en el caso del duelo, pueden llegar a ser cotidianas. Fruto de dicha convivencia se pueden establecer lazos afectivos; amistad, ayuda mutua, cariño, dolor, tristeza ansiedad, preocupación por las pérdidas... La relación entre residentes es un fenómeno complejo, porque depende de la disposición y expectativas de ellos, así como del entorno residencial y al igual que la persona va perdiendo motivaciones para vivir, también los pierde para otros aspectos de la vida, como establecer amistades. Se ha constatado que a mayor apoyo social (tanto por residentes como profesionales) mayor calidad de vida residencial. Entendemos apoyo social, como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida. Este tipo de ayuda se clasifica en: familiar o de tipo informal, ofrecido por los miembros de la familia (red primaria), vecinos, amigos o parientes (red secundaria), residan o no con la persona; y el apoyo institucional o de tipo formal, donde organismos públicos y privados asisten a la población; entre ellos se cuentan las instituciones de atención a la salud, fondos de pensiones, grupos religiosos, humanitarios y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios, entre otros. (Moreno, 2009). Centrándonos en el caso del duelo y el apoyo social hay distintos investigadores que han demostrado que el apoyo social brindado influye para que el duelo no se convierta en crónico o patológico, Para autores como Parkes (1972/1990), Weiss (1973/1987), Catherine Sanders (1988), Worden (1982/1991), Stanley Stylianos y Mary Vachon (1988); un déficit en el apoyo social del

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

que está en proceso de duelo podría hacer que dicho proceso se demore o que su salud disminuya. (Yoffe, 2002)

Estas relaciones serán de vital importancia para la conceptualización de la muerte, ya que si atendemos a la teoría de la desvinculación (Cumming, 1961) "un sujeto cuanto más se aísle menos motivación sentirá para vincularse a la vida" Por consiguiente a medida que va disminuyendo el interés por vivir: disminuirá el temor ante la muerte y el sujeto más se aproximara a la desvinculación definitiva; el fallecimiento. Además el contexto donde viva el mayor, va a ser esencial para comprender su visión sobre la pérdida. Se ha visto que existen claras diferencias entre los mayores que viven en su entorno habitual y los institucionalizados.

Otro aspecto que va a influir son: la personalidad, los valores, creencias y experiencias personales, en el transcurso de la vida. Las personas que sienten que su vida ha sido importante y significativa, están más preparadas para aceptar la muerte que aquellos que se plantean los propósitos de su vida. (Hernández, 2002).

Actualmente se tiende a una medicalización del duelo. Las variables asociadas a la prescripción de psicofármacos en estas situaciones son comunes a otras que caracterizan la psiquiatrización de la vida cotidiana. Estas variables son: escenario de relación médico-paciente, accesibilidad al Sistema sanitario, naturalismo[1] como modelo de clasificación sintomática, falta de recursos para la acción cognitivo-conductual que favorezca la elaboración del duelo. (PISMA, 2011)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

[1] El naturalismo o modelo biomédico es una teoría de la salud enfermedad, que concibe la enfermedad como una desviación de la norma estadística o por criterios biológicos a distinto nivel. Establece una discontinuidad (oposición) entre lo sano y lo patológico.
(En http://www.slideshare.net/JESUSARMANDOHARO/teoras-y-conceptos-de-salud-enfermedad).

3. DUELO

Para definir duelo, en primer lugar vamos a ver las definiciones que nos ofrece el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en su vigésimo segunda edición (DRAE, 2001).

Las dos acepciones que podemos encontrar son:

duelo[1].

(Del b. lat. duellum, guerra, combate).

1. m. Combate o pelea entre dos, a consecuencia de un reto o desafío.

2. m. Enfrentamiento entre dos personas o entre dos grupos. Duelo dialéctico. Duelo futbolístico.

3. m. Pundonor o empeño de honor.

Duelo [2] .Del lat. dolus, por dolor).

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

Para esta investigación nos referiremos a la segunda acepción que esta relacionada con: dolor, pérdida, enfrentamiento, sentimiento, muerte, etc.

Por otra parte para definir duelo veamos en segundo lugar el esquema que sobre la terminología anglosajona de los procesos de duelo encontramos en Humphrey, Zimpfer y Raphael (Tizón 2004 citado en Ruiz, 2011): TABLA VII

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA VII: TERMINOLOGÍA ANGLOSAJONA DE LOS PROCESOS DE DUELO

TERMINOLOGÍA ANGLOSAJONA DE LOS PROCESOS DE DUELO		
Término anglosajón	Traducción	Equivalencia aproximada en castellano
Loss	Puede definirse como el estado de ser deprivado de o estar sin algo que uno ha tenido, o en una situación de detrimento o desventaja por la cual podemos fracasar en la conservación, la posesión o la consecución de algo.	Pérdida
Grief	Es el dolor y la experiencia de sufrimiento tras la pérdida.	Pena, aflicción, sufrimiento por la pérdida…
Mourning	El período de tiempo durante el cual se muestran signos de sufrimiento o pena; el período del duelo o luto; la expresión social del duelo. También, un estado del ser (*in-mourning*)	Duelo
Bereavement	Tal como lo discute Raphael, es "la reacción ante la pérdida de una relación íntima", el duelo y los procesos de duelo por la pérdida de un allegado; la privación afectiva o pérdida por un allegado.	Duelo por una personas allegada

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Para Dollenz, el duelo no es una enfermedad sino un proceso de elaboración de una pérdida. (Dollenz, 2003)

Centrándonos en la nomenclatura enfermera; definimos duelo como un: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida. (NANDA; 2007)

Existen otros autores como Freud, que en 1917 compara el duelo con la melancolía, dónde refiere que en ambos casos se trata, de un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la única excepción que presenta la melancolía a diferencia del duelo, es la pérdida del sentimiento de sí, de la autoestima. Para dicho autor la melancolía implica una imposibilidad de realizar el trabajo de duelo. Siguiendo la trayectoria de dicho autor; en 1925 en el artículo " Angustia, dolor, tristeza". Enuncia que la angustia es la verdadera reacción ante el peligro que ocasiona la pérdida del objeto, mientras que el dolor es la verdadera reacción a la pérdida del objeto y la tristeza surge como resultado del examen de realidad (Terrer)

Freud para explicar el dolor que se produce durante el duelo utiliza tres afectos:

- Angustia, que es la reacción ante un peligro, y aparece repentinamente, desencadenando el duelo.
- Lo doloroso del duelo está en una sobrecarga de las representaciones del objeto perdido junto con la falta de amor que proporcionaba el difunto.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Tristeza aparece al final de este trabajo doloroso, cuando lo perdido queda registrado como tal, pasando a integrar el pasado.

Otro aporte de dicho autor es la incorporación de la idea de "Trabajo de duelo", así la palabra trabajo alude al proceso de elaboración psíquica implícito en dicho proceso.

Según Ripoll, citado en Pacheco hay cuatro factores que afectan de manera importante al duelo: (TABLA VIII)

1. Los factores psicológicos; el significado que da la persona a la pérdida, así como las características previas de la interacción del individuo con el medio y su capacidad para establecer relaciones de amor o para reaccionar ante el estrés
2. Los recursos personales; los mecanismos de afrontamiento que posee la persona para hacer frente a la situación. Ante los duelos, es importante considerar los mecanismos de afrontamiento con los que cuenta quien ha sufrido una pérdida, a fin de evitar cualquier tipo de desarrollo de duelo complicado o patológico. Si el duelo se reprime o se oculta tras una fachada de fortaleza, bajo patrones de adicción al trabajo, al consumo de drogas o al de alcohol se estaría adormeciendo de esta manera las sensaciones de dolor, de sufrimiento y de vacío por la pérdida del ser querido. A corto o largo plazo esto suele generar síntomas físicos, enfermedades psicosomáticas, trastornos de la conducta, depresión o duelo crónico (Yoffe, 2002). Sanders, en su teoría integradora del duelo distingue los siguiente factores de la personalidad:
   - Variables moderadoras internas; Edad, sexo…
   - Variables moderadoras externas; situación socioeconómica, religión…
3. Circunstancias específicas de la muerte: Edad del que murió, duración de su agonía, carácter de la muerte, aspecto del cadáver

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4. Los apoyos externos. Red social.

A dichas variables se le van a añadir:

5. Variables antropológicas**.** Hay pérdidas que suelen desencadenar, en la mayoría de las personas, procesos de duelo de gran complejidad y extremadamente dolorosos (por ejemplo, la muerte de la madre). También los procesos de duelo son más difíciles de elaborar cuando las muertes se producen "contra la secuencia natural de la vida" (por ejemplo, en los jóvenes). Melanie Klein en 1960 expuso que la evolución del duelo guarda relación con las pérdidas sufridas en la infancia y la forma de responder a ellas.
6. Variables psicosociales**.** Las condiciones de vida precarias, el aislamiento social, la existencia de prácticas sociales que dificultan el duelo, la mezcla del duelo con problemas sanitarios, la forma de comunicar la pérdida, etc., son circunstancias psicosociales que afectan a los procesos de duelo.

Ferreira y Grappiolo añade el siguiente factor:

7. Tipo de relación afectiva y grado de parentesco con el difunto, Grado de dependencia en relación con el difunto, carácter y estilo de vida de la persona fallecida. Alizade distingue dos tipos de muerte:
   - la erótica en donde el muerto ayuda a los sobrevivientes a duelarlo y así recuperarse
   - la muerte fanática que deja una importante carga de culpas, reproches y una orden de permanecer en la amargura

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA VIII: VARIABLES QUE AFECTAN EN LA FORMA DE VIVIR EL DUELO

VARIABLES QUE AFECTAN EN LA FORMA DE VIVIR EL DUELO
Factores psicológicos
Recursos personales
Circunstancias específicas de la muerte
Red social
Variables antropológicas
Variables psicosociales
Vinculo con el fallecido

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4. DUELO EN GERIATRIA

Existen factores, que influyen en la forma de vivir el duelo, como: el entorno, la personalidad, los valores, creencias, experiencias personales… Si a estos agentes les añadimos, la sucesión frecuente de fallecimientos de residentes en un geriátrico, obtendremos una forma especial de vivir el proceso del duelo, entendiendo como tal "el estado en el que un individuo o familia experimenta una perdida real (persona, objeto, función estatus, relaciones)…" (Carpenito, 1987) Por la etapa del ciclo vital que se encuentra situado el anciano, puede llegar a familiarizarse con la muerte y vivir en un constante duelo anticipado. Se ha visto que cuando se asume la perdida de un ser querido menor será el impacto que provocara la perdida física. Esta situación suele suceder cuando se diagnostica una enfermedad que solo tiene tratamiento paliativo. A todos, nos afecta la muerte de otra persona, ya en el siglo XVII se enunció; "la muerte de cualquier hombre me disminuye porque estoy ligado a la humanidad" (Donne, 1624) Si trasportamos dicha cita a la vida del anciano, cada proceso de duelo por el que ha pasado lo ha ido deteriorando.

"La ansiedad de la separación" es definida por la ansiedad surgida al perder al ser amado o quedar separado de él. Esta angustia no se produce porque exista una situación de peligro o riesgo real, sino por esta aumentada la probabilidad de dicho riesgo (Bowlby, 1963). Si extrapolamos dicho enunciado al terreno de la muerte, no solo se produciría la ansiedad cuando se produce el fallecimiento sino cuando existe el riesgo de que se produzca. En una residencia, al convertirse en habitual el proceso de la muerte, se producirá una ansiedad permanente por el riesgo que existe de producirse un fallecimiento.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En la actualidad, la muerte se considera como algo temido, desconocido, puesto que la tendencia existente es el “aislamiento del moribundo”. Si es una muerte esperada normalmente es dentro de una institución ya sea hospitalaria o residencial.

Cabe destacar que los residentes que ahora son longevos han vivido una idea de duelo muy diferente de la actual, caracterizada por la medicalización e institucionalización de la muerte y posterior velatorio en un tanatorio. Estos han vivido el acompañamiento a los muertos dentro de las casas y rodeados de familia.

Implícitamente la muerte de un “ser querido” va a ser entendida como un suceso estresante que aumentara la vulnerabilidad del anciano. Tanto es así, que dentro de los criterios de “anciano frágil” se encuadra “viudez reciente” Tras analizar diversos autores que estudian dicha clasificación, cabe destacar que solo consideran la pérdida del cónyuge, como criterio para definir a un anciano frágil. ¿Pero realmente se podría equiparar la perdida del cónyuge con la de un compañero de residencia? Las personas mayores institucionalizadas se pasan muchos años ingresadas, estando cada día con los mismos compañeros de mesa, habitación, ocio…estableciéndose lazos afectivos que podrían ser equiparables a los establecidos entre un matrimonio.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En gran cantidad de estudios se ha observado un aumento de las tasas de mortalidad, morbilidad y suicidio, de trastornos emocionales, psicosomáticos y mentales en personas en duelo por la pérdida de un ser querido. (Yoffe, 2006). Concretamente, se ha visto que el riesgo de depresión en los viudos/as se multiplica por cuatro en el primer año y casi la mitad presenta ansiedad generalizada o crisis de angustia, el abuso de alcohol aumenta y el 50% de las viudas utilizan algún psicofármaco en los primeros 18 meses; el 10-34% de los dolientes desarrollan un duelo patológico y el riesgo de muerte (principalmente por eventos cardiacos y suicidio) se

incrementa; los viudos tiene un 50% más de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año. (Landa, 2007).

El dolor de la perdida de alguien importante es "*un conjunto de procesos a menudo erróneamente tratado, que bloquea nuestro potencial de crecimiento, mientras que una adecuada elaboración del duelo incrementa la fortaleza para afrontar lo negativo y lo positivo en el presente y el futuro de nuestra existencia*" (Plaxats, 2001*)*

El duelo surge como reacción ante el sentimiento de pérdida. Así, por ejemplo, la pérdida de un ser querido se experimenta no sólo a través de la muerte, sino también a través de una larga enfermedad, un divorcio o una separación. También se experimenta, en mayor o menor medida, ante la pérdida de objetos materiales en los que hemos depositado importantes vínculos afectivos y ante la pérdida de roles y/o estatus: posición económica y social, pérdida del puesto de trabajo, etc. Cada nueva pérdida requiere la adaptación a esa circunstancia vital específica. Todas las pérdidas, incluida la de un ser querido por la muerte, suponen una pérdida por parte de la persona; por esto, la experiencia es única en cada persona. Además el duelo puede considerarse como un proceso social, ya que puede manejarse mejor cuando es compartido y asistido por los demás (Pacheco; 2003). Este apoyo, lo da la familia, cuando tiene lugar la perdida de alguno de sus componentes. Sin embargo cuando se produce la muerte de un ser querido, dentro de una institución residencial, el residente se encuentra desprovisto de su familia, quedando relegado a la red de apoyo existente en la institución. En esta red se incluirán el resto de residentes y los profesionales que trabajen en dicho centro.

El anciano vivirá con más o menos intensidad el duelo, dependiendo de la fuerza de apego que haya establecido con el compañero que acaba de morir y el valor que le atribuya a este. Es aquí donde radica la clave de la interpretación del duelo, puesto que los modelos de apego y vínculos afectivos van a estar determinados en la edad adulta

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

por la forma que tenga el anciano de codificar la información y por quien considere "figuras importantes en su vida". Por tanto, será de vital importancia para esta investigación; estudiar los modelos de apego y los vínculos afectivos existentes entre los residentes.

En investigaciones realizadas en 1983; se establece que los ancianos se adaptan mejor que los jóvenes a la viudez, en contra de la opinión popular que continua creyendo que a los ancianos les afecta más severamente. (Taylor en Pérez, 2007)

Cabe destacar la existencia de distintas formas de elaborar, expresar y afrontar el duelo, las cuales están estrechamente relacionadas con la cultura del residente y la situación entorno a la pérdida. En este caso las características peculiares existentes en una residencia, harán que se viva el duelo de una forma peculiar, influyendo el entorno en la expresión emocional de dicho proceso.

Para hacer frente a la perdida, el residente va a desarrollar mecanismos de afrontamiento. Definidos como las estrategias que pone en juego un individuo para mantener su integridad física y psicológica. (Lipowski en Zabalegui, 2002)

Goffman clasifica los mecanismos de afrontamiento en: mismamiento, agresión, integración y sumisión. Pargament y Koenig en 1987 desarrollaron el concepto de "afrontamiento religioso" definiéndolo como "aquel donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como para facilitar la resolución de problemas".

Entre estos mecanismos, también figuran los psicológicos, cuya manifestaciones sociales pueden ser "dar el pésame" o ir con el "luto". Estas manifestaciones estarán determinadas por el contexto cultural y educacional de la persona. Estos ritos tienen una clara función terapéutica, necesaria para el equilibrio de los supervivientes. La ritualización, ayuda a asumir el vacío que deja en el grupo la pérdida de uno de sus

miembros. El luto u otros ritos ayudan a sobrellevar el absurdo de la muerte y a asumir y recolocar los roles de quienes quedan. A pesar de esta función terapéutica se ha visto que cada vez, se vive menos el “luto” en las sociedades modernas, lo que puede ser perjudicial. En cuanto al rito de “dar el pésame” es considerado como una expresión al doliente, donde se demuestra el sentimiento que se tiene de pena o aflicción con motivo de algún fallecimiento. Se puede dar de varias formas:

- Presencial: Se acude al velatorio o casa doliente, y se expresa en persona nuestras condolencias a los familiares del fallecido. También se acostumbra a tener un libro de firmas y una urna para depositar las tarjetas con las cuales les sirve a los familiares para dar las gracias en fechas posteriores; en función del número de ellas se dan las gracias en particular, o se hace por un medio de comunicación para mostrar el agradecimiento a las muestras de condolencia.
- A distancia: Bien sean telegramas o cartas

La fórmula más tradicional a la hora de dar el pésame suele ser "Le acompaño en el sentimiento".

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La literatura señala que puede resultar muy perjudicial la decadencia de los rituales de duelo. En la sociedad moderna se impide la escenificación del duelo en su vertiente pública, impidiendo el consuelo social de las amistades y el reconocimiento público de la pérdida. La pérdida de espacios y rituales sociales en los que expresar sentimientos y recibir apoyo, lleva a muchas personas a interpretar el duelo como una enfermedad por lo que acuden, durante los primeros tres meses –periodo de duelo funcional, a los servicios de Salud mental en busca de ayuda (Rodríguez, 2001). La situación se agrava en el caso de quienes migran de una cultura a otra. Estas personas se encuentran sin un espacio social para expresar su dolor. Sus costumbres y sus prácticas, religiosas o

espirituales, no son comprendidas por la sociedad que les acoge. Este hecho dificulta, aún más en su caso, la recepción de apoyo social (Yoffe, 2002)

En la mayoría de las culturas la expresión de dolor individual tiene un sitio en el marco del ritual del duelo público, sin embargo en nuestro medio social actual aparece relativamente controlada y poco expresiva.

Las reacciones en el duelo van a ser infinitas, atendiendo al individuo y al entorno. (TABLA IX)

TABLA IX: REACCIONES ANTE EL DUELO

REACCIONES ANTE EL DUELO
Físicas
Emotivas
Cognitivas
Motoras
Negativas
Incapacidad para sustituir la perdida
Incapacidad para concentrarse
Depresivas

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Dos historiadores franceses, Vovelle y Aries, tras estudiar la idea de muerte social, añaden a dichos elementos los factores culturales, como primordiales para comprender el proceso de la muerte (En Rodríguez, 1998). La conceptualización de muerte social ha sido estudiada por diversos autores, llegándose a distinguir entre; muerte clínica, donde aparecen los signos de la muerte en el examen físico, la muerte biológica, definida como la cesación de la actividad celular y muerte social que se da en el momento en el cual las propiedades sociales más importantes del paciente comienzan

a cesar de ser condiciones operativas para aquellos que los tratan. (Sudnow, 1971). Si analizamos esta definición podríamos decir que una vez producida la institucionalización, comienza el proceso de muerte social, ya que disminuyen los contactos sociales del residente.

Tras los estudios revisados, diversos autores se han interesado en medir el proceso del duelo, como por ejemplo, Inventario de Experiencias en Duelo (IED) y del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD**)**, adaptados al español por García, JA y Landa V. Pero resulta difícil abarcar todos los factores señalados anteriormente, en un cuestionario, por ello considero necesario indagar en ellos de una forma más profunda, puesto que actualmente no sabemos como el anciano interpreta el duelo en una residencia, y como afecta a su salud. Esta información es necesaria para que los profesionales en nuestros planes de cuidados y estrategias terapéuticas contemplemos las situaciones de duelo existentes, con el objetivo de establecer "la transformación saludable del duelo", nomenclatura utilizada por Plaxats. Existen elementos que pueden interrumpir o facilitar un proceso saludable de duelo (TABLA X):

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA X: FACTORES INFLUYENTES EN EL DUELO

FACTORES NEGATIVOS	**FACTORES POSITIVOS**
Desinformación	Relaciones interpersonales sanas
Mala comunicación	Actitud empática saludable
Individualismo	Canalizar y expresar emociones
Paternalismo/maternalismo	Relaciones intrapersonales sanas
⇩ DUELO COMPLICADO	⇩ DUELO SALUDABLE

5. INTERVENCIÓN EN EL DUELO

El duelo constituye un problema sanitario de gran envergadura ya que conlleva distintos problemas de salud reflejados en la siguiente tabla.

TABLA XI. ALGUNOS DE LOS SINTOMAS QUE PUEDEN ESTAR PRESENTES EN EL PROCESO DE DUELO

ALGUNOS DE LOS SINTOMAS QUE PUEDEN ESTAR PRESENTES EN EL PROCESO DE DUELO
Depresión
Duelos Patológicos
Mayor incidencia de abuso de alcohol y fármacos
Bajas Laborales
Eventos cardíacos y aumento de la probabilidad de morir en el primer año de la pérdida del ser querido

Fuente: (Armando, 2008)

Además de dichos problemas, una intervención y una elaboración del duelo inadecuado pueden representar un factor de riesgo de trastornos psicosomáticos y puede generar unas condiciones emocionales precarias para el futuro, incluido otros duelos que la vida puede proporcionar.

La intervención de la enfermera de forma precoz, su habilidad en la detección de los síntomas y su capacidad de establecer una ayuda terapéutica, han de constituir factores decisivos para ayudar a las personas en duelo a realizar un proceso fisiológico.

En los países anglosajones se habla de “counselling” que proviene de counsel (consejo o consulta). El couselling autoriza al doliente a iniciar nuevas relaciones, ayudado por los counsellors. Estos favorecen un ambiente seguro en el que se puede

exteriorizar las experiencia individual que se esta viviendo (Díaz, 2007). Las técnicas de counselling se basan en: informar, educar y comunicar, a través de la escucha activa. Esta práctica se compone de tres fases:

- Fase de exploración: Con el fin de crear un ambiente de confianza
- Fase de nueva comprensión: Ayudar al sujeto a ver su situación
- Fase de acción

El profesional de enfermería será el idóneo para desarrollar el campo del "counselling" y hacer frente a las manifestaciones anteriormente expuestas, por diversos motivos:

1. Formación curricular bio-psico-social
2. Atención continuada directa
3. Habilidades comunicativas
4. Aplicación del proceso de enfermería (PAE), contemplando las etiquetas diagnósticas.

Gracias a ello el enfermero podrá valorar y cubrir las necesidades surgidas en el doliente y ayudándole a elaborar un proceso de duelo saludable

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5.1. LA RELACION DE AYUDA EN EL DUELO

Es importante ayudar al doliente, ya que una intervención y una elaboración del duelo inadecuado pueden representar un factor de riesgo de trastornos psicosomáticos y puede generar unas condiciones emocionales precarias para el futuro, incluido otros duelos que la vida puede proporcionar. Tanto es así que la perdida de un familiar o persona muy allegada es la causa más significativa para la posible existencia de un alto riesgo de suicidio. Para evitar el duelo disfuncional es importante tener en cuenta los efectos que provoca el duelo en la persona, para ello será necesario indagar sobre: los aspectos psicológicos, emotivos, mentales, sociales, físicos y espirituales, con el fin de ver este proceso holísticamente; observando tanto expresiones evidentes como latentes (ocultas), es decir manifestaciones verbales y no verbales.

Para evitar estos efectos perjudiciales es necesario establecer una relación de ayuda para detectar las necesidades del doliente. Existen distintas acepciones de "la relación de ayuda" dependiendo del año y del autor mencionado.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA XII CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE AYUDA

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE AYUDA		
AÑO	AUTOR	DEFINICIÓN
1952	PEPLAU	La enfermera ayuda al cliente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales afín de progresar en la elaboración y desarrollo de nuevas habilidades perdidas o nunca adquiridas. ➢ observar su comportamiento, ➢ describirlo detalladamente, ➢ analizarlo con él, ➢ formular claramente los resultados de su interpretación, ➢ validar con otros esta formulación, ➢ verificar sus nuevos comportamientos, ➢ elaborar modos de funcionamiento más satisfactorios y finalmente ➢ utilizarlos en las situaciones cotidianas de la vida.
1961	ROGERS	Toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada ➢ es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos
1968	MELOW	➢ en los cuidados profesionales son una terapia de tipo psicoanalítico pues están basados en una relación de simbiosis intensiva entre el profesional y el cliente ➢ suministrar al cliente las expectativas emotivas que le ayudarán a mejorar más que a investigar en sus procesos patológicos o en sus problemas relacionales interpersonales
1968	Sherter y Stone	El objeto es el cambio. ➢ Al finalizar la relación, el individuo no es el mismo que antes de entablarla. Ya no sufre tanto; no está tan indefenso; se conoce mejor a sí mismo; se comporta de modo más satisfactorio; se convierte en una persona mejor. El cambio interno y externo se manifiesta en las actitudes, las acciones y la manera de percibirse a sí mismo, a los demás y al mundo en general.
1979	Orlando	➢ Observar las necesidades y problemas del paciente ➢ Ayudarle a interpretar la significación de sus comportamientos en relación con sus problemas ➢ Evaluar con el cliente lo que él necesita para hacer frente a sus dificultades
1991	Cibanal	Un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. ➢ En este intercambio, uno de los interlocutores (el profesional de la salud) captará las necesidades del otro (usuario, paciente, cliente), con el fin de ayudarle a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actúa
2000	Morrison	La relación de ayuda es un intercambio de energía entre dos personas, un flujo que mueve al paciente a llevar una conducta más eficaz

Fuente: (Cibanal, 2003)

Aplicando la definición de Cibanal al proceso del duelo; el profesional de enfermería captará las necesidades del doliente, con el fin de ayudarle a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

Las fases de la relación de ayuda son las siguientes:

1. Configuración del encuentro personal: acogida y orientación. Esta fase se refiere a la recepción adecuada del paciente tanto en el ámbito físico como psicológico. Así en el ámbito físico se dan las características que debe tener el espacio físico, así como el aspecto, expresión etc. que debe tener el profesional de la salud para mostrar una sensación de acogida al paciente. En el ámbito psicológico se vuelve a hacer hincapié en la empatía, disponibilidad etc. que debe mostrar el enfermero.
2. Exposición clarificación e identificación del problema. El objetivo último de esta fase es definir el problema. Para ello también es necesario que el profesional posea determinadas actitudes como las ya repetidas de la escucha activa, empatía, autenticidad y respeto así como saber ayudar al paciente a concretarse en su problema, a comprometerse y responsabilizarse del trabajo terapéutico etc.
3. Confrontación y reestructuración del problema. En esta fase el enfermero debe ayudar al paciente a cambiar su visión del problema y ver en esta nueva visión perspectivas de solución, debe concienciar al paciente de que él es el responsable de sus experiencias y vivencias, debe enseñar a aceptar que existen problemas que no se pueden solucionar, como es el caso de la muerte. También se explican las actitudes que tanto el enfermero como el paciente deben tener o evitar en esta fase.
4. Iniciación del plan de acción: decisión del diagnóstico, de los objetivos y plan de acción.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5. El fin de la relación o separación.
6. La evaluación. La evaluación debe ser tanto una auto evaluación como una evaluación del proceso completo ¿Se cumplieron los objetivos? (Cibanal, 1991)

La intervención en un proceso duelo, mediante la relación de ayuda, irá dirigido a proporcionar soporte a las personas en este tipo de situaciones. Les ayudará a expresar sus sentimientos y emociones, potenciar sus recursos y capacidades y a adaptarse a una nueva forma de vivir.

En el acto de cuidar, la enfermera, atendiendo todas las dimensiones humanas, ha de dirigir sus actividades hacia los sujetos vulnerables que están en proceso de duelo.

Una de las funciones fundamentales del profesional de enfermería es la de acompañar, ya que la acción de acompañar o concretamente de cuidar, constituye la esencia de la enfermería.

Mediante la relación de ayuda la enfermera contribuirá a la realización del proyecto personal del individuo. Esta ayuda no significa resolverle desde fuera sus experiencias dolorosas, sino ayudarle a asumirlas, disminuyendo en lo posible el sufrimiento que provocan y transformándolas en situaciones generadoras de bienestar y de salud. La relación de ayuda no es, por tanto, una acción paternalista ni proteccionista, sino es una acción terapéutica de respeto de responsabilidad y de respuesta a las necesidades del otro.

La relación de ayuda ha de centrarse en la receptividad y la singularidad. Ambas funciones son las más propias del arte de cuidar.

Ser receptivo significa estar dispuesto a responder a las necesidades de la persona según su ritmo vital, sin acelerar ni enlentecer sus procesos habituales. La singularidad se refiere a que cada persona es un ser único e irrepetible.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Para hacer frente a esta situación, el personal de enfermería ha de establecer una relación, dirigida a ayudar a los dolientes en el proceso de reestructuración para conseguir un equilibrio estable efectuando una intervención eficaz mediante la relación de ayuda.

Los pasos a seguir serán los siguientes:

- Ayudar a la persona a liberarse del pasado, reconociendo el significado de la pérdida en todas sus facetas.
- Ayudar a las personas a expresar sus sentimientos, emociones y adaptarse a una nueva forma de vivir, sin imponer tal "ayuda"
- Reconstruir el presente con un nuevo estilo de vida introduciendo los cambios necesarios para conseguirlo.
- Identificar los factores que influyen en la calidad de vida del individuo que está en proceso de duelo.
- Abrirse a la experiencia de futuro con nuevas posibilidades que permitirán a la persona la flexibilidad suficiente para tolerar los sentimientos de separación y permitir el acercamiento a otras personas.
- Prevenir la elaboración de un duelo patológico, ya que este proceso provoca inflexibilidad y tiende a conectar a la persona o mantener la relación aunque esta ya no exista.
- Comprender y respetar el momento personal y existencial del individuo. (Pérez, 2004)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5.2. PLAN DE CUIDADOS EN EL ANCIANO ENFOCADO EN EL DUELO

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El P.A.E consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión. Fue Lydia Hall a principios de los años cincuenta quien utilizó por primera vez el término *proceso de enfermería*, y a través del paso del tiempo, según *Gordon*, de su aproximación se ha desprendido el método aceptado de prestación de cuidados de enfermería. (Berdayes, 2000) El PAE es el método científico de la enfermera y está centrado en las respuestas humanas del sujeto. (Carpenito, 1987) Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados e integrales. Es un juicio clínico, en donde se interpreta, analiza una serie de observaciones y es capaz de proponer un plan de acción al respecto.

Consta de cinco etapas:

- VALORACIÓN: Es una etapa donde se reúnen los datos del usuario en forma integral y así se identificarán necesidades, intereses y problemas del mismo. Los métodos utilizados son la entrevista, la observación y el examen físico.
- DIAGNÓSTICO: Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. Se analizan los datos recogidos, se identifican los problemas y se determinan qué problemas se trabajarán en forma independiente y cuáles requerirán actuaciones de otro profesional (forma interdependiente).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- PLANIFICACIÓN: Se determina como se proporcionará el cuidado de enfermería en forma organizada, individualizada y dirigida a objetivos específicos.
  Implica: fijar prioridades, establecer objetivos, determinar acciones o intervenciones y registro del plan.
- EJECUCIÓN: Se lleva a cabo lo planificado. Implica: continuar la valoración del usuario, realizar las actividades, registrar los cuidados, comunicación y mantener el plan actualizado.
- EVALUACIÓN: Se determina el funcionamiento del plan de enfermería y permite identificar los cambios necesarios (Alfaro, 1994)

Si las anteriores etapas las queremos adaptar al proceso de duelo en el anciano habrá que tener las siguientes consideraciones:

1. VALORACIÓN. El profesional de enfermería debe de tener en cuenta la capacidad y los recursos de que dispones la persona para arreglárselas sola, se les debería remitir al lugar apropiado y contactar con los servicios idóneos para que la persona disponga de un control de seguimiento, así como la asistencia cuando sea necesaria. Se debe dar la oportunidad a la persona que sobrevive para que exprese sus sentimientos sobre el fallecido, incluso cuando sean negativos, como sentimientos de ira o de culpa. Una vez que se haya expresado libremente será capaz de juzgar los hechos y lo que piensa desde una nueva perspectiva, los sentimientos que se exteriorizan por medio del diálogo son más llevaderos y menos traumáticos que los que se viven en silencio y soledad. Después de que la persona haya tenido algún tiempo para expresar su dolor, parte de esa energía debe orientar a planificar el cuidado. Antes de la entrevista, lo ideal sería que el profesional conociese los antecedentes del anciano, y si es posible las causas y condiciones de su duelo.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES:

1. PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

   - Valorar el estrés diario y si las actividades de la vida diaria se ven alteradas por la pérdida, la ansiedad y la soledad.
   - Valorar si después de la pérdida ha sufrido cambios en la situación económica.
   - Si el doliente tuviese una enfermedad valorar si está llevando bien el régimen terapéutico, el tratamiento y si después de la pérdida se han acelerado los síntomas de la enfermedad.

2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

   - Valorar cambios en la dieta, pérdida o aumento de peso, y apetito disminuido, revisar analítica (datos objetivos).

3. ACTIVIDAD-EJERCICIO

   - Valorar las manifestaciones o expresiones de aburrimiento, si lleva una vida sedentaria, si expresa deficiencias para la autoalimentación, higiene, vestirse, tareas del hogar.

4. SUEÑO-DESCANSO

   - Valorar cambios en el patrón del sueño: pesadillas, insomnio, hipersomnio, dificultad para dormirse, fatiga al despertarse y durante el día, sopor, agitación, humor alterado...

5. COGNITIVO-PERCEPTIVO

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Valorar si expresa una percepción inexacta de su estado y/o pide información, si interpreta de forma inexacta los estímulos externos e internos, si muestra una alteración psicológica como resultado de la pérdida, si existe confusión, desorientación, delirios y alucinaciones...

6. AUTOIMAGEN-AUTOCONCEPTO

- Valorar si muestra una desconexión con el entorno, si se orienta más en el pasado que en el presente y futuro, si hay bloqueo en el pensamiento, incapacidad para recordar y concentrarse, si hay explosión de enojo, llanto; si culpa a los demás o a sí mismo, si existe conductas de evitación y respuestas inadecuadas o inexistentes. Valorar si el anciano expresa sentimientos de soledad y de falta de motivación para comunicarse...

7. AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Ver si expresa verbalmente la falta de aceptación del cambio que ha supuesto para su vida la pérdida, si existe falta de movimiento para la autonomía e independencia, si muestra un comportamiento destructivo hacia sí mismo o hacia los demás, intolerancia, agresión, depresión, hostilidad...
- Valorar si el paciente se encuentra en un período de shock prolongado.

8. ROL-RELACIONES

- Valorar si expresa cambios en la propia percepción del rol y en los patrones habituales de responsabilidad, así como dificultad en la comunicación con los miembros de su familia y los amigos.

9. VALORES Y CREENCIAS

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Valorar si experimenta un trastorno en el sistema de creencias, si practica los ritos religiosos habituales.
- Signos de descuido, desesperación, desmotivación para vivir, sensación de vacío interior, sentimientos de indiferencia emocional respecto a sí mismo y a los demás.

- PLANIFICACIÓN

OBJETIVOS:

- El anciano expresará un significado positivo de la existencia y de la situación de pérdida, y se acomode a ella. Que reinvierta en una vida nueva.
- El anciano expresará menos sentimientos de culpa y sientan esperanza y perdón.
- Mostrará sentimientos de comodidad en relación con los demás.
- Aceptación de su "yo", y que haga frente adecuadamente a las demandas físicas y psicológicas del duelo.
- Participará en actos importantes para él, que afirmen sentirse en paz.
- Experimentará sentimientos de integración y plenitud.
- Que acepte utilizar el apoyo social disponible.

- ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

Las actividades que se han de llevar a cabo ante una situación de duelo son las siguientes:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Disponibilidad para proporcionar sensación de seguridad afianzando la relación de ayuda.
- Dedicar tiempo para establecer una relación terapéutica de confianza.
- Escuchar a la persona activamente, demostrándole nuestra atención.
- Practicar habilidades de comunicación eficaces.
- Ofrecer ánimo y apoyo para que se reconozca la pérdida.
- Reconocer la presencia de dolor y alentar la esperanza de que desaparecerá con el tiempo.
- Favorecer la verbalización, permitiendo al doliente identificar, aceptar y expresar situaciones asociadas con la pérdida.
- Información real sobre el duelo, la ayuda práctica y realista en los procesos inmediatos a la pérdida puede ayudar a soportar el proceso de duelo.
- Permitir que los dolientes se tomen un respiro y acepten la ayuda y consuelo de los demás: identificar grupos que le proporcionen ayuda a centros comunitarios y grupos religiosos.
- A partir del año (aproximadamente) pueden tocarse temas, fotografías, ropas, visitas al cementerio y su periodicidad.
- Ayudar a llevar a cabo las decisiones que se vayan tomando, para ello ayudaremos a saber si se necesita desarrollar habilidades psicomotoras y personales. En caso de que necesite, trabajaremos con el paciente en el entrenamiento de las habilidades que le sean útiles.
- Evaluar y valorar la respuesta en práctica de sus decisiones y finalmente el grado de logro de los objetivos.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Como conclusión podemos decir que en nuestra cultura occidental, la muerte en la mayoría de los casos no se afronta, si no que simplemente “se niega”, es decir huimos de la muerte, pensamos que si no hablamos de ella la evitaremos; lo cual a largo plazo genera gran cantidad de problemas en la salud en los individuos, bajo el diagnóstico de duelo no resuelto o duelo disfuncional.

Pero quien mejor que el propio anciano para decirnos: ¿como evitar la situación de duelo no resuelto? Para ello analizare aspectos como: vínculos afectivos que se establecen en las comunidades o en las residencias de mayores, ¿como se vive el duelo de un compañero o de un familiar, como incide en la salud, como afecta a la vida del doliente, que estrategias piensa el anciano que serian beneficiosas para afrontar una pérdida…? ¿Cómo se vive el luto dentro de una residencia y en el medio rural?

Universitat d’Alacant
Universidad de Alicante

III.- PARADIGMA Y MARCO TEÓRICO.

1. PARADIGMA HERMENEUTICO Y ETNOENFERMERIA

Se ha partido de un marco teórico en el que se han consensuado los diferentes aspectos que convergen en la problemática del estudio; entrelazándose el campo enfermero con el paradigma hermenéutico.

Dentro del campo enfermero, resulta clave, mencionar que la enfermería esta íntimamente ligada a la fenomenología del cuidado. Entendiendo enfermería como un proceso integral; se define como; la interacción en el proceso de satisfacción de necesidades del individuo, la familia y la comunidad desde el plano holístico representado por situaciones y fenómenos producidos en el contexto delimitado por el intervalo salud-enfermedad en cualesquiera de sus niveles potenciando su autonomía mediante la interacción comprensiva (Siles, 1997)

El Paradigma bajo el que se conceptualiza este estudio es el hermenéutico: ya que esta destinado a profundizar en la pregunta de la investigación. Gracias a los métodos interpretativo-hermenéuticos como la etnografía, la investigación-acción, el interaccionismo simbólico, la fenomenología, la etnoenfermería, apenas usados en nuestro país, podemos desarrollar nuevos enfoques más cercanos a la verdadera naturaleza de la enfermería y de los cuidados de salud. (Field ,1985).

En 1960 Leininger desarrollo métodos de etnoenfermería concebidos para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de enfermería transcultural. Su característica principal es que es un método etnológico cualitativo donde se intersecciona el campo disciplinar enfermero y el antropológico.

El paradigma hermenéutico contempla el trinomio enfermería-paciente-salud como elementos intercomunicados. Bajo dicho modelo se contempla la intervención social dando lugar a un conocimiento subjetivo, no prefabricado. Es la puesta entre paréntesis

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

(“Epoche”) de nuestras preconcepciones del ser humano, de nuestras ideas comunes de lo que es la persona. Este momento de dejar de lado todo conocimiento que no este basado en la experiencia directa, forma parte de la *reducción fenomenológica de la realidad.* Consiste esencialmente en contemplar la realidad en su estado puro, intentando comprender la realidad del que padece el duelo.

En la hermenéutica, el conocimiento se da involucrando el medio ambiente de cada persona y su propia realidad; dándose una intersubjetividad en el sujeto que es el investigador y el participante de la investigación; ésta, parte del hecho, que las propias personas describan sus experiencias de la forma como ellas las viven, las sienten y las perciben, es decir, de su subjetividad. (Fonseca, 2004)

Extrapolando el paradigma hermenéutico al campo enfermero; la enfermera es definida; como un agente social que establece una comunicación comprensiva e interactiva con el paciente; el cual comunica su estado y sus expectativas. La enfermera será la encargada de valorar necesidades, y en base a ellas desarrollar el cuidado. Entendiendo por necesidad “el conjunto de condiciones (factores, situaciones) indispensables para que la vida psíquica y física pueda alcanzar y preservar un umbral de autonomía lo mas cercano a la independencia absoluta. (Siles 1997). Estos dos agentes estableciendo la relación enfermera-paciente construyen un concepto de salud interactivo**,** centrado en el cuidado como moneda de cambio. Muchas teóricas de la enfermería han abordado el cuidado, desde Nightingale que lo supeditaba a la elemental contribución del proceso reparador de la naturaleza (Nightingale, 1990) pasando por Abdellah con sus veintiún problemas, y Henderson y Adam, que desarrollaron su sistema basándolo en catorce necesidades, hasta teorías antropológicas como las de Leininger, que utiliza un sistema abierto compuesto por veintiocho constructos de cuidados etnológicos. (Leiniger, 1978).

En esta tesis; el enfermero va a interactuar con el residente, que vive el proceso del duelo. Para entender como se desarrolla esta etapa resulta indispensable profundizar en la cultura del doliente, entendiendo como tal "el conjunto de los comportamientos (visibles), pensamientos, (ocultos o no), sentimientos (patentes o latentes), y significados (simbólicos) implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano" (Siles, 2001)

Para que el enfermero defina la conceptualización de un duelo saludable es necesario conocer las expectativas y los estados por los que están pasando los residentes, cuando surge dicho proceso.

Por lo tanto; la salud, la persona, el cuidado y el entorno son considerados en este paradigma. Estos conceptos centrales constituyen el metaparadigma enfermero, dado que la manera particular con que los enfermeros abordan la relación entre esos cuatro conceptos permite delimitar su campo respecto del de otras disciplinas. Acompañando al metaparadigma enfermero está la cultura, entendiendo como tal: el conjunto de los comportamientos (visibles), pensamientos, (ocultos o no), sentimientos (patentes o latentes), y significados (simbólicos y subjetivos) implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano (Siles, 2004). Esta interpretación de cultura enfatiza su carácter funcional, pero sobre todo, resalta la enorme complejidad de su naturaleza: sentimientos, comportamientos, creencias, normas, valores, etcétera. Por lo tanto para conocer la cultura que envuelve al duelo institucional será necesario investigar sobre: los comportamientos, pensamientos, sentimientos y significados que rodean al doliente.

Desde el punto de vista del constructivismo social el duelo es un proceso emocional y como tal tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suyo. Dicha construcción depende de creencias y

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

valores propios de la cultura, ya que se asume que no existe un "programa de conducta" innato, independiente de dichos valores culturales. Además, el propio estado emotivo refuerza las propias creencias culturales y éstas, a su vez, modelan la forma en la que se expresa la emoción.

El duelo es el proceso por el que quien lo realiza es capaz de reconstruir su mundo (y, por tanto a sí mismo) sin el objeto perdido. Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto (en una operación que es del orden de la narración) debe construir su realidad. (Fernández, 2002)

Como conclusión resulta innegable que la forma en la que comprendemos el proceso de la muerte y la manera de abordar el duelo, está directamente relacionada con la cultura y ha sido modificada por diversas creencias de acuerdo con las diferentes etapas que ha vivido la persona. En el caso de nuestros mayores institucionalizados, van a estar influenciados por sus vivencias tanto fuera como dentro de la residencia.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2. EL MODELO ESTRUCTURAL

Para comprender las vivencias de nuestros mayores y el contexto que les ocupa, es necesario analizar interrelacionalmente: las estructura sociales (historia de la familia), el genero (historia de las ancianas), y la sociedad (historia social). Para hacer frente a esta cuestión tenemos el estructuralismo dialéctico, el cual es un agente facilitador del análisis de las estructuras sociales, espaciales y profesionales o gremiales. El eje del estudio versa en la identificación de las estructuras que, en el ejercicio de su función facilitadora del proceso de satisfacción de necesidades en la sociedad, han participado en la configuración de una forma particular de organizar y dispensar los cuidados. Si nos centramos en la enfermería estas estructuras son: Unidad funcional (estructura de convivencia y socialización, que dota de significado a los cuidados: tribu, familia); marco funcional (espacio habilitado para la dispensa de los cuidados: hogar, templo, hospital) y elemento funcional (actor social encargado de dispensar los cuidados: mujer, religioso, profesional de enfermería), deben estudiarse desde dos dimensiones: la sobrenatural o teológico-religiosa y la natural, racional o científica, puesto que tanto la interpretación de las causas de las enfermedades como de sus remedios se ha realizado desde estos dos planos, prevaleciendo lo religioso a lo natural, según las culturas y mentalidades. (Siles, 2010).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.1. UNIDAD FUNCIONAL

La unidad funcional constituye la estructura y/o institución social y socializadora básica que influye en la forma elemental de convivencia de sus miembros o elementos proyectándoles valores, conocimientos y actitudes (Siles, 1999). Dentro de este apartado se encuentran las motivaciones que impulsan a la sociedad a realizar una tarea. Por ejemplo; las personas al incorporarse al área laboral, además de satisfacer una necesidad para sobrevivir, encuentran en su trabajo la posibilidad de superación personal lo cual se debe en gran parte a los factores que los motivan, al respecto Suárez (2001) . Una mención peculiar requieren los profesionales de enfermería, los cuales se enfrentan a una interacción con el medio ambiente que les rodea dentro de las instituciones de salud. En dichas instituciones, los enfermeros prestan los cuidados enfrentándose a fenómenos que de una u otra manera afectan todo su ser, desde los más profundo de sus corazones ya que no es fácil para este grupo de personas enfrentar día a día el dolor ajeno, afrontar la muerte. Si bien existen momentos de regocijo como el nacimiento de un bebe, en la gran mayoría de su tiempo les toca consolar a una madre, una esposa o a un hijo. La mayoría de los enfermeros encuentran en sus áreas de trabajo, no un simple medio para sobrevivir, sino un elemento esencial de superación personal, el cual se debe en gran parte a la eficiencia y eficacia de los factores motivacionales. (Reyes, 2008)

Si analizamos las motivaciones de enfermería bajo la perspectiva de las distintas teóricas enfermeras; obtenemos que en 1859 Nightingale entendía la enfermería como la responsabilidad de velar por la salud de alguien. Esa responsabilidad era el motor para dar los cuidados. De aquí se puede inferir que existía una motivación intrínseca que movía a la enfermería para cuidar. Seguidamente, en 1964 Ernestine Wiedenbach

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

define enfermería como un ser humano funcional que piensa y siente, el pensamiento y los sentimientos están íntimamente relacionados. Para ella la motivación guarda coherencia con el pensamiento y los sentimientos y esta se desarrolla a partir de su sistema de creencias y de sus códigos de conducta, es decir, la creencia y el código de conducta de la enfermera procede de su cultura y de su subcultura. Consecuentemente, es de carácter personal y único para cada enfermera expresando su forma de concebir enfermería. Este sistema de creencias motiva a la enfermera a actuar y guía sus pensamientos. Por lo tanto para esta teorizante la motivación de la enfermera es intrínseca, dependiendo del significado que esta le da a su sistema de creencias.

Virginia Henderson (1.955) definió enfermería en términos funcionales y ella planteo que la única función de enfermería era ayudar al individuo sano o enfermo en las actividades que contribuyan a recuperar su salud y al moribundo a una muerte tranquila. También subrayó que la enfermera puede actuar independientemente, la motivación de la enfermera según Henderson se ubica en el contexto de la motivación intrínseca y en la teoría de la voluntad al igual que la de Florence Nightingale.

Para Abdellah en 1960, la enfermería es un servicio a los individuos, familia y sociedad, plantea que esta disciplina es un arte y una ciencia, que permite moldear las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera. Esta teórica concibe la motivación de la enfermera como extrínseca, es decir, la enfermera necesita el reconocimiento del paciente, familia y sociedad para modificar su actitud, entonces el reconocimiento transforma a la capacidad intelectual y a las habilidades técnicas en deseo y capacidad de ayudar a los demás.

En 1965 Lydia Hall definía la enfermería como “la asistencia llevada a cabo exclusivamente por profesionales formados en las ciencias conductuales que asumen responsabilidad, coordinan y distribuyen toda la asistencia de sus pacientes”.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Partiendo de esta definición se podría decir que la motivación de la enfermera está ligada al liderazgo. Dicha autora definió la enfermería según la motivación intrínseca y es porque la responsabilidad es un valor y este se adquiere según las experiencias vividas, es decir, este valor es reforzado durante la infancia, la adolescencia y la adultez por los padres, abuelos, tíos u otros miembros de la familia.

En 1979, Watson Jean, elabora una definición de enfermería que transciende y pasa al plano espiritual cuando define enfermería como "el interés por comprender la salud, enfermedad, y la experiencia humana, la salud es la unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma". La motivación viene dada por un cuerpo y espíritu coherente.

Levine Myra Estrin (1.967) enuncia la enfermería como una interacción humana, utiliza los conceptos de holístico, holismo, integridad, conservación y adaptación.

Más tarde, en 1979, Jean Watson enunció que la enfermería es; "el interés por comprender la salud, enfermedad, y la experiencia humana, la salud es la unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma" Para esta teórica la motivación viene dada por un cuerpo y espíritu coherente. Para Patricia Benner (1.984) la motivación vendría dada por las relaciones con los demás y su expectativa estaría centrada en el desarrollo de la sensibilidad y de los principios éticos, lo que le permitiría dar y recibir ayuda, crecer, madurar y fortalecer la solidaridad con los demás. En 1983, Dorothea Orem definió la enfermera como la persona con atributos o propiedad con la capacidad de conocer y ayudar a los demás, a conocer su demanda de autocuidado como una necesidad humana: para esta teórica el objetivo de la enfermería es conocer y ayudar a los demás para que estos puedan satisfacer sus necesidades.

Para Martha Rogers (1.970) la enfermería tiene como finalidad promover la salud, prevenir las enfermedades y asistir o rehabilitar al enfermo o discapacitado, pretendiendo fortalecer la coherencia y la integridad de los seres humano.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Parse en 1.981, considera que los logros educacionales, empleo, relaciones estrechas, experiencias definitorias, redes profesionales y las redes académicas son acontecimientos que marcan nuestro paso por la vida y que están constituidas por situaciones de diversas riquezas y magnitud que nos suceden a lo largo de nuestra existencias, por lo que considera la enfermería como una ciencia natural emergente. (Marriner en Reyes, 2008) (TABLA XIII)

TABLA XIII: LAS MOTIVACIONES DE LA ENFERMERIA SEGÚN LAS TEORICAS

MOTIVACIONES DE LA ENFERMERIA	
TEORICA	**MOTIVACIÓN**
Nightingale	Intrínseca: velar por la salud de alguien
Wiedenbach	Intrínseca: sistema de creencias
Henderson	Intrínseca: voluntad
Abdellah	Extrínseca: Reconocimiento de los demás
Hall	Extrínseca: Liderazgo
Watson	Intrínseca : Cuerpo-Espíritu
Levine	Intrínseca-Extrínseca: Enfermera holística
Benner	Extrínseca: Relaciones con los demás
Orem	Extrínseca: satisfacer necesidades de los demás
Rogers	Extrínseca: Promover la salud, prevenir enfermedad y asistir enfermo
Parse	Ciencia

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En sociología, la estructura social es el concepto que describe la forma que adopta el sistema global de las relaciones entre individuos; introducido en la ciencia por el alemán Georg Simmel, a finales del siglo XIX, para explicar las relaciones sistemáticas que vinculan a miembros de una determinada comunidad. Existen distintas instituciones sociales:

- Familiares: transmiten pautas de conducta, es la que da lugar al comienzo de toda la dinámica de la sociedad, en ellas están contenidas las costumbres y tradiciones de una organización social.
- Políticas: regula la conducta del grupo, el centro de la política es el gobierno o el estado que cubre todo los campos de acción de los hombres, lo cual viene a ser las leyes y reglamentos que rigen a la sociedad
- Educativas: que forman y dan pautas, abarca las actividades relativas a la cultura, el arte y la educación
- Económicas: que transforman y administran los recursos naturales, constituye todo lo que involucra la industria, el comercio, la banca y los servicios encargados de producir, financiar, etc.
- Religiosas: se crean en torno de cultos de fe, son organizaciones relacionadas con las creencias de los seres humanos; como el protestantismo, catolicismo, etc.
- Profesionales: que forman cuadros especializados. (Mujica)

Una de las estructuras sociales más importantes es la familia. Si nos remontamos a la prehistoria; en el seno de las tribus, cuya estructura se mantenía por pura necesidad de supervivencia, se observó cómo influía el tipo de agrupamiento humano en la forma de satisfacer las necesidades de los individuos que lo componían, aunque fue en el neolítico, con el cambio de vida de nómada a sedentario y la construcción de las primeras ciudades, cuando surgió la familia como institución social que, en lo esencial,

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

se ha mantenido vigente hasta la actualidad realizando una función socio-sanitaria de primer orden (Siles, 1999).

Esta unidad funcional básica de convivencia y socialización primaria donde se prestan cuidados de salud, constituye uno de los pilares fundamentales y estables en las diferentes etapas de la historia de la enfermería. Dicha organización constituye, por su duración, un fenómeno de gran trascendencia dado que se ha mantenido funcionando en la sociedad durante siglos, correspondiéndole, entre otras, tareas socio-sanitarias esenciales para el mantenimiento de la estabilidad social y la salud de la población. (Siles, 2010).

Necesariamente, cuando alguien se refiere a la familia, su estructura, funcionamiento, necesidades, etc., tiene que considerar conceptos como religión, castigo, cultura, género, tabú, historia, contexto político, poder, ciencia, profesión, doméstico, etc. Pero, sobre todo, es preciso tener en cuenta las implicaciones que todos estos conceptos-factores tienen en el moldeado de un tipo familiar u otro. En esencia, pues, la familia es una realidad social compleja, constituye un grupo humano, que tiene sus necesidades propias, pero que sigue una pauta cultural de comportamiento en el proceso de satisfacción de las mismas. (Siles, 2007)

La familia, como principal unidad sociológica, es definida por la OMS como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio." El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

definición de ella. Ello indica que la familia esta ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea. (Caballero, 2007) La cultura va a influir directamente en el rol de cada miembro familiar, por ejemplo en distintas sociedades occidentales se observa la creencia de que «los ancianos son un estorbo», como así también conductas de falta de respeto y de consideración hacia el conocimiento y la sabiduría de los mayores. En contraposición a ello, en algunas sociedades de cultura oriental de tipo colectivista, tales como Japón, India, Tíbet, China, etc., y también en culturas de tribus de nativos indígenas de los Estados Unidos o de algunos países de Centro o de Latinoamérica, se puede ver el respeto por los ancianos y por la cualidad de sabiduría que se les atribuye, al mismo tiempo que el permanente homenaje y el culto que todos le rinden a sus antepasados. En dichas culturas se brinda apoyo emocional y social a los deudos, más allá de lo común que sea para todos la muerte de un padre o de una madre. (Yofee, 1994)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.2. MARCO FUNCIONAL

Siles (1999) emplea el concepto “marco funcional” para identificar el lugar, espacio, sitio o emplazamiento donde tienen lugar los fenómenos relacionados con los cuidados de enfermería (tanto las actividades puntuales como los procesos mentales que las determinan). El estudio del marco funcional permite conocer las características de los espacios enfermeros: desde las condiciones higiénicas y la situación social, hasta la forma de interpretar las causas de enfermedades. Como ejemplo de marco funcional podíamos distinguir los hogares rurales y las residencias geriátricas.

En los hogares rurales, las personas mayores envejecen de una forma peculiar caracterizada por diversos aspectos; Vivir y envejecer en el pueblo trae consigo ventajas innegables que devienen sobre todo de un proceso más gradual que en las ciudades de la pérdida de actividad y de la proximidad y frecuencia de contactos con las redes sociales próximas (familia y vecindario), aunque esta facilidad para las interacciones se está perdiendo en muchos núcleos rurales porque los lugares donde reunirse están desapareciendo. Pero también se producen efectos adversos como: mayor control social, que menoscaba la oportunidad de opciones personales libres, especialmente para las mujeres mayores; menor acceso a recursos socioculturales, asistenciales y de ocio, lo que produce una restricción clara de las posibilidades de participación e introduce una discriminación por razón del territorio; distanciamiento forzoso respecto al contacto con los hijos/as que emigraron a las ciudades por razones de trabajo; aislamiento relacional que llega a cristalizar en sentimientos profundos de soledad, especialmente cuando se producen pérdidas de salud o viudez en la ancianidad

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Los servicios sociales que se han venido desarrollando en los últimos años para proveer necesidades de apoyo a las personas han seguido un modelo predominantemente urbano: los centros sociales, los centros de día y las residencias. (IMSERSO, 2004)

Las residencias; son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal. (IMSERSO, 2011). Estos centros van a tener características especiales, que van a influenciar en el comportamiento de los ancianos que habitan en una residencia:

- Características físicas y arquitectónicas. Se ha comprobado la relación de esta variable con aspectos tales como: número de accidentes que se producen en las residencias, frecuencia de las interacciones sociales, conductas pasivas y activas, desorientación espacial y temporal, depravación sensorial, etc.
- Características de organización**.** Algunas de las características frecuentemente observadas en los ancianos, tales como sentimientos de depresión y desamparo, deterioro físico acelerado, pueden ser atribuibles en parte a los aspectos organizativos de las residencias, especialmente a la falta de elección y control ambiental. Por ejemplo, se ha visto algunos tipos de organización que se caracterizan por una protección excesiva del anciano ocasionan que éstos se comporten de una forma más pasiva y que incluso adopten el "rol de enfermo"
- Características socio-demográficas**.** Las características de las personas que viven en una institución (trabajadores y residentes) determinan el "carácter" del ambiente de dicha institución
- Clima Social**.** Este término define cómo perciben los habitantes de una residencia las características ambientales mencionadas en los apartados anteriores. Como ya se

expuso anteriormente el "ambiente percibido" tiene repercusión sobre el comportamiento de los individuos. Por ejemplo, si los residentes perciben que pueden ejercer cierto control sobre el medio, es probable que aumente su nivel de actividad. (Souto, 1984)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.3. ELEMENTO FUNCIONAL

El elemento funcional es el actor social responsable de llevar a cabo, directa o indirectamente, el proceso de enfermería (Siles, 1999). Los actores principales en el estudio que nos ocupa van a ser las personas cuya misión es cuidar. La actividad de cuidar se ha realizado y se realiza desde diferentes instituciones sociales: el Estado (residencias, hospitales, etc.), la familia (cuidado de abuelas a nietos, de hijos a padres, etc.), el mercado (servicios con fines de lucro) u otras instituciones (organizaciones sin fines de lucro, etc.). El tipo de cuidado viene dado por la institución o personas que lo proveen, por la situación de quien lo recibe, y por el contexto en el que se desarrolla. Las personas requieren cuidado cuando necesitan ayuda para desarrollar alguna de las actividades de la vida diaria (AVD), que son aquellas que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Suelen diferenciarse en actividades básicas (autocuidado, movilidad en el hogar y comunicación) e instrumentales (tareas domésticas, administración del hogar y movilidad en el entorno). Cuando una persona tiene dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria, se presentan cuatro posibilidades:

- que reciba ***cuidado informal***: tipo de apoyo que se caracteriza porque es desarrollado por personas de la red social del receptor del cuidado y se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración. El cuidado informal suele distinguir tres categorías de ayuda: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional. Una parte de la atención provista a los mayores por sus cuidadores informales se traduce también en tareas propias de los profesionales de la salud, como el diagnóstico de enfermedades o la provisión de medicamentos

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- que reciba ***cuidado formal***: El cuidado formal se ha definido como aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás. Existen dos tipos básicos de cuidado formal: el que se provee desde las instituciones públicas, y el que se contrata a través de las familias.
- que reciba **cuidado *formal e informal***: los cuidadores informales juegan un importante papel en la elección y provisión del cuidado formal, y la disponibilidad y el desarrollo de los servicios formales influye decisivamente en la intensidad y el tipo de cuidado informal. Esta relación se basa en: la complementariedad, es decir, *"la cualidad o circunstancia que se añade a otra para hacerla íntegra o perfecta";* y la *suplementariedad* o *"reemplazo de algo por otra cosa"*[1]. Los modelos teóricos sobre la relación entre cuidado formal e informal pueden sintetizarse en tres:
    - El *modelo de cuidado suplementario* postula que los cuidadores familiares proveen la mayoría del cuidado, y que la utilización del cuidado formal sirve para sustituir temporal o circunstancialmente el cuidado informal.
    - El *modelo compensador jerárquico* sugiere que los mayores prefieren ser cuidados en primer lugar por su cónyuge, luego por sus hijos, otros miembros de la familia y, por último, por cuidadores formales. Este modelo es compatible con el modelo suplementario, pues asume que el cuidado provisto por cualquier cuidador se puede sustituir por otro, aunque en el orden mencionado. Paralelamente, tanto familiares como no familiares pueden participar en el cuidado, pero normalmente realizando actividades diferentes.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- El *modelo de cuidado complementario* o *de especificidad de tareas* plantea que el cuidado formal aparece cuando las tareas demandadas exceden las capacidades de los cuidadores informales. Los cuidadores informales y los proveedores formales de cuidado proporcionan diferentes tipos de cuidado en función de sus características.

Los tres modelos coexisten y tienen diferente protagonismo en función del contexto social, económico y político. Algunos servicios de respiro (atención formal temporal que tiene entre sus objetivos proporcionar a los cuidadores descanso y/o tiempo libre) o los centros de día para mayores, pueden ser un ejemplo de suplementariedad entre cuidado formal e informal

- que no reciba ningún tipo de cuidado. (Rogero-García, 2009)

La profesión que por excelencia se dedica al cuidado formal, es la enfermería. Esta disciplina trabaja integrada en equipos multidisciplinares, aportando en la Asistencia, Gestión, Investigación, y Formación todo lo relacionado con el cuidado del ciudadano, en este caso del anciano.

Esta aportación específica de la enfermería (el cuidado), fue reconocida en el Real Decreto 1231/2001, publicado en el BOE del 9 de Noviembre de 2001, donde se reconoce la función autónoma de esta profesión:

Artículo 54. Cuidados de enfermería: “Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”. En esta asistencia al “buen morir” los

profesionales de la salud suelen poner distancia frente al dolor y a los miedos de sus pacientes y los familiares de éstos. Se defienden de este modo de sentimientos y temores propios que surgen en la tarea cotidiana de enfrentar el sufrimiento visible de los enfermos y de sus seres queridos, que penan de antemano por lo que saben concientemente o por lo que inconcientemente intuyen como fin de una enfermedad incurable o de la vejez: la muerte. (Yoffe, 2002) En esta situación influye que la medicina trata de atacar las supuestas causas de la enfermedad, pero en cualquier caso, lo más importante es sobrevivir. El éxito se suele medir en cuánto tiempo se ha sobrevivido más que cómo se ha vivido. El hecho de que el colectivo profesional de la Salud considere la muerte como un fracaso de sus esfuerzos, no permite establecer relaciones abiertas y francas con pacientes que se encuentran en la última fase de su vida. (Pisma, 2011)

Desde un punto de vista biopsicosocial, los cuidados enfermeros entorno al duelo, se realizan bajo cuatro esferas principalmente:

- psicológica: que asume la inevitabilidad del duelo y distintas formas de reaccionar en su vivencia
- psicosocial: que contempla las distintas transiciones y el tiempo que puede conllevar la adaptación a la pérdida
- etiológico-antropológica: el duelo conduce a una reconstrucción del mundo interno
- biológica: que revisa las respuestas fisiológicas, emocionales y alteración de ritmos ligadas al duelo (Caycedo, 2007).

El cuidado informal en muchos casos es proporcionado por el núcleo familiar. Las creencias espirituales o religiosas de cada miembro de la familia pueden coincidir o no con la religión y la tradición de los ancestros y con los valores del marco cultural del

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

cual proviene la familia. Esto no tendrá la misma incidencia en culturas orientales de tipo colectivista (que no aceptan dichas disidencias) que en culturas occidentales de tipo individualista, en las que hay una mayor aceptación de las diferencias. En esto no hay homogeneidad cultural, ya que existen diferencias entre los distintos países, culturas, subculturas y grupos humanos. Las creencias culturales y espirituales, tanto si están presentes como si no lo están, si son compartidas por todos los miembros de la familia o sólo son sostenidas por algunos, podrán ser consideradas como aquello que puede guiar a los que sufren la pérdida de un ser querido o como fuente de conflicto o discusión entre los familiares.

La decisión sobre rituales a posteriori de la muerte, como velatorio, entierro, cremación, el acuerdo sobre qué hacer con las cenizas del muerto, o si se realizan misas o ceremonias religiosas recordatorias del deceso, todo esto podrá ser objeto de discusión y de toma de decisiones en conjunto o de una sola parte de la familia.

Algunas familias aceptan los sentimientos del que está en duelo, brindándole apoyo para que éste pueda expresar sus emociones. Otras, en cambio, lo inhiben, requiriéndole que «esté a la altura de los acontecimientos» y se muestre fuerte. En ciertas familias se discute lo que está bien sentir y lo que no es apropiado sentir o expresar en un duelo. Este tipo de actitud suele invalidar a los que sufrieron pérdidas, ya que los deja con la sensación de «estar en falta» por lo que sienten o por cómo lo sienten. Algunos miembros de la familia reciben apoyo para la expresión de sus emociones, mientras que otros sienten todo lo contrario. (Yofee, 1994)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3. CONCEPTUALIZACION DEL DUELO

La perdida es un suceso inevitable en la vida del ser humano. Definimos perdida como: “acción de perder algo” o “”el daño que se recibe en alguna cosa. Se describen distintos tipos de perdidas, atendiendo al objeto perdido. (Kolhrieser, 1988 en Pérez) y (Ruiz, 2011). (TABLA XIV)

Universitat d’Alacant
Universidad de Alicante

TABLA XIV: DIFERENTES TIPOS DE PÉRDIDAS

TIPOS DE PÉRDIDAS	
Pérdidas relacionales	➢ De seres queridos ➢ De seres odiados ➢ De relaciones de intensa ambivalencia ➢ Consecuencias relacionales de la enfermedad ➢ Separaciones y divorcios ➢ Abandonos (sobre todo en la infancia) ➢ Privaciones afectivas ➢ Depravación afectiva ➢ Abuso físico y/o sexual ➢ Resultados relacionales de la migración
Pérdidas "intrapersonales"	➢ En toda pérdida significativa y, en particular: o En desengaños por personas o En desengaños por ideales o situaciones (p. Ej. el *burn-out*) o Tras pérdidas corporales o enfermedades limitantes. o Afectaciones del *ideal del yo* infantil o de la adultez joven o De la belleza o fortaleza física, sexual y/o mental o De capacidades cognitivas, del lenguaje, profesionales, etc.
Pérdidas evolutivas	➢ En cada "edad del hombre" y, particularmente: o en las "fases o períodos del desarrollo infantil" o en la adolescencia o en la menopausia y la andropausia ➢ En cada *transición psicosocial* importante para el sujeto
Pérdidas materiales	➢ Posesiones ➢ Herencias ➢ "Objetos tesoro" ➢ Objetos materiales con alto valor simbólico: banderas, condecoraciones,

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La palabra duelo, proviene del latín “dolos” que significa dolor.

El duelo no es un trastorno mental aunque el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, y la CIE 10 clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos.

Se define duelo como *“una experiencia vital complicada formada por un conjunto de procesos psico-físicos-emocionales-relacionales-espirituales…a partir de una noción subjetiva de perdida”*

Para Freud la palabra 'duelo' tiene dos acepciones: como dolor ('dolere') y como combate entre dos ('duelum'), ya que el duelo implica un combate doloroso entre dos: por un lado el yo que se resiste a abandonar sus lugares de satisfacción, y por el otro el principio de realidad que insiste en la pérdida.

Otros autores como Erikson en 1959 lo definen *“como una crisis accidental en la que se produce una alteración psicológica aguda que se ha de entender como una lucha por lograr un ajuste y una adaptación a un problema insoluble”*

En una vertiente positivista el duelo se define: *“como una reconstrucción de significados y destaca lo particular y lo activo en el proceso de duelo, a diferencia de lo universal y pasivo de otros autores más tradicionales. La reconstrucción de un nuevo mundo de significados que tenga sentido no necesariamente lleva a la “normalidad” previa a la pérdida, sino que da la oportunidad de llegar a un estado de mayor desarrollo personal*. (Neimeyer, 2002)

Mas recientemente, Bucay define el duelo como: “el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida; elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia”; cada pérdida, por pequeña que

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

sea, implica la necesidad de hacer una elaboración, no sólo las grandes pérdidas generan duelos, sino que toda pérdida lo implica. (Bucay, 2004)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4. MODELOS PSICOLÓGICOS DE LOS PROCESOS DE DUELO

Tizón en 2004 realizó una recopilación de los modelos psicológicos de los procesos de duelo. (TABLA XV)

TABLA XV: MODELOS PSICOLÓGICOS DE LOS PROCESOS DE DUELO

MODELOS PSICOLÓGICOS DE LOS PROCESOS DE DUELO		
	SUBMODELOS	RAÍCES, AUTORES
Modelos psicoanalíticos	➢ Freudiano ➢ Kleiniano	S. Freud A. Freud K. Abrahan y M. Klein
Modelos psicosociales	➢ De base clínica ➢ El duelo como transición psicosocial ➢ El duelo como proceso adaptativo	E. Lindemann y E. Kübler-Ross G. Pollock, J. Bowlby DSM-IV G. Caplan, J. L. Tizón
Modelos cognitivos	➢ El duelo como cumplimiento de tareas	G. Pollock, J. W. Worden, T.A. Rando, M. Cleiren, G. M. Humphrey y D. G. Zimpfer
Modelos mixtos bio-psico-sociales (de base psicoanalítica)	➢ El duelo como adaptación ante la pérdida ➢ El duelo como alteración del desarrollo biopsicosocial	J. Bowlby E. Erikson, D. Meltzer y J. L. Tizón

MODELOS PSICOANALÍTICOS

- SIGMUND FREUD. MODELO PSICOANALÍTICO. Para dicho autor los fenómenos fundamentales del duelo serían:
    - un profundo y doloroso abatimiento
    - una retirada del interés por el mundo externo
    - la pérdida de la capacidad de amar

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- una inhibición de toda actividad

- KLEIN. MODELO PSICOANALÍTICO. Una de las principales aportaciones de esta autora radica en su insistencia acerca de que cada duelo reaviva la ambivalencia "residual", nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio, con respecto a nuestra madre o sustituto más permanente. Es esa reviviscencia de la ambivalencia la que hace el duelo más penoso y duradero, pero también lo que le confiere mayores capacidades creativas, ya que elaborar un duelo importante implica al tiempo elaborar también, al menos, algo más, los duelos primigenios, nuestra forma de separarnos de nuestros objetos primordiales. Esta autora insistió también en la importancia de las emociones y sentimientos vividos durante el duelo: odio, culpa, amor, ira, duda, temor… (sobre todo este último). (Ruiz 2011)

MODELOS PSICOSOCIALES

- LINDEMANN (TIZÓN, 2004) DUELO COMO TRANSICIÓN PSICOSOCIAL. Está considerado otro de los hitos fundamentales en el desarrollo de nuestras concepciones actuales acerca de los procesos de duelo. Propuso seis características de aflicción aguda, de la pena: molestias somáticas, preocupación por pensamientos o imágenes acerca del desaparecido, culpa relacionada con el muerto, reacciones violentas, pérdida de funciones y capacidades y una tendencia a asumir rasgos del muerto en la propia conducta. Esta última característica, psicológicamente vinculada con la identificación, podría indicar patología en el desarrollo final del proceso. Correlativamente con estas descripciones, pudo proporcionar una idea más exacta del duelo como trabajo (el trabajo del duelo), con tareas específicas que cumplir. Esas tareas de

la elaboración del duelo incluyen la disolución de los vínculos emocionales con el muerto, el reajuste al medio sin la presencia física del difunto y el establecimiento de nuevas relaciones.

- KÜBLER-ROSS (1974) DUELO COMO TRANSICIÓN PSICOSOCIAL. Autora cuyo nombre y teoría aún sirven de sustrato para la comprensión y cuidado del tipo de duelo en el que centró sus esfuerzos y explicaciones: la muerte y la agonía humana. Su perspectiva del duelo por la propia muerte, una forma de duelo anticipatorio, identifica cinco fases: negación, ira y protesta, negociación y pacto, depresión y aceptación.

- BOWLBY (1983). DUELO COMO TRANSICIÓN PSICOSOCIAL. A raíz de sus estudios sobre múltiples fuentes, postuló su esquema de la tríada de la pérdida afectiva: protesta, desesperanza y desapego o, de una manera más completa, aflicción y protesta, des-esperanza y desapego o depresión. Es la base de su modelo de las cuatro fases del duelo:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1. Fase de incredulidad y embotamiento de la sensibilidad, que por lo general dura desde algunas horas hasta una semana y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y/o cólera sumamente intensa.

2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura algunos meses y a veces años

3. Fase de desorganización y desesperanza.

4. Fase de mayor o menor grado de reorganización.

Este autor enuncia los diferentes factores o variables que afectan el curso del duelo, y que pueden agruparse en cinco clases:

a) Identidad y rol de la persona perdida,

b) Edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida

c) Causas y circunstancias de la pérdida,

d) Circunstancias sociales y psicológicas de la persona que sufrió la pérdida alrededor del momento en que ésta se produjo y posteriormente y

e) Personalidad del que sufrió la pérdida con especial referencia a sus facultades para establecer relaciones de amor y capacidad para responder a situaciones de estrés.

- DSM-IV (Tizón, 2004) DUELO COMO PROCESO ADAPTATIVO. La clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, define duelo de la siguiente manera: El duelo es una reacción normal ante la muerte de una persona querida manifestada por algunos individuos mediante sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia, pérdida de peso, etc. La persona que atraviesa un episodio de duelo considera su estado como normal.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El duelo deja de considerarse como tal para convertirse en un trastorno cuando la duración de la sintomatología depresiva persiste más allá de dos meses tras la pérdida o cuando hay presentes síntomas que no son característicos de una reacción normal de duelo tales como:

1) La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida

2) Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida

3) Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad

4) Inhibición psicomotora acusada

5) Deterioro funcional acusado y prolongado

6) Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

MODELOS COGNITIVOS

- WORDEN (1997) DUELO COMO CUMPLIMIENTO DE TAREAS.

En su modelo, Worden Este autor entiende el duelo como un proceso de cumplimiento de cuatro tareas que son:

1. *Aceptar la realidad de la pérdida*. Dice que cuando alguien muere siempre hay sensación de que no es verdad, por eso la primera tarea consistiría en afrontar plenamente esa realidad, aceptando que el reencuentro es imposible. La negación se puede practicar a varios niveles y tomar varias formas, pero la mayoría de las veces implica negar la realidad. Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional.

2. *Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida*. No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad, ni lo siente de la misma manera, pero es imposible no experimentar cierto nivel de dolor cuando se pierde a alguien con el que se ha estado vinculado. Si esta tarea no se completa adecuadamente, puede que sea necesaria una terapia más adelante, en un momento en que puede ser más difícil trabajar el dolor que se ha estado evitando. Esta tarea es más difícil de trabajar que la anterior.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3. *Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.* Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, depende de la relación con el fallecido. Muchos supervivientes se resienten por tener que desarrollar nuevas habilidades y asumir roles que antes desempeñaban sus parejas. La estrategia de afrontamiento de redefinir la pérdida de manera que pueda redundar en beneficio del superviviente tiene que ver, muchas veces, con que se complete la tarea III de manera exitosa.

4. *Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.*

Para este autor el duelo acaba cuando se han completado las cuatro tareas. Un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor, aunque sienta algo de tristeza porque es irremediable.

Worden (Tizón, 2004) propuso más que una nueva teoría sobre el duelo, una aplicación práctica directamente orientada a las sesiones de "counselling" (orientación psicológica) de las personas en duelo. Como en la perspectiva psicoanalítica, esta perspectiva más cognitivista parte del duelo como algo necesario, un tipo de proceso que implica importante sufrimiento, pero que puede ser aliviado mediante el consejo y/o la psicoterapia de apoyo. La elaboración del duelo supone una aceptación de la experiencia total del dolor y sufrimiento mental que el duelo implica, así como del sufrimiento adicional que emerge durante las tareas del duelo. En su modelo, Worden proporciona claves para la identificación de los momentos del duelo e intervenciones específicas para dirigirse a cada una, un tipo de aproximación que ha sido seguida por numerosos autores.

- RANDO (Tizón, 2004). MODELO COGNITIVO. Propuso su concepción de "las Seis R del proceso de duelo". Su idea, como la de Worden, es vincular cada

una de las fases o momentos del duelo con una tarea o tareas (psicológicas) que la persona en duelo debe realizar para progresar en el camino de la elaboración. (TABLA XVI)

TABLA XVI: MODELO DE ELABORACIÓN DEL DUELO DE RANDO

MODELO RANDO		
Fases	Tarea fundamental	Alteración
1. Negación	Reconocimiento de la pérdida a nivel: ➢ Cognitivo ➢ Afectivo	I. Problemas en la expresión: ➢ Duelo ausente ➢ Duelo retardado ➢ Duelo inhibido o congelado ➢ Duelo enmascarado
2. Confrontación	Reacción: ➢ experiencias de pena ➢ expresiones de dolor ➢ duelos simbólicos y secundarios Reviviscencia, *rêverie* de la Relación Renuncia: ➢ a esos vínculos ➢ al mundo que significan	II. Duelo sesgado, desviado: ➢ Duelo distorsionado (p.ej. por psicopatología de base.) ➢ Duelo conflictualizado ➢ Duelo inesperado
3. Acomodación	Readaptación al nuevo mundo, olvidando el viejo Revestimiento de los afectos	III. Problemas con la finalización ➢ Duelo crónico

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

MODELOS MIXTOS BIO-PSICO-SOCIALES

- TIZÓN (2004): Los procesos de duelo han de entenderse como fenómenos que:

1. Rompen o alteran patrones de vinculación establecidos previamente

2. Alteran el mundo interno: recuerdos, vivencias, experiencias, relaciones interiorizadas, relaciones de objeto.

3. Alteran, provisionalmente, las capacidades y expresiones.

4. Se expresan y fundamentan a nivel psicosomático.

5. Se expresan y apoyan a nivel sociocultural

6. Incluyen una serie de movimientos entrópicos y negentrópicos.

7. Poseen resultados en potencia entrópicos y negentrópicos: pueden producir un aumento de la ansiedad, el sufrimiento, el dolor, la enfermedad, la desestructuración psicosocial, marginación, o bien, a medio y largo plazo, dar lugar a una mayor organización, integración, creatividad.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5. CLASIFICACIÓN DEL DUELO

El duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido; éste se puede manifestar antes, inmediatamente después de la pérdida o en los meses siguientes del deceso. Atendiendo a esto se distinguirán los siguientes tipos de duelo:

1. **Duelo normal o no complicado:** Según la NANDA se define como: un complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida. Se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes, a la muerte de un ser querido. Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas. El duelo tiene una duración variable que, normalmente no es superior a seis meses. Según Bowlby, un "duelo normal" consiste para el doliente en poder aceptar la pérdida del ser amado, atravesar la crisis vital en la que dicha pérdida lo puso, salir revitalizado de la misma y asumir una identidad personal con aspectos nuevos o renovados de sí mismo.
2. **Duelo anticipatorio:** La North American Nursing Diagnostic Association (NANDA) en su anterior edición (Johnson y cols., 2002) contemplaba el diagnóstico de duelo anticipado como: Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto y provocado por la percepción de la pérdida potencial. El duelo anticipatorio es el que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable. El duelo anticipatorio termina cuando se produce la pérdida, con independencia de las reacciones que puedan surgir después. A diferencia del duelo convencional cuya intensidad disminuye con el paso del

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

tiempo, el duelo anticipatorio puede aumentar o disminuir en su intensidad cuando la muerte parece inminente. En algunos casos, sobre todo cuando la muerte esperada se demora, el duelo anticipatorio llega a extinguirse y el individuo expresa pocas manifestaciones agudas de duelo cuando la muerte se produce. Por ejemplo se ha visto que no sólo la muerte biológica puede provocar un duelo en los cuidadores de pacientes con demencia sino también la pérdida inexorable de capacidades y en último término su muerte psíquica. Esta muerte afecta también a los cuidadores profesionales, no tanto por la relación con el enfermo, sino porque le muestra su propia vulnerabilidad como ser humano, recordándole su propia muerte y lo que podría percibirse como más cruel: la posibilidad de una muerte en vida.

Algunos investigadores expertos refieren que la anticipación del duelo resulta más adaptativa. (Pisma, 2011)

3. **Duelo patológico**: Aparece semanas o meses después de la pérdida. Es un proceso donde la persona se ve superada por el dolor de la perdida experimentada, con la fractura del equilibrio psico-físico. Se caracteriza por la aparición de ansiedad y depresión. Este tipo de duelo se manifiesta de distintas formas:
   - ***Duelo crónico***: El dolor parece extenderse de forma ilimitada. El doliente se detiene en la fase de anhelo y búsqueda por el conflicto de separación, lo que impide rehacer la vida
   - ***Duelo congelado***: Se constituye por la prolongación de la fase inicial de embotamiento afectivo, con dificultad para la expresión de otras emociones
   - ***Duelo Exagerado***: Es una intensa reacción de duelo que constituye una vía de escape a la aflicción. Se puede manifestar a través de: depresión, ataques de pánico, conductas fóbicas, manías, alcoholismo…

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- ***Duelo retrasado, inhibido o negado***: Las reacciones del duelo se inhiben inicialmente y aparecen más tarde, con motivo de otra pérdida a la que se responde de forma desmesurada. En el duelo retrasado la reacción emocional-conductual en el momento de la pérdida no fue suficiente y surge después de un tiempo, pudiendo o no estar desencadenado por acontecimientos externos (Nomen, 2007).
- ***Duelo enmascarado.*** La persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conducta que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido.
- ***Duelo ambiguo.*** La pérdida ambigua es la que más ansiedad provoca ya que permanece sin aclarar. Existen dos tipos de pérdida ambigua.
    a. Los deudos perciben a determinada persona como ausente físicamente pero presente psicológicamente, puesto que no es seguro si está viva o muerta, ya que no se ha localizado el cuerpo.
    b. el deudo percibe a la persona como presente físicamente pero ausente psicológicamente.
- ***Psicosis del duelo.*** El duelo puede adquirir características extremadamente anormales y cercanas a un episodio psicótico. Se ha llamado psicosis de duelo y los síntomas son propiamente los de un cuadro psicótico reactivo. Si bien se puede considerar normal la sensación de oír la voz del fallecido, ante la presencia de alucinaciones auditivas o visuales persistentes, complejas y con poca conciencia crítica debemos considerar esta forma patológica del duelo. Puede elaborarse un pensamiento delirante respecto al fallecido que niegue su muerte o su ausencia y reivindique su presencia de alguna forma más o menos mágica o paranormal. También las alteraciones conductuales gravemente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

distorsionadas respecto al estado premórbido deben valorarse como una posible psicotización del duelo. (Tizón, 2004)

- ***Duelo agudo*** constituye un síndrome que se caracteriza por:
    a. malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos
    b. preocupación por la imagen del difunto
    c. culpa
    d. reacciones hostiles
    e. desestructuración de la conducta (Lindemann, 1994)

Utilizando la nomenclatura de la NANDA entendemos por ***duelo complicado***; el trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional.

4. Además de estas características potencialmente patológicas, hay que hacer hincapié en que el duelo puede derivar hacia **estructuras psicopatológicas** nuevas, o bien potenciar trastornos previos. Se ha llamado duelo sintomático, y sería por tanto una reacción de duelo con sintomatología de nueva aparición o bien, exacerbación de situaciones sintomáticas previas. Clínicamente debería diagnosticarse como un trastorno adaptativo, con distintas variedades clínicas asociadas.

   El diagnóstico de depresión en una persona en duelo es complejo por la similitud de síntomas. Los síntomas propios del duelo (llanto, apatía, desespero, hiporexia, insomnio…) son comunes con un síndrome depresivo. La distinción no es fácil en las fases agudas y es la evolución la que condiciona el diagnóstico (Ruiz, 2011). La siguiente tabla nos permitirá objetivar las principales diferencias entre duelo normal y depresión (Dollenz, 2003; Flórez, 2002). (TABLA XVII)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA XVII: DIFERENCIAS ENTRE DUELO NORMAL Y DEPRESIÓN

Características	**Duelo**	**Depresión**
Identificación con el difunto	Normal	Sobreidentificación
Ambivalencia	Escasa	Aumentada
Ideación suicida	Rara	Frecuente
Preocupaciones mórbidas sobre la propia valía	No	Si
Autoestima	Conservada	Disminuida
Autoculpabilidad	Específica (por cómo trató al difunto)	Global
Tristeza, llanto, pérdida de apetito, trastornos del sueño, desinterés por el mundo exterior	Autolimitados en el tiempo	Intensos, persistentes y pueden empeorar
Evoca	Empatía y simpatía	Fastidio e irritabilidad
Humor	Reactivo	Arreactivo
Contacto social	Positivo	Aislamiento
Deterioro funcional	Pasajero	Prolongado
Respuesta a antidepresivos	No	Si

Algunos autores proponen que ante una depresión tras un duelo deben usarse fármacos antidepresivos (Altet, 2000).

5. **Duelo desautorizado.** Se produce cuando una persona mayor con deterioro cognitivo sufre una pérdida significativa. Esta pérdida puede ser la del cuidador principal, la del cónyuge que convive con el enfermo en la residencia, la de un hijo o nieto con quién mantiene un vínculo especial, etc. (Payás, 2005). Esta nomenclatura se debe a que socialmente y de manera paradójica se considera que las personas mayores y los discapacitados en general (caso de las demencias) no tienen recursos para afrontar la pérdida y por lo tanto exponerles personal y socialmente a la misma sería un riesgo innecesario que complicaría su situación ya de por sí complicada y desfavorecida

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Al igual que el proceso de la muerte, el duelo va a ser un proceso individualizado no universal y cada persona pasara por estas etapas y en el orden, según sus circunstancias. Por ello es difícil discernir entre duelo sano y patológico

En un duelo no complicado se pueden distinguir de forma generalizada las siguientes etapas:

1. ***Impacto***. En este momento la persona evidencia la pérdida. Puede durar desde algunos instantes a muchos días.
2. ***Negación***. La persona niega la realidad de la pérdida o se resiste a tomar conciencia de la realidad.
3. ***Rabia, cólera***. La persona ante esta situación límite reacciona violentamente. Genera violencia porque hay una situación inasumible.
4. ***Tristeza***. Se empieza a identificar la pérdida. Se entra en una situación de soledad profunda y de íntima conciencia de sufrimiento.
5. ***Negociación***. Se inicia un proceso de aceptación. Se es consciente de la pérdida y realiza una negociación con quien cree que puede darle soluciones: médicos, Dios, recursos alternativos, etc., porque la pérdida se le hace insoportable.
6. ***Aceptación***. La persona asume que la pérdida se ha producido. Esta etapa se compone de varias fases:

- Entiende la "pérdida" como una ofensa vital, como una herida, a un todo que es uno mismo; le falta "algo" que le ha sido arrebatado sin permiso. Acepta la realidad.
- Deja de culpabilizarse y buscar culpables en quien vengarse.
- Análisis positivo de las vivencias que se han tenido anteriormente, se le puede añadir el cambio cualitativo que ha provocado la pérdida: intentar descubrirlo y vivirlo.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Hay una fase que "no tiene un lugar" preestablecido: la esperanza del ser humano en una resolución amable al conflicto que le ha generado esta pérdida. Es una esperanza actitudinal que se construye desde la vivencia y la convivencia de la pérdida.

Las manifestaciones del duelo normal las podemos encontrar en la siguiente figura. (Tizón, 2004) (TABLA XVIII)

TABLA XVIII: MANIFESTACIONES DEL DUELO NORMAL

MANIFESTACIONES DEL DUELO NORMAL	
Emociones, sentimientos.	Tristeza Enfado Culpa Autorreproches Ansiedad Añoranza Anhelo Soledad Shock Impotencia Despersonalización Alivio Liberación…
Sensaciones (emociones visceralizadas)	Insensibilidad Vacío en el estómago Opresión en el pecho y/o en la garganta Falta de aire Hipersensibilidad al ruido Fatiga Debilidad muscular Falta de energía Sequedad de la boca…
Cogniciones	Irrealidad Confusión Preocupación Dudas Obsesiones Ilusiones Alucinaciones…
Conductas del duelo	Trastornos del sueño Trastornos de la alimentación Distrabilidad Aislamiento social Llanto Sueños con lo perdido/fallecido Evitación de lugares que recuerden al fallecido

Según Rojas (2005), en el período del duelo se presentan normalmente múltiples manifestaciones repartidas en cinco áreas del ser humano. Algunas de éstas se solucionan simplemente al recibir una explicación especial y, en cambio, otras requieren

de manejos específicos. Estas cinco áreas comprometen a todo el ser en conjunto, pero es más fácil su comprensión si se evalúan por separado.

- Área sensitiva: se refiere a los sentimientos, a lo emocional, donde está más frecuentemente situada la persona en este momento. Es su sentir completo, cuando las circunstancias del duelo no le permiten vivenciar otra realidad. En este área se viven la tristeza; la culpa; la rabia u odio e irritabilidad; temor o miedo, etc.
- Área sensorial: se refiere a las molestias físicas de todo tipo que acompañan al deudo. Pueden ser transitorias o volverse permanentes, y algunas llegan a tener visos de gravedad. Algunas de estas molestias son: dificultad para tragar o para hablar; opresión precordial y falta de aire; hipersensibilidad al ruido y a las expresiones externas; despersonalización; debilidad, cansancio, fatiga muscular; molestias gástricas y boca seca; trastornos del sueño; etc.
- Área cognitiva: se refiere a los cambios en creencias y conceptos. Compromete la lucidez y la claridad mental y genera malestar al no tener claro lo que está ocurriendo: trastorno de memoria, atención y concentración; incredulidad, confusión; preocupación, pensamientos repetitivos, etc.
- Área perceptiva: se refiere a las percepciones. No se puede diferenciar lo que es real o no. Suelen ser de corta duración pero generar alarma o, por lo menos, inquietud. Los cinco sentidos se ven a veces sobredimensionados en experiencias desconocidas hasta el momento: ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, fenómenos de presencia, etc.
- Área conductual: son cambios en la forma de comportarse con respecto al patrón previo, y su importancia radica en cuánto afectan al adecuado desenvolvimiento del ser en su mundo cercano y su relación con los demás: trastornos de la alimentación; sueños relacionados; abandono de las relaciones sociales; evitar lugares y

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

situaciones; búsqueda del fallecido; inquietud y estado de alerta; llanto; atesoramiento de objetos relacionados con el fallecido; etc.

Todas estas manifestaciones y algunas más forman parte de los duelos llamados "normales", pues su expresión es corriente en la mayoría de ellos y sólo su intensidad alta o la persistencia en el tiempo requieren atención y un posible manejo terapéutico. Para discernir entre el duelo normal y patológico, Tizón en 2004 enunció síntomas que puedan hacer presagiar un duelo complicado. (TABLA XIX)

TABLA XIX: SINTOMAS DE DUELO COMPLICADO

EVOLUCIÓN DE UN DUELO Y POSIBILIDADES DE PATOLOGIZACIÓN	
Momentos intrapsíquicos del duelo	**Síntomas** Experiencias intensas, repetidas o prolongadas pueden llevar a la manifestación de síntomas de esa fase mediante las siguientes vías:
Suceso, pérdida	➢ Trastorno por estrés postraumático agudo en casos de catástrofes especialmente "aplastantes".
1º. Impacto: Horror, pena, aflicción, ira...	➢ Reacciones de pánico o agotamiento a causa de reacciones emocionales intensas que nos invaden.
2º. Aflicción y pena/protesta, resentimiento	➢ Depresión o agitación por causa de: • tristeza, pena, culpa extremas • aumento de las ansiedades persecutorias (sentimientos de ser perseguido, necesidad de perseguir…).
3º. Negación Se intenta negar la realidad de la pérdida o de lo que ésta significa para nosotros	➢ Evitación extrema: evitación, fobias, uso de drogas para evitar el sufrimiento mental. ➢ Reacciones maníacas: control, desprecio, pseudosuperación, etc.
4º. Intrusión -"inundación" Recuerdos y vivencias inevitables del suceso	➢ Estados de inundación por ideas, emociones, imágenes o recuerdos acerca del objeto o de la pérdida que nos invaden. ➢ Trastorno por estrés postraumático subagudo y crónico.
5º. Elaboración: Se comienza a enfrentar la realidad de lo que ha pasado	➢ Respuestas psicosomáticas: tienden a desarrollarse quejas somáticas o incluso afecciones somáticas o incluso afecciones si la elaboración del duelo se estanca o "congela"
6º. Reparación: La vida continúa, incluso, tal vez, con mejoras intrapsíquicas, mentales	➢ Trastornos caracteriales o psicopatológicos si no hay esa restauración del mundo interno y reanudación de las relaciones externas tras la elaboración suficiente del duelo.

6. FASES DEL DUELO

Muchos autores han tratado las distintas etapas de duelo (TABLA XX). Tras analizar a los distintos investigadores; se concluye que las etapas son similares aunque se diferencia la nomenclatura. Principalmente se distingue entre la fase de shock y rechazo, negación y recuperación o culpa. En la primera fase Madoz, distingue los comportamientos siguientes: los que bloquean la percepción (desmayos) o bloqueos pseudocatatónicos (inmóvil, rígido y sin respuestas y los que alteran la motricidad: parálisis de partes del cuerpo, inhibición de movimientos, automatismos motóricos regresivos (balanceo) o repetitivos sin sentido («respiraciones artificiales» interminables). TABLA XX: FASES DEL DUELO

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

FASES DEL DUELO						
JOHN W. JAMES RUSSELL FRIEDMAN	**CATHERINE SANDERS**	**BOWLBY KLÜBER-ROSS *PERSPECTIVA (BIO-PSICO-SOCIAL)***	**PARKES**	**THERESE RANDO, WORDEN, *(PERSPECTIVA, PSICOPATOLOGICA)***	**GROLLMAN**	**BOB WRIGHT**
NO HAY ETAPAS/ FASES	ETAPAS					
No hay reacciones tan universales que se suponga que toda la gente deba experimentar. Cada reacción es única	1. shock 2. conciencia y búsqueda 3. Conservación y retiro 4. Aceptación reorganización 5. Renovación	1. entumecimiento shock, incredulidad 2. anhelo y búsqueda 3. desorganización y desesperanza 4. reorganización	1. alarma, búsqueda 2. mitigación de la ira 3. sentimiento de culpa	1. negación 2. confrontación 3. acomodación	1. shock, 2. sufrimiento 3. recuperación	**1.** Shock, negación, Pánico 2. Culpa , depresión, abandono 3. Resistencia a volver a lo habitual 4. Aceptación y recuperación
TAREAS						
				1. Aceptar la realidad de la pérdida 2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. 3. Readaptarse al medio contando con la ausencia del objeto. 4. Reubicar el objeto (interno):" olvidar recordando		

Como vemos en la tabla XX también existen autores, como James y Friedman (2000), que afirman que la pena emocional no tiene etapas, aunque muchas personas experimenten ciertas respuestas comunes. Pero en definitiva, como vemos en Tizón (2004) la mayoría de autores, distinguen tres estadios o etapas en la evolución temporal del duelo:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1. Fase de impacto (Silverman) o impasibilidad (Parkes y Clayton), que dura de pocas horas a una semana después del deceso, que puede cursar tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando una conducta semiautomática. Es el momento de los ritos sociales y familiares del duelo que facilitan la resolución de esta fase. Desde el punto de vista psicopatológico, la ansiedad es la emoción predominante produciéndose igualmente un estrechamiento del campo de la consciencia.

2. Fase de depresión (Clayton) o de repliegue (Silverman), se prolonga a lo largo de varias semanas o meses, que se inicia con sintomatología depresiva inhibida, seguida de episodios de protesta-irritación y aislamiento. Los rituales socio-religiosos han finalizado, la persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc. Durante este período el estado de ánimo es superponible al de un trastorno depresivo.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3. Fase de recuperación, curación o restitución: después de un año. Durante la misma se retoma al nivel de funcionamiento previo, siendo capaz el deudo del establecimiento de nuevos lazos afectivos. Frecuentemente esta etapa coincide, con el primer aniversario del deceso produciéndose en este período una intensificación emocional en la línea de la nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc., que duran unos días y que finalmente marcan el final del duelo (Macías y Parrado, 2001 citado en Ruiz 2011)

Todas estas teorías tradicionales, parten del supuesto de que existen etapas o tareas universales en la recuperación, otorgando al doliente un papel totalmente pasivo y llegando a patologizar la pena. Conciben, además, la aflicción como una experiencia

privada del individuo aislado (Brito, 2004) Sin embargo desde la óptica constructivista se entiende Duelo como la reconstrucción de un mundo de significados que se ha visto amenazado por la pérdida. Está implícito en la definición, el papel activo que el doliente desempeña en este proceso normal. El duelo es un proceso tanto social como individual y que se necesita prestar más atención a cómo las familias y otros grupos sociales pueden propiciar o impedir la adaptación de sus miembros. Las teorías tradicionales del duelo, se han centrado mucho más en la descripción y el trabajo con el contenido en los procesos de duelo (es decir, las emociones); el constructivismo se centra mucho más en los procesos que en el contenido; en estos procesos, el significado que la persona atribuye a la pérdida es uno de los determinantes más significativos a la hora de pronosticar un duelo normal o complicado. Esto es así puesto que la pérdida afecta a nuestro sistema de creencias y a nuestra forma de construir el mundo y a nosotros mismos en una relación con el mundo. En este sentido, la pérdida afecta a nuestro sentido de identidad que debe ser reconstruido a la luz de nuevos significados (Rodríguez M, 2008).

En conclusión podemos decir que existen multitud de propuestas sobre las fases o etapas del duelo, pero lo importante es la manera en que cada persona las atraviesa. El proceso de duelo no se puede encuadrar como algo controlado, ni puede forzarse a que sea de una manera determinada (Fundación Carolina Labra Riquelme, 2007).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7. VARIABLES QUE AFECTAN AL DUELO

Bucay (2004) dice que hay diez factores que intervienen a la hora del duelo. El grado de presencia o ausencia de ellos puede hacer que el proceso de elaboración sea más fácil o más difícil.

1. Calidad de la relación con la persona (íntima o distante).
2. Forma de la muerte (por enfermedad o accidente, súbita o previsible).
3. Personalidad de unos (temperamento, historia, conflictos personales).
4. Participación en el cuidado del ser querido antes de fallecer.
5. Disponibilidad o no de apoyo social y familiar.
6. Problemas concomitantes (dificultades económicas, enfermedades).
7. Pautas culturales del entorno (aceptación o no del proceso de duelo).
8. Edades extremas en el que pena (muy viejo o muy joven).
9. Pérdidas múltiples o acumuladas (perder varios seres queridos al mismo tiempo).
10. Posibilidad de pedir y obtener ayuda profesional o grupal.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Según Flórez (2002) las variables que afectan al curso de un proceso de duelo serían:

- Variables antropológicas. Hay pérdidas que suelen desencadenar procesos de duelo de gran complejidad y extremadamente dolorosos (por ejemplo, la muerte de la madre). También los procesos de duelo son más difíciles de elaborar cuando las muertes se producen "contra la secuencia natural de la vida" (por ejemplo, en los jóvenes). La infancia y la senescencia hacen más difícil la completa elaboración de los duelos graves, posiblemente por la menor capacidad de los sistemas de contención, tanto intrapersonales como psicosociales.

- Variables relacionadas con las circunstancias de la pérdida: Tienden a complicar el duelo las situaciones en las que no se llega a ver el muerto o cuando no se llega a poseer con seguridad de su muerte o cuando el cadáver ha sido mutilado. También la forma de recibir la noticia, las pérdidas anteriores recientes, las pérdidas prematuras pueden dificultar la elaboración de un proceso de duelo.
- Variables psicosociales: Las condiciones de vida precarias, el aislamiento social, la existencia de prácticas sociales que dificultan el duelo, la mezcla de duelo con problemas sanitarios, la forma de comunicar la pérdida, etc., son circunstancias psicosociales que afectan a los procesos de duelo.
- Variables intrapersonales: Todas las circunstancias que influyen en la elaboración del duelo son mediadas por la personalidad del doliente. Asimismo el tipo de vínculo con el ser perdido puede dificultar la elaboración de un proceso de duelo, como en el caso de relaciones ambivalentes o de dependencia con el fallecido.

Según Tizón (2004), si los duelos y procesos de duelo son fenómenos ubicuos en las relaciones, sociedades y culturas humanas, por un lado, y si están sujetos a la idiosincrasia tanto de los individuos como de los grupos micro y macrosociales, así como a toda una amplia serie de circunstancias externas, se entiende que una clasificación de las variables que afectan a la elaboración del duelo puede ser compleja e incluso farragosa.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

IV.- METODOLOGIA

En este estudio se ha empleado una metodología cualitativa descriptiva, puesto que este tipo de enfoque asume que las personas tienen sus propios sistemas de creencias y que cualquier acercamiento al comportamiento no puede dejar de lado las creencias y circunstancias de la vida cotidiana de los individuos (Domingo, 2001), aspecto esencial que se va a desarrollar a lo largo de esta tesis. Además esta metodología es la que ofrece mejores oportunidades para acceder a la comprensión y entendimiento de los procesos de vida de los sujetos (en este caso el proceso de duelo de las personas mayores). El método cualitativo empleado es la etnografía, ya que parte de la subjetividad con que los ancianos manifiestan el significado del duelo en sus vidas ya sea dentro o fuera de una institución cerrada. Esta técnica, es el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta, se persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social. (Rodríguez, 1996). Dicho método pone el énfasis en el proceso de develar el conocimiento cultural en el análisis holístico de las sociedades, que en este caso es el grupo compuesto por la persona mayor y su entorno. Concretamente el procedimiento utilizado, ha sido la etnoenfermería, definido como "el estudio, documentación y análisis, desde una perspectiva local o emic, del punto de vista de las personas, las creencias y las practicas sobre fenómenos potenciales o actuales de cuidados de enfermería dentro de una cultura particular para generar conocimiento enfermero" (Leininger, 1990). El método Etnoenfermero de Leininger comparte elementos comunes sugeridos en los tres métodos cualitativos: etnografía, fenomenología y teoría fundamentada (Zoucha, 1999). Según Leininger, el *cuidado* está presente en todas las culturas pero tiene características diferentes en cada una de ellas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El *cuidado cultural* incluye el "cuidado genérico" (referido al conocimiento aprendido y transmitido, tradicional y popularmente, perspectiva *emic*, usado hábilmente por la cultura) y el "cuidado profesional" (hace referencia al conocimiento *etic* aprendido cognitiva y formalmente y practicado hábilmente). Entonces, el concepto de "cuidado genérico" permite abordar la perspectiva *emic* del cuidado.

La competencia cultural está definida como el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. (Osorio 2008). En esta investigación se estudiara al anciano (individuo), su familia y la comunidad que conforman dentro o fuera de la residencia. El proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales. La competencia cultural permitiría que los profesionales reconozcan la propia procedencia cultural y la de los ancianos con el fin de elaborar el proceso de duelo.

Dado que la literatura evidencia el concepto de vejez como una construcción histórica, desarrollada por la sociedad, es de esperar que dicha categoría se asuma de diferente forma en las distintas culturas, por lo tanto el concepto de vejez discernirá dentro y fuera de la institución. (Debert, 1994)

El propósito por el cual este estudio emplea el método de investigación Etnoenfermero es el de instituir un método de descubrimiento emic abierto para explicar y estudiar los fenómenos relacionados con las vivencias del duelo dependiendo del escenario donde se desarrolle. Para ello resulta indispensable comprender las creencias, y practicas culturales del cuidado dentro o fuera de la residencia de mayores. (Laza, 2011). Se hace necesario investigar, desde una perspectiva cultural, los valores,

sentimientos y prácticas entorno a la muerte de los ancianos para contar con una información adecuada que permita orientar cuidados de salud culturalmente congruentes, más humanos y efectivos.

La posición del investigador fueron dos posturas:

- En el caso del medio rural, fue observación participante.
- En el caso de la residencia, fue participante observador con implicación profesional en el centro en períodos de tiempo, lo que facilitó el acceso al campo, ya que se conocía anteriormente al personal que trabajaba en el centro. Dentro de la residencia resulto bastante ventajosa esta postura, aunque tuvo inconvenientes, puesto que se trabajaba en el lugar donde se realizó la tesis, aunque no durante todo el tiempo que duro este. Como principal ventaja fue la facilidad del acceso al campo y la familiaridad con la muestra investigada, ya que el investigador formo parte desde el primer momento del contexto de la residencia. Esta situación también tuvo inconvenientes, ya que resulta inevitable separar completamente juicios preconcebidos del contexto y la población estudiada.

La recogida de datos fue desde Octubre de 2008 a Mayo 2011 para ello se utilizaron los siguientes instrumentos de forma conjunta: la observación participante y la entrevista abierta semiestructurada.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1. MÉTODOS DE REGOCIDAS DE DATOS

1.1. OBSERVACION PARTICIPANTE (ANEXO V)

La observación va implícita en la metodología cualitativa, tanto es así que: "la observación es la piedra angular de los métodos de investigación cualitativa" (Santos, 1999). En el estudio que nos ocupa se ha utilizado la observación participante. Definida como "la investigación que se basa en vivir con (o cerca de) un grupo de informantes durante un período extendido de tiempo, durante el cual se mantienen conversaciones largas con ellos y se participa en algún grado en la vida local" (Greenwood, 2000)

Su utilidad concreta es "mantener de los individuos sus definiciones de la realidad y los constructos que organizan su mundo". Puesto que todo ello se expresa mediante pautas de lenguaje específicas, es esencial que el investigador esté familiarizado con las variantes lingüísticas o la jerga de los participantes" (Goetz, 1998).

El campo donde se desarrollo la observación fueron varios escenarios: el medio rural (pueblo de Velefique) y una residencia de mayores.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En el medio rural se observó la infraestructura en general y se asistió a varios funerales centrados en 3 escenarios: el tanatorio, la iglesia y el cementerio.

En la residencia de mayores se analizaron concretamente las distintas unidades residenciales que componen la institución. La comunidad estudiada fueron las personas mayores que habitaban dichas unidades, concretamente se observó a los grupos de ancianos en dos escenarios:

- Cuando tenia lugar la institucionalización, donde también se contempló a la familia del ingresado

- Cuando tenía lugar la perdida de un compañero ingresado o cuando un residente perdía a un familiar allegado

Para anotar los datos recogidos se utilizó un cuaderno de campo, donde se anotaron los aspectos más relevantes de la observación.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.2. **ENTREVISTA** (ANEXO V)

El tipo de entrevista utilizada, fue abierta porque para alcanzar los objetivos anteriormente planteados, es necesario recoger la visión subjetiva y personal de los ancianos, con el fin de poder comparar los distintos puntos de vista existentes entre ellos. Las entrevistas abiertas son especialmente adecuadas cuando lo que queremos recoger es la heterogeneidad de los discursos prototipo o arqueotipo en torno a lo investigado, cuando se buscan los puntos de vista, representantes, de las diversas posturas que pudiera existir (Ribot, 2000). (La perspectiva de las personas mayores). Concretamente se empleo una entrevista abierta y semiestructurada, puesto que existía un guión preestablecido para recordar todos los aspectos a tratar. Atendiendo a otras clasificaciones, se trata de una entrevista estandarizada no presencualizada. (Goetz, 1998)

Cabe destacar que en la realización de la entrevista; es necesario considerar los cambios que se producen en el envejecimiento. Para ello se contemplara las recomendaciones dictadas por Robinson, adaptadas a la persona mayor:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Disminuir al mínimo los distractores visuales y auditivos
- Sentarse frente a la persona mayor
- Escuchar a la persona mayor, sin interrumpirlo
- Hablar pausadamente, con voz clara y audible
- Utilizar palabras y oraciones cortas y simples

En el caso de la residencia; previamente a la entrevista se revisó la historia individual y familiar de la persona mayor con el fin de obtener información sobre los

antecedentes personales y familiares. En dicho documento se obtuvieron datos de distinta índole:

- Médicos
- Personal de enfermería
- Trabajador social
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Psicólogos

El guión de entrevista estuvo basado en los patrones funcionales de Gordón.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, de los pacientes (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

- Patrón 2: Nutricional - metabólico

- Patrón 3: Eliminación

- Patrón 4: Actividad - ejercicio

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Patrón 5: Sueño - descanso

- Patrón 6: Cognitivo - perceptual

- Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto

- Patrón 8: Rol - relaciones

- Patrón 9: Sexualidad - reproducción

- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés

- Patrón 11: Valores – creencias

Atendiendo a la metodología cualitativa la selección de los participantes no fue aleatoria, sino que se buscó a aquellos que mejor aportaron información.

En el caso de la residencia se reviso en las historias clínicas, los residentes que habían vivido un proceso de duelo, tanto fuera como dentro de la institución.

Los criterios de inclusión para la realización de las entrevistas fueron:

- primero estar institucionalizado como mínimo 3 meses, considerando que en este espacio de tiempo los residentes se habrán adaptado y adquirido nuevas amistades
- No padecer trastornos cognitivos que distorsionen los resultados del estudio
- Dar consentimiento para participar en el estudio
- Vivir la perdida de un familiar o compañero de la residencia.

En el medio rural los criterios de inclusión fueron:

- Haber vivido en el pueblo al menos durante 1 año
- No padecer trastornos cognitivos que distorsionen los resultados del estudio
- Dar consentimiento para participar en el estudio

En total se realizaron 21 entrevistas, de los cuales 12 eran mujeres y 9 hombres. Con el fin de preservar el anonimato de los entrevistados, se utilizaron seudónimos:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Entrevistados Institucionalizados

- María; Mujer viuda. Ultima perdida significativa estando institucionalizada, hijo de forma inesperada por una afección cardiaca. El hijo falleció en el hospital
- Paquita: Mujer viuda. Ultima perdida significativa hermana. Tras la perdida, ingresó en la residencia, por motivos de soledad.
- Carmen: Mujer viuda. Ha perdido a dos hijos. Uno de ellos hace muchos años en una intervención quirúrgica y otro falleció a causa de un derrame cerebral. El 2º hijo y su marido fallecieron una vez institucionalizada. Ultima perdida significativa cónyuge por afecciones cardiacas, con el que convivía en la residencia. Los tres han fallecido en el hospital.
- Rosa: Mujer viuda. Ultima perdida significativa su cónyuge, lo que provoco su institucionalización.
- Pepa: Mujer soltera. Ultima perdida significativa su hermano, lo que provoco la institucionalización por motivos de soledad.
- José: Hombre soltero: A lo largo de su vida ha perdido a sus 5 hermanos, 3 de ellos estando institucionalizado. Última perdida significativa un hermano hace 4 meses que falleció en el hospital.
- Pepe: Hombre viudo: Su última pérdida significativa fue su cónyuge que falleció en el hospital. Los dos convivían en la residencia
- Marcos: Hombre viudo. Su última pérdida significativa fue su cónyuge que falleció en el hospital, antes de la institucionalización.
- Josefina: Mujer viuda estaba diagnosticada de Alzheimer, no era capaz de seguir una entrevista, por ello en la observación participante se le realizaron preguntas informales. Padecía lagunas de memoria. Su última pérdida

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

significativa fue su cónyuge que falleció en la residencia, en la habitación de reagudización.

- Pedro. Hombre soltero. Ultima perdida significativa su hermano, con el que vivía antes de ser ingresado
- Gines. Hombre soltero. Perdidas significativas sus padres.
- Alfredo. Hombre soltero Ultimas perdidas significativas, dos compañeros de la residencia
- Josefa. Mujer soltera. Ultima perdida significativa su padre. Anteriormente había perdido a su madre y hermano.
- Paula: Mujer viuda que ha vivido en el Sahara, ultima perdida significativa su marido
- Soledad: Mujer viuda. Ultima perdida significativa su hijo.

Entrevistados no institucionalizados:

- Adoración: Mujer viuda de 95 años que ha vivido en el ambiente rural durante toda su vida (Aguamarga y Campohermoso: pertenecientes a Nijar). Última pérdida significativa, un hijo.
- Eladia: Mujer de 86 años, que ha vivido en ambiente rural durante toda su vida (Velefique). Personas significativas que ha perdido son sus padres hace mucho tiempo y vecinos
- Juan: Hombre de 90 años, que ha vivido en ambiente rural durante toda su vida (Velefique). Su última perdida significativa es una hermana.
- Dolores. Mujer de 65 años que ha vivido en el ambiente rural (Aguamarga perteneciente a Nijar). Ultima perdida significativa un hermano
- Carlos: Hombre de 73 años, que ha vivido en ambiente rural (Aguamarga perteneciente a Nijar). Ultima perdida significativa su cuñado

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Amelia. Mujer casada, que ha vivido en ambiente rural (Velefique).Ultima perdida significativa una hermana.

TRANSCURSO DE LA ENTREVISTA

La entrevista semiestructurada se organizó en torno a temas, subtemas y patrones funcionales, destinados a cubrir los objetivos y preguntas de investigación, pero no hubo formulaciones textuales de preguntas ni se sugirieron las opciones de respuestas. El guión de la entrevista incluye los puntos a tratar, pero no se consideró como algo cerrado ya que a medida que se hicieron entrevistas emergieron nuevas temáticas. Cabe destacar que hubo veces que no se siguió el orden establecido en el guión.

Antes de realizar la entrevista se realizó una pequeña introducción, donde se explicó a los entrevistados las características del estudio y los objetivos, brindándoles la máxima libertad posible para que expresen sus ideas.

Las conversaciones duraron de 15 a 60 minutos, dependiendo de las características de la persona mayor y la capacidad para dialogar.

- Dentro de la residencia hubo residentes que por su diagnóstico médico (principalmente demencia) resultaba dificultoso realizar una entrevista. A ellos se les realizo preguntas informales y cortas, durante la observación participante. Dentro de la institución, la entrevista se realizo en la sala de visitas, ya que era una habitación tranquila sin ruidos, propicia para establecer una entrevista.
- En el medio rural, las entrevistas se realizaron en las casas de los entrevistados, consensuando previamente la hora y el lugar.

Las entrevistas fueron grabadas en formato audio, previo consentimiento de la persona mayor, con el fin de facilitar la trascripción posterior.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes bases de datos: Cuiden-plus, Cinahl, medline y en biblioteca Virtual del SSPA.

3. CUESTIONES ÉTICAS:

En este estudio se mantuvo la confidencialidad y el anonimato de los participantes en el estudio, controlando en todo momento los datos obtenidos en la investigación, para ello se codificaron las entrevistas. La confidencialidad garantiza que cualquier información proporcionada por un sujeto no será comunicada de ninguna forma que identifique al sujeto y no será accesible paras personas que no participen en la investigación. (Polit y Hungler, 1999)

Los riesgos para los participantes del estudio, son prácticamente inexistente, por la metodología del estudio, siendo y son totalmente proporcionales a los beneficios y conocimientos previstos.

El principio de respeto a las personas que han formado parte de este estudio exigió obtener verbalmente el consentimiento informado de los residentes, así como la petición a la institución para desarrollar el estudio. En la observación participante no hubo petición de consentimiento para los residentes, ya que falsificaría el escenario donde se realizó la investigación.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

En el caso de la institucionalización:

El lugar donde se realizó fue el entorno institucional donde actualmente vivían los residentes. Concretamente una residencia asistida.

El INSS (1990) menciona como usuarios de dicho centro:

- Ancianos incapacitados como secuela de enfermedades degenerativas o neurológicas.
- Ancianos que, por inmovilidad prolongada, presenten grave dificultad para la deambulación.
- Ancianos con alta senilidad, generalmente con más de 85 años, que tengan dificultades para valerse por sí mismos.
- Ancianos dependientes por causa psíquica que no provoque un trastorno grave de su comportamiento.
- En algunos casos, y seguramente por la inadecuación entre la demanda y la oferta, se añade el requisito de que a las incapacidades físicas o psíquicas reseñadas habrá de añadirse la circunstancia de presentar una problemática social (familiar, económica, de vivienda, etc.) que les impida permanecer en su domicilio.

Concretamente la Residencia Asistida de Ancianos nace en octubre de 1995, fruto de la unión de Residencia de Tercera Edad y Hospital Psiquiátrico. Esta integración se produce después de unas reformas arquitectónicas para adecuar las instalaciones del antiguo Hospital Psiquiátrico. Está ubicada a las afueras de la ciudad (7 Km.) en una zona agrícola pero en un paraje donde hay dos Residencias de Mayores, un Centro de Estancias Diurnas y un Hospital General. La parcela es propiedad de Diputación de

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Almería, de una superficie en torno a los 125.000 $m^{2,}$ de los que 20.000 m^2 hay construidos para la Residencia y 75.000 m^2 son zonas ajardinadas. (Fotografías ANEXO IV). Dicho centro de mayores es de carácter publico y depende de la diputación de Almería.

Se estructura en seis unidades denominadas Unidad de Levante, Unidad de Poniente, Unidad II-IV, Unidad VI-VIII, Unidad X-XII y Unidad XIV, que funcionan de forma independiente como pequeñas residencias (comedor, habitaciones - individuales, dobles- con baño, salas de visitas, botiquín, sala de enfermería, office, ropero, salas de baño), siendo los servicios generales (cocina, lavandería, costurero) los que proveen de los productos intermedios necesarios para su funcionamiento (menús, ropa lavada y planchada, limpieza, recogida de basura, reparación de instalaciones, et.). Asimismo, algunos servicios técnicos (Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Grupos de Terapia, programas de animación, consultas, etc.) están ubicados fuera de las unidades residenciales movilizando a los residentes hacia las instalaciones. Cada una de estas Unidades atiende a residentes de similares características.

La definición dada por la Residencia, según el artículo 2 de su Reglamento de Régimen Interno publicado en el BOP nº 144, de 29 de julio de 2009, es de un Centro de carácter sociosanitario que ofrece alojamiento, convivencia y atención integral, ya sea de forma temporal o permanente, y que tiene la función sustitutoria del hogar familiar, para las personas mayores en situación de dependencia, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, y grado de la misma e intensidad de los cuidados que precise la persona, conforme a su Programa Individual de Atención, con un objetivo claro que es el bienestar y calidad de vida del mayor a través de funciones preventivas (mantener autonomía, capacidades, recursos y actividades sociales), funciones rehabilitadoras, terapéuticas, sustitutorias y paliativas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El centro está destinado a servir de vivienda permanente a personas mayores, en la que desarrollan su trabajo más de 200 profesionales para atender a un total de 235 plazas de mayores. El perfil de Residente es asistido, es decir, todos los residentes atendidos precisan algún tipo de supervisión, ayuda, control y apoyo para realizar actividades de la vida diaria, así como las tareas de organización y socialización. A ellos hay que añadir algún tipo de incapacidad física y/o psíquica.

La residencia tiene dormitorios individuales y dobles principalmente.

Las principales funciones institucionales son: preventivas, rehabilitadotas, terapéuticas, sustitutorias y paliativas; para los residentes (ANEXO I). Además de estos objetivos residenciales, también hay establecidos unos objetivos que se denominen organizacionales:

- Formar a los trabajadores
- Formar profesionales externos
- Fomentar el trabajo en grupo
- Organizar los recursos del Centro
- Realizar una gestión eficiente de acuerdo a los objetivos

Los servicios de esta residencia son los medios que se tienen para conseguir los objetivos que se quieren conseguir (ANEXO II). Son de organización y soporte, personalizada, técnicas, socialización y complementarios.

En el caso del medio rural el estudio se realizó:

En un pueblo almeriense llamado Velefique (Anexo IV) ; situado en plena solana de la Sierra de Filabres, a 920 metros de altitud sobre el nivel del mar y a 48 kilómetros de la capital de provincia, Almería. Al Norte quedan las alturas del Portillo y

el collado de Senés. Este municipio cuenta aproximadamente con 300 habitantes en el año 2009, viéndose reflejado en su pirámide poblacional (Anexo III). Dicho pueblo es una Villa tranquila asentada en un valle que espera el paso del tiempo, un tiempo que ha otorgado a sus habitantes un conocimiento heredado fruto de la estancia de múltiples culturas, un conocimiento que hace de Velefique un pueblo con identidad etnológica propia y peculiar, que solo sus habitantes pueden transmitir.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5. ACCESO AL CAMPO.

- En el caso de la residencia para entrar en el campo literalmente, primero se pidió permiso al director del centro (ANEXO VI) al cual se le mostraron los objetivos y la metodología que se iba a seguir. Una vez obtenido el consentimiento, moverse por el campo no fue dificultoso ya que los profesionales y residentes ya me conocían, por trabajar anteriormente en dicho recinto. Para la realización de las entrevistas solo se pidió consentimiento de forma verbal, ya que los encuestados en muchos casos tenían dificultades visuales o eran analfabetos.
- Para el medio rural se hablo con la gente del pueblo, quien fue indicando los ancianos idóneos para realizar la entrevista. Fue fácil el acceso al campo ya que anteriormente conocía a vecinos del pueblo estudiado, los cuales me presentaron a las personas mayores incluidas en el estudio. Al igual que sucedió en el caso anterior, solo se pidió el consentimiento informado de forma verbal.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

V.- RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN.

Al realizar la recogidas de datos, fue dificultoso la realización de las entrevistas, ya que por las características de la población diana era difícil centrar su atención durante el tiempo de la entrevista, por ello no pudieron ser muy largas. Hubo dos residentes que se negaron a que la entrevista fuera grabada, es por ello que se anotaron los datos mas significativos, pudiéndose perder información relevante para el estudio. Sin embargo durante el periodo de observación las personas mayores hablaban de una manera más fluida y confiada, pienso que esto ocurrió por elegir una habitación cerrada, silenciosa, fría…para realizar las entrevistas.

1. MEDIO RURAL

Para tener una visión más completa de la perspectiva de los ancianos que viven en contexto comunitario (medio rural), la investigación se centro en dos puntos fundamentales:

- Observación participante en el pueblo de Velefique, para ello hubo informantes que me avisaban telefónicamente cuando tenía lugar un fallecimiento.
- Entrevistas a personas mayores que habían o estaban viviendo en el medio rural.

Para realizar la observación participante del contexto comunitario, nos situamos en el pueblo de Velefique.

En el pueblo existe iglesia católica (fotografía ANEXO IV), cementerio y un tanatorio construido recientemente, anteriormente se velaba al fallecido en las casas. El protocolo actual que se sigue es, en la mayoría de los casos:

1º. Velar al fallecido en el tanatorio, situado en la plaza del pueblo. Resulta curioso que en la ciudad, los tanatorios se encuentran situados en su

extrarradio, sin embargo en este pueblo su situación es muy céntrica. El tanatorio esta abierto durante todo el día a diferencia que ocurre en la ciudad donde cierran por la noche.

El tanatorio se compone de dos salas; en la más interna se sitúan la familia más allegada (dolientes) junto al féretro, encerrado en una cámara con un cristal. Los vecinos del pueblo se acercan a los dolientes y le dan el pésame a hijos, hermanos, viuda/o principalmente. Durante el velatorio, dichos familiares; muestran llantos, tristeza y cansancio. Estos sentimientos se hacen patentes en la iglesia y el cementerio.

Las mujeres más cercanas llevan a la familia termos de café o caldo.

2º. Asistir a la misa católica, en la iglesia del pueblo. En los funerales observados; el féretro va en el coche funerario hasta las proximidades de la iglesia. Posteriormente el ataúd es llevado a hombros hasta la iglesia, por los familiares de género masculino. Los familiares más próximos y longevos, van de negro a diferencia de los más jóvenes. Dicha familia se sienta en las primeras filas. Resulta curiosos que las mujeres se sientan en las primeras filas y los hombres al final.

3º. Asistir al cementerio, donde van tanto hombres como mujeres, acompañados del sacerdote.

4º. Se celebran misas posteriores, con el fin de rezar por el difunto.

Normalmente se celebra la misa, aproximadamente, a la semana, seis meses y al año del fallecimiento. Cabe destacar que los familiares con el paso del tiempo dejan de llevar el luto, aunque se lo vuelven a poner para las celebraciones eucarísticas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La comunidad rural se convierte en la principal fuente de apoyo social para los dolientes, ya que "todo" el pueblo asiste al velatorio y al funeral con el fin de arropar a la familia. Sin embargo durante el periodo de duelo, ya no existe la costumbre de llevar comida a los familiares. Resulta curioso que tras el funeral el bar del pueblo se llena de gente, ya que existe este dicho popular:

"Si vas a un entierro y no bebes vino el tuyo viene de camino"

Con el fin de obtener otro enfoque rural, diferente al pueblo estudiado, a los ancianos institucionalizados se les pregunto sobre los rituales funerarios del pueblo donde provenían.

Queda patente que las costumbre funerarias forman parte de la vida del pueblo. El mayor apoyo social del doliente es la familia y sus vecinos. Por ejemplo Pepa que vivió en "las Menas" relata:

"…antiguamente se velaba en las casas…los familiares y amigos iban a las casas a llevar caldo o lo que necesitaran…también había costumbre de rezar el rosario durante el velatorio…había una mujer en el pueblo que se llamaba la rezadora, la que se encargaba de convocar a las mujeres para rezar el rosario al muerto…"

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En este pueblo, los familiares o amigos mas allegados llevaban al muerto a hombros durante varios Kilómetros hasta llegar al cementerio.

Las costumbre funerarias rurales se encuentran ligadas al género. Por ejemplo las mujeres rezaban el rosario, los hombre acompañaban al fallecido al cementerio…

Todos los entrevistados, a pesar de haber vivido en pueblos distintos de la geografía almeriense coinciden en características comunes ligadas a los ritos funerarios.

- Velar al fallecido durante toda la noche en las casas.
- Asistir a la misa
- El acompañamiento al cementerio, en algunas zonas esta determinada por el genero.

Resulta curioso, que actualmente hay pueblos en la geografía almeriense en los que todavía se vela al fallecido dentro de la casa, y se mantienen las mismas costumbres de antaño, ya que no existe tanatorio. Este es el caso del "Marchal" pedanía perteneciente al pueblo de Lubrin.

1.1. PATRONES FUNCIONALES

Si analizamos los resultados de las entrevistas, atendiendo a los patrones funcionales, obtenemos que:

PATRON 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

En el pueblo de Velefique, antiguamente la muerte no estaba tan medicalizada como actualmente. Así lo refiere Amelia:

"*…antes aquí cuando alguien se moría ni siquiera venia el medico, si acaso venia el practicante del pueblo y ahora todos se mueren en el hospital…*" El practicante vivía en el pueblo y no tenia horarios, prácticamente estaba disponible siempre que se le necesitase "…"*cuando alguien se moría, se iba a la casa del practicante y venia para ver al muerto*"

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

De los entrevistados, todos relatan que antes no se tomaba medicación en el periodo del duelo. Por ejemplo Eladia dice: "ahora *tomo 5 o 6 pastillas de todos los colores, antes no se tomaba nada y estábamos mejor…*" Sin embargo Dolores, que ha perdido a seres queridos hace 6 meses aproximadamente, ha tenido que tomar medicación antidepresiva durante dicho periodo. "*…A mi el medico me receto estas pastillas rositas, que me tomo media por la noche…*"

PATRON 2: NUTRICIONAL- METABOLICO

No se ha visto alterado, cabe destacar que en el ambiente rural, el resto de vecinos se encargaba de llevar comida a los dolientes ya sea en su casa o en la sala de velatorios. Amelia relata:

".. Lo que llevaban a los velatorios era bebida, como anís, y chocolate, te, manzanilla, tila y toda la noche estaban pasando la rueda, ahora ya la gente no lleva nada…" Después cuando la gente iba a dar el pésame llevaba galletas, zumos… Ya se sabe las penas con pan son menos penas…"

PATRON 3. ELIMINACION

Tras lo datos recogidos no hay evidencia, que dicho patrón se halla visto alterado.

PATRON 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Todos los entrevistados, han continuado con sus actividades recreativas, como caminar por las tardes, ver la TV, ir a la plaza del pueblo a conversar…

PATRON 5. SUEÑO DESCANSO.

Carlos es el único que confirmo que tomaba medicación para combatir el insomnio, pero ya la tomaba antes de la ultima perdida de un ser querido. *"…yo me tomo estas pastillas para dormir desde hace años, me las receto el medico"*

PATRON 6. COGNITIVO PERCEPTUAL

Tras lo datos recogidos no hay evidencia, que dicho patrón se halla visto alterado.

PATRON 7. AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Los entrevistados son capaces de realizar las actividades de la vida diaria y se han incorporado a sus ocupaciones habituales. (Ir al campo, a comprar comida, ir a misa…)

PATRON 8 ROL RELACIONES

En el ambiente rural tanto los familiares como los vecinos, se hacen participes en el proceso del duelo. Por ejemplo Eladia enuncia:

"…venia todo el pueblo a la casa a velar al muerto…después venían a dar el pésame y traían galletas y zumo…ahora todos vienen al tanatorio"

"…Se colocaba el ataúd en el centro de la habitación y alrededor suyo se colocaban las mujeres velando al difunto, los hombres se quedaban en la puerta hablando…"

PATRON 9 SEXUALIDAD- REPRODUCCION

Tras lo datos recogidos no hay evidencia, que dicho patrón se halla visto alterado

PATRON 10 ADAPTACION- TOLERANCIAL AL ESTRÉS

Aunque el tiempo ha pasado, los entrevistados se van adaptando a vivir sin las personas fallecidas, pero al recordarlos se producen lagrimas. Este es el caso de Amelia que su hijo falleció hace muchos años y al recordarle sus ojos se empañaron de lagrimas.

PATRON 11: VALORES Y CREENCIAS

Todos los entrevistados pertenecen a la religión católica y han participado en los ritos funerarios. Al igual que actualmente.

Para los entrevistados el tipo de muerte anhelada es la muerte súbita. Adoración; refiere "…yo quiero morir como mi padre que se sentó y cerró los ojos…" Al igual que el resto de la sociedad occidental, Adoración desea una muerte súbita o rápida.

Eladia dice:

…" el día de los santos, voy al nicho y llevo flores…"

Nos cuentan que las costumbres han cambiado a lo largo del tiempo. Resulta curioso que Adoración relata, que cuando su marido falleció (alrededor de 1945) no se velaba a las personas que fallecían por causas no naturales.

"…mi marido se murió trabajando en la mina; era un matado y a los matados no se les velaba, se les enterraba directamente…"

Juan comenta, que antes no se hacia misa antes del entierro

"…antes iba el cura a las casa y venia todo el pueblo y después se iba al cementerio y lo enterraban en la tierra…, ahora en el cementerio han construido nichos"

La religión católica impregnaba el proceso de duelo, antiguamente la gente del pueblo iba a rezar a la casa de los dolientes el rosario los días posteriores al entierro:

Dolores dice:

"…yo recuerdo haber ido a los rezar por la noches… se rezaba el rosario en la casa del muerto durante 9 noches seguidas después del entierro…venia la gente del pueblo que podía… ahora ya esto se ha perdido en el velatorio ya no se reza"

El luto se encuentra ligado a una cuestión de género. Las mujeres encuestadas relatan que anteriormente se han puesto de luto riguroso durante 3 o 4 años, incluso con medias y pañuelo, aunque fuera verano. Por el contrario ahora el luto se limita prácticamente al día del funeral.

Dolores dice: *"…ahora me pongo el luto cuando voy a la misa…"*

Hombres como Carlos enuncian *"…antiguamente los hombre llevaban un brazalete negro en el hombro, pero no llevábamos luto entero"*.

Sin embargo algunos hombres niegan haberse puesto de luto, incluso Juan relata que incitaban a las mujeres jóvenes a quitarse el negro, existiendo una copla:

"… Quítate ese luto negro que tu no tienes perdón, el luto cuando es sentio se lleva en el corazón y no en el color del vestio…"

La cuestión de género se ve reflejada en las costumbres funerarias. Por ejemplo, antiguamente, en Velefique solo iban al cementerio los hombres, sin embargo actualmente esta costumbre no sucede.

Amelia enuncia…*"antiguamente solo iban los hombres al cementerio, ahora van mujeres y hombres…"*

Queda claro que las costumbres funerarias han cambiado con el pasar de los años.

Amelia refiere…*" a mi no me gusta el besuqueo que hay ahora, que hay que besar a todos en los velatorios, antes se entraba en la casa y solo se decía , los acompaño en el sentimiento y no se besaba…"*

Resulta curioso que Paula, ahora institucionalizada, que ha vivido en el Sahara relata que en el desierto ni se velaba ni se enterraba.

"…Cuando alguien se moría se mandaba a la península, los cementerios solo eran para los musulmanes…"

Tras analizar los datos recogidos queda claro que en el pueblo el proceso de duelo ha sufrido una férrea transformación (TABLA XXI)

TABLA XXI: DIFERENCIAS HISTORICAS DEL MEDIO RURAL

DIFERENCIAS HISTORICAS DEL MEDIO RURAL		
	HACE AÑOS	ACTUALMENTE
ASISTENCIA SANITARIA	Practicante del pueblo/ no medicamentos	Hospitalaria /medicación antidepresiva
ASISTENCIA COMUNITARIA	Asistir a la casa del fallecido al velatorio, portando comida	Asistir al tanatorio
COSTUMBRES CATOLICAS	Velatorio +funeral+ rezos	Velatorio + funeral
LUTO	Se llevaba durante años	Limitado al funeral

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.2. ANALISIS ESTRUCTURAL

Dentro de la organización del medio rural existen distintas estructuras sociales que van a influir en la forma de ver y vivir el duelo:

- Familia: Los familiares se apoyan entre sí a la hora de afrontar la muerte y el proceso del duelo. Cabe destacar que durante el periodo de observación, es el grupo que recibe el pésame. Las frase principales empleadas, fueron "te acompaño en el sentimiento"
- Educativas: Son las tradiciones culturales que se han arraigado dentro de la comunidad rural a lo largo de los años; llevar luto, acudir prácticamente "todo el pueblo" a los funerales…
- Religiosas**:** La religión católica va a impregnar todo el proceso del duelo, ya que todos los participantes del estudio procesaban dicha doctrina.

Si realizamos un análisis estructural (TABLA XXII) entorno al duelo y la muerte observamos que:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

HACE AÑOS:

Unidad funcional: La familia y la vecindad es la que apoya a los dolientes durante el proceso de duelo. Cabe destacar que la religión que envuelve el proceso de duelo es la católica, ya que todos los entrevistados pertenecen a dichas creencias. Es la comunidad, la que presta el apoyo social.

Marco funcional: El marco funcional principal es el hogar, ya que es el lugar preferente donde se desarrolla el proceso de duelo, aunque también interviene el templo y cementerio.

Elemento funcional: El actor social principal es la mujer, ya que entre los cuidados domésticos asignados culturalmente, se encuentran asistir a los parientes mayores y

prestar y posteriormente realizar los cuidados post-morten. Eladia relata: "*…yo cuide a mi madre hasta las ultimas horas, en esa cama estuvo postrada" "…mi madre murió aquí…la amortajamos yo y las vecinas"* Aunque el hombre también interviene en dicho proceso, pero realizando funciones distintas. Por ejemplo durante el velatorio las mujeres rezaban dentro del hogar, mientras el hombre principalmente estaba en la puerta de la casa. Eladia decía: *"…las mujeres hacíamos los rezos, los hombres no…ellos se quedaban en la puerta cascando…"* Como hemos visto anteriormente , según Rossi, la práctica religiosa de la plegaria, el rezo o la oración pueden producir efectos positivos en los dolientes.

ACTUALMENTE

Unidad funcional: La familia, vecindad y sanitarios. Durante el proceso de observación resulta innegable afirmar que muchos de los participantes observados consideran que sus vecinos son parte de la familia. Tanto es así que en el ambiente rural resuena la frase: *"…el/ella es como si fuera de la familia…" "…Este es más que familia"* refiriéndose a los vecinos más próximos. Este aspecto se puede deber a que en el pueblo la población está muy envejecida y hay pocas personas jóvenes. Esto hace que las familias vivan en la ciudad y visiten a sus mayores durante los fines de semana o periodos vacacionales. *"…mi hija viene el domingo, con el trabajo no pueden venir…"* Por lo tanto en el contexto que nos encontramos no se podría aplicar la definición dictada por la OMS de familia: *"los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio*", ya que aunque no existan lazos de sangre entre los vecinos se consideran familia.

En cuanto al duelo cabe mencionar que la comunidad utiliza el afrontamiento religioso como mecanismo de respuesta a la situación de duelo, ya que durante el periodo de observación se hizo evidente que los dolientes utilizan sus creencias para hacer frente al

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

suceso estresante de la muerte de un ser querido, existiendo frases como: "…estamos en manos de Dios…nos estará esperando"

Marco funcional: En el ambiente rural cuando tiene lugar la muerte se pueden distinguir dos escenarios diferenciados:

- Hogar: Cuando se produce una muerte repentina no esperada. Por ejemplo Juan, refiriéndose a un vecino del pueblo, dijo: *"…se acostó por la noche y por la mañana ya no se despertó…"*
- Hospital: Durante el periodo de estudio, fue la tipología que más sucedió. Juan relata:"*…ahora cuando nos ponemos malos, nos llevan pa Almería* (refiriéndose al hospital de la ciudad)*…y muchos de los que van ya no vienen…por eso yo no quiero ir…yo cuando bajo a Almería me asfixio…"*

Una vez producido el fallecimiento los escenarios donde se desarrolla el proceso de duelo son:

1º. Tanatorio de Velefique: donde se vela al fallecido.

2º. Templo: donde se realiza el funeral. Se celebra misa católica.

3º. Cementerio: Donde se entierra al fallecido

4º. Hogar: Durante un periodo de tiempo los familiares y allegados que no han podido asistir al funeral, acuden a la casa de los dolientes para darles el pésame.

5º. Templo: Cabe destacar que en homenaje al fallecido se celebran misas de manera secuencial. Dolores relata: *"…aquí se realizan las misas a la semana, a los seis meses y al año"*

Elemento funcional: Los actores principales son; los profesionales pertenecientes al hospital municipal en los cuidados pre-morten, mientras que la familia es la encargada de velar al doliente junto a sus allegados. Un elemento innovador que aparece

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

actualmente es la empresa funeraria, la cual se encargan de tareas que durante años habían realizado las mujeres como cuidados domésticos. Eladia por ejemplo relata: "*…ahora vienen los de los muertos (refiriéndose a la empresa funeraria) y amortajan al que se ha muerto"*. Al igual que sucede en la sociedad occidental, los rituales se van acortando en el tiempo, como es el caso de llevar luto. Esta situación, según enuncia Rodríguez en 2001, puede resultar muy perjudicial.

TABLA XXII: ANALISIS ESTRUCTURAL EN EL MEDIO RURAL ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO

ANALISIS ESTRUCTURAL EN EL MEDIO RURAL ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO		
	HACE AÑOS	ACTUALMENTE
UNIDAD FUNCIONAL	Familia/vecindad – religión católica (Rezos)	Familia/vecindad- Religión católica. Profesionales
MARCO FUNCIONAL	Hogar, templo, cementerio	Hospital, Tanatorio, templo, cementerio, Hogar
ELEMENTO FUNCIONAL	Mujer/Hombre	Mujer/Hombre- Sanitarios

Respecto a las diferencias estructurales encontradas, decir que el paso del tiempo ha hecho mella en el proceso de la muerte y duelo.

Atendiendo a la unidad y elemento funcional decir que se han extinguido los rezos, a pesar de ser una influencia positiva para los dolientes y podríamos decir que se "ha profesionalizado la muerte" apareciendo nuevos actores, como son los enfermeros.

En cuanto al marco funcional decir que el escenario donde se desarrolla el duelo se ha ampliado a más lugares, apareciendo los tanatorios.

2. MEDIO INSTITUCIONAL

Para realizar esta tesis fue necesario que en el medio institucional el investigador fuera vestido de blanco (uniforme de trabajo de la residencia) con el fin de no distorsionar el escenario observado.

En el proceso de institucionalización de un anciano; interaccionan la familia (unidad funcional), el residente y profesionales (elemento funcional) y residencia de mayores (marco funcional).

2.1. FAMILIA

Cuando al anciano se le institucionaliza, normalmente viene acompañado de la familia. Para los familiares es un trance dificultoso, evidenciado por llantos o sentimientos de culpa, que pasa por varias etapas:

1º. Ambivalencia/Inseguridad: muchos familiares lloran y expresan sentimientos de culpa, con frases como: *"no queríamos pero estamos agotados", "como está ya no lo podemos cuidar", "ya no nos conoce, ya no es mi abuela…", "si usted la hubiese conocida antes…"* Estas frases se acentúan a medida que la enfermedad es más incapacitante; llegándose a anteponerse una muerte social a una muerte física.

2º. Asistencia frecuente/Hiperactividad: En los primeros días de ingreso es mayor el número de visitas y llamadas telefónicas que posteriormente. Aunque cabe destacar que en algunos casos se mantuvieron las visitas diarias, hasta el final de la investigación. Al inicio de la institucionalización son frecuentes las preguntas como: ¿Ha comido hoy?, ¿Cómo ha dormido?, ¿Le han puesto la crema que le traje?... Además se observo que son continuas las llamadas telefónicas para recibir información sobre las actividades de la vida diaria.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3º. Redistribución y Concesión/Ampliación: A medida que pasa el tiempo la familia se adapta al medio residencial y a su nuevo rol, disminuyendo las demandas de atención ocasionadas por la preocupación de una atención adecuada de su familiar

4º. Resolución/Adaptación: La familia se readapta a su nuevo rol

Tras realizar la recogida de datos, podríamos decir que en la residencia estudiada, durante el periodo de ingreso, se hacen patentes, las etapas descritas por Rosenthal y Dawson.

Como conclusión podemos decir que las fases que experimenta la familia durante el ingreso de su familiar, son similares a las etapas del duelo descritas por Bob Wright (TABLA XXIII)

TABLA XXIII: SIMILITUDES ENTRE FASES DEL DUELO E INSTITUCIONALIZACIÓN

Wright (fases del duelo)	**Rosenthal, Dawson (familia estadios vividos durante el ingreso)**
Shock, negación, Pánico	Ambivalencia/Inseguridad
Culpa , depresión, abandono	
	Redistribución y Concesión/Ampliación
Resistencia a volver a lo habitual	Asistencia frecuente/Hiperactividad
Aceptación y recuperación	Resolución/Adaptación

Si analizamos las fases veríamos que las etapas de solapan, por ejemplo la primera y segunda etapa del duelo se representa en la denominada “ambivalencia e inseguridad”. La familia cuando el anciano se institucionaliza vive una situación similar a la que se experimenta durante el duelo; esto se manifiesta en los sentimientos de culpa que experimenta la familia por dejarlo en la residencia, llantos…

En ambos casos se va pasando por distintos estadios hasta llegar a la última etapa de adaptación o recuperación, donde se reorganiza la vida tanto de la familia como del doliente.

2.2. PERSONA MAYOR. PATRONES FUNCIONALES

Si analizamos los datos recogidos por patrones funciones obtenemos los siguientes resultados.

PATRON 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

Tras revisar las historias de los residentes se evidenció, que las personas, que recibieron la noticia del fallecimiento de un familiar cercano en la residencia, se les ha administrado medicación benzodiacepínica. Por ejemplo a María, se le dio medicación al comunicarle el fallecimiento inesperado de su hijo.

Tras la perdida, la mayoría de residentes tiene pautada medicación antidepresiva. Cabe destacar que ningún residente ha recibido este tipo de medicación, tras el fallecimiento de otro compañero.

Aunque, los residentes (por su edad y patologías) han sufrido ingresos hospitalarios, cabe destacar que carmen, fue hospitalizada al mismo tiempo que su marido, aquejada de la misma patología. La pareja convivía en la misma habitación, una noche el marido sufrió un agravamiento de su patología cardiaca, siendo trasladado al hospital y llegando a fallecer. A la mañana siguiente, ella fue ingresada en el mismo centro hospitalario con los mismos síntomas cardiacos. La mujer describe “dolor en el pecho, en la garganta…”: Tras la lectura del informe de alta hospitalario no se evidencio ninguna patología especifica relacionada con los síntomas.

En relación con las patologías surgidas tras una perdida, la señora Paquita relata que fue diagnosticada de diabetes cuando su marido murió “…tengo azúcar desde que mi marido murió, antes los dos tomábamos muchos dulces y nunca tuve azúcar…”

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Marcos cuenta que él ha desarrollado las mismas patologías que llevaron a la muerte a su mujer, concretamente un accidente cerebrovascular.

PATRON 2: NUTRICIONAL- METABOLICO

De los sujetos entrevistados, todos se han mantenido en el mismo peso aproximadamente.

Excepto Pepe, que ha padecido una perdida importante de peso, tanto es así, que desde que sufrió la perdida de su mujer, con la que convivía en la residencia, se le han pautado suplementos alimenticios. Además ha tenido: problemas de disfagia que le han obligado a tomar comida triturada, vómitos, cuadros diarreicos y gastralgias sin causa médica justificada. Toda esta sintomatología acompañada de un negativismo a la ingesta alimentaria. Él refiere "desde que ella no esta, no tengo apetito". Durante la observación se evidenció que hay compañeros del fallecido que dejan de comer, cuando se produce un fallecimiento.

PATRON 3. ELIMINACION

Todos los residentes estudiados, siguen su patrón habitual de eliminación, excepto Pepe que ha aumentado el número de cuadros diarreicos.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

PATRON 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Los entrevistados participan actualmente en actividades recreativas: excursiones, paseos fiestas. Por ejemplo Pepa asiste asiduamente a los talleres "…voy a terapia ocupacional casi todos los días…me gusta hacer todo; coser ganchillo…"

Paula asiste a terapia ocupacional, psicología y fisioterapia. Esta mujer refiere "… lo que mas me gusta es psicología, porque siempre aprendo algo nuevo…"

Cabe destacar que ancianos como "Rosa" se adaptan a la dinámica residencial (horarios, actividades…), pero no aceptan su institucionalización. "…yo me quiero volver a mi pueblo a vivir sola…"

Hay residentes que la perdida de un ser querido ha influido en una disminución de la actividad, como relata Soledad "…*desde que me murió mi hijo todo fue peor, me he caído muchas veces y ahora estoy así*…"

PATRON 5. SUEÑO DESCANSO.

La mayoría de entrevistados, tienen problemas de sueño, teniendo prescritos hipnóticos. Resulta difícil establecer una relación directa entre la toma de hipnóticos y el periodo de duelo, ya que los ancianos en ocasiones padecen trastornos del sueño relacionados con otras patologías.

Todos los participantes, afirman que alguna vez han soñado con las personas fallecidas. Carmen manifiesta *"tengo pesadillas, sueño cosas raras, sueño mucho con mis hijos y con mi marido, sueño como si estuvieran vivos"*. Dos meses posteriores al fallecimiento del cónyuge, una noche se mostró muy nerviosa, refiriendo que había visto a su marido en el pasillo. Tras dicho incidente Carmen, decidió quitarse el luto.

PATRON 6. COGNITIVO PERCEPTUAL

Cabe destacar que Pepe, desde la pérdida, para el manejo del dolor ha aumentado el número de demandas de analgésicos. Al igual que Carmen que pide analgésicos y ansiolíticos continuamente.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

PATRON 7. AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Los entrevistados son capaces de realizar las actividades de la vida diaria, aunque precisan supervisión por el personal de enfermería. Todos han mantenido un buen aspecto personal, ya que de ello se encarga el personal de enfermería.

PATRON 8 ROL RELACIONES

Una institución cerrada, influye de manera manifiesta en la comunicación, tanto intra como extracentro. A medida que aumenta el tiempo ingresado en una institución, disminuye la comunicación con el exterior. Por ejemplo en el caso de "Rosa" durante

los años que lleva en la institución se muestra poco comunicativa, su discurso se centra en monosílabos y su inadaptación al centro. "…yo me quiero ir con mi hija"

Resulta curioso que cuando los residentes salen del centro para pasar unos días con su familia (2 o 3 días), en algunos casos necesitan un tiempo de readaptación al entorno residencial. Por ejemplo en el caso de Rosa, al volver de una estancia familiar hubo que realizar un reajuste de medicación y orientación en el entorno; a pesar que llevaba años institucionalizada.

De los entrevistados, José, que llevaba 60 años institucionalizado en distintos centros, era el único que no sabía la causa de muerte de su familiar. "… no se de que murió, como yo estaba aquí dentro…"

Todos los entrevistados, relatan como personas significativas que han fallecido a familiares, omitiendo en todos los casos a compañeros de la residencia, a pesar que todos habían vivido al fallecimiento de otro residente en el tiempo que llevaban ingresados.

Cabe destacar que tanto Carmen, María como José, disminuyeron la comunicación con el resto de compañeros. Este patrón fue recuperado por las mujeres, sin embargo Pepe continúa con un déficit en la comunicación

En la vida residencial, la perdida de un compañero modifica distintos aspectos: cambios de mesa en el comedor, de habitación…En el transcurso de la investigación hubo cambios estructurales, en la unidad. Estas modificaciones provocaron que la habitación de Carmen fuera la que anteriormente se había denominado como habitación de reagudización. "*…ahora estoy en la habitación de los muertos*". Respecto a dicho dormitorio, resulta curioso que Josefina continúe yendo a la cama donde falleció su marido. Sin embargo para ella su cónyuge está fuera *"…mi marido esta por ahí"*

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Conviene resaltar que a medida que aumenta el tiempo de institucionalización y disminuyen las relaciones con el exterior se establecen lazos de amistad más fuertes entre residentes. José y Alfredo que son, de los entrevistados, los que llevan mayor tiempo ingresados identifican como personas significativas en su vida a compañeros residenciales, a diferencia del resto de entrevistados que llevan menos tiempo internos. José dijo "*…para mi, mi compañero de habitación es más que si fuera mi hermano, desde que estamos aquí, hacemos todo juntos, lo que es mío es suyo y lo que es suyo es mío…*" Alfredo…"*…mis mejores amigos eran los dos compañeros que han fallecido*

PATRON 9 SEXUALIDAD- REPRODUCCION

Este patrón se ve influenciado desde el momento de la institucionalización, ya que se pierde la intimidad y disminuyen el número de contactos con otras personas. También esta necesidad se ve afectada, cuando la persona fallecida es el cónyuge.

PATRON 10 ADAPTACION- TOLERANCIAL AL ESTRÉS

Una perdida, es un suceso estresante, tanto es así que María o Carmen requirieron medicación para afrontar la perdida. Cabe destacar que incluso al recordar la situación las tres mujeres entrevistadas lloraron.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

PATRON 11: VALORES Y CREENCIAS

Todos los mayores han padecido duelos, tanto dentro como fuera de la institución. Todos los entrevistados pertenecen a la religión católica y asisten habitualmente a la misa dentro del centro. Estas creencias participan de manera manifiesta en la interpretación de la muerte, Gines refiere "*…cuando mi padre murió yo no llore, porque iba a la gloria…*"

La institucionalización influyó significativamente en la forma de vivir los ritos funerarios, siendo significativo que todos los ancianos relatan que antes de estar en la residencia acudían al cementerio, una vez que entran en la institución, no volvieron a

visitar las tumbas de sus seres queridos. Carmen refiere "…he ido mucho al cementerio a ver a mi hijo, al principio iba todos los días, pero desde que estoy aquí no voy, porque tienen que venir a por mi…" Josefa dice: "*…ya no voy al campo santo, allí están mis padres y mi hermano, ya no voy porque me tienen que llevar…*"

Sin embargo todos fueron al funeral de la persona difunta, a diferencia de cuando han fallecido compañeros, ya que ninguno de los entrevistados ha asistido ni al velatorio, ni al funeral de un compañero.

La residencia, el género y el tiempo son tres factores que influyen en la manifestación del luto.

En la institución es escaso el tiempo que los residentes llevan el luto, incluso no llegan a ponérselo, ya que las normas del centro, no permiten llevar luto durante un tiempo prolongado. En cuanto al tiempo ha hecho mella en los arraigos culturales. José cuenta…"cuando murió mi padre, hace 50 años, si me puse de negro, ahora ya no se lleva…" Gines dice "*…yo nunca me he puesto luto, eso lo llevaban las mujeres…*" Carmen refiere "*…con el primer hijo lleve el luto 6 años y por el otro hijo lo lleve 2 años y por mi marido un año…*" Corroborando estos datos con la historia clínica, queda reflejado que en la institución llevo el luto 2 meses.

Dentro de este patrón cabe señalar que cada cierto tiempo se celebra en cada unidad la "unción de enfermos" participando gran numero de residentes. Este hecho hace que los ancianos se planteen asiduamente la proximidad de la muerte.

Si analizamos la conceptualización de duelo como "reacción ante el sentimiento de pérdida". Podríamos decir que el residente puede experimentar distintos tipos de duelo.

1. Cuando el anciano ingresa en la institución, teniendo una **perdida** de roles, vínculos y estatus sociales.

2. Cuando el residente sufre una larga enfermedad incapacitante, en la que **pierde** sus capacidades físicas e intelectuales como las demencias
3. Cuando se produce **la perdida** del ser querido

2.3. ANALISIS ESTRUCTURAL

Estructuralmente hablando, dentro de la residencia, van a influir distintas estructuras sociales en la forma de afrontar la muerte y elaborar el duelo:

- **Familia:** Cuando tiene lugar el fallecimiento de un residente, la familia va a estar presente, atendiendo al tipo de muerte y a la relación con el fallecido.
    - Si la muerte se produce de una forma inesperada, en todos los casos observados, la familia no está presente. Consecuentemente recibe la noticia del fallecimiento telefónicamente. Durante el periodo de estudio resulto imposible investigar la forma de elaborar el duelo de la familia ya que no vuelven a la institución asiduamente. La familia vuelve a la residencia para recoger las pertenencias del fallecido y en muchas ocasiones para mostrar su agradecimiento por los cuidados prestados; ya sea verbalmente o por escrito, con notas de agradecimiento o placas conmemorativas.
    - Si la muerte se produce de forma esperada, en muchas ocasiones la familia acompaña a su familiar en sus últimas horas.

En cuanto a la vivencia del anciano como doliente, cabe reseñar que el apoyo familiar que recibiría si viviera dentro de la comunidad, es reemplazado por el apoyo profesional y de otros residentes.

- **Políticas:** El reglamento y normativa del centro va a influir en el transito de la muerte y elaboración del duelo: los horarios, la visitas de los familiares…

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- **Educativas:** Dentro de la residencia se entrelazan dos tipos de tradiciones culturales, por un lado las que el residente ha adquirido en el entorno familiar de donde procede y por otro lado las adquiridas en la institución. Por ejemplo Josefa dice: "*…antes de entrar aquí, el día de los santos iba con mis hijos al campo santo…desde que estoy aquí ya no voy, porque me tienen que llevar…*"
- **Económicas:** Dentro del entorno residencial, existen profesionales que ayudan al residente a elaborar un proceso de duelo saludable.
- **Religiosas:** Cabe destacar que la única religión manifiesta en la residencia es la católica. Muestra de ello es que existe un templo cristiano dentro de las inmediaciones residenciales. Además todos los entrevistados mostraron procesar dicha fe. Este aspecto hace que la muerte se asimile en torno a las creencias cristianas. Por ejemplo Josefa decía: "la única esperanza que tengo es que cuando me muera me encuentre con mi hijo en la otra vida…"
- **Profesionales:** Inevitablemente los distintos gremios profesionales existentes en el centro influyen en la forma de aceptar la muerte y elaborar el duelo. Cabe destacar que dentro del centro existe tanto una medicalización de la muerte y del duelo, al igual que sucede en los centros sanitarios. En distintas ocasiones se observó que para comunicar a un residente la noticia del fallecimiento de un familiar allegado, se le dio medicación sedante. Esto no ocurrió cuando se producía el fallecimiento de otro residente.

Continuando con un análisis estructural entorno al duelo y la muerte observamos que: (TABLA XXIV):

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

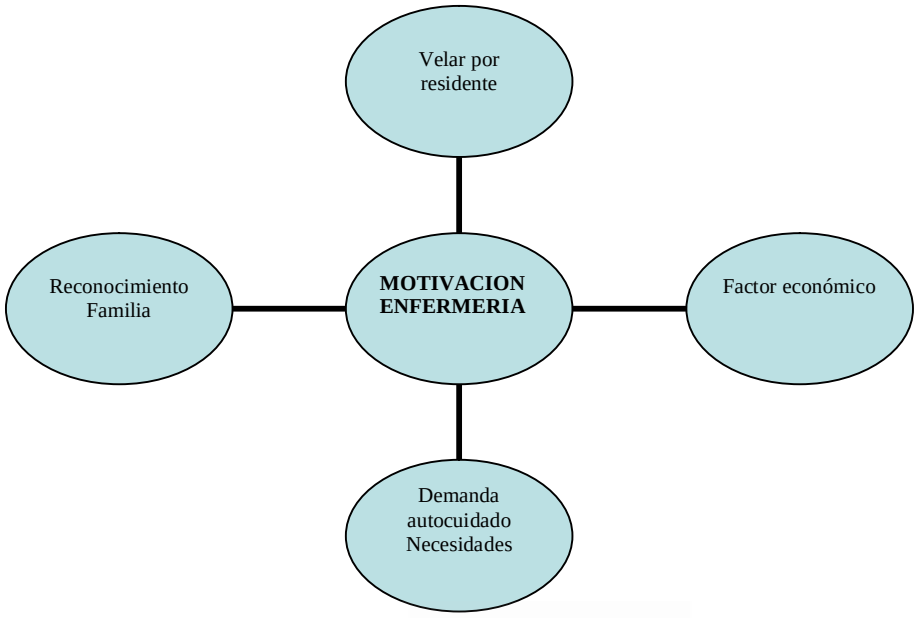
UNIDAD FUNCIONAL

Dentro del personal de la residencia se encuentran los enfermeros, los cuales prestan cuidados de enfermería enfrentándose a situaciones como la muerte de un residente con el que han convivido, en la mayoría de los casos, durante años. Durante la investigación se constató que no solo los enfermeros trabajan por un factor económico, sino que existen otros factores motivacionales. Existen tanto motivaciones intrínsecas como extrínsecas.

Se evidenció que el personal siente la necesidad, como decía Nightingale, de "velar por alguien" de una manera coherente. Entre el personal se podrían escuchar las siguientes frases: "*…es que los residentes son nuestra responsabilidad…*", "*nosotros estamos aquí para atenderlos a ellos*". Cabe destacar, ya como enunciaba Wiedenbach, el sistema de creencias y la cultura de donde procede el enfermero influye en el acompañamiento de los ancianos. Por ejemplo los domingos, algunos de los enfermeros católicos participan en la misa o funerales de residentes que se celebran dentro del recinto.

Además, haciendo referencia a Henderson, el personal de enfermería siente la necesidad de "ayudar al residente", para atender su demanda de autocuidado y sus necesidades. Entre los pasillos de la residencia se suelen oír frases como "…hay que ayudarle a asearse", "…hay que ayudarle a comer" "…el residente tiene que caminar con ayuda de una persona" Continuando con Abdellah, decir que la enfermería también necesita del reconocimiento de la familia del residente. Es frecuente escuchar en la residencia "… *esa familia está muy agradecida con el trabajo que realizamos*" Además las familias, regalan ciertos objetos como agradecimiento al trabajo realizado con su familiar; por ejemplo placas conmemorativas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Como conclusión decir que existen múltiples factores motivacionales para realizar los cuidados enfermeros

Dentro de los cuidados enfermeros se incluirán los cuidados entorno a la muerte y el duelo. Estos cuidados estarán influenciados por la religión católica, ya que todos los residentes pertenecen a dicha doctrina. Cabe destacar que en muchas ocasiones cuando fallece el residente no está su familia.

MARCO FUNCIONAL

En la Residencia Asistencia, tal y como dice Florez en 2003, se distinguen dos grupos de población, que aunque comparten un mismo lugar geográfico (la institución), unos habitan todo el día, compartiendo una rutina diaria (residentes) mientras que los otros permanecen en ese mismo lugar, pero únicamente algunas horas del día y son los que organizan y controlan esa rutina (personal que trabaja en el centro: sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales, cocineros, lavandería, mantenimiento, administración…).

La Institución donde se realiza esta investigación posee las siguientes características especiales, que van a influenciar en el comportamiento de los residentes que habitan en una residencia:

- Características físicas y arquitectónicas: En cuanto a las características físico-arquitectónicas cabe destacar que la institución geriátrica se sitúa lejos del centro urbano y tiene un horario de entradas y salidas. Hay residentes que pueden entrar y salir cuando deseen y existen otros ancianos que tienen restringidas las entradas y salidas.
- Características de organización**.** En esta residencia se trata de incentivar a los residentes para que desarrollen las capacidades que conservan.
- Características socio-demográficas**.** En la residencia se van a dar una serie de dinámicas grupales, divididas en 2 categorías dependiendo de su manifestación:

    - Dinámicas manifiestas; Son los protocolos (ingresos, hipertensión, sujeciones…), costumbres (realizar las actividades de la vida diaria siempre a las mismas horas), rituales hablados o escritos (forma de hacer las camas, sitios en los sillones del salón, lugares donde están los residentes…) que son de conocimiento general, de dominio público.
    - Dinámicas latentes: Constituyen los elementos emocionales que influyen en los procesos internos (La afectividad que siente el personal por los residentes, las relaciones interpersonales que surgen en la residencia…)

    Durante el periodo de observación, se evidenció que entre los residentes se establecen relaciones similares a las que existen en el medio exterior: amistades, enemistades, envidias…

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Clima Social**.** Hay muchas actividades residenciales que el residente no puede controlar como son los horarios, los menús…Este hecho hace que los ancianos perciban que solo pueden ejercer cierto control sobre el medio

Respecto al proceso post-mortem cabe destacar que difiere según el residente tenga familia o no:

- Si tiene familia, esta elegirá donde tiene lugar el funeral. Normalmente eligen el sitio donde vivían antes de ser institucionalizados
- Si no tiene familia; el velatorio tendrá lugar en el mortuorio y el funeral en el templo perteneciente a la institución.

ELEMENTO FUNCIONAL

En la institución van a interactuar tres estamentos fundamentales: el residente junto con su familia y el personal de le residencia. Una vez el residente pasa a estar institucionalizado comienza a recibir cuidados formales por parte de los profesionales del centro pasando la familia a un segundo plano.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA XXIV. ANALISIS ESTRUCTURAL EN LA INSTITUCIÓN ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO

ANALISIS ESTRUCTURAL EN LA INSTITUCIÓN ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO	
UNIDAD FUNCIONAL	Religión católica. Profesionales
MARCO FUNCIONAL	SI TIENE FAMILIA: Residencia, lugar que elija la familia
	SI NO TIENE FAMILIA: Residencia, Mortuorio, Iglesia Institucional
ELEMENTO FUNCIONAL	Residente, Personal enfermería, Familia

2.4. CONTEXTO INSTITUCIONAL

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La residencia reúne las características de una institución total, tanto humanamente como arquitectónicamente

Lo primero que se analizó fue el contexto que envuelve al residente a partir de su ingreso. Cuando se produce el internamiento se produce un desapego con el exterior: distanciamiento familiar, vivir fuera casa, objetos personales, simbólicos, preferencias alimenticias, horarios, perdida de intimidad, nuevos compañeros…Se podría decir que se produce una aculturación del medio exterior, para entrar una cultura institucional, ya que los residentes tras el ingreso no vuelven a su entorno familiar, excepto los ancianos que ingresan en el programa de respiro familiar. Estas personas mayores están institucionalizadas durante un tiempo determinado y después vuelven a su entorno habitual.

El proceso de institucionalización conlleva un distanciamiento progresivo entre el anciano y la familia, la cual va a ser reemplazada por el resto de resientes y los profesionales, con los que el anciano pasará todo el tiempo restante, hasta el ultimo rito de paso que acontece en el ciclo vital "el morir"

Tras la institucionalización, la persona va a vivir junto con sus compañeros diversas situaciones, que en el caso del duelo, pueden llegar a ser cotidianas. Fruto de dicha convivencia se pueden establecer lazos afectivos; amistad, ayuda mutua, cariño, dolor, tristeza ansiedad, preocupación por las pérdidas... La relación entre residentes es un fenómeno complejo, porque depende de la disposición y expectativas de ellos, así como del entorno residencial y al igual que la persona va perdiendo motivaciones para vivir, también los pierde para otros aspectos de la vida, como establecer amistades.

En relación a la habitación que ocupan, muchos residentes tenían fotos en su cuarto de sus familiares y enseres personales. Sin embargo ningún residente tenía fotos de otro compañero de la residencia, a pesar de realizar múltiples actividades conjuntamente ya sea fuera o dentro del centro.

Si analizamos la rutina diaria de la vida residencial, esta marcada por pautas y horarios fijos preestablecidos. Tanto es así que los residentes se sitúan en sus momentos de ocio, siempre en los mismos sitios dentro del recinto. Por ejemplo cada residente tiene asignado un lugar en el salón, ya sea por petición propia en el caso de ancianos con capacidad para expresarse verbalmente o por decisión del personal que cuida.

La relación entre los residentes es identificada como algo incierto, ya que las muestras de afecto físicas son escasas entre residentes. En el tiempo que se realizó la investigación no se apreció muestras de afecto como besos, abrazos… sin embargo entre compañeros allegados se evidenció; compartir comida, conversaciones, paseos, tabaco…. Se establecen relaciones de respeto, cariño…ya que a lo largo de la estancia

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

se suceden múltiples situaciones asimilables a las que suceden en el contexto familiar; como es la perdida de un ser querido, lo que conlleva una situación de tristeza, dolor, ansiedad, preocupación…

En cuanto a las pérdidas, centrándonos en los objetivos marcados en la investigación, dentro del centro se diferencia:

- El fallecimiento dentro de la residencia de una forma esperada (enfermo terminal)
- El fallecimiento fuera del centro, en todos los casos durante el periodo de investigación, fue el hospital
- El fallecimiento de forma súbita e inesperada.

El más habitual fue el primero, el cual esta rodeado de una dinámica manifiesta costumbrista establecida. A la persona moribunda se le coloca en una habitación individual (habitación de reagudización), por diversas motivaciones, siendo la principal la mayor atención sanitaria, ya que la habitación esta situada cerca del estar de enfermería. Como consecuencia el residente fallece de una forma aislada; donde las únicas visitas que recibe son; el personal del centro y la familia. Este hecho resulta curioso, ya que dicha habitación esta situada “en un lugar de paso” dentro de la unidad. Merece la pena mencionar, que en una unidad hubo un residente con cuidados paliativos en la habitación de reagudización durante varios meses. En este caso en particular la habitación esta situada al lado del salón de la tele donde los residentes pasan varias veces a lo largo del día. A pesar que la puerta de la habitación estaba todos los días abierta no se observo a ningún residente que entrara. Son escasos los casos donde otros residentes visitan al enfermo, a pesar que no existe ninguna barrera arquitectónica ni prohibición expresa. Se podría decir que el resto de residentes viven un duelo

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

anticipado a la perdida física del compañero. Además por la conceptualización de muerte social definida por Sudnow, la muerte social se anticipa a la muerte biológica ya que el residente de forma progresiva va perdiendo sus condiciones operativas. Esta situación se observó sobre todo en los residentes diagnosticados de demencia, puesto que tras un largo proceso de enfermedad, pierden sus roles sociales. Si analizamos esta definición podríamos decir que una vez producida la institucionalización, comienza el proceso de muerte social, ya que disminuyen los contactos sociales del residente.

Al igual que en el resto de la sociedad occidental la muerte se convierte en un tema tabú, ya que los residentes no suelen hablar sobre los fallecimientos recientes.

RITO FUNERARIO

Cabe destacar que dentro del recinto residencial existe sala de velatorios, denominada mortuorio, e iglesia. Es destacable que el resto de residentes no vean al fallecido, sin embargo hay veces que acuden a la misa, aunque no lo hacen a la sala de velatorios del centro.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ETAPAS DEL DUELO:

Se puede distinguir entre el fallecimiento de un familiar y un residente.

- Cuando el fallecimiento es de un residente: no se evidencian las etapas del duelo. La primera etapa "shock" no se manifiesta, ya que la muerte es un hecho asumido durante la vejez, es por ello que el principal mecanismo de afrontamiento es la integración. Este concepto queda patente en la participación anual ya sea voluntaria o involuntaria (por falta de capacidades psíquicas) mayoritaria del sacramento de la unción de enfermos.
- Cuando es un familiar: se evidencian las 3 etapas del duelo, sobre todo si la persona fallecida es más joven que el doliente. Se evidencian signos de duelo

como pérdida de peso, llantos, lloros… En este caso los residentes si participan en los ritos funerarios, salen de la institución para asistir a dicha ceremonia. La religión predominante es la católica, no existiendo manifestaciones de otras religiones. El luto se encuentra ligado al género y al objeto de la perdida. En este caso las mujeres institucionalizadas si llevaban luto (negro) por fallecimiento de hijos o cónyuge. (TABLA XXV)

Cabe destacar que muchos autores han hablado de etapas del duelo, aspecto que tras realizar la tesis resulta un tanto incongruente. Muestra de ello es que cada residente vive su duelo de forma individual y única. Con lo cual aplicar las fases del duelo como algo estándar resulta inadecuado.

TABLA XXV: DIFERENCIAS DEPENDIENDO DE LA RELACIÓN CON EL FALLECIDO

FALLECIMIENTO DE FAMILIAR	**FALLECIMIENTO RESIDENTE**
ETAPAS DEL DUELO	NO SE EVIDENCIAN LAS ESTAPAS DEL DUELO
PARTICIPACION RITOS FUNERARIOS	NO PARTICIPACION EN RITOS FUNERARIOS
MANIFESTACION EXTERNA: LUTO	NO EXISTE MANIFESTACION EXTERNA
SIGNOS DUELO: LLANTO, PERDIDA DE PESO	APARENTEMENTE NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DUELO

Si comparamos las características del duelo del fallecimiento de un familiar de un residente y la pérdida de un ser querido en el medio rural, podríamos ver que existen grandes similitudes:

- Se evidencian etapas del duelo
- Se participa en ritos funerarios
- Los familiares próximos van de luto
- Existen signos externos de duelo.

Cabe destacar que en el medio rural el apoyo social recibido para el doliente, es mayor, ya que todo el pueblo se hace participe de dicho proceso

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE AMBOS ESCENARIOS

Si analizamos duelo como perdida, las personas mayores sufren diversos tipos de perdidas a lo larga de su vida, atendiendo a la clasificación realizada por Ruiz, en 2011 (TABLA XIV)

- Pérdidas relacionales: Por ejemplo: seres queridos,(muchos de los entrevistados son viudos/as, han perdido hijos)…, consecuencias relacionales de la enfermedad (por ejemplo los enfermos diagnosticados de demencias van perdiendo capacidades para las actividades de la vida diaria, como es el caso de Josefina, ya que gradualmente va perdiendo su capacidad para vestirse correctamente), deprivaciones afectivas, (los residentes institucionalizados han perdido relaciones con el exterior); por ejemplo Rosa dice *"…yo quiero volver a mi pueblo y estar con mi hija… ya no veo a mis vecinas… en el verano nos salíamos a la puerta por las noches a hablar con las vecinas"*
- Pérdidas "intrapersonales": Por ejemplo: en enfermedades limitantes (se observó que existían varios residentes con hemiplejías consecuencias de accidentes cerebrovasculares, diabéticos que habían perdido miembros inferiores, diagnosticados de Parkinson con dificultan para deambular…),
- De la belleza o fortaleza física, sexual y/o mental (el propio proceso de vejez lleva consigo modificaciones morfológicas que llevan a la perdida de estereotipo de belleza (arrugas, acumulaciones de grasa, perdida de altura…) Juan enuncia: "*…ahora no puedo ir a mis bancales, las piernas ya no funcionan como antes"*
- De capacidades cognitivas, del lenguaje, profesionales: Por la edad de jubilación existente, 65 años, todos los entrevistados han perdido sus roles profesionales.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Además dentro de la residencia se observo que existían personas mayores que habían perdido la capacidad para hablar debido a enfermedades como el Alzheimer.

- Pérdidas evolutivas: Por la etapa del ciclo vital donde se encuentran los ancianos han pasado por varias perdidas evolutivas; menopausia, andropausia…
- Pérdidas materiales: Por ejemplo en el caso de los ancianos institucionalizados, en muchos casos ya no vuelven a su casa, Es el caso de Rosa que enuncia *"…yo quiero ir a mi casa, que allí están mis cosas…"* Este tipo de perdida no se observo en el medio rural.

En ambos escenarios podemos encontrar que actualmente al igual que la muerte, el duelo se esta medicalizando. Muestra de ello es que algunos de los entrevistados toman medicación antidepresiva. Esto se debe a la dificultad existente entre diagnosticar el duelo y los síntomas depresivos, tal y como enunciaba Ruiz; el diagnóstico de depresión en una persona en duelo es complejo por la similitud de síntomas. Los síntomas propios del duelo (llanto, apatía, desespero, hiporexia, insomnio…) son comunes con un síndrome depresivo. La distinción no es fácil en las fases agudas y es la evolución la que condiciona el diagnóstico, por ello es necesario atender al doliente durante un largo periodo de tiempo. En la residencia, al igual que fuera de ella, resulta dificultoso discernir entre el duelo y la depresión, ya que distintos dolientes toman medicación antidepresiva

Si analizamos el concepto de cultura de José Siles en 2001, tanto en el medio rural como en la residencia se crea una cultura entorno al duelo:

- En el medio rural; comportamientos (llantos), pensamientos, (desear una muerte súbita), sentimientos (tristeza), y significados (llevar luto) implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano, que en este caso es la comunidad formada por los dolientes y vecinos del pueblo de Velefique.

- En la institución; comportamientos (no hablar sobre la muerte), pensamientos, (desear una muerte súbita), sentimientos (tristeza), y significados (no llevar luto en la institución) implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano, que en este caso es la comunidad formada por los dolientes, residentes, familia, personal sanitario… que componen la residencia de mayores.

En el ámbito de la familia en el medio rural, los vecinos identifican claramente quienes son los dolientes, sin embargo cuando en la residencia muere un residente resulta difícil identificar quienes son los dolientes, ya que para muchos residentes sus seres mas allegados son los compañeros de mesa o de habitación. Durante el periodo de la investigación no se observo que a ningún residente se le diera el pésame por el fallecimiento de otro residente.

Cabe destacar que la escenificación del duelo en su vertiente pública, disminuye a medida que cambiamos de escenario o del valor que tiene la pérdida. Siendo mayor en el medio rural donde existe un mayor consuelo social de las amistades y un reconocimiento público de la pérdida. Seguidamente cuando el anciano pierde a un familiar y por ultimo cuando la perdida es de otro residente. Este hecho puede ser patológico ya que la pérdida de espacios y rituales sociales en los que expresar sentimientos y recibir apoyo, lleva a muchas personas a interpretar el duelo como una enfermedad. (TABLA XXVI) La situación es más perjudicial para los residentes que llevan poco tiempo institucionalizados, ya que la situación se agrava en el caso de quienes migran de una cultura a otra. Este proceso de culturalización se produce cuando un anciano ingresa en la institución geriátrica

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA XXVI: ESCENIFICACIÓN DEL DUELO

ESCENIFICACION DEL DUELO		
PERDIDA DE UN SER QUERIDO RURAL >	PERDIDA FAMILIAR INSTITUCION >	PERDIDA RESIDENTE INSTITUCION

Al igual que ha sucedido en la sociedad occidental, en este estudio queda patente que cada vez más se tiende a la medicalización del duelo. Muestra de ello es que hace años en el ambiente rural no se prescribían psicofármacos para afrontar el duelo, sin embargo haciendo referencia a los ancianos institucionalizados, casi todos han recibido este tipo de medicación. (TABLA XXVII)

Las variables que han afectado a este proceso han sido:

- escenario de relación médico-paciente: En la institución existe un médico que presta asistencia de lunes a viernes de 8 a 15 horas. Esta situación hace que exista una relación estrecha entre médico-residente, facilitándose la prescripción de medicación. Sin embargo en el medio rural, el médico solo asiste al consultorio dos días a la semana durante 2 o 3 horas aproximadamente, dependiendo de la demanda existente.
- accesibilidad al Sistema sanitario: En la institución hay asistencia sanitaria durante las 24 horas del día por parte del personal de enfermería, lo que facilita la administración de medicación a cualquier hora del día. Sin embargo en el medio rural además que no existe asistencia sanitaria “in situ” permanente, la farmacia solo abre dos días en semana por la mañana.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Naturalismo: actualmente este es el modelo que impera tanto en el ambiente rural como en la institución.
- Recursos para la acción cognitivo-conductual: En la residencia si existen profesionales como; médicos, personal de enfermería, psicólogos…para ejercer terapias cognitivo conductuales. En la institución se conjugan este tipo de terapias con tratamientos medicamentosos. Sin embargo, en el ambiente rural si se evidencia esta falta de accesibilidad a dichos recursos, ya que durante el estudio los profesionales que prestan asistencia son: un médico, una enfermera y trabajadora social.

TABLA XXVII: MEDICALIZACION DE LA MUERTE

MEDICALIZACION DE LA MUERTE		
VARIABLES	**MEDIO RURAL**	**INSTITUCIÓN**
Relación medico-paciente	No existe médico permanente	Médico de Lunes- Viernes
Accesibilidad Sistema Sanitario	Limitada	Permanente
Naturalismo	Modelo actual	Modelo actual
Recursos	Limitados	Existentes permanentemente

Tras profundizar en la investigación en ambos escenarios; se detectaron distintos tipos de duelo:

- **Duelo normal o no complicado:** Como es el caso de María, cuando falleció su hijo mostró llanto, tristeza… Actualmente, pasado un año sigue su vida con su dinámica habitual.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- **Duelo anticipatorio:** En el caso de la institución se podría decir que ocurre en ocasiones cuando al residente se le traslada a la habitación de reagudización, aunque hay casos en los que la persona mayor vuelve a su habitación habitual**.** En el caso del medio rural no se evidencio este tipo de duelo.
- **Duelo patológico**: No se evidenció claramente ningún caso de duelo patológico, lo cual no quiere decir que no existiera. Resulta muy dificultoso catalogar este tipo, ya que son escasos los signos de duelos manifestados institucionalmente, sin embargo hay dolientes que toman medicación antidepresiva de forma crónica. Al igual sucede en el medio rural
- **Duelo desautorizado.** Se produce cuando una persona mayor con deterioro cognitivo sufre una pérdida significativa. Este es el caso de Josefina, la cual perdió a su marido estando ingresados ambos. Josefina pasados 3 meses del fallecimiento de su marido se dirigió a la habitación de reagudización y dijo: …*"aquí esta mi marido…"* Esta tipología solo se observo en el medio institucional.

Cabe destacar que por la complejidad del proceso en muchos casos existe escasa expresión de signos de duelo. Y resulta dificultoso diagnosticar el periodo de duelo como tal.

Si realizamos un análisis de las distintas estructuras sociales que influyen en la forma de interpretación de la muerte y elaboración del duelo del anciano, obtendremos que la principal diferencia es la profesionalización de los cuidados surgida en el entorno residencial. TABLA XXVIII

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA XXVIII: DIFERENTES ESTRUCTURAS SOCIALES ENTORNO A LA MUERTE Y EL DUELO

ESTRUCTURAS SOCIALES ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO		
	RESIDENCIA	MEDIO RURAL
FAMILIA	FAMILIA Y PROFESIONALES DE LA RESIDENCIA	PRINCIPAL FUENTE DE APOYO
POLITICAS	REGLAMENTO DE LA RESIDENCIA	NO ES SIGNIFICATIVO
EDUCATIVAS	FAMILIA/INSTITUCIÓN	TRADICIONES RURALES
ECONÓMICAS	SUELDO PROFESIONALES	NO ES SIGNIFICATIVO
RELIGIOSAS	CATÓLICAS	CATÓLICAS
PROFESIONALES	EXISTENTES	NO EXISTENTES

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4. PROPUESTAS DE INTERVENCION EN EL PROCESO DE DUELO

Tras realizar la investigación y ver las repercusiones del duelo sobre la persona mayor, resulta imprescindible aplicar el proceso de atención de enfermería para atender las necesidades de los residentes durante el periodo de duelo. Cabe destacar, que tras realizar el periodo de observación, es necesario establecer consideraciones peculiares en la aplicación del PAE en el entorno residencial. Haciendo mención a dichos aspectos, obtenemos los siguientes aspectos:

- VALORACIÓN. Para realizar una valoración adecuada en el anciano resulta imprescindible indagar en su historia clínica y en los aspectos relacionados con el duelo. (ANEXO VIII)
- PLANIFICACIÓN. Tras analizar la recogida de datos, por patrones funcionales, fruto de las entrevistas se concluye que los diagnósticos más significativos en el proceso de duelo son los siguientes: (ANEXO XIX).
    - Gestión ineficaz de la propia salud
    - Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
    - Estreñimiento
    - Diarrea
    - Deterioro de la movilidad física
    - Déficit de actividades recreativas
    - Déficit de autocuidado: alimentación
    - Déficit de autocuidado: vestido
    - Déficit de autocuidado: baño
    - Déficit de autocuidado: uso wc
    - Deprivación de sueño
    - Dolor agudo

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Dolor crónico
- Trastorno de la percepción sensorial
- Ansiedad
- Desesperanza
- Baja autoestima situacional
- Deterioro de la comunicación verbal
- Afrontamiento ineficaz
- Duelo complicado
- Duelo
- Sufrimiento espiritual

Cabe mencionar que el plan de cuidados elaborado es un plan estándar que habría que adaptar a cada residente, ya que como anteriormente he mencionado el proceso de duelo es único e individual de cada persona (ANEXO X)

Con el fin de desarrollar las actividades establecidas en el plan de cuidados resulta imprescindible establecer una relación de ayuda con el residente, para ayudarle a asumir las pérdidas que va sufriendo el anciano, ya sea de un familiar o de un compañero residente. Para ello resulta imprescindible disponer de tiempo para escuchar y hablar con el residente.

- EVALUACIÓN: En cuanto a esta última etapa, cabe mencionar, que una residencia de mayores es un entorno ideal para evaluar un plan de cuidados enfocado en el duelo. En el entorno hospitalario resulta imposible poder evaluar un plan de cuidados relacionado con el duelo ya que el paciente no está el suficiente tiempo ingresado para evaluar correctamente la consecución y beneficios del plan.

VI. CONCLUSIONES

1. Las actitudes experimentadas en el medio rural se caracterizan principalmente: por las manifestaciones externas de duelo y el apoyo recibido por toda la vecindad a los dolientes. En dicho medio ha habido cambios culturales en la forma de entender el duelo. Antiguamente cuando una persona se moría, el velatorio tenía lugar en la misma casa del difunto y no en un tanatorio como hoy en día. Se colocaba el féretro en el centro de la habitación y alrededor suyo se colocaban las mujeres velando al difunto, los hombres en cambio se situaban en la puerta de la casa y charlaban tranquilamente. Cuando acababan de velar al difunto los únicos que acompañaban al féretro eran los hombres mientras las mujeres se quedaban en la iglesia rezando. Las mujeres solían llevar chocolate al a casa del difunto
2. Las actitudes experimentadas, en una institución cerrada, entorno a la muerte y el duelo se diferencian de las del medio rural. Primero decir que atendiendo a las características de la institución total, definidas por Goffman, la residencia reúne todos los factores para ser considerada como tal, lo cual influirá en el proceso de vivencias del duelo. El residente cuando ingresa sufre un proceso de aculturación para adquirir otros valores culturales dentro de la residencia.

   Como aspecto significativo mencionar que en la residencia se aísla al moribundo, anteponiéndose la muerte social a la física.

   Otro punto significativo es la existencia de claras diferencias en la vivencia de los ritos funerarios, principalmente en el luto y la asistencia al cementerio, marcadas por la institucionalización.

   Las relaciones sociales se modifican a medida que aumenta el tiempo de la institucionalización y disminuyen los contactos con el exterior. En la manifestación del luto intervienen 3 factores:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- El sexo; ningún hombre de los entrevistados manifiesta haberse puesto de luto recientemente.
- El tiempo: A medida que pasa el tiempo, se van perdiendo tradiciones y adquiriendo otras nuevas.
- La institución cerrada; las normas de la residencia hacen que los residentes lleven luto un corto periodo de tiempo

Concluyendo se podría decir que dentro de una institución se vive el duelo en su vertiente individual, sin embargo en el medio comunitario se entremezcla la vertiente individual con la social.

3. Los diferentes tipos de perdida que se dan en la persona mayor, son : tres fundamentalmente:
    - Cuando el anciano tiene una perdida de roles, vínculos y estatus sociales.
        - En el medio rural este tipo de duelo es menos evidente, ya que las personas mayores continúan realizando sus actividades en la medida de lo posible y son apoyados por el resto de la comunidad.
        - Sin embargo esta situación se acentúa cuando la persona mayor ingresa en un centro residencial.
    - Cuando el residente sufre una larga enfermedad incapacitante, en la que pierde sus capacidades físicas e intelectuales como las demencias
    - Cuando se produce la perdida del ser querido. Dentro del entorno residencial existen claras diferencias entre la manera de vivir el duelo de un familiar cercano y la de un compañero ingresado.

4. Existen distintas estructuras sociales que van a influir en la forma de afrontar la muerte y elaborar el duelo. La principal diferencia entre el entorno rural y la

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

residencia de ancianos, es la profesionalización de los cuidados que tienen lugar en la institución. Atendiendo a un análisis estructural distinguimos tres parámetros funcionales: unidad funcional, marco funcional y elemento funcional. Los cuales se ven representados en la TABLA XXIX

TABLA XXIX: ANALISIS ESTRUCTURAL ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO

ANALISIS ESTRUCTURAL ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO			
	RESIDENCIA	MEDIO RURAL	
		ANTES	ACTUAL
UNIDAD FUNCIONAL	Religión católica. Profesionales	Familia/vecindad – religión católica (Rezos)	Familia/vecindad-Religión católica. Profesionales
MARCO FUNCIONAL	SI TIENE FAMILIA: Residencia, lugar que elija la familia	Hogar, templo, cementerio	Hospital, Tanatorio, templo, cementerio, Hogar
	SI NO TIENE FAMILIA: Residencia, Mortuorio, Iglesia Institucional		
ELEMENTO FUNCIONAL	Residente, Personal enfermería, Familia	Mujer/Hombre	Mujer/Hombre-Sanitarios

5. Existen claras diferencias y similitudes entre vivir el duelo en una institución cerrada y el contexto comunitario, en esta investigación concretamente, el medio rural. Tanto en el pueblo como en la institución geriátrica el tipo de duelo detectado ha sido el “Duelo normal o no complicado”, sin embargo en el medio institucional se le añade: el Duelo anticipatorio y desautorizado

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6. Si comparamos las características del duelo del fallecimiento de un familiar de un residente y la pérdida de un ser querido en el medio rural, podríamos ver que tienen muchos puntos en común. Situación que no ocurre cuando el que fallece es un residente ingresado. (TABLA XXX)

TABLA XXX: DIFERENCIAS DEPENDIENDO DEL FALLECIDO

FALLECIMIENTO DE FAMILIAR CERCANO EN COMUNIDAD E INSTITUCION	**FALLECIMIENTO RESIDENTE**
ETAPAS DEL DUELO	NO SE EVIDENCIAN LAS ESTAPAS DEL DUELO
PARTICIPA EN RITOS FUNERARIOS	NO PARTICIPACION EN RITOS FUNERARIOS
LUTO	NO EXISTE MANIFESTACION EXTERNA
SIGNOS EXTERNOS DE DUELO	APARENTEMENTE NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DUELO

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En el medio rural, el apoyo social comunitario lo otorgan los vecinos y la familia. Sin embargo en la institución, este apoyo lo realizan los profesionales de centro residencial.

No son tan evidentes los signos del duelo en una institución cerrada como en la comunidad. Para analizar este proceso dentro de una residencia, es necesario un análisis profundo.

7. En esta investigación, tras analizar las entrevistas basadas en los patrones funcionales, la mayoría de los patrones se ven afectados.
8. Debido a las escasas manifestaciones de duelo, resulta indispensable que la enfermería realice una valoración de las necesidades del doliente, para posteriormente satisfacerlas y elaborar junto con la persona mayor "un duelo saludable", es lo que en el entorno anglosajón se ha denominado como consuelling. Esta técnica se basa en acompañar al doliente con el fin de que clarifique los elementos de la realidad y desarrolle su control, favoreciendo su crecimiento personal y la toma de decisiones. El enfermero establecerá una relación de ayuda con el fin de ayudar al residente a reconocer y aceptar las emociones conflictivas despertadas por la muerte de un ser allegado, bien sea un familiar o un compañero de la residencia. Para ello resultaría interesante integrar el consuelling en el proceso de atención de enfermería:
    - Valoración: Se recogerán los datos principales sobre la nueva situación del doliente, para ello es esencial utilizar el consuelling con el fin de conocer como se siente el entrevistado.
    - Diagnóstico de Enfermería. Existen diagnósticos relacionados estrechamente con el duelo; como 00135 duelo complicado ó 00136 duelo.
    - Planificación. Aunque en esta investigación se establezca un plan de cuidados estándar (ANEXO IX), habría que adaptarlo a cada residente ya que el proceso de duelo es único e individual de cada persona
    - Ejecución. Para realizar estas intervenciones se establecerá una relación de ayuda con el fin de que el doliente afronte el duelo, exteriorizando sus sentimientos.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Evaluación. Para evaluar el plan de cuidados, se valorará la respuesta de la persona.

9. Tras la observación, podemos decir que el funeral y duelo, se convierten en un acto social impregnado de las costumbres culturales que se han ido arraigando y trasformando con el paso de los años
10. Como conclusión final, se podría decir que cada persona experimenta del duelo de una forma diferente, influyéndole el escenario donde se desarrolle este proceso y el apoyo que reciba. En todas las entrevistas al volver a mencionar al fallecido, se experimentan nuevamente sentimientos de perdida.

    "El individuo pasa por distintas etapas del duelo, pero nunca llega a superar la perdida, simplemente APRENDE a vivir con ello"

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

VII. BIBLIOGRAFIA

1. (1992). *CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento.* Madrid: Ed. Menitor 1992.
2. Alfaro R, (1994). *Aplicación del proceso de enfermería.* Madrid: 3ª Edición. Harcourt-Brace.
3. Allué M, (1993). La antropología de la muerte. *Rev ROL Enferm,* 179-180,33-39
4. Altet J, Boatas F, (2000). Reacciones de duelo. *Revista Informaciones Psiquiátricas,* 159 .Consultado el 7 de Junio 2011 http://www.revistahospitalarias.org/info.htm
5. Álvarez I, Aguilar ME, Calvo MJ, (2007): Duelo y Soledad. *Anales de Ciencias de la Salud,* 10, 171-188
6. Arnaiz, V. (2003). Del tabú del sexo al tabú de la muerte. *Aula de Infantil,* 12, 6-7.
7. Asociación Americana de Psiquiatría, (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson
8. Baly ME, (1988). Florence Nightingale and the nursing legacy. New York: Ed. Crohm helm.
9. Barrera LF, Duarte CY (2007). Significado que el gerontocuidador no profesional da al cuidado del adulto mayor en el hogar. *Biblioteca Lascasas,* 3(1). Consultado el 15 de Abril 2009 http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es:80/lascasas/documentos/lc0204.php
10. Berdayes D, Rivera N, (2000). El proceso de atención y el diagnóstico de enfermería; ¿una proyección didáctica?. *Rev. Cubana Educación Medica*

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Superior, 14(3), 230-35. Consultado el 7 de Enero 2012 http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v14n3/ems03300.pdf

11. Borrell F, (1989). *Manual de Entrevista Clínica*. Barcelona: Ed. Doyma
12. Bover A, Gastaldo D, Taltavull JM, Saez C et al. (2006). Trabajadoras latinoamericanas inmigrantes como cuidadoras: Globalización, promoción y acceso a la salud. *NURE Inv*, 3(21). Consultado 20 de marzo de 2011, http://www.nurein vestigacion.es

8. Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidos
9. Bowlby J, (1992). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata
10. Brito P, Ruymán A, García AM et al (2004). Duelo: Experiencia humana inigualable. *Tánato'* ,2(12). Consultado 6 de Abril 2009, http://www.tanatologia.org/seit/revista.html
11. Bucay, J. (2004). *El camino de las lágrimas*. Editorial Sudamericana.
12. Caballero EM, Fernández PJ. (2007). La familia en el entorno de cuidados críticos. Consultado 1 de Octubre 2011, http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm
13. Carpenito JL. (1987). *Diagnóstico de Enfermería*. México: Interamericana
14. Cátia A, Santos L, Petersen de Oliveira AC, Menezes, MR. (2007). [Después de vivir la muerte de amigos: historia oral de ancianos] Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Texto Contexto Enferm*, 16(1), 97-104
15. Caycedo ML. (2007). La muerte en la cultura occidental. Antropología de la muerte. *Rev Colomb Psiquiat*, 36, 332-339.
16. Cibanal L, Arce MC. (1991). *La relación enfermera-paciente*. Alicante: Universidad de Antioquia

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

17. Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. (2003). *Técnicas de comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: Elsevier

18. Conde, R. (1982). *Familia y cambio social en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

19. Cumming E, Henry WE. (1961). *Growing old, the process of disengagement.* Basic Books.

20. Dar el pésame. Cómo se da. A quién se da. Expresiones. Consultado 12 de Enero 2012, http://www.protocolo.org/social/ceremonias_y_celebraciones/dar_el_pesame_como_se_da_a_quien_se_da_expresiones.html

21. Debert G, (1994) *Antropología e velhice*. Textos didácticos. São Paulo: IFCH / Unicamp; 1994.

22. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) 22ª Edición. Consultado 3 de Junio 2011, http://www.rae.es/

23. Díaz P, et al. (2007). *Manual CTO de enfermería*. Madrid: Mc Graw

24. Domingo P, Gabaldón EM, Fernández MA. et al. (2001).Integración de la metodología cuantitativa y cualitativa en la Investigación en Enfermería. *Rev. Index. de Enfermería*, 34, 37-39

25. Dollenz E. (2003) Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en Atención primaria de salud. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud mental para la APS*, 1, 1-16. Consultado 1 de Noviembre, 2011 http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1_duelo_normal_y__patologico_en_aps.doc

26. Donne J. (1624). Devotions Upon Emergent Occasions. Together with Death's Duel. Consultado 31 de Marzo 2009,

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

http://books.google.es/books?id=KVLTtZBKwfkC&dq=Devotions+Upon+Emergent+Occasions&printsec=frontcover&source=bn&hl=es&ei=mUHSSeO_DMrRjAeV8b3mBg&sa=X&oi=book_result&resnum=4&ct=result

27. Dueñas JR. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado 1 Diciembre, 2011 http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
28. Fernández JJ, Ruiz V, Díaz JA, (2004) ¿Institucionalización o marginación?: Análisis etnográfico de una residencia de Tercera Edad. *Geriatrika,* 20 (1),12-17
29. Fernández A, Rodríguez B, (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam*, 3, (12), 100-107, Consultado 7 de Junio de 2011, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000300008&lng=en&nrm=iso
30. Field P, Morse JM. (1985). *Nursing Research: The application of qualitative approaches*. Londres: Croom Helm.
31. Flórez JA, Lastra M V, Cachero E, San José N, Martínez S, et al. (2003). Programa de adaptación para ancianos al medio residencial. *Medicina integral*, 41 (1), 48-55
32. Flórez, S. D. (2002). Duelo. *Revista ANALES del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, Suplemento 3, Consultado 7 de Junio de 2011, http:// www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html
33. Fonseca R, (2004). *Gerontocuidador, Trabajo Año Sabático*. Escuela de Enfermería. UPTC. Tunja.
34. Forbes, S (2001). This is heaven's waiting room. *Journal of Gerontological Nursing Thorofare*, 27, 11- 37

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

35. Freud (1917). Duelo y Melancolía. Consultado 3 de Diciembre 2008, http://www.librosgratisweb.com/html/freud-sigmund/duelo-y-melancolia/index.htm

36. Fundación Carolina Labra Riquelme, (2007). *Aulas hospitalarias. Reflexiones de la VIIII jornada sobre pedagogía hospitalaria.* Santiago de Chile: Libe Navarte.

37. Gallardo C, Merino D, González A. (2002). El duelo en cuidadores principales de pacientes oncológicos en domicilio. Consultado 8 de Octubre 2008, http://www.ciberpsique.com/modules.php?op=modload&name=Sections&file=index&req=printpage&artid=79

38. García AM, Rodríguez M, (2007). En torno al duelo y sus significados. *Tánato's*, (10), 14-22. Consultado 7 de Abril 2009, http://www.tanatologia.org/seit/revista.html

39. García M, (2000). *Sistema informal de atención a la Salud.* XXIX Congreso nacional ordinario de pediatría de la a.e.p, Tenerife, 14-17 junio. Consultado 5 de Abril 2009, http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/MªM_Garcia_Calvante.htm

40. Goetz JP. (1998). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa.* Madrid: Morata

41. Goffman, (1970).*Internados.* Buenos Aires: Amorrortu

42. Gómez F, (2000). *Aproximación a la historia de La Villa de Velefique.* Velefique: Ayuntamiento de la villa de Velefique.

43. Greenwood DJ. (2000). De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas. *Rev. de antropología social*, 9, 27-49. Consultado el 8 de Junio 2009, http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=157929

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

44. Grollman EA, (1986). *Vivir cuando un ser querido ha muerto*. Barcelona, Ediciones 29.

45. Grupo de trabajo sobre atención a situaciones de duelo del II PISMA Servicio Andaluz de Salud. (2011). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. Servicio Andaluz de Salud: Alsur

46. Hammersly M, Atkinson P (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona : Paidos

47. Hernández M, (2008). Duelo y muerte: Una confrontación durante la práctica de enfermería. *Desarrollo científico de enfermería*, 16(2)

48. Hernández M. (2002). El último rito de paso. *Index de Enfermería* [versión electrónica] ,39, Consultado 4 de Octubre 2008, http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es:80/index-enfermeria/39revista/39_articulo_9-10.php

49. IMSERSO. (2002). *Informe 2002. Las personas mayores en España*. Consultado 12 de Diciembre 2008, http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2002/index.html

50. IMSERSO. (2004). Informe 2004. Las personas mayores en España. Consultado 12 de Diciembre 2008, http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2004/index.html

51. IMSERSO. (2004). Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas, 11. Consultado 10 de Octubre 2011, http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec11.pdf

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

52. IMSERSO (2006). Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia. Consultado 21 de marzo de 2011, http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/modelosalojamiento.pdf

53. IMSERSO (2011). Centros Residenciales. Consultado 10 de Octubre de 2011, http://www.imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm

54. James JW, Friedman R, (2003). *Manual para superar pérdidas emocionales. Un programa práctico para recuperarse de la muerte de un ser querido, de un divorcio y de otras pérdidas emocionales.* Madrid: Editorial Los libros del comienzo.

55. Johnson M, Bulechek GM, McCloskey JC, et al, (2002). *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC.* Madrid: Harcourt

56. Joyce H, (2005). Health behaviours Associated with Better Quality of life for older Bereaved Persons, *J Paliat Med*, 8117, 96-106

57. Kawulich B, (2005). La observación participante como método de recolección de datos, *Forum: Qualitative Social Research, 6 (2)*. Consultado el 15 de junio de 2009, http://espanol.geocities.com/uaexam/05-2-43-s.pdf.

58. Kübler-Ross E, (1974). *Questions and answers on death and dying*. New York: Macmillan.

59. Landa V, García JA, (2007). *Guía clínica del duelo,*7(26) Consultado el 6 de Noviembre de 2008, http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp

60. Laza, C. (2011). Restableciendo el equilibrio: prácticas tradicionales para el cuidado de la salud en el Valle del Río Cimitarra. *Biblioteca Lascasas*, 7(1).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Consultado el 20 de Mayo de 2011, http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0575.pdf

61. Leininger M, (1978). Transcultural nursing concepts: theories and practice. New York: Ed. Jon Wiley and sons
62. Leturia FJ, (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Rev. Esp Geriatr Gerontol*., 34 (2), 105-12
63. Lillo Crespo, (2006). M. Enfermería Transcultural Aplicada al Proyecto Plan de Choque Intereuropeo-Holandés en Alicante. *Biblioteca Lascasas*, 2 (2). Consultado el 8 de Junio de 2009 http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0119.php
64. Lindemann E, (1994). Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* (reimpreso en Am J Psychiatry 1994; 151) 6, 155-60
65. López C, Galera T, Campos M. (2008). *Guía Clínica. Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos*. Servicio Extremeño de Salud: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. Consultado 2 de Febrero de 2012 http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_61941_FICHERO_NOTICIA_21613.pdf
66. Lorenzo N, Rodríguez M, Belmonte JF, (2003). El duelo a través de dos religiones: una visión desde el prisma de M. Leininger. *Invest & Cuid*, 1(2),7-11
67. Madoz V, (1990). *Tratamiento del duelo y la aflicción en urgencias*
68. Maestro E, Albert V, (2002) ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara (I). *Medicina General*, 45, 443-459
69. Marja AR, Tijhuis J, Edith J M(1999) . Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study, *Age and Ageing* , 28, 191-

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

195 Consultado 6 de Abril 2009 http://findarticles.com/p/articles/mi_m2459/is_5_28/ai_62174859/

70. Marriner A, Alligood M. (1998) *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid: Harcout Brace
71. Marjorie, (2003). Proceso de Duelo en el Anciano. Consultado 5 de Diciembre 2008, http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art36002
72. Martínez B, Alonso JM. (2001). Ancianos, ¿seres para la muerte? I*nterpsiquis*, (2). Consultada el 7 de Noviembre de 2009, http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/1933/
73. Martínez E, Siles J, (2010). El duelo en una residencia de mayores versus en el entorno familiar. *Gerokomos*, 21(2),62-65
74. Montoya R, (2004). El afrontamiento y la pérdida. Visiones positivas de la labor de un cuidador: Nicolás Robles Garví. *Index de Enfermería* [versión electrónica], 44-45. Consultado el 3 de Octubre 2008, http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es:80/index-enfermeria/44revista/44_articulo_56-59.php
75. Montoya R (2006). Morir. Una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa. *Evidenti*a, 3(11). Consultado 7 de Abril 2009 http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es:80/evidentia/n11/259articulo.php [versión electrónica].
76. Montoya R, (2006). Aquellos que nos verán morir: Significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. *Index Enferm*, 15 (52-53), 25-29. Consultado 17 de Mayo 2011 http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100006&script=sci_arttext

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

77. Moreno MG. (2009). Red social: interacción y apoyo en adultos mayores. *Desarrollo Cientif Enferm,* (17) 6

78. MSI (2007). Los Centros Residenciales y de Atención para Mayores en España, 2002-2011. Consultado el 21 de Marzo de 2011, http://www.msi-reports.es/market_research_report_pdfs/FES2-S.pdf

79. Mujica AD, Montilla MI. Organización social. Consultado el 8 de Enero 2012, http://www.monografias.com/trabajos11/orgsoc/orgsoc.shtml

80. NANDA Internacional (2007). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2007-2008*. Madrid: Elsevier.

81. Neimeyer R (2002). *Aprender de la perdida*. Barcelona-España: Piados.

82. Nightingale F, (1990). Notas sobre enfermería ¿qué es y qué no es? Barcelona: Ed. Salvat

83. Nomen L, (2007). *El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide, 2007.

84. Osorio M, López A, (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Revista Index de Enfermería*, 17 (4). Consultado el 9 de Marzo de 2011, http://www.index-f.com/indexenfermeria/v17n4/6757.php.

85. Ostiguin RM, Gómez R. (2004). Propuesta de práctica comunitaria con el método de trabajo enfermero y conceptos teórico- disciplinares. *Desarrollo Científ Enferm –Méx,* 12(1), 20-23

86. Pacheco, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los Cuidados* [versión electrónica], 14. Consultado el 21 de Abril de 2005 , http://www.index-.com/cultura/14revista/14_articulo_27-43.php

87. Padierna, JA. (1994)¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios*

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

*sociale*s [versión electrónica], 25. Consultado el 9 de Marzo de 2010, http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Un%20lugar%20para%20la%20familia%20del%20anciano%20en%20residencias.pdf

88. Pargament (1997) *The Psychology of Religion and Coping. Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
89. Parkes CM, (1975). *Bereavement.Studiesofgriefinadultlife.* Hardmondosworth: Penguin
90. Pascual AM, Santamaría JL. Proceso de duelo en la demencia avanzada. Consultado el 6 de Junio 2011, http://www.logoempresa.com/ades/assets/plugindata/poolg/DUELO%20EN%20DEMENCIA%20AVANZADA.pdf
91. Payás, A. (2005): Intervención psicoterapéutica en procesos de duelo desde un modelo integrativo. Apuntes docentes.
92. Peñafiel A. La enfermería y los cuidados formales de los mayores. La enfermería de lo sociosanitario y lo sociosanitario y la enfermería. Consultado el 30 de Octubre 2011, http://www.amegmadrid.org/DOCUMENTOS/LA_ENFERMERIA_Y_LOS_CUIDADOS_FORMALES_DE_LOS_MAYORES.pdf
93. Pérez I, (2004). *La* relación de ayuda: intervención de enfermería en el proceso del duelo. *Educare21*, 8. Consultado el 2 de Julio 2008, http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando3.htm
94. Pérez M. (2007). *El duelo en el anciano.* En Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa (pp. 89-104). San Sebastián: Sociedad Vasca de cuidados paliativos. Consultado el 7 de Diciembre de 2008, http://www.sovpal.org/capitulos/libroDuelo.pdf

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

95. Pincus A, Wood V. (1970). Methodological issues in measuring the environment in institutions for the aged and it's impact on residents. *International journal of aging and human development*,1,117-126

96. Plaxats MA. (2001). *Los procesos de duelo ante pérdidas significativas.* Consultado el 8 de Abril de 2005, http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/05/

97. Polit DF, Hungler BP. (1999). *Nursing research: principles and methods.* Baltimore: Lippicott Wiliams & Wilkins

98. Rando TA, (1988). *How to go on living when someone you love dies.* New York: Bantam Books.

99. Reyes I, (2008). El significado de la motivación para el profesional de Enfermería. Un aporte fenomenológico. Consultado el 30 de Octubre 2011, http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1231/3/El-significado-de-la-motivacion-para-el-profesional-de-Enfermeria.-Un-aporte-fenomenologico

100. Reynolds CF, Schneider LS, Lebowitz BD, (1994). *Treatment of Depression in Elderly patients: Guidekinlines for primary Care, in diagnosis and Treatment of depression in Late Life: Results of the NIH Consensus Development Conference,* American psiquiatric express, 463-490

101. Ribot C, Fernández MA, García D. (2000) Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Rev. Atención Primaria,* 25(5), 343-348.

102. Rimpoché S, (1994). *El libro tibetano de la vida y de la muerte.* Barcelona: Urano

103. Ripoll J, (1997). El Duelo. Consultado el 3 de Marzo 2008, http://donacion.organos.ua.es/info_sanitaria/proceso/el_duelo2.htm

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

104. Robinson E, George L, White JR, (2006). *Improving communication with older patients: Tips From the Literature. Family Practice Management.* Consultado 7 de Enero 2009, http://www.intramed.net/actualidad/contenidover.asp?contenidoID=43394

105. Rodríguez, C. (2001). La muerte representada e integración en el duelo. *Cultura de los Cuidados Digital;* 9. Consultado el 19 de Abril 2005, http://www.index-f.com/cultura/9revista/9_articulo_45-48.php

106. Rodríguez M, García AM, Toledo C, (2008). Hacia una visión constructivista del Duelo. *Index de Enfermería* [versión electrónica], 17(3). Consultado 7 de Abril de 2009 http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es:80/index-enfermeria/v17n3/6621.php

107. Rodríguez G, Gil F, García J, (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe

108. Rodríguez M, Abreu A, Barquero A, et al (2006).Cuidadores de ancianos dependientes. Cuidar y ser cuidados. *Nursing*, 24(1), 58-70.

109. Rogero-García J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev. Esp. Salud Publica*, 83 (3), Consultado 20 de Octubre de 2011, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005&lng=es&nrm=iso

110. Rogers C, Kinget M (1971) *Psicoterapia y relaciones humanas.* Madrid: Alfaguara.

111. Rojas S. (2005). *El manejo del duelo. Una propuesta para un nuevo comienzo.* Barcelona: Ediciones Granica, S. A.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

112. Rosenthal C, Dawson. (1992). *P.Families and the institutionalized elderly en: Caregiving in dementia*. Research and applicatinons. Londres : C.M.M. Jones & B.M.L Miesen

113. Ruiz MN, Sainz F. (2011). Apoyo en el proceso de duelo de personas con discapacidad intelectual. Consultado 2 de Junio de 2011, http://autismodiario.org/wp-content/uploads/2011/03/apoyo-en-el-proceso-de-duelo-de-personas-con-discapacidad-intelectual.pdf

114. Sacks O. (1987) *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero.* Barcelona: Muchnik

115. Santos MA. (1999) La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. *Rev. Atención Primaria,* 24(7), 425-430

116. Schmitt R, *La Reducción Fenomenológico—Trascendental de Husserl.* Consultado el 7de Enero 2009, http://espanol.geocities.com/gruposer_cl/reduccion.htm

117. Serra E, Abengózar Mc. (1990) Ancianidad y preparación para la muerte. *Rev. Anales de psicología*, 6(2), 147-158

118. Serra E, Abengózar MC. (1990). Ancianidad y preparación para la muerte. *Anales de psicología,* 6 (2) ,147-158. Consultado 5 de Octubre 2008, http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/04-06_2.pdf

119. Siles J. (1997). Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*, 7(4),188-194

120. Siles J. (2004). La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index Enfermería*, 13(47), 07-10. Consultado el 22 de Abril 2011,

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300001&lng=es&nrm=iso

121. Siles J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara

122. Siles J. (2010). Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en enfermería*, numero especial (28), 120-128

123. Siles J, Solano C. (2007). Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos. La estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer Investigación y Educación en Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería (XXV), 1, 66-73. Consultado 22 de Diciembre 2011, http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105216848007

124. Siles J, Cibanal L, Vizcaya MF, et al. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 10, 72-87.

125. Siles J, Solano Mc. (2011) La historia cultural y la estética de los cuidados de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5). Consultado 8 de Enero 2012, http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_06.pdf

126. Soto SJ, Falcón FM, Volcanes M, et al. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Globa*l, 15, Consultado Febrero 2009, http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50381/48301

127. Souto E, González JL, Fernández MV, et al. (1984). Programas de intervención en una residencia de ancianos. *Papeles del Psicólogo*, 16,17. Consultado 11 de Octubre, 2011, http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=182

128. Suárez, R. Juan C. (2001) Teorías de la Motivación. Consultado 2 de Octubre 2011, www.monografías.com/trabajo7/temo/temo.shtml

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

129. Sudnow. D. (1971). *La organización social de la muerte.* Argentina: Tiempo Contemporáneo

130. Tartler L. (1961). Des in alter modernenen gessellchaft. Enk.

131. Templer, D.I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety. Scale. *Journal of General Psychology,* 82, 165-177.

132. Terrer K. El dolor desde la melancolía en Freud y en Heidegger. Consultado 2 de Junio 2011 http://www.herreros.com.ar/melanco/terren.htm

133. Tizón**,** J. (2004). *Pena, pérdida, duelo. Vivencias, investigación y asistencia.* Barcelona: RBA, D.L.

134. Welch A, Alexander J, Beagle C, et al. (1998). En Marriner A, Alligood M. Madeleine Leininger. Cuidados culturales: teoría de la diversalidad y la universalidad: 444.

135. Wright B, (1991). *Sudden Death. Churchill Livingstone.* New York : Macmillan

136. Wright K. (1983). *The economics of informal care of the elderly.* Kent: University of Kent, Center for Health Economics.

137. Wright K, (2003). Relationships with death: The terminally ill talk about dying. *Journal of Marital and Family Therapy Upland,* 29, 439-453

138. Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Revista Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo,*3 :127-158 Consultado 1 de Noviembre 2011 http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2009.pdf

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

139. Yoffe, L (2006). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Revista Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad. Psicología Positiva. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo,* 7:193-200. Consultado 1 de Noviembre 2011 http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2012.pdf

140. Zabalegui A, Milla A, Soler MD, et al. (2002)¿Qué es el afrontamiento? *Rev. ROL Enfermería*, 25(7-8),72-76

141. Zarit S, Whitlatch CJ, (1992). Institutional placement: phases of the transition. *Gerontologist;* 32(5) ,665-72.

142. Zoucha, R. (1999). La utilización de métodos cualitativos en Enfermería. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados,* 6(3) ,80-90.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

VIII. ANEXOS

ANEXO I: OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LA RESIDENCIA DE MAYORES

Los objetivos de dicha institución son:

- *FUNCIONES PREVENTIVAS:*

  OBJETIVOS: - Mantener la autonomía

  - Mantener las capacidades

  - Mantener los recursos y actividades sociales

- *FUNCION REHABILITADORA:*

  OBJETIVO: - Recuperar las capacidades alteradas (sociales, físicas, mentales)

- *FUNCIONES TERAPEÚTICAS:*

  OBJETIVOS: - Atender en la enfermedad

  - Atender en la convalecencia

- *FUNCIONES SUSTITUTORIAS:*

  OBJETIVOS: - Ayudar en las funciones alteradas o perdidas

  - Dar soporte

  - Favorecer e impulsar las relaciones sociales

- *FUNCIONES PALIATIVAS:*

  OBJETIVOS: - Disminuir los dolores y sufrimientos físicos

  - Disminuir el sufrimiento psíquico

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO II: SERVICIOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES

1. *SERVICIOS DE ORGANIZACIÓN Y SOPORTE*

- Alojamiento
- Vestido, lavado y costura
- Manutención
- Peluquería
- Limpieza general

2. *ASISTENCIA PERSONALIZADA*

- Compañía
- Ayuda para desplazamiento
- Ayuda para vestirse
- Ayuda para alimentarse
- Ayuda para eliminación
- Ayuda para higiene corporal
- Ayuda para la movilización

3. *ATENCIONES TÉCNICAS*

- Atención médica
- Atención psicológica
- Atención social
- Rehabilitación física o psicomotricidad
- Rehabilitación y adaptación funcional
- Cuidados de enfermería técnicos

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Odontología
- Podología
- Dietética
- Atención psiquiátrica

4. *SERVICIOS DE SOCIALIZACIÓN*

- Vacaciones estivales
- Salidas y excursiones
- Fiestas conmemorativas
- Actividades de talleres
- Voluntariado

5. *SERVICIOS COMPLEMENTARIOS*

- Jardinería
- Mantenimiento de instalaciones
- Asistencia religiosa católica
- Servicios administrativos
- Servicio de transporte
- Servicios de seguridad (nocturno)
- Cafetería
- Urgencias médicas
- Consta de mortuorio

6. *OTROS SERVICIOS*

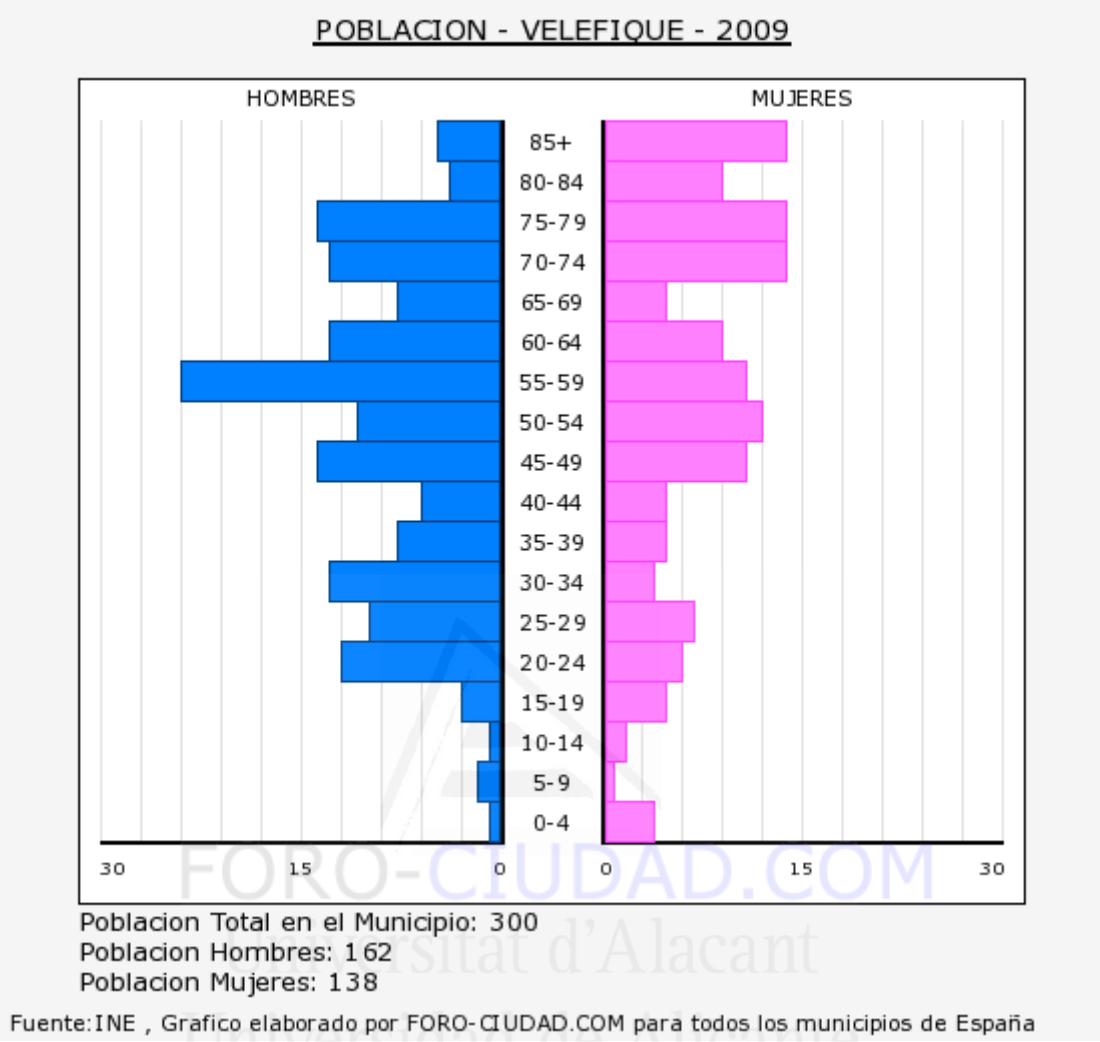
- Formación a profesionales y estudiantes

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Apoyo y asesoramiento a familias
- Información de población general

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO III: POBLACIÓN DE VELEFIQUE



FORO-CIUDAD.COM
Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO IV: FOTOGRAFIAS DEL PUEBLO DE VELEFIQUE

Actual cementerio de Velefique.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Iglesia de Santa María

Universitat d'Alacant
Universidad de

ANEXO V: FOTOGRAFIAS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES

Fotos residencia. Vista de la Plaza de la Residencia Asistida de Diputación de Almería

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Vista de la entrada de la Residencia Asistida de Diputación de Almería

Vista del comedor de una unidad residencial de la Residencia Asistida de Diputación de Almería

Vista del salón de una unidad residencial de la Residencia Asistida de Diputación de Almería

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO VI: GUION OBSERVACION PARTICIPANTE Y ENTREVISTA

OBSERVACION PARTICIPANTE

AMBIENTE RURAL (VELEFIQUE)

- Sala de velatorios
- Casa del entrevistado
- Cementerio
- Iglesia
- Participación ritos funerarios
- Manifestaciones de duelo (Luto)

ENTREVISTA

1- <u>Datos Personales</u>

- Nombre y apellidos
- Situación familiar (estado civil, hijos)
- Religión

2- <u>Rasgos principales</u>

- Costumbres en su vida diaria
- Participación en los actos religiosos (Tipo de religión, ¿Practicante?)

3- <u>Iniciación</u>

- Tiempo que lleva viviendo en el pueblo
- Participación en actos funerarios.

4- <u>Relaciones sociales</u>

- Familiares y vecinos más significativos
- Familiares y vecinos que han fallecido (lugar)
- Sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y comportamientos en el proceso del duelo

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Recursos para hacer frente al duelo (distracciones, hablar…)

5- <u>Rituales</u>

- Significado del luto

PATRON 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

Medicación durante la pérdida

Patologías

PATRON 2: NUTRICIONAL- METABOLICO

Perdida de peso, hábitos nutricionales, vómitos.

PATRON 3. ELIMINACION

Valoración del patrón de eliminación

PATRON 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Realización de actividades habituales.

PATRON 5. SUEÑO DESCANSO.

Problemas de sueño, uso de hipnóticos, pesadillas.

PATRON 6. COGNITIVO PERCEPTUAL

Manejo del dolor, analgésicos

PATRON 7. AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Realización de actividades de la vida de diaria

PATRON 8 ROL RELACIONES

Tiempo que lleva viviendo en el pueblo

Fallecimiento de familiares recientes

Relación con vecinos

Costumbres en el pueblo

PATRON 9 SEXUALIDAD- REPRODUCCION

PATRON 10 ADAPTACION- TOLERANCIAL AL ESTRÉS

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Adaptación durante al duelo.

PATRON 11: VALORES Y CREENCIAS

Participación en ritos funerarios. (Vistas cementerio, asistencia funeral, luto)

Costumbres pueblo procedencia

INSTITTUCION

OBSERVACION PARTICIPANTE

- Descripción de la institución
- Descripción física del residente. (llorar, reír, expresiones faciales)
- Descripción del lugar donde se produce el fallecimiento y se desarrolla el velatorio
    - Descripción
    - Presencia de imágenes u objetos de significación especial
- Forma de vestir (Luto y colores)
- Participación en actos religiosos (acude a misa)
- Participación en los actos funerarios que se desarrollan fuera y dentro institución
- Manifestaciones del duelo
- Características de las distintas etapas de duelo
- Atención que recibe el doliente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ENTREVISTA

1- <u>Datos Personales</u>

- Nombre y apellidos
- Situación familiar (estado civil, hijos)

- Religión

2- <u>Rasgos principales</u>

- Motivo de ingreso. (problemática social; vivienda familia, soledad incapacidades,…)
- Tipo de dependencia (inmovilidad, enfermedad,
- Costumbres en su vida diaria
- Aficiones y lugares que frecuenta en la institución (terapia ocupacional…)
- Participación en los actos religiosos (Tipo de religión, ¿Practicante?)

3- <u>Iniciación</u>

- Tiempo que lleva en la institución
- Participación en actos funerarios.

4- <u>Relaciones sociales</u>

- Familiares y compañeros de la residencia más significativos
- Familiares y compañeros que han fallecido (lugar)
- Sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y comportamientos en el proceso del duelo
- Recursos para hacer frente al duelo (distracciones, hablar…)

5- <u>Rituales</u>

- Significado del luto
- Significado de objetos, fotografías más significativas

PATRON 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

Medicación durante la pérdida

Patologías

PATRON 2: NUTRICIONAL- METABOLICO

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Perdida de peso, hábitos nutricionales, vómitos.

PATRON 3. ELIMINACION

Valoración del patrón de eliminación

PATRON 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Participación en actividades recreativas

PATRON 5. SUEÑO DESCANSO.

Problemas de sueño, uso de hipnóticos, pesadillas.

PATRON 6. COGNITIVO PERCEPTUAL

Manejo del dolor, analgésicos

PATRON 7. AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Realización de actividades de la vida de diaria

PATRON 8 ROL RELACIONES

Donde vivió anteriormente pueblo

Fallecimiento de familiares recientes

Relación con compañeros

Costumbres en el pueblo si las hubiese

PATRON 9 SEXUALIDAD- REPRODUCCION

PATRON 10 ADAPTACION- TOLERANCIAL AL ESTRÉS

Adaptación durante al duelo.

PATRON 11: VALORES Y CREENCIAS

Participación en ritos funerarios. (Vistas cementerio, asistencia funeral, luto)

Costumbres pueblo procedencia

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO VII: SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN TESIS

A la atención del director de la Residencia Asistida de la Excma. Diputación de Almería.

Como enfermera y alumna de doctorado en la Universidad de Alicante, le presento este documento, solicitando permiso para la realización de éste proyecto de investigación en su centro, como trabajo de investigación para el doctorado con el titulo: "Vivencias y escenarios de duelo en las personas mayores en la Almería del siglo"

Se trata de un estudio cualitativo, que ha sido planteado desde una perspectiva holista, con el que se pretende un acercamiento a las vivencias de las personas que han sufrido un duelo.

Los datos se obtendrán mediante entrevistas semiestructuradas y observación participante. A los participantes se les informará previamente sobre la investigación y se les pedirá su consentimiento para participar.

Se asegura el respeto, la intimidad, la confidencialidad y la libertad de expresión de los participantes.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO VIII: LISTA DE TABLAS

TABLA I: MOTIVOS INSTITUCIONALIZACION

TABLA II: VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

TABLA III: VIVENCIAS PROPIAS DE LOS ANCIANOS

TABLA IV: CENTROS RESIDENCIALES SEGÚN EL TIPO DE CENTRO. NÚMERO DE CENTROS

TABLA V: MODELO TENTATIVO DEL PROCESO DE ADAPTACION DE LOS FAMILIARES TRAS EL INGRESO DEL ANCIANO EN LA RESIDENCIA

TABLA VI: FASES DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN EMOCIONAL DE LA FAMILIA

TABLA VII: TERMINOLOGÍA ANGLOSAJONA DE LOS PROCESOS DE DUELO

TABLA VIII: VARIABLES QUE AFECTAN EN LA FORMA DE VIVIR EL DUELO

TABLA IX: REACCIONES ANTE EL DUELO

TABLA X: FACTORES INFLUYENTES EN EL DUELO

TABLA XI. ALGUNOS DE LOS SINTOMAS QUE PUEDEN ESTAR PRESENTES EN EL PROCESO DE DUELO

TABLA XII CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE AYUDA

TABLA XIII: LAS MOTIVACIONES DE LA ENFERMERIA SEGÚN LAS TEORICAS

TABLA XIV: DIFERENTES TIPOS DE PÉRDIDAS

TABLA XV: MODELOS PSICOLÓGICOS DE LOS PROCESOS DE DUELO

TABLA XVI: MODELO DE ELABORACIÓN DEL DUELO DE RANDO

TABLA XVII: DIFERENCIAS ENTRE DUELO NORMAL Y DEPRESIÓN

TABLA XVIII: MANIFESTACIONES DEL DUELO NORMAL

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA XIX: SINTOMAS DE DUELO COMPLICADO

TABLA XX: FASES DEL DUELO

TABLA XXI: DIFERENCIAS HISTORICAS DEL MEDIO RURAL

TABLA XXII: ANALISIS ESTRUCTURAL EN EL MEDIO RURAL ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO

TABLA XXIII: SIMILITUDES ENTRE FASES DEL DUELO E INSTITUCIONALIZACIÓN

TABLA XXIV. ANALISIS ESTRUCTURAL EN LA INSTITUCIÓN ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO

TABLA XXV: DIFERENCIAS DEPENDIENDO DE LA RELACIÓN CON EL FALLECIDO

TABLA XXVI: ESCENIFICACIÓN DEL DUELO

TABLA XXVII: MEDICALIZACION DE LA MUERTE

TABLA XXVIII: DIFERENTES ESTRUCTURAS SOCIALES ENTORNO A LA MUERTE Y EL DUELO

TABLA XXIX: ANALISIS ESTRUCTURAL ENTORNO A LA MUERTE Y DUELO

TABLA XXX: DIFERENCIAS DEPENDIENDO DEL FALLECIDO

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO IX: VALORACIÓN PARA RESIDENTES POR PATRONES

FUNCIONALES DE SALUD (Marjory Gordon) ENFOCADA EN EL DUELO

Nombre y apellidos_____

- Fecha_____
- Persona fallecida_____ Fecha defunción_____Edad del fallecido.
- Circunstancias del fallecimiento_____

1.- PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD-MANEJO DE SALUD

¿Cómo se encuentra de salud? **Buena Regular Mala**
¿Padece alguna enfermedad?
Sí ¿Se ha agravado tras el fallecimiento?_____
No
¿Realiza las actividades diarias que realizaba antes del fallecimiento?
Sí
No ¿Porque? _____
¿Toma alguna medicación nueva desde el fallecimiento?
Sí _____
No

2.- PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

¿Realiza todas las comidas? **Sí No**
¿Tiene apetito? **Sí No** ¿Toma Suplementos? **Sí No**
¿Cuánto líquidos bebe diariamente?
¿Ha habido pérdida/ganancia de peso desde el fallecimiento? **Sí No**
(cuantificar)_____
¿Tras la perdida, ha tenido vómitos? (cuantificar) _____
Piel y mucosas:
_____
_____
Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

¿Ha tenido algún tipo de trastorno digestivo, tras el fallecimiento?_____
Diarrea **No Sí** Frecuencia, características_____
Estreñimiento **No Sí** Uso de laxantes. **No Sí**_____
¿Ha tenido algún problema con la orina?_____

4.- PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

¿Realiza algún tipo de actividad física?
No Sí ¿Cual?_____
TA: _____ FC: _____ FR: _____
5.- PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

¿Duerme bien desde que se produjo el fallecimiento?
Sí □ **No** □ Horas sueño_____
¿Tiene problemas para conciliar el sueño? **Sí** □ **No** □¿Ayudas? **Sí** □ **No**□ Tipo:
_____
¿Tiene pesadillas? Sí □ No□

6.- PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL

¿Padece algún dolor? **No** □ **Sí** □ Descríbalo_____
¿Toma algún medicamento para el dolor?_____
Orientación_____
Alucinaciones_____

7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

¿Cómo se ve tras el fallecimiento?_____
¿Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo (desde que se produjo la perdida)? **Sí** □ **No** □_____
_____
¿Tiene episodio de ansiedad? **Sí** □ **No**□ _____

8.- PATRÓN ROL-RELACIONES

¿Cómo se entero de la noticia del fallecimiento?_____
¿Pudo despedirse de su familiar? **Sí** □ **No**□ _____
¿Viene su familia (en caso que exista) a visitarle?_____
¿Habla con alguien sobre la perdida que ha sufrido?_____
¿Ha vivido la perdida de algún compañero de la residencia?_____
¿Se encuentra solo frecuentemente? _____

9.- PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

¿Es viudo/a?_____

10.- PATRÓN DE ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo? **Sí** □ **No** □ ¿Cuándo está tenso, qué le ayuda? _____
¿Toma alguna medicación cuando esta tenso? **Sí** □ **No** □ _____
Si ha tenido duelos anteriores ¿Cómo lo afrontó?_____

11.- PATRÓN VALORES-CREENCIAS

¿La religión es importante en la vida? **Sí**□ **No**□
Si procede: ¿Le ayuda esto cuando surgen las dificultades? **Sí** □ **No** □
¿Cual es su religión?_____
¿Asiste a misa? Sí □ No □
¿Fue al funeral de la persona fallecida? Sí □ No □
¿Va al cementerio? Sí □ No □
¿Se ha puesto luto**?** No □ Sí □ Durante cuanto tiempo_____

12.- OTROS

¿Hay alguna otra cosa de la que no hayamos hablado y que quiera mencionar? **Sí**□ **No** □

_____

_____

ANEXO X: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN LA PERSONA MAYOR RELACIONADOS CON EL DUELO *(SEGÚN LA NANDA)*

PATRON	CODIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD-MANEJO DE SALUD	00078	Gestión ineficaz de la propia salud	Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.
PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO	00002	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
PATRÓN ELIMINACIÓN	00011	Estreñimiento	Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.
	00013	Diarrea	Eliminación de heces líquidas, no formadas
PATRÓN ACTIVIDAD -EJERCICIO	00085	Deterioro de la movilidad física	Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
	00097	Déficit de actividades recreativas	Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio
	00103	Déficit de autocuidado: alimentación	Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.
	00108	Déficit de autocuidado: vestido	Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.
	00109	Déficit de autocuidado: baño	Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene
	00110	Déficit de autocuidado: uso wc	Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de evacuación.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

PATRÓN SUEÑO-DESCANSO	00096	Deprivación de sueño	Períodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).
PATRÓN COGNITIVO -PERCEPTUAL	00132	Dolor agudo	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses
	00133	Dolor crónico	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.
	00122	Trastorno de la percepción sensorial	Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.
PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	00146	Ansiedad	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal se alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.
	00124	Desesperanza	Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.
	00120	Baja autoestima situacional	Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).
PATRÓN ROL-RELACIONES	0051	Deterioro de la comunicación verbal	Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

PATRÓN DE ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS	00069	Afrontamiento ineficaz	Incapacidad para formulas una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.
	00135	Duelo complicado	Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional.
	00136	Duelo	Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.
PATRÓN VALORES Y CREENCIAS	00066	Sufrimiento espiritual	Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO XI: PLAN DE CUIDADOS DIRIGIDO AL RESIDENTE DOLIENTE

FECHA INICIO FIRMA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	FECHA INICIO ACCION	ACCIONES PLANIFICADAS	M	T	N	FECHA CESE FIRMA
	0078 Gestión ineficaz de la propia salud ***Resultado esperado:* 1601 Conducta de cumplimiento**. 160101 Confianza en el personal sanitario sobre información recibida 160103 Comunica seguir la pauta prescrita Escala : *Nunca demostrado (1)Siempre demostrado (5)*1-2-3-4-5		**Acuerdo con el paciente**				
			Determinar con el paciente lo objetivos de los cuidados	X	X		
			Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir dichos objetivos	X	X		
	00002 **Desequilibrio nutricional por defecto:** ***Resultado esperado***: 1006 - **Peso: masa corporal** 100601 – Peso Escala: Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5) 1-2-3-4-5 1008 **Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos** 100801- Ingestión alimentaria oral Escala : Inadecuado(1) Completamente adecuado (5) 1-2-3-4-5		**Manejo de la nutrición**				
			Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales.	X	X		
			Comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico.	X	X		
			Pesar al paciente a intervalos adecuados	X	X		
			Manejo del peso				
			Determinar el peso corporal ideal del paciente	X			
			Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por debajo del peso	X	X		
	00013 – **Diarrea** **Resultado esperado** 0501 - **Eliminación intestinal** 050101 - Patrón de eliminación en el rango esperado (ERE), 0602 - **Hidratación** 060226 – Diarrea *Escala: Gravemente comprometido (1) nada comprometido (5)* 1-2-3-4-5		**Manejo de la diarrea**				
			Enseñar al paciente técnicas de control del estrés	X	X		
			Observar signos y síntomas de diarrea	X	X	X	
			Manejo de líquidos				
			Controlar la ingesta de alimentos / líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede	X	X	X	
			Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede	X	X	X	
			Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática),	X	X		
	00085 - **Deterioro de la movilidad física** **Resultado esperado** 0208 – **Movilidad** 020806 – Ambulación 020814 - Se mueve con facilidad *Gravemente comprometido (1) nada comprometido (5)* 1-2-3-4-5		**Terapia de ejercicios: ambulación**				
			Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.	X	X		
			Terapia de actividad				
			Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales	X	X		
			Prevención de caídas				
			Identificar déficits cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas	X	X	X	

	00011 – **Estreñimiento** ***Resultado esperado*** 0501 - **Eliminación intestinal** 050101 - Patrón de eliminación en el rango esperado (ERE), 050112 - Facilidad de eliminación de las heces, 050123 - Abuso de ayuda para eliminación, 1608 - **Control de síntomas** 160806 - Utiliza medias preventivas *Escala: Gravemente comprometido (1) nada comprometido (5)* 1-2-3-4-5		**Irrigación intestinal**		X		
			Manejo intestinal				
		.	Administrar supositorios de glicerina, si es necesario		X		
			Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color	X	X	X	
			Informar si hay disminución de sonidos intestinales	X	X	X	
			Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento o impactación	X	X	X	
			Manejo del estreñimiento / impactación				
			Administrar laxantes o enemas, si procede		X		
			Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario	X	X	X	
			Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.	X	X	X	
			Manejo de la nutrición				
			Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales.	X	X		
			Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento.	X	X		
			Comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico.	X	X		
			Manejo de la medicación				
			Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.	X	X	X	
			Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.	X	X	X	
			Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.	X	X	X	
	00097 - **Déficit de actividades recreativas** ***Resultado Esperado:*** 1604 - **Participación en actividades de ocio** 160412 - Elige actividades de ocio de interés *Escala: Nunca demostrado (1)Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5		**Terapia de actividad**				
			Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales	X	X		
			Observa la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad	X	X		
	00102 - **Déficit de autocuidado: alimentación** ***Resultado Esperado:*** 0300 - **Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)** 030001 – Come *Gravemente comprometido (1) nada comprometido (5)* 1-2-3-4-5		**Manejo de la nutrición**				
			Comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico.	X	X	X	
			Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales	X	X		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	00108 - **Déficit de autocuidado: baño/higiene** ***Resultado Esperado:*** **Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)** 0301 - **Autocuidados: baño** *Gravemente comprometido (1) nada comprometido (5)* 1 -2-3-4-5		**Ayuda con los autocuidados: baño/higiene**				
			Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede.	X			
			Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidado.	X	X		
	00109 - **Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento** ***Resultado Esperado:*** 0300 - **Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)** 030002 - Se viste, 0302 - **Autocuidados: vestir** 030201 - Escoge la ropa *Gravemente comprometido (1) nada comprometido (5)* 1-2-3-4-5		**Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal**				
			Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario	X	X	X	
			Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo	X	X	X	
	00110 - **Déficit de autocuidado: uso del WC** ***Resultado Esperado:*** 0300 - **Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)** 030003 - Uso del inodoro 0310 - **Autocuidados: uso del inodoro** 031005 - Se coloca en el inodoro o en el orinal *Gravemente comprometido (1) nada comprometido (5)* 1-2-3-4-5		**Ayuda con los autocuidados: aseo**				
			Ayudar al paciente en el aseo / cuña / cuña de fractura / orinal a intervalos especificados	X	X	X	
	00132 - **Dolor agudo** 1605 - **Control del dolor** ***Resultado Esperado:*** 160501 - Reconoce factores causales *Escala:* *Nunca demostrado (1)* *Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5		**Manejo del dolor**				
			Asegurar las estrategias de analgesia de penetración y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos	X	X	X	
			Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que facilite el alivio del dolor , si procede	X	X	X	
			Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.	X	X	X	
			Utilizar un enfoque multidisciplinar al manejo del dolor, cuando corresponda.	X	X		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	00096 - **Deprivación de sueño** ***Resultado Esperado:*** 0004 – **Sueño** 000403 - Patrón del sueño *Gravemente comprometido (1) nada comprometido (5)* 1-2-3-4-5		**Mejorar el sueño**				
			Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama), para favorecer el sueño			X	
			Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño / vigilia del paciente.	X	X	X	
			Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.	X	X	X	
			Enseñar la importancia de un sueño adecuado durante, las situaciones de estrés	X	X	X	
			Observar / registrar el esquema y números de horas de sueño del residente			X	
			Manejo de la medicación				
			Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.	X	X	X	
			Disminución de la ansiedad				
			Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos	X	X	X	
			Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos	X	X	X	
			Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.	X	X	X	
	00133 - **Dolor crónico** ***Resultado Esperado:*** 1208 - **Nivel de depresión** 120801 - Estado de ánimo deprimido 1306 - **Dolor: respuesta psicológica adversa** 130611 – Tristeza Escala: Grave (1) Ninguno (5) 1-2-3-4-5		**Escucha activa**				
			Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).	X	X	X	
			Favorecer la expresión de sentimientos	X	X	X	
			Apoyo emocional				
			Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.	X	X	X	
			Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.	X	X	X	
			Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena	X	X	X	
	00122 - **Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)** ***Resultado Esperado:*** 1403 - **Autocontrol del pensamiento distorsionado** 140301 - Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes *Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5		**Escucha activa**				
			Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).	X	X	X	
			Manejo de ideas ilusorias				
			Informar sobre, y administrar, la medicación prescrita, observando sus efectos terapéuticos y secundarios	X	X		
			Tranquilizar al paciente.	X	X	X	
			Vigilar estado psíquico del paciente	X	X	X	

	00120 - **Baja autoestima situacional** ***Resultado Esperado:*** 1305 - **Adaptación psicosocial: cambio de vida** 130507 - Expresiones de sentimientos permitidos Escala: *Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5		**Aumentar el afrontamiento**				
			Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.	X	X		
			Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.	X	X	X	
			Apoyo emocional				
			Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.	X	X	X	
			Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.	X	X	X	
			Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena	X	X	X	
	00124 – **Desesperanza** ***Resultado Esperado:*** 1201 – **Esperanza** 120102 - Expresión de confianza 1206 - **Deseo de vivir** 120602 - Expresión de esperanza Escala: *Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5		**Facilitar el duelo**				
			Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.	X	X		
			Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.	X	X	X	
			Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.	X	X	X	
			Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida.	X			
			Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores	X			
			Identificar la pérdida.	X			
	00146 - **Ansiedad** ***Resultado Esperado:*** 1211 - **Nivel de ansiedad** 121110 Explosiones de ira Escala: Grave (1) Ninguno (5) 1-2-3-4-5 1302 - **Afrontamiento de problemas** 130210 - Adopta conductas para reducir el estrés Escala: *Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5		**Disminución de la ansiedad**				
			Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.	X	X	X	
			Escuchar con atención	X	X	X	
			Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación	X	X	X	
	00135 - **Duelo complicado** ***Resultado Esperado:*** 1302 - **Afrontamiento de problemas** 130201 - Identifica patrones de superación eficaces 130204 - Refiere disminución del estrés Escala: *Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5		**Facilitar el duelo**				
			Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.	X	X		
			Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.	X	X	X	
			Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.	X	X	X	
			Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida.	X			
			Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores	X			
			Identificar la pérdida.	X			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	00136 – **Duelo** ***Resultado Esperado:*** 1302 - **Afrontamiento de problemas** 130201 - Identifica patrones de superación eficaces Escala: *Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5		**Facilitar el duelo**				
			Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.	X	X		
			Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.	X	X	X	
			Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.	X	X	X	
			Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida.	X			
			Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores	X			
			Identificar la pérdida.	X			
	00069 - **Afrontamiento inefectivo** *Resultado Esperado:* 1302 - **Afrontamiento de problemas** 130201 - Identifica patrones de superación eficaces 130204 - Refiere disminución del estrés Escala: *Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5		**Aumentar el afrontamiento**				
			Animar al paciente a desarrollar relaciones	X	X		
			Confrontar lo sentimientos ambivalentes del residente (enfado o depresión).	X	X		
			Reconocer la experiencia espiritual / cultural del paciente.	X	X		
			Asesoramiento				
			Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos	X	X		
			Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.	X	X		
			Expresar oralmente las discrepancias de los sentimientos y conducta del paciente	X	X		
			Favorecer la expresión de sentimientos	X	X		
	00051 - **Deterioro de la comunicación verbal** ***Resultado Esperado:*** 0902 – **Comunicación** 090207 - Dirige el mensaje de forma apropiada 090208 - Intercambia mensajes con los demás 0903 - **Comunicación: expresiva** 090304 - Utiliza la conversación con claridad Escala: Nunca comprometido (1) Gravemente comprometido (5)		**Escucha activa**				
			Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación	X	X		
			Establecer el propósito de la interacción	X	X		
			Estar atento a la propia actividad física en la comunicación de mensajes no verbales	X	X		
			Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.	X	X		
			Favorecer la expresión de sentimientos	X	X		
			Disminución de la ansiedad				
			Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.	X	X	X	
			Escuchar con atención	X	X	X	
			Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación	X	X	X	

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	00066 - **Sufrimiento Espiritual** ***Resultado Esperado:*** 1201 – **Esperanza** 120103 - Expresión de ganas de vivir 120111 - Demostración de entusiasmo por la vida Escala: *Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)* 1-2-3-4-5 2001 - **Salud espiritual** 200102 - Expresión de esperanza, 200111 - Participación en ritos y ceremonias espirituales, 200117 - Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias 200121 - Interacción con otros para compartir pensamientos, sentimientos y creencias *Escala: Gravemente comprometido (1) Nada comprometido (5)* 1-2-3-4-5		**Facilitar el duelo**				
			Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.	X	X		
			Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.	X	X	X	
			Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.	X	X	X	
			Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida.	X			
			Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores	X			
			Identificar la pérdida.				
			Apoyo espiritual				
			Escuchar atentamente la comunicación del paciente y desarrollar un sentido de oportunismo para la oración o rituales espirituales.	X	X		
			Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del paciente	X	X		
			Fomentar el uso de recursos espirituales, si lo desea	X	X		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Reunido el Tribunal que suscribe en el día de la fecha acordó otorgar, por a la Tesis Doctoral de Don/Dña. la calificación de .

Alicante de de

El Secretario,

El Presidente,

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

UNIVERSIDAD DE ALICANTE
CEDIP

La presente Tesis de D. _____ ha sido registrada con el nº _____ del registro de entrada correspondiente.

Alicante ___ de _____ de _____

El Encargado del Registro,