
Trabajo Fin de Grado

El duelo en el paciente oncológico.

Riju Míriam Cerdà Carreras



Aquest treball està subjecte a la llicència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este trabajo está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This end of degree project is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



TRABAJO DE FIN DE GRADO

EL duelo en el paciente oncológico

Grado en Enfermería

Autor: Riju Míriam CERDÀ CARRERAS
Tutor: Ana Gabriela ABREU FIGUEROA
Fecha de presentación: 04/05/2020

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta,
fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat
Internacional de Catalunya”**

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi familia y a mi pareja por el apoyo que me han dado durante esta etapa de mi vida, por ayudarme a cumplir mis metas y a nunca perder la esperanza.

Gracias también, a mi tutora Anna Gabriela por su apoyo y dedicación durante la elaboración de este trabajo.

Y a todos los profesores y tutores de la UIC, sin ellos no podría ser lo que soy ahora, gracias por haber compartido su conocimiento durante estos cuatro años y haber transmitido el amor y vocación de esta profesión.

ÍNDICE

I. RESUMEN	1
II. ABSTRACT	3
III. ÍNDICE DE TABLAS	5
IV. ABREVIATURAS	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	7
4. METODOLOGÍA	8
4.1 Criterios de inclusión	8
4.2 Criterios de exclusión	8
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	9
6. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA	9
6.1 El duelo	25
6.2 Tipos de duelo	25
6.3 El duelo en el paciente oncológico	25
6.4 Las pérdidas durante el duelo en el paciente oncológico	26
6.5 El duelo en familiares y cuidadores	27
6.6 El rol enfermero	29
7. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	30
8. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN	31
9. CONCLUSIONES	31
10. REFLEXIÓN PERSONAL	32
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
VI. ANEXOS	36
Anexo 1: Cronograma	36
Anexo 2: Búsqueda en base de datos PubMed	37
Anexo 3: Búsqueda en base de datos CINAHL	38
Anexo 4: Diagrama de flujo	39

I. RESUMEN

Introducción

El duelo es un tema de considerable importancia en el abordaje de los pacientes al final de la vida para los profesionales de la salud que intervienen en los cuidados de este tipo de pacientes. Se ha definido como un proceso de adaptación que la persona transcurre para sobrellevar esta pérdida. Las características del paciente oncológico y algunos factores de riesgo suelen ser características que propician que se desarrolle un duelo patológico.

También es importante destacar las intervenciones del profesional de salud para abordar a estos pacientes, aunque a veces los profesionales de enfermería no disponen de las suficientes estrategias comunicativas y habilidades para prestar una mejor atención.

Objetivo

Analizar la literatura sobre el duelo en el paciente oncológico, los factores de riesgo a desarrollar un duelo complicado y sus características, también analizar las estrategias comunicativas para proporcionar una correcta atención por parte del profesional de salud.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura en diferentes bases de datos. Se obtuvieron un total de 2323 artículos, de los cuales 23 se incluyeron en este trabajo.

Resultados

El duelo es un proceso que aparece tras una pérdida para poder sobrellevar la pena de la separación de un familiar. Es una transición angustiante que afecta a la persona en algún momento de su vida en el que existen factores positivos y negativos que pueden llevar a desarrollar a una aflicción complicada en la que la persona sufre unas pérdidas. La necesidad del manejar estos síntomas, lleva al profesional de salud a recurrir a estrategias y comunicación eficaz para conseguir el bienestar física y emocional que se necesita.

Conclusiones

Es importante conocer el término de duelo en su totalidad y sus factores de riesgo para prevenir frente un duelo complicado. A la vez, estrategias, habilidades y una comunicación eficaz resulta crucial para una correcta elaboración de un plan de cuidados para poder prestar una atención y cuidados adecuados.

Palabras clave: grief, mourning, bereavement, cancer patients, oncology patients

II. ABSTRACT

Introduction

Bereavement is a matter of considerable importance in addressing end-of-life patients for health professionals involved in the care of such patients. It has been defined as a process of adaptation that the person goes through to cope with this loss. The characteristics of the cancer patient and some risk factors are usually characteristics that lead to pathological bereavement. It is also important to highlight the interventions of the health care professional to address these patients, although sometimes nursing professionals do not have sufficient communication strategies and skills to provide better care.

Aim

Analyzing the literature on bereavement in the cancer patient, the risk factors to develop a complicated bereavement and its characteristics, also analyze the communication strategies to provide correct care by the health professional.

Methodology

A review of the literature was carried out in different databases. A total of 2323 articles were obtained, of which 23 were included in this work.

Results

Grief is a process that appears after a loss to cope with the penalty of separation of a family member. It is a distressing transition that affects the person at some point in their life when there are positive and negative factors that can lead to a complicated affliction in which the person suffers losses. The need to manage these symptoms leads the health care professional to resort to effective strategies and communication to achieve the physical and emotional well-being that is needed.

Conclusions

It is important to know the complete mourning term and its risk factors to prevent a complicated duel. At the same time, strategies, skills and effective communication is

crucial for the proper development of a care plan to be able to provide adequate care and care.

Keywords: Grief, mourning, bereavement, cancer patients, oncology patients

III. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Análisis de los artículos seleccionados -----10

IV. ABREVIATURAS

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª Edición

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición

Cfr: confróntese

Et al: y otros

TFG: Trabajo final de grado

UIC: Universidad Internacional de Cataluña

1. INTRODUCCIÓN

El duelo ha sido y es tema de estudio de diferentes autores, pero en especial destacamos a Elisabeth Kübler-Ross como un referente en este ámbito y en pacientes en final de la vida.

“La muerte no es más que una transición de esta vida a otra existencia donde no hay dolor ni angustia, tener conocimiento de ello me ayuda, en mis propias pérdidas y duelos” (1) con esta frase Elisabeth Kübler-Ross nos transmite la importancia de conocer la muerte y lo que este proceso implica para el paciente y sus familiares y también para los profesionales que acompañan este proceso.

El duelo se ha definido de muchas maneras, según el SEOM es un proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte de un ser querido (2).

Durante el proceso de duelo el doliente atraviesa distintas etapas, Elisabeth Kübler-Ross definió 5 etapas en el duelo (1). Es importante tener en cuenta que no todas las personas que pasan por un duelo transitan por todas las fases ni en el mismo orden.

Estas fases son:

NEGACIÓN: puede implicar negar la existencia de la enfermedad, en esta etapa las personas pueden quedar paralizadas o refugiarse en la insensibilidad, la finalidad psíquica de esta etapa es ayudar a sobrellevar la pérdida. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar lo que podamos soportar en su justa medida para cada individuo. El hecho de permitir aflorar sentimientos negados ayuda a superar esta etapa (1).

IRA: se manifiesta de muchas maneras, dirigida a un ser querido o nosotros mismos, es una fase necesaria del proceso de duelo. Como en la etapa anterior permitir el enfado favorece la superación de esta etapa (1).

NEGOCIACIÓN: puede adoptar la forma de una tregua o de pacto temporal, a veces va acompañada de culpa, el pacto es la manera que encuentra el psiquismo para librarse del dolor (1).

DEPRESIÓN: la atención se dirige al paciente, aparece la sensación de vacío y el duelo pasa a un nivel más profundo, es la respuesta adecuada a una pérdida, es un recurso de la naturaleza para protegernos, bloquea el sistema nervioso para que podamos adaptarnos a lo que sentimos y no podemos superar (1).

ACEPTACIÓN: en esta etapa se acepta la realidad, aprendemos a vivir con ella. La aceptación se refleja en las acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse (1).

Es importante conocer el duelo y como saber tratarlo porque este puede evolucionar en duelo normal donde la mayoría las personas se sobreponen a la pérdida y lo afrontan de forma efectiva o un duelo complicado, en el que se desarrolla una reacción de inadecuada adaptación a la pérdida, que puede manifestarse como un trastorno produciéndose un duelo prolongado con depresión, ansiedad o deterioro en la salud física.

2. JUSTIFICACIÓN

El objetivo de este estudio es conocer el duelo en su término, como afecta al paciente oncológico y a sus familiares y como se puede abordar desde el rol de la enfermera.

Las particularidades que adquiere el duelo en los pacientes oncológicos y sus familias justifican analizar la literatura científica sobre el tema para poder alcanzar una comprensión mayor de este y encontrar herramientas que favorezcan el bienestar del paciente y sus familias, así como la labor de las enfermeras.

3. OBJETIVOS

Se plantearán y desarrollarán los siguientes objetivos principales:

- Conocer en qué consiste el proceso de duelo y sus etapas.
- Determinar las características del duelo en el paciente oncológico.
- Determinar que pérdidas puede experimentar el paciente oncológico.
- Conocer los factores del riesgo que pueden propiciar que se desarrolle un duelo complicado y qué factores diferencian a este último con el duelo normal

- Conocer las estrategias comunicativas y manejo del duelo para proporcionar un bienestar emocional al paciente y el autocuidado de los profesionales de enfermería.

4. METODOLOGÍA

Este trabajo empezó a realizarse en octubre de 2019 y finalizó en mayo de 2020. (Cfr. Anexo 1)

Se realizó una revisión de la literatura sobre el tema en distintas bases de datos: PubMed y CINAHL. No fue posible acceder a PyscINFO ni a Web of Science.

Para la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave y booleanos:

- **Palabras clave:** grief, mourning, bereavement, cancer patients, oncology patients
- **Booleanos:** “AND”, “OR”

Tras distintas búsquedas (Cfr. Anexo 2, Anexo 3) se optó por: **grief AND ("cancer patients") OR "oncology patients** en ambas bases de datos (Cinahl y Pubmed) y filtrando el año de los resultados a 5 años obteniendo 2110 y 610 resultados respectivamente, tras dos selecciones una por título y otra por contenido finalmente se incluyeron en el trabajo 23 artículos. (Cfr. Anexo 2)

Los criterios para realizar la selección de los artículos fueron los siguientes:

4.1. Criterios de inclusión:

- Estudios referidos al concepto de duelo
- Estudios referidos a la práctica enfermera
- Estudios experimentales sobre el cuidador
- Estudios que incluyan vivencias del duelo

4.2 Criterios de exclusión:

- Estudios realizados en pacientes pediátricos
- Estudios referidos a técnicas concretas
- Estudios experimentales de tratamiento específicos

- Estudios referidos a la calidad de los servicios
- Estudios referidos a nutrición
- Estudios referidos a cultura y creencias
- Estudios experimentales de tipos específicos de cáncer

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los artículos seleccionados para la revisión bibliográfica han pasado por comités éticos para evaluar la revisión del estudio por lo que no se ha necesitado recurrir a un comité de ética, también todos los artículos utilizados han sido referenciados correctamente para evitar el plagio. No existen conflictos de interés.

6. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Para la revisión de la misma se elaboró una tabla (Tabla 1) para agrupar toda la información del marco teórico:

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
1. Evaluation of coping as a mediator of the relationship between stressful life events and cancer-related distress.	Langford, D Cooper B Paul S Humphreys J Keagy C Conley Y Hammer M Levine J Wright F Melisko M Miaskowski C Dunn L	2017	Estudio longitudinal	Determinar la prevalencia y el impacto de por vida entre pacientes que reciben quimioterapia y examinar la relación entre la angustia relacionada con el cáncer y el papel mediador.	Questionarios demográficos	1486 pacientes	Questionario	La relación entre más LES y angustia más grave relacionada con el cáncer estuvo completamente mediada por el enfrentamiento de desconexión. El enfrentamiento de compromiso no medió esta relación.	El afrontamiento de la desconexión, incluida la desconexión conductual, la evitación y la negación, debe estar dirigido a mitigar la angustia relacionada con el cáncer.
2. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis.	Geng H Chuang D Yang F Yang Y Liu W Liu L Tian H	2018	Revisión de la literatura	Estimar la prevalencia de depresión en los cuidadores de pacientes con cáncer e identificar los factores que afectan la depresión y la calidad de vida de los cuidadores.	Revisión de la literatura	Pacientes oncológicos		Se encuentra una prevalencia considerablemente alta de depresión en los cuidadores de pacientes con cáncer. Varios factores pueden afectar la depresión y su calidad de vida de los cuidadores de pacientes con cáncer.	Considerar el proceso de detección en su conjunto, desde una perspectiva de prestación de atención médica. Una mejor comprensión de las perspectivas y posibles dificultades en el proceso de comunicación.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
3. Prolonged grief disorder and depression are distinct for caregivers across their first bereavement year.	sai W Kuo S Wen F Prigerson H Tang S	2018	Estudio longitudinal	Validar la distinción entre síntomas de PGD y depresión durante el primer año de duelo para los cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal.	Medición de los síntomas de PGD y depresión mediante las escalas a los 6 y 13 meses después de la pérdida, respectivamente.	394 cuidadores familiares taiwaneses desconsolados	Escalas Prolonged Grief-13 Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)	Los síntomas de PGD y depresión compartieron un factor general, pero fueron distintos, como lo demuestran sus importantes cargas de factores específicos a los 6 y 13 meses después de la pérdida. Los modelos bifactoriales confirmatorios mostraron invariancia entre 6 y 13 meses después de la pérdida.	Los síntomas de PGD y depresión se confirmaron como distintos durante el primer año de duelo.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
4. The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status.	Hatano, Yutaka Aoyama, Maho Morita, Tatsuya Yamaguchi, Takuhiro Maeda, Isseki Kizawa, Yoshiyuki Tsuneto, Satoru Shima, Yasuo Miyashita, Mitsunori	2017	Encuesta transversal	Examinar la relación entre el lugar de muerte de los pacientes con cáncer y la salud mental de los cuidadores en duelo.	Evaluamos la depresión, el duelo, el insomnio y la calidad de la muerte de pacientes fallecidos en los 3 grupos usando la propensión de los cuidadores.	Questionario transversal nacional para cuidadores familiares de pacientes con cáncer	Brief questionnaire scale Insomnia scale	Los síntomas depresivos fueron más altos en los cuidadores de pacientes que habían fallecido en hospitales agudos (que en los pacientes que habían muerto en un hospicio en casa (Los síntomas de duelo medidos por el Cuestionario de duelo breve también fueron significativamente mayores en los cuidadores de pacientes que habían fallecido.	Existe una relación entre el lugar de muerte de los pacientes con cáncer y el estado de salud mental de sus cuidadores familiares. Sin embargo, el lugar de la muerte no puede considerarse como un impacto clínico en los resultados de duelo de lo que se pensaba antes.
5. Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement.	Kim, Youngmee Carver, Charles S. Spiegel, David Mitchell, Hannah Rose Cannady, Rachel S.	2017	Encuesta longitudinal	Documentar los niveles de resultados de duelo entre los cuidadores familiares de cáncer de 3 a 5 años después de la pérdida.	Se envió por correo una carta de presentación, una encuesta principal de T2 (MS), un sobre con estampilla y una tarjeta de regalo de \$ 10 como incentivo.		La Encuesta Nacional de Calidad de Vida para Cuidadores	Miembros de la familia (18% a 48%) mostraron niveles elevados de angustia psicológica relacionada con el duelo años después de la pérdida.	Alta prevalencia de angustia duradera relacionada con el duelo entre los cuidadores familiares de cáncer.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
6. Oncology healthcare professionals' perspectives on the psychosocial support needs of cancer patients during oncology treatment.	Aldaz B Treharne G Knight R Conner T Perez D	2017	Estudio cualitativo	Exploró las perspectivas de los profesionales de la salud oncológica sobre las necesidades de apoyo psicosocial de diversos pacientes con cáncer durante el tratamiento oncológico.	Entrevistas	Inicialmente nos acercamos a nueve HP.	Encuesta	Se encontraron 6 temas. - Compatibilidad de la medicina moderna y alternativa. - Aceptación, negación y resistencia de las dificultades. - Tratar a los pacientes como personas. - Enfrentarse a la muerte trae nuevos significados a la vida - Apoyo social como amortiguador de la angustia. - Barreras a los servicios de apoyo psicosocial.	HP afirman que los PSS pueden no ser atractivos para algunos pacientes. Ayudar a sus pacientes a reducir la angustia emocional y mejorar el bienestar.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
7. Assessing Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients as an Independent Predictor of Distress in an American Population.	Vergo M Whyman J Li Z Kestel J James S Rector C Salsman J	2017	Estudio transversal.	Utilizar el instrumento PGAC para explorar factores demográficos, clínicos y psicológicos que pueden predecir un mayor dolor preparatorio.	Studio transversal	Cincuenta y tres pacientes adultos ambulatorios y pacientes hospitalizados con tumores malignos sólidos incurables de Chicago, IL	El instrumento PGAC, la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), Termómetro de angustia (DT la Escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS 2 preguntas de calidad de vida (QOL).	La puntuación media de PGAC fue 26.9 (rango 0-70) y solo se correlacionó con DT en el análisis multivariado.	El duelo preparatorio fue una experiencia común. La angustia fue el único factor independiente) correlacionados con puntajes de duelo preparatorios más altos.
8. Distinguishing Between Spiritual Distress, General Distress, Spiritual Well-Being, and Spiritual Pain Among Cancer Patients During Oncology Treatment.	Schultz M Meged-Book T Mashiach T Bar-Sela G	2017	Entrevista	Desarrollar la terminología en los estudios de angustia espiritual.	El personal de investigación se sometió a una sesión de entrevistas.	416 pacientes	Entrevista telefónica FACIT-Sp-12, SIS, dolor espiritual y el general. termómetro de socorro (DT).	Todas las medidas mostraron una correlación significativa), sin embargo, ninguna fue idéntica a la angustia espiritual solo la paz se correlacionó con la angustia espiritual.	El DT no es suficiente La subescala de paz de FACIT-Sp-12 es una mejor combinación que la medida en su conjunto. El SIS es la mejor combinación.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
9. Grief and risk of depression in context: The emotional outcomes of bereaved cancer caregivers.	Francis L Kypriotakis G O'Toole E Bowman K Rose J	2015	Ensayo controlado aleatorizado.	La diferencia entre depresión y duelo.	Entrevistas telefónicas.	119 cuidadores	Entrevistas telefónicas	La gravedad del duelo fue predicha por las circunstancias del cuidador, pero el estado de ánimo deprimido por el duelo no estaba relacionado con el cuidado. El duelo fue el principal predictor del estado de ánimo deprimido y medió casi todos los demás efectos.	Si bien el dolor puede desencadenar la depresión, la diferente conexión con el contexto significa que los dos estados emocionales no deben equipararse basándose únicamente en la similitud de expresión.
10. Cancer patient age and family caregiver bereavement outcomes.	Francis L Kypriotakis G O'Toole E Rose J	2016	Panel study	Buscar si el duelo se modifica con la edad del paciente.	Entrevistas	119 entrevistas a cuidadores	Entrevistas	Entre los cuidadores de pacientes jóvenes (60-79), el duelo tuvo un efecto supresor sobre la relación entre el cuidado y el estado de ánimo deprimido, mostrando mayor angustia durante el cuidado que durante el duelo.	El cuidado de pacientes con cáncer de mediana edad puede aumentar el riesgo de dolor grave y depresión, mientras que los cuidadores de pacientes con cáncer jóvenes parecen experimentar alivio en el duelo. El dolor, sumado a las continuas demandas de sus puede poner a esos cuidadores en riesgo de mayor angustia psicológica y emocional.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
11. Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care.	Aoun, Samar M. Rumbold, Bruce Howting, Denise Bolleter, Amanda Breen, Lauren J.	2017		Identificar patrones de apoyo de duelo en los servicios de cuidados paliativos.	Una encuesta postal	506 familiares	Encuesta por carta	Aquellos que tuvieron un período de duelo más corto o más largo que el especificado a priori; aquellos que no murieron de una enfermedad terminal; y aquellos que no proporcionaron una fecha de muerte o causa de muerte fueron eliminados del análisis.	Si bien los servicios de cuidados paliativos ofrecen apoyo para el duelo, esto rara vez es tan intencional o específico como debería ser, particularmente cuando la fase de cuidado del duelo se separa de la atención y el apoyo brindados antes de la muerte.
12. Family Anticipatory Grief: An Integrative Literature Review.	Coelho, Alexandra Barbosa, António	2017	Revisión de la literatura	Sintetizar la investigación sobre la experiencia familiar de AG durante el final de la vida del paciente.	bases de datos electrónicas		Bases de datos	La definición conceptual de AG proceso familiar angustioso de anticipación, pérdida del paciente y transición a una realidad diferente, en ausencia del otro significativo, caracterizado por la ambivalencia entre 2 dimensiones principales.	Es un proceso multidimensional y dinámico. Se debe prestar especial atención para aumentar la conciencia sobre los sentimientos ambivalentes, normalizando estas reacciones para reducir la culpa del cuidador y promover la comunicación familiar

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
13. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders.	Aoyama, Maho Sakaguchi, Yukihiro Morita, Tatsuya Ogawa.	2018	Questionario transverasal anonimoo	Examinar exhaustivamente la prevalencia de CG y MDD, apareciendo de forma independiente o concomitante, y dilucidar las similitudes y diferencias en las características de estos miembros de la familia.	Llevamos a cabo una encuesta de cuestionario transversal.	El análisis de datos incluyó cuestionarios de 9123 miembros de la familia.	Brieg grief questionnaire Patient health questionnaire 9 Overall care satisfaction Care evaluation scale Good death inventory.	No hubo diferencias significativas entre los encuestados y los no encuestados con respecto a las características de los pacientes fallecidos la duración del duelo después de la muerte.	El principal hallazgo de nuestro estudio fue que CG y MDD pueden considerarse síntomas distintos, aunque son similares en características y con frecuencia aparecen concomitantemente. El DSM-5 ha propuesto un marco de tiempo de 13 meses en adultos.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
14. Examination of the Care Burden of Caregivers of Oncology Patients and the Perceived Social Support from Family Correspondence.	Aksoy, Asude Saritas, SerSaritas, Seyhan Citlik Kavak, Fundadar	2017	Estudio descriptivo y correlacional	Este estudio se realizó para examinar la carga asistencial de los familiares cuidadores de pacientes oncológicos y el apoyo social percibido de la familia.	A familiares	La muestra del estudio consistió en 150 familiares cuidadores utilizando el método de muestreo con finito.	El cuestionario incluyó 13 preguntas sobre las características descriptivas de los pacientes y sus familiares cuidadores.	Se determinó una diferencia estadísticamente significativa en la carga asistencial de los familiares cuidadores de acuerdo con carga de atención en términos del diagnóstico médico de los pacientes (Foster, Bardos y Wilson 2013).	Los cuidadores tenían una alta carga de atención y un bajo apoyo social percibido. se podría recomendar a las enfermeras que determinen los problemas tanto de los pacientes como de los cuidadores, satisfagan sus necesidades y capaciten a los cuidadores con respecto a la atención.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
15. The role of defense mechanisms, personality and demographic factors on complicated grief following death of a loved one by cancer.	Boogar, Isaac Rahimian Talepasand, Siavash	2015	Estudio transversal	Investigar el papel de los mecanismos de defensa, la dimensión del carácter de la personalidad y los factores demográficos en el duelo complicado después de la pérdida de un miembro de la familia por cáncer.	Se llevó a cabo entre los familiares de pacientes con cáncer.	Un número de 226 personas que habían perdido a un miembro de la familia.	Inventario de duelo complicado revisado (ICG-R). El cuestionario de estilos de defensa (DSQ), la dimensión de carácter del inventario de temperamento y carácter (TCI) y el cuestionario demográfico.	El estilo de defensa neurótica tuvo una influencia positiva significativa en el duelo complicado y la cooperación, la edad de la persona fallecida, la auto-trascendencia; y el estilo de defensa maduro tuvo un efecto negativo significativo en el dolor complicado.	Según los resultados, las dimensiones de los personajes, incluida la baja cooperación y la autotranscendencia, el estilo de defensa neurótica y la menor edad de la persona fallecida, habían compartido la apariencia del duelo complicado / prolongado.
16. Clinician characteristics, communication, and patient outcome in oncology: A systematic review.	De Vries, A. M M De Roten, Y. Meystre, C. Passchier, J. Despland, J. N. Stiefel, F.	2014	Revisión de la literatura	Revisar las características clínicas que influyen en la comunicación paciente-clínico o el resultado del paciente en oncología.	Los estudios que investigaron la asociación de las características clínicas con la calidad de la comunicación y los resultados para pacientes adultos con cáncer.	Revisión de la literatura.	Bases de datos.	Se informó un impacto positivo en la calidad de la comunicación y / o el resultado del paciente para el entrenamiento en habilidades. Se informó un impacto negativo para un mayor nivel de fatiga y agotamiento y expresión de preocupación.	Varias características clínicas tienen diferentes efectos sobre la calidad de la comunicación. y / o resultado del paciente. Se necesita investigación para investigar las vías que conducen a una comunicación efectiva entre los médicos y los pacientes.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
17. Attachment Style Dimensions Can Affect Prolonged Grief Risk in Caregivers of Terminally Ill Patients With Cancer.	Lai, Carlo Luciani, Massimiliano Galli, Federico Morelli, Emanuela Cappelluti, Roberta Penco, Italo Aceto, Paola Lombardo, Luigi	2015	Entrevistas	Evaluar el papel predictivo de las dimensiones del apego sobre el riesgo de duelo prolongado.	Este estudio se realizó en un centro italiano de cuidados paliativos (hospicio).	Se seleccionaron 60 cuidadores de 51 pacientes con cáncer terminal que habían ingresado en un hospicio.	Questionarios y entrevistas	La dimensión "preocupación por las relaciones" de ASQ fue un buen predictor del riesgo de duelo prolongado. los consorcios de cuidadores de pacientes terminales con cáncer mostraron un riesgo significativamente más alto de prolongación riesgo de duelo que los hijos e hijas de los pacientes. . los cuidadores con un estilo de apego caracterizado por una alta preocupación con la relación y la depresión presentaron un mayor riesgo de experimentar un dolor prolongado después de la muerte del ser querido.	Sugiere considerar los tratamientos psicológicos centrados en la relación con el ser querido y orientados a aumentar la aceptación de la pérdida inminente y disminuir la negación y la autoculpabilidad para evitar la aparición de un dolor prolongado.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
18. Longitudinal Changes in and Modifiable Predictors of the Prevalence of Severe Depressive Symptoms for Family Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients over the First Two Years of Bereavement.	Kuo, Su Ching Chou, Wen Chi Chen, Jen Shi Chang, Wen Cheng Chiang, Ming Chu Hou, Ming Mo Tang, Siew Tzuh	2017	estudio descriptivo longitudinal	para explorar cambios y predictores modificables de la prevalencia de síntomas depresivos graves posteriores a la pérdida en los cuidadores familiares de pacientes con cáncer.	Exploramos cambios longitudinales y predictores modificables de síntomas depresivos severos para los cuidadores familiares.	Los cuidadores en duelo (N = 285) fueron reclutados por conveniencia de un centro médico en el norte de Taiwán	Studies Depression Scale	La prevalencia de los síntomas depresivos graves por parte de los cuidadores familiares en duelo alcanzó su punto máximo un mes después de la pérdida (73.3%) y disminuyó significativamente a 15.2% 24 meses después de la muerte del paciente.	Síntomas depresivos severos de los cuidadores familiares en duelo disminuyeron significativamente durante los primeros dos años después de la pérdida. Los profesionales de la salud deben evaluar adecuadamente a los cuidadores desconsolados y en riesgo cuando los pacientes.
19. Depression as a Mediator or Moderator Between Preparatory Grief and Sense of Dignity in Patients With Advanced Cancer.	Parpa, Efi Kostopoulou, Sotiria Tsilika, Eleni Galanos, Antonis Mystakidou, Kyriaki	2019	Entrevistas	Examinar si la depresión tiene un papel mediador y moderador en la relación entre el dolor preparatorio y la dignidad.	El estudio actual se realizó, en una unidad de cuidados paliativos para pacientes ambulatorios en Grecia.	135 pacientes fueron elegibles.	Versión griega del Inventario de Dignidad del Paciente, la Escala Griega de Ansiedad y Depresión del Hospital, y el cuestionario de Duelo preparatorio en pacientes con cáncer avanzado.	La depresión estaba altamente correlacionada con el dolor preparatorio y la pérdida de dignidad. Además, se encontró una fuerte relación entre el dolor preparatorio y la pérdida de dignidad.	El efecto de la depresión en el duelo preparatorio en pacientes con cáncer avanzado y dignidad enfatiza la necesidad de más investigación para confirmar la relación actual, así como la necesidad de tratamiento de la depresión.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
20. Being nurse at a chemotherapy center with the death of an oncologic patient.	Lima, Patricia Costa Comassetto, Isabel Faro, Ana Cristina Mancussi e Magalhães, Ana Paula Nogueira de Monteiro, Vera Grácia Neuman Silva, Paulo Sérgio Gomes da	2014	El estudio se desarrolló utilizando o la metodología cualitativa a fenomenológica y su análisis fue el marco filosófico de Martin Heidegger.	destinado a comprender el fenómeno experimentado por enfermeras que trabajan en un centro de quimioterapia, ante la posibilidad de muerte del paciente por este servicio.	Se realizaron entrevistas	Los participantes del estudio eran ocho enfermeras que trabajaban en el centro de quimioterapia de un hospital universitario	El estudio se desarrolló utilizando la metodología cualitativa fenomenológica y su análisis fue el marco filosófico de Martin Heidegger.	Se revelaron cuatro categorías: experimentar la muerte como un ciclo de vida natural; Experimentar impotencia en la muerte del otro; Experimentar la muerte con la ayuda de la fe; y Experimentar empatía ante la posibilidad de la muerte del paciente.	El fenómeno está impregnado de dolor y discordancia, ya que se encuentran indefensos en la finitud de la vida y necesitan preparación personal y apoyo profesional para experimentar la muerte.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
21. Oncology patient preferences for depression care: A discrete choice experiment.	Hobden, Breanne Turon, Heidi Bryant, Jamie Wall, Laura Brown, Scott Sanson-Fisher, Rob	2019	Estudio de encuesta transversal	La influencia relativa del nivel de preocupación influencia relativa de la gravedad de la depresión y si la edad y el sexo del paciente se asociaron con la preferencia de atención de la depresión.	Viñetas	Un total de 281 pacientes con cáncer completaron la encuesta.	DCE de estilo viñeta.	Hubo una asociación significativa entre el nivel de preocupación y la opción más preferida. Los hombres eran significativamente más propensos a seleccionar un enfoque autodirigido como su opción más preferida.	El nivel de preocupación de un paciente de oncología por la depresión puede influir en el tipo de atención que desea recibir de su médico especialista en cáncer para la depresión. Este hallazgo tiene implicaciones para la detección de la depresión en la práctica clínica.
22. Difficulties in caring for a patient with cancer at the end of life at home and complicated grief.	Ando, Michiyo Ninosaka, Yasuyoshi Okamura, Kazuhisa Ishi, Yoko	2015	Questionarios	Investigar las dificultades en el cuidado de un paciente con cáncer al final de la vida en el hogar y examinar las relaciones entre las dificultades con la atención y el dolor complicado.	Cuestionarios enviados para el estudio por correo.	Los participantes eran familiares desconsolados de pacientes con cáncer.	Family Difficulty Scale. The Inventory of Complicated Grief (ICG) Scale.	Hubo diferencias significativas en las dificultades entre "Cuidadores que querían o no proporcionar atención domiciliaria" y "Cuidadores que tenían o no apoyo de familiares o relaciones". No hubo diferencias significativas en edad, género, las relaciones entre pacientes y cuidadores, o el deseo del paciente de atención domiciliaria.	En cuanto a las relaciones entre las dificultades de los cuidadores familiares y su dolor complicado, hubo relaciones significativas. Otro estudio mostró que se ha demostrado que la carga de la atención antes del duelo tiene un efecto negativo en el dolor complicado posterior.

Artículo	Autores	Año	Tipo de estudio	Objetivo	Intervención	Población	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
23. Psychosocial care from the perspective of nurses working in oncology: A qualitative study.	Güner, Perihan Hiçdurmaz, Duygu Kocaman Yıldırım, Nazmiye İnci, Figen	2018	Investigación descriptiva cualitativa.	Determinar los puntos de vista, obstáculos y necesidades de las enfermeras que trabajan con adultos oncología pacientes con respecto a la atención psicosocial.	Investigación descriptiva cualitativa.	30 enfermeras que cuidan de pacientes con cáncer en adultos oncología.	Entrevistas	Se determinaron tres temas principales y siete subtemas.	Este estudio revela que las enfermeras tienen dificultad de prestación de atención psicosocial, que perciben en términos abstractos, en un ambiente donde la enfermedad todavía se considera fatal, las enfermeras están en necesidad de asistencia necesaria para ayudarles a cambiar sus propias percepciones sobre el cáncer, adquirir conocimientos y habilidades necesarias para dar atención psicosocial.

6.1 El duelo

El duelo ha sido tema de estudio por distintos autores, disciplinas y profesionales que tratan a personas durante este proceso. Muchas enfermedades por su complejidad y gravedad implican la cercanía de la muerte a corto o mediano plazo. Este proceso afecta psíquica, física y emocionalmente de manera global a los pacientes y sus familias.

El duelo ha sido definido por numerosos autores y manuales, el DSM-IV lo define como la reacción ante la muerte de un ser querido, una condición que puede ser un foco de atención clínica; otro manual en cambio, el CIE-10 se refiere al término como la reacción emocional y psíquica que acontece ante la desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia y como un factor que influye en el estado de salud (3).

La autora Elisabeth Kübler-Ross lo define como un proceso en el que la persona pasa por 5 etapas, en menor o mayor medida, cuando se sufre una pérdida.

6.2 Tipos de duelo

El Duelo anticipatorio

Existen muchos tipos de duelo, pero a lo largo de esta revisión se desarrollarán algunos. Dos de ellos son el duelo anticipado y el duelo complicado.

Se ha definido el duelo anticipado como un proceso experimentado por amigos y familiares antes de la muerte de un ser querido y el término de dolor preparatorio como la pena "que el paciente terminal tiene que sufrir para prepararse (4).

El duelo complicado

Se ha definido como una aflicción distinta de la aflicción normal por duración, intensidad y síntomas con una expresión del dolor excesivo (5).

6.3 El duelo en el paciente oncológico.

El cáncer es un importante problema de salud física y emocional que amenaza la salud comunitaria en todo el mundo y afecta tanto a los pacientes y familiares de pacientes (6).

Los 5 factores más comunes a desarrollar un duelo complicado son: la muerte de una persona cercana, no repentina o repentina, el aborto o el aborto espontáneo, el estar en un desastre grave y el estar separado o divorciado. A la vez, Lindemann et al identifica cinco aspectos que parecen ser característicos del proceso de duelo, incluyendo, la angustia somática, la preocupación por la imagen de la entidad fallecida o perdida, culpa, hostilidad, y una pérdida de comportamientos previamente consistentes.

La situación vivida durante un proceso oncológico puede llevar a sufrir estrés postraumático, y son característicos los pensamientos intrusivos, la hiperactivación y la evitación (7).

Es entonces que el paciente recurre al afrontamiento para gestionar este estrés, Lázarus y Folkmann lo definieron como esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para gestionar las demandas específicas externas y/o internas que se evalúan como agotadoras o que exceden los recursos de la persona.

6.4 Las pérdidas durante el duelo del paciente oncológico

Durante el proceso de duelo en el paciente oncológico se producen pérdidas y cambios acompañados de ciertas características; algunas de ellas son la dependencia emocional que se asocia con el dolor (3), la angustia espiritual, la pérdida de autoimagen y la dignidad, pero no con síntomas de depresión (8).

La espiritualidad según numerosos autores es una dinámica y aspecto intrínseco de la humanidad a través del cual las personas buscan el significado, el propósito y la trascendencia finales, y experimentar la relación con uno mismo, con la familia y con los demás (8).

Cuando esta espiritualidad no está bien integrada o satisfecha puede llevar a una angustia por la pérdida del propósito, sentido a la vida o incertidumbre.

Esa angustia espiritual es una fuente importante de sufrimiento para muchos pacientes con cáncer, especialmente aquellos en el que su situación resulta más grave. Está estrechamente relacionada, pero es distinta de la angustia general. En cambio, el dolor espiritual está más relacionado con el alma y no a nivel físico, este es común entre los pacientes de cáncer avanzado y se correlaciona con la depresión y la ansiedad (8).

Fancis et al (9) comenta que cierto grado de angustia después de una negativa estresante como el duelo, es normal y se espera que sea proporcional al estrés del evento. En cambio, para el paciente, sentirse en paz es un elemento clave para no sentirse en un sufrimiento contantes, el bienestar espiritual reduce la desesperación, la depresión y el deseo de morir, y mejora calidad de vida (8).

El paciente, también tiende a tener una auto-imagen negativa, una desesperanza, falta de autoestima, anhedonia, y / o ideación suicida muy ligados a los criterios de depresión (10).

Por último, también se produce una reformulación y reflexión de la propia dignidad, un concepto multidimensional que consiste en una amalgama de significados referentes al derecho de toda persona a ser valorada, digna y respetada incluyendo la preservación de la dignidad como uno de los principales objetivos de los cuidados paliativos incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y existenciales de los pacientes (10).

Otras pérdidas también son: la pérdida de la privacidad, de control financiero, la autonomía y la pérdida del papel anterior en la familia, también la pérdida de lo que se deja atrás que se ha amado, es el proceso de separarse de todo lo que se conoce y se ama y se siente (4).

6.5 El duelo en familiares y cuidadores

En el curso de la vida hay ciertos cambios que afectan a la persona y a su entorno (11) define este término como transiciones; la transición de una persona de su rol habitual, padre, madre, hijo, trabajador, etc., al papel de paciente de cáncer es también una transición, también la transición del rol habitual de marido, mujer, hija, etc; hacia el rol cuidador. Una de estas transiciones es el duelo, durante este proceso los cuidadores y familiares desarrollan reacciones de pena a la separación, a cambio de vivir el dolor por la muerte en si (denominándola dolor anticipado) (Lindeman et al).

Este proceso angustiante en el que recurren a la anticipación de la muerte se caracteriza por el reconocimiento de la proximidad de la muerte debido a las pérdidas personales y relacionales actuales, la percepción de la muerte vivida como una amenaza; el estrés

emocional, y las reacciones emocionales intensas. La persona pone en marcha mecanismos de protección, por ejemplo, anticipar y planificar para no ser abrumados por la carga emocional; la esperanza, acentuando la responsabilidad del cuidador y todo lo que está dispuesto a sacrificar; la exclusividad, mitigando la impotencia; la pérdida personal, por la sobrecarga de trabajo y el estado continuo de hipervigilancia.

Asimismo, las pérdidas relacionales secundarias a la degradación de relación física y emocional; la ambivalencia entre mantenerse contra la enfermedad y a la vez realizar las tareas de final de la vida; el final de la vida de las tareas relacionales respecto a los remordimientos que puedan aparecer y la transición, después de un período emocional intenso, encuentran el alivio al final (12).

Para el cuidador esto puede llevar a desarrollar una aflicción complicada que se distingue de la aflicción normal, en términos de duración, intensidad, síntomas diferenciales, y / o la interrupción de los criterios de función (5).

Algunas características del duelo complicado son la baja cooperación entre familiares, la autotranscendencia, el estilo de defensa y la edad de la persona fallecida (13).

Hay factores positivos que ayudan a superar este proceso como por ejemplo la calidad de descanso, el cuidado y la evitación (14). El apoyo social de la pareja u otras personas también es un recurso amortiguador contra la exposición a estos acontecimientos estresantes o sus efectos negativos (3) como el lugar de la muerte deseado puede ayudar contra las experiencias traumáticas y parece eficaz para reducir la depresión los síntomas y la angustia de las familias en la fase posterior al duelo y el estado de salud entre los cuidadores ayuda a reducir los síntomas y la angustia en la fase posterior al duelo aunque no tenga el suficiente impacto clínico (15).

También existen factores negativos que favorecen a un proceso de duelo complicado como la calidad de vida del cuidador, la pena previa a la pérdida, la edad (15). Un factor de riesgo que predispone a experimentar un dolor prolongado es el estilo de apego caracterizado por una alta preocupación con la relación y la depresión después de la muerte del ser querido (16).

También el aumento del estrés debido a una mayor duración del cuidado produce cambios que pueden aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad entre los cuidadores. La edad de los cuidadores, el esfuerzo empleado, el uso de recursos materiales y emocionales, el compromiso y falta de vida social deteriora la calidad de vida del cuidador (14).

Estos niveles de angustia pueden superarse al cabo de 1-2 años después de la pérdida (17), Esta reacción alcanza el punto máximo al cabo de 6 meses después de la pérdida, la pena cambia con el tiempo, no siempre de la misma manera para todas las personas, según el DSM-IV, se sobrepasa la pena al cabo de 13 meses (5).

6.6 El rol enfermero

La necesidad de crear unos cuidados paliativos y servicios de duelo más allá de la fase más aguda del dolor de los familiares incorpora las distintas formas de afrontamiento, psicoeducación y capacitación en el manejo de síntomas (15).

Hay una integración del aspecto psicosocial en el tratamiento y atención de los pacientes con cáncer. Los niveles de ansiedad, preocupación y miedo es muy alto en estos pacientes por lo que es importante su prioridad, y no sólo a nivel de enfermedad o diagnóstico. Altas proporciones de pacientes, la duración del tratamiento a largo, carga de trabajo y largas horas de trabajo dificultan esta atención psicosocial (18).

Durante este afrontamiento, los pacientes pasan por etapas parecidas a las que planteó la autora Elisabeth Kübler-Ross como la aceptación, negación y se añade una, la resistencia a las dificultades relacionadas con el tratamiento, angustia y incertidumbre (19).

Existen 3 grupos de pacientes, uno de riesgo bajo que ajustan el duelo en el tiempo con el apoyo de familiares y cuidadores, u grupo moderado que necesitan servicios de ayuda emocional o un grupo de alto riesgo que requieren de un apoyo formal de profesionales de salud (20). Por ejemplo, los hombres son más propensos a preferir una ayuda a la atención de la depresión que las mujeres (21).

El profesional debe entender y tratar los sentimientos que plantea la enfermedad oncológica como el dolor, la angustia, el temor de que puedan surgir en situaciones que

implican este tipo de atención y lidiar con los sentimientos de los demás y con sus propias emociones antes de la enfermedad con o sin posibilidad de curación.

Hay 4 situaciones en las que se debe aplicar, al experimentar la muerte, al momento de experimentar la impotencia de la muerte de otra persona, al recurrir a la fe tras la muerte de un ser querido y al experimentar empatía ante la muerte de un paciente (22).

El profesional sanitario tiene que ser “emocionalmente valiente” para poder ofrecer una atención sanitaria personalizada y sensible, lo que a su vez facilita a los pacientes se sienten cómodos y les permite plantear preocupaciones relacionadas con el tratamiento y su impacto más amplio, permitir abordar las necesidades emocionales propias, ayudar a los miedos de los pacientes y tener el suficiente tiempo para las citas y comunicación sensible y flexible (19).

El apoyo social es un recurso para amortiguar esa angustia emocional y la no aceptación que puede llevar a los pacientes en estas situaciones.

Una cercanía del profesional en sus momentos de vulnerabilidad, tanto al paciente como a la familia para una atención inmediata. (22) y determinar los problemas, para satisfacer sus necesidades y capaciten al cuidador para una mejor atención (6), pero muchos de los cuidadores tienen una alta carga de trabajo, por lo que resulta ser un efecto negativo antes del duelo (23).

La comunicación eficaz entre los profesionales y los pacientes para poder tomar decisiones en los que estén bien informados y se le pueda otorgar un bienestar y un apoyo, permite evaluar, informar, todo ello es positivo para conseguir el bienestar físico y emocional, el control del dolor, la adherencia al tratamiento, exactitud e integridad de evaluación de los síntomas y efectos secundarios, satisfacción del paciente, recuperación de información, y el ajuste psicológico (24).

7. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

En la atención al paciente, en la práctica clínica, la falta de tiempo o la dificultad para recurrir a ciertos servicios dificulta el acceso de los pacientes al cuidado psicosocial (19), del mismo modo ocurre cuando hay una carencia de entrenamiento en las habilidades de atención psicosocial necesarios para hacer frente a la naturaleza

emocionalmente preocupante de la oncología; por lo tanto, se necesita una mayor formación del profesional y de apoyo (18).

8. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

El proceso del duelo es complejo, y en cada persona se exterioriza de manera distinta; el profesional de la salud debería adquirir las habilidades necesarias para abordarlo, resultaría beneficioso seguir investigando para una mayor formación del profesional ya que actualmente se observan carencias en este ámbito.

9. CONCLUSIONES

El duelo, es un proceso normal que aparece antes o después de la pérdida de un ser querido, afecta a todos tanto al paciente como su entorno, la persona pasa por 5 etapas pero no siempre del mismo modo y la manera de sobrellevar esta situación también es distinta (1).

Se altera no sólo su día a día sino también su psique, este hecho implica enfrentar una situación en que la persona experimenta dolor emocional, angustia y otras emociones que van apareciendo durante este proceso e incluye un conjunto de pérdidas tanto físicamente, como emocional como, por ejemplo, la pérdida de la privacidad, de control financiero, la autonomía y la pérdida del rol en la familia (3,4, 8).

Este proceso puede ser normal o complicado según las características que se den y las condiciones de los cuidadores y familiares (5).

Es importante conocer los factores que protegen frente un proceso complicado como son el descanso, el apoyo social, como los que resultan perjudiciales para desarrollar un duelo complicado la edad del cuidador, la pena previa, entre otros (15,16).

A la vez, también es importante conocer las estrategias de intervención de los profesionales de la salud, ya que habitualmente hay una carencia de conocimientos y habilidades para manejar esas emociones que están directamente relacionadas con el sufrimiento y la aflicción (6, 19).

En la práctica clínica, el rol enfermero debe identificar las necesidades y crear un plan de cuidados para abordarlo, según la Taxonomía NANDA, dentro del dominio 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés se encuentran los diagnósticos enfermeros de duelo (000136) y duelo complicado (000135). NOC sugeridos son adaptación a la discapacidad física, afrontamiento de los problemas, modificación psicosocial, resolución de la aflicción, de los cuales encontramos NIC, intervenciones como apoyo a la familia, apoyo emocional, escucha activa, facilitar el duelo, entre otros (25).

Muchos investigadores siguen estudiando para identificar e interpretar de manera holística este proceso para encontrar las mejores estrategias para abordar estos casos y poder prestar una atención y un bienestar adecuados (18).

10. REFLEXIÓN PERSONAL

Este trabajo me ha dado la oportunidad de reflexionar sobre la importancia de conocer el duelo en su totalidad y cómo afecta tanto al paciente como a sus familiares y cuidadores para proporcionar una atención adecuada.

Gracias a esta revisión he podido entender la importancia del rol enfermero en esta situación y a la vez el porqué de conocer estrategias y poder tener una formación adecuada para poder atender estos aspectos que ocurren a lo largo de la vida de una persona y en especial en esas en que es más vulnerable.

Como futura enfermera me siento agradecida por haber podido realizar este trabajo porque me ha dado herramientas y conocimiento para poder enfocar mi especialidad en la oncología y a nivel más personal he podido aprender y adquirir más empatía a los pacientes y al paciente oncológico que es el tipo de paciente al que quiero dar atención.

Quiero dar gracias a todo el apoyo recibido por parte de Ana, mi tutora que me ha guiado en la realización de este trabajo y me ha dado la oportunidad de profundizar mucho más.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. (2006) Sobre el duelo y el dolor. Ediciones Luciérnaga. Barcelona
2. Sociedad Española de Oncología. Duelo en Oncología Camps Herrero C, Sánchez Hernández PT, editors.; 2007.
3. Tsai WI, Kuo SC, Wen FH, Prigerson HG, Tang ST. Prolonged grief disorder and depression are distinct for caregivers across their first bereavement year. *Psychooncology*. 2018 Mar 1;27(3):1027–34.
4. Vergo MT, Whyman J, Li Z, Kestel J, James SL, Rector C, et al. Assessing Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients as an Independent Predictor of Distress in an American Population. *J Palliat Med*. 2017 Jan 1;20(1):48–52
5. Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, Ogawa A, Fujisawa D, Kizawa Y, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology*. 2018 Mar 1;27(3):915–21
6. Aksoy A, Saritas, SerSaritas SC, Kavak F. Examination of the Care Burden of Caregivers of Oncology Patients and the Perceived Social Support from Family Correspondence [Internet]. Vol. 10, *International Journal of Caring Sciences*. Available from: www.internationaljournalofcaringsciences.org
7. Langford DJ, Cooper B, Paul S, Humphreys J, Keagy C, Conley YP, et al. Evaluation of coping as a mediator of the relationship between stressful life events and cancer-related distress. *Heal Psychol*. 2017 Dec 1;36(12):1147–60
8. Schultz M, Meged-Book T, Mashiach T, Bar-Sela G. Distinguishing Between Spiritual Distress, General Distress, Spiritual Well-Being, and Spiritual Pain Among Cancer Patients During Oncology Treatment. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Jul 1;54(1):66–73.
9. Francis LE, Kypriotakis G, O’Toole EE, Bowman KF, Rose JH. Grief and risk of depression in context: The emotional outcomes of bereaved cancer caregivers. *Omega (United States)*. 2015 Mar 1;70(4):351–79
10. Parpa E, Kostopoulou S, Tsilika E, Galanos A, Mystakidou K. Depression as a Mediator or Moderator Between Preparatory Grief and Sense of Dignity in Patients With Advanced Cancer. *Am J Hosp Palliat Med*. 2019 Dec 1;36(12):1063–7.

11. Francis LE, Kypriotakis G, O'Toole EE, Rose JH. Cancer patient age and family caregiver bereavement outcomes. *Support Care Cancer*. 2016 Sep 1;24(9):3987–96.
12. Coelho A, Barbosa A. Family Anticipatory Grief: An Integrative Literature Review. Vol. 34, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. SAGE Publications Inc.; 2017. p. 774–85.
13. Boogar IR, Talepasand S. The role of defense mechanisms, personality and demographical factors on complicated grief following death of a loved one by cancer. *Iran J Psychiatry*. 2015;10(2):79–85
14. Geng H mei, Chuang D mei, Yang F, Yang Y, Liu W min, Liu L hui, et al. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Vol. 97, *Medicine (United States)*. Lippincott Williams and Wilkins; 2018
15. Hatano Y, Aoyama M, Morita T, Yamaguchi T, Maeda I, Kizawa Y, et al. The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status. *Psychooncology*. 2017 Nov 1;26(11):1959–64.
16. Lai C, Luciani M, Galli F, Morelli E, Cappelluti R, Penco I, et al. Attachment Style Dimensions Can Affect Prolonged Grief Risk in Caregivers of Terminally Ill Patients With Cancer. *Am J Hosp Palliat Med*. 2015 Dec 1;32(8):855–60
17. Kim Y, Carver CS, Spiegel D, Mitchell HR, Cannady RS. Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement. *Psychooncology*. 2017 Apr 1;26(4):484–92.
18. Güner P, Hiçdurmaz D, Kocaman Yıldırım N, İnci F. Psychosocial care from the perspective of nurses working in oncology: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2018 Jun 1;34:68–75.
19. Aldaz BE, Treharne GJ, Knight RG, Conner TS, Perez D. Oncology healthcare professionals' perspectives on the psychosocial support needs of cancer patients during oncology treatment. *J Health Psychol*. 2017 Sep 1;22(10):1332–44.
20. Aoun SM, Rumbold B, Howting D, Bolleter A, Breen LJ. Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PLoS One*. 2017 Oct 1;12(10).

21. Hobden B, Turon H, Bryant J, Wall L, Brown S, Sanson-Fisher R. Oncology patient preferences for depression care: A discrete choice experiment. *Psychooncology*. 2019 Apr 1;28(4):807–14
22. Lima PC, Comassetto I, Faro ACM e, Magalhães APN de, Monteiro VGN, Silva PSG da. Being nurse at a chemotherapy center with the death of an oncologic patient. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2014;18(3).
23. Ando M, Ninosaka Y, Okamura K, Ishi Y. Difficulties in caring for a patient with cancer at the end of life at home and complicated grief. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Jan 4];32(2):173–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24301084>
24. De Vries AMM, De Roten Y, Meystre C, Passchier J, Despland JN, Stiefel F. Clinician characteristics, communication, and patient outcome in oncology: A systematic review. Vol. 23, *Psycho-Oncology*. John Wiley and Sons Ltd; 2014. p. 375–81.
25. NANDA Internacional. *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2018-2020*. Primera ed.: Elsevier; 2019.

VI. ANEXOS

ANEXO 1: Cronograma

FECHAS	ACTIVIDADES
SEPTIEMBRE'19	Primera reunión grupal Resolver dudas y planteamiento general del trabajo.
OCTUBRE'19	Primera tutoría individual <ul style="list-style-type: none">- Se ha concretado: objetivos, búsqueda, palabras clave.
DICIEMBRE'19	Segunda tutoría individual <ul style="list-style-type: none">- Elaborar objetivos- Complimentar la introducción- Revisar la búsqueda en referencia a los objetivos planteados.
ENERO'20	Tercera tutoría individual <ul style="list-style-type: none">- Redacción de objetivos- Complimentar la introducción- Revisar artículos
FEBRERO'20	Quarta tutoría individual <ul style="list-style-type: none">- Lectura de artículos y redacción de resultados
MARZO'20	Quinta tutoría individual <ul style="list-style-type: none">- Redactar resultados
ABRIL'20	<ul style="list-style-type: none">- Redactar conclusiones y reflexión personal- Terminar de dar forma al trabajo, corregir errores.
MAYO'20	Sexta tutoría individual <ul style="list-style-type: none">- Entrega de TFG.- Preparar defensa oral y crear presentación- Defensa oral de TFG

ANEXO 2: Búsqueda PUBMED

SINÓNIMOS	BÚSQUEDAS	RESULTADOS	10 AÑOS
Mourning	(mourning) AND "cancer patient"	27	11
	(mourning[Title]) AND "cancer patient"[Title]	0	0
	(mourning[Title/Abstract]) AND "cancer patient"[Title/Abstract]	1	1
	((mourning) AND "cancer patients") OR "oncology patients"	4609	2701
	((mourning) AND "oncology patients")	8	3
Grief	(grief) AND "cancer patient"	26	10
	(grief[Title]) AND "cancer patient"[Title]	1	1
	(grief[Title/Abstract]) AND "cancer patient"[Title/Abstract]	16	10
	((grief) AND "cancer patients") OR "oncology patients"	4603	2696
	((grief) AND "oncology patients")	8	3
Bereavement	(bereavement) AND "cancer patient"	49	19
	(bereavement[Title]) AND "cancer patient"[Title]	2	2
	(bereavement[Title/Abstract]) AND "cancer patient"[Title/Abstract]	15	15
	((bereavement) AND "cancer patients") OR "oncology patients"	4710	2757
	((bereavement) AND "oncology patients")	12	7

ANEXO 3: Búsqueda CINAHL

BÚSQUEDA	RESULTADOS	10 AÑOS
mourning AND "cancer patient"	0	0
mourning AND "cancer patient"	129	67
mourningAND "cancer patient"	138	73
mourning AND "cancer patients"OR "oncology patients"	24617	16938
mourning AND "oncology patients"	6	5
grief AND "cancer patient"	277	173
grief AND "cancer patient"	3	2
grief AND "cancer patient"	135	82
grief AND "cancer patients"OR "oncology patients"	24770	17042
grief AND "oncology patients"	127	79
bereavement AND "cancer patient"	49	19
bereavement AND "cancer patient"	17	12
bereavement AND "cancer patient"	153	94
bereavement AND "cancer patients") OR "oncology patients"	24893	17121
bereavement AND "oncology patients"	150	98

ANEXO 4: Diagrama de flujo

