

MANEJO DEL DUELO EN ATENCION PRIMARIA

DEALING WITH GRIEF IN PRIMARY CARE

Javier García-Campayo

Psiquiatra, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
Profesor del Programa de Formación de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y
Psicoterapia

Resumen: El duelo se refiere al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto estaba vinculado afectivamente.

Aunque en un sentido amplio puede hablarse de duelo ante pérdidas de partes anatómicas del individuo (parálisis, amputaciones, ablaciones de mama o genitales) o circunstancias personales (trabajo, estatus, relaciones interpersonales), nos referiremos al duelo en el sentido más estricto, es decir, el sentimiento ante la pérdida de seres queridos. Repasamos en este trabajo las estrategias más eficaces para el manejo del duelo en Atención Primaria

Palabras clave: duelo, pérdida, atención primaria

Abstract: Grief refers to the group of psychological and psychosocial processes that follow the loss of an individual to whom the subject was sentimentally attached.

Although in a wide sense one may speak of grief due to loss of certain parts of the individual's anatomy (paralysis, amputations, breast or genital removal) or personal circumstances (work, status, interpersonal relationships), we refer to grief in its most strict meaning: the loss of loved ones. In this work we outline/review the most effective strategies with which to deal with grief in Primary Care.

Keywords: grief, loss, primary care

*Ante cualquier adversidad,
la parte más amarga de la aflicción del hombre
consiste en recordar que una vez fue feliz.*

BOECIO, "La consolación de la filosofía"

EL CONCEPTO DE DUELO

El duelo se refiere al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto estaba vinculado afectivamente. Existen a su vez una serie de conceptos relacionados que son:

- Luto (*mourning* en inglés) que representa el proceso mediante el que se resuelve el duelo. En realidad, es un proceso psicológico pero, tradicionalmente, en la mayor parte de las culturas, se ha asociado a signos externos (por ejemplo, en occidente, ropa de color negro) que los familiares mostraban durante el tiempo que se suponía que se encontraban inmersos en este proceso. Por ello, representa los aspectos sociales y antropológicos del duelo.
- Sentimiento de pérdida (*bereavement* en inglés) que es la situación afectiva predominante en las situaciones de duelo.
- Elaboración del duelo: Serie de procesos psicológicos que conducen a aceptar la nueva realidad del sujeto.

Todos estos conceptos son complementarios y describen un síndrome que presenta unos síntomas específicos, un curso demostrable, una evolución típica y unas recomendaciones terapéuticas para su manejo.

EL DUELO EN LAS CLASIFICACIONES PSIQUIATRICAS

En las dos principales clasificaciones psiquiátricas, el duelo se considera un proceso normal y, por lo tanto, no aparece en ellas. Cuando el duelo es patológico, se asimilaría a un trastorno distinto al trastorno de adaptación que no aparece como tal (2). Los aspectos específicos en el caso del duelo son:

1.- ESTRÉS DESENCADENANTE: En el caso del duelo, la situación estresante es la pérdida de un ser querido. En general, existe un elevado acuerdo entre los clínicos al identificar esta situación de estrés.

2.- PERIODO DE TIEMPO ENTRE LA APARICION DEL ESTRÉS Y EL INICIO DE LA SINTOMATOLOGIA: Este plazo de tiempo en los trastornos de adaptación es arbitrario y no está fundamentado con estudios de investigación, de hecho, en el DSM-IV se requieren tres meses y en la CIE-10 un mes. La razón de exigir un tiempo límite es la necesidad de demostrar que la sintomatología está producida por un factor desencadenante anterior en el tiempo. En el caso del duelo, el malestar psicológico siempre empieza en los primeros días tras el fallecimiento del familiar. A veces, es difícil detectarlo porque el paciente realiza una negación, pero esa necesidad compulsiva de negar el sufrimiento indica que se está produciendo el duelo.

3.- CARACTERISTICAS DE LOS SINTOMAS: La clínica que presenta el individuo con duelo incluye síntomas emocionales (tipo ansiedad, depresión, irritabilidad) y/o alteraciones de conducta, generalmente antisocial, aunque también puede presentar conductas anormales de enfermedad (por ejemplo, somatización del malestar psicológico). Este es el apartado más difícil de diagnosticar, por lo que la fiabilidad entre los clínicos es baja. Las razones que dificultan el diagnóstico del duelo patológico son:

- Las clasificaciones psiquiátricas no ofrecen una lista de síntomas guía, como en la mayoría de los otros trastornos.
- La clínica debe ser suficientemente intensa como para no considerarse una reacción vivencial normal, pero no tan severa como para cumplir criterios de otros trastornos psiquiátricos.

4.- DURACION MAXIMA: Las clasificaciones psiquiátricas exigen un tiempo máximo al trastorno de adaptación de 6 meses. Si el paciente sigue presentando malestar después de este período implica que no se ha adaptado a la situación y entonces cumplirá criterios de trastorno depresivo, de ansiedad o de algún otro trastorno psiquiátrico. El duelo, sin embargo, se considera que normalmente dura entre 6 y 12 meses.

EL DUELO COMO DIAGNOSTICO FRONTERIZO

El duelo es un diagnóstico psiquiátrico que puede ser considerado como “fronterizo”, entendiéndose como tal aquella situación clínica que se encuentra en el límite entre lo normal y lo patológico. Los diagnósticos fronterizos presentan una especial dificultad para el médico por las siguientes razones (3):

- 1.- La sintomatología es imprecisa.
- 2.- El diagnóstico no se encuentra bien definido.
- 3.- Se solapa con otros diagnósticos psiquiátricos pero, sobre todo, con los criterios de normalidad psíquica.
- 4.- Presentan escasa validez y fiabilidad, porque la subjetividad del médico constituye un factor importante en el diagnóstico.
- 5.- No hay acuerdo sobre si debe haber o no una intervención médica, ni cuál es el tratamiento de elección, porque no está claro que nada de esto mejore el pronóstico.

Por todas estas razones, resulta bastante complejo el diagnóstico diferencial del duelo.

EPIDEMIOLOGIA DEL DUELO

Existen pocos datos epidemiológicos sobre los trastornos de duelo. Se acepta que el 5% de la población sufre, anualmente, la pérdida de un ser querido muy cercano (4).

FACTORES QUE PREDICEN LA INTENSIDAD DEL DUELO

La intensidad del duelo, en cada caso concreto, dependerá básicamente de los siguientes factores:

1.- CIRCUNSTANCIAS DEL FACTOR ESTRESANTE: Se ha intentado valorar el estrés que producen determinadas situaciones e incluso se han adjudicado puntuaciones de intensidad a cada suceso, como se hizo en la Escala de Holmes y Rahe (5), la más famosa respecto a la medición del estrés. En esta escala, la pérdida de seres queridos constituía el suceso más estresante con gran diferencia.

Sin embargo, esta aproximación al tema está descartada en la actualidad porque no existe base científica que permita cuantificar el impacto que produce un estrés específico, ya que influyen múltiples factores en el proceso. Hoy se piensa que la adaptación a una nueva situación depende de:

- **Intensidad:** Cuanto más afecte a la vida diaria del individuo resultará más complejo adaptarse. Es decir, cuanto más cercano afectivamente sea el familiar fallecido mayor es el impacto.
- **Rapidez:** Los cambios que surgen de forma rápida no dan tiempo a que aparezcan mecanismos adaptativos y tienden a producir un gran impacto emocional. Por el contrario, si el suceso era anticipado por el individuo (ej.: fallecimiento de un familiar con una enfermedad terminal conocida) se ha podido realizar un proceso de duelo que facilitará la resolución.

2.- CIRCUNSTANCIAS DEL INDIVIDUO: En este caso también hay que tener en cuenta varios factores:

- **Vulnerabilidad del individuo:** La personalidad del sujeto va a determinar el impacto que un suceso determinado le produce y que será diferente al que producirá en otras personas. Rasgos como la autoestima, la fuerza del yo o sus experiencias infantiles determinarán sus recursos personales de adaptación. La principal causa de vulnerabilidad del sujeto es la existencia de historia psiquiátrica previa.
- **Apoyo social:** La posibilidad de contar con una red social con la que compartir el suceso y que se movilice para ayudar al individuo, amortiguará el efecto del estresante.
- **Significado simbólico del suceso:** A veces, en dependencia de las circunstancias personales, es diferente el significado manifiesto que el suceso tiene para el paciente que el que posee para el resto de los individuos. (Ej.: la pérdida de un padre inválido y a cargo exclusivo del paciente puede tener un mayor significado de liberación que de pérdida). Como veremos, la relación que se mantenía con el fallecido es la principal causa de cronificación en el duelo.
- **Responsabilidad respecto al suceso:** Si el sujeto piensa que ha tenido alguna responsabilidad (real o imaginada) respecto al fallecimiento, el duelo se cronifica por los sentimientos de culpa.

EL DUELO NORMAL

Tradicionalmente se ha hablado de fases del período de duelo pero, en la actualidad, se prefiere hablar de componentes. La razón es que no siguen una sucesión temporal estricta y que pueden solaparse varios de estos acontecimientos simultáneamente. Estos componentes son los siguientes (Tabla I) (6):

TABLA I. COMPONENTES DEL PROCESO DE DUELO.

1. SHOCK: Aparece en los momentos iniciales, y su duración es mayor cuando el suceso es imprevisto. Se asocia a apatía y sensación de estar fuera de la realidad.
2. DESORGANIZACIÓN: Ocurre también al principio. Se acompaña de desesperación y absoluta desestructuración del funcionamiento del individuo en cualquiera de los ámbitos vitales.
3. NEGACIÓN: Es una forma frecuente de reacción ante sucesos inesperados. El individuo espera la llegada o la llamada de la persona desaparecida y actúa como si nada ocurriese.
4. DEPRESIÓN: Representa la progresión a una fase adaptativa más realista. Confirma que el proceso del duelo se está llevando a cabo de forma adecuada.
5. CULPA: Consiste en pensamientos recurrentes, casi obsesivos, en relación a lo que se podría haber hecho para evitar el suceso. También son más frecuentes si no se ha podido despedir del fallecido y si las relaciones con él no eran buenas.
6. ANSIEDAD: Surge ante el miedo, generalmente realista, de los cambios que ocurrirán en la vida del paciente después del suceso (ej. soledad, dificultades económicas, etc.). Es el miedo a tener que sobrevivir sin la persona fallecida porque satisfacía una serie de necesidades.
7. IRA: Puede ir dirigida hacia familiares o amigos que no han “ayudado” durante el suceso o hacia personas que todavía disfrutaban de lo que el paciente ha perdido (ej.: otras personas que conservan sus cónyuges o sus hijos). También es habitual que la ira se dirija hacia el personal sanitario (reacción frecuente en plantas oncológicas y en urgencias) o incluso hacia el fallecido por haber abandonado a los supervivientes.
8. RESOLUCIÓN Y ACEPTACIÓN: Ocurre cuando el paciente ha podido adaptarse a la pérdida de la persona y asumir las modificaciones que producirá este suceso en su vida. No siempre se alcanza esta fase.

Como norma general se acepta que el duelo normal dura entre 6 y 12 meses. Algunos síntomas perduran durante más de 2 años y ciertos sentimientos y conductas pueden persistir toda la vida. La fase más aguda debe resolverse entre el primer y el segundo mes. Para entonces, debe haberse recuperado el apetito, el sueño y la capacidad de trabajar.

Desde el punto de vista biológico, el duelo se asocia a alteraciones en los ritmos biológicos, principalmente el del cortisol, disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora el funcionamiento de las células asesinas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DUELO NORMAL

Los dos principales diagnósticos diferenciales del duelo normal son la depresión y el duelo patológico.

- a) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DUELO-DEPRESION. Los criterios de depresión mayor son los siguientes:

TABLA II. CRITERIOS DE DEPRESION MAYOR

- | |
|--|
| <p>1.- Episodio depresivo de al menos dos semanas.</p> <p>2.- No hay síntomas maníacos o hipomaníacos. No se debe a abuso de sustancias o a trastorno mental orgánico.</p> <p>3.- Debe cumplir los siguientes criterios:</p> <p>a) Al menos dos criterios (los tres si es grave)</p> <ul style="list-style-type: none">- Humor depresivo la mayor parte del día y la mayoría de los días que no se modifica por circunstancias ambientales.- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades placenteras.- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. <p>b) Al menos cuatro de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de confianza y sentimientos de inferioridad.- Culpa excesiva e inadecuada.- Pensamientos de muerte o suicidio o conducta suicida.- Disminución de la concentración y de la capacidad de tomar decisiones.- Agitación o inhibición psicomotriz.- Alteraciones del sueño.- Cambios del apetito y peso. |
|--|

Un duelo normal puede presentar cualquiera de estos síntomas o varios de ellos, pero nunca cumple los criterios de depresión mayor, porque si no tiene que ser diagnosticado como tal. En nuestra experiencia, en atención primaria se tiende a realizar bien este diagnóstico diferencial.

b) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE DUELO NORMAL Y PATOLOGICO

Otro diagnóstico diferencial es el existente entre duelo normal y patológico. En nuestra experiencia, esta distinción es más difícil. La siguiente tabla resume las principales diferencias:

TABLA III. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DUELO NORMAL Y PATOLÓGICO

<u>DUELO NORMAL</u>	<u>DUELO PATOLOGICO</u>
<i>A) Momento de aparición</i>	
A los pocos días del fallecimiento	Semanas o meses después (duelo retrasado) No aparición del duelo (negación del duelo)
<i>B) Intensidad</i>	
Incapacitante durante días	Incapacitante durante semanas
<i>C) Características</i>	
Negar aspectos de la muerte: circunstancias, características del fallecido (idealización)	Negar la muerte del fallecido, creer que vive
Identificarse con el fallecido (imitando rasgos, atesorando pertenencias)	Creer que se es el fallecido
Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea. Reconoce que no es real.	Alucinaciones complejas y estructuradas
Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto (identificación)	Creer que se va a morir de la misma enfermedad Acudir continuamente al médico por esa causa
Desarrollar conductas en relación al muerto culturalmente aceptables (luto temporal, etc.)	Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente)

OTROS TIPOS DE DUELO.

Se han descrito algunos tipos específicos de duelo que es importante conocer desde atención primaria:

- DUELO ANTICIPATORIO: Es el que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable, a diferencia del duelo normal que ocurre después de la pérdida. Un ejemplo sería el duelo de los familiares ante una persona con cáncer terminal o, incluso, ante una persona con demencia (en este caso, se realiza el duelo cuando el paciente deja de conocer a la familia). El duelo anticipatorio como tal termina cuando se produce la pérdida.

A diferencia del duelo convencional, que disminuye con el paso del tiempo, el anticipatorio se incrementa en el momento de la pérdida. En ocasiones, cuando el proceso de la muerte se alarga, el duelo anticipatorio llega a extinguirse y la persona apenas manifiesta pesar tras la muerte.

- DUELO EN LOS PADRES: La muerte de un hijo es considerada en todas las culturas como algo antinatural, la inversión del ciclo biológico normal. Suele acompañarse de sentimientos de culpa paterno (por no haber sabido cuidar suficientemente bien al hijo) y de sentimientos de desesperanza (al destruirse las ilusiones puestas en la siguiente generación). Por esta razón, el duelo puede perdurar toda la vida. En los casos en que el duelo es anticipado, los padres suelen colmar a los hijos de todo aquello que pueden desear sobreprotegiéndole y obsequiándole hasta el límite. El estrés que provoca la muerte de un hijo es tan intenso que provoca el divorcio en más del 50% de los casos, sobre todo si había conflictos previos entre los cónyuges. Uno de los padres suele culpar al otro de la muerte del hijo alegando causas genéticas o falta de cuidado.

PRONÓSTICO

Se acepta que alrededor del 90% de los pacientes con duelo va a remitir espontáneamente, incluso sin ningún tratamiento. El resto acaban desarrollando cuadros de depresión, a veces con riesgo de suicidio, y menos frecuentemente trastornos de ansiedad, por consumo de tóxicos, trastornos de conducta u otros.

Durante el primer año tras el duelo aumenta el número de consultas médicas pero no el de hospitalizaciones. Existe un aumento del consumo de alcohol, tabaco y tóxicos. Aunque se ha descrito aumento de la patología cardiovascular y endocrina, no existen suficientes datos para confirmar esta hipótesis (4). Si se confirma aumento de la mortalidad en viudos a partir de los 55 años con un pico máximo en el primer año, pero que se alarga hasta los 6 años.

FACTORES DE CRONIFICACION EN EL DUELO

Se han identificado como factores de mal pronóstico la intensidad de los síntomas al principio del duelo y la cronicidad del cuadro. Sin embargo, la principal razón que explica que un duelo se

cronifique, es el tipo de relación que se mantenía con el fallecido. Se acepta que los tipos de relación que se asocian a duelo crónico son (7):

1.- AMBIVALENCIA AFECTIVA: Cuando ante una misma persona coexisten sentimientos de amor y odio (ej.: padre maltratador, madre ausente, progenitor crónicamente enfermo) hay que resolver esa contradicción durante el duelo sin generar sentimientos de culpa. La culpa es el sentimiento más destructivo y suele estar en la base de la mayoría de los duelos crónicos. En suma, debe asumirse la existencia de aspectos positivos y negativos en el progenitor simultáneamente, y poder expresar el odio por los aspectos negativos sin sentirse culpable y el agradecimiento por las partes positivas.

2.- EXTREMA DEPENDENCIA: Individuos con escasa autonomía afectiva y funcional, que han depositado una gran parte de sus gratificaciones en una persona, son incapaces de sobrevivir a su fallecimiento. Con frecuencia puede producir ira hacia el muerto o ideas suicidas para reunirse con la persona perdida que constituía el centro de su vida. En estos casos, hay que reestructurar la vida y el psiquismo del individuo para que funciones de forma autónoma. Son situaciones difíciles de resolver.

3.- IMPOSIBILIDAD DE DESPEDIDA: La despedida es importante ante cualquier separación pero, lógicamente, es clave ante el fallecimiento que constituye una despedida definitiva. Si no se ha podido realizar, el superviviente fantasea con todo aquello que le hubiese gustado decir al muerto (a veces, ventilación de sentimientos negativos entre ambos) y que quedará pendiente para siempre. La única forma de resolver este conflicto es repararlo con el terapeuta.

OBJETIVOS DESDE ATENCION PRIMARIA

En el tema del duelo, los objetivos principales desde atención primaria son básicamente dos:

- 1.- Diferenciar el duelo normal del patológico.
- 2.- Ayudar en el proceso de duelo, remitiendo a salud mental cuando sea necesario.

TRATAMIENTO DEL DUELO

- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (1)

Aparte del apoyo psicológico, en ciertos casos es muy útil la farmacología, pero teniendo siempre en cuenta que no debemos tratar el duelo exclusivamente con fármacos. Suele pautarse tratamiento en función de la incapacidad que produce el trastorno: si el funcionamiento social o laboral está imposibilitado más allá de unos 20-30 días, se recomienda su instauración. La duración del tratamiento, negociada previamente con el paciente, no debiera exceder a los 6 meses.

El fármaco utilizado dependerá de los síntomas predominantes. En el duelo normal, el síntoma más molesto suele ser el insomnio. Para ello, pueden utilizarse benzodiazepinas hipnóticas, zolpidem o zopiclona.

Los síntomas depresivos o de ansiedad aislados no habría que tratarlos en el duelo, porque impedirían su resolución “anestesiando” al paciente. No obstante, si existe una depresión mayor están indicados los antidepresivos, siendo de elección los serotoninérgicos a dosis habituales (fluoxetina, paroxetina o citalopram 20 mg/día; fluvoxamina y sertralina 100 mg/día). Si existe algún trastorno de ansiedad se recomiendan benzodiazepinas de vida media-larga a dosis bajas (cloracepato dipotásico 5mg, diazepam 5 mg, etc.). Cuando existen síntomas psicóticos hay que instaurar neurolepticos. Si estos síntomas son graves o hay ideas de suicidio puede requerir ingreso psiquiátrico.

- APOYO PSICOLOGICO DESDE ATENCION PRIMARIA

EXPLORACION DEL PACIENTE: (8-12) Tras la expresión del paciente de la situación de duelo, se empatiza con la dificultad de su situación (todavía no con los sentimientos). Se pregunta por los sucesos objetivos (a veces, los pacientes están demasiado bloqueados para hablar de sentimientos inicialmente). Solo posteriormente, y si el contacto está siendo fácil, se pregunta por los sentimientos respecto a la situación. Tras dejar hablar al paciente, se pasa a preguntas progresivamente más cerradas, para realizar una exploración psicológica.

DUELO NO COMPLICADO

El proceso de duelo normal es doloroso pero, si no existen síntomas fuera de lo normal, la consulta con salud mental no está indicada. Se recomienda citar al paciente a los 2 meses si lo consideramos de riesgo, pero si no, sólo debe ser visto a demanda suya o de los familiares. El apoyo psicológico es el tratamiento de elección en el proceso de duelo (8). Gran parte de este trabajo puede hacerse desde atención primaria, enfatizando los siguientes aspectos:

1.- EXPRESION DE SENTIMIENTOS: Muchos pacientes no tienen con quién compartir su malestar, bien porque su red social se encuentra deteriorada o porque no quieren preocupar a sus allegados. Es posible que, con frecuencia, seamos el único recurso del paciente para expresar lo que siente o lo que le preocupa. El valor terapéutico de la simple expresión de sentimientos es muy alto y debemos saber valorarlo. Por tanto, éste debe ser uno de los principales objetivos. Para ello, emplearemos las siguientes técnicas:

- ESCUCHA ACTIVA: Consiste en transmitir al paciente la sensación de que le escuchamos. Para ello, es necesario:

- Mantener la mirada.

- Postura abierta.
- Expresión facial complementaria a los sentimientos que expresa el paciente.
- Facilitadores verbales (ej.: si, diga, le escucho) o no verbales (hmmmm, mover la cabeza).
- Preguntas abiertas sobre sentimientos: (ej.: ¿Cómo se siente ahora?).
- Frases por repetición: (“¿Qué quiere decir con que está confuso?”).

- EMPATIZAR: Consiste en ponerse en la piel de otra persona, en intentar entender sus sentimientos. El problema es que, generalmente, no somos capaces de entender los sentimientos del otro porque proyectamos los nuestros, es decir, suponemos que el otro tendrá los sentimientos que nosotros tendríamos en esa situación. Sin embargo, no siempre es así. Debemos poder desembarazarnos de ese “ruido emocional interno” para escuchar al otro.

La empatía hay que demostrarla. Puede hacerse de forma verbal o no verbal. La forma verbal consistiría en frases del tipo: “Imagino (expresando que no lo podemos saber porque no estamos en esa situación) que tiene que estar pasándolo mal” o “Lo siento”. En situaciones de emoción extrema como el duelo es conveniente evitar frases del tipo de “Ya sé cómo se siente”. Esto puede ser mal interpretado por el paciente porque él sabe que nosotros no estamos pasando por la misma situación y puede respondernos (por su propio malestar emocional) frases del tipo: “Ud. qué va a entender”. Otra forma de expresión de la empatía es la no verbal mediante gestos como tocar al paciente en el brazo o en el hombro y expresando facialmente nuestro sentimiento. En general, un gesto es más poderoso que una palabra.

- ACEPTACIÓN: Los procesos de duelo suelen asociarse a intenso sufrimiento. Es frecuente que surjan sentimientos de ira hacia el fallecido, los familiares, los profesionales sanitarios (que podrían haber hecho más para salvarlos) o hacia la divinidad (que le ha abandonado). A menudo estos sentimientos los considera inaceptables y tiene una gran pudor en manifestarlos. Si puede percibir que nosotros le escuchamos sin juzgarle, que aceptamos la existencia de esos sentimientos sin rechazarle, le alivia el ser aceptado como persona sin censuras y le ayuda a reestructurarse.

- UNIVERSALIDAD: Una de las mayores preocupaciones de los pacientes es pensar que son “bichos raros” y que sus sentimientos sólo les ocurren a ellos. Uno de los mayores refuerzos del profesional es informarle que su situación es muy común, y que casi todas las personas, en semejantes circunstancias, experimentan sentimientos similares.

2.- PLANIFICAR EL FUTURO: El duelo tiende a remitir espontáneamente, por tanto, es importante planificar qué se va a hacer con el tiempo mientras tanto.

- SENSACION DE CONTROL: En primer lugar es necesario que el paciente sepa **la evolución normal** del duelo. Hay que explicarle que es un proceso doloroso pero que todos tenemos que pasar por él. Su duración es de aproximadamente 12 meses, aunque se puede alargar algún tiempo más. No es lineal, sino que suele haber periodos de remisión y mejora, generalmente en relación con aniversarios y fechas señaladas para los supervivientes. También es conveniente ofertar algunas pautas sencillas en forma de **metas progresivas** con las que el paciente recobre cierta sensación de control sobre la situación. Podemos recomendarle que recupere, de forma pausada pero progresiva, las actividades lúdicas y profesionales que, anteriormente, más le agradasen. Por otra parte, se deben **limitar las actividades que refuercen una cronificación** del proceso adaptativo (ej: visitas demasiado frecuentes al cementerio en el caso de fallecimientos, contactar con familiares y conocidos de la persona con la que se ha roto la relación, etc).

- INFUNDIR ESPERANZA: Se trata de transmitirle al paciente un sentimiento de optimismo, de que puede superar la situación. Esto no es ofrecerle “falsas esperanzas” porque conocemos cuáles son las fases normales del proceso de adaptación, y sabemos que en un tiempo razonable la mayoría de los individuos vuelven a la normalidad. En este sentido, es clave transmitir el mensaje de que tiene que darse tiempo, no obligarse a tener que estar bien pronto, sino permitirse llorar y estar triste. Si no quiere preocupar a la familia debe tener un espacio para expresar esos sentimientos sólo o con alguna persona de confianza.

-VENTILAR MIEDOS: Incluso en duelos normales, muchas personas tienen miedo al futuro, sobre todo en relación a una pregunta siempre presente: ¿Cómo seré capaz de vivir ahora? Debemos empatizar con ese sentimiento e informarle que en los primeros momentos del duelo es difícil ser objetivo. Es necesario que se de tiempo y que vaya reorganizando su vida. También hay que preguntar por crisis vitales anteriores y sobre su capacidad de superarlas. Se debe comparar aquellas situaciones que fue capaz de afrontar con la situación actual.

3.- DISPONIBILIDAD POR PARTE DEL PROFESIONAL: Informar al paciente de que, aparte de las visitas programadas, estamos a su disposición si necesita comentar o expresar algo. Tener un punto de referencia accesible es muy estructurante para el individuo sometido a una situación de estrés.

EL DUELO COMPLICADO

Se ha demostrado que uno de los principales factores en la cronificación del duelo o de la depresión son los sentimientos de culpa (13). El individuo tiene que encontrar una causa de su desgracia y tiende a reinterpretar los sucesos previos al fallecimiento de forma culpabilizante. Piensa que ha cometido errores por acción u omisión que han producido la muerte del ser querido. Es

necesario trabajar con el paciente estos sentimientos, insistiendo en que nadie sabe qué hubiera ocurrido en otras circunstancias y, por tanto, es imposible hacer ficción sobre el tema. Por otra parte, es seguro que la mayoría de las personas, en las mismas circunstancias, hubieran actuado igual que el paciente.

El duelo complicado se caracteriza, además, por una serie de reacciones anormales. En dependencia de dichas reacciones se recomiendan las siguientes técnicas:

1.- ANTE PROCESOS DE NEGACION EXTREMOS:

- CONFRONTAR CON EL HECHO DE LA MUERTE: Existen situaciones extremas en las que el familiar niega el fallecimiento de un ser querido y afirma que los profesionales sanitarios mienten, e incluso que están desarrollando un complot contra él. Suele ocurrir ante muertes inesperadas y repentinas (ej.: accidentes de tráfico o catástrofes). La negación es un mecanismo defensivo muy primitivo, típicamente psicótico. La única forma de deshacer la negación es confrontar al individuo con la realidad llevándolo delante del cadáver. Durante todo el proceso debe estar acompañado por el médico y ofrecerle medicación adecuada (generalmente ansiolítica) porque suele seguirse de un derrumbamiento emocional.

2.- ANTE SITUACIONES DE AMBIVALENCIA AFECTIVA HACIA EL DIFUNTO:

- RECONSTRUIR LA IMAGEN DEL DIFUNTO: Ya hemos comentado que el paciente debe poder expresar el odio que siente hacia las partes negativas del fallecido sin que se desarrollen sentimientos de culpa. Se debe reconocer que cualquier otra persona reaccionaría así, porque es lícito sentir rabia por quien nos ha maltratado. La reconstrucción de la imagen global del fallecido pasa por entender que, seguramente, las conductas del fallecido tienen que ver con su biografía y su aprendizaje, por lo que no es estrictamente culpable. Y que, también existían partes buenas en él que deben rescatarse. Si realmente no existía ningún aspecto positivo en el fallecido, se tiende a verbalizar el odio sin sentir culpa, como anteriormente, pero reconociendo que uno no elige los padres (o los familiares que sean). Esa experiencia tan negativa va a condicionar sus relaciones, pero debe luchar para que no altere su capacidad de dar y recibir afecto.

3.- ANTE CONDUCTAS DE DUELO BIZARRAS (No aceptables en su entorno cultural):

- TECNICAS ESPECIFICAS DEL DUELO: Existen dos técnicas específicas a utilizar en el duelo cuando resulte útil, que siempre deben emplearse en los duelos complicados pero que también pueden resultar útiles en algunos duelos normales para manejar ciertos síntomas. Son las siguientes:

a) Técnica de inversión de papeles: Ante conductas o sentimientos del superviviente que nos parezcan desviadas de la norma (ej: mantener luto riguroso durante años),

debemos preguntar al paciente: “Imagínese que fuese usted quien hubiese fallecido, ¿Qué esperaría que desearía hecho su familiar?”. Generalmente, el paciente describe una conducta normal y debe servir para insistir en que el fallecido también esperaría de él la conducta normal. A veces, el paciente piensa que si él estuviese muerto, exigiría a la otra persona el mismo tipo de conductas porque eso demostraría que le quiere. En estos casos, hay que confrontar con la necesidad de demostrar externamente el afecto mediante actos fuera de la norma (este aspecto debiera abordarle un profesional de salud mental).

b) Adivinar el pensamiento del difunto: Es similar a la anterior y consiste en, en base a lo que conoce del difunto, cómo cree que querría que actuase en esa circunstancia. El proceso de razonamiento es igual al de la técnica anterior.

- DESHABITUACION ANTE CONDUCTAS DE DUELO ANORMALES: A veces, y en relación a circunstancias culturales, algunos individuos muestran una serie de conductas bizarras respecto a la muerte. Las más frecuentes son las visitas diarias al cementerio durante años, pero otras conductas incluyen mantener la habitación exactamente igual que como la dejó el difunto, mantener sus cenizas en el domicilio, “hablar” periódicamente con el difunto (el paciente niega la realidad del suceso, no es una alucinación como tal). No hay que humillar al paciente por estas conductas ni desafiarlas abiertamente. Es mejor comparar con las conductas de otros individuos que han sufrido duelos y confirmar que se desvían de lo habitual. Empatizamos con el sentimiento que produjo la conducta, pero confrontamos con que se está “saliendo excesivamente de la norma”. Trabajamos la culpa que puede suponer eliminar estas conductas (para muchas pacientes es una demostración de amor). Utilizamos las técnicas de inversión de papeles o de adivinar el pensamiento del fallecido. Junto a este desafío cognitivo recomendamos tareas conductuales: Hay que ir modificar progresivamente esas conductas (ej.: ir progresivamente menos al cementerio, realizar cambios en la habitación, despedirse de las cenizas, etc.).

DERIVACION A SALUD MENTAL

La mayoría de los casos de duelo complicado resultará necesario interconsultar o derivar a salud mental. Conviene derivar cuando:

- Hay riesgo de suicidio.
- Existe un trastorno de personalidad grave o historia personal de trastornos psiquiátricos previos.
- Existen síntomas psicóticos o trastornos conductuales graves.

- El paciente no responde a nuestra intervención, no nos sentimos a gusto con su tratamiento o lo demande él o su familia.

RECOMENDACIONES A LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS EN DUELO.

Las principales recomendaciones son las siguientes:

1.- Hay que invitar a la persona a que exprese sus sentimientos pero sin forzarle. Los sentimientos reprimidos siempre acaban saliendo pero más tarde, de forma más compleja y con tendencia a la cronificación. Tampoco hay que caer en el otro extremo de hablar continuamente del difunto. Por tanto, el tema no debe ser tabú ni demasiado frecuente, pero cuando se hable se puede profundizar en él. Tampoco hay que insistirle tanto en que hable de sentimientos que termine sintiéndose culpable por no expresarlos.

2.- Compartir sentimientos y recuerdos sobre el muerto con personas que le hayan conocido. Este hecho facilita recomponer la imagen interna del fallecido e interiorizarlo como una experiencia valiosa que nos acompañará siempre. Como ejemplo, en Japón, los amigos del fallecido se reúnen periódicamente para hablar de él en forma de homenaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de psiquiatría. 8ª ed.* Panamericana: Madrid, 1999.
- Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales y del comportamiento.* Meditor: Madrid; 1994.
- Fabrega H Jr, Mezzich JE, Mezzich AC. *Adjustment disorder as a marginal o transitional illness category in DSM-III.* Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 567-572.
- Van Eerdervegh M, Playton PJ. Bereavement. En: Michels R, Cavenar JO, Brodie HK, et al. *Psychiatry.* Philadelphia, Pa: Lippincott, 1988: 1-11.
- Holmes TH, Rahe RH. *The social readjustment rating scale.* J Psychosom Res 1967; 11: 213-218.
- Parkes CM. *Bereavement.* Hammondsworth: Penguin, 1972.
- Gamo Medina E. *Teoría y clínica del duelo.* Ciudad Real: Angama, 1999.
- Tizón JL, San José J, Nadal D. *Duelo en: Protocolos y programas para la atención primaria en salud mental.* Vol I. Barcelona: Herder, 1997; 155-64.
- Lazare A. Bereavement. En: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A. *The medical interview.* New York: Springer, 1995; 324-30.
- Tizón J. *El duelo y las experiencias de pérdida.* En: J.L. Vázquez Barquero (ed). *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid: Aula Médica, 1998.
- Buitrago F, Ciurana M, Chocón L, Fernandez C, García-Campayo J, Montón C, Redondo MJ, Tizón JL. *Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud.* Atención primaria 1999; 24, suppl 1: 133-192.
- Salkovskis PM. *Frontiers of cognitive therapy.* The Guilford Press: New York, 1996.
- Grinberg L. *Culpa y depresión.* Madrid. Alianza, 1988.

Manuscrito recibido: 14/06/2012

Revisión recibida: 27/06/2012

Manuscrito aceptado: 29/06/2012

ANEXO. CASOS SOBRE DUELO

CASO 1

Nos encontramos en el Servicio de Urgencias de un hospital. Ha habido un accidente de tráfico y ha muerto un matrimonio que vivía en la zona. Se ha avisado por teléfono a una hija y ha venido al hospital. El médico de urgencias le ha informado progresivamente de la mala noticia: sus padres han sufrido un accidente de tráfico, han sido traídos al hospital, se ha comprobado la gravedad de las lesiones, han hecho todo lo que se ha podido pero ambos han fallecido.

La hija dice que es mentira, que el médico se está confundiendo con otras personas. Ella ha dejado a sus padres perfectamente esta tarde y están vivos. Ahora estarán en algún sitio de la costa. Se ríe nerviosamente, se encuentra bastante inquieta y dice quiere irse de urgencias porque ya no tiene nada que hacer allí. Se le informa que no se la puede dejar marchar en ese estado de nerviosismo. Se insiste en que sus padres están muertos, pero ella sigue negando su muerte.

Cuestiones:

- 1.- ¿Es un duelo normal, una depresión o un duelo patológico?
 - 2.- ¿Cuál sería la actitud a tomar?
-

CASO 2

Mujer de 62 años, que acude con su marido a la consulta. Viene vestida de negro riguroso, con aspecto más bien abandonado y llorando abiertamente. Relata que su hijo único, de 29 años, que estaba a punto de casarse y que tenía un buen trabajo como ingeniero, ha fallecido hace 6 meses en un accidente de tráfico. Durante este tiempo llora continuamente, no disfruta con las cosas, no tiene ganas de hacer nada (es ama de casa pero no puede encargarse de ella), no se concentra en sus actividades, no puede dormir, apenas come y piensa en morir para reunirse con su hijo. Cree que sólo en el otro mundo será feliz.

La familia, inicialmente, aceptó su malestar y algunas “manías” como dejar la habitación del difunto exactamente igual, ir al cementerio todos los días, dormir con una foto de su hijo, hablar con él casi a diario en un pequeño altar que ha construido con velas y fotos de él, etc. Sin embargo, ahora están muy preocupados porque consideran que no es normal y por eso la han traído al médico.

Cuestiones:

- 1.- ¿Es un duelo normal, una depresión o un duelo patológico?
- 2.- ¿Cuál sería la actitud a tomar?

CASO 3

Mujer de 26 años, soltera, traída a la consulta por la familia. Su padre ha fallecido hace 6 meses. Según cuenta su madre, que le acompaña, era un hombre autoritario, que bebía con frecuencia y llegaba “cargado” a casa. Con algunos esfuerzos, la madre reconoce que les insultaba y, con relativa frecuencia, les pegaba a ella y a su hija. La paciente interrumpe a su madre violentamente y le pide que no diga mentiras, que no era tan malo, que ellas también le hacían cosas fuertes a él.

La paciente dice que durante años ha odiado a su padre, que durante mucho tiempo deseo que se muriese. De hecho, llevaba los 10 últimos meses, antes de su muerte, sin hablarle. Piensa que ha sido una mala hija y que esos sentimientos son indignos. Dice que habla con su padre todas las noches antes de irse a dormir y que le cuenta cosas bonitas. Ella disfruta mucho con eso, porque recuerda a su padre bueno que cuando ella era pequeña le contaba cuentos en la cama. Lloro con frecuencia y duerme peor, aunque mantiene el apetito. Tiene dificultades en la concentración pero sigue trabajando como dependienta (reconoce que el rendimiento es bajo). Piensa muy ocasionalmente en la muerte para volver con su padre, pero el cariño hacia su marido le mantiene.

Cuestiones:

- 1.- ¿Es un duelo normal, una depresión o un duelo patológico?
 - 2.- ¿Cuál sería la actitud a tomar?
-

CASO 4

Varón de 41 años, ejecutivo de una empresa, padre de dos hijos de 10 y 7 años. Ha enviudado hace cuatro meses y viene a la consulta porque no puede dormir bien y le está afectando en el trabajo. Afirma que ha sido muy duro, sobre todo por el cuidado de los hijos y por la reacción de estos, que querían mucho a su madre. Estuvo varios días de baja, pero pronto comprendió que era inútil: tenía que seguir porque la vida era así y los suyos le necesitaban. Por otra parte, sabía que su mujer hubiese querido eso. Alguna vez habían hablado de la muerte durante el proceso de su cáncer terminal, y ella le decía que la recordasen con una sonrisa. De hecho, le había “dado permiso” para volver a casarse con otra mujer, porque sabía que él no era persona de vivir solo. Iba una vez al mes al cementerio. Al principio, llevaba a los niños con él pero, posteriormente, no; pensaba que era un sufrimiento innecesario. Los niños, después de unas semanas en que estuvieron tristes, se habían adaptado bastante bien a la pérdida. La madre del paciente le ayudaba a cuidarlos, pero tenía una señora todos los días. También sus suegros le echaban una mano, porque la relación siempre había sido buena.

Cuestiones

- 1.- ¿Es un duelo normal, una depresión o un duelo patológico?
- 2.- ¿Cuál sería la actitud a tomar?