



Atención al duelo

José Mínguez Platero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. GdT de Salud Mental de la semFYC.
Hospital Universitario de La Ribera-Alzira. Valencia.

Manuel Ruiz Peña

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. GdT de Salud Mental de la semFYC.
CS Los Barrios-Los Barrios. Cádiz.

Definición

La palabra «duelo» proviene del término latino *dolus*, que significa dolor. Actualmente el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*), publicado en España en mayo de 2014, en el grupo de otras afecciones que necesitan más estudio, incluye el duelo y lo define como una reacción ante la muerte de una persona querida. Emplea el código V62.82, no atribuible a trastorno mental¹. La Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión número 10 (CIE-10, trastornos mentales y del comportamiento), entre los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, emplea el código Z63.4 para el duelo normal (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia), mientras que utiliza el epígrafe de los trastornos de adaptación F43.2 para las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos². Se espera que se publique la undécima edición a lo largo del año 2015, que incorporará nuevas conceptualizaciones. Aún no existen evidencias de cómo van a afectar estos cambios a las personas en duelo, pero cabe suponer que se complicará la resolución de unos procesos que el ser humano está preparado para superar de forma natural.

El término duelo se emplea también para referirse al proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (de un empleo, de una relación, o incluso por algo que se esperaba, pero que no se ha podido conseguir). Sin embargo, y dadas sus peculiaridades diferenciadoras, entendemos que el término duelo debe reservarse para la pérdida por muerte, y así se refiere a lo largo de este artículo.

Magnitud del problema: frecuencia con la que se encuentra en una consulta de Atención Primaria

Según el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es), el año pasado fallecieron en España 389.699 personas.

Estudios recientes³ han revelado que cada fallecimiento puede afectar hasta a 10 personas de media, de las cuales el 10% experimentará un duelo con repercusiones en su salud física y mental. Si se consideran todas estas cifras, se puede concluir que en España existe un número muy importante de personas susceptibles de necesitar ayuda para afrontar su duelo.

Formas de presentación. Diagnóstico

El duelo humano no es una enfermedad, pero es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud^{4,5}. La mayoría de las personas se sobreponen a la pérdida y afrontan de forma efectiva el duelo (duelo normal) pero a veces las circunstancias hacen que el proceso sea especialmente difícil (duelo de riesgo) y que, en ocasiones, se complique (trastorno de duelo complejo persistente)^{6,7}.

Duelo normal

El duelo es un proceso adaptativo normal frente a la vivencia de la pérdida de un ser querido. La forma en que cada persona enfrenta un duelo es muy singular, aun cuando tienden a producirse fenómenos o síntomas comunes. En la [tabla 1](#) se resumen las manifestaciones normales del duelo.

El conocimiento de estos indicadores es útil en la medida en que permiten que el clínico tenga constancia de que cualquiera de ellos puede formar parte de un proceso de duelo normal, y obrar en consecuencia evitando alarmas injustificadas e intervenciones innecesarias.

Duelo de riesgo

La mayoría de las personas se sobreponen a la pérdida y afrontan de forma efectiva el duelo, pero a veces las circunstancias hacen que el proceso sea especialmente difícil. Estos factores⁸ se resumen en la [tabla 2](#).

Se ha intentado construir instrumentos para medir el riesgo de duelo complicado, tales como el *Index Risk* de

TABLA 1

Reacciones más frecuentes del duelo^a

Sentimientos

Anestesia emocional, embotamiento, tristeza, desesperanza, sentimientos de abandono, confusión, ansiedad, culpa, impotencia, etc.

Sensaciones

Opresión precordial, sequedad de boca, molestias digestivas, disminución del umbral sensorial, debilidad y fatiga, alteraciones del sueño, etc.

Cogniciones

Confusión, falta de concentración, olvidos frecuentes, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto, etc.

Alteraciones perceptivas

Ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas (generalmente transitorias y seguidas de crítica), fenómenos de presencia, etc.

Conductas

Cambios en el peso y apetito, abandono en el autocuidado, apartarse de amigos y actividades, búsqueda de soledad, visita de lugares significativos, etc.

Modificada de Fernández Liria A⁹.

Parkes y Weiss¹⁰, adaptado al castellano por García et al.¹¹; pero todavía es preciso investigar más en este área. La guía de Aranda y Milne⁹ recomienda el juicio clínico del profesional como elemento pronóstico principal, y la revisión de un listado que recoja los factores de riesgo referidos anteriormente.

Duelo patológico

El duelo complicado es a menudo difícil de distinguir de la depresión u otras enfermedades a veces asociadas al duelo y con cuya sintomatología se solapan, por lo que su definición es muy controvertida.

En la **tabla 3** se resumen los criterios que establece el DSM-5 de la American Psychiatric Association¹.

Tratamiento

Cuando se aborda el tratamiento de una persona con duelo hay que plantearse dos objetivos: diferenciar el duelo normal del patológico y ayudar durante el proceso, derivando a salud mental si fuese necesario.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento del duelo no debe ser exclusivamente farmacológico¹², aunque en ciertos casos los medicamentos

TABLA 2

Determinantes de la respuesta de duelo

Características y naturaleza de la pérdida

Muerte repentina o inesperada, enfermedad excesivamente corta o enfermedad prolongada y doliente en mediana edad

Características del doliente

Fase del ciclo vital, historia de pérdidas previas, factores estresantes concurrentes, enfermedad física o mental, incapacidad o limitación en el uso de las estrategias de afrontamiento, soledad, poco control interno sobre las creencias

Relaciones interpersonales

Disponibilidad de apoyo social, tipo de relación con el fallecido, nivel familiar de cohesión, comunicación y capacidad para resolver conflictos

Características del fallecido

Niño o adolescente, muerte de un hijo, muerte de progenitores en adolescentes o adultos jóvenes

pueden ser útiles. Se pautan en función de lo incapacitante que sea el trastorno, si se limita el funcionamiento social o laboral del paciente durante más de 30 días. Es necesario negociar previamente que no se empleará durante más de 6 meses.

El fármaco elegido dependerá de la clínica predominante. En general, el síntoma más presente suele ser el insomnio. En estos casos, se usan benzodiazepinas hipnóticas como lormetazepam o fármacos Z como zolpidem (**grado de recomendación D, nivel de evidencia 4**).

No se tratan síntomas ansiosos o depresivos aislados porque impedirían la resolución del duelo. Sin embargo, si constituyen un trastorno depresivo mayor, está indicado el empleo de antidepresivos, de elección los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (**grado de recomendación D, nivel de evidencia 4**). Si fuera necesario asociar alguna benzodiazepina, se aconseja emplear las de semivida larga (**grado de recomendación D, nivel de evidencia 4**) en dosis baja (clorazepato dipotásico 5 mg, diazepam 5 mg).

Si aparecen síntomas psicóticos, hay que utilizar neurolépticos, e incluso es posible que el paciente deba ingresar en psiquiatría si la clínica es grave o si aparece ideación autolítica.

Tratamiento no farmacológico

El apoyo psicológico es el tratamiento de elección y la Atención Primaria (AP) es fundamental en el proceso del duelo¹³. Se debe diferenciar si el duelo es complicado o no.

TABLA 3

Criterios DSM-5 para el trastorno por duelo complejo persistente

A	El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana
B	<p>Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente casi diariamente a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anhelo/añoranza persistente del fallecido • Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte • Preocupación en relación con el fallecido • Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte
C	<p>Desde la muerte, al menos seis de los síntomas siguientes están presentes casi diariamente a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importante dificultad para aceptar la muerte • Incredulidad o anestesia emocional en relación con la pérdida • Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido • Amargura o rabia en relación con la pérdida • Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación con el fallecido o con su muerte • Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida • Deseos de morir para poder estar con el fallecido • Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento • Sentimientos de soledad o desapego de otros desde la muerte • Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido • Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia • Dificultad o reticencia a mantener intereses o hacer planes de futuro desde la pérdida
D	La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento
E	La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas o apropiadas a su edad

Duelo no complicado

En este caso, la consulta con salud mental no está indicada inicialmente¹³. Se recomienda citar al paciente a los 2 meses si se considera de riesgo por la presencia de alguna posible comorbilidad psicológica o antecedente personal de mala respuesta a situaciones estresantes, pero en caso contrario solo se verá al paciente a demanda suya o de sus familiares. Al abordarle hay que tener en cuenta los siguientes aspectos¹²:

Expresión de sentimientos

Es posible que la persona no disponga de una red social adecuada para combatir su malestar, de manera que el médico de familia se puede convertir en el único recurso que el paciente tiene para expresar sus sentimientos. El valor terapéutico de la expresión de los sentimientos es muy alto y para ello se emplean las siguientes técnicas:

- **Escucha activa:** consiste en transmitir al paciente que se le escucha. Para conseguirlo, hay que mantener la mirada, adoptar una postura abierta, emplear una expresión facial complementaria a los sentimientos expresados, usar facilitadores verbales («Diga», «Le escucho») o no verbales (asentir con la cabeza), hacerle preguntas abiertas y utilizar frases de repetición («¿qué quiere decir con...?»).
- **Empatizar:** consiste en ponerse en el lugar de la otra persona e intentar entender sus sentimientos. Lo más importante es eliminar «ruido emocional interno», ya que a veces no se entienden los sentimientos del paciente porque se supone que tiene los mismos que tendríamos nosotros en esa situación.

Demostrarle empatía verbalmente con frases como «Imagino que tiene que estar pasándolo mal» o «Lo siento», y evitar afirmaciones como «Ya sé cómo se siente». Manifestar empatía no verbal mediante gestos como tocar el brazo o expresando facialmente sufrimiento; habitualmente, el gesto tiene más influencia que la palabra.

- **Aceptación:** el paciente debe percibir que no se le juzga y se aceptan sus sentimientos sin rechazarle, ya que puede sentir cosas que considera inaceptables o que originan gran pudor.
- **Universalidad:** es vital informar de que su situación es muy común y que la mayoría de las personas en esa tesitura se sienten igual.

Planificar el futuro

El duelo tiende a remitir espontáneamente, por eso el médico debe planificar qué se va a hacer con el tiempo

mientras tanto. En primer lugar, informar de la evolución normal del duelo. Hay que explicar que es un proceso doloroso por el que hay que pasar, que generalmente no se prolonga más de 12 meses y que suele haber períodos de remisión y mejora. Ofertar pautas sencillas en forma de metas progresivas para que el paciente recupere la sensación de control de la situación. Proponerle que reinicie progresivamente sus actividades lúdicas y profesionales que más le agradan. También limitar las actividades que refuercen la cronificación (visitas excesivas a cementerios, contactos repetidos con familiares del difunto con los que no se mantenía mucha relación, etc.).

Infundirle esperanza al transmitirle un sentimiento de optimismo de que puede superar la situación. Huir de las «falsas esperanzas» y es clave que reciba el mensaje de que tiene que darse tiempo y permitirse llorar y estar triste.

A veces aparece miedo al futuro y surgen preguntas como: ¿cómo viviré ahora? Hay que explicar que al principio no se puede ser objetivo y que es necesario tiempo y que el paciente vaya reorganizando su vida. Puede ser útil preguntar por cómo superó crisis vitales anteriores.

Disponibilidad por parte del profesional

Informar al paciente de que su médico está a su disposición si necesita comentar o expresar algo.

Duelo complicado

Ante procesos de negación extremos

Ante muertes inesperadas y repentinas, puede darse la situación de que el familiar niegue el fallecimiento de un ser querido. La única forma de deshacer esa negación es enfrentarlo a la realidad llevándolo delante del cadáver.

Ante situaciones de ambivalencia afectiva hacia el difunto

El paciente debe poder expresar el odio que siente hacia las partes negativas del fallecido sin que crezcan sentimientos de culpa.

Ante conductas de duelo no aceptables culturalmente

- Técnicas específicas del duelo: ante conductas o sentimientos del superviviente que parezcan desviadas de la norma, preguntar al paciente: «Si usted fuera el fallecido, ¿qué esperaría que hiciera su familiar?». Generalmente, el paciente describirá una conducta normal y se le insistirá en que el fallecido también esperaría esa conducta. Una alternativa sería preguntar, a partir de lo que conoce al difunto, cómo piensa que querría que se comportase en esa circunstancia.

- Deshabitación ante conductas de duelo anormales: visitas diarias al cementerio durante años, mantener la habitación del difunto, mantener sus cenizas, etc., son respuestas anómalas a la muerte. No se debe humillar al paciente ni desafiarle abiertamente. Lo ideal es comparar sus conductas con las de otros individuos que han sufrido duelo y confirmar que se desvían de lo habitual.

Derivación a salud mental

En el duelo complicado puede ser necesaria la interconsulta o derivación a la unidad de salud mental comunitaria. Sería oportuna la derivación^{12,15,16} ante un paciente con riesgo de suicidio, si existe un trastorno de personalidad o trastorno mental previo, si aparecen síntomas psicóticos o alteraciones en la conducta grave y cuando el paciente no responde a la intervención del médico.

Pronóstico

El duelo, derive o no en patología (la deriva hacia un duelo patológico se da tan solo en una minoría de los casos), marca un hito importante en la historia biográfica de quien lo sufre. El impacto del duelo es siempre un proceso y es difícil estimar con anticipación su tiempo de duración; lo importante no es solo el acontecimiento, sino la situación y la evolución. Por eso son decisivas, entre otras, las características socioeconómicas y culturales donde se desarrolla el proceso y la capacidad de tolerancia y contención para el sufrimiento por parte del entorno más próximo.

Resumen

El duelo se refiere al proceso que sigue a la muerte de alguien con quien el individuo mantenía una relación cercana.

La prevalencia de personas en duelo activo en la población general se sitúa en torno a un 10%. Esta población en duelo demanda un mayor apoyo sanitario, incrementándose el consumo de recursos.

Las nuevas conceptualizaciones y modificaciones en los criterios diagnósticos a las personas en duelo en los distintos manuales de referencia que regulan los límites más o menos definidos entre la salud y la enfermedad están condicionando la intervención de los profesionales implicados.

El objetivo de este artículo es revisar la clínica del duelo, el riesgo de complicaciones y su detección, así como la manera de abordarlo en el ámbito de la AP.

Lecturas recomendadas y Bibliografía

Véase en www.amf.semFyC.com