

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/15



Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería

Grado de enfermería

**Aspectos psicológicos de los cuidados de
enfermería en el paciente terminal. Duelo y
riesgo de suicidio.**

Autor: Mónica Álvarez Rodríguez

Tutor/a: José Luis Viaña Caballero

Resumen:

Todos los seres humanos vamos a sufrir pérdidas y a enfrentarnos al proceso de morir. Aunque teóricamente hablando forma parte del ciclo vital, como la reproducción, el crecimiento o una afección aguda, en la práctica y en nuestro país se produce un gran rechazo, ya que significa el fin de la existencia de un ser, dejar de ser. En algunas ocasiones se produce de forma brusca, pero en otras se convierte en un proceso de larga duración.

Los profesionales de enfermería en su día a día están continuamente enfrentándose a esta situación y tienen el deber pero también la oportunidad de prestar sus cuidados, compañía y ayuda cuando se encuentran ante un paciente que está pasando por esta difícil situación.

Este trabajo pretende ser una herramienta y guía útil para que los profesionales de enfermería actúen correctamente ante los aspectos psicológicos que afectan en el proceso terminal. Ya que he podido observar durante las prácticas hospitalarias que en algunos servicios por el ritmo de trabajo y la diversidad de pacientes que nos encontramos, los aspectos psicológicos del paciente terminal quedan en un segundo lugar. Esto lo hago desarrollando la metodología del Proceso de Atención Enfermera (PAE) que habría que llevar a cabo y completándolo con expresiones y actuaciones concretas y efectivas. Para así mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.

Palabras clave: PAE, aspectos psicológicos, paciente terminal, calidad de vida.

Índice de contenidos:

1. Introducción/Justificación.....	4
2. Objetivos.....	6
3. Desarrollo del tema.....	6
4. Implicaciones para la práctica.....	17
5. Conclusiones.....	17
6. Bibliografía.....	18
7. Anexos.....	19

Introducción/Justificación:

Actualmente en nuestra sociedad existe una amplia diversidad cultural, cada una de estas culturas tiene una serie de creencias sobre la salud y la enfermedad así como de la prevención y actuación ante ellas que todos los profesionales de enfermería deben conocer y tener siempre en cuenta. En algunas culturas los rezos, ritos y medicinas domésticas son recursos para calmar la ansiedad y proporcionan bienestar sobre el malestar propio ⁽¹⁾ También hay que tener en cuenta que cada individuo vive el proceso de morir de forma personal y subjetiva, al igual que la vida.

Es un proceso por el que pasan todos los seres humanos, inevitable y escapa a nuestro control. Estas 3 características hacen que en la sociedad occidental provoque miedo y angustia, y que el hombre aun siendo consciente de que forma parte del ciclo vital no quiera envejecer ni morir. Somos una sociedad Tanofóbica. Y en el caso del paciente terminal se encuentra ante una muerte inminente. ⁽²⁾

Los Criterios de situación de enfermo terminal según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) son los siguientes: ⁽³⁾

- Presencia de una enfermedad avanzada progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

El 5 de Mayo de 1991 el subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CCE definió Cuidados Paliativos son: ‘La asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y su familia’. ⁽⁴⁾

Por lo tanto, estamos hablando de una situación en la que el fin que buscamos ya no es la curación sino el confort y la mejor calidad de vida posible, siendo el cuidado el medio para conseguirlo y la razón de ser de la enfermería. El equipo terapéutico será el principal apoyo de los pacientes y sus familias. Dentro de este, los profesionales de enfermería son los brazos ejecutores de los cuidados cotidianos, respetando siempre la autonomía del paciente. Y son también el personal sanitario que más tiempo pasa con el paciente, de ahí la importancia de un buen manejo de los aspectos psicológicos por parte de estos.

Por otro lado, la incidencia actual del cáncer sigue en aumento significativa y preocupantemente. Es la principal enfermedad que provoca situación de terminalidad (aunque no la única) y la segunda causa de muerte en nuestro país. Los datos de Incidencia del cáncer en España en 2012 eran de 215.534 casos (considerando una población de 46.771.000). 2/3 de los pacientes mayores de 65 años lo padecen. La predicción para 2015 es que vaya en aumento. El crecimiento de la población y su envejecimiento explicarían fundamentalmente este incremento.
(5)

En cuanto a recursos en atención en cuidados paliativos en España, el 14 de Marzo de 2007 en el marco del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud se aprobó la “Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud” cuyo objetivo principal es la mejora de la calidad de la atención a estos pacientes y sus familias con equipos específicos, promoviendo compromisos viables por parte de las CC.AA para contribuir a la homogeneidad de la atención. Todas las CC.AA excepto Ceuta y Melilla tienen algún tipo de plan o programa de cuidados paliativos. En algunas de ellas se desarrollado también programas de formación (Cataluña, Madrid, Galicia y Extremadura).

Paralelamente se creó “Programa para la Atención integral de las personas en situación de enfermedad avanzada y sus familias” de la Fundación Obra social de la Caixa. Implemento en 2008 con 30 equipos en las 17 comunidades autónomas centrándose en el soporte emocional social y espiritual, atención al duelo.

Aunque existen programas el crecimiento de la utilización de planes de cuidados paliativos no es directamente proporcional a las necesidades. En concreto, en los aspectos relacionados con la atención psicosocial y espiritual y hay pocos profesionales formados en ello. La actualización de

la “Estrategia en Cuidados Paliativos del sistema Nacional de Salud, 2010-2014” establece una cobertura apropiada de cuidados paliativos por parte de los equipos específicos del 60% para pacientes oncológicos y del 30% para pacientes no oncológicos. ⁽⁴⁾

Existe una baja implementación de programas relacionados con aspectos de atención psicosocial y espiritual y pocos profesionales especialistas dedicados a ellos ⁽⁴⁾ por lo que todos los profesionales de enfermería deben mejorar su formación en los siguientes aspectos : la identificación de los pacientes avanzados y/o en situación del final de la vida y en qué etapa del proceso se encuentran, sus necesidades de atención, intervenciones que se pueden realizar para mejorar su calidad de vida, la promoción de la autonomía en la toma de decisiones y la mejora de la gestión y coordinación del caso ⁽¹⁾

Objetivos:

General: Proporcionar a los profesionales de enfermería habilidades para mejorar la atención del paciente en situación terminal y su familia, en el entorno hospitalario, mejorando a su vez la calidad de vida de estos.

Específicos:

- Aprender a detectar el impacto que produce la situación de cuidado paliativo en el paciente y la familia.
- Proponer un modelo de atención de los aspectos psicológicos en el paciente terminal en relación al duelo y al riesgo de suicidio.
- Sugerir intervenciones eficaces y apropiadas para los diagnósticos de enfermería propuestos.

Desarrollo del tema:

El Proceso de Atención Enfermera es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. El objetivo es identificar el estado de salud del paciente, familia o comunidad, y establecer un plan de cuidados con intervenciones que solucionen sus problemas. Está organizado en 5 pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación y

persigue mejorar la calidad de la atención, la continuidad de esta y que el paciente participe en su propio cuidado. ⁽¹⁾

Es una metodología cuyos conceptos centrales incluyen: análisis, toma de decisiones y resolución de problemas y que suponen un apoyo inestimable para las familias que sufren una pérdida. ⁽⁴⁾

La valoración del paciente terminal consiste en la recopilación de datos sobre el estado de salud para poder identificar los problemas o necesidades. Cuanto mejor sea la valoración, más información obtendremos y mejor será la atención y los cuidados. Por lo tanto debemos hacer una valoración integral y completa del individuo, la familia y el entorno cultural de este.

Los datos obtenidos pueden venir del paciente y entorno, profesionales sanitarios, historia clínica, observación y la entrevista o diálogo (centrándonos en la dimensión psicológica).

El punto fuerte de la entrevista es que nos servirá para establecer la relación terapéutica. Y reforzar la empatía, confianza, autonomía y esperanza. Normalmente es un encuentro cara a cara que se producirá por primera vez en el momento del ingreso, en sucesivas visitas a la habitación, cuando estén los familiares o incluso llamadas telefónicas. Algunas sugerencias para que la comunicación sea efectiva son: utilizar el contacto visual y la postura corporal incluso ante preguntas de difícil respuesta, pedirle más aclaraciones de lo que no se está seguro y proponerle alternativas para solucionar los problemas. ⁽¹⁾

Uno de los métodos para organizar la información son los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Los aspectos psicológicos que afectan a los pacientes en situación terminal se verán incluidos dentro de los patrones de: Patrón de Autopercepción/Autoconcepto y el Patrón Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

- Para valorar el Patrón de Autopercepción/Autoconcepto podemos realizar las siguientes preguntas: ⁽¹⁾
 - Su estado emocional actual y habitual.
 - Si tiene interés por realizar nuevos proyectos de vida.
 - Que cosas le hacen sentir bien y mal habitualmente.

- Si se siente a gusto con su imagen corporal.
 - Como se en relación con otras personas.
 - Si hay actividades que no pueda realizar tan bien como antes.
 - Si se siente útil y preparado.
 - Sobre la desesperanza.
 - Ideas suicidas o auto lesivas.
- Para valorar el patrón de afrontamiento/ tolerancia al estrés podemos realizar las siguientes preguntas: ⁽¹⁾
 - Si esta tenso, nervioso o preocupado y porqué. Que describa su estado emocional.
 - Cual suele ser su reacción ante los problemas.
 - Situaciones del pasado que le produzcan malestar.
 - Si sabe qué tiene que hacer y cómo actuar ante la situación y si se ve capaz y con fuerzas.
 - Si cree que necesita ayuda.
 - Si el estrés perturba la eficacia de sus actos y su vida diaria.
 - Con quien puede compartir sus problemas y quién es la persona idónea para ello.
 - Si tiene algún truco para calmar la ansiedad.

La observación consiste en mirar, inspeccionar con el fin de obtener información y es un excelente método en salud mental a lo largo de todo el proceso. Debemos examinar su cuerpo, su apariencia física y su conducta en reiteradas ocasiones. Si cuida su imagen corporal, la expresión facial y la entonación. También si el lenguaje verbal concuerda con la conducta y si coopera o se muestra hostil. ⁽¹⁾

Los test y cuestionarios sirven para obtener información muy concreta sobre un tipo de conducta y los resultados se compran con medidas estándar. Como por ejemplo, las escalas para medir la ansiedad y la depresión de Zung. ^(Anexo 1 y 2)

De todos los diagnósticos NANDA relacionados con los aspectos psicológicos del paciente terminal me voy a centrar en el duelo como situación normal y patológica y en el riesgo de suicidio.

Duelo:

El duelo según Alba Payás es: 'Respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, y como tal, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse. La expresión del duelo incluye reacciones, que muy a menudo se parecen a aquellas que acompañan a trastornos físicos, mentales o emocionales. Es importante ser muy cauteloso en la interpretación de ciertas expresiones de duelo que pueden parecer patológicas y ser, en realidad, manifestaciones totalmente naturales y apropiadas, dadas las circunstancias particulares de la pérdida.'⁽⁶⁾

El duelo lo pasan los familiares por la pérdida de su ser querido, pero también el paciente ya que pierde progresivamente sus funciones vitales.

Las manifestaciones del duelo normal descritas W. Worden son: ⁽⁷⁾

- Sentimientos: tristeza, angustia, apatía, enfado, ira, culpa, soledad, abandono, impotencia, insensibilidad, extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.
- Cogniciones: incredulidad, confusión, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, sentido de presencia, alucinaciones visuales y/o auditivas, dificultades de atención, concentración y memoria, distorsiones cognitivas.
- Sensaciones físicas: vacío en el estómago y/o boca seca, opresión en tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones, hipersensibilidad al ruido, sentido de despersonalización, falta de energía/debilidad.
- Conductas: alteraciones del sueño y/o la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, llorar y/o suspirar, llevar o atesorar objetos, visitar lugares que frecuentaba el fallecido, llamar y/o hablar del difunto o con él, hiper-hipo actividad, evitar recordatorios del fallecido.

Manifestaciones de duelo patológico: ⁽⁸⁾

- Expresar las manifestaciones de un duelo normal durante un largo periodo de tiempo. El tiempo que se considera normal para el duelo varía entre los 6 meses y los 2 años, dependiendo de la relación que se tuviese con el fallecido.
- Culpabilidad por haber hecho o no las cosas bien, reproches a sí mismo.
- Desinterés por la vida y por el futuro.
- No expresar pena (duelo represivo).
- Pensamientos de muerte.
- Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- Enlentecimiento psicomotor acusado.
- Incapacidad para recomenzar la vida en un nuevo marco en el que no está el fallecido.
- Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.
- Deterioro funcional.
- Abandono de la imagen personal.
- Aislamiento social.
- Consumo excesivo de drogas o alcohol.

Diagnóstico de enfermería: Duelo complicado (NANDA) ⁽⁹⁾

Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

00135 Duelo complicado	
Características definitorias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución en el desempeño de los roles vitales ▪ Reducción de la sensación de bienestar ▪ Depresión ▪ Somatización de síntomas de la persona fallecida ▪ Fatiga ▪ Evitación del duelo ▪ Añoranza de la persona fallecida ▪ Bajos niveles de intimidad ▪ Sufrimiento emocional persistente ▪ Preocupación con pensamiento de la persona fallecida ▪ Expresa ansiedad ▪ Expresa sentimientos de pena sobre la persona fallecida ▪ Expresa sentirse aturdido ▪ Expresa sentirse vacío ▪ Expresa sentirse en el estado de shock ▪ Expresa sentirse anonadado ▪ Expresa sentimientos de ira ▪ Expresa sentimientos de desvinculación de los demás ▪ Expresa sentimientos de incredulidad ▪ Expresa sentimientos de desconfianza ▪ Expresa falta de aceptación de la muerte ▪ Expresa persistencia de recuerdos dolorosos ▪ Expresa auto culpabilidad ▪ Cavilación ▪ Búsqueda de la persona fallecida ▪ Autoculpabilización ▪ Sufrimiento por separación ▪ Sufrimiento traumático ▪ Añoranza
Factores de relacionados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muerte de una persona significativa ▪ Inestabilidad emocional

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de apoyo social
--	---

Las vivencias pasadas de la persona, duelos anteriores, estabilidad emocional y los apoyos influirán directamente en cómo va a vivir el duelo.

Tabla 1. Plan de cuidados estandarizado: Duelo complicado ^(10, 11)	
00135 Duelo complicado	
Criterios de resultados NOC	Intervenciones NIC
1304 Resolución de la aflicción	5270 Apoyo emocional
1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida	5290 Facilitar el duelo
1302 Superación de los problemas	4920 Escucha activa
2600 Superación de los problemas dela familia	5230 Aumentar el afrontamiento
	5420 Apoyo espiritual
	5240 Asesoramiento
	5440 Aumentar los sistemas de apoyo
	7100 Estimulación de la integridad familiar
	8020 Reunión para el control sobre cuidados
	8100 Derivación
	5310 Dar esperanza
	5820 Disminución de la ansiedad
	7140 Apoyo a la familia
	7040 Apoyo al cuidador principal
	7140 Apoyo a la familia
	5240 Asesoramiento
	5230 Aumentar el afrontamiento
	5290 Facilitar el duelo
	5420 Apoyo espiritual
	5440 Aumentar los sistemas de apoyo
	7100 Estimulación de la integridad familiar

Propongo una serie de actuaciones que ayudarían a llevar a cabo las intervenciones NIC para facilitar el duelo del paciente y de la familia:

- Comenzar de forma temprana para así prevenir el duelo complicado llegado el momento con el paciente y con la familia.
- Ayudar a hacer real la situación, utilizando un lenguaje evocador, verdadero y sincero pero dándole ánimos para vivir el momento de la mejor manera posible.
- Facilitar el desahogo emocional, siendo empático, respetuoso, aceptando sus creencias y decisiones. La comunicación tiene que estar presente durante todo el proceso y no hay que tener miedo a preguntar. Hay que aceptar que lloren.
- Fomentar los cambios emocionales haciendo que se centre en vivir el día a día y cambiar el futuro y el presente y no el pasado que no se puede cambiar.
- Evitar el aislamiento y la soledad, aunque se tenga ganas, porque fomenta la ansiedad, el miedo y no facilita avanzar. Fomentando que se apunte a nuevas actividades, que amplíe su círculo social.
- Fomentar que cultiven la amistad y las relaciones familiares, mostrarles que encuentran alivio en las actividades cotidianas compartidas.
- Adoptar medidas de autoprotección como evitar tomar decisiones importantes durante la aflicción, prever los días del calendario emocional para que este acompañado.
- Saber utilizar los grupos de autoayuda y aprovechar el testimonio de supervivientes favorecen la aceptación al permitir relacionarse con personas que han experimentado dificultades semejantes.
- Preservar la dignidad e intimidad.
- Técnicas de relajación.
- Mostrar actitud hospitalaria.
- Generar confianza en el tratamiento y los profesionales.
- Utilizar la mejor sonrisa ya que tiene gran impacto emocional.
- Fomentar la lectura y la pintura como método de distracción y relajación.

No se puede decir que el duelo se mantiene un tiempo determinado porque su duración es muy variable, como he mencionado anteriormente. Aun así podemos considerar que los dos primeros años suelen ser los más duros, luego se experimenta un descenso progresivo del malestar emocional. Cada persona tiene su propio ritmo y tiempo de adaptación a la nueva situación.

Existen dos signos que indican que la persona está recuperándose de una pérdida. La capacidad de recordar y de hablar de la persona amada sin llorar ni desconcentrarse y la capacidad de establecer nuevas relaciones y de aceptar los retos de la vida.

Riesgo de suicidio:

El término suicidio puede considerarse una conducta voluntaria e intencionada que atenta contra la propia vida. ⁽¹⁾ El paciente en situación terminal, está altamente deprimido, tiene mucho dolor físico y sufrimiento psíquico, por lo que presenta alto grado suicida. Padecen depresión entre un 15 y un 25% de los pacientes con cáncer. ⁽¹²⁾

Diagnóstico de enfermería NANDA: Riesgo de suicidio ⁽⁹⁾

Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición: Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.

Factores de riesgo:

Conductuales:

- Historia de intentos previos de suicidio.
- Compra de un arma de fuego.
- Acumulo de medicinas.
- Hacer testamento o cambiarlo.
- Súbita recuperación eufórica de una depresión grave.

Verbales:

- Amenazas de matarse.
- Expresión de deseos de morir.

Situacionales:

- Vivir solo.
- Inestabilidad económica.
- Falta de autonomía o independencia.

Psicológicos:

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Malos tratos en la infancia.
- Uso o abuso de sustancias.
- Joven homosexual.

Demográficos:

- Edad: Ancianidad, varones adultos jóvenes y adolescentes.
- Sexo: Varón.
- Divorcio, viudedad.

Físicos:

- Enfermedad Física
- Enfermedad terminal

Sociales:

- Soledad.
- Desesperanza.
- Impotencia.
- Suicidios en grupo.
- Alteración de la vida familiar.
- Duelo y aflicción.

Plan de cuidados Riesgo de suicidio ^(10, 11)	
00150 Riesgo de suicidio	
Objetivos NOC	Intervenciones NIC
1408 Autocontrol del impulso suicida 1208 Nivel de depresión	4420 Acuerdo con el paciente 5330 Control del humor 6160 Intervención en caso de crisis 6340 Prevención del suicidio

Las siguientes actividades pueden ser útiles para llevar a cabo las intervenciones NIC y prevenir el riesgo de suicidio:

- Determinar junto con el paciente objetivos en términos positivos realistas y alcanzables y la mejor forma de llegar a ellos.
- Fomentar en ambiente de apoyo.
- Salvaguardarlo a él y su entorno de lesiones físicas (que no tenga cordones de zapatos, tijeras). Vigilarlo especialmente al amanecer y atardecer porque es cuando más suicidios se producen. Mantener las ventanas cerradas.
- Favorecer la expresión de sentimientos
- Determinar el grado de riesgo de suicidio y si el paciente dispone de medios para ello.
- Preguntar a la persona como se encuentra y según sea la respuesta una vez más a lo largo del día. Sin agobiarle.
- Hacer de sus pequeños logros algo importante
- Abstenerse de críticas negativas. Decirle con suavidad que habría sido mejor tomar otra decisión, pero nunca criticando su conducta.
- Vigilancia intensiva. Visitas continuas a la habitación.
- Ayudarle a desarrollar una perspectiva positiva.
- Revisar logros y experiencias pasada positivas que la persona resolvió de forma adecuada.

Implicaciones para la práctica:

El proceso de atención enfermera es un buen método para la unificación de los cuidados de enfermería y garantizar la continuidad de estos, ayudándose de las intervenciones de enfermería (NIC), informándose y desarrollándolas los profesionales de enfermería sabrán cómo actuar en cada situación. Desde lo que he podido observar y aprender en las prácticas hospitalarias propongo unas actuaciones concretas sobre cómo dar apoyo emocional, reducir la ansiedad y proporcionar un ambiente seguro que mejoraran el afrontamiento, evitaran el duelo patológico y evitaran tentativas de suicidio en el entorno hospitalario que completan a las intervenciones NIC.

Conclusión:

El paciente terminal se encuentra en la situación más difícil de su vida. Los enfermeros, por la cantidad de horas que pasamos junto a él, por nuestra formación, capacidades y por nuestra condición de prestar cuidado y atención, tenemos la gran oportunidad de ser su ayuda, su sostén y su impulso en estos últimos momentos y el privilegio crecer profesional y personalmente juntos a ellos, cuidándoles.

Bibliografía:

1. Fornés. Enfermería en Salud mental y psiquiátrica: Valoración y cuidados. 2ª ed. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2012.
2. Miguez Burgos A, Muñoz Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. Enfermería Global [Internet] Junio 2009. N° 16. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66321>
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL [Internet] Madrid; 2014. Disponible en: <http://www.secpal.com/>
4. Martínez Cruz Mª Belén, Monleón Just Manuela, Carretero Lanchas Yedra, Baquero García Merino Mª Teresa. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Madrid: Elsevier; 2012.
5. Sociedad Española de Oncología médica. SEOM [Internet] Madrid; 2014. Disponible a: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104582-el-cancer-en-espana-2014>
6. Gil B, Bellver A, Ballester Arnal R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Revista de Psicooncología: Investigación clínica biopsicosocial en oncología. [Internet] 2008; 5 (1): 103-116. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A>
7. Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. 1997
8. Echeburúa E, Herrán Bolx A. ¿Cuándo el duelo es patológico y como hay que tratarlo? Análisis y modificación de la conducta [Internet] 2012; 33(147):32-50 Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5804/Cuando_el_duelo_es_patologico_o.pdf?sequence=2
9. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Diagnósticos y clasificación. Editorial Hispanoamericana. Elsevier. 2012-2014
10. Gloria M. Bulechek, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Ph.D., Joanne McCloskey Dochterman. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ªed. Elsevier, 2006.
11. Instituto Nacional del Cáncer. NIH. [Internet] EE.UU; 2014. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pdq>

Anexo 1: Escala de autoevaluación de Zung para la depresión.

Muy pocas veces=1 punto, algunas veces=2puntos, muchas veces=3puntos,

mayoría de las veces=4puntos.

<i>Señale una respuesta en cada uno</i>	<i>PUNTOS</i>
1. Me siento desanimado, abatido y triste	
2. Por la mañana es cuando mejor me siento	
3. Tengo ataques de llanto o deseo llorar	
4. Tengo problemas de sueño durante la noche	
5. Como igual que antes	
6. Disfruto al mirar/conversar y estar con hombre y mujeres atractivos	
7. Noto que estoy perdiendo peso	
8. Tengo problemas de estreñimiento	
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado	
10. Me canso sin motivo	
11. Mi mente esta tan despejada como siempre	
12. Me resulta fácil hacer lo que solía hacer	
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro	
15. Me siento más irritable que habitualmente.	
16. Encuentro fácil tomar decisiones	
17. Me creo útil y necesario para la gente	
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera	
20. Me gustan las mismas cosas que normalmente me agradan.	
TOTAL PUNTOS	

Criterios de validación según Zung (1965)		
Diag. De los grupos de validación	S.D.S medio sing.	Rango
Controles normales	33	25-43
Deprimidos hospitalizados	74	63-90
Deprimidos ambulatorios	64	50-78
Reacciones de ansiedad	53	40-68
Reacciones situacionales transitorias	53	38-68

Anexo 2: Escala para medir la ansiedad de Zung.

<i>Señale una respuesta en cada uno</i>	<i>PUNTOS</i>
1. Me siento más nervioso y ansioso de lo normal.	
2. Siento miedo sin ver razón para ello	
3. Me enfado con facilidad	
4. Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar.	
5. Siento que todo me va bien	
6. Los brazos y las piernas me tiemblan	
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda.	
8. Me siento débil y me canso con facilidad.	
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente.	
10. Siento que mi corazón late con rapidez.	
11. Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento	
12. Tengo periodos de desmayo o algo así.	
13. Puedo respirar bien, con facilidad.	
14. Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies.	
15. Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones.	
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia	
17. Mis manos las siento secas y cálidas	
18. Siento que mi cara enrojece, me ruborizo	
19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien	
20. Tengo pesadillas.	
TOTAL	