

Afrontamiento de las pérdidas. El duelo

Alfonso Miguel García Hernández

Objetivos

1. Profundizar en el conocimiento de los conceptos de pérdida y duelo.
2. Identificar las características que se dan en la experiencia del duelo.
3. Establecer las bases teóricas que permiten consolidar el conocimiento necesario para comprender el proceso del duelo y los mecanismos biológicos, cognitivos y conductuales que se suscitan en el mismo.

Definición

El término duelo o proceso de duelo es objeto de estudio por distintos motivos: En primer lugar, funciona como discurso científico y del habla profana. En segundo lugar, su definición tan amplia constituye tanto elementos de debilidad como de fortaleza, al no quedar nunca plenamente agotado su significado, pudiéndose emplear en gran variedad de contextos. Comparte polisemia con el concepto pérdida y trae connotaciones de “dolor”, que aluden a una familia de constructos tales como: luto, aflicción y pena. Se asocia generalmente con la salud y la psicología, lo cual ha incidido en el diseño de instrumentos psicométricos para su medida, haciéndolo alejarse de ser estudiado por disciplinas de las ciencias sociales.

En las definiciones de duelo, son destacables los aspectos que reconocen en él su factor subjetivo, puesto que lo que interesa es la percepción individual, familiar o social, ya sea ocasionado o no por condiciones objetivas -pérdida de un hijo o familiar, etc.- o razones subjetivas tales como pérdidas de origen simbólico.

El constructo duelo es multidimensional e incluye normas o estándares, expectativas, posición en la sociedad, ideologías religiosas o estéticas, posicionamiento ante el mundo, etc., y permite aludir a dimensiones positivas y negativas del mismo, aunque quienes lo viven se centran fundamentalmente en la ausencia del ser querido.

La aflicción, la pérdida y la resolución son independientes en el sentido conceptual aunque no lo son en el sentido temporal cuando nos acercamos a quienes lo viven.

En el proceso de duelo confluyen aspectos propios del individuo, de la sociedad y la cultura en que se vive, pudiendo incluso afectar la salud de quien lo experimenta. De modo que el constructo “duelo” es, por tanto, subjetivo, multidimensional y complejo, y su definición no ha sido ajena a ello, habiendo sido modificada a lo largo de los últimos cincuenta años y siendo considerado en la actualidad como un proceso y no como un estado y hasta muy

recientemente visto por algunos teóricos, como configurado por etapas, fases o tareas.

Las culturas occidentales contemporáneas están dominadas por lo que se podría determinar como una comprensión existencialista del duelo, la idea de que el duelo representa una respuesta "natural" a las pérdidas profundas, caracterizada por síntomas, estadios o intentos presumiblemente universales. Esta perspectiva sitúa, además, el dolor dentro de las personas, ya que existe un fuerte énfasis cultural en el individualismo y una tendencia a atribuir la ansiedad humana a los estados interiores o a las características de las personas afectadas, más que a sistemas y estructuras sociales más amplias.

Biología y cultura se dan pues la mano en el entendimiento de la pérdida, dando vigencia al planteamiento de sufrimiento físico que otorgó a la pérdida Sigmund Freud, cuando comentaba que una ausencia, un objeto perdido, crea exactamente las mismas condiciones de dolor que una parte herida del cuerpo lo cual ya nadie duda en nuestra sociedad. Sabemos que nuestro mundo sensorial y verbal, se ven afectados incluso al visionar una película, aún más cuando perdemos a alguien que amamos, que expresado en palabras de dolientes: Es como si quien muere nos arrancase parte de nosotros llevándose consigo y dejando en su lugar un enorme vacío, que puede convertirse en algunas personas y sociedades en un gran abismo a la hora de posibilitar el sentimiento compartido de la pérdida y el duelo, y del sentido que damos a nuestro ser querido en ese camino de configurar los significados personales. Ayudando o dificultando la posibilidad de dignificar al difunto para quienes desean que así sea.

1. Teorías tradicionales del entendimiento del duelo

Las teorías tradicionales del duelo se han centrado mucho más en la descripción y el trabajo con el contenido en los procesos de duelo, dándole especial relevancia a las emociones y desplazando el papel activo del doliente. Por ello que se hayan planteado críticas, tal como recoge Neimeyer a estas teorías tradicionales, aun vigentes en la actualidad, en el sentido de que: Ven la muerte o la pérdida como una realidad objetiva; Suponen que existen etapas universales de recuperación por las que toda persona debería pasar; Otorgan al afligido un papel pasivo; Subestiman el significado personal de la pérdida y las acciones que uno pueda llevar a cabo para superar el duelo; Todo proceso de duelo que siga procesos distintos de los prescritos como normales es considerado patológico; Se ve la aflicción como una experiencia privada de un individuo aislado sin tener en cuenta su entorno; No proveen un marco de referencia adecuado para comprender el duelo; No nos dan los medios para respetar la individualidad; Las nociones tradicionales sólo sirven para reforzar la idea de la indefensión del doliente. No conciben a un ser humano que responde activamente ante un suceso crítico de modo que sirven de poca guía al profesional.

Teorías contemporáneas (Worden, Attig, Kelly, Neimeyer) hablan de procesos, tareas o facetas. Los acontecimientos cognitivos tienen respuestas biológicas, mientras la construcción de significados que la persona atribuye a la pérdida de un ser querido, es uno de los determinantes más relevantes a la hora de pronosticar un duelo normal o complicado. Debido a que la pérdida afecta a

nuestro sistema de creencias, a nuestra forma de construir el mundo y a nosotros mismos en una relación con el mundo. En este sentido, la pérdida afecta a nuestra identidad que debe ser reconstruida a la luz de nuevos significados.

En la actualidad, siguen siendo muchos los profesionales que ven el duelo como un proceso configurado por etapas, una secuencia enumerada de las mismas que, según sus autores pueden llegar a ser de 3 a 5, lo cual aporta una dificultad a la hora del entendimiento de quienes viven el duelo, pues ellos no pasan por etapas de forma habitual (Tabla 1). Existe además una tendencia en los neófitos que estudian el duelo en tomarse las etapas demasiado literalmente. Un ejemplo de ello es la literalidad en la manera en que la gente respondió al entendimiento de las etapas del morir del trabajo de Kübler-Ross.

La consideración de etapas o fases implica que el doliente debe pasar a través de ellas y, por tanto, en cierto modo desempeña un papel pasivo; mientras que el concepto de tareas es mucho más acorde con el concepto freudiano de trabajo de duelo, pues implica que el doliente necesita tomar acción y hacer algo. Es decir, el duelo puede ser influido mediante intervenciones externas. En otras palabras, el doliente puede ver las etapas o fases como algo por lo que se pasa, mientras que el enfoque por tareas puede darle al doliente, en cierto modo, la sensación de influencia y la esperanza de que hay algo que él o ella puede hacer activamente para adaptarse a la muerte de un ser querido.

Ciertamente, el duelo necesita de tiempo. La frase tan manida de “el tiempo lo cura todo” es cierta; pero también es verdad y es más importante, lo que hacen los dolientes en “su tiempo”. La idea de que el duelo crea las tareas que deben llevarse a cabo, aunque pueda resultar abrumador para la persona en medio de su dolor, puede ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo. El que haya un camino a través del duelo, puede ser un antídoto poderoso frente a los sentimientos de impotencia que viven la mayoría de los dolientes por la pérdida de un ser querido.

Autores	Año	Etapas
Lindemann	1944	1. Shock/incredulidad, 2. Aflicción aguda, 3. Reanudación de la vida diaria, 4. Disminución de la imagen de estar muerto.
Engel	1964	1. Conmoción inicial e incredulidad, 2. Conocimiento y cólera, 3. Aceptación.
Kübler-Ross	1970	1. Negación y aislamiento, 2. Rabia, 3. Negociación, 4. Depresión, 5. Aceptación.
Parkes	1976	1. Desconcierto y embotamiento, 2. Anhelos y búsqueda de la pérdida, 3. Desorganización y desesperación, 4. Reorganización y recuperación.
Horowitz	1976	1. Protesta, negación, 2. Intrusión, 3. Obtención, 4. Conclusión
Schulz	1978	1. Inicial, 2. Intermedia, 3. Recuperación
Davidson	1979	1. Incapacidad para sentir, 2. Búsqueda del otro y anhelo, 3. Desorientación, confusión, pérdida de referentes, 4. Reorganización.
Bowlby	1980	1. Embotamiento, 2. Anhelos y búsqueda, 3.

		Desorganización y desesperanza, 4.Reorganización.
Backer y otros	1982	1. Ansiedad, 2. Ira y culpabilidad, 3. Desorganización.
Martocchio	1985	1. Shock e incredulidad, 2. Anhelos y protesta, 3. Angustia, desorganización y desesperación, 4. Identificación, 5. Reorganización y restitución.
Delisle-Lapierre	1984	1. Crítica, 2. Crucial, 3. Creadora.
Clark	1984	1. Negación e incredulidad, 2. Aceptación creciente de la pérdida, 3. Restitución y recuperación
D'Angelico	1990	1. Shock / negación, 2. Ira / depresión, 3. Comprensión /aceptación.
Worden	1997	1. Aceptar la realidad de la pérdida, 2. Experimentar el dolor/ la pena del duelo, 3. Adaptarse a un medio en el que el difunto está ausente, 4. Retirar la energía emocional de la relación con el difunto e invertirla en relaciones vivas con los demás.

Tabla 1. Teóricos del duelo y etapas que asignan al mismo.

En la literatura especializada, desde el punto de vista de su evolución podemos encontrar unos veinte tipos de duelo agrupables en tres tipologías: duelo “normal”, duelo complicado y riesgo de duelo complicado. NANDA-I, diagnósticos encuadrados en el dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés dentro de la clase 2: Respuestas de afrontamiento - descrito como el patrón de compromisos del rol y relaciones. Incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en su situación vital actual; también comprende la satisfacción o problemas con la familia, el trabajo, las relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

La NANDA Internacional no es ajena a algunos de los aspectos ya citados. Por ello, en su última actualización en 2009-2011, usando como referencia los trabajos de C. Ott y N. Hogan y cols, dirige la mirada enfermera hacia estas teorías, asumiendo el fenómeno de la pérdida como un proceso que implica el papel activo del individuo, aspecto que aparentemente supone un paso al frente en la atención de enfermería al doliente, pero que resulta estéril si no se suman otros también implicados en el proceso del duelo y la consecuente modificación del entendimiento, valoración y adopción de una determinadas formas de entender al sujeto, las pérdidas y su entorno.

2. Modelos generales en torno al duelo

La pérdida de una relación de apego íntima a causa de la muerte supone un profundo desafío a nuestra adaptación como seres humanos. En parte, como expresión de la herencia evolutiva compartida con otros animales sociales, respondemos a esta separación, con un conjunto de reacciones entremezcladas, que incluyen: llorar, desorientación conductual y anhelo por la figura de apego perdida (Bowlby, 1973). Además, normalmente estas respuestas específicas del duelo van acompañadas de síntomas fisiológicos predecibles, como la falta de respiración, taquicardia, sequedad de boca,

sudoración, polaquiuria, trastornos digestivos y sensación de asfixia (Rando, 1995). Unidas a otros síntomas como la inquietud, la tensión muscular y el insomnio, las respuestas pueden entenderse como un patrón afín a la respuesta del estrés de separación (Parkes, 1996). A pesar de que la investigación longitudinal a gran escala indica que la mayoría de las personas que han perdido a alguien se enfrentan eficazmente a estos síntomas agudos de malestar (McCrae y Costa, 1993), un 40% de las personas investigadas, muestra signos prolongados de trastornos neuroendocrinos y dificultades para dormir (Hall e Irwin, 2001), así como síndromes de pánico o ansiedad diagnosticables durante el primer año de la pérdida (Jacobs, 1993). Por eso, el impacto biológico básico de la pérdida puede ser profundo, y para una gran mayoría, prolongado.

2.1. En la **teoría psicodinámica**, el duelo se entiende como la retirada de la libido invertida en el objeto percibido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable. Se considera un proceso normal y predecible que tiende a evolucionar favorablemente en circunstancias normales no siendo necesaria, en esos casos, la intervención terapéutica. Cuando este proceso no ocurre, los sentimientos negativos respecto al fallecido o la pérdida se manifiestan en forma de autorreproche o culpabilidad (Barreto y Soler, 2007: 23-24).

En la consideración freudiana, el dolor del duelo no es un dolor narcisista sino un dolor psíquico necesario para la maduración, en palabras de Lemoine y Lemoine (1980) *“el duelo es hacer las paces con el muerto, lo cual supone la pérdida de alguien para el que somos objeto de su deseo”*.

El duelo normal, como reacción emocional ante la pérdida de un ser querido no es un trastorno mental aunque el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, y la CIE 10 lo clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideran anormales por sus manifestaciones o contenidos. Se le atribuyen síntomas depresivos moderados como la pérdida de interés por el mundo exterior, tristeza, sentimientos de culpa, insomnio, anorexia, sin que esto se acompañe de grandes déficits funcionales ni de inhibición psicomotora. Por lo que presenta múltiples aspectos para la reflexión y la investigación clínica, siendo frecuente en las tareas asistenciales, ya sea como motivo de consulta, desencadenante o factor relacionado con la psicopatología que emerge en la historia biográfica o en las intervenciones psicoterapéuticas.

2.2. El **modelo médico** plantea el proceso de duelo como una enfermedad o posible disfunción psiquiátrica. Por tanto, sería una desviación del estado de salud y del bienestar al considerar la pérdida de un ser querido tan traumática como puede ser el hecho de hacerse una herida o quemarse. Se asocia a problemas de salud tan prevalentes como la depresión (Harlow y otros, 1991), ansiedad (Parkes, 1991; Jacobs y colaboradores, 1991), abuso de alcohol y uso de fármacos (Parkes, 1964; 1991); a un aumento de la mortalidad (durante el primer año del proceso) por eventos cardíacos y suicidio (Kaprio y col. 1987); y a una mayor utilización de recursos sanitarios (Parkes, 1964; Tudiver y col., 1995).

Para la comprensión clínica del proceso de duelo debe tenerse en cuenta que la muerte y las reacciones en torno a ella comportan aspectos ritualizados, de modo que la palabra duelo se aplique también al grupo o cortejo de personas que despiden al difunto y acompañan a sus seres queridos más cercanos.

Pudiendo cumplir una función de apoyo, ayuda a la expresión de la pena, evocación de recuerdos, recapitulación, idealización o reconciliación con el fallecido tal como refiere Worden (1997, pp. 27-36).

2.3. En la **teoría del estrés**, el duelo se considera un estresor y se subraya la importancia de los recursos personales para hacer frente al mismo. Se insiste en la relevancia de las consecuencias físicas derivadas del debilitamiento del sistema inmunitario y en la necesidad de estudiarlas. Algunos estudios han demostrado que el estrés producido por el duelo, altera entre otras, la respuesta inmunológica de los linfocitos T y B, los granulocitos, los macrófagos y las células “natural killer”, además del funcionamiento neuroendocrino, afectando al estado de salud del superviviente (Hall e Irwing, 2001).

2.4. La **perspectiva funcional**, tal como refieren Bonanno y Keltner (1997), considera que las emociones juegan un papel general en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste a los acontecimientos vitales importantes. En el duelo se produce un amplio rango de emociones consideradas negativas y positivas (Barreto y Soler, 2007: 25).

Por muy graves que sean las respuestas psicofisiológicas a la pérdida, sus efectos devastadores sólo se pueden apreciar si se presta el mismo grado de atención a los niveles humanos diferenciados de ruptura y de readaptación de la experiencia. Este enfoque más amplio, reorienta la atención de los *síntomas* y su *significado*, de las reacciones biológicas básicas a las psicológicas más sutiles pudiéndose considerar *que los individuos que han sufrido una pérdida intentan afirmar o reconstruir un mundo personal de significado que ha sido puesto a prueba por una pérdida* (Neimeyer, 2002). Este cambio constructivista, evidente a lo largo de los desarrollos más avanzados de la teoría, investigación y práctica del duelo (Neimeyer, 2001) enfatiza la tendencia humana general a organizar la experiencia de forma narrativa, que construye explicaciones que “den sentido” a las transiciones problemáticas de nuestras vidas enmarcadas en una estructura llena de significado (Neimeyer y Levitt, 2001). Las grandes pérdidas, sin embargo, dificultan los esfuerzos por mantener una auto-narrativa coherente, ya que las personas significativas de quien dependían nuestras vidas han desaparecido, provocando una revisión substancial de los objetivos de nuestra vida a corto y largo plazo en la medida en que nuestras vidas deben ser capaces de conseguir un cierto grado de predictibilidad para mantener la dirección deseada.

La pérdida de aquellas personas, que han sido testigos íntimos de nuestro pasado, pareja, padres, abuelos, hermanos o amigos de años, pueden minar incluso nuestra autodefinición más básica, ya que nadie ocupa ahora, respecto a nosotros, la posición relacional especial necesaria para hacer surgir y validar el fondo único de recuerdos compartidos que sostienen el significado de lo que hemos sido. Por eso, la muerte de la pareja en el momento de la jubilación, quizás después de un período prolongado de cuidados debido a una enfermedad crónica, enfrenta a la pareja a mucho más que a los síntomas de ansiedad provocados por la separación, a pesar de lo importante que puedan ser éstos. Esta forma relativamente normativa de pérdida también introduce la necesidad de reorganizar la estructura diaria de la vida del superviviente, abandonar los planes que habían elaborado conjuntamente para la jubilación, que prometían estructurar los capítulos restantes de la vida narrativa compartida, y conseguir una nueva validación social de la caracterización del superviviente que va más allá de la relación de rol marital.

De igual modo, el adulto que pierde el último progenitor puede experimentar una sensación sutil de discontinuidad de su propia identidad, que estaba anclada en una única historia relacional, al mismo tiempo que necesita integrar la conciencia de que es la “próxima generación” que morirá. En estos y otros sentidos, la pérdida nos lleva al “reaprendizaje del *self*” y al “reaprendizaje del mundo” (Attig, 1996).

Cada persona siente el duelo según su idiosincrasia, personalidad y recursos personales. Es evidente que la gama del pesar, su intensidad y su duración varían según la personalidad de cada uno. Sin embargo, emergen algunos modelos generales que revelan entendimientos distintos de tal experiencia. Considerar la muerte como una simple crisis puede hacer creer a los profesionales y cuidadores erróneamente que una intervención a corto plazo dará resultados positivos en el caso de la experiencia de duelo, sin embargo, es complejo e intensamente emotivo el enfrentamiento a la pérdida de un ser querido y por ello esta no debería ser excesivamente minimizada.

Modelos en torno al proceso de duelo		
Modelos	Submodelos	Autores
Modelos psicoanalíticos	Freudiano Freudiano contemporáneo Kleiniano	Sigmund Freud A. Freud y otros analistas K. Abraham y M. Klein
Modelos psicosociales	De base clínica Como proceso adaptativo Como transición psicosocial	E. Lindemann; E. Kübler-Ross G. Pollock, J. Bowlby; DSM-IV G. Caplan; J.L. Tizón
Modelos cognitivos	Como cumplimiento de tareas Como facetas	G. Pollock; J. W. Worden; T.A. Rando; M. Cleiren; G.M. Humphrey; G.; Zimpfer; T. Attig
Modelos mixtos: bio-psico-sociales (de base psicoanalítica)	Como adquisición ante la pérdida Como alteración del desarrollo psicosocial	J. Bowlby E. Ericsson, D. Meltzer, J. L. Tizón
Modelos sociológicos - psico-culturales	Marcos culturales y sociales	J. W. Nadeau; M. Stroebe y H. Schut; P. Rosenblatt; R. A. Neimeyer

Tabla 2. Modelos de entendimiento del proceso de duelo.

Desde hace cuatro décadas, la psicología tanatológica ha centrado su atención en definir las líneas generales del proceso psicológico del duelo por la muerte de un ser querido, estableciendo algunos autores teorías individuales que describen las diversas fases de adaptación psicológica a la muerte. La teoría del apego vinculada a Bowlby (1969, 1973, 1983) es uno de los pilares fundamentales en la aproximación contemporánea más aceptada como explicación al proceso del duelo. Pero, tal como hemos visto, hasta llegar a nuestros días han sido distintos los modelos planteados para un entendimiento de la pérdida y el duelo y consecuentemente las intervenciones llevadas a cabo.

El proceso de duelo, frecuentemente descrito como restaurativo, se ha referido principalmente a un proceso que cursa con tres fases con semejantes inicios y finales, en el que “el trabajo del duelo” progresa según la mayoría de los autores en un periodo que oscila de seis meses a dos años (Bowlby, 1961, 1976, 1980; Brown y Stoudemire, 1983; Engel 1964, 1980-81, 1981; Lindemann 1944, 1976; Parkes 1970, 1971; Clark 1984; D’Angelico 1990).

Cada uno de estos modelos, explicitan además *fases típicas de respuestas afectivas* en el proceso del duelo, bien es cierto, que durante este se produce un reagrupamiento de estados intelectuales y afectivos de diversa duración que sobrevienen en un momento propicio para luchar contra el derrumbamiento de la personalidad del individuo y de su filosofía de vida. Pero de ahí a determinar que sean cuatro, cinco o siete los estadios y que se den en el orden establecido o cualquier otro, por mucho que se les tache de universal, hace que nos mostremos en desacuerdo además de considerar que ello en ocasiones puede aportar dificultades comprensivas del proceso de duelo en lugar de facilitarlas. Dicho planteamiento, de estos modelos descriptivos no debe confundirnos y hacernos creer a las personas que han perdido a un ser querido pasan por dichas fases. La idea básica es que el dolor no se acomoda a un sistema preestablecido.

Nosotros somos más partidarios de hablar de estados emocionales y emociones puntuales que acontecen en el proceso personal desde que se produce el dolor por la pérdida o la “herida emocional”, hasta que se cicatriza o se restablece dicha herida. Es importante que sepamos que nuestro modo de aceptar o experimentar una pena tiene bastante en común con el de otras personas, y también, que revela mucho de nosotros mismos y de nuestras relaciones, lo cual facilita la comprensión incluida por algunos teóricos de las formas de sintomatología usual del duelo tales como: Arrebatos de dolor, depresión, pensamientos suicidas, angustia, estar absorto con imágenes del difunto, alucinaciones de todo tipo (visuales, auditivas), aislamiento emocional, inestabilidad anímica, cólera, llanto, etc., en sus fases respectivas como progresión natural del duelo (Tabla 2).

2.5. El **modelo de proceso dual**, es un modelo reciente en el entendimiento del proceso de duelo (Stroebe y Schut, 1999, 2001a, 2001b), que sugiere una forma fluctuante y dinámica, una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento: entre una orientación interna hacia los sentimientos y las reacciones personales y una orientación externa a experimentar el nuevo sentido del lugar que uno ocupa en el mundo es común en el duelo. En el proceso “orientado a la pérdida”, el doliente realiza un intenso trabajo en relación con el duelo y experimenta, explora y expresa sus sentimientos en un intento de entender el sentido que tiene el mismo en su vida. En el proceso “orientado a la reconstrucción”, el superviviente se centra en los múltiples ajustes internos realizados a partir de la pérdida: en las responsabilidades domésticas y laborales, en el establecimiento y mantenimiento de relaciones y todo lo que favorece la reorganización. Estudios cualitativos sobre las familias en duelo destacan las prácticas conversacionales intensamente interactivas mediante las cuales las personas negocian el significado de la muerte, buscan el apoyo de sus propias perspectivas del significado práctico y espiritual, y afirman o luchan con las implicaciones que tienen en sus relaciones mutuas (Nadeau, 1997; Rosenblatt, 2000).

Manifestaciones del duelo en adultos			
Físicas. Síntomas de separación	Cogniciones	Conductas	Lesiones de la pérdida
Reacción simpática al estrés	Incredulidad Confusión	Aislamiento social	Enfermedades cardiovasculares
Aumento de la morbimortalidad Sensaciones en el estómago y de vacío Respiración entrecortada	Preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes relacionadas con el difunto	Hiperactividad desasosegada	Infarto de miocardio, fallo cardiaco congestivo
Sequedad de boca Taquicardia (pulso irregular, acelerado) Hipersensibilidad a ruidos	Irrealidad (extrañeza ante el mundo) Vivencia de abandono de la sociedad	Conducta distraída. Hipoactividad Buscar, llamar o hablar con el fallecido	Alteración de la función inmunitaria, con riesgo de infecciones y cáncer
Desasosiego Alteraciones del sueño (insomnio)	Añoranza Insensibilidad	Conductas impulsivas y dañinas para la salud	Cirrosis hepática, por ingesta abusiva de alcohol
Astenia y debilidad Anhelo y búsqueda	Sensación de presencia del fallecido	Visitar lugares que frecuentaban con el fallecido	Suicidio
Opresión en el pecho y la garganta Dolor de cabeza	Dificultades de atención, concentración y memoria	Suspirar y llorar	
Palpitaciones Sensación de ahogo. Ansiedad y pánico Trast. alimentarios	Obsesión por recuperar al ser querido Desinterés	Usar ropas y atesorar objetos que recuerdan o pertenecían al fallecido	
Problemas digestivos	Ideas de culpa y autorreproche	Evitar recuerdos del fallecido	
Sudores, orinar con frecuencia	Liberación	Soñar con el fallecido	
Mayor tensión muscular Depresión	Alucinaciones: visuales, auditivas, táctiles		
“Punzadas” de dolor en las semanas posteriores	Búsqueda de sentido y/o cuestionamiento religioso		

Tabla 3. Manifestaciones del duelo en adultos.

Se han abierto en la actualidad, nuevos modelos y visiones para mejorar el entendimiento del duelo, el asesoramiento y la psicoterapia de individuos que han tenido pérdidas, que buscan promover un verdadero sentido de construcción y de renovación entre aquellos que nunca consideraron necesario buscar ayuda profesional. En este sentido compartimos los planteamientos teóricos, vanguardistas sobre el duelo referidos por Neimeyer (2006), que en términos prácticos es accesible a las personas en duelo y a los que los ayudan. De la misma manera, nos ilusiona un modelo de reconstrucción que profundiza en nuestro entendimiento científico de las narrativas de la pérdida, un área de investigación creciente al que se siguen sumando profesionales que se inspiran en un sinnúmero de enfoques contemporáneos, cuyo objetivo es un entendimiento más certero de cómo las personas reorganizan las historias de sus vidas tras el duelo y cómo encuentran significado y propósito en los capítulos de su vida aun por escribir.

3. Valoración y Diagnóstico: Juicio Diagnóstico

En la literatura especializada nos encontramos con distintos tipos de duelo, agrupables en tres tipologías: duelo “normal”, duelo complicado y duelo patológico. Los enfermeros, en base a lo aprobado por NANDA-I, pese a la propuesta de Gordon de ampliar a anticipado, disfuncional, agudo y crónico, suelen distinguir entre Duelo (antes duelo anticipado) y Duelo complicado (antes duelo disfuncional).

La valoración consistente en recoger y examinar la información sobre el estado de salud del individuo, busca evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. Pero, ¿qué busca la valoración enfermera para identificar que el proceso de duelo se desarrolla con normalidad? Es la pregunta central del tema que nos trae a la que se suma ¿cuáles han de ser los objetivos e intervenciones adecuadas en el duelo en la práctica enfermera?

Nos encontramos por tanto frente a la realidad de que la valoración realizada puede condicionar o limitar las posibilidades diagnósticas del profesional, y que aunque muchos profesionales enfermeros, cada vez más, presuponen su práctica desde planteamientos amplios u holísticos, la realidad es que en la práctica diaria, aún son muchos los que realizan un abordaje a la luz de modelos clásicos, por fases o tareas frente a modelos de entendimiento del proceso de duelo contemporáneos.

NANDA-I	Worden	García-Rodríguez
Alt. del nivel de actividad	Tristeza	<u>Síntomas de separación</u> (reacción simpática al estrés): ansiedad, pánico, depresión, anhelo y búsqueda, respiración entrecortada, taquicardia, sequedad de boca, sudores, problemas digestivos, sensación de ahogo, desasosiego e
Alt. de la función inmunitaria	Enfado	
Alt. en la función neuroendocrina	Impotencia	
Alt. en el patrón de sueños	Trastornos del sueño	

Alt. en los patrones de pesadillas	Soledad Suspirar, llorar	insomnio, tensión muscular
Cólera	Fatiga	
Culpa	Culpa y autoreproche	
Desapego	Anhelo	
Desespero	Emancipación	<u>Cogniciones:</u> Incredulidad, confusión, preocupación, sensación de presencia, alucinaciones
Desorganización	Alivio	
Experimentación de alivio	Ansiedad Sentimiento de presencia	
Mantenimiento de la conexión con la persona fallecida	Trastornos alimentarios Hiperactividad desasosegada	<u>Conductas:</u> Trastornos alimentarios y del sueño; conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recuerdos del fallecido, Buscar y llamar en voz alta, llorar, suspirar, hiperactividad desasosegada, visitar lugares o llevar objetos, señales o tatuajes que recuerden al fallecido, atesorar objetos que pertenecían al fallecido
Sufrimiento	Conducta distraída	
Dolor	Aislamiento social	
Conducta de pánico	Soñar con el fallecido	
Crecimiento personal	Evitar recordatorios	
Distrés psicológico	Visitar lugares y llevar objetos. Atesorar objetos	
	Buscar y llamar en voz alta	
Búsqueda de significado de la pérdida		Búsqueda de significados
		<u>Lesiones de la pérdida:</u> Desorganización, enfermedades cardiovasculares, alteración de la función inmunitaria, cirrosis hepática, suicidio, aumento del riesgo de muerte.

Tabla 4. Comparación entre las características definitorias para Duelo de la NANDA-I y las manifestaciones de Duelo normal identificadas por Worden y por García-Rodríguez.

Desde una realidad que integra la valoración del duelo, en cierto modo artificial que evita profundizar en el entendimiento del proceso personal y del mundo de significados de quien ha perdido. Una “asepsia” en la valoración que

comparten los Patrones Funcionales de Salud (PFS) como herramienta para la valoración, al estar configurada por una plantilla básica independiente de: edad, cuidados, patología, etc., que suma dificultad al entendimiento del individuo desde una perspectiva integral, sin sesgos.

Por otra parte, si el diagnóstico enfermero NANDA-I se basa en la identificación de las características definitorias se nos suscita la pregunta ¿cómo establecer un juicio desde una valoración que no las recoge? Haciendo cada vez más necesaria una reflexión serena en torno a la valoración del entendimiento del duelo, así como de otros problemas psicosociales que favorezcan que el profesional establezca un diagnóstico veraz.

La asociación cerrada de determinados problemas a un determinado patrón reduce la posibilidad de juicio diagnóstico pues se trata de procesos multidimensionales (Tabla 5).

Propuesta Gordon	Propuesta García-Rodríguez
¿Vive solo? ¿Con la familia? ¿cuál es su estructura familiar? (realice un diagrama)	¿Cuál es la realidad personal de la pérdida?
¿Hay algún problema familiar que le resulte difícil de manejar? (familia nuclear/extensa)	¿Se concentra en las respuestas de la pérdida?
¿Cómo maneja habitualmente los conflictos en su familia?	Relaciones:
¿La familia depende de usted para algo? ¿Cómo se las arregla usted?	Familiares y amigos
(Si procede) ¿Cómo se siente la familia/otros sobre su enfermedad u hospitalización?	¿Reflexiona sobre cómo ha cambiado tras la pérdida?
(Si procede) ¿Tiene problemas con los niños? ¿Dificultad para manejarlos?	Trabajo
¿Pertenece a algún grupo social? ¿Tiene amigos íntimos? ¿se siente solo? (frecuencia)	Explora la implicación de sus distintas respuestas a la pérdida
¿Normalmente las cosas le van bien e su trabajo? (escuela) Si procede: ¿Sus ingresos son suficientes para satisfacer sus necesidades?	¿Se concentra en los significados que da a la pérdida?
Siente que forma parte (o está aislado) del vecindario donde vive?	¿Sitúa la aflicción en el contexto familiar y social?

Tabla 5. Comparación entre la valoración propuesta por Marjory Gordon (Patrones Funcionales de Salud) para el patrón 8 rol-relaciones (10ª Ed) y la propuesta de García-Rodríguez.

4. Duelo complicado

En los últimos años se ha abierto una gran controversia con respecto a la inclusión o exclusión del duelo patológico de las categorías existentes en las nosologías actuales: Zisook (1990), Jacobs (1993), Horowitz y otros (1997), Prigerson (1999) y Stroebe y colaboradores (2000), apuntan hacia una diferenciación como entidad propia. Habiendo refundido recientemente una serie de criterios útiles para clasificar este síndrome, en un panorama en que los estudios con grupos de pacientes han sido poco desarrollados en nuestro país. De modo que no existe un consenso diagnóstico en lo que se refiere al “duelo complicado” y, de hecho, no está incluido como clasificación en el DSM-IV-TR. Sin embargo, se indican seis síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal y que pueden ser útiles para diferenciarlos del episodio depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2002) que suelen ser objeto de atención clínica. Prigerson y col. (1999) y Prigerson y Jacobs (2001), elaboraron los primeros criterios de duelo complicado, criterios (CDC-R) que fueron adaptados al español por García-García y otros (2002).

DSM-IV-TR. Diferencia entre duelo normal y episodio depresivo mayor.

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Los pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. La preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. El enlentecimiento psicomotor acusado.
5. El deterioro funcional acusado y prolongado
6. Las experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Criterios de duelo complicado.

Criterio A: Estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte.

Presentar, cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:

1. Pensamientos intrusivos -que entran en la mente sin control- acerca del fallecido
2. Añoranza -recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido
3. Búsqueda -aun sabiendo que está muerto- del fallecido
4. Sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento

Criterio B: Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.

Presentar, cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:

1. Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro
2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional
3. Dificultad para aceptar la realidad de la muerte.
4. Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido
5. Sentir que se ha muerto una parte de si mismo
6. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él
7. Excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento
8. Tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.

Criterio C: Cronología

La duración del trastorno -los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses

Criterio D: Deterioro

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

5. Elaboración de un plan de cuidados

Una vez establecido el diagnóstico duelo, procedemos a la elaboración del plan de cuidados. Al respecto Johnson y colaboradores (2007) proponen para el diagnóstico duelo normal, los siguientes resultados e intervenciones:

Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC) Principales-sugeridas-opcionales
Resolución de la aflicción	Facilitar el duelo Facilitar el duelo: muerte perinatal
	Apoyo emocional, Apoyo espiritual, Asesoramiento, Aumentar el afrontamiento, Aumentar los sistemas de apoyo, Ayuda para el control del enfado, Cuidados en la agonía, Dar esperanza, Escucha activa, Grupo de apoyo, Guía de anticipación, Terapia de reminiscencia
	Apoyo a los hermanos, Biblioterapia, Contacto, Cuidados por cese del embarazo, Facilitar la expresión por sentimiento de culpa, Facilitar las visitas, Musicoterapia, Obtención de órganos, Presencia, Terapia asistida por animales
	Aumentar el afrontamiento, Facilitar el duelo Facilitar el duelo: muerte perinatal

Afrontamiento de problemas	Apoyo a la familia, Apoyo al cuidador principal, Apoyo emocional, Apoyo espiritual, Asesoramiento, Aumentar los sistemas de apoyo, Contacto, Dar esperanza, Disminución de la ansiedad, Estimulación de la integridad familiar, Facilitar el perdón, Facilitar la medicación Fomento de la resistencia, Grupo de apoyo, Guía de anticipación, Presencia
	Apoyo de hermanos, Asesoramiento genético, Control del humor, Fomentar la normalización familiar, Declarar la verdad al paciente, Fomentar la normalización familiar, Potenciación de la imagen corporal, Terapia asistida con animales, Terapia de grupo, Terapia de juegos, Terapia de reminiscencia
Clima social de la familia	Apoyo a la familia, Estimulación de la integridad familiar, Facilitar el duelo
	Apoyo emocional, Aumentar los sistemas de apoyo, Grupo de apoyo, Terapia familiar
	Apoyo espiritual, Asesoramiento
Modificación psicosocial: cambio de vida	Aumentar la afrontamiento, Guía de anticipación
	Apoyo emocional, Asesoramiento, Aumentar el afrontamiento, Aumentar los sistemas de apoyo, Ayuda para el control del enfado, Cuidados en la agonía, Declarar la verdad al paciente, Escucha activa, Terapia de reminiscencia
	Ayuda a la modificación de sí mismo, Apoyo en toma de decisiones, Apoyo espiritual, Estimulación de la integridad familiar, Fomento de la implicación familiar, Humor, Mantenimiento en procesos familiares Movilización familiar
Afrontamiento de los problemas de la familia	Apoyo a la familia, Facilitar el duelo, Facilitar el duelo: muerte perinatal, Apoyo emocional, Aumentar el afrontamiento, Potenciación de la imagen corporal
	Apoyo espiritual, Asesoramiento, Dar esperanza, Escucha activa, Grupo de apoyo, Guía de anticipación, Potenciación de la autoestima, Aumentar los sistemas de apoyo, Declarar la verdad al paciente, Estimulación de la integridad familiar, Fomentar la normalización familiar, Fomentar la resistencia, Mantenimiento en procesos familiares, Terapia familiar
	Apoyo en toma de decisiones, Apoyo espiritual, Aumentar los sistemas de apoyo, Control del humor, Potenciación de roles, Apoyo del cuidador principal, Apoyo de los hermanos, Grupo de apoyo, Intermediación cultural

Ackley y Ladwig (2007), por su parte sugieren los siguientes resultados (NOC) e intervenciones (NIC):

- *Duelo*. NOC: equilibrio emocional; esperanza; modificación psicosocial: cambio de vida; resolución de la aflicción. NIC: facilitar el duelo; facilitar el duelo: muerte perinatal.
- *Duelo Anticipado*. NOC: afrontamiento de los problemas de la familia; afrontamiento de problemas; modificación psicosocial: cambio de vida; resolución de la aflicción. NIC: Facilitar el duelo; facilitar el duelo: muerte perinatal.
- *Duelo Disfuncional*. NOC: afrontamiento de los problemas de la familia; afrontamiento de problemas; modificación psicosocial: cambio de vida; resolución de la aflicción. NIC: facilitar el duelo; facilitar el duelo: muerte perinatal; facilitar la expresión del sentimiento de culpa.

6. A modo de conclusión

Desde un abordaje de humildad epistemológica planteamos que al igual que sucede con los dolientes, lo que creemos saber sobre el duelo, está anclado en nuestras presuposiciones, no en la verdad en sí misma, mientras el mundo que intentamos entender permanece siempre en el horizonte de nuestros pensamientos. Por ello, nuestra intervención profesional con personas en duelo ha de ser respetuosa con la multiplicidad de significados y la diversidad de las creencias pues nadie tiene la exclusividad de la verdad. Adoptar una postura de interrogación constante ante el mundo del doliente, abrirnos al mundo de significados de los demás, desde un enfoque más cercano a un ejercicio de curiosidad que de experto, mientras desempeñamos nuestro trabajo de cuidadores, incide en dar forma a la realidad de las construcciones de significado, en niveles que van desde lo biológico a lo psicológico, a lo social y cultural.

Lo cual hace necesaria una reflexión acerca de la atención enfermera en el proceso del duelo, desde un entendimiento de la pérdida y la reconstrucción de los significados a lo largo del proceso, que concilie y oriente la atención de enfermería, así como la adopción de un determinado modelo que proporcione una concepción del binomio individuo-cuidados adecuada a nuestro entorno social y cultural.

Por todo ello, el enfoque y mirada adoptada por los profesionales enfermeros en torno al duelo deberá entenderse como un proceso personal por parte de los dolientes, idiosincrásico, íntimo e inextricable de construcción del sentido de quienes son, como algo que los dolientes hacen, no como algo que les hace a ellos, como un acto de afirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido desafiado por la pérdida en el que la adaptación a la misma implique la restauración de la coherencia en la vida del doliente.

7. Práctica reflexiva

Después de los conceptos revisados en este capítulo, intente responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo define pérdida y duelo desde el entendimiento de las teorías tradicionales y contemporáneas?
- ¿Cuáles son las principales manifestaciones del duelo: físicas, cognitivas y conductuales?
- ¿Qué aspectos clave ha de tener en cuenta a la hora de entrevistar a una persona en duelo?

Bibliografía

García AM. *Vivir el duelo. La experiencia de perder un hijo*. Tenerife: Ediciones Idea, 2010.

García AM. *La pérdida de un hijo y la búsqueda de significado: Reescribiendo historias de pérdida y de dolor*. En: Astudillo W, Ispizua A, Orbegozo A (Eds.), *Acompañamiento en el duelo y Medicina Paliativa*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2007. pp. 133-156.

Neimeyer RA. *Lessons of loss: A guide to coping*. 2ª Ed. Brunner Routledge. New York; 2002.

NANDA INTERNATIONAL, *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. T. Heather (Ed.) Barcelona: Elsevier España, 2010, pp. 264-268.

García AM. *Duelo y significados*. En: Astudillo W, Ispizua A, Orbegozo A (Eds.), *Acompañamiento en el duelo y Medicina Paliativa*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2007. pp. 117-134.

Barreto P, Doler M^ªC. *Muerte y duelo*. Madrid: Editorial Síntesis, 2007.

García AM. *Sobre el morir y la muerte*. Máster Universitario en Cuidados al final de la vida. Tenerife; 2002.

Rodríguez M, García AM, Toledo C. Duelo y duelo complicado en las consultas de enfermería de Atención Primaria. *ENE. Revista de enfermería*, 2008 jul-ago, 20-33. [<http://enfermeros.org/click/click.php?id=38>]