



**Guía** para  
profesionales de la salud ante  
**situaciones de duelo**



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**



**Guía** para  
profesionales de la salud ante  
**situaciones de duelo**



Con la financiación de Fondos de Cohesión  
del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad  
y el patrocinio de la Consejería de Salud  
de la Junta de Andalucía



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**



**Elabora** Grupo de trabajo sobre atención a situaciones de duelo del II PISMA  
Servicio Andaluz de Salud

**Edita** Área de Evaluación y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Diseño** Catálogo

**Imprime** Alsur, S.C.A.

**Depósito Legal** GR 2650-2011

**ISBN** 978-84-694-6237-9

Todos los derechos reservados

## equipo de elaboración

### **Solange Basaluzzo Tamborini**

*Psiquiatra. Unidad de Salud mental comunitaria (USMC)  
Puerta Blanca. Málaga*

### **Daniel González Gómez**

*Psicólogo clínico. USMC Aracena. Huelva*

### **Pilar Goya Ramos**

*Médico en Medicina preventiva y Salud pública.  
Sector de ordenación. Dirección general de asistencia  
sanitaria del Servicio andaluz de salud. Sevilla  
(Coordinación del equipo)*

### **Miguel Guerrero Díaz**

*Psicólogo Clínico. USMC El Cónsul. Málaga  
(Coordinación del equipo)*

### **Juan José Luna Cano**

*Médico de familia. UGC El Rancho. Equipo de soporte  
domiciliario. Morón de la Frontera. Secretario de la Sociedad  
andaluza de cuidados paliativos (SACPA). Sevilla*

### **Antonio Madueño Caro**

*Médico de familia. Centro de salud de Atención primaria  
(CSAP). La Laguna. Coordinador del grupo de trabajo  
sobre Salud mental de Sociedad andaluza de medicina  
familiar y comunitaria (SAMFyC). Cádiz*

### **Mª Cruz Morales Ortega**

*Administrativa. Subdirección de análisis y control interno.  
Servicio andaluz de Salud. Sevilla*

### **Juan Carlos Morilla Herrera**

*Enfermero. Unidad de residencias. Distrito de AP Málaga.  
Responsable y docente de los cursos de afrontamiento  
del duelo para profesionales de enfermería de la Asociación  
andaluza de enfermería comunitaria (ASANEC). Málaga*

### **Narcisca Palomino Urda**

*Pediatra. CSAP Las Flores. Granada.  
Vicepresidenta de la Asociación de pediatras  
de Atención primaria de Andalucía (APap-A)*

### **Ángela Ruiz Extremera**

*Pediatra. Unidad de cuidados intensivos (UCI)  
pediátrica y neonatal del Hospital San Cecilio. Granada*

---

## edición del documento

### **Mª Paz Conde Gil de Montes**

*Médica de familia. Técnica. Programa de Salud mental.  
Servicio andaluz de Salud*

### **Almudena Millán Carrasco**

*Psicóloga. Profesora. Escuela andaluza de Salud pública*

### **Antonio Olry de Labry Lima**

*Farmacéutico. Técnico. Escuela andaluza de Salud pública*



# índice

<b>1</b>	<b>Introducción</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Cuestiones previas</b>	<b>15</b>
2.1.	Marco teórico	17
2.2.	La sociedad del bienestar y el mito de la inmortalidad	18
2.3.	La función terapéutica del duelo: restaurar la pérdida y el mundo interno	20
2.4.	El duelo mal elaborado	21
2.5.	Desmedicalizar el duelo	22
2.6.	¿Qué nos aporta la evidencia?	23
2.6.1.	¿Qué intervención conviene poner en marcha según la evidencia?	24
2.6.2.	¿Hay diferencias o peculiaridades cuando se trata de población infantil?	29
2.6.3.	¿Debería considerarse el duelo como un trastorno?	30
2.7.	Conclusiones finales	31
<b>3</b>	<b>Casos clínicos</b>	<b>33</b>
3.1.	<b>Duelos por muerte esperada</b>	<b>41</b>
3.1.1.	La encina. Duelo anticipado. Normal. Hijo	43
3.1.2.	Coma, culpa y soledad. Duelo anticipado. Normal. Esposa	46
3.1.3.	Unidos en el dolor. Duelo anticipado. Normal. Esposo/Padre Hermana	51
3.1.4.	Negar las despedidas. Duelo anticipado y agudo. Normal. Esposa/Hijos	58
3.1.5.	De cómo fue perder a mi hermano. Duelo anticipado. Normal. Hermana	64
3.1.6.	La función debe continuar. Duelo temprano. Normal. Hija	71
3.1.7.	La madre sustituta. Duelo anticipado. Normal. Hijos	74
3.1.8.	Una muerte en paz. Duelo anticipado. Temprano. Normal. Esposa	78
3.2.	<b>Duelos por muerte inesperada</b>	<b>83</b>
3.2.1.	Llorar sin lágrimas. Duelo intermedio. Patológico. Madre	85
3.2.2.	Los hijos que no llegaron. Duelo temprano. Normal. Madre	91
3.2.3.	Pisando fuerte. Duelo latente. Diferido. Patológico. Hija	99
3.2.4.	Pérdida del ideal. Duelo latente. Diferido Patológico. Hijo	102

3.2.5. Pastillas para no llorar. Duelo tardío. Patológico. Madre .....	106
3.2.6. Duelo inmigrante. Duelo temprano. Normal. Madre .....	109
3.2.7. Llorar a un amigo. Duelo agudo. Normal. Amigo .....	114
3.2.8. Vivir sin su hija. Duelo tardío. Patológico. Madre .....	118
3.2.9. Tiempo congelado. Duelo tardío. Patológico. Hija .....	121
3.2.10. Verla una vez más. Duelo temprano. Patológico. Madre .....	127
3.2.11. El pequeño del equipo. Duelo agudo. Normal. Hermano .....	133
3.2.12. Rebeldía adolescente. Duelo diferido. Patológico. Hijo .....	138

<b>Índice de siglas y abreviaturas .....</b>	<b>143</b>
--	------------

<b>Bibliografía .....</b>	<b>147</b>
---------------------------	------------

## anexos en CD

### 1 Anexo 1. Carpeta para profesionales

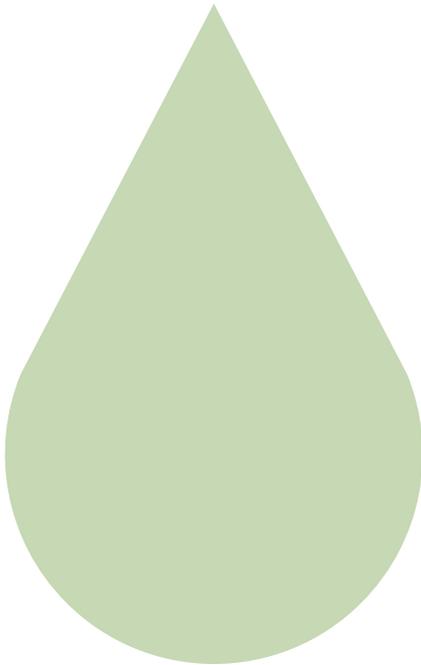
- 1.1. Profundización teórica
- 1.2. Datos de interés
- 1.3. Materiales para profesionales
  - 1.3.1. Algoritmo de decisión en situaciones de duelo
  - 1.3.2. Formularios para historias clínicas ligadas a duelo
  - 1.3.3. Enlaces a sitios de interés
  - 1.3.4. Documentos de interés

### 2 Anexo 2. Carpeta para dolientes

- 2.1. Enlaces a sitios de interés
- 2.2. Filmoteca
- 2.3. Biblioterapia
- 2.4. Materiales para dolientes

**1**

# **introducción**



**E**n las últimas décadas, situaciones de la vida cotidiana que crean tristeza o malestar han sido consideradas, en gran medida, como objetivo terapéutico tanto por el Sistema sanitario como por sus profesionales y por la ciudadanía (Ortiz y de la Mata, 2004). Esta premisa ha llevado a confundir sentimientos humanos (frustración, pérdida, ira, soledad, etc.) con enfermedades y a tratarlos como tales, cuando en realidad lo que precisaban eran actuaciones informativas, de apoyo afectivo o consejo que permitiesen a las personas afrontar el dolor o malestar con sus mejores recursos personales. Actualmente, existe un consenso científico y social sobre la necesidad de devolver a las personas el protagonismo sobre su propia salud y, en especial, en esferas como la vivencia o el control de sus emociones (Rivera de los Santos y cols., 2011 y Álvarez-Dardet y Ruiz-Cantero, 2011).

Las políticas y estrategias definidas por la Unión Europea, en el documento **Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe** (Jané-Llopis y Anderson, 2005) y el Estado Español, en la **Estrategia en salud mental del Sistema nacional de salud 2009-2013** (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011), priorizan objetivos relacionados con la promoción de la Salud mental y la prevención de la enfermedad mental. La promoción es para estas estrategias una táctica eficaz para la reducción de la medicalización de problemas no médicos, como la angustia o la infelicidad producida por acontecimientos vitales adversos, entre los que se encuentra la muerte de seres queridos –duelo no patológico–.

Distintos documentos estratégicos **andaluces** destacan la importancia de la promoción y la prevención en Salud mental:

- 1 El II Plan de Calidad** (Consejería de Salud, 2005) **y el III Plan Andaluz de Salud** (Consejería de Salud, 2003b) señalan la necesidad de reforzar las actividades de prevención y promoción en este ámbito en Andalucía.
- 2 El Plan de Calidad 2008-2014** (Consejería de Salud, 2008a) en su proyecto 18, incide también en las estrategias de promoción y prevención en salud.

**El II Plan Integral de Salud mental 2008-2012 (II PISMA)** (Consejería de Salud, 2008b), en su línea estratégica 7 sobre Atención a la Salud mental de la población andaluza (actividad 9), plantea la necesidad de «desarrollar y difundir entre profesionales de la salud una **guía de actuación** ante situaciones de duelo, que garantice la no medicalización innecesaria de los duelos normales y la detección precoz y correcto abordaje de los duelos patológicos, en el nivel más adecuado de atención».

El grupo redactor de este libro encontró que existían varios documentos (Dollenz, 2003; Neimeyer, 2006) que daban respuesta al objetivo marcado en el II PISMA, ofreciendo información, orientación y herramientas al colectivo profesional de la Salud para apoyar eficazmente<sup>1</sup> a las personas en el afrontamiento del duelo. Estos documentos respondían a cuestiones

---

<sup>1</sup> Apoyo eficaz: El/la profesional ofrece apoyo a las personas dolientes para que resuelvan favorablemente su proceso de duelo evitando la medicalización innecesaria.

básicas como: identificar el duelo, evaluar su potencial de riesgo, señalar aspectos preventivos de una evolución mórbida del duelo etc. Una selección de ese material se puede consultar en el CD adjunto a esta guía.

Situados dentro de este contexto, se acotó el **objetivo** de esta guía buscando una utilidad complementaria: ofrecer al personal sanitario **elementos y argumentos** para **reflexionar** (trabajando las actitudes junto a las aptitudes y conocimientos) acerca de las intervenciones que pueden poner en marcha ante una consulta de esta naturaleza.

Se delimitó también la población diana. Así, la presente Guía va dirigida a **profesionales de Atención primaria** que trabajan prestando atención directa en los centros del Sistema sanitario público de Andalucía (SSPA), aunque también puede ser útil para profesionales que asisten a la muerte de pacientes y viven la reacción de sus familias en otros ámbitos sanitarios.

Respondiendo a su finalidad, el documento se estructura en **3 apartados**, aparte de este apartado introductorio:

- 1** El primer apartado, **Cuestiones previas**, revisa el marco teórico básico para comprender los principales conceptos y el enfoque actual del duelo y su abordaje en nuestra sociedad. En este apartado también se enumeran algunos estudios y revisiones destacados sobre la efectividad de distintas intervenciones en distinto tipos de duelo.
- 2** El segundo apartado, **Casos clínicos**, constituye el principal cuerpo del libro y pretende ofrecer una aproximación a diferentes casos, «reales

y habituales», de duelo en distintos ámbitos del Sistema sanitario. Se persigue facilitar el aprendizaje práctico, a través de la reflexión sobre experiencias presentadas por diferentes profesionales, imitando el estilo de las sesiones clínicas. Otro objetivo de este capítulo es plantear reflexiones sobre actuaciones que pueden llevar a cabo, los y las profesionales de la Salud desde el enfoque preventivo y de promoción de la Salud. Los casos incorporan orientaciones teórico-prácticas apoyadas por la evidencia y/o la experiencia recogida en la literatura. Sin embargo, en ningún momento, se deben entender las recomendaciones como directrices a aplicar a modo de «recetas maestras» o normas de obligado cumplimiento, sino como opciones con apoyo empírico.

- 3 El tercer apartado, **Anexos**, recoge materiales de profundización y apoyo, con los que puede contar el colectivo profesional sanitario, para sí o para las personas en situación de duelo. En el índice se puede conocer el contenido de estos anexos, que se depositan en el disco compacto (CD) adjunto a este libro. Se incluyen diferentes elementos: contenidos de profundización teórica sobre el duelo en nuestra sociedad, herramientas de decisión y registro (algoritmo de decisión en caso de duelos o formularios de historia clínica) y recursos de apoyo para personas dolientes.

Esta guía es el resultado del trabajo de un grupo de profesionales, pertenecientes a las diferentes disciplinas y sectores sanitarios que integran la asistencia. Tanto en la autoría como en el proceso de revisión, la guía ha contado con la colaboración de las sociedades científicas.

**2**

# **cuestiones previas**



## 2.1. Marco teórico

Cada cultura presenta diferencias en cuanto a la vivencia de la muerte. Así, al concepto individual de cada sujeto se une el contexto social en el que se crece y se desarrolla. De esta manera, mientras hay pueblos que miran el final de los días con miedo, rehusando hablar de los muertos, otros celebran como fiesta nacional el «día de los difuntos» (Caycedo Bustos, 2007).

La socialización y la forma de enfrentarnos a la realidad tienen como finalidad el cumplimiento de dos leyes básicas, comunes a todos los seres vivos: la supervivencia individual y la de la especie. La sociedad occidental actual vive marcada por la búsqueda del placer como fin. Ello hace que el discurso social imperante no deje lugar al sufrimiento, considerándolo algo indeseable y antinatural que hay que erradicar en cuanto aparece.

El avance de la tecnología y la ciencia médica generan la expectativa de que los problemas sean resueltos con inmediatez. La misma rapidez con la que se puede acceder a la información en Internet o disponer de dinero en cajeros automáticos, pretende ser trasladada al campo de la medicina. Por ejemplo, es frecuente ver en televisión anuncios de fármacos que procuran un alivio inmediato a los síntomas del resfriado. Por su parte, el modelo económico actual empuja hacia la recuperación rápida de cual-

quier enfermedad, que permita la reincorporación de la persona enferma al mundo de la producción y el consumo (Tizón, 2005).

El duelo es el sentimiento subjetivo provocado por la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente (Freud, 1917). En las culturas conformadas por la industrialización, en los países llamados desarrollados, la enfermedad y la muerte se consideran enemigos. La medicina trata de atacar las supuestas causas de la enfermedad, pero en cualquier caso, lo más importante es sobrevivir. El éxito se suele medir en cuánto tiempo se ha sobrevivido más que cómo se ha vivido. El hecho de que el colectivo profesional de la Salud considere la muerte como un fracaso de sus esfuerzos, no permite establecer relaciones abiertas y francas con pacientes que se encuentran en la última fase de su vida.

## **2.2. La sociedad del bienestar y el mito de la inmortalidad**

Con demasiada frecuencia, una sociedad suele rechazar lo que no se adecua a sus esquemas de pensamiento. La incapacidad social de reconocer y comprender la muerte influye en las consideraciones éticas y en el comportamiento de los individuos. La sociedad del bienestar lleva a sus miembros a negar y a sentir indefensión ante un hecho, tan vital e inexorable, como la muerte. Coexisten, en estos sujetos, la experiencia física de la muerte con la negación afectiva de la misma (Flórez, 2002).

Este sentimiento de indefensión, que proviene de la toma de conciencia de la inexistencia de la inmortalidad, es especialmente traumático en la «pérdida del hijo». En estos casos el duelo se transforma, frecuentemente, en un acontecimiento vital estresante frente al que carecemos de recursos para afrontar. Pero el duelo no es una enfermedad, sino un proceso doloroso, a veces esperado y otras no, que responde a la muerte de un ser querido (Olmeda García, 1998).

De forma habitual, el duelo se asocia con la depresión. Sin embargo, el duelo puede entenderse como cualquier representación mental y conductas vinculadas con una pérdida afectiva (la pérdida de un ser querido, un fracaso escolar, una separación, la pérdida de la salud). Por tanto, psicopatológicamente el duelo se encuadraría en los trastornos adaptativos que cursan con manifestaciones afectivas, sobre todo de índole depresiva y emocional, como tristeza, llanto, desesperanza, rabia, impotencia, etc. (Tizón, 2005).

Con mucha frecuencia el personal sanitario atiende episodios de duelo (en sus distintas fases) en consulta. Estas consultas se presentan como una oportunidad para prevenir una evolución inadecuada del duelo, más aún cuando la pérdida es esperada en el tiempo (elaboración del «duelo premortem o duelo anticipatorio»). Por ello, resulta oportuno que el personal de la Salud tenga una concepción biopsicosocial del duelo que les permita, en caso necesario, iniciar intervenciones específicas, más allá del apoyo social inespecífico. Esta concepción englobaría las siguientes perspectivas: 1) psicológica: que asume la inevitabilidad del duelo y distintas formas de reaccionar en su vivencia, 2) psicosocial: que contempla las distintas transiciones y el tiempo que puede conllevar la adaptación a la pérdida, 3) etiológico-antropológico: el duelo conduce a una reconstrucción del mun-

do interno y 4) biológica: que revisa las respuestas fisiológicas, emocionales y alteración de ritmos ligadas al duelo (Caycedo Bustos, 2007).

La intensidad del duelo dependerá de la intensidad de los vínculos de apego entre la persona fallecida y la persona doliente. En cualquier caso, en el mejor de los supuestos, el duelo es una vivencia agresiva, porque confronta a la persona con los cuatro conflictos básicos de nuestra existencia: la muerte, la libertad, la soledad y la falta de significado de la vida. La muerte nos recuerda que no somos tan libres como creíamos. Además, el duelo es una experiencia individual, que se vive en solitario. Por último, la pérdida de nuestros seres queridos nos confronta con la eterna pregunta sobre el significado de nuestra existencia (Glass, 2005).

### **2.3. La función terapéutica del duelo: restaurar la pérdida y el mundo interno**

En casi todas las culturas, la muerte de una persona integrante del grupo social se afronta mediante algún rito que ayude a tomar conciencia de la pérdida, a expresar las emociones en sociedad, a facilitar a quienes quedan a asumir los roles que desempeñaba la persona desaparecida, a integrar lo inadmisibile de la muerte, etc.

La ritualización ayuda a asumir el vacío que deja en el grupo la pérdida de uno de sus miembros. El luto u otros ritos ayudan a sobrellevar el absurdo

de la muerte y a asumir y recolocar los roles de quienes quedan. El rito cumple una función terapéutica necesaria para el equilibrio de los y las supervivientes (Rodríguez Rodríguez, 2001).

La literatura señala que puede resultar muy perjudicial la decadencia de los rituales de duelo. En la sociedad moderna se impide la escenificación del duelo en su vertiente pública, impidiendo el consuelo social de las amistades y el reconocimiento público de la pérdida. La pérdida de espacios y rituales sociales en los que expresar sentimientos y recibir apoyo, lleva a muchas personas a interpretar el duelo como una enfermedad por lo que acuden, durante los primeros tres meses –periodo de duelo funcional–, a los servicios de Salud mental en busca de ayuda. (Rodríguez Rodríguez, 2001).

La situación se agrava en el caso de quienes migran de una cultura a otra. Estas personas se encuentran sin un espacio social para expresar su dolor. Sus costumbres y sus prácticas, religiosas o espirituales, no son comprendidas por la sociedad que les acoge. Este hecho dificulta, aún más en su caso, la recepción de apoyo social (Yoffe, 2002).

## 2.4. El duelo mal elaborado

El trabajo del duelo es un proceso que, si se realiza adecuadamente, puede dar lugar al crecimiento y enriquecimiento psicosocial. Hay que tener en cuenta que el duelo no patológico supone un reto para la evolución cultural del individuo y de la sociedad (por las referencias, ya descritas, a

la concepción del dolor y la muerte). Las distintas formas que el duelo patológico puede adoptar merecen una capacitación profesional específica.

En algunos casos, la vivencia de la pérdida puede conducir a estados de shock emocional, con estrechamiento del campo de conciencia, sensación de irrealidad e, incluso, a la ideación delirante. El diagnóstico clínico más común en el duelo mal elaborado es el trastorno depresivo.

Existen diferentes tipos de duelo patológico que requieren un abordaje distinto. El duelo puede clasificarse como anormal, complicado, atípico o no resuelto. Los factores predictivos de una mala evolución o elaboración del duelo son: el tipo de relación previa, antecedentes vitales, rasgos de personalidad, factores sociales o tipo de fallecimiento. En el anexo 1.1, se puede encontrar información para profundizar sobre estos conceptos y temas (ver CD adjunto).

## 2.5. Desmedicalizar el duelo

Desmedicalizar el duelo también significa «despsicologizarlo». De hecho, abordar una situación natural como si se tratase de una enfermedad puede tener consecuencias iatrogénicas.

El personal facultativo de primaria se encuentra frecuentemente frente a la demanda de psicofármacos para el alivio de síntomas. Sin embargo su administración resulta, frecuentemente, inadecuada. Por el contrario, existe un

variado arsenal farmacológico con demostrada eficacia y seguridad para el abordaje de los perfiles sintomáticos que las personas dolientes manifiestan.

Las variables asociadas a la prescripción de psicofármacos en estas situaciones son comunes a otras que caracterizan la psiquiatrización de la vida cotidiana. Estas variables son: escenario de relación «médico-paciente», accesibilidad al Sistema sanitario, naturalismo<sup>2</sup> como modelo de clasificación sintomática, falta de recursos para la acción cognitivo-conductual que favorezca la elaboración del duelo.

## 2.6. ¿Qué nos aporta la evidencia?

En la literatura científica existen múltiples revisiones bibliográficas y guías clínicas sobre la eficacia de las diferentes intervenciones sobre los procesos de duelo. Cabe destacar que este trabajo no pretende reproducir estos resultados y conclusiones, ya que son ampliamente conocidas y accesibles.

El objetivo general de este documento es facilitar al personal sanitario el abordaje de los procesos de duelo, desde un modelo de promoción-prevenición y mediante un enfoque de identificación y movilización de los activos en salud de cada paciente y su entorno. De acuerdo con ese objetivo, se ha realizado una síntesis de la información disponible y en este

---

<sup>2</sup> El naturalismo o modelo biomédico es una teoría de la salud enfermedad, que concibe la enfermedad como una desviación de la norma estadística o por criterios biológicos a distinto nivel. Establece una discontinuidad (oposición) entre lo sano y lo patológico. (En <http://www.slideshare.net/JESUSARMANDO HARO/teoras-y-conceptos-de-salud-enfermedad>).

apartado se aportan unas reflexiones basadas en la evidencia sobre cómo intervenir en los procesos de duelo.

Ante una persona demandante de asistencia sanitaria que presenta una sintomatología de la esfera depresiva (tristeza, anhedonia, apatía, fatigabilidad, alteraciones de los hábitos, etc.) relacionada con la muerte de un ser querido (proceso adaptativo de duelo abierto) cabe preguntarse:

### **2.6.1. ¿Qué intervención conviene poner en marcha según la evidencia?**

Para concretar esta cuestión, hay que hacerse varias preguntas: ¿Existe evidencia de que en personas dolientes, el tratamiento psicofarmacológico resulta eficaz para reducir el dolor por la pérdida? ¿Es necesaria y/o eficaz la psicoterapia en el duelo? ¿Qué eficacia muestran otras intervenciones para reducir síntomas asociados al duelo? A continuación se muestra un resumen que puede ayudar a responder estas cuestiones.

## **Tratamiento farmacológico**

### **Revisión sistemática**

Forte AL y cols. (2004) incluyeron un total de 74 estudios (23 sin grupo control y 51 con grupo control, de ellos en 30 con asignación aleatoria). Concluyeron que el tratamiento farmacológico en depresión asociada al

duelo se muestra eficaz, pero que no hay unos patrones consistentes de tratamiento que disminuyan el duelo en sí.<sup>3</sup>

### Revisión no sistemática

Hensey (2006) describió como la mayoría de los estudios se han centrado en las viudas y viudos, frente a aquellos que han perdido a sus padres, hijos y hermanos. Los estudios muestran que los antidepresivos son bien tolerados y tienden a mejorar los síntomas de la depresión más que aquellos relacionados con el duelo.

### Estudio cuasiexperimental

Hensley y cols. (2009) reclutaron a 33 pacientes con duelo complicado, para estudiar la eficacia del tratamiento con inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) en la mejora de síntomas de ansiedad, depresión y propios del duelo. Se encontró que el tratamiento con ISRS produjo una mejoría de los distintos síntomas (un 66% experimentaron una mejoría en al menos del 50% de los síntomas en la escala de Hamilton de depresión, un 52% finalmente remitieron todos los síntomas). Cabe destacar que los sujetos fueron sometidos a psicoterapia y no se controló

---

3 Su principal aportación está en la explicación de porqué las psicoterapias no consiguen arrojar evidencia. **Resultados:** Los antidepresivos (AD) son efectivos para los síntomas depresivos asociados al duelo, pero no para mejorar el duelo per se. Las benzodiacepinas no arrojan resultados significativos. Los grupos de autoayuda y/o counselling: de los 15 estudiados el 50% arrojan resultados positivos, la otra mitad no (no hay diferencias significativas de mejoría). Psicoterapia cognitiva-conductual (TCC): no hay efectos en la intervención entre el grupo que recibió TCC del grupo placebo en ningún resultado medido. No hay superioridad de ninguna psicoterapia frente a otra para mejorar los síntomas del duelo. El psicoanálisis muestra tal cantidad de sesgos metodológicos que no consigue evidenciar efectos de tratamiento. Pero si aporta la modalidad de formato grupal frente al individual. Terapia conductual: sin efectos. Terapia interpersonal: sólo incluye un estudio que no aporta efectos de tratamiento. Terapia Sistémica: resultados mixtos. No evidencia significativa en sus intervenciones medibles. **Conclusión:** Sólo hay apoyo empírico para la utilización de los AD para el tratamiento de los síntomas depresivos asociados al duelo (comorbilidad). Las intervenciones psicoterapéuticas no arrojan evidencia de efectividad debido a la excesiva heterogeneidad teórica. Hay tantos estudios como autores (variabilidad interestudios). Inadecuación a la hora de aplicar los procedimientos terapéuticos (variabilidad clínica) Pocos estudios de replicación de resultados. Debilidad metodológica y de análisis de datos.

este efecto (sesgo de cointervención), por lo que no se sabe qué porcentaje de variabilidad está explicada por el ISRS y cuál no. Tampoco se establecen diferencias en los resultados en personas con duelos patológicos o no.

## Intervención psicoterapéutica

### Revisión sistemática y metanálisis

Currier, Holland y Neimeyer (2010) incluyeron un total de 11 estudios ( $n=1113$  personas), 10 de ellos con asignación aleatoria. Se encontró que quienes recibieron la intervención cognitivo-conductual (TCC) obtuvieron mejores resultados a corto (Odds ratio (OR)=0,27, IC95%: 0,09-0,44) y largo plazo (OR=0,25; IC95%: 0,05-0,46). Cabe destacar que intervenciones no basadas en TCC obtuvieron mejores resultados a corto plazo (OR=0,38; IC95%: 0,09-0,67) que la no realización de ninguna intervención, pero estas diferencias desaparecieron a largo plazo.

### Revisión sistemática

Currier, Neimeyer y Berman, 2008 revisaron 61 estudios controlados y un posterior metanálisis. Así, en general, los análisis mostraron que las intervenciones mostraron un efecto pequeño a corto plazo, pero ningún beneficio estadísticamente significativo a largo plazo. Sin embargo, las intervenciones dirigidas a personas dolientes con dificultades para adaptarse a la pérdida habían obtenido resultados favorables comparables a las intervenciones psicoterapéuticas para otras dificultades. Se concluye que resulta importante atender a las personas en duelo pero se necesitarían más estudios sobre el tipo de intervenciones a realizar.

## Metanálisis

Kato y Mann (1999) incluyeron un total de 11 estudios con asignación aleatoria y grupo control. Tras realizar los análisis, concluyeron que la intervención psicológica para la depresión debida al duelo no resulta eficaz para aliviar el sufrimiento experimentado por la persona doliente<sup>4</sup>.

Von Fortner (1999) analizó 23 estudios con asignación aleatoria y grupo control, con un total de 1.600 sujetos. Así, el metanálisis concluye que resulta muy difícil justificar el asesoramiento psicoemocional (counselling) o la terapia de duelo para personas con duelo normal, sin embargo parece ser de ayuda en personas con duelo de riesgo o complicado.

## Otras intervenciones

### Metanálisis

Wittouck y cols. (2011) incluyeron un total de 14 estudios (n=1655 sujetos), donde 910 pacientes recibieron la intervención y el grupo control estaba formado por 745 personas. Se encontró que las intervenciones preventivas no mostraron resultados significativos. En cambio, las inter-

---

4 **Datos cualitativos:** referentes a psicoterapia individual incluyen revisión de varios ensayos de los que cumplen criterios de inclusión 4.

En tres de ellos encuentran poca e inconsistente mejoría del duelo, tanto en síntomas físicos (sueño, hábitos, etc.) como en síntomas psíquicos, y en el cuarto hay mejoría pero sólo en los psíquicos. Es imposible metodológicamente comparar diferentes psicoterapias (dinámica, sistémica, cognitivo-conductual o interpersonal) así que no se establece superioridad de ninguna orientación sobre otra. En cuanto a la opción de una terapia de familia o un grupo de psicoterapia de duelo, sólo en 2 de 8 ensayos se encontraron datos consistentes de beneficios adicionales para pacientes dolientes. Las deficiencias metodológicas hacen que las conclusiones a este nivel deban tomarse con gran cautela. **Datos cuantitativos:** teniendo en cuenta el tamaño del efecto de los estudios incluidos, las intervenciones psicológicas no son efectivas para la vivencia de depresión del duelo. Ninguna técnica demostró ser eficaz para los síntomas psicológicos del duelo. Hay tres posibles explicaciones a estos resultados: a) estas intervenciones no son efectivas; b) son efectivas, pero las intervenciones valoradas en el estudio no son lo suficientemente potentes como para reducir los síntomas (falta de sesiones, deficiencias en la aplicación de las mismas...); c) las técnicas resultan efectivas, pero metodológicamente no se puede demostrar.

venciones terapéuticas parecían ser eficaces en el alivio a corto y largo plazo de los síntomas del duelo complicado, aumentando su efecto significativamente con el tiempo.

Allumbaugh y Hoyt (1999) incluyeron 35 estudios (13 sin grupo control y 22 con grupo control y asignación aleatoria), 2284 sujetos. En este estudio se concluye que las intervenciones en duelo dirigidas a personas auto-seleccionadas (donde la persona en duelo decide pedir ayuda profesional) y las que comienzan unos pocos meses después de la pérdida, son las que obtenían mejores resultados.

### Revisión sistemática

Flenady y Wilson (2009) llevaron a cabo esta revisión para la biblioteca Cochrane. Este estudio perseguía evaluar los efectos de proporcionar cualquier forma de apoyo médico, de enfermería, social o psicológico u orientación, o ambos, a la madre, el padre y las familias después de la muerte perinatal. En primer lugar se destacó la poca literatura sobre el duelo por una muerte perinatal. Debido a los insuficientes estudios de calidad la revisión no pudo plantear conclusiones. Si bien el apoyo a los padres y a las familias después de una muerte perinatal está justificado en base a otros tipos de investigación, hay pruebas insuficientes para confirmar o refutar el beneficio de los diferentes tipos de intervenciones orientadas a brindar tal apoyo.

Schut y Stroebe (2006) en una revisión bibliográfica de estudios sobre intervenciones en pacientes dolientes, alcanzaron las siguientes conclusiones: a) las intervenciones tempranas en el duelo interfieren en el proceso

natural del mismo y son desaconsejables; b) las intervenciones son más efectivas cuando se aplican a duelos patológicos siendo imprescindible identificar los posibles factores de riesgo para estar alerta.

### Estudio cuasiexperimental

Shear y cols. (2005) reclutaron a un total de 83 mujeres y 12 hombres entre 18 y 85 años, para comparar dos intervenciones (intervención psicoterapéutica y terapia de duelo complicado) para el duelo complicado. Ambas intervenciones fueron administradas en 16 sesiones durante 19 semanas y constaban de tres fases. Encontrándose que tanto la intervención psicoterapéutica como la terapia de duelo complicado produjeron una mejoría de los síntomas. Cabe destacar que la tasa de respuesta y el tiempo de respuesta fueron mejores para el tratamiento de duelo complicado (51%) que para la psicoterapéutica (28%) (ambas  $p=0,02$ ). Así, el número necesario a tratar fue de 4,3.

## 2.6.2. ¿Hay diferencias o peculiaridades cuando se trata de población infantil?

Aunque en general existen muchos menos estudios realizados con población infantil que en población adulta, en los últimos años está aumentando su número. Además, hay que tener en cuenta que los estudios en poblaciones infantiles presentan deficiencias metodológicas y consideraciones éticas, que dificultan la generalización e interpretación de los resultados (Currier, Holland y Neimeyer, 2007).

Los resultados en cuanto a efectividad de las intervenciones de duelo en la infancia son similares a los realizados con personas adultas, es decir, no hay influencia significativa en la resolución del duelo del niño/a aplicando psicoterapia.

### **2.6.3. ¿Debería considerarse el duelo como un trastorno?**

En el artículo realizado por Glass (2005) se afirma que las personas expertas en materia de duelo, concluyen que existe un síndrome de duelo complicado (también llamado duelo traumático), que puede a veces concurrir con un episodio depresivo mayor o un trastorno de estrés postraumático. Estos episodios tendrían una fenomenología distinta, en cuanto a clínica, curso, pronóstico, etc., que merecería un diagnóstico diferencial.

Varios estudios (Sheark y cols., 2005 –que aporta un estudio aleatorizado–; Reynolds y cols., 1999; Zisook y cols, 2001), indican que los síntomas del duelo complicado no parecen responder bien ni a los antidepresivos ni a la psicoterapia, aunque sí se reducen los síntomas depresivos. La respuesta diferencial a estas intervenciones apoya la necesidad de separar y crear una categoría específica de trastorno, la de duelo patológico, separada de la depresión mayor y del trastorno de estrés postraumático. Este duelo patológico sería un problema de salud que difiere del duelo normal.

## 2.7. Conclusiones finales

De acuerdo con la revisión de la literatura y la evidencia, las principales conclusiones que el personal sanitario ha de tener presente en el abordaje del proceso de duelo en las consultas son:

- 1** Un duelo no es una enfermedad sino un proceso de elaboración de una pérdida (Dollenz, 2003).
- 2** Hay varias propuestas sobre las fases o etapas del duelo, pero lo importante es la manera en que cada persona las atraviesa. El proceso de duelo no se puede encuadrar como algo controlado, ni puede forzarse a que sea de una manera determinada (Fundación Carolina Labra Riquelme, 2007).
- 3** La mayoría de las personas en situación de duelo no necesitarán de ningún tipo de ayuda profesional formal (Landa y García, 2007).
- 4** Un grupo de dolientes requerirán de los servicios sanitarios, precisando desde actuaciones puntuales (en una única sesión) a una atención más continuada (seguimiento) y con una estructura temporal (Landa y García, 2007).
- 5** No hay suficiente evidencia como para hacer ninguna recomendación definitiva sobre qué tipo de intervención específica en duelo normal resulta más eficaz (Landa y García, 2007).

- 6** Es importante diferenciar entre el duelo normal y el duelo patológico (Dollenz, 2003). Es primordial tener herramientas para identificar claramente y de forma precoz, un duelo con riesgo de convertirse en patológico (Schut y Stroebe, 2006).
- 7** Las estrategias de intervención farmacológicas o psicoterapéuticas se han de plantear teniendo en cuenta que se hayan evidenciado eficaces para el tipo de duelo y los síntomas que esté teniendo cada persona (Fundación Carolina Labra Riquelme, 2007).
- 8** En caso de estar ante un duelo patológico hay evidencia de mejoría significativa de diversas psicoterapias cuando éstas se ponen en marcha como parte del plan cerrado de tratamiento. Por tanto es necesario trabajar ese duelo de forma específica con técnicas específicas (Glass, 2005).

Si se desea profundizar sobre los planteamientos teóricos esbozados en este apartado sobre Cuestiones previas, se puede consultar el anexo 1.1., sobre profundización teórica (ver CD adjunto).

En el siguiente apartado, que constituye la columna vertebral de esta guía, se recogen casos clínicos, que nos permiten reflexionar, desde un planteamiento práctico sobre cómo actuar en distintos casos que se puedan presentar en la consulta.

**3**

# **casos clínicos**



**C**omo ya se mencionó en la introducción, en la actualidad se insiste en la importancia de devolver a las personas el protagonismo sobre su propia salud, especialmente en el control de sus emociones. Por ello, se plantea la necesidad de favorecer los recursos propios del individuo y su entorno para luchar contra la tristeza o malestar que muchas situaciones de la vida cotidiana pueden generar (Rivera y cols., 2011 y Álvarez-Dardet y Ruiz, 2011).

Partiendo de estas consideraciones, este apartado recoge casos clínicos, aportados por profesionales de diferentes niveles y perfiles, elaborados a partir de su experiencia y/o de la vivencia de las personas dolientes (historias que se relatan en primera persona).

No es una enseñanza explícita, en el sentido de dar lugar a esquemas de actuación, sino que al recoger experiencias vivenciales, intenta proporcionar elementos de reflexión, que resulten útiles para el abordaje de los casos que se presentan en la práctica sanitaria habitual. Las historias o casos clínicos, tratan de identificar algunas de las situaciones que pueden encontrarse en la práctica clínica, ya que es imposible abordarlas en su totalidad y variedad. Además, no es necesario recoger la universalidad de las situaciones, ya que, independientemente del duelo que cada paciente tenga que afrontar, se pretende ofrecer un método o procedimiento de análisis utilizable para cualquier duelo.

El objetivo de este apartado es orientar al colectivo de profesionales de la Salud sobre la existencia de instrumentos metodológicos y buenas prácticas que les permita ayudar a establecer un duelo no patológico a familiares y personas allegadas a personas fallecidas.

La evolución como duelo normal o duelo patológico, depende de cuestiones diversas que tienen más que ver con otros factores, que con el tipo de circunstancias en que se produce la muerte. El abordaje profesional es uno de los factores que puede incidir en la evolución de estos duelos (Landa y García, 2007; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008; Dollenz, 2003). Para profundizar más en este tema se puede consultar el anexo 1.1., sobre profundización teórica, así como el anexo 1.3.1., que plantea un algoritmo de decisión en situaciones de duelo (ver CD adjunto).

En la presentación de los casos se ha preferido primar la riqueza de la expresión, respetando el modo original de presentación de cada autor o autora, frente a la sistematización de conceptos o conductas desarrolladas en cada caso. Este planteamiento del contenido permite mantener la frescura del discurso y potencia la empatía de la persona lectora con la relatora.

A pesar de respetar los diferentes estilos de redacción, la metodología de exposición y análisis de los casos sigue el siguiente esquema de contenidos común:

**1 Exposición del caso:** se recoge la categoría en la que encuadramos la muerte y la presentación de los detalles del caso.

**2 Reflexiones:** Este apartado ofrece un análisis del caso, revisando distintos elementos. Los distintos casos recogen párrafos que identifican factores de riesgo y protectores, valoran actividades profesionales realizadas adecuadas e inadecuadas, señalan actividades profesionales que deberían haberse realizado y no se hicieron y plantean recursos disponibles para profesionales de la Salud y personas en situación de duelo.

En todos los casos hay elementos que juegan a favor y en contra de resolver los duelos. En el conjunto podremos identificar y reflexionar sobre:

**1 Instrumentos o estrategias para mejorar la autoestima, eliminar la culpa, facilitar la comunicación.**

**2 Actividades que se realizan e instrumentos con los que cuenta el colectivo profesional sanitario:** Historia personal de la persona allegada (incluyendo creencias y valores, historia de la relación con la persona fallecida), test de valoración de duelo patológico, prescripción de fármacos, propuesta de seguimiento, información sobre grupos de ayuda mutua y autoayuda, derivación o remisión a la Unidad de Salud mental comunitaria, etc.

**3 Recursos disponibles para población:** redes de apoyo familiar, social o religioso de la comunidad, en la que vive la persona doliente, o materiales de promoción o educación para la Salud (lecturas, películas, materiales para relajación y afrontamiento de acontecimientos adversos, etc.).

Los casos clínicos, a efectos de organización, se han dividido según el tipo de muerte que desencadena el duelo en dos grandes grupos:

1. Muertes esperadas.<sup>5</sup>
2. Muertes inesperadas o súbitas.

Cada caso lleva un título, que corresponde con el título original o literario que le ha dado el grupo redactor de este libro. Como subtítulo se recoge su clasificación por criterio de, momento cronológico en que se sufre el duelo (duelo anticipado, duelo temprano, duelo tardío, duelo latente), complicación del duelo (patológico o normal) y rol de la persona doliente con respecto a la fallecida. Las definiciones de los diferentes tipos de duelo, según distintos criterios, los podéis consultar en el anexo 1.1. Profundización teórica (ver CD adjunto).

### **3 Casos clínicos**

#### **3.1. Duelos por muerte esperada**

- 3.1.1.** La encina. Duelo anticipado. Normal. Hijo
- 3.1.2.** Coma, culpa y soledad. Duelo anticipado. Normal. Esposa
- 3.1.3.** Unidos en el dolor. Duelo anticipado. Normal. Esposo/Padre Hermana
- 3.1.4.** Negar las despedidas. Duelo anticipado y agudo. Normal. Esposa/Hijos
- 3.1.5.** De cómo fue perder a mi hermano. Duelo anticipado. Normal. Hermana
- 3.1.6.** La función debe continuar. Duelo temprano. Normal. Hija
- 3.1.7.** La madre sustituta. Duelo anticipado. Normal. Hijos
- 3.1.8.** Una muerte en paz. Duelo temprano. Normal. Esposa

---

<sup>5</sup> Datos de mortalidad de la Consejería de Salud (2009) y del Instituto de Estadística de Andalucía (2010). nos indican que un 80% de las muertes son esperadas.

### 3.2. Duelos por muerte inesperada

- 3.2.1. Llorar sin lágrimas. Duelo intermedio. Patológico. Madre
- 3.2.2. Los hijos que no llegaron. Duelo temprano. Normal. Madre
- 3.2.3. Pisando fuerte. Duelo latente. Diferido. Patológico. Hija
- 3.2.4. Pérdida del ideal. Duelo latente. Diferido Patológico. Hijo
- 3.2.5. Pastillas para no llorar. Duelo tardío. Patológico. Madre
- 3.2.6. «He quitado una vida». Duelo temprano. Normal. Madre
- 3.2.7. Llorar a un amigo. Duelo agudo. Normal. Amigo
- 3.2.8. Vivir sin su hija. Duelo tardío. Patológico. Madre
- 3.2.9. Tiempo congelado. Duelo tardío. Patológico. Hija
- 3.2.10. Verla una vez más. Duelo temprano. Patológico. Madre
- 3.2.11. El pequeño del equipo. Duelo agudo. Normal. Hermano
- 3.2.12. Rebeldía adolescente. Duelo diferido. Patológico. Hijo

Se recogen 20 casos que se ha intentado que sean diversos atendiendo a varios criterios de clasificación y de identificación de factores de riesgo o protectores. Se incluyen 12 duelos normales y 8 patológicos. Según el tiempo previo a la muerte del familiar, se recogen 8 casos de muerte esperada y 12 de muerte inesperada. En función de la edad de la persona fallecida se cuenta con 2 casos de muerte perinatal, 3 de fallecimientos infantiles o juveniles, 11 de personas adultas y 4 de personas ancianas. En función del parentesco de la persona en duelo con la fallecida, se han incluido 6 casos de madres o padres, 4 de parejas, 7 de hijos/as, 2 de hermanos/as y 1 de otro tipo de familiares o amistades. Por último, de acuerdo con la situación familiar/social de la persona que afronta el duelo, contamos con 17 casos con apoyo social, 3 sin apoyo social.



**3.1**

**duelos  
por muerte  
esperada**



### 3.1.1. La encina

#### Duelo anticipado. Normal. Hijo

#### Exposición del caso

Había dejado de llover, después de horas de intensa lluvia. Alberto, hijo mayor, cava con sus manos en la tierra arcillosa bajo una robusta encina, un agujero no profundo, donde depositar las cenizas de Leocricio, su padre. Están a las afueras de su aldea natal.

Carmen, viuda, María del Carmen, hija, y otros familiares, acompañan, y rezan serenos, en silencio. Desde que sus dos hijos contrajeron matrimonio, cada miércoles la familia se reunía a cenar, como forma de no perder el contacto familiar. Hoy, sin Leocricio, lo siguen haciendo.

Enfermó a los 70 años, sólo 2 después de la jubilación. Cáncer de páncreas. La expectativa de indicación quirúrgica fue vana. Inició tratamiento paliativo con quimioterapia oral y endovenosa, que mantuvo de forma regular durante dos años y medio, hasta que la evolución de su enfermedad le llevó a su fase terminal.

A lo largo de su proceso, Leocricio, que fue hombre de carácter y sólidos principios, vivió con entereza y ejemplaridad su dolencia y, mientras tuvo autonomía, incluso se «alistó» en las excursiones propias para la tercera edad. Siempre estoico, fuerte ante su enfermedad, verbalizaba con familiares y amigos su expectativa, su sapiencia de muerte cercana.

Vigiló, en cada momento de su proceso de enfermedad, que sus cercanos no decayeran en el ánimo. Alberto, su hijo mayor, me decía, «...para los creyentes, su fe es un bastón en el que apoyar el dolor y la sensación de vacío. Para mí, sin embargo, sólo tiene sentido el recuerdo de quienes perdemos como forma de mantenerlo vivo...».

Leocricio se apoyó siempre en su fe religiosa católica, también su mujer y su hija. Alberto, su hijo mayor, sin embargo, agnóstico, comentaba en la consulta «...se me abren las entrañas de dolor y de ansiedad...», al tener conocimiento de la enfermedad de su padre. «...En el fondo, viendo a mi padre tan vitalista, tan fuerte, creía que era inmortal...».

En sus últimos días, Leocricio, en una corta estancia en el hospital, antes de pedir marchar a casa, le expresaba a una psicóloga no tener miedo a la muerte, «...sólo, –decía–, me ablandan mis nietos pequeños, el saber que ellos no me recordarán...».

## Reflexiones

En el ámbito de la atención a la salud, más concretamente en Atención primaria, como profesionales, directa o tangencialmente, escuchamos éste u otros testimonios, que resaltan emociones frente a la muerte de seres queridos. Probablemente, este es un caso de duelo anticipado, donde la elaboración de la pérdida se sucede de forma temprana, ya que se utilizan recursos, en este caso de contenido religioso, como mecanismos de afrontamiento. El escenario de relación con cada paciente nos permite «detectar» con antelación a la muerte estos recursos, facilitando el abordaje del duelo posterior. Los rasgos que conforman la cultura individual, familiar y de relación social, han de tenerse presentes para individualizar la actitud, en su caso terapéutica. Estos factores pueden constituirse en elementos protectores o de riesgo. En el anexo 1.1. y 1.3.1., se puede consultar qué factores de riesgo dificultarían que se produzca un duelo normal (ver CD adjunto).

En este caso, llama la atención las afirmaciones en primera persona de Alberto, las alusiones al mito de la inmortalidad que acompaña a la naturaleza humana; desde la percepción que el hijo tiene hacia su adorado padre, hasta la del moribundo, sabedor que la memoria es la única forma de perdurar cuando nos marchamos.

## 3.1.2. Coma, culpa y soledad

### Duelo anticipado. Normal. Esposa

#### Exposición del caso

Alfonso de 74 años lleva 7 años en estado vegetativo. Una hemorragia cerebral lo dejó postrado en cama en situación de coma profundo. Alfonso tiene una traqueotomía y gastrostomía con lo que requiere cuidados especializados, además de precisar gran intensidad de cuidados básicos. Durante estos 7 años su esposa Dolores ha cuidado de él en domicilio con el apoyo de las enfermeras del centro de salud y la ayuda de una auxiliar a domicilio.

Dolores padece una lumbalgia y ha sido intervenida por lo que se encuentra imposibilitada para los cuidados. Su hijo Pedro ha convencido a Dolores para ingresar a su padre en una residencia de ancianos. Dolores se resistía ya que desea estar vigilante a los cuidados. Solicitaron las prestaciones de la Ley de la Dependencia y le concedieron la institucionalización con cargo a la misma, pero han renunciado para poder elegir una residencia cercana al domicilio ya que la que se le ofertaba le resultaba inaccesible a las visitas diarias.

Desde la institucionalización, Dolores ha visitado a Alfonso diariamente para preocuparse de su estado y hablarle porque cree que él la escucha y se reconforta al oírla.

En las últimas semanas Alfonso ha empeorado, ha tenido infecciones respiratorias de repetición, infecciones de orina, han aparecido algunas pequeñas úlceras de presión y empiezan a aparecer signos de insuficiencia renal.

Dolores relata con orgullo cómo lo ha cuidado en estos 7 años y da detalle de los ciclos de empeoramiento y mejora que ha podido vivir, pero en este momento augura que Alfonso está llegando a su fin. Busca mi convalidación interrogándome sobre el estado de Alfonso y mi previsión. En ocasiones, me confiesa que lo mejor sería que acabara porque «eso no es vida», pero en otros momentos llora y me dice que no sabe que hará sin él, «aunque no habla, es como si estuviera acompañándome...».

Racionaliza el motivo de la institucionalización explicando sus limitaciones en este momento, pero al mismo tiempo me manifiesta dudas sobre en qué medida la institucionalización va a precipitar el desenlace.

## Reflexiones

La North American Nursing Diagnostic Association (NANDA) en su anterior edición (Johnson y cols., 2002) contemplaba el diagnóstico de *duelo anticipado* como: «*Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que personas, familias y comunidades intentan superar el*

*proceso de modificación del autoconcepto y provocado por la percepción de la pérdida potencial*». En la actual edición, esta etiqueta diagnóstica ha desaparecido, incluyéndose en la etiqueta *duelo*, que se define como: «*complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida*». Esta inclusión se ha fundamentado en que el duelo anticipado se muestra como un duelo normal. De esta manera, algunas personas expertas refieren que la anticipación del duelo resulta más adaptativa.

Un creciente cuerpo de evidencia señala la necesidad que durante la pena anticipada se procure detectar patrones disfuncionales (dolor de preparación) para evitar complicaciones durante el duelo y establecer así las intervenciones adecuadas (Grassi, 2007; Rossi y cols., 2004).

Otras publicaciones introducen el debate sobre la confusión conceptual que existe entre «pena anticipada» y «aviso de la pérdida». Argumentándose que la pena puede ser la respuesta a una pérdida de sentido, y que el proceso psicológico de adaptación a la pérdida requiere que los individuos participen en la reconstitución del propósito y significado de sus vidas (Fulton, Madden y Minichiello, 1996). Otros arguyen que se desconocen los múltiples factores que pueden estar implicados en la pena anticipada (Evans, 1994), pero estas disquisiciones nosológicas no evaden de la realidad que puede observarse en los procesos adaptativos que se conforman en la proximidad de la pérdida (Chapman y Pepler, 1998).

Las dificultades de las cuidadoras o cuidadores familiares para superar la pena tienen que ver con: 1) afrontar situaciones de la vida cotidiana; 2) hacer frente a retos específicos de la situación de cuidado; 3) las relaciones con el Sistema de salud (Stajduhar, Martin y Cairns, 2010).

El personal de enfermería no debe colaborar con los mecanismos de pacto de silencio que pudieran establecerse y menos aún desperdiciar los relatos y preguntas de Dolores en un sentido adaptativo.

Las familias presionadas por la necesidad de dar respuesta a los acontecimientos complejos suelen refugiarse en configuraciones de emergencia, que conllevan mecanismos de afrontamiento poco estables en el tiempo. El afrontamiento emocional contribuye a mitigar los sentimientos de ira y la hostilidad, mientras que la desesperanza suelen conducir al aislamiento social (Chapman y Pepler, 1998).

Dar falsas esperanzas dificulta el trabajo de afrontamiento cognitivo necesario. Contestar con sinceridad, explicando el proceso de la enfermedad y advirtiendo de aquellos problemas que seamos capaces de prever de modo que se propicie un afrontamiento preventivo: incapacitación, testamento, avisos a familiares y amigos ayudan a procesar en el seno familiar la futura pérdida. Una cuestión fundamental es explorar los fenómenos de culpa. En el caso de Dolores pueden constatarse en su pretensión de haber perjudicado a Alfonso con su decisión de institucionalización (Koop y Strang, 2003). Así, resulta fundamental para prevenir disfuncionalidades el escuchar el relato de estos aspectos nucleares de la culpa, perfilar la racionalidad del ideario que expone y discutir y ajustar este tipo de racionalizaciones.

La familia puede vivir la pérdida como el resultado de sus cuidados (Holtslander, 2008). La ratificación por parte del personal sanitario de la adecuación de los cuidados proporcionados por la familia a una persona enferma puede reducir esta angustia. En este caso, hacer ver a Dolores y a su hijo la longevidad que Alfonso ha conseguido, gracias a sus cuidados (a pesar de su estado), ha sido de utilidad para contrapesar sus dudas. Apoyar con asertividad las decisiones que la familia toma, coincidentes con nuestra opinión clínica (como la institucionalización en este caso), acompaña a la familia en su proceso de gestión del caso.

Por último, las familias no quieren, en general, ver sufrir a su allegado/a. Una atención intensa sobre el control de síntomas provee y a su familia, del sosiego necesario para asumir la pérdida venidera (además de los beneficios para la persona moribunda). La presencia regular y frecuente de profesionales del cuidado contribuye a la satisfacción de las cuidadoras o cuidadores familiares (Koop y Strang, 1997; Grassi, 2007).

La clasificación de las intervenciones de enfermería -Nursing Interventions Classification (NIC)- (McCloskey, 2005) describe un buen número de intervenciones en relación al diagnóstico de duelo, que se han utilizado en este caso: **5602** Enseñanza: proceso enfermedad, **4920** Escucha activa, **5210** Guía de anticipación, **5260** Cuidados de la agonía, **5240** asesoramiento, **5250** Apoyo en la toma de decisiones, **5270** Apoyo emocional, **5300** Facilitar la expresión del sentimiento de culpa, **4700** Reestructuración cognitiva, **5290** Apoyo Facilitar la expresión del sentimiento de aflicción, **5420** Apoyo espiritual, **5440** Estimulación del sistema de apoyo, **5340** Presencia, entre otras pueden ser seleccionadas por las enfermeras para el abordaje de este caso.

De igual modo la clasificación de los resultados de enfermería -Nursing Outcome Classification (NOC)- (Moorhead, 2009) ofrece la posibilidad de medir los resultados sensibles a las intervenciones enfermeras realizadas en este caso: **1403** Control del pensamiento distorsionado, **1608** Control del síntoma, **2003** Nivel de sufrimiento, **2604** Normalización de la familia **1304** Resolución de la aflicción.

### 3.1.3. Unidos en el dolor

#### Duelo anticipado. Normal. Esposo/Padre Hermana

#### Exposición del caso

María, de 38 años, fue diagnosticada hace 3 años de un carcinoma de mama y recibió tratamiento mediante cirugía (mastectomía radical), radioterapia y quimioterapia. Había sido revisada periódicamente por el Servicio de Oncología y en la última revisión del pasado año apareció un aumento muy significativo de los marcadores tumorales; se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) y se observaron múltiples metástasis pulmonares y hepáticas, además de imágenes compatibles con metástasis óseas en la gammagrafía.

Se comenzó tratamiento quimioterápico paliativo. A los 4 meses se presentó una insuficiencia respiratoria aguda, que requirió ingreso en Unidad de cuidados intensivos (UCI) bajo aislamiento.

María estaba casada, sin hijos y era la pequeña de 2 hermanas, huérfana de madre que falleció de cáncer de colon con 54 años.

Cuando se le diagnosticó el cáncer de mama realizó la declaración de voluntades anticipadas y tenía hablado con su marido y familiares su deseo de no recibir medidas de soporte vital cuando su enfermedad estuviera muy avanzada. Por ello, en la UCI, a pesar de la insuficiencia respiratoria aguda global y el intenso trabajo respiratorio, no se incluyó la intubación orotraqueal y ventilación mecánica en el plan de tratamiento.

Juan, el marido de María, había paralizado su vida desde el momento del diagnóstico de la recidiva del tumor, no trabajaba y estaba permanentemente al lado de María, como su cuidador principal. Estaba perfectamente informado del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de María, pero desde el momento de la recaída, no había buscado más información en el personal sanitario que atendía a su mujer. Presentaba cansancio e irritabilidad, además de cierta dificultad para expresar sus sentimientos.

Andrés, padre de María, nos habló de sus miedos y angustia desde el diagnóstico de su «niña», de lo duro que había sido su vida con sus dos hijas y la muerte tan «horrible y dolorosa» que tuvo su mujer, siendo todavía muy joven. Nos decía que sabía lo mal que estaba, pero que no permitiéramos que «se fuera tan joven». Estaba muy nervioso y

preocupado, refería tristeza, pérdida del apetito, olvidos frecuentes, así como no poder dormir desde que María estaba ingresada en el hospital.

Isabel, la hermana mayor de María, demandaba constantemente información a todo el personal sanitario que se acercaba. Comentaba que aunque siempre habían estado muy unidos, el ingreso de María y los últimos acontecimientos, habían producido situaciones de estrés en la familia. También había dejado de trabajar para ayudar en los cuidados de María y habían surgido algunos problemas económicos y de comunicación con su marido, que le reprochaba el abandono de las tareas de su casa. Últimamente, también refería episodios diarreicos frecuentes y pérdida del sueño. Además, comentaba falta de sentido para entender la vida: «no es justo... después de lo que pasamos con mi madre». A pesar de su angustia, nos dimos cuenta que intentaba prepararse para el desenlace y ayudar también a los demás en su aceptación de lo inevitable.

María falleció, rodeada de toda su familia, a las 72 horas de su ingreso, tras despedirse de todos ellos.

Tres semanas después del fallecimiento de María, recibimos la visita de Andrés e Isabel para agradecer nuestros cuidados a María, el trato personalizado recibido, la información y, sobre todo, que hubiéramos respetado la voluntad de su hija y hermana, permitiendo la despedida en un ambiente tan peculiar como una UCI.

## Reflexiones

El duelo anticipado o anticipatorio se expresa cuando una pérdida se percibe como inevitable. En este caso, el duelo no comienza en el momento de la muerte, sino bastante antes, generalmente en el momento de hacerse el diagnóstico y emitirse el pronóstico de incurabilidad (Flórez, 2002; Gómez-Sancho, 1999; Astudillo y Mendinueta, 2002).

La fase previa a la muerte de una persona deja una honda huella en la memoria de toda la familia y será uno de los temas reiterativos a la hora de elaborar el duelo. Por ello es importante que el cuidado de la persona enferma y su familia sean exquisitos, con el fin de que este recuerdo sea el mejor posible. El objetivo de los cuidados en esta fase final de la vida se puede resumir en dos palabras: cuidar y ayudar a la despedida entre la persona enferma y la familia (Landa y García, 2007).

El equipo asistencial entrará a formar parte de los recuerdos de la familia y éstos quedarán impregnados por la valoración que haga de la labor del equipo. Así, será parte fundamental de estos recuerdos el control adecuado o no de los síntomas, el apoyo y la comunicación con la persona enferma y la familia, etc.

En el caso de María podemos observar muchos de los síntomas que aparecen en familiares de pacientes en situación terminal: pérdida de peso, del apetito, episodios diarreicos, cansancio, ansiedad, irritabilidad, sueño no reparador, dificultad para expresar sentimientos, falta de sentido para entender la vida. También existía un grado de negación de lo inevitable, tanto en la pareja de María, como en Andrés, su padre.

Para realizar una adecuada atención en esta fase de duelo anticipado, conviene tener en cuenta los siguientes aspectos (Landa y García, 2007):

- 1** Genograma: composición familiar, recursos de la familia para el cuidado, pérdidas anteriores, posibles conflictos familiares, etc.
- 2** Comunicación con la persona enferma y control de síntomas. Para hacer un buen control de síntomas es imprescindible hacer un abordaje integral y lograr una buena relación con el individuo enfermo. Éste es uno de los aspectos básicos de los Cuidados paliativos. La influencia del control de síntomas en el duelo es muy importante, ya que es muy distinto el recuerdo del fallecido asociado a dolor, vómitos, insomnio, etc., que asociado a la dignidad de una persona con una aceptable calidad de vida hasta el final.
- 3** Colaboración con la familia. La unidad a atender siempre es la persona enferma y su familia.
- 4** Informar a la familia sobre el diagnóstico y el pronóstico. También es muy importante hablar de la comunicación de la familia con la persona enferma, de su derecho a conocer el diagnóstico si lo desea, etc.
- 5** Familiar responsable. Identificar quién asume el rol de familiar de referencia. A esta persona se le debe prestar una atención especial, apoyarle y facilitarle todas las tareas burocráticas.
- 6** Dar tareas. Es muy importante implicar a la familia en los cuidados. El haber colaborado en los cuidados de la persona fallecida deja una

sensación de «haber cumplido», que es gratificante y tranquilizadora, evita muchas culpas y facilita reconciliaciones.

- 7** Estimular la comunicación paciente-familia. Conviene resolver asuntos prácticos y emocionales pendientes. La familia debe incorporar la idea de que el tiempo se acaba y lo tiene que aprovechar para despedirse, para decir o hacer aquello que le gustaría a su familiar y que «no se quede en el tintero», porque de lo contrario puede «pasar factura» en el proceso de duelo. Muy importante es el contacto físico con cada paciente, ya que es una posibilidad de comunicar sentimientos, que muchas veces no se pueden transmitir de otra forma (caricias, masajes, abrazos, etc.)
- 8** Valorar los cuidados. Este reconocimiento externo, además de estimular el cuidado, alivia las inevitables culpas del duelo.
- 9** No culpabilizar. La actitud con la familia debe de ser más de entender que de juzgar.

Cuando aparece la situación de agonía o de últimos días, es necesario preparar a la familia. Esta fase normalmente crea una enorme angustia y a veces, los familiares se derrumban, ya no pueden más. Por esto es fundamental prepararles, informando de la posible evolución del proceso y de lo que pueden hacer, hablar de todos sus miedos y dudas, de cómo actuar. La familia debe sentirse útil, saber qué hacer, en esta dura fase que le espera.

Los momentos que rodean a la muerte de un ser querido, son de mucha intensidad emocional y tienen gran impacto en los familiares, pasando a ser parte de

la historia familiar, por tanto muy a tener en cuenta para que faciliten en lo posible el duelo. En esta fase hay algunos aspectos que deben tenerse en cuenta:

- 1** Estar presente cuando fallece. Es importante que la familia esté avisada con cierta antelación de la proximidad de la muerte, cuando esto sea posible, para que esté presente y acompañe en estos últimos momentos de su familiar.
- 2** Preparar y despedirse del cadáver. Aconsejar sobre la preparación del cadáver (amortajar, vestir, limpieza, etc.).
- 3** Comentar los últimos momentos. Este relato, así como la visión del cadáver, la asistencia a los funerales, facilitan el reconocimiento de la realidad de la pérdida.
- 4** Orientación legal. Avisar a la funeraria, certificados de defunción, seguros, etc.
- 5** Normalizar reacciones. No medicalizar. Evitaremos en lo posible el uso de psicofármacos.
- 6** Comunicación posterior con la familia. Telefonar a la familiar 1-2 semanas después del fallecimiento, para interesarse por su estado, resolver sus dudas, etc. Puede ser muy beneficioso escribir una carta de condolencia, valorando muy positivamente los cuidados realizados y ofreciendo disponibilidad por parte del equipo asistencial. En algunos casos puede ser conveniente una entrevista con la familia o algún miembro de ella.

### 3.1.4. Negar las despedidas

#### Duelo anticipado y agudo. Normal. Esposa/Hijos

##### Exposición del caso

Manuel, de 80 años, casado con Obdulia, de 75 años, es padre de dos hijos (Antonio y Teresa). Presenta una noche un dolor abdominal intenso, de varias horas de evolución, vómitos, fiebre y mal estado general.

Se realiza una laparotomía urgente, detectándose una obstrucción intestinal por un adenocarcinoma de Colon, y tras el estudio de extensión, se confirma que aparecen varias metástasis hepáticas e infiltración peritoneal. Se informa de la situación a los hijos, que deciden no decir nada a sus padres del diagnóstico y pronóstico de Manuel. Tras consultar con el Servicio de Oncología, dada la progresión del tumor y la edad del paciente, no se considera indicada la quimioterapia ni radioterapia, ni siquiera con intención paliativa. Se envía a su domicilio para tratamiento paliativo, informando a su médico y al personal de enfermería comunitaria y al Equipo de soporte domiciliario de Cuidados paliativos de la localidad.

Los dos hijos se turnan para cuidar a Manuel. Durante el día ayuda Teresa que no trabaja fuera de casa y, por las noches y los fines de semana ayuda Antonio. De todas formas, Obdulia es quien está permanentemente al lado de su marido.

Cuando hablamos con ellos, nos justifican el no informar a sus padres del diagnóstico y pronóstico infausto de Manuel, en lo mayores que son y en que ese conocimiento supondría una carga más para ellos. Teresa nos comenta que su madre está muy triste, ha perdido el apetito y permanece constantemente al lado de su padre, sin querer salir del domicilio para nada.

El equipo de soporte y de Atención primaria visita periódicamente a Manuel para control de síntomas y entrenamiento de los cuidadores, además de abordar la «conspiración o pacto de silencio», con la finalidad de informar primero a Obdulia, que se muestra muy preocupada por lo «malito» que ve a su marido y posteriormente, a Manuel. Después de varias visitas, convencemos a los hijos para informar primero a Obdulia del diagnóstico y posteriormente a Manuel, en la medida que lo vaya solicitando. La mujer nos confirma que ya intuía que lo que tenía Manuel no podía ser muy bueno.

A las pocas semanas, Manuel empeora rápidamente y entra en situación de últimos días o agonía. Informamos a toda la familia de la situación y les damos instrucciones de los cuidados y atenciones que deben realizar, así como de la adaptación de la medicación y dosis de rescate ante las eventualidades que se pudiesen presentar. Antonio nos comenta que teme la reacción de Obdulia cuando se produzca el fallecimiento de Manuel y que no sabe si él estará a la altura de las circunstancias cuando llegue el final. Manuel fallece a las 48 horas en su domicilio, sin necesidad de sedación, rodeado de toda su familia.

A los 20-25 días del fallecimiento de Manuel, hablamos con Obdulia por teléfono y quedamos en acudir al domicilio para ver cómo se encuentra. Cuando llegamos, están Obdulia y Antonio, ya que Teresa tenía que resolver unas gestiones urgentes. Nos comenta que está muy triste, llora con frecuencia, siente muchas veces un nudo en el pecho y en la garganta, como si no le dejara respirar, además de sentir muchas veces como si Manuel estuviera en casa o que va a aparecer en cualquier momento. No duerme bien, se despierta frecuentemente en la noche. No ha salido de su domicilio desde que vino del entierro de su marido.

Antonio nos dice que su madre siempre ha sido muy fuerte, que la ve algo nerviosa y triste, pero lo entiende como normal y piensa que poco a poco volverá a la normalidad. A los pocos días del fallecimiento, llamaron a su médico de primaria que, aunque la encontró bien como ella tenía problemas para dormir, le recetó un ansiolítico, que toma diariamente antes de acostarse.

## Reflexiones

Pensamos que la Atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a las personas en duelo. En muchas ocasiones, el personal médico asiste a la persona fallecida en el domicilio, estableciendo una relación especial con la familia. Cuando el fallecimiento se produce en el hospital, la persona doliente acude a «sus» profesionales de Atención primaria, con una con-

fianza casi natural, porque ya los conoce y está habituada a mostrarle sus aspectos más vulnerables, sabe que puede expresar sus emociones en un ambiente seguro y, a la vez, mantener una circunstancia social normalizada, que no implica el estigma de la psiquiatría (Landa y García, 2007).

En nuestro caso existen unos aspectos que pueden dificultar la normal adaptación a la pérdida de Manuel. Estos serían:

- Edad extrema de la persona que afronta el duelo.
- Falta de información acerca del proceso de la enfermedad (diagnóstico y pronóstico).

Una de las situaciones más frecuentes a la que se enfrentan los y las profesionales que atendemos a pacientes en situación terminal es la llamada «conspiración de silencio». La negación es un mecanismo de defensa que se produce fundamentalmente en la persona enferma, pero también sucede en la familia. Si la negación es muy intensa, propicia la «conspiración de silencio», que afectará a la capacidad de apoyo afectivo hacia el convaleciente, así como a la colaboración con el equipo asistencial. Hay que hacerles ver el derecho que tiene la persona enferma a ejercer su capacidad de pensar, elegir, decidir y actuar basándose en sus propios valores y las ventajas que tiene el que sea el protagonista de su enfermedad. Conviene dejar claro a la familia que vamos a respetar los deseos del enfermo de conocer o no su enfermedad, que identificaremos lo que sabe y lo que quiere saber, además de no mentir, ya que esta situación podría producir la pérdida de confianza en nuestro equipo asistencial y el rechazo de nuestros cuidados (Landa y García, 2007). Podemos hablar en estos casos de los que se ha llamado proporcionar la «verdad soportable».

El duelo normal es un proceso personal, idiosincrásico, íntimo y unido a nuestro sentido de la identidad que se acompaña de numerosas alteraciones en los sentimientos, con cambios en la percepción de las cosas y en el comportamiento. Los sentimientos y síntomas que presenta Obdulia se encuadran dentro de las manifestaciones normales del duelo (Astudillo y Mendinueta, 2002):

- 1 Sentimientos:** tristeza, enfado, culpa, autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, desesperanza, lamentos.
- 2 Sensaciones físicas:** opresión gástrica, torácica y de garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de energía y de aire, debilidad muscular, boca seca.
- 3 Percepciones:** incredulidad, confusión, dificultad para concentrarse, dudas existenciales, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones.
- 4 Comportamientos:** trastornos del sueño, trastornos alimentarios, búsqueda y llamada del fallecido, suspiros, visitas frecuentes al cementerio o lugares preferidos por el fallecido, conducta distraída, aislamiento social.

Hay una serie de actuaciones que pueden realizar la familia y amistades de la persona que afronta el duelo, y que benefician enormemente la adaptación a la pérdida:

- Dedicar tiempo y acompañar.
- Realizar escucha activa, dejando hablar de lo mismo varias veces.
- Compartir los recuerdos de la persona fallecida.

- Permitir la expresión de emociones.
- No establecer comparaciones.
- Evitar decir frases hechas, cuando no sepas que decir, utiliza la comunicación no verbal mostrando comprensión y apoyo.
- Respetar los momentos de soledad deseada y ofreciendo alternativas para quien no quiere estar solo.
- Aceptar las diferentes formas de vivir el duelo, sin exigir ni dar prisas.

Otra cuestión importante es la prescripción frecuente de fármacos a personas en proceso de duelo. Existen muchas presiones por parte de la familia sobre el personal facultativo para que prescriba antidepresivos a la persona en duelo. En principio, en un duelo normal, los ansiolíticos son innecesarios en la mayoría de los casos. Sólo en caso necesario y en momentos puntuales o por periodos cortos, se puede recomendar su prescripción para aliviar la ansiedad o el insomnio. Los ansiolíticos se deben usar a dosis bajas y deben ser de vida media corta. Hay que intentar usar siempre la dosis más baja posible, reevaluando con frecuencia la situación, y empezando la reducción progresiva de la dosis hasta su retirada lo antes posible, para evitar el riesgo de dependencia (Flórez, 2002; Landa y García, 2007; Lacasta, 2007).

Es importante hacer una evaluación del insomnio antes de prescribir un hipnótico. Debe tenerse en cuenta que durante las primeras semanas de la pérdida es normal tener dificultades de conciliación y despertares frecuentes durante la noche. Hay que valorar la recomendación de pautas de higiene del sueño, técnicas de relajación y de otras medidas, como infusiones relajantes, etc., que puedan ayudar, antes de recurrir a los fármacos.

Los antidepresivos están contraindicados por su ineficacia en la tristeza propia del duelo; en cambio, estarían indicados en la depresión mayor asociada al duelo. Algunos estudios recomiendan no usar antidepresivos hasta pasados al menos 6 meses del fallecimiento de su familiar. Si se emplea un antidepresivo con acción sedante, se indicará tomarlo por la noche, disminuyendo o evitando el uso de otras benzodiazepinas (Worden, 1991; Olmeda, 1998; Block, 2006).

### 3.1.5. De cómo fue perder a mi hermano

#### Duelo anticipado. Normal. Hermana

##### Exposición del caso

Me piden que escriba del proceso de diagnóstico, enfermedad y muerte de mi hermano. El diagnóstico fue cáncer de pulmón y ocurrió en octubre de 2005. La muerte fue el día 11 de enero de 2007.

Quizá es sobre su muerte, mis miedos y mi duelo sobre lo único que tengo que escribir. Pero tengo que situar mi relación con mi hermano y nuestras circunstancias familiares para entender el proceso por el que pasamos. Mi hermano vivía solo a más de cien kilómetros de mí y ambos vivimos en la otra punta del país del resto de la familia. Él era una persona activa, independiente, deportista, sin responsabilidades familiares, buen sueldo y muchos y buenos amigos.

Yo, por el contrario, tengo lo que se suele llamar una vida convencional. Trabajo, marido, hija, jardín, etc. conforman mi vida cotidiana, serena y tranquila.

La intervención quirúrgica, todos los tratamientos y todo el proceso se mantuvo oculto a nuestra madre, entonces mayor y hoy todavía viva con noventa años. Y además coincidió con otro proceso de cáncer de colon en la hermana inmediatamente mayor que mi hermano. Mi hermana hoy esta curada y mi madre además tiene una mala salud de hierro, siempre sufrirá por perder a su único hijo pero...

En aquellos meses de 2006, mi madre fue una preocupación añadida, mucha tensión para mí y la mala conciencia del engaño, sin embargo quise respetar la decisión de mi hermano de no querer decírselo, de evitar que viera su deterioro.

Creo que al no ser capaz de aceptar que se moría, aplazaba hablar de su enfermedad con su madre y esperaba siempre mejorar y tener un aspecto más saludable (es decir pelo, mejor color...).

Ya volveré más adelante sobre ello, pero solo fui capaz de dormir, descansar y cerrar esa etapa tan triste de mi vida cuando fui a decirle a mi madre que su hijo había muerto, que la había mentado, que la habíamos privado de la despedida y de poder cuidarlo y acompañarlo.

Es importante que destaque que después de la intervención quirúrgica prioritaria, con diez días de UCI y bastante dolorosa físicamente pasamos al servicio de Oncología y ¡¡¡plaf!!! ahí tomé conciencia de lo que me esperaba. La información del proceso, del tratamiento, del pronóstico fue correcta, perfecta y aséptica.

Tomamos la decisión de que los tratamientos serían en el hospital cerca de su casa, aunque a mi me añadían distancia, cansancio, trabajo y sobre todo soledad y falta de apoyo. A cambio, él estaba en su casa, su entorno y sus amigos y eso era lo importante.

Además, teníamos la creencia de que en los hospitales no hay nada bueno, cuanto más lejos mejor y sobre todo hay que poner de nuestra parte para seguir adelante. La curación depende en gran medida de nosotros mismos y hay que intentar normalidad en nuestras vidas. Aunque sean menos kilómetros la bici, los paseos a la playa, andar veinte kilómetros siempre hacia delante, normalidad, alegría, optimismo, alimentación sana y no dejarte vencer.

Nunca nadie en el hospital, del equipo médico, de enfermería, del hospital de día, etc., me paró y me pregunto ¿tú como estás, tú qué sientes, cómo lo llevas, cómo lo afrontas...?

Creo que si entiendes el diagnóstico, conoces el proceso y eres consciente del desenlace no se está dispuesto a ofrecer ni dar más

a los familiares. Cuando encima se tiene una actitud de entereza, educación, cortesía y optimismo (¿cabe acaso otra postura en la vida?), mejor, porque creo que no hay tensión ni conflictos de relación y por tanto no hay que preocuparse por el familiar. Pero la realidad es que estaba muerta de miedo.

El miedo fue el sentimiento dominante en todo el proceso. Miedo a la evolución de la enfermedad. Miedo a la incapacidad de una vida más o menos normal. Miedo al sufrimiento. Miedo a que le pasara algo estando solo. Miedo a no ser capaz de cuidarlo y atenderlo. Un año entero atenzada por el miedo intentando llevar mi vida cotidiana.

El proceso clínico fue el esperado, es decir, malo. Aparecieron, como estaba previsto, las metástasis. Y al final, metástasis cerebral. Y de dos a cuatro semanas de vida. Y todo fue preciso, claro y hasta matemático. Y a los miedos anteriores aparecieron los nuevos, los finales y los peores. El miedo a su sufrimiento se hizo inmenso. El miedo al sufrimiento de mi madre cuando se enterara. El miedo a cómo sería el final y apareció el peor miedo, el miedo a la muerte.

Tenía otro miedo latente y muy penoso. Era miedo a sus preguntas. Pensaba que era consciente de todo, pero no lo verbalizaba y yo temía sus reflexiones finales. No se produjeron nunca y los hechos posteriores me demostraron que no era tan consciente. Mejor.

El final, hoy lo recuerdo mejor que lo viví. Fue una agonía larga, pero sedada. Estábamos en una habitación individual. Su médico de familia, que siempre fue un apoyo inmenso, me decía que nosotros desde fuera lo pasábamos peor que él. Todos sus amigos estuvieron siempre y siempre todos. Todos le hablaban, todos se despidieron y recordaron con él sus cosas, sus anécdotas y recuerdo que su expresión siempre fue serena y tranquila.

Y falleció. Como una semana antes de morir, comprando libros para navidad, descubrí en la librería un libro llamado –Viajeros en Tránsito– de la doctora María Isabel Heraso Aragón. Tenía la referencia de televisión de que era la responsable de la Unidad de dolor de un hospital de Madrid y que había ayudado a la familia del esquiador Paquito Fernández Ochoa. Su proceso de muerte fue paralelo al de mi hermano. Me sorprendió el sosiego y la tranquilidad que transmitían esa familia a pesar del dolor y la muerte. Y lo compré y lo leí. Y me ayudó.

No soy capaz, pasado el tiempo, de componer todo el argumento del libro, pero sí algunas ideas a las que yo en ese momento me aferré. La idea fundamental era que aquella persona sedada y moribunda que estaba en la cama no era ya mi hermano. Mi hermano, mi queridísimo hermano ya no estaba. Solo estaba su cuerpo o incluso la carcasa de su cuerpo. Lo que yo admiraba de mi hermano ya no estaba. Sus virtudes, la alegría y la vitalidad ya no estaban.

Su sentido del humor, los chistes malos, su generosidad y su vehemencia. Ya no quedaba nada de eso.

Cuando todo terminó estaba tranquila. Sin miedos. Nadie del hospital, del equipo médico, de enfermería, del hospital de día... me orientó para afrontar la muerte. Pero estuve y estuvimos todos. Y pude acompañarlo a irse. Y se fue tranquilo. Esa idea de sosiego y tranquilidad todavía me acompaña hoy.

Me quedaba pendiente mi madre y el dolor que le iba a producir la muerte de mi hermano. Le guardé recuerdos que yo pensaba que podrían gustarle y acompañarla siempre. Todavía hoy lleva su reloj. Me dedique en las semanas siguientes a hacerle a mi madre un álbum de fotos de la vida de mi hermano. A medida que me iba enganchando con el álbum iba recordando nuestra infancia, anécdotas y me olvidaba de la etapa final.

Sin darme mucha cuenta se convirtió el álbum de fotos en una terapia estupenda de toda la familia. Impliqué a mis hermanas, a mis tías, todas muy mayores, buscando fotos, mandándomelas y comentándome donde se hicieron, que día, en que sitio. Hoy todos tenemos el álbum de mi hermano y disfrutamos recordándole. Mi madre debe ser quien más lo mira.

Yo he aprendido a relativizar y alguna otra cosa. Y he heredado los amigos de mi hermano a los que quiero y cuido como si fueran propios.

## Reflexiones

En la narración se recoge tanto el duelo anticipado, como el duelo agudo y la resolución del duelo. Se trata de un duelo normal.

Después de cierto tiempo, el duelo anticipado permite a la persona comprender la pérdida como un proceso natural y predecible frente al cual puede ir desplegando sus mecanismos de afrontamiento para que sea menos doloroso. El duelo anticipado precisa de un esfuerzo consciente por parte del individuo, que va mucho más allá de la mera anticipación a una pérdida. Implica que el sujeto (ya sea enfermo o su familia) se pueda reorganizar ante el impacto del diagnóstico, procesar las pérdidas presentes, pasadas y anticiparse a las futuras y concluya asuntos pendientes (Loitegui, 2008).

Si la persona cuenta con recursos propios y apoyo de su entorno es probable que no necesite ayuda profesional durante el proceso de duelo anticipado. Sin embargo, el acompañamiento e información a las personas que están cuidando a alguien moribundo o en fase terminal es siempre un recurso más. Es importante, para la persona enferma y para su familia, tener la certeza de que cuentan con una red de apoyo profesional a la que puedan recurrir en caso de necesitarlo. En este caso clínico, la doliente remarca la falta de apoyo e indiferencia percibida del personal hospitalario y resalta el acompañamiento y preocupación por el sufrimiento, de los familiares, durante la agonía de su hermano.

### 3.1.6. La función debe continuar

#### Duelo temprano. Normal. Hija

##### Exposición del caso

Carolina tiene 60 años. Es soltera. Vivió con su madre, de 85 años y enferma de Alzheimer, hasta su muerte hace diez meses. Los últimos 3 años los dedicó casi exclusivamente al cuidado de su progenitora; apoyada por su hermana Clotilde quien colaboraba los fines de semana. A las 6 semanas del deceso, acudió a su médico de cabecera por sentir intensa tristeza, marcada labilidad emocional, sentimientos de vacío y soledad. Estos síntomas se atenuaban cuando recibía alguna visita en casa; que la distraía y contenía. En dicha consulta le fue prescrito un antidepresivo y se la derivó a Salud mental.

Durante la evaluación especializada, no se objetivaron síntomas que hicieran sospechar de la presencia de un duelo complicado ni de un cuadro depresivo. Por ende, al finalizar la misma, se concluyó que se encontraba en una etapa temprana del proceso de duelo y se favoreció la expresión y normalización de sus emociones. Se le sugirió mantener contacto familiar frecuente e intentar averiguar sobre alguna actividad social comunitaria. Dada la mala tolerancia que había presentado al antidepresivo pautado desde AP, se le indicó suspenderlo y se le prescribió un hipnótico para cuando presentara dificultades para conciliar el sueño (lo cual no le ocurría a diario). Se le dio cita en seis meses

a fin de valorar la evolución clínica, advirtiéndole de que si aparecían determinados síntomas, acudiera antes. En la segunda valoración psiquiátrica, se encontraba francamente mejor. Se había apuntado a natación, iba los fines de semana con una vecina a la Peña del barrio y había entrado como voluntaria en el grupo de Cáritas de su Parroquia. La medicación nocturna la había tomado en contadas ocasiones. Persistían momentos de tristeza asociados a recuerdos; pero éstos eran acotados en el tiempo y no la incapacitaban para el desarrollo de sus actividades. Por consiguiente, al valorar la evolución satisfactoria que había presentado el proceso y lo innecesario de una intervención especializada, se acordó con Carolina el alta en Salud mental.

## Reflexiones

Aunque no todo duelo necesita ser atendido, es importante adquirir conciencia de que el duelo es una crisis vital con características específicas y que en función de ciertos factores concomitantes puede evolucionar mal. Por lo que cada caso que consulte debe ser evaluado individualmente; adaptando las intervenciones al género, personalidad, antecedentes, recursos y necesidades percibidas de cada sujeto. Las personas que viven un proceso de duelo normal, raramente solicitan asistencia psiquiátrica, porque aceptan sus reacciones y conductas como normales, por lo que el personal facultativo de Atención primaria no debe recomendar de forma rutinaria la consulta psiquiátrica, salvo que observe reacciones claramente divergentes con el proce-

so normal (Flórez, 2002). Algunas personas en situación de duelo, requerirán una intervención puntual y otras necesitarán una intervención continuada y con una estructura temporal (Dollenz, 2003). No obstante, la mayoría de las personas en situación de duelo no necesitarán de ayuda profesional formal.

Los síntomas presentados por Carolina, a poco más de un mes del fallecimiento de su madre, tienden a ser los esperados para el momento del duelo que atravesaba. El hecho que éstos se atenuaran ante situaciones de arrope o distracción, nos permite diferenciarlos de los presentes en un cuadro depresivo, en el cual el humor no responde a estímulos y la persona evita el contacto social. Por ende, las características clínicas y el tiempo de evolución desde la pérdida no nos permitirían hacer un diagnóstico de depresión mayor.

En estos casos, la prescripción de psicofármacos debe limitarse al uso de ansiolíticos o hipnóticos; pero se debe evitar una sedación – ansiolisis excesiva para no interferir en el desarrollo del duelo normal; tendiendo a un uso a demanda y a poder ser, a dosis mínimas y por períodos cortos. No suele estar indicado el uso de antidepresivos a menos que se cumplan los criterios de episodio depresivo mayor tras los primeros 3 meses (Dollenz, 2003), ya que los síntomas de un duelo normal evolucionarán favorablemente sin este tratamiento. Sí podemos informarles sobre el proceso de duelo, de su individualidad, y de su tendencia a la autolimitación. Podemos normalizar emociones, validar reacciones, sentimientos, y disculpar. Podemos reforzar aquellos recursos personales existentes que permitan una adaptación gradual a la nueva situación; favoreciendo el retorno a actividades laborales o sociales en 3 a 6 semanas (Landa y García, 2007). Esto fue lo que se hizo con Carolina en la primera consulta

en Salud mental; abordaje que suele y debe realizarse en un primer nivel asistencial, mientras no constituya un proceso patológico.

La Atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a las personas que afrontan un duelo, constituyendo un espacio seguro para expresar sus emociones manteniendo a la vez una circunstancia social normalizada, sin el estigma de la psiquiatría.

Con el correr del tiempo, Carolina fue sintiéndose progresivamente mejor. Consiguió adaptarse a una nueva vida sin su madre, encontrando nuevas funciones y actividades que llenaran el tiempo que antes dedicaba a los cuidados de su progenitora. Los lazos sociales establecidos a través de las mismas, así como el contacto familiar, tuvieron un papel fundamental durante el proceso. Este apoyo social ofrecía, entre otras cosas, una sensación de arrope que la protegió del vacío y de la desesperación asociados a la soledad.

### **3.1.7. La madre sustituta**

#### **Duelo anticipado. Normal. Hijos**

#### **Exposición del caso**

Carmina es una mujer con 35 años, casada con Luis y con 3 hijos, un hijo de 9 años y dos hijas de 5 y 1 año respectivamente. De

forma progresiva inicia un deterioro motor con falta de fuerzas y caídas frecuentes diagnosticándose de una enfermedad neurodegenerativa que, poco a poco, la invalida hasta impedirle la movilidad y postrarla en cama. Cuatro años después fallece. Deja cuatro hijos, el más pequeño nacido un año antes de su muerte.

La familia de Luis cuida de este núcleo familiar, y muy especialmente, su hermana Marina, que vive en una casa contigua con su marido y cuatro hijos con edades parecidas a los de su hermano Luis. Marina se hace cargo del cuidado de los sobrinos durante la enfermedad de su cuñada. Es Marina la que lo cuida como si fuera su madre, y la que se lo acercaba a ésta para que lo pudiese ver, sentir, besar.

La paralización progresiva de la madre y el conocimiento por parte de la familia de la evolución mortal de la enfermedad a medio plazo ayudaba a ir elaborando la pérdida. El hijo mayor comenzó a elaborar un duelo anticipado e iba asumiendo las funciones de cuidar de su hermano menor y las tareas del hogar. La hija de 5 años queda más desprotegida por tener una edad intermedia y un hermano menor más necesitado de cuidados. En ella es más evidente la tristeza durante un tiempo. El hijo e hija mayores asumen la situación con responsabilidad, siguiendo su vida académica con éxito y participando en el funcionamiento del hogar.

Tras el fallecimiento de Carmina, la situación se hace más difícil por el carácter y la condición aventurera y alocada de Luis en el ámbito de su

iniciativa empresarial, que les ha llevado a la ruina y al rechazo de las familias de ambos que se han visto afectadas por el desastre económico.

Sin embargo Marina, sigue ahí, al lado de sus sobrinos, cuidándolos, apoyándolos, dándoles el afecto que necesitan para crecer sanos. Durante muchos años ella ha sido el soporte físico, psicológico, afectivo, sin importarle los vaivenes y desmanes de su hermano, con la bondad y entrega necesaria para sacar a sus sobrinos adelante, y con el apoyo incondicional de su marido. Cuando murió Marina se llevó al más pequeño a su casa para facilitar la tarea, estando pendiente también del resto de sus sobrinos que queda en el domicilio familiar contiguo.

Los/as menores han llegado a la madurez convirtiéndose en personas educadas, íntegras, estables y formadas. Recuerdan en muchas ocasiones a su madre, siempre con gran cariño. También quieren mucho a Marina y se lo manifiestan cada vez que tiene ocasión, agradeciéndole cuanto ha hecho a lo largo de muchos años. Cómo los ha cuidado como una madre adoptiva. Dos de ellos viven con su padre, Luis, del que se encargan con mimo y respeto sin parecer que importe que haya llevado una vida tan turbulenta y extravagante a lo largo de todos estos años.

Marina y su marido siempre han pensado que hacían lo correcto con sus sobrinos sin sobredimensionar el esfuerzo de su cuidado, viéndolo como una labor natural que se había cruzado en su camino. Con esa espontaneidad y sabiduría han llevado dos familias adelante sin sobresaltos, sin vanaglorias, a veces a contracorriente de familiares cercanos.

## Reflexiones

A pesar de un acontecimiento tan estresante como la pérdida de una madre, tras una larga enfermedad incapacitante, es posible superar esta vivencia y seguir adelante con el proyecto de vida si hay una figura que desempeñe el papel materno, una figura con la que establecer un vínculo seguro de apego. Estos/as menores lo encontraron en su familia, concretamente en la hermana de su padre (una figura sólida, segura, inquebrantable), junto con su marido e hijos propios. El entorno familiar y social es fundamental para superar esta adversidad. (Apraiz Sagarna, 2006).

En este caso, la pérdida de la madre sana se había producido previamente, con la enfermedad grave. Debido a esta enfermedad de la madre, la hermana del padre fue a poco asumiendo la figura de madre sustituta. También es fundamental la actitud de las personas adultas que rodean a los menores que están elaborando su duelo. De esta actitud depende en gran parte la superación de uno de los mayores estresores a los que se puede enfrentar un niño o niña (Sipos y Solano, 2001).

El proceso de enfermedad y muerte se desarrolló ante sus ojos de forma transparente, sin tapujos, sin mentiras, sin escondites. La exposición a la situación es preferible a apartar a los niños o niñas del escenario de la muerte, en la creencia de que no alcanzarán a comprender la situación. Esta creencia puede conllevar ideas fantasiosas que sean más perjudiciales y que dificulten más la superación del trance (Turner, 1998).

### 3.1.8. Una muerte en paz

#### Duelo anticipado. Temprano. Normal. Esposa

#### Exposición del caso

Martín tiene 84 años y su mujer Sofía 81. Martín padece una cardiopatía isquémica que debutó como un infarto hace 3 años por lo que tuvo que ser trasladado urgentemente al hospital e ingresado en UCI para su tratamiento. Hasta entonces tenía una vida satisfactoria e independiente con movilidad suficiente que le permitía incluso colaborar en la tareas domésticas, sobre todo en la cocina.

Sofía siempre ha tenido un carácter alegre y jovial. Hace 10 años tuvo una depresión que precisó valoración en Salud mental y tratamiento antidepresivo que se retiró paulatinamente, pero que se tuvo que volver a instaurar por una recaída. Actualmente, está estable con tratamiento de mantenimiento (antidepresivo+ansiolítico de liberación retardada). Ha recuperado su carácter habitual.

En verano Martín presenta un empeoramiento con deterioro de la función cardiaca que le conduce a la muerte. Él es muy consciente de la situación y anticipa a la familia la noticia de su desenlace desde un mes antes con mensajes como «No es preciso que guardes mis zapatillas de invierno, no las voy a necesitar» o ante los requerimientos de su hija para ducharlo: «es la última vez que me vas a duchar».

Está sereno y transmite tranquilidad a su entorno. Comenta con su mujer lo feliz que se siente porque ha realizado todos sus proyectos en esta vida. Ha conseguido sus metas profesionales emprendiendo un negocio familiar que le ha ido bien y le ha permitido costear los estudios universitarios de sus cuatro hijos que era su mayor ilusión viéndolos desenvolverse en la vida como él quería, con un trabajo, una casa, una familia. No pide más. Se puede ir.

Su deterioro físico es rápido, pero su conciencia no se altera permitiéndole recibir las visitas de su familia y amigos de los que se va despidiendo con tono bromista y distendido. Tiene una mirada especial, más fija y brillante de lo habitual, como si sonriera con los ojos, y a la vez, él mismo se preguntara: «¿cómo va a ser mi final?». Serenidad y pregunta. Sonríe con los ojos y con la cara.

Los últimos días de Martín son conmovedores. Sus hijos pululan por la casa familiar en la que no residen habitualmente, ya que su peor estado de salud ha obligado a vivir en casa de sus hijos. No hay horarios. Es verano y en estas fechas siempre vuelven a su casa para no perder el contacto con su entorno. Lo cuidan día y noche con la preocupación de lo que se avecina, pero con entereza, ánimo, cariño y entrega relegando de las tareas más difíciles a Sofía, su cónyuge que lo acompaña en todo momento, con buen talante, con ternura, con cariño.

Tanto el matrimonio como los hijos tienen una relación viva, de ayuda recíproca, con una convivencia armónica y satisfactoria. Ante la muerte inminente, la familia valora la actuación a seguir. Martín tiene muy claro que no quiere medicalizar su final, que no quiere ir al hospital, que quiere morir en su casa. Eso sí «sin que tenga que sufrir ni ahogarse». En un principio la familia encuentra resistencia a esta elección en un médico de guardia al que se le avisa del empeoramiento para que lo atienda en el final de la vida. Este profesional les dice que su deber es mandarlo a Urgencias hospitalarias. Por suerte, en otro momento encuentran a otro médico que les facilita información, medicación, apoyo y afecto en estos momentos finales de la vida.

Martín muere en su cama, en la casa en la que había nacido, acompañado por su mujer y sus hijos, a primeras horas de la mañana. La muerte ha llegado pronto, pero queda la satisfacción de haberlo atendido en todos sus cuidados con primor, con mimo, respondiendo a sus gustos y a sus necesidades, de forma pausada y acompañada.

Sofía sobrepasa estos primeros días y semanas con entereza, pero al mes y medio se desploma. Presenta un deterioro físico y psíquico brutal que la hace volverse dependiente y relegada a un sillón inmersa en un ensimismamiento y desorientación. Valorada por su médico modifica su medicación antidepresiva de base, y con el cuidado y la comprensión de sus hijos se va remontando lentamente.

Quando es capaz de verbalizar lo que le pasa se viene abajo relatando el dolor que siente por la pérdida de su marido. Se le transfigura la cara mientras relata que siente punzadas como puñales en el pecho, gesticulando esta acción en medio de un rostro bañado en lágrimas que refleja terror, desconuelo, desesperanza. No se ve capaz de vivir sin él. Su vida no la entiende sin él. No tiene ningún sentido seguir viviendo. Ni siguiera sus fuertes convicciones religiosas consiguen consolarla.

Unas semanas más tarde, Sofía comienza a aceptar la realidad de la pérdida, su reacción emocional ante recuerdos intrusivos va perdiendo intensidad y empieza a organizar sus días con alguna salida propuesta por sus hijos. Conforme comienza a comer mejor, recupera paulatinamente parte de la fortaleza física perdida y gana cierta autonomía. Sofía sigue echando de menos a Martín, pero el tiempo compartido con sus seres queridos (hijos, nietos) la ayudan a olvidar su pena y a volver a sonreír. “Disfrutaré de los míos mientras pueda y cuando llegue el momento, me iré tranquila, porque sé que él me estará esperando”.

## Reflexiones

En este caso, el perfil de la doliente hace estar alerta para un curso difícil. Su relación con el fallecido es la de cónyuge, tiene una edad avanzada y antecedentes de episodios depresivos.

En este caso, la relación con los servicios sanitarios ha sido digna de análisis y ha manifestado dos formas muy distintas de enfrentarse a la enfermedad terminal. A destacar que al producirse fuera de su residencia de los últimos años le han atendido profesionales que no le conocen y que son requeridos en horario de guardia. Intervienen dos médicos. El primero de ellos no mostró sensibilidad ni manejo correcto cuando se le pidió que respetara la decisión del moribundo y su familia de no medicalizar el final de su vida. Haciendo caso omiso a esta necesidad, plantea como actuación correcta la derivación a urgencias hospitalarias. La familia se vio forzada a prescindir en ese momento de apoyo sanitario hasta encontrar otro profesional receptivo que facilitó el cuidado del enfermo hasta su muerte propiciando un final sereno, libre de sufrimiento. Existen monografías que nos pueden orientar sobre cómo actuar en enfermedades terminales como el libro *Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos* (Grau y cols., 2008).

Se presenta un entorno familiar y social muy fuerte y con una opinión homogénea sobre el final de la vida. El desenvolvimiento de los acontecimientos de acuerdo a lo pactado con el moribundo ayuda a vivir en paz a él y a su familia el proceso de la muerte.

Este mismo entorno facilita apoyo y cuidados a la viuda, inmersa en el dolor durante varios meses, que supera poco a poco con el acompañamiento de sus hijos, hijas y nietos/as. Juntos recuerdan con frecuencia la vida, las anécdotas, las vivencias, los principios del fallecido, con entereza, con ternura, con cariño sirviendo estas conversaciones como un bálsamo que ayuda a cicatrizar la herida de la pérdida (Landa y García, 2007).

**3.2**

# **duelos por muerte inesperada**



## 3.2.1. Llorar sin lágrimas

### Duelo intermedio. Patológico. Madre

#### Exposición del caso

«Llevo meses sin llorar, ... no puedo llorar, pero tengo como un nudo que no me deja respirar, ni dormir...». Han pasado seis meses desde que Tomi decidió saltar. Sus casi 40 años venían salpicados, sobre todo en su segunda mitad, de ingresos forzosos, convivencias conflictivas con Lola, su madre, y conductas desadaptadas a su entorno. Un trastorno psicótico, no claramente etiquetado, solapado con un trastorno límite de la personalidad, irrumpieron en la vida de un adolescente, por lo demás, y, hasta entonces, normal.

Quizá su historiografía familiar, con disfunción de pareja en sus padres que culminaron en separación no amistosa, pudo constituir como desencadenante. Quizá... Pero ahora cuando, como decía, «me encuentro muy sereno, lo veo todo claro...», decidió saltar.

Lola, su madre, asidua en nuestra consulta, representaba la imagen de la impotencia y la resignación ante una evolución oscilante en el comportamiento de su hijo, con alternancias entre la inhibición

continuada y las llamadas de la policía. Sentía impotencia ante la incomprensión del por qué de una enfermedad que atormentaba su convivencia. No podía reprimir, en ocasiones, sentimientos de hastío, de insoportabilidad, de soledad. En una ocasión: «... ya no puedo más, daría lo que fuera por perderlo de mi vista...».

Aquella tarde, entró en la consulta. «¿Te has enterado de lo de Tomi, verdad?». «... No sé porque lo ha hecho, iba a ir con su hermano al cine...».

Sería, distante, exploro sus sentimientos, ideas de culpa... Encuentro embotamiento afectivo, extrañeza, pensamiento ajeno a la emoción. Le pregunto sobre su estado de ánimo. Refiere estar confundida, pero serena. Manifiesto disposición a recibirla en unos días, o cuando crea necesario.

Semanas después, su situación no cambia, persiste extrañeza por su incapacidad para llorar. Dialogamos en relación a las causas que pudieron motivar aquella última decisión. Encuentra significados a las expresiones de serenidad que su hijo verbalizaba en aquellos días. Lo atribuye al buen efecto de las pastillas que entonces tomaba.

Han transcurrido tres meses, Lola tiene expresión triste, tensión facial, «...no puedo dormir, pero solo quiero dormir...». Inicio tratamiento farmacológico. Planteo interconsulta con psiquiatra, que nos visita periódicamente en el centro de salud.

## Reflexiones

Encontramos en este caso: un duelo por muerte no esperada, en un contexto de disfunción con sufrimiento permanente en relación a enfermedad mental; duelo demorado, por no elaboración temprana de la pérdida; duelo patológico, por la aparición de sintomatología nuclear depresiva, con ideación de culpa, tristeza, insomnio e incapacidad para expresar la emotividad. En el anexo 1.1. se pueden revisar los diferentes tipos de duelo y sus definiciones (ver CD adjunto).

La muerte por suicidio es considerada una de las más difíciles de superar. Mientras el dolor es un proceso normal por el que se debe pasar, la muerte de un ser querido por suicidio, por lo general, no se experimenta como normal. La culpa, la tristeza, la rabia y hasta la vergüenza marcan a las personas dolientes, que luchan por volver a armar el rompecabezas de su existencia después de la trágica pérdida. Este tipo de muerte catastrófica junto a otros factores de riesgo disfuncional se pueden revisar en los anexos 1.1. y 1.3.1. (ver CD adjunto).

El término supervivientes/sobrevivientes se refiere a quienes viven el suicidio de una persona cercana. Las investigaciones han demostrado que la forma de morir afecta de manera diferente y respaldan el planteamiento de que las personas sobrevivientes sufren de forma diferente y tienen necesidades diferentes y a la vez, complejas. La naturaleza del suicidio, la relación con la persona fallecida y la edad en la que murió, la edad y sexo de la persona superviviente, el trauma de encontrar a la víctima y la disponibilidad de sistemas de

apoyo influirían en la forma en que cada individuo se enfrentará a esta realidad. Las reacciones iniciales a la noticia suelen ser de impacto e incredulidad. La realidad de la pérdida penetrará gradualmente y surgirán una variedad de sentimientos. Sentimientos de responsabilidad/culpa por la muerte, de rechazo/enojo y de abandono, son más frecuentes que en aquéllos que han perdido a alguien debido a causas naturales. Los sentimientos de estigmatización y vergüenza también son característicos. Quiénes sobreviven al suicidio de una persona amada, se sienten incapaces de comprender qué pudo haber llevado a tomar una medida tan extrema (Departamento de Salud mental y Toxicomanías, 2000).

Los tabúes culturales, religiosos y sociales que rodean al suicidio pueden hacer que el sendero sea aún más difícil. La sociedad se vuelve el verdugo de las personas sobrevivientes y las culpa como si hubieran cometido un error, pero el suicidio no es atribuible a nadie más que a la persona que tomó esa decisión. Esto hace que los y las supervivientes puedan encontrar muy difícil admitir que el suicidio fue la causa de la muerte, y la gente a menudo se siente incómoda hablando acerca del tema con ellos. Este tipo de dolientes tienen, por lo tanto, menos oportunidad de hablar sobre su dolor; demorándose el proceso de sanación. Si las familias y las amistades pueden reunirse para compartir y apoyarse mutuamente durante el duelo, la adaptación a la pérdida del ser querido se logra con mayor prontitud. El entender y conocer los factores relacionados con el suicidio ayudará a la persona sobreviviente, a lo largo del camino, hacia la recuperación y hará que la experiencia sea menos apabullante y aterradora.

Según el Grupo de trabajo SAS sobre prevención de suicidio (2010), las intervenciones psicológicas se deben centrar en:

- contención emocional, normalizando los sentimientos experimentados
- búsqueda de sistemas de apoyo reduciendo la sensación de aislamiento y
- elaboración de la pérdida

Más allá de la derivación a especializada (y la oferta de psicoterapia en los servicios de Salud mental) en el caso de un duelo patológico como éste, puede ser útil constituir estructuras grupales para ayuda mutua entre las personas afectadas por un acto suicida. El grupo puede proporcionar sensación de comunidad y apoyo, un ambiente de empatía y una sensación de pertenencia cuando la persona afligida se siente dissociada del resto del mundo. Las estructuras de ayuda mutua permiten generar la esperanza de que la normalidad puede lograrse, eventualmente, ofrecen experiencia en tratar con aniversarios difíciles u ocasiones especiales y la oportunidad de aprender nuevas formas de enfrentar los problemas. El grupo es un escenario para discutir temores y preocupaciones y en donde se acepta la libre expresión del dolor, se practica la confidencialidad y prevalecen las actitudes de compasión, sin prejuicios. También puede proporcionar un enfoque positivo, permitiendo a las personas retomar el control sobre sus vidas (Departamento de Salud mental y Toxicomanías, 2000).

Aparte (y antes) de las intervenciones clínicas especializadas, que se puedan realizar una vez que la persona sea atendida en Salud mental, se debe tener presente la importancia de intervenciones no clínicas, en función

de las necesidades de las personas supervivientes. En este sentido, trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios pueden ayudar a entender dificultades culturales, búsqueda de apoyo social o recursos profesionales. Los agentes sociales y sanitarios pueden realizar una primera aproximación para contener emocionalmente y orientar hacia sistemas de apoyo en caso de necesidad. Sólo en el caso de que los o las supervivientes no sean capaces de elaborar el duelo de forma natural, se recomienda la derivación a profesionales de la salud con experiencia que puedan aplicar las intervenciones adecuadas (Grupo de trabajo SAS sobre prevención de suicidio, 2010). La asistencia y el apoyo pueden provenir de varias fuentes, lo que dará libertad de elección al individuo, teniendo en cuenta sus preferencias y sus necesidades.

El sufrimiento puede enseñar a dar un nuevo sentido a la vida porque ayuda a cambiar los valores y las prioridades. Tal vez eso fue lo que pensó una familia cuando escribió una carta a un ser querido después del suicidio. Entre otras cosas, dice: «... Pensamos en ti, aún cuando los recuerdos nos entristecen. Sin embargo, no hemos renunciado a vivir y a tener esperanza, a pesar de la amargura. Nos habrás visto un poco más sonrientes: nuestro deseo es que tú hayas encontrado la paz que buscabas. En nuestra plegaria pedimos poder abrazarte de nuevo, al final de nuestros días».

## 3.2.2. Los hijos que no llegaron

### Duelo temprano. Normal. Madre

#### Exposición del caso

**Historia socio-familiar:** Mujer de 39 años, casada desde hace 12 años, universitaria, comportamiento correcto.

**Relaciones familiares:** No tienen apoyo familiar cercano, la familia de ambos, viven en otra ciudad. Amistades: llevan poco tiempo en la ciudad. Situación económica buena.

**Historia personal:** Amelia ha tenido parto de trillizos, embarazo conseguido por inseminación artificial en una clínica privada, donde le explicaron el riesgo de que nacieran prematuros, pero no le habían informado de las posibilidades de supervivencia o incapacidad si nacían muy inmaduros, nunca se había planteado el tema. Tenía preparada la habitación, la canastilla de los tres, baños, carritos, cunitas, igualmente había leído el desarrollo del/de la bebé dentro del vientre materno y los cuidados afectivos para su desarrollo. Anhelaba ser madre y se creía preparada para ello. Nacen en la 24 semana de gestación con un peso entre 550g, y 680g el de mayor peso, extremadamente inmaduros.

**Antecedentes:** Esterilidad de 12 años de evolución.

**Problemas físicos agudos:** Ella se recupera de un cuadro de pre-eclampsia grave que ha precipitado el parto prematuro, aún mantiene hipertensión.

**Problemas físicos crónicos o invalidantes:** No.

**Problemas psicológicos o psicopatológicos previos:** No.

**Historia actual del duelo:** No puede creerse lo que le ha pasado. Al dolor de la muerte de los dos primeros, se le suma la incertidumbre durante 45 días de la muerte del tercer hijo. En este periodo, han debido tomar decisiones sobre limitación del esfuerzo terapéutico, ya que tenía una hemorragia intracerebral grado 4 y una exploración compatible con clínica de lesión neurológica muy grave. Se siente culpable por no haber llevado la gestación a término y está indignada por no haber conocido previamente los posibles riesgos de un parto extremadamente prematuro.

No se aparta de ellos y los toca y acaricia con verdadero amor. El marido ocupa un segundo plano y aunque acompaña a veces, sobretodo, en el momento de la información médica, desde el ingreso de los bebés en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), ella es la que demanda información continua de lo que les sucede y el por qué, de cual será el futuro de los niños y si es posible hacer algo más por ellos en la Unidad o en otro cualquier lugar.

El personal de la UCIN le facilita toda la información técnica que demanda suministrándole artículos médicos de todo lo que les va sucediendo a sus hijos.

En los meses sucesivos a la muerte reclama consulta con el neonatólogo para seguir informada y a los tres bebés se le practica la necropsia anatomo-clínica. Se le cita una vez a la semana al principio y cada quince días con posterioridad hasta los 4 meses.

Cuando se recibe el informe de la necropsia se le da copia y se discute con ella los hallazgos, se siente confortada por que reconoce que posiblemente los bebés si hubiesen sobrevivido lo habrían hecho con secuelas, ya que tenían lesiones hemorrágicas múltiples por coagulopatía de consumo post-asfixia los dos primeros y el tercero una Hemorragia intracerebral masiva. Dejó de venir a la consulta y al año y medio consiguió un embarazo por fecundación in vitro (FIV) que llevo a término. Ella quiso volver de visita a la UCIN para compartir su alegría con el personal.

## Reflexiones

A continuación se recoge el formulario en el que se registró la evaluación de la consulta. Se puede obtener este formulario para su uso en el anexo 1.3.2. (ver CD adjunto):

<b>NOMBRE DOLIENTE</b>	<b>ARF</b>	<b>EDAD</b>
		39
<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		
<b>NOMBRE DE LA PERSONA FALLECIDA</b>		<b>EDAD</b>
3 bebés nacidos prematuros		2, 4 y 45 días
<b>FECHA DE ÉXITUS</b>		
Hace 3 meses		
<hr/>		
<b>RELACIÓN CON LA PERSONA FALLECIDA</b>		
<input type="checkbox"/> Progenitor/a	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo/a
<input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Hermano/a	
<input type="checkbox"/> Otra ¿cuál? .....		
<hr/>		
<b>TIPO DE MUERTE</b>		
1. <input type="checkbox"/> Repentina <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Accidental .....		
2. <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio .....		
3. <input type="checkbox"/> Enfermedad larga .....		
4. <input type="checkbox"/> Múltiple .....		
5. <input type="checkbox"/> Incierta .....		
6. <input type="checkbox"/> Prematura .....		

**LUGAR**

- Hospital                       Domicilio                       Vía pública
- 

**VÍNCULO**

- Conflictivo                       Dependiente                       Ambivalente
- 

**EMOCIONES / SÍNTOMAS**

- Dolor / tristeza                       Ira / enfado                       Negación  
 Incredulidad                       Culpa                       Ansiedad  
 Anorexia                       T. sueño                       Otra ¿cuál? .....
- 

**SÍNTOMAS DE ALARMA**

- Ideas suicidio                       Sínt. Psicóticos                       Retardo Psicomotor
- 

**ABUSO SUSTANCIAS**

- Fármacos                       Alcohol                       Drogas ilícitas
- 

**APOYO SOCIO-FAMILIAR**

- Familia origen                       Familia propia  
 Amistades                       Grupos de pertenencia  
 Solamente apoyo personal sanitario
- 

**PROBLEMAS CONCOMITANTES**

- Económicos                       Laborales                       Judiciales  
 Otra ¿cuál? .....

## SITUACIÓN ECONÓMICA

### Previa

- Buenas    Regular    Mala

### Tras la muerte

- Mejor    Igual    Peor

---

## COMORBILIDAD

### 1. Enfermedad física

- Agudas    Crónica/invalidante

### 2. Enfermedad psíquica previa

### 3. Duelos previos

---

## SÍNTOMAS DUELO PATOLÓGICO (disfuncional) $\geq$ 6 meses

### Diario (al menos 1)

- Pensamientos intrusivos
- Punzadas dolor incontrolable
- Añoranza intensas

### Diario (al menos 5)

- Confusión sobre el papel de uno/an la vida, sentir que se ha muerto una parte de sí mismo/a
- Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida
- Evitación de lo que recuerde que su ser querido ha muerto
- Desconfianza en los demás desde el fallecimiento
- Amargura o enfado en relación con el fallecimiento
- Malestar por seguir adelante
- Aplanamiento emocional desde el fallecimiento
- Frustración, vida vacía y sin sentido desde el fallecimiento
- Aturdimiento o conmovición

En este caso a pesar de los factores de riesgo presentes en la historia fue un caso de duelo no complicado. En el anexo 1. Profundización teórica, se puede revisar la clasificación de los distintos tipos de duelo (ver CD adjunto).

Si analizamos los antecedentes y la reacción emocional, no podía creerse lo que le estaba pasando porque nadie le informó de los riesgos, no pudo elaborar un duelo anticipado, había vivido la gestación con absoluta tranquilidad y sin temor por el futuro de sus criaturas. La pérdida de sus dos bebés en las primeras 48-72 horas de vida, reúne varios factores de riesgo: muerte inesperada, múltiple, son sus hijos deseados y no cuentan con apoyo familiar o de amistades cercanas (Landa y García, 2007). A todo lo que están viviendo se suma la incertidumbre sobre el pronóstico futuro del tercer niño.

En las manifestaciones clínicas de la paciente están presentes: Punzadas de dolor incontrolable, añoranza intensa, confusión sobre el papel de uno en la vida, siente que se ha muerto una parte de sí misma y tiene dificultad para aceptar la realidad de la pérdida, siente amargura y a veces enfado en relación con el fallecimiento, frustración y en ocasiones aplanamiento emocional, todos estos síntomas pueden ser normales y dependerán de la evolución en el tiempo (Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2007). En este caso se fue mitigando la clínica y puede ser considerado respuesta normal.

En este caso, otros predictores de mala evolución del duelo (la causa de la muerte, quiénes eran las personas fallecidas para ella, personali-

dad y recursos psicosociales o familiares) suponen factores de riesgo añadido. Además, después de los años de esterilidad, la muerte de los/as bebés le genera a la madre una gran frustración por no conseguir el objetivo de tener descendencia. Esta y otra información recogida de en un formato completo y reglado ha permitido evaluar su duelo de forma correcta.

Hay factores que merece la pena comentar acerca de cómo elabora el duelo esta paciente. La supervivencia durante 45 días de su tercer hijo, permite continuar la interacción con el personal de la UCIN, que suple en parte la ausencia de familia y amistades, por lo que continua demandando intervención durante algún tiempo. Está claro que ha establecido un vínculo y que confía plenamente en el equipo de profesionales.

Otro factor importante para una buena respuesta fue, en este caso, responder a la necesidad de conocer y entender el proceso de enfermedad y muerte de sus hijos. Por ese motivo se le facilitó la necropsia y se ofreció información médica de los hallazgos diagnósticos continuos. La comunicación ha sido en este caso un eje fundamental de soporte afectivo.

Como conclusión podríamos decir que, coincidiendo con clásicos de la medicina, el papel del equipo sanitario es el de «curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre» (Buzzi, 2007). La información veraz y graduada según demande cada paciente o su familia es fundamental para poder aceptar las situaciones más difíciles (Astudillo, Mendinueta y Casado, 2007).

### 3.2.3. Pisando fuerte

#### Duelo latente. Diferido. Patológico. Hija

#### Exposición del caso

Celia tiene 20 años. Acude a consulta de Psicología clínica derivada por su médico de familia, porque ha presentado una crisis de ansiedad y además tiene preocupaciones hipocondríacas. Las dos siguientes preguntas hipocráticas nos darán la clave de lo que le viene pasando:

- Profesional: «¿Desde cuándo vienes presentando estos síntomas?»
- Celia: «Desde la primavera (La entrevista tiene lugar en septiembre)»
- Profesional: «¿Con qué lo relacionas?»
- Celia: «Mi padre murió hace dos años»

A pesar de la aparente discordancia cronológica en el discurso manifiesto entre el inicio de los síntomas y el motivo al que lo atribuye. Parece que nos está apuntando a que, aunque el cuadro psicopatológico se haya desencadenado en la actualidad, las causas habría que buscarlas en la muerte del padre, dos años antes.

Continúa la entrevista asociando a sus quejas hipocondríacas el recuerdo de que cuando tenía seis años estuvo a punto de morir por el retraso de los médicos que la atendieron en el diagnóstico de una

enfermedad intestinal que padeció. Los hechos exactos no importan tanto como la construcción posterior que ha efectuado de ellos.

La invitamos a que hable más sobre la muerte del padre. De qué murió, cómo la vivió ella, etc. Comenta que el padre murió de un shock séptico de etiología desconocida, al menos a ella no le queda clara la causa ni le convencen las explicaciones de los médicos. Nótese el parecido con lo que ella vivió a los seis años. La muerte del padre la llevó con entereza, asumiéndola desde el primer día, «pisando fuerte», palabras que pone Celia para explicarlo.

Nos sigue contando que en marzo del presente año ha tenido una ruptura de pareja, que también ha asumido –sin conciencia del dolor– desde el principio. Se le señala la coincidencia temporal en la ruptura y en la aparición del cuadro psicopatológico (primavera), lo que confirma la relación apuntada anteriormente ahora extendida a otros vínculos.

Abordamos su respuesta típica a las pérdidas y conviene con nosotros en que son tan dolorosas para ella que prefiere asumirlas racionalmente –y negarlas afectivamente– antes que exponerse a la libre expresión de las emociones que le suscitan.

Retomando la crisis de ansiedad que tuvo en primavera, se le pregunta que cómo ocurrió y nos cuenta que iba en coche desde el pueblo en el que vive hasta la capital de la provincia, de copiloto,

con dos compañeros más. Iba bien, contenta, incluso iban cantando, hasta que de pronto se sintió mal, notó una oleada de calor por el interior del cuerpo, «como una llama», junto al cortejo de síntomas que suelen presentarse en las crisis de ansiedad. El malestar duró unos minutos y se fue disipando hasta desaparecer.

- Profesional: «¿Has dicho que ibais cantando? ¿Tenía alguna relación la canción con lo que te pasó?»
- Celia: «Ahora que lo preguntas, era una canción de amor, de separación de pareja.»

Estaba en su discurso. Aunque pareciera un elemento accesorio de la descripción, la palabra «cantando» vuelve a remitirnos a la pérdida y a nuestra incipiente hipótesis de que ante las pérdidas de relaciones importantes reacciona con entereza, asumiéndolo desde el principio, como forma de no enfrentarse genuinamente al dolor que le provocan. Es tal la negación, que la emoción insiste en retornar en su forma más pura, como una «llama», sin cualidad que la distinga (dolor, pena, rabia, etc.)

## Reflexiones

Su médico de familia decidió no prescribirle ninguna medicación que obturara su discurso y derivarla a Salud mental, porque en este caso se podían estar dando elementos de duelo patológico.

En este caso podemos encontrar como una pérdida en el presente reactiva duelos del pasado (Klein, 1940).

La entrevista con el psicólogo clínico le permitió empezar a ponerles palabras a emociones que hasta entonces se presentaban carentes de relación con su vida cotidiana. Ese apoyo y orientación clínica facilita la elaboración de los duelos referidos.

### 3.2.4. Pérdida del ideal

#### Duelo latente. Diferido. Patológico. Hijo

##### Exposición del caso

Manuel es un joven de 24 años que acude a la unidad de Salud mental comunitaria de su zona derivado por el médico de Atención primaria por síndrome depresivo e intensos síntomas de ansiedad en forma de taquicardia y palpitaciones principalmente, los cuales motivan visitas diarias al servicio de urgencias.

En la exploración, el sujeto se muestra consciente; orientado en espacio, tiempo y personas; lúcido, correcto, abordable y colaborador, con escasez de recursos simbólicos. Ansiedad, ánimo decaído, visión negativa de sí mismo y del futuro, apatía, irritabilidad, baja

autoestima, ideas de muerte sin verdadera intención autolítica; disminución del apetito, insomnio de conciliación y pesadillas. No presenta trastornos de la sensopercepción ni del pensamiento (curso, contenido o propiedad). Sin alteraciones en la psicomotricidad. Ha disminuido el interés por las relaciones sociales y permanece en casa la mayor parte del tiempo.

Lleva unos tres meses así, desde que su novia se fue con uno de sus mejores amigos. Aunque desde que su padre se suicidó, hace un año, su ánimo ya no era el mismo de siempre, él verbaliza que no llega a sentirse «el Manuel de antes». Trabajaba con el padre y lo admiraba considerablemente, tomándolo por referencia y como ideal al que seguir. La doble traición del amigo y la novia así como el suicidio del padre lo dejan sin confianza para establecer relaciones personales estrechas. Convive con la madre y dos hermanas, encontrando algo de cobijo en el seno de la familia. A partir de la pérdida de la pareja, el dolor por la muerte del padre ha tomado más presencia que en los meses anteriores.

## Reflexiones

Los duelos por seres queridos que se han suicidado suelen estar cargados de gran ambivalencia afectiva, si bien la carga negativa de esta ambivalencia no es fácilmente reconocida por la persona en duelo (en el anexo 1.1.

se detalla como este tipo de muertes constituye un factor de riesgo para un duelo complicado –ver CD adjunto–).

Sentir rabia por la muerte de una persona fallecida puede generar intensos sentimientos de culpa en la persona doliente. Cuando la muerte es por suicidio, la culpa se hace más evidente, tanto por sentirse responsable del suicidio del ser querido como por no haber sido capaz de preverlo y evitarlo. Sin embargo, algo que debería quedar claro es que nadie es responsable del suicidio de otra persona. En la intervención con una persona en duelo que presente sentimientos de culpa, se podría facilitar la expresión o toma de conciencia de aquello que iba mal en su relación con la persona que se ha suicidado. Pues suelen ser las relaciones más ambivalentes las que hacen que los duelos sean más costosos de elaborar (Worden, 1997).

Una de las consecuencias características del sentimiento de culpa es la necesidad inconsciente de castigo, por lo que en los casos de dolientes por suicidio es frecuente encontrar, ante la falta de palabras que ayuden a la elaboración, cambios en sus hábitos o en sus modos de relacionarse. Estos cambios pueden entenderse como la puesta en acto de esta necesidad de castigo: adolescentes que comienzan a delinquir, otras personas abusan del alcohol u otras sustancias, también es posible ver ingestas masivas de alimentos que llegan a ser autolesivas, etc. (Tizón García, 1998).

Otro de los sentimientos específicos que experimentan las personas supervivientes de un suicidio es la vergüenza, que afectará a las interacciones sociales y familiares de estas personas. El *miedo* y el *enfado* también suelen estar presentes en estos procesos de duelo (Worden, 1997).

Ante la muerte de un ser querido, no se trata tanto de saber a quién se perdió, sino qué se perdió en él (Freud, 1917). El suicidio inesperado del padre de Manuel, «justo cuando mejor estaba con mi madre», supone además de la pérdida del padre, la pérdida del objeto idealizado. Ahora, el duelo debe hacerse no sólo por las consecuencias de la desaparición de uno de los miembros de la familia sino, sobre todo, por la pérdida del ideal. El padre era el modelo, la referencia para Manuel; su suicidio deja al hijo desarmado momentáneamente y desorientado en el desfiladero de su existencia.

Manuel fue derivado a la Unidad de Salud mental comunitaria cumpliendo criterios para el diagnóstico de episodio depresivo, que se pueden consultar en el Proceso asistencial integrado sobre ansiedad, depresión y somatizaciones (Consejería de Salud, 2002). En su tratamiento psicoterapéutico comenzó a hablar de su relación con el padre, del papel que éste ocupaba en la familia, del rol que ahora estaba intentando desempeñar en el contexto familiar al quedar como único varón y, sobre todo, a empezar a reconocer cuantas cosas no le gustaban del padre: era alcohólico, maltrataba a la mujer, lo maltrató a él en varias ocasiones, etc. Durante este trabajo de elaboración, la rabia por el suicidio y la culpa por la rabia estuvieron presentes continuamente. Le parecía que por sentirse enojado con el padre lo estaba traicionando como hijo, pero a su vez, se veía impelido a expresar su enfado en las sesiones. En el proceso psicoterapéutico se le facilitó la expresión de los diversos sentimientos y, con ella, la recolocación del padre en un lugar menos idealizado, en el que también había cabida para las imperfecciones.

Manuel es un gran dibujante y la escasez de recursos simbólicos señalada fue suplida de alguna manera por los dibujos que se comprometió a traer a cada sesión. En estos dibujos fue plasmando los distintos sentimientos que iba teniendo sobre su padre y sobre su propia posición en las relaciones sociales, articulando de ese modo lo traumático del suicidio del padre con la nueva representación –menos idealizada– que fue haciéndose de él.

### 3.2.5. Pastillas para no llorar

#### Duelo tardío. Patológico. Madre

##### Exposición del caso

M<sup>a</sup> Ángeles es una mujer de 59 años que ha sido derivada a la Unidad de Salud mental comunitaria por su médico de familia por presentar «Duelo patológico». Hace unos 14 meses murió su hijo de 27 años en accidente de tráfico; era el menor de cuatro hermanos (tres varones y una mujer) y el único que aún no se había independizado, viviendo con los padres en el domicilio familiar; mantenía una relación afectiva muy estrecha con M<sup>a</sup> Ángeles.

En los años siguientes a la muerte del hijo, la relación con el marido se reduce a hablar de lo justo para la supervivencia, a evitar hablar del hijo y al consuelo mutuo cuando el tema se verbaliza. Con los

hijos hay más distanciamiento: éstos le reclaman más atención y M<sup>a</sup> Ángeles no tiene ilusión ni muestra interés por lo más cotidiano de sus vidas. En las fiestas navideñas prefiere estar en su casa sin más compañía que la de su marido antes que celebrar una reunión familiar y tener que ver la silla vacía del hijo fallecido.

Lo más destacable de su proceso de duelo y lo que hace que su médico de familia lo denomine patológico es la negativa a aceptar la pérdida irremediable del hijo y la espera constante de que regrese, imaginando cualquier estímulo (por ejemplo, el ruido de un coche aparcando en la calle) como una señal de que su hijo vuelve a casa. La conciencia de realidad la tiene conservada, por lo que sabe en el fondo que esto es sólo su deseo y que el hijo no va a volver, aunque le gusta sostener la fantasía del regreso.

El día que su hijo murió recibió la noticia con una reacción emocional de manifiesta angustia, desbordada afectivamente. La familia la llevó al médico de Atención primaria para que la ayudara a calmarse y éste prescribió una dosis alta de ansiolíticos. El resultado de esta intervención fue la somnolencia continua y la hipersomnia de M<sup>a</sup> Ángeles que hasta tres días después no consiguió un estado óptimo de vigilia. Para ese tiempo, el velatorio ya había tenido lugar, el cuerpo del hijo había sido enterrado en una ceremonia tradicional y sus familiares y vecinos habían vuelto a la rutina de sus vidas.

## Reflexiones

La intervención en la unidad de Salud mental ha ido orientada, entre otras cosas, a permitir el trabajo del duelo comenzando por aceptar la realidad de la pérdida (Worden 1997) y a escuchar el lugar (psíquico) (Lacan, 2006) que el hijo ocupaba para M<sup>a</sup> Ángeles (quién era ese hijo para ella), así como el que M<sup>a</sup> Ángeles ocupaba para él (quién era ella para el hijo): proceso lento con numerosos episodios de empeoramiento del estado de ánimo.

A partir de la prescripción farmacológica referida, quizás cabría preguntarse si la angustia sentida por la paciente en el momento de recibir la noticia de la muerte del hijo se puede considerar patológica o simplemente amplificada en su expresión, si es conveniente mitigarla y para qué, y qué respuesta emocional sería la considerada natural y adaptada.

Por último, nos valdremos de este caso para comentar algo habitual de la práctica médica que en ocasiones podemos comentar algunos profesionales de Salud mental para invitar a la reflexión. En concreto, dos aspectos que influyen en la prescripción del medicamento y que son ajenos a la indicación del fármaco:

- 1** A veces, la prescripción farmacológica (o la dosis indicada) dependerá de la expresión que cada paciente hace de sus emociones. En nuestro caso, M<sup>a</sup> Ángeles fue la persona que recibió la indicación de tomar medicamentos, mientras que su marido, que expresó las emociones de forma más moderada, no precisó intervención profesional.

- 2 Enlazado con el punto anterior está la angustia del personal médico y la familia ante el sufrimiento de la persona en duelo. La persona que sufre genera en su entorno compasión y empatía. En el caso de la angustia, las personas cercanas a la doliente pueden intentar evitar o huir de tal emoción.

El duelo habría que entenderlo como un proceso de sanación, de cicatrización de una herida y no como una enfermedad a erradicar. Entendido así, el abordaje clínico del duelo no debe perseguir la anulación de este proceso sino, en todo caso, su facilitación.

### 3.2.6. Duelo inmigrante

#### Duelo temprano. Normal. Madre

#### Exposición del caso

Pilar es una joven de 22 años, inmigrante, trabaja en una residencia de ancianos como cuidadora desde hace tres años. Solicita consultar una cuestión privada para lo que nos retiramos a una habitación en la que estamos solos. Hace tres meses quedó embarazada de su pareja en España. Decidió realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) porque le detectaron una alteración del feto (trisomía).

Me dice que se encuentra muy mal, duerme mal y no rinde en el trabajo y piensa que la pueden despedir. Me comenta que le costó mucho decidir realizar el IVE y que no puede quitarse de la cabeza que ese niño podía haber salido adelante con la ayuda de su pareja: «Ahora me siento culpable por haber quitado una vida». Me comenta que en el hospital le dijeron que podría buscar un nuevo embarazo en 6 meses. Hablamos:

- Enfermero (E): «¿Te aliviaría un nuevo embarazo?»
- Se queda pensativa. Paciente (P): No estoy segura. «La pena de este niño la tendré siempre. Además, me asusta que vuelva a ocurrir lo mismo... sería terrible. »
- E: «Entiendo que un bebé no sustituye a otro. ¿Supongo que tenías planes e ilusiones? »
- P: «Mi país es muy difícil para criar un niño. Aquí todo es más fácil y mi pareja quiere un hijo. Empecé a comprar algunas cosas de bebés...»
- E: «¿Te informaron de las posibilidades de qué vuelva a repetirse?»
- P: «No, fueron muy amables, pero no me dijeron mucho sólo que no me preocupara, que pronto podría buscar otro niño.»

## Reflexiones

Este caso encajaría con el diagnóstico de la NANDA (Herdman, 2010) denominado *duelo*, que se define como «*complejo proceso normal que*

*incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida».*

La pérdida perinatal es un acontecimiento frecuente que Elizabeth Kirkley-Best (1982) tipificaba como «el duelo olvidado». El concepto de duelo perinatal se amplía a las pérdidas habidas en cualquier momento de la gestación hasta el primer mes de vida del bebé. Para algunos autores se incluyen las reacciones por tener un hijo con anomalías congénitas, la reducción selectiva en embarazos múltiples y la cesión de hijos en adopción. A pesar que pueda considerarse que no se ha producido el proceso de apego la realidad es que se pierden proyectos de futuro, se produce un fracaso biológico que se teme repetir y sobre todo no se tiene «autorización social» para hacer duelo. La mujer está sola en esto las más de las veces.

La respuesta de los servicios sanitarios se orienta habitualmente al consejo genético y de concepción y se olvida de este aspecto de dolor que afecta a los padres y madres en particular. Reconocer el duelo en estos casos, informar de las diferentes respuestas de afrontamiento que pueden darse en las parejas afectadas, orientarles en las formas de recordar al hijo, ayudarles a normalizar su vida social y laboral, etc. deberían integrarse en la atención enfermera de seguimiento de estos procesos y particularmente en la de las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología.

El apoyo a los padres que experimentan una pérdida perinatal debe ser fundamental en la actuación de las enfermeras, no sólo en el momento

del parto o extracción fetal sino a más largo plazo (Fetus and Newborn Committee, 1983) , por tanto las enfermeras debemos estar dispuestas a ofrecer la continuidad de cuidados necesaria que pasa por una buena comunicación entre hospital y Atención primaria. En esa órbita, la participación de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias trabajando en programas de continuidad de cuidados que contemplen los fenómenos de pérdida perinatal podría funcionar como garantes de esta continuidad. La atención a la pérdida perinatal puede requerir de un seguimiento a largo plazo sin que ello signifique intensa dedicación de tiempo.

Es importante contemplar que las reacciones de los diferentes familiares y amigos son distintas. Debemos reservar algún tiempo para discutir con los padres cómo las diferencias de género, culturales y parentales modelan las reacciones ante la pérdida. Hacer ver a la madre que la forma de «doler» del padre puede ser distinta, pero no menos sentida que la de ella puede, por ejemplo, mitigar los sentimientos de incomprensión y favorecer su afrontamiento a través del incremento del apoyo social percibido.

El personal de enfermería debe estar atento a las distintas emociones que sentirán los padres en los meses siguientes a la pérdida de su bebé. Durante estas fases, el apoyo y la comprensión empática, tanto desde la red social de los padres como del personal sanitario más cercano, tienen un efecto positivo en el proceso de duelo. Los padres se benefician del asesoramiento individual y sin duda podremos prestar asistencia sobre aspectos como: la toma de decisiones respecto a decir adiós, la manera en que van a hacer frente a su dolor en el futuro inmedia-

to, cómo interactuar con la familia y con las personas de su entorno (Geerinck-Vercammen y Duijvestijn, 2004).

Las intervenciones de enfermería se han ido perfeccionando en las últimas dos décadas y se han llevado a cabo algunos estudios de investigación a fin de promover la salud en la pérdida perinatal. Entre las intervenciones que debemos incluir están: la ayuda a los padres para crear significado a través de la puesta en común de la historia de la pérdida, la facilitación de los rituales socioculturales asociados a la pérdida, la selección de recuerdos tangibles, el acompañamiento sensible, y la validación de la pérdida (Callister, 2006).

La NIC (McCloskey, 2005) describe un buen número de intervenciones en relación con el diagnóstico de duelo: **5240** asesoramiento, **5250** Apoyo en la toma de decisiones, **5270** Apoyo emocional, **5294** Facilitar la expresión del sentimiento de aflicción: muerte perinatal, **5420** Apoyo espiritual, **5440** Estimulación del sistema de apoyo, entre otras pueden ser seleccionadas por las enfermeras para el abordaje de este caso. De igual modo la NOC (Moorhead, 2009) ofrece la posibilidad de medir los resultados sensibles a la intervención enfermera mediante una de sus tablas, en concreto, la **1304** Resolución de la aflicción, permite medir la adaptación a la pérdida.

### 3.2.7. Llorar a un amigo

#### Duelo agudo. Normal. Amigo

#### Exposición del caso

Pablo se encontraba en su puesto de trabajo una mañana de lunes cualquiera, realizando su labor con la dedicación y motivación que le caracteriza siempre, al enfrentarse al desempeño de sus tareas cotidianas. Corrían tiempos buenos para él. Hacían pocos meses que contrajo matrimonio con su pareja, con la que compartían ilusiones y proyectos conjuntos desde hacía varios años. Su situación laboral había mejorado significativamente tras varios años de renovaciones de contratos, avistaba una estabilidad contractual que afianzaba su vida laboral. Su hermano, fuente de apoyo vital en su vida, había decidido volver a su localidad natal, instalándose definitivamente cerca de él. Esa mañana de lunes cualquiera, Pablo recibió una noticia telefónica que cambió su ánimo de manera fulminante. Su gran amigo, ese amigo de la infancia que conoces como si fuera un hermano, había sufrido un accidente de tráfico que le arrebató la vida. Duelo, funeral y recuerdo. Pasaron los días.

Esta mañana acude a consulta de su centro de salud a recoger un análisis de sangre pendiente. Su médico mantiene una excelente alianza con Pablo. Éste confía en él plenamente. Según el doctor,

Pablo podría considerarse sin lugar a dudas, un buen paciente. Tras la entrega de su analítica y justo cuando se despedían Pablo comentó lo siguiente, «Estoy diferente. Me encuentro apagado, como falto de energía, me canso con facilidad, he perdido peso y me cuesta conciliar el sueño». El médico, conocedor de su biografía, le insta a tomar en cuenta esos síntomas, puesto que pueden tratarse del inicio de algún cuadro incipiente de tipo depresivo, muy posiblemente desencadenado por la pérdida de ese ser querido días atrás.

Tras este señalamiento, Pablo cree que necesita algún fármaco que le ayude a superar este trago y demanda a su médico de familia, un tratamiento farmacológico ya que considera la medida, efectiva, rápida y sin suponerle ningún esfuerzo extra.

## Reflexiones

Nos encontramos ante una situación cotidiana y frecuente en las consultas de los equipos básicos de Atención primaria. Hay dos aspectos fundamentales en esta viñeta clínica que guardan relación con aspectos nucleares en lo referente a la intervención en procesos de duelo. El primero de ellos hace referencia a la identificación de la sintomatología y la concesión de entidad de duelo a la situación que se plantea en consulta. El segundo de ellos alude directamente a la decisión clínica de iniciar un tratamiento farmacológico aquí y ahora.

¿Qué hacer ante la demanda insistente en muchos casos de personas usuarias del Sistema de salud andaluz, de iniciar un tratamiento antidepresivo para aliviar el malestar emocional que supone la pérdida de un ser querido? ¿Sería eficaz la prescripción de un ISRS para reducir los síntomas de la esfera depresiva asociados al duelo normal? ¿Si no es así, qué intervención sería la más correcta? ¿En mi consulta, teniendo en cuenta mis limitaciones de tiempo por paciente, puedo permitirme hacer alguna intervención estructurada o reglada?

En nuestro caso, el médico de Pablo se planteó precisamente estas cuestiones a las cuáles, respondió de la siguiente manera:

- 1** Dada la intensidad de los síntomas (leves y reactivos a una situación de duelo claramente identificado, menor de un año de duración), su grado bajo de interferencia en su vida cotidiana y teniendo en cuenta los recursos psicológico-emocionales-sociales con los que cuenta Pablo, a saber a) estabilidad laboral, b) apoyo social y c) buena adaptación familiar, contextualizó la sintomatología clínica de su paciente dentro de un proceso adaptativo, normalizado, que llamamos duelo (normal).
- 2** Conocedor de que no hay evidencia de que los ISRS sean eficaces para paliar el duelo (ver apartado de evidencia), decidió no iniciar una intervención farmacológica, como así lo demandaba su paciente.
- 3** Sin embargo, no consideraba que su proceder debiera quedarse ahí. No consiste sólo en no medicalizar el duelo. Es necesario res-

ponder ante una demanda de sufrimiento de nuestro usuario. Esta fue su intervención:

- 1 Redefinir la demanda y contextualizar el caso como un proceso adaptativo normal.
- 2 Gestionar una cita programada para escuchar de forma activa y empática a Pablo, ofreciéndole un tiempo y un espacio donde poder expresar sus emociones.
- 3 Normalizar la situación conectando, los factores de protección (identificados por el profesional en Pablo y señalados anteriormente) con su vida diaria, con el fin de potenciar el proceso de adaptación a la pérdida, fomentando la autonomía, autocontrol y afrontamiento eficaz ante situaciones de estrés de cada paciente.

No toda persona en situación de duelo va a necesitar intervención sanitaria (ver apartado de evidencia). La pregunta de todo profesional de la medicina en ese contexto es: cuándo hay que tratar y cuándo no. El tratamiento sólo se precisa cuando se trata de un duelo patológico, que se puede manifestar clínicamente de forma psicológica y física. A nivel *psicológico*, las personas pueden reprocharse no haber hecho lo suficiente por el difunto, incluso si han extremado de modo admirable sus atenciones durante su última enfermedad, o mostrar una irritabilidad, inhabitual en ellos, contra terceras personas (médicos, sacerdotes, yerno o nuera, etc.). A veces, la tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como aislamiento social, consumo abusivo de alcohol o de psicofármacos, etc. A nivel *físico*, a veces presentan alteraciones de la salud: somatizaciones (alteraciones del sueño y del apetito, vómitos, mareos, etcétera), dolores

musculares, estreñimiento, cefaleas, etc., que les hacen acudir con mucha mayor frecuencia a Atención primaria y que son reflejo de la depresión, más o menos enmascarada, existente (Alario, 1996; Hinton, 1974).

No obstante, en las fases iniciales del duelo pueden predominar los síntomas físicos; sin embargo, con el transcurso de los meses estos síntomas pueden remitir, pero se hacen más frecuentes los síntomas psicológicos (desesperanza, desvalorización, ira, deseos de morir, etc.) (Clayton, 1985). En general, las personas afectadas deben recibir tratamiento psicológico o farmacológico cuando padecen síntomas físicos o psicológicos de una intensidad elevada, cuando los síntomas, incluso con una menor intensidad, se mantienen más allá de un año o cuando aparecen alteraciones poco habituales (por ejemplo, alucinaciones o ideas delirantes) (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Parkes, 1972; Worden, 1997).

### 3.2.8. Vivir sin su hija

#### Duelo tardío. Patológico. Madre

##### Exposición del caso

Carmen es una mujer joven que tiene dos hijos de 3 y 7 años. Acude con ellos a la consulta de pediatría del centro de salud de forma asidua. Su aspecto llama la atención. Es una mujer guapa, joven, triste. Su

atuendo es de luto riguroso. Morena, de pelo negro y ojos azules muy claros, casi transparentes. Tiene prohibido sonreír. Ella misma se ha establecido ese castigo. Cuando esboza una risa o cuando la situación es de franca carcajada reprime la alegría de su rostro y de su vida.

Cuenta un día a su pediatra de forma conmovedora, como perdió hace dos años a su hija mayor, con 14 años. La joven llevaba varios días con cefalea por lo que acude al centro de salud, donde es atendida de urgencias por otro profesional. Tras recibir atención médica, de pronto, mientras iba caminando hacia su casa, de forma inesperada, pierde el conocimiento y cae al suelo. Se traslada al hospital donde llega en coma y unas horas después fallece. La causa de la muerte fue un enclavamiento por un tumor cerebral. La madre lleva un camafeo colgado al cuello con la foto de su hija.

Carmen no puede superar la pérdida de su hija. Su médico de familia, con el que mantiene muy buena relación, la intenta ayudar de todas las maneras posibles: apoyo psicológico, farmacológico, terapia familiar, etc. con pequeños logros. Se ha derivado a atención especializada donde ha rechazado seguir acudiendo porque prefiere el seguimiento de su médico.

Tenía unos antecedentes previos a la pérdida de su hija que eran desfavorables para el afrontamiento de este duelo. Carácter distímico con medicación para un trastorno ansioso-depresivo.

A pesar de todo no es una madre ausente. Es el soporte de la crianza de sus hijos. Les permite que tengan actividades lúdicas propias de su edad y de nuestra cultura como ferias, fiestas patronales, fiestas navideñas... pero no se permite compartirlas. Delega estas funciones en otros familiares (abuelos, tíos, primos).

Los servicios sanitarios cercanos la conocen bien y mantienen una relación de apoyo y cariño. Su marido la acompaña a veces con sus hijos y se ha adaptado a esta situación.

Ella precisa atención ocasional por cuadros de ansiedad. No sé si algún día ella sonreirá libremente y se permitirá vivir feliz sin su hija ausente.

## Reflexiones

En este caso existe un riesgo muy elevado de duelo patológico por distintos motivos. Por un lado, la pérdida de una hija de forma inesperada y evolución en unas horas. No hubo tiempo para hacerse a la idea de la pérdida. Por otro lado, la doliente presenta unas características que la hacen más vulnerable (antecedentes de distimia, episodios ansioso-depresivos) que hablan de un trastorno de base que dificultará el afrontamiento de la pérdida de su hija (Landa y García, 2007). De hecho ha pasado a categoría de duelo prolongado (Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2007).

Como factores que han actuado con función protectora está la presencia de sus dos hijos. Su cuidado la ocupa, preocupa y la anima. También tiene cerca a su pareja y sus padres y hermanos que la acompañan en la tarea de la crianza y en su dolor. En cuanto al apoyo de los servicios sanitarios recalcar el beneficio de la buena relación con el personal sanitario (Dollenz, 2003). Tanto el médico de familia de Carmen como la pediatra que atiende a sus hijos han compartido reflexiones, interrogantes, inquietudes y retos en el trato con esta familia a la que ambos aprecian profundamente. El personal de enfermería, como el resto del equipo del centro, de salud la conoce y se relacionan con ella con una gran empatía.

### 3.2.9. Tiempo congelado

#### Duelo tardío. Patológico. Hija

##### Exposición del caso

Alicia tiene 35 años, es casada y tiene una niña de 2 años. Llega a Salud mental derivada por su médico de familia por trastorno depresivo con riesgo autolítico. Al examen, presenta tristeza intensa, labilidad emocional e inhibición psicomotriz marcada. Refiere sentimientos de minusvalía, impotencia y culpa. Hiporexia e insomnio mixto. Ideas de muerte y de suicidio con relativa planificación. Su rendimiento en el hogar y en el trabajo ha disminuido considerablemente.

Como factor desencadenante ubica la muerte de su madre (69 años) hace 3 años, 21 días después de una cirugía cardiovascular aparentemente exitosa. Nadie esperaba que en 24 horas, su evolución diera un giro tan brusco y definitivo. Alicia y su madre siempre estuvieron muy unidas. Ambas velaban continuamente por las necesidades de la otra. Alicia vivía en la acera de enfrente y pasaba la mayor parte de su tiempo libre en la casa materna. Para cuando su madre muere, Alicia llevaba meses buscando quedar embarazada a fin de darle una alegría, enterándose de su estado de gestación 4 días después del deceso. Desde entonces, nada tuvo el mismo sentido; quedando incapacitada para disfrutar de su embarazo y posteriormente de su niña, a quien puso el nombre de su madre.

Un año después, se suicida su cuñado; consiguiendo su hermana elaborar ambas pérdidas mejor que ella, gracias, en parte a tener una visión del mundo, de la vida y de Dios más positiva. Alicia está convencida que después de la vida no existe nada, y que por lo tanto, la vida no merece ser vivida.

Ningún objeto perteneciente a su madre fue cambiado de sitio, como si fuera a volver de un momento a otro. Visita el cementerio dos veces al mes y rechaza activamente situaciones que pudieran resultar placenteras, dado que su madre no está con ella para compartirlas. Siente culpa por no poder disfrutar de su hija a quien siente cada vez más apegada a su esposo, posiblemente por estar ella atrapada en el tiempo, en un mundo de recuerdos y de ausencias.

## Reflexiones

Dentro de un proceso de duelo, es esperable encontrar síntomas depresivos tales como enlentecimiento motor, falta de motivación, bajo estado de ánimo, culpabilidad, falta de apetito, insomnio, abandono de actividades sociolaborales, pensamientos negativos recurrentes, ideas de muerte; considerándose los normales dentro de un determinado plazo de tiempo tras el fallecimiento, y esperándose su progresiva autolimitación con el correr del mismo (Dollenz, 2003; Expósito-Pérez, 2004).

La ideación suicida durante el primer mes, la culpa morbosa o el retardo psicomotor son síntomas que merecerían mayor atención, considerándose los como síntomas de alarma de un posible duelo complicado futuro (Dollenz, 2003; Flórez, 2002). Lo mismo ocurre cuando existe comorbilidad psiquiátrica (depresión, psicosis, consumo de tóxicos) u otros factores de riesgo de duelo complicado relacionados con la persona que sufre la pérdida, el tipo de muerte, el vínculo o el entorno. Ante estos casos, sería de buena práctica mantener un contacto más fluido con la persona en duelo, a fin de valorar su evolución y la pertinencia de ayuda especializada.

Empieza a pensarse en duelo patológico cuando, siguiendo el criterio cronológico, que es el que se emplearía con mayor frecuencia; persistieran los síntomas de duelo un tiempo superior al considerado como adaptativo que; según los autores, sería entre 4 - 6 meses o entre 1 año - 1 ½ año (es imposible aplicar un límite cronológico estricto) (Dollenz, 2003).

Según este criterio, el duelo de Alicia sería diagnosticado como un duelo patológico; de tipo prolongado o crónico, y según las características clínicas (pérdida de autoestima, síntomas depresivos graves e ideación suicida); de tipo melancólico (Dollenz, 2003).

Puede resultar de ayuda, en caso de duda, revisar los criterios diagnósticos del Trastorno por Duelo Prolongado (Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2007) propuestos para el DSM V –Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales– (Landa Petralanda y García, 2007):

**Criterio A:** Presentar, a diario, al menos uno de los siguientes síntomas:

- 1 Pensamientos intrusivos acerca de la persona fallecida.
- 2 Punzadas de dolor incontrolable por la separación.
- 3 Añorar intensamente de la persona fallecida.

**Criterio B:** Presentar, a diario, al menos 5 de los 9 síntomas siguientes:

- 1 Confusión sobre el papel de uno en la vida, sentir que se ha muerto una parte de si mismo/a.
- 2 Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
- 3 Tratar de evitar todo lo que recuerde que su ser querido ha muerto.
- 4 Incapacidad de confiar en los demás desde el fallecimiento.
- 5 Sentir amargura o enfado en relación con el fallecimiento.
- 6 Sentirse mal por seguir adelante con su vida (Ej. hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas)
- 7 Sentirse emocionalmente plano (frío, insensible) desde el fallecimiento.

- 8 Sentirse frustrado en la vida, sin el fallecido su vida está vacía y no tiene sentido\*.
- 9 Sentirse «atontado/a», aturdido/a o conmocionado/a.

**Criterio C:** La duración de estos síntomas es del al menos 6 meses.

**Criterio D:** Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona doliente.

Cabría preguntarse qué pasó durante los 3 años previos a la derivación, para que Alicia llegue en este estado a la consulta especializada; teniendo en cuenta que a lo largo de este tiempo, Alicia acudió en numerosas ocasiones a su médico de familia, por problemas tiroideos así como para el control de su embarazo, durante el cual, dicho sea de paso, fue perdiendo peso hasta casi empezado el último trimestre. Esta pérdida de peso y el antecedente de la reciente e inesperada pérdida materna, deberían haber hecho sospechar sobre el estado emocional de Alicia, conduciendo a una evaluación más exhaustiva y a un mayor apoyo profesional.

Si valoramos los posibles factores de riesgo que podrían haber favorecido la tórpida evolución de este duelo, la muerte de un progenitor, en la 3º edad, en el contexto de una enfermedad crónica; a priori, no se consideraría como un factor de riesgo de duelo complicado. La muerte de una persona de edad, esperable por las leyes de la naturaleza, no es tan impactante como la absurda muerte de un niño/a o la inesperada muerte de un/a hermano/a o amigo/a. La muerte de un padre o una madre no

provoca la soledad de la viudez (Yoffe, 2002). Con la vejez se deteriora la salud y la muerte se aproxima. No obstante, la buena evolución postquirúrgica materna, hizo que la muerte resultara un fenómeno inesperado, no posibilitando la preparación emocional ni la despedida.

Por otro lado, la gravedad del duelo por la muerte de uno de los padres, depende de quién era para nosotros la persona que murió, que papel desempeñaba en nuestra vida y que espacios ocupaba en nuestro mundo interno, de qué forma y en qué momento del ciclo vital murió; haciendo que la reacción de cada hijo varíe según la relación con el fallecido (Yoffe, 2002). En el caso que nos ocupa, la relación de estrecha dependencia entre ambas favoreció que, algo que debiera haberse asumido con mayor naturalidad, al menos en el marco de nuestra cultura occidental, resultara más traumático y doloroso. Los duelos repetidos (previos o posteriores) pueden hacer peligrar la buena evolución del proceso adaptativo ante la pérdida de un ser querido. En este caso, la muerte violenta de su cuñado, aumentó el dolor y restó la contención emocional de su hermana, en un momento clave de su ciclo vital; el de la maternidad. El uso limitado de estrategias de afrontamiento no deja de ser otro factor clave en este caso. Y si no, basta con comparar la evolución de Alicia con la presentada por su hermana Josefa, quien tras perder a su madre con quien tenía una excelente relación, pierde a su esposo y padre de sus dos hijos de 5 y 3 años, de forma traumática y voluntaria. Sus fuertes convicciones religiosas, su visión acerca del sentido de la vida y de lo que hay más allá de ella, le ofrecieron un consuelo que Alicia es incapaz de conseguir creyendo solamente en lo que es factible de ser visto etc. «Nadie ha vuelto a contar lo que viene después... y eso es porque no hay nada». Los hijos, general-

mente concebidos en el contexto de un proyecto personal en crecimiento, suelen actuar como motor para seguir en la ardua tarea del vivir. Pero está claro que para Alicia, la concepción de su niña tuvo otras motivaciones que se vieron frustradas al morir su madre, exponiéndola a asumir nuevas responsabilidades por las que se vio sobrepasada.

Una intervención precoz, probablemente hubiese podido evitar que la paciente llegase a un estado depresivo grave y aunque su embarazo hubiese sido vivido con la angustia de un duelo en proceso, posiblemente hubiera podido estar en condiciones de velar eficazmente por las necesidades de su hija; hecho que la llena de remordimiento y culpa.

### 3.2.10. Verla una vez más

#### Duelo temprano. Patológico. Madre

##### Exposición del caso

Carmen, de 19 años y su amigo, murieron en un accidente de moto, una noche de Feria el año pasado. Su madre, Estela, de 53 años, llega a mi consulta en Salud mental, 8 meses después.

Cada vez que Carmen salía por la noche, madre e hija solían hablarse por teléfono en reiteradas ocasiones a fin de mantenerse informadas

de los planes que surgían. La noche del accidente, Carmen la llamó a las 3 de la madrugada, informándole que se quedaría en la Feria un rato más. Cuando Estela devolvió la llamada a su hija sobre las 5 am, ésta no le contestó. Lejos de preocuparse, pensó en los múltiples motivos por los que Carmen podía no haber contestado, y se volvió a acostar. Temprano por la mañana, desde la oficina, volvió a intentar contactar con su hija... su mejor amigo respondió la llamada poniéndola al tanto de lo ocurrido. «No pude despedirme». «Mi hijo no me dejó reconocer el cadáver». «Ni siquiera me devolvieron su ropa».

Múltiples y constantes reproches hacia su hija ocupan gran parte de su discurso: «¿cómo se subió a la moto de un chico que apenas conocía?»; «¿por qué no me dijo con quienes estaba?»; así como dudas acerca de si ella hubiera podido impedir que esto ocurriese. Estela ama a su hija, pero a la vez, la culpa y se culpa por lo ocurrido y por el consecuente dolor que su ausencia le causa.

Desde entonces, «mi vida ya no es mi vida. Siempre fui muy pesimista; y ahora, me doy cuenta de todo lo que tenía antes de su muerte. Cuando ella vivía, me sentía querida. Ya no me siento así. Llevo el móvil apagado porque ella no me volverá a llamar. Mi vida es como una película sin sentido. Me siento muerta en vida. Ya no sé si creo en Dios. No me suicido porque sé que de hacerlo no podré reunirme con ella jamás. Solo pido volver a verla otra vez». A veces, fantasea con que su hija vive en otro lugar.

Estela tiene otro hijo de 30 años, independizado y en pareja. Según ella, éste intenta evadirse de la situación por lo que no le brinda la contención emocional que ella necesita. Con el ex marido, hace más de 5 años que no mantiene contacto y ni siquiera fue al funeral. La madre falleció hace 14 años. El padre, de 83 años, fue mantenido al margen de la muerte de su nieta Carmen, debiendo Estela disimular su angustia ante él mientras excusaba a su hija de no irlo a ver. Cuatro meses más tarde, éste muere tras una fractura de cadera complicada, llevándose consigo la misión de encontrar a Carmen. De los 4 hermanos, solo una hermana le brinda apoyo emocional. No obstante, Estela la evita pues tiene una familia muy numerosa que le recuerda lo sola que está. Acude al cementerio cada 2-3 días. Allí lee, le habla, se siente arropada. Se ha tatuado su rostro en uno de sus hombros y lleva sus pendientes preferidos.

Estela es consciente que debe seguir adelante con su vida. Ha iniciado reiki, acupuntura y se encuentra en tratamiento psicológico desde diciembre. Se le pautó tratamiento antidepresivo, tras el cual nota que consigue pensar menos en el accidente, ver fotos de su hija sin llorar. Se mudó al piso en el que vivió con su hija con anterioridad; dejando el último piso compartido por ambas por su cercanía al sitio del accidente. Este traslado, no obstante, la expone aún hoy a tener que informar de la muerte de su hija a vecinos intrigados. Se ha comprado un perro para obligarse a «entrar otra vez en la vida». Le gustaría ver más a su hijo. Aún no ha retomado

su trabajo. Ha solicitado traslado a otra sucursal para evitar revivir momentos tan dolorosos. Cuando piensa en el futuro, piensa en el tiempo que le quedará por vivir sin su hija. Miedo a olvidarla.

## Reflexiones

La muerte de un hijo, ha sido conceptualizada como uno de los dolores más profundos y difíciles de resolver en el tiempo, debido a las fuertes reacciones emocionales que dicho suceso despierta y provoca en sus progenitores. Si la pérdida es súbita e inesperada, el proceso de duelo es más difícil. Del mismo modo, los casos en los que los familiares no tuvieron oportunidad de tomar contacto con el cuerpo del ser amado (por haber sido víctima de una desaparición forzada o por sufrir alguna mutilación o desfiguración por muerte violenta), son considerados como pérdidas ocurridas en circunstancias traumáticas, las cuales tornan más complicado y doloroso el duelo que el familiar debe hacer ante ellas (Yoffe, 2002).

Estela se enfrenta a uno de los duelos más difíciles de elaborar. Ha muerto su hija, de forma repentina y traumática; con quien mantenía una relación de extrema complicidad. Era su hija, su mejor amiga y confidente. Era de la única que percibía señales de afecto, sintiéndose tras su desaparición completamente sola, ya que la contención emocional brindada por sus familiares no la satisface. Su hijo se evade, su padre desconoce lo acontecido y su hermana tiene una familia que ella ya no podrá tener. Sus com-

pañeros de trabajo forman parte del escenario de la «gran mala noticia»; habiéndolos evitado por considerarlos contactos traumáticos.

Estela se siente vacía, y ese vacío la hace dudar del sentido de su propia existencia. Desea morir, añorando tras su muerte, un reencuentro. Mientras tanto, se refugia en el cementerio, aislándose del mundo exterior, del mundo de los vivos, para entrar en una especie de comunicación virtual con el más allá, consiguiendo así atenuar su dolor, negando de forma pasajera la realidad.

La sobreidentificación con su hija, la gran ambivalencia afectiva, la ideación suicida contenida por principios religiosos algo frágiles, la falta de sentido vital y la persistencia de síntomas depresivos intensos, junto a un aislamiento y deterioro funcional general prolongado nos lleva a pensar en que Estela presenta un trastorno depresivo mayor que requerirá de un abordaje especializado para su recuperación. La siguiente tabla nos permitirá objetivar las principales diferencias entre duelo normal y depresión (Dollenz, 2003; Flórez, 2002).

CARACTERÍSTICAS	DUELO	DEPRESIÓN
Identificación con el difunto	Normal	Sobreidentificación
Ambivalencia	Escasa	Aumentada
Ideación suicida	Rara	Frecuente
Preocupaciones mórbidas sobre la propia valía	No	Si
Autoestima	Conservada	Disminuida
Autoculpabilidad	Específica (por cómo trató al difunto)	Global

CARACTERÍSTICAS	DUELO	DEPRESIÓN
Tristeza, llanto, pérdida de apetito, trastornos del sueño, desinterés por el mundo exterior	Autolimitados en el tiempo	Intensos, persistentes y pueden empeorar
Evoca	Empatía y simpatía	Fastidio e irritabilidad
Humor	Reactivo	Arreactivo
Contacto social	Positivo	Aislamiento
Deterioro funcional	Pasajero	Prolongado
Respuesta a antidepresivos	No	Si

La muerte de su padre, si bien le sumó una nueva pérdida en el corto plazo, la liberó de un silencio y un dolor difícil de disimular. Además, Estela consiguió darle un sentido positivo a su muerte al encargarle que busque a Carmen, que la acompañe y vele por ella. De esta forma un nuevo duelo, considerado generalmente como un factor de riesgo de duelo complicado, pasó a ser para Estela un factor de protección.

La paciente pone en marcha todos sus recursos personales para poder continuar hacia delante, viviendo una vida, hasta ahora, insípida, a la espera del día que Dios haga cumplir su voluntad. Sabe que sola no podrá hacerlo, por lo que busca ayuda profesional, tanto psicológica como psiquiátrica. Se compra una mascota y se apunta a actividades en busca de ocupar su tiempo y mitigar ciertos síntomas (reiki, acupuntura). Vuelve a su piso anterior, lleno de recuerdos, pero más distante del sitio del accidente. En la misma línea pide su traslado a otra oficina. No está buscando negar la

pérdida, sino alejarse del contexto en el que ésta se produjo, el cual hasta ahora la condujo a una continua rumiación sobre los hechos que jamás conocerá con exactitud, que la paralizaba y le impedía pensar cómo seguir.

### 3.2.11. El pequeño del equipo

#### Duelo agudo. Normal. Hermano

##### Exposición del caso

**Historia personal:** Niño de 7 años de edad que acude a la consulta del psicólogo infantil del área de Pediatría y atención temprana del hospital, a demanda de los padres, porque hace 2 meses que ha fallecido su hermano mayor de 11 años de una muerte súbita. Los dos hermanos estaban jugando y el mayor sufrió una pérdida de conocimiento con caída al suelo y a pesar de las maniobras de reanimación efectuadas por el equipo de emergencias, ha fallecido. El pequeño ha estado presente en todo el proceso. Los padres y el niño están desolados y no saben como afrontar el problema.

Desde que sucedió el niño está asustado, tiene que dormir en la habitación con los padres y habla poco del tema. No quiere ir al colegio ni consiente quedarse solo en ningún momento. Duerme mal y cuando consigue dormir tiene pesadillas terribles.

Los padres están muy mal, no han tocado la habitación del pequeño y quieren que todo siga igual. Es como si desearan detener el tiempo.

En las últimas semanas el niño se niega a comer, no tiene apetito, y cuando se le fuerza vomita. Está muy delgado y no descansa

**Historia socio-familiar:** Sin problemas en la vivienda familiar. Viven el matrimonio y sus dos hijos.

**Relaciones familiares y amigos:** Tienen un buen círculo de amigos y familia. Situación económica estable.

**Antecedentes:** El niño de siete años no tiene patología. Su hermano padecía del corazón y estaba en seguimiento en Cardiología infantil; pero en ningún momento estaba previsto que pasara lo que ha sucedido.

La psicóloga se plantea en principio conocer que pasa por la cabeza del niño y hasta que punto el niño acepta la realidad de la pérdida. El niño responde a sus preguntas y consigue en la primera entrevista que le cuente como ha vivido el momento de la muerte de su hermano. No puede olvidar que no se despertaba. Estaba cansado y el insistió en seguir jugando. Se siente culpable y cuando piensa en ello le duele mucho el estómago y se mareo.

Sus padres lloran mucho por lo que él intenta estar bien, pero no puede estar mejor porque le duele mucho el estómago.

En visitas sucesivas se plantean hablar más de lo que le sucede, elaborar y comprender por qué se ha muerto su hermano, valorando la aceptación del hecho y quitando culpabilidad. Tras las primeras visitas el niño está mejor, se aconseja a los padres que hablen sobre la enfermedad del hermano, para que el pequeño comprenda que no se pudo hacer nada más y que nadie es culpable. También que intenten normalizar su vida, salir, pasear, hacer alguna actividad igual que antes y sobre todo escuchar al pequeño.

A medida que pasa el tiempo en la entrevista cuenta el niño que los dos hermanos estaban muy unidos y para el pequeño su hermano era un líder. Siempre iba con él y participaba en los juegos con la pandilla de su hermano. Se sentía seguro y tranquilo, pensando que nunca le pasaría nada porque su hermano lo protegía.

Los amigos del hermano empiezan a llamarlo para ir a jugar y lo vuelven a adoptar como el pequeño del grupo. Esto le permite empezar a normalizar su vida, salir, sentirse de nuevo protegido y además se cansa, corre, se distrae y a veces también hablan del hermano muerto. También le permite salir del ambiente familiar, come mejor y empieza a desaparecer la somatización. A los seis meses deja de acudir a las citas porque se encuentra mejor.

## Reflexiones

El miedo a quedarse solo, las pesadillas, la pérdida de apetito y peso que sufre el pequeño son síntomas físicos o somáticos que autoras, como Iratxe Apraiz (2006), señalan como alertas de un proceso de duelo que puede complicarse. Sin embargo, en un periodo temprano, los síntomas de ansiedad (inquietud, miedos y fobias, alteraciones del sueño) y las alteraciones del humor (irritabilidad y tristeza) parecen afectar por igual a niños y niñas de todas las edades (Sipos y Solano, 2001).

La expresión de la reacción emocional (comportamiento) a la muerte depende mucho de la madurez emocional y cognición de cada niño/a. Si se tiene cuenta la edad y la madurez de cada menor, se puede comprender más fácilmente las diferentes expresiones del duelo (Lozano y Chaskel, 2009).

Un elemento de éxito de este proceso de duelo fue facilitar la participación y la orientación a la familia. Esta participación es importante, porque según Sipos y Solano (2001), con cierta frecuencia los padres buscan apoyo para su propio duelo a través de la demanda de asistencia a su hijo/a o necesitan orientación para trabajar el duelo de su hijo o hija, ante su incapacidad para entender determinadas reacciones o expresiones infantiles frente a la pérdida de un ser querido.

En todo caso, trabajar con la familia se hace necesario porque es toda la familia la que está en duelo y muchas reacciones de los o las niñas tienen que ver con cómo posicionarse ante el duelo del resto. En este

caso, para el pequeño suponía un reto el no preocupar a sus padres. Por este motivo, quizá, el niño en lugar de expresar su angustia, por haber perdido a su hermano, la somatizaba. El dolor de estómago en este caso era un síntoma que permitía al pequeño expresar su estado emocional.

Un elemento que ayudó al pequeño de este caso, fue poder tener un espacio para hablar de lo que le pasaba. En ese espacio se pudo ir más allá de las manifestaciones somáticas. La expresión de sus sentimientos permitió identificar y trabajar emociones, como la culpabilidad por querer seguir jugando sin advertir que su hermano estaba cansado.

En general, un elemento básico para permitir un duelo funcional en la infancia es permitir a un/a niño/a expresar cómo se siente y qué piensa. (Apraiz, 2006; Lozano y Chaskel, 2009). Si un/a menor no encuentra en su entorno familiar este espacio, se puede abrir en consulta pero intentando que la familia asuma este papel lo antes posible.

La recuperación de la relación con sus amistades facilita al pequeño el proceso de normalización de su vida. Reencontrar el ritmo cotidiano de sus actividades (colegio, amistades, juegos etc.) ayuda a los/as niños/as a superar las pérdidas (Apraiz, 2006).

En el anexo 1.3.3. Enlaces a sitios de interés (ver de CD adjunto), se recogen un hipervínculo a la publicación de Lozano y Chaskel (2009). Esta publicación recoge distintas estrategias de intervención en duelos infantiles que pueden ser de ayuda.

## 3.2.12. Rebeldía adolescente

### Duelo diferido. Patológico. Hijo

#### Exposición del caso

Adrián tiene 17 años y le acompaña su madre a la consulta del médico de Atención primaria de su centro de salud. Al entrar en consulta el doctor pregunta convenientemente por el motivo de consulta del joven. Éste hace un gesto de desaprobación e inmediatamente toma la palabra su madre: «Adrián está rebelde. Se ha vuelto un niño contestón, desobediente e incluso hostil y desafiante con la familia y profesores. Su rendimiento académico ha bajado considerablemente hasta el punto de repetir curso en una ocasión. Ha dejado de comer bien y se pasa mucho tiempo encerrado en el dormitorio con el ordenador ese, sin apenas salir ni querer estar en la salita con sus hermanos y su madre que es lo que debería de hacer. Cuando su padre vivía (falleció hace 3 años), todo era diferente y nada de esto le pasaba. ¿Qué le está pasando doctor?».

Este es un discurso muy común en la consulta de nuestros centros de salud y responden a una situación en la que el adolescente en este caso no inicia la demanda y es su madre, la que presenta las quejas acerca de su carácter, comportamiento y rendimiento académico. Ante esta situación el médico animó a Adrián a hablar acerca de lo que su madre ha comentado y continuó interrogándole sobre su estado de salud.

- A: «No tengo nada que decir, mi madre siempre se está quejando por todo lo que hago. Nunca le parece bien nada de lo que digo y no me llevo bien con ella, sólo es eso».
- D: «¿Cómo te encuentras, físicamente digo?»
- A: «Desde hace un par de meses tengo dolores de cabeza y de estómago, me han hecho perder el apetito por eso no quiero comer. Muchas noches no duermo bien».
- D: «¿A qué te refieres con no poder dormir?»
- A: «Me cuesta quedarme dormido, a veces me dan las 3 de la madrugada teniendo instituto a las 8, no descanso bien y cuando lo consigo suelo despertarme varias veces en la noche. Simplemente quiero algo para poder dormir».
- D: «Te mandaré un hipnótico suave para empezar y ya me contarás qué tal va ese sueño».

## Reflexiones

Por la información de la madre sabemos que el padre de Adrián murió hace 3 años del momento de la consulta. Existe una queja por parte de la madre acerca del comportamiento de su hijo y una demanda de ayuda para dormir realizada por el propio adolescente. El médico que atiende esta consulta ha podido identificar dos problemas a los cuáles ha actuado según su práctica clínica. El primero de ellos, acerca del comportamiento de Adrián referido por la madre, lo ha contextualizado dentro del momen-

to del ciclo vital en el que se encuentra Adrián, es decir, la adolescencia. El segundo de los problemas parece ser un insomnio global de dos meses de duración al cuál ha prescrito un hipnótico, actuación que parece acertada (se entiende que ha realizado un despistaje y un diagnóstico diferencial pertinente).

No obstante ha pasado por la cuestión del fallecimiento del padre. Evidentemente en nuestra práctica clínica es sobradamente normativo que acudan pacientes que han perdido a seres queridos. Pero se dan una serie de variables que el médico no ha prestando suficiente atención, al menos debería en nuestra opinión haberse detenido a interrogar unos minutos sobre este hecho. Ciertamente la hostilidad, negativismo y introversión para con la familia son características normativas para la adolescencia. Pero la presencia de síntomas físicos inespecíficos (insomnio y dolores), el aislamiento social exagerado (reclusión en el dormitorio) y el bajo rendimiento académico progresivo (previamente no era así), hace pensar que sería interesante realizar dos actuaciones, que sin requerir muchos recursos habrían orientado el caso con más efectividad:

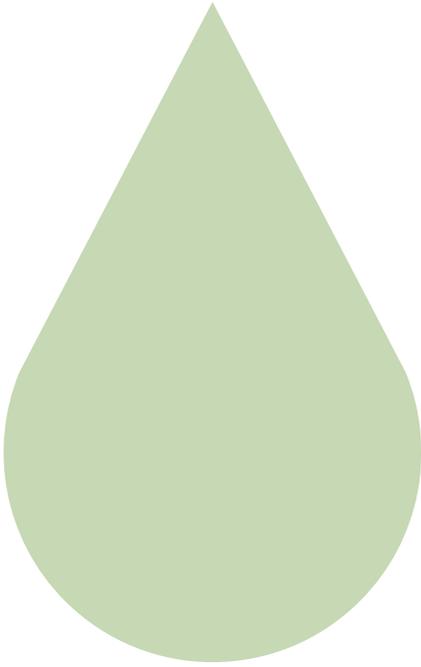
- 1** Entrevistarse a solas con el adolescente para indagar acerca de las actitudes que la madre confronta. Fortalece la alianza médico/a-paciente y fomenta un clima de confianza (necesario para profundizar en nuestro tema).
- 2** Realizar unas breves cuestiones acerca del fallecimiento del padre, con el fin de explorar levemente por cómo superó este hecho y analizar si existe relación o no con el motivo de consulta.

Tras estas actuaciones Adrián comentó al doctor, que la pérdida no le supuso un gran dolor en su momento, pero que desde hacía unos meses, comenzó a recordar a su padre con llanto y anhelo, sufría síntomas somáticos, preocupaciones sobre el futuro, ansiedad y sentimientos de vacío y soledad.

Ante este discurso, podemos entender que existe una posibilidad de encontrarnos con un **duelo retrasado**. En el duelo retrasado la reacción emocional-conductual en el momento de la pérdida no fue suficiente y surge después de un tiempo, pudiendo o no estar desencadenado por acontecimientos externos (Nomen, 2007). Ante esta situación se decide realizar una interconsulta a Salud mental infantojuvenil para que un psicólogo especialista evalúe con más detalle la situación psíquica del joven. Se abre así un campo de coordinación con el médico de Adrián que adoptará las indicaciones de forma consensuada, que permitan superar esta difícil situación del adolescente, evitando así retrasar aún más el duelo o en el peor de los casos que evolucione hacia estados emocionales patológicos. Se puede consultar los tipos de duelo en el anexo 1.1. y un algoritmo de decisión en casos de duelo en el anexo 1.3.1. (ver CD adjunto).



# índice de siglas y abreviaturas



**APap-A:** Asociación de pediatría de Atención primaria de Andalucía

**ASANEC:** Asociación andaluza de enfermería comunitaria

**CD:** disco compacto

**CIE:** Clasificación internacional de enfermedades

**Col:** Colaboradores o colaboradoras

**CSAP:** Centro de salud de Atención primaria

**DSM V:** Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Versión 5

**FIV:** fecundación in vitro

**II PISMA:** II Plan integral de Salud mental 2008-2012

**ISRS:** inhibidores selectivos de recaptación de serotonina

**NANDA:** North American Nursing Diagnostic Association

**NIC:** Nursing Interventions Classification

**NOC:** Nursing Outcome Classification

**OR:** Odds ratio

**SACPA:** Sociedad andaluza de cuidados paliativos

**SAMFyC:** Sociedad andaluza de medicina familiar y comunitaria

**SAS:** Servicio andaluz de Salud

**SSPA:** Sistema sanitario público de Andalucía

**TAC:** tomografía axial computarizada

**TCC:** intervención cognitivo-conductual

**UCI:** Unidad de cuidados intensivos

**UCIN:** Unidad de cuidados intensivos neonatales

**USMC:** Unidad de salud mental comunitaria

# **bibliografía**



- Alario S. Pena mórbida. En Muerte y neurosis. Valencia: Promolibro, 1996.
- Allumbaugh DL, Hoyt WT. Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. J Couns Psychol. 1999; 46(3): 370-380.
- Altet Torné J y Boata F. Reacciones de duelo. Informaciones Psiquiátricas, 2000; 159: 1-9. En red: <http://www.apfem.com/articulodelmes/10-03-Marzo/reacciones%20de%20duelo.pdf>
- Álvarez-Dardet C, Ruiz Cantero MT. Patrimonio de salud ¿Son posibles las políticas salutogénicas? Rev Esp Salud Pública 2011; 85: 131-135.
- Apraiz Sagarna I. El duelo; como ayudar a los niños/as a afrontarlo. Bilbao: Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar, 2006.
- Aries P. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus, 1987.
- Astudillo W, Mendinueta C, Casado A. Cómo afrontar mejor las pérdidas en cuidados paliativos. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2007; 7: 511-526.
- Astudillo W, Mendinueta C. La asistencia del proceso de duelo. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Eunsa, 2002: 397-407.
- Block SD. Grief and Bereavement. Walthman (MA): UpToDate; 2006. <http://www.uptodate.com/index>
- Bourgeois ML. Le deuil clinique. Pathologie. Paris: Presses Universitaires de France; 1996.

- Buzzi A, Corbelle JL, De los Santos R, García Querol A, Mertnoff R, De Simone GG. El cuidado paliativo - el fin de la vida y la muerte digna. *Rev. Argent. Cirug.*, 2009; 96 (5-6): 215-233.
- Callister LC. Perinatal loss: a family perspective. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2006; 20(3): 227-234.
- Caycedo Bustos ML. La muerte en la cultura occidental. *Antropología de la muerte. Rev Colomb Psiquiat.* 2007; 36: 332-339.
- Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud 2003. Sevilla: Junta de Andalucía. 2003 b.
- Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud 2007. Sevilla: Junta de Andalucía. 2007.
- Consejería de Salud. II Plan de calidad del Sistema sanitario público de Andalucía 2005-2008. Sevilla, Junta de Andalucía, 2005.
- Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla, Junta de Andalucía, 2008 a.
- Consejería de Salud. III Plan andaluz de salud 2003-2008. Sevilla: Junta de Andalucía, 2003.
- Consejería de Salud. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2009. Consejería de Salud. 2009. [http://www.juntadeandalucia.es/salud/.../Memoria...Salud/memoria\\_estadistica](http://www.juntadeandalucia.es/salud/.../Memoria...Salud/memoria_estadistica)
- Consejería de Salud. Plan de calidad del Sistema sanitario público de Andalucía 2008-2014. Sevilla: Junta de Andalucía, 2008b.
- Consejería de Salud. Proceso asistencial integrado ansiedad, depresión, somatizaciones. Sevilla: Junta de Andalucía, 2002.
- Currier JM, Holland JM y Neimeyer RA. The effectiveness of Bereavement Interventions with Children: A meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of clinical child and adolescent psychology.* 2007; 36(2): 253-259.

- Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy* 2010; 3(1): 77-93.
- Chapman KJ, Pepler C. Coping, hope, and anticipatory grief in family members in palliative home care. *Cancer Nurs.* 1998; 21(4): 226-234.
- Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychol Bull.* 2008; 134(5): 648-661.
- Departamento de Salud mental y Toxicomanías. Prevención del suicidio: ¿cómo iniciar un grupo de sobrevivientes? *Trastornos Mentales y Cerebrales.* Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 2000.
- Dollenz E. Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en Atención primaria de salud. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud mental para la APS,* 2003; 1: 1-16. [http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1\\_duelo\\_normal\\_y\\_\\_patologico\\_en\\_aps.doc](http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/1_duelo_normal_y__patologico_en_aps.doc)
- Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ. La resistencia humana ante los traumas y el duelo. En: W. Astudillo, A. Casado da Rocha, C. Mendinueta (eds.). *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad,* San Sebastián: SOVPAL, 2005. pp.: 345.
- Evans AJ. Anticipatory grief: a theoretical challenge. *Palliat Med.* 1994;8(2):159-165.
- Expósito Pérez JR. *Proceso de duelo.* Madrid: FEAPS, 2004. [http://www.feapscv.org/web/pdf/proceso\\_de\\_duelo.pdf](http://www.feapscv.org/web/pdf/proceso_de_duelo.pdf)
- Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C y otros. Programa de prevención en Salud mental en Atención primaria. *Aten Primaria.* 2007; 39(Supl 3): 88-108.

- Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society, Outerbridge EW. Support for parents experiencing perinatal loss. *Can Med Assoc J.* 1983;129(4):335-339.
- Flenady V, Wilson T. Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3.* Oxford: Update Software Ltd. <http://www.update-software.com>.
- Flórez SE. Duelo. *Anales Sis San Navarra.* 2002; 25(Supl. 3): 77-85.
- Forte AL, Hill M, Pazder R, Feudtner C. Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliat Care.* 2004; 3(1): 3.
- Freud S. Duelo y melancolía. *Obras Completas. Tomo XIV.* Amorrortu Editores: Buenos Aires, 1917.
- Fulton G, Madden C, Minichiello V. The social construction of anticipatory grief. *Soc Sci Med.* 1996; 43(9): 1349-1358.
- Fundación Carolina Labra Riquelme. Aulas hospitalarias. Reflexiones de la VIII jornada sobre pedagogía hospitalaria. Santiago de Chile: Libe Navarte. 2007.
- Geerinck-Vercammen CR, Duijvestijn MJM. Coping with grief following perinatal death: a multifaceted and natural process. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2004;148(25):1231-1234.
- Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología.* 2008; 5(1):103-116.
- Glass RM. Is Grief a Disease? Sometimes. *JAMA.* 2005; 293(21): 2658-2660.
- Gómez Sancho M. El duelo y el luto. La atención al doliente. En: *Medicina Paliativa en la cultura latina.* Ed. Aran 1999. 1095-1132.
- Grassi L. Bereavement in families with relatives dying of cancer. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2007; 1(1): 43-49.

- Grau Abalo J, Llantá Abreu MC, Massip Pérez C, Chacón Roger M, Reyes Méndez MC, Infante Pedreira O, et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico* 2008; 4: 27-58. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80111670003>. ISSN 1657-8961.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2008. [http://www.guia-salud.es/GPC/GPC\\_428\\_Paliativos\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guia-salud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf)
- Grupo de trabajo del SAS sobre prevención de suicidio. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. EASP. Granada, 2010.
- Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J Affect Disord.* 2006; 92(1):117-24.
- Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH, Clayton PJ. Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord.* 2009; 113(1-2): 142-9.
- Herdman T. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
- Hinton J. Experiencias sobre el morir. Barcelona: Ariel, 1974.
- Holtslander LF. Caring for bereaved family caregivers: analyzing the context of care. *Clin J Oncol Nurs.* 2008; 12(3): 501-506.
- Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry.* 1997; 54(7): 904-10.
- Información Terapéutica del Sistema nacional de salud. (2007): Principios activos de mayor consumo en el Sistema nacional de salud en 2006. Ministerio de Sanidad. [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol131\\_3Monofarmacos2006.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol131_3Monofarmacos2006.pdf)

- Instituto de Estadística de Andalucía. Andalucía Datos Básicos 2010. Consejería de Economía, Innovación y Ciencia. 2010. <http://www.iea.junta-andalucia.es/dtbas/dtb10/dtb2010.pdf>
- Jané-Llopis E, Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen, 2005.
- Johnson M, Bulechek GM, McCloskey JC, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Harcourt, 2002.
- Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev.* 1999;19(3):275-296.
- Kirkley-Best E. The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth. *American journal of orthopsychiatry.* 1982;52(3):420.
- Klein M. Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco depresivos. Obras completas Tomo 1. Madrid: Paidós, 1935.
- Koop PM, Strang V. Predictors of bereavement outcomes in families of patients with cancer: a literature review. *Can J Nurs Res.* 1997; 29(4): 33-50.
- Koop PM, Strang VR. The bereavement experience following home-based family caregiving for persons with advanced cancer. *Clin Nurs Res.* 2003; 12(2): 127-144.
- Lacan J. El seminario 10: La Angustia. Paidós. Buenos Aires. 2006.
- Lacasta Reverte MA, García Rodríguez ED. El duelo en cuidados paliativos. Guías Médicas. SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos). 2007. [http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see\\_guia&id\\_guia=1](http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=1)
- Landa V, García J. Guía clínica sobre el duelo. Guías Clínicas Fistera, 2007; 7(26). <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Duelo.pdf>

- Loitegui Agustina. Tesis: Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje. Argentina: Universidad de Belgrano. 2008.
- López C, Serrano RM, Valverde A, Casabella B, Mundet X. ¿Quién controla a los enfermos tratados con psicotropos en Atención primaria? Aten Primaria. 2006;37(8):446-451.
- López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M (dir.). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
- Lozano Cortés LM, Chaskel R. El diagnóstico y manejo del duelo en niños y adolescentes en la práctica pediátrica. Reconocimiento y manejo. 2009; CCAP. 8 (3): 19-32. [http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_8\\_vin\\_3/Dx\\_y\\_manejo\\_duelo\\_ninos.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_3/Dx_y_manejo_duelo_ninos.pdf)
- McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4º ed. Madrid: Elsevier, 2005.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud mental del Sistema nacional de salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS). Mortalidad por causa de muerte 1981 - 2007. España y comunidades autónomas. Madrid: MSPS, 2009. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/>
- Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4º ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
- Neimeyer R. Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo. 2006. Documento electrónico actualizado en 2010. [http://www.psicosocial.net/es/centro-de-documentacion/doc\\_download/248-aprender-de-la-perdida-una-guia-para-afrontar-el-duelo](http://www.psicosocial.net/es/centro-de-documentacion/doc_download/248-aprender-de-la-perdida-una-guia-para-afrontar-el-duelo)
- Nomen Martín L. El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida. Madrid: Pirámide, 2007.
- Olmeda García MS. El duelo y el pensamiento mágico. Madrid: Master Line SL, 1998.

- Organización panamericana de la salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-CIE-10. Washington DC: OPS, 2008.
- Ortiz A, González R, Rodríguez F. La derivación a salud mental de pacientes sin trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006; 38(10): 563-569.
- Ortiz Lobo A; De la Mata I. Ya es primavera en Salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*. 2004; 2(1): 15-20. [http://www.atopos.es/pdf\\_03/yaes-primavera.pdf](http://www.atopos.es/pdf_03/yaes-primavera.pdf)
- Pastor Sirera J. El psicólogo en Atención primaria: Un debate necesario en el Sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29(3): 271-290.
- Pérez Cuesta M, Nicuesa MJ. Afrontar el proceso de duelo. En Astudillo W, García de Acilu A, Mendinueta C y Arrieta C. (Eds.). *Estrategias para la atención integral en la terminalidad*. Bilbao: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 1999.
- Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. Prolonged Grief Disorder: a case for inclusion in DSM-V. En: Stroebe M, Hansson R, Schut H, Stroebe W, eds. *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives*. Washington DC: American Psychological Association Press, 2007.
- Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a randomized, double-blind, placebo-controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 202-208.
- Richard M y Glass MD. Is grief a disease? Sometimes. *JAMA*. 2005; 293(21):2658-2660.
- Rivera F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2011; 85: 137-147.

- Rodríguez Camero ML, Azañón Hernández R, Rodríguez Salvador MM. Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalarias EPES 061 del SP de Granada. *Tempus Vitalis*, 2006; 6: 57-72.
- Rodríguez Rodríguez C. La muerte representada e integración en el duelo. *Cultura de los cuidados*. 2001; (9): 45-48.
- Rossi S, Cardillo V, Vicario F, Balzarini E, Zotti AM. Advanced cancer at home: caregiving and bereavement. *Palliat Med*. 2004; 18(2): 129-136.
- Ruiz-Ramos M, García-León FJ y Méndez-Martínez C. El lugar de la muerte en Andalucía: influencia de la edad, sexo y causa de defunción. *Rev Clin Esp*. 2011; 211(3):127-132.
- Schut H, Stroebe MS. Interventions to enhance adaptation to bereavement: A review of efficacy studies. *J Palliat Med*. 2006; 8(Sup 1): S140-S147.
- Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, Vallejo G, Jiménez JM. El consumo de psicofármacos que acuden a Atención primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*. 2003; 15(4): 650-655.
- Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005; 293: 2601-2608.
- Sipos L, Solano C. El duelo en los niños. *Interpsiquis*. 2001;2:1-13. [http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1809/1/interpsiquis\\_2001\\_1935.pdf](http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1809/1/interpsiquis_2001_1935.pdf)
- Stajduhar KI, Martin W, Cairns M. What makes grief difficult? Perspectives from bereaved family caregivers and healthcare providers of advanced cancer patients. *Palliat Support Care*. 2010;8(3): 277-289.
- Tizón JL. Atender los duelos o medicalizar la vida, un dilema profesional de nuestros días. *SEMERGEN*, 2005; 31(Supl 1): 13-18.

- Turner M. Cómo hablar con niños y jóvenes sobre la muerte y el duelo. Ed. Paidós, 1998.
- Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C y Parellada Esquiús N. Estudio de utilización de psicofármacos en Atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:239-245. [http://www.psiquiatria.com/articulos/atprimaria\\_y\\_sm/23857/](http://www.psiquiatria.com/articulos/atprimaria_y_sm/23857/)
- Von Fortner B. The effectiveness of grief counseling and therapy: a quantitative review (Tesis doctoral). Memphis: Memphis University, 1999.
- Weisman AD. *The coping capacity: on the nature of being mortal*. New York: Human Sciences, 1984.
- Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31:69-78.
- Worden JW. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. Paidós, 1997.
- Worden JW. *Grief counselling and grief therapy. A handbook for mental health practitioner*. London: Routledge, 1991.
- Yoffe L. El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate* 3. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 2002:127- 158.
- Zamorano Bayarri E. Manejo del duelo. *JANO*, 2005;(1568): 65-68.
- Zisook S, Shuchter SR, Pedrelli P, Sable J, Deaciuc SC. Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial. *J Clin. Psych*. 2001; 62: 227-230.





SERIE NUEVAS ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

# Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo



**Plan Integral  
de Salud Mental  
de Andalucía**



Escuela Andaluza de Salud Pública  
**CONSEJERÍA DE SALUD**



**GOBIERNO  
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD**