



4/8/2004 - Guías Clínicas 2004; 4 (40).

## Información:

Elaborada con revisión sistemática de pruebas sin revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

## Autores:

- Víctor Landa Petralanda M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
  - Jesús A. García-García M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centros de Salud de Basauri-Ariz y Kueto-Sestao de Vizcaya

## Tabla de contenidos:

## Índice

- [¿Qué es el duelo?](#)
- [Características del duelo](#)
- [Cronología del duelo](#)
- [El duelo y la atención primaria de salud](#)
- [¿Cómo puedo saber si una persona en duelo necesita ayuda?](#)
- [Predictores de riesgo de mala evolución del duelo](#)
- [Duelo Complicado](#)
- [¿En qué consisten los Cuidados Primarios de Duelo?](#)
- [Objetivos de los Cuidados Primarios de Duelo](#)
- [Técnicas de Cuidados Primarios de Duelo](#)
- - [Exploratorias: perfil de duelo](#)
- - [Generales: R E F I N O](#)
- - [Específicas de uso habitual](#)
- - [Específicas de uso especial](#)
- [Estrategia de intervención y guía de sesiones](#)
- [Cuidados Primarios de Duelo en determinadas fases](#)
- - [CPD en Duelo Anticipado](#)
- - [CPD en la Agonía](#)
- - [CPD en Duelo Agudo y Temprano](#)
- [Buscando la evidencia](#)

## Documentos

- [Documento en PDF \[¿Problemas con PDF?\]](#)

## Más en la Red

- [Revisiones sobre duelo](#) en MEDLINE
- [Colección de artículos Medicina Paliativa](#) en BMJ
- PDQ. National Cancer Institute. [Pérdida, pena, pesar.](#) 2002 [Pacientes/ Profesionales]
- Casarett D, Kutner JS, Abraham J: [Life after death: a practical approach to grief and bereavement.](#) Annals of Internal Medicine 134(3): 208-215, 2001
- Frances Sheldon. ABC of palliative care: Bereavement. BMJ 1998; 316: 456-458. [\[Full text\]](#)
- SemFYC. [Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud.](#) 1999 [PDF]

## Para pacientes

- PDQ. National Cancer Institute. [Pérdida, pena, pesar.](#) 2002 [Pacientes/ Profesionales]


**¿Qué es el duelo?**

El duelo aunque se defina como una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido, es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano hemos de afrontar casi todos los seres humanos. En las escalas de Reajuste Social de Holmes & Rahe (1967)<sup>1</sup> y Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy, & Dohrenwend (1994)<sup>2</sup>, la muerte del hijo/a y la del cónyuge, son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona.

Para conocer la magnitud del problema puede servirnos de referencia un cálculo hecho en nuestro entorno. Según los últimos datos sobre la población vasca<sup>3</sup>, si partimos de una tasa bruta de mortalidad del 8,6 por mil y de un tamaño familiar medio de 3,06 miembros (lo que hace que por cada fallecido queden dos dolientes) se obtiene una incidencia de 17,2 duelos por mil habitantes; y por otro lado, si el proceso dura aproximadamente 3 años<sup>4</sup>, se puede determinar una prevalencia aproximada del 5,16 %. En definitiva, con estos datos se puede calcular que en un

## Puntos clave

- El duelo aunque se defina como una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido, es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud >>>
- En una consulta "tipo" de atención primaria, con unos 2000 usuarios, habrá unas 104 personas en duelo "activo" >>>

momento dado, en una consulta “tipo” de atención primaria, con unos 2000 usuarios, habrá unas 104 personas en duelo “activo”.

## ▲ Características del duelo

1. Es un proceso único e irreplicable, dinámico y cambiante momento a momento y un evento variable de persona a persona y entre familias, culturas, sociedades,...
2. Se relaciona inequívocamente con la aparición de problemas de salud:
  - el riesgo de depresión en viudos/as se multiplica por cuatro durante el primer año<sup>5</sup>.
  - casi la mitad de viudos/as presentan ansiedad generalizada o crisis de angustia en el primer año<sup>6</sup>.
  - aumenta el abuso de alcohol<sup>7</sup> y fármacos; la mitad de las viudas utilizan algún psicofármaco en los 18 primeros meses de duelo<sup>8</sup>.
  - entre un 10-34 % de los dolientes desarrollan un duelo patológico<sup>9,10</sup>
3. Aumenta el riesgo de muerte principalmente por eventos cardiacos y suicidio<sup>11</sup>; los viudos tienen un 50% más de probabilidades de morir prematuramente, durante el primer año<sup>12</sup>.
4. La población en duelo demanda un mayor apoyo sanitario, incrementando el consumo de recursos, quizá por la pérdida de las redes sociales y con ellas de muchos de los recursos clásicos para el doliente (familiares, religiosos, vecinos, amigos, compañeros de trabajo,...). En un reciente estudio realizado en atención primaria<sup>13</sup>, la tasa promedio anual de consultas al centro de salud resultó ser un 80% mayor entre los dolientes que en el resto de la población. En otros estudios se obtienen resultados similares; en viudas el número de consultas se dispara en un 63% en los 6 primeros meses<sup>8</sup> y en viudos se multiplica por cuatro durante los 20 primeros meses <sup>14</sup>.

## ▲ Proceso cronológico del duelo

El desarrollo del duelo a través del tiempo, aunque sea de un modo un poco artificioso, lo podemos dividir en fases o períodos que reúnen unas características, que nos ayudan a entender lo que sucede en la mente del doliente:

1. **Duelo anticipado** (premuerte). Es un tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima, mantenida hasta el final, por la ansiedad y el miedo. Deja profundas huellas en la memoria.
2. **Duelo agudo** (muerte y perimuerte). Son momentos intensísimos y excepcionales, de verdadera catástrofe psicológica, caracterizados por la anestesia emocional e incredulidad ante lo que se está viviendo.
3. **Duelo temprano**: desde semanas hasta unos tres meses después de la muerte. Tiempo de negación, de estallidos de rabia, y de intensas oleadas de dolor incontenible, profundo sufrimiento y llanto.
4. **Duelo intermedio** (meses, años después de la muerte). Tiempo a caballo entre el duelo temprano y el tardío, en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años. Es un periodo de tormenta emocional y vivencias contradictorias, de búsqueda, presencias, culpas y autorreproches,... donde continúan las punzadas de dolor intenso y llanto, y en el que se reinicia lo cotidiano, comenzándose a percibir progresivamente la realidad de la muerte<sup>15</sup>, es también un tiempo de soledad y aislamiento, de pensamientos obsesivos,... Se va descubriendo la necesidad

→ El duelo se relaciona con la aparición de problemas de salud, aumentando el riesgo de ansiedad, depresión, abuso de alcohol y fármacos, así mismo aumenta el riesgo de muerte y suicidio >>>

→ La población en duelo demanda un mayor apoyo sanitario, incrementando el consumo de recursos, quizá por la pérdida de las redes de apoyo sociales clásicas >>>

→ El médico de familia es el único especialista del ámbito sanitario al que acuden normalmente los dolientes y el único que puede atender la comorbilidad asociada >>>

→ Los objetivos generales de los Cuidados Primarios de Duelo serán: cuidar que la persona elabore su duelo de la manera más natural y saludable, detectar precozmente el duelo complicado y asumir el seguimiento de personas con duelos crónicos >>>

→ Las técnicas de Cuidados Primarios de Duelo las dividimos en exploratorias (recogida de datos básicos para la intervención); de intervención general (REFINO) (conforman nuestra actitud al intervenir); de intervención específica de uso habitual (relacionadas con los problemas planteados habitualmente por el doliente); de intervención específicas de uso especial (utilizadas ocasionalmente) >>>

→ Las sesiones de intervención serán próximas al principio, cuando se abordan aspectos más emocionales y se irán espaciándose progresivamente, en la medida que abordamos otros aspectos más prácticos de su nueva vida. Conviene hacer el seguimiento por lo menos del primer año >>>

[Arriba ▲](#)

de descartar patrones de conducta previos que no sirven y se establecen unos nuevos que tengan en cuenta la situación actual de pérdida. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida<sup>15</sup>. Los períodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más de situaciones que antes eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Este período dura entre uno y dos años.

5. **Duelo tardío** (años -¿de 2 a 4 años?- después de la muerte). Transcurridos entre 2 y 4 años, el doliente puede haber establecido un modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta. Y aunque sentimientos como el de soledad, pueden permanecer para siempre, dejan de ser invalidantes.
6. **Duelo latente** (con el tiempo...) A pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, no se recobra la mente preduelo<sup>16</sup>, aunque sí parece llegarse con el tiempo a un duelo latente, más suave y menos doloroso, que se dispara en cualquier momento ante estímulos que recuerden...

### ▲ El duelo y la atención primaria de salud

Pensamos<sup>17</sup>, junto con otros autores<sup>18-23</sup>, que la atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a las personas en duelo. En muchas ocasiones el médico asiste de su enfermedad al familiar fallecido, en el domicilio, estableciendo una relación especial con la familia en este periodo tan crítico para ella. En otras ocasiones, las más habituales, el fallecimiento se produce fuera del domicilio y el doliente acude a su médico de familia con una confianza casi natural, porque ya le conoce y está habituado a mostrarle los aspectos más vulnerables de sí mismo, 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.

El médico de familia es el único especialista del ámbito sanitario al que acuden normalmente los dolientes y el único que puede atender la comorbilidad asociada, así como el dolor, la disfunción y la incapacidad ocasionados por el conjunto de circunstancias personales, familiares y sociales que conlleva el proceso del duelo.

Preguntados los dolientes sobre la ayuda que desearían recibir del personal sanitario, solicitan consultas programadas, consejo médico, visitas domiciliarias, y que siempre que acuden a la consulta se interesen por su pesar<sup>24</sup>.

### ▲ ¿Cómo puedo saber si una persona en duelo necesita ayuda profesional?

Hay varias situaciones:

- Cuando el doliente pide ayuda expresa para su proceso.
- Cuando el profesional valora que la ayuda es necesaria.
- Cuando existan varios predictores de riesgo asociados.
- Cuando detectamos pistas que nos orientan hacia un posible duelo complicado.

### ▲ Predictores de riesgo de mala evolución del duelo

El duelo siempre va asociado a una serie de circunstancias, que actúan como predictores de riesgo, como son: causa y entorno de la muerte, personalidad y recursos psicoemocionales del doliente, ambiente sociofamiliar y el tipo de relación con el fallecido. Estas circunstancias pueden ser consideradas como normales, en el sentido de que no añaden por sí mismas dificultades a las ya propias del duelo, o por el contrario pueden complicarlo enormemente.

Podemos considerar predictores de malos resultados o de dificultades en la elaboración del duelo, los siguientes<sup>4,15,25-29</sup>:

- muertes repentinas o inesperadas; circunstancias traumáticas de la muerte (suicidio, asesinato)

- pérdidas múltiples; pérdidas inciertas (no aparece el cadáver).
- muerte de un niño, adolescente, (joven en general).
- doliente en edades tempranas o tardías de la vida.
- muerte tras una larga enfermedad terminal.
- doliente demasiado dependiente; relación ambivalente con el fallecido.
- historia previa de duelos difíciles; depresiones u otras enfermedades mentales.
- tener problemas económicos; escasos recursos personales como trabajo, aficiones.
- poco apoyo sociofamiliar real o sentido; alejamiento del sistema tradicional socio-religioso de apoyo (emigrantes).



## Duelo Complicado

Para saber si nos hallamos ante un duelo con una evolución dificultosa, nos pueden servir de ayuda los criterios de Duelo Complicado de Prigerson & Jacobs (2001)<sup>23</sup>:

### Criterios Revisados de Duelo Complicado

*Criterio A:*

1. Haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona
2. Estrés por la separación del ser querido que conlleva la muerte. Presentar, por lo menos cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:
  - a. Pensamientos intrusos - que entran en la mente sin control - acerca del fallecido.
  - b. Añoranza - recordar con pena su ausencia- del fallecido.
  - c. Búsqueda - aún a sabiendas que está muerto- del fallecido.
  - d. Soledad como resultado del fallecimiento.

*Criterio B.* Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte. Presentar como consecuencia del fallecimiento, por lo menos cada día o en grado acusado, 4 de los 8 síntomas siguientes:

1. Falta de metas y/o sentimientos de inutilidad con respecto al futuro.
2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
3. Dificultades en aceptar la muerte (p. ej.: no terminar de creérselo,...)
4. Sentir la vida vacía y/o sin sentido.
5. Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
6. Tener hecho pedazos el modo de ver y entender el mundo (p. ej.: perder la sensación de seguridad, la confianza, el control,...)
7. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido o relacionadas con él.
8. irritabilidad, amargura y/o enfado en relación a la muerte.

*Criterio C.* La duración del trastorno (los síntomas arriba indicados) es de al menos 6 meses.

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

## ¿En qué consisten los Cuidados Primarios de Duelo?

Los Cuidados Primarios de Duelo (CPD) son una guía de actuación, para ayudar a una persona en duelo en el nivel primario de atención. Se definen por unos objetivos, una estrategia para conseguirlos y unas técnicas a aplicar.

Los objetivos generales de los Cuidados Primarios de Duelo serán:

- en prevención primaria cuidar que la persona elabore su duelo de la manera más natural y saludable posible -saliendo incluso crecida de la crisis- y que no enferme.
- en prevención secundaria detectar precozmente el duelo complicado, para poder establecer una terapia temprana y/o

derivar a otro nivel, y realizar labores de seguimiento y/o soporte de personas con duelos complicados ya diagnosticados,

- en prevención terciaria asumir -también- el seguimiento y/o soporte de personas con duelos crónicos, de años de evolución y secuelas de por vida.

## ▲ Técnicas de Cuidados Primarios de Duelo

Las técnicas de Cuidados Primarios de Duelo las dividimos en:

1. *Técnicas exploratorias* (recogida de datos básicos para la intervención). Las técnicas exploratorias tienen como objetivo, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo. Estos datos proporcionan un “perfil de duelo” que servirá para orientar nuestra intervención, priorizando los problemas detectados y nos ayudará a saber si estamos ante un duelo aparentemente normal o de riesgo.

Para recoger estos datos de una forma ordenada, se establece una rutina en la recogida, dividida en:

- Datos generales: edad y nombres del fallecido y doliente, fecha de fallecimiento, cumpleaños, etc.
- Datos sociofamiliares: genograma, relaciones familiares, amigos, situación económica, etc.
- Antecedentes personales: problemas de salud psicofísicos, elaboración de posibles duelos previos, coincidencia de otros problemas de trabajo, familia, amigos, etc, tiempo de convivencia y tipo de relación con el fallecido, etc.
- Evolución del proceso del duelo: causa y lugar del fallecimiento, conocimiento de la enfermedad, sentimientos que manifiesta como añoranza, culpa, rabia, ansiedad, tristeza, etc. y apoyo emocional de la familia.

Acabamos la técnica exploratoria, haciendo un resumen de lo mas relevante en cada uno de los apartados explorados, esto nos dará un perfil del duelo y de él sacaremos un listado de problemas que debemos de abordar en la intervención.

2. *Técnicas de intervención generales*. Conforman nuestra actitud al intervenir. Las técnicas de intervención generales que desarrollamos en CPD son: Relación (R), Escucha (E), Facilitación (F), Informar (I), Normalizar (N), Orientar (O) -R E F I N O-

**Establecer una Buena Relación.** Construir una adecuada relación profesional con el doliente es el fundamento y el principio de todo. Una buena relación de cuidados se caracterizará por:

- Tener una estrategia, con unos objetivos centrados en el doliente y negociados con él, así como unas actividades encaminadas a conseguirlos
- Producirse en un tiempo y en un espacio. Acordar un tiempo por sesión, una periodicidad de ellas (mas cercana al principio y progresivamente mas alejada) y un seguimiento (aconsejable el primer año, por lo menos).
- Desarrollarse entre iguales, en una teórica relación entre pares. Ambos se mantienen en el mismo nivel de poder, el médico y el doliente son simplemente dos seres humanos que interactúan en un marco profesional de dispensación de cuidados.
- Realizarse en una dirección, es decir, que aunque es una relación entre iguales, hay una persona que ayuda (el profesional) y otra persona que recibe la ayuda (el doliente), y no a la inversa.
- Con empatía: el profesional trata de sintonizar con las emociones del doliente y además se lo hace ver, le hace ver que está “rozando” lo que siente.
- genuina y auténtica, mostrando un interés por lo que nos cuenta la persona en duelo, tomando conciencia del sufrimiento del otro.
- Respeto: no dejar entrar en nuestra mente los juicios de valor que automáticamente se nos activan cuando tenemos una persona delante.
- Mantenerse dentro del marco profesional establecido. Subrayando las características “profesionales” de la relación para evitar malos entendidos y reacciones de transferencia-contratransferencia dramáticas (ej. evitar ser un “sustituto interino” del que falta).

**Escucha activa.** La escucha activa es atenta, centrada e intensa; es una escucha del otro y de uno mismo:

- Es atenta, porque el profesional está con los cinco sentidos.
- Es centrada, debido a que se vive el aquí y ahora del momento.
- La escucha de nosotros mismos mientras estamos con el doliente, el conectarnos con nuestras emociones y tomar conciencia de lo que nos dicen.

En la atención de personas que sufren profundamente tenemos que recordar, casi de continuo, que: “yo soy yo... y el otro es el otro”. Lo mismo que no se puede morir con cada muriente,... no se puede perder a nuestra pareja, nuestro hijo,... con cada doliente. También debemos tener en cuenta, que nos podemos impregnar de los sentimientos del doliente y saber que son de él, no nuestros.

**Facilitación.** Facilitar es favorecer la comunicación, esperar, tener paciencia, es también hacerle un espacio al otro (al doliente) y darle “permiso” con nuestra actitud y ese clima “seguro” que hemos creado, para que cuente lo que se le ocurra o exprese sus emociones más profundas. La tristeza, culpa, miedo, amor y alegría, serán partos más o menos fáciles, solo hay que estar y no interrumpir; mientras que la rabia siempre será un parto difícil.

Son técnicas facilitadoras de la comunicación: preguntas abiertas, baja reactividad, miradas, silencios, ecos, asentimientos, hacer resúmenes para resituar mentalmente al doliente.

**Informar.** Informar al doliente es:

- Explicarle lo que hoy define la psicología occidental como el constructo duelo, pero siempre volviendo a insistir que lo suyo es “único” y que tiene permiso para sentir lo que quiera y cuando quiera.
- Aclararle que la evolución teórica del proceso es hacia el ajuste, que todos los seres vivos se adaptan instintivamente a las nuevas situaciones
- Orientarle sobre las dudas más habituales: “¿Es bueno ir al cementerio?, ¿y llorar...?, ¿y hablar siempre del muerto....?, ¿porqué ahora no me fío de nada ni de nadie, y porqué me parece todo distinto?, ¿porqué ahora tengo más miedo de morirme y a la vez quiero morirme?.

**Normalizar.** Normalizar es asegurarle al doliente –y se lo está diciendo su médico- que lo que siente, piensa, hace... es totalmente normal y lo natural en su situación... Esto valida sus reacciones y sentimientos, los legitima, confirma, disculpa y además puede seguir sintiéndolos.

Cuando normalizamos es mejor tomarnos tiempo y tener en cuenta la cadencia del encuentro; controlando nuestra reactividad,... dejando transcurrir un tiempo entre el estímulo del doliente y la respuesta que damos.

Normalizaremos especialmente, que no se quiera olvidar, ni dejar de llorar... que se continúe hablando con él o que se refiera a él en presente...

**Orientar.** Orientar es guiar, sugerir, aconsejar... o incluso prescribir mediante instrucciones concretas determinadas conductas o rituales, y a veces lo contrario; por ejemplo, disuadir de una decisión precipitada,... “quiero vender este piso, creo que aquí no puedo vivir, son muchos recuerdos, entro en casa y es como una losa que se me viene encima...”.

Como orientación general, desanimamos de la toma de decisiones importantes durante el primer año, pero a la vez fomentamos la toma independiente de decisiones menores.

También podemos asesorar en la reorganización familiar, explicando que la pérdida de uno de los componentes de la familia lo trastoca todo,... interacciones, roles, espacios, normas, autoridad, poder, economía,... todo se tiene que renegociar y reconstituir.

### 3. *Técnicas de Intervención específicas de uso habitual.* Se usarán con frecuencia en las intervenciones, por estar

relacionadas con los problemas que plantea habitualmente el doliente.

**Anticipación de fechas y situaciones.** Algunas fechas (aniversario de la muerte, cumpleaños, Navidades, Todos los Santos, etc.) son especiales y con ellas llegarán nuevos tirones de dolor que sorprenden y desmoralizan al doliente. Por esta razón, conviene tener en cuenta fechas significativas que se avecinan o han pasado, para adelantarse si están por venir, adivinando o imaginando como se vivirán, o averiguar el impacto y la estela que han dejado atrás si ya han ocurrido.

**Toma de decisiones, solución de problemas y adquisición de habilidades.** A veces la persona en duelo tiene un auténtico bloqueo cognitivo mezclado con miedo, su mundo se le ha venido abajo y todo puede ser extremadamente peligroso. En esta situación, a veces, la toma de decisiones para problemas que en otro momento supo resolver, resulta difícil. Otras veces se trata de adquirir habilidades que ejercía su pareja (arreglo de un enchufe, cambiar una bombilla, ir al banco, etc.).

Le podemos ayudar a concretar los problemas, generar alternativas, elegir una opción, ponerla en marcha y evaluar resultados.

**Narración repetitiva de la muerte y “contar” historias.** La narración de un hecho trágico lo desdramatiza en parte. La descripción del drama de la muerte será espontáneamente reiterativo, no importa, se repetirá una y otra vez. Todo se recuerda, hasta el último detalle, y si no es en la primera versión lo será en la siguiente.

El relato pormenorizado y redundante de la muerte es catártico, lava, purga, abre la espita de la emoción y además libera, ordena y estructura el pensamiento, casi hace de la muerte una parte de nosotros mismos, la normaliza.

El profesional puede preguntar también por retazos de vida pasada, extraerlos del viejo archivo de la memoria y actualizarlos. Con ello el doliente perfila lo que fue y lo que es, reflexiona, busca, rebusca y tiene la oportunidad de ver que los vínculos son ahora distintos pero perviven. Puede hacer nuevas amistades, ilusionarse con los nietos, la vida,... sin miedo, nunca se va a olvidar,... porque el olvido es imposible.

**Prescripción de tareas y rituales.** La prescripción es una “orden” concreta e individualizada, negociada y pactada previamente entre las partes, que compromete al doliente y le obliga en su consecución.

La recomendación de realizar ejercicio físico con unas pautas determinadas, entraría de lleno en la educación para la salud, consiguiéndose además -por el efecto dominó y casi sin querer- cambios en otros hábitos de vida del doliente, y sobre todo evitando maneras de afrontar su pérdida, claramente perjudiciales: abusar del alcohol, del tabaco, del vídeo, de la televisión, del juego, etc.

Para aproximarnos a cual es la prescripción más correcta, se podría utilizar la pregunta: “¿qué cosas harías - que ahora no haces- si Juan estuviera vivo?, ¿crees que podríamos recuperar algo de todo eso?, ¿podrías salir a la calle 20 minutos cada día?”.

**Hablar de los sueños y de las presencias: visuales, auditivas, táctiles...** Los sueños a veces asustan e inquietan y en otras ocasiones alivian y reparan, producen sosiego. Es conveniente hablar de ellos y de el significado que tienen para el doliente.

Las presencias: “se le ve, se le oye, se le nota, se le huele, se le siente, te toca,...”, ¿fenómenos normales?, ¿paranormales? <sup>30</sup>..., lo que diga el doliente, en cualquier caso debemos de normalizar.

**Sondas emocionales y preguntas terapéuticas.** Son preguntas que penetran y rastrean las emociones del otro, y en general siempre nos devuelven respuestas jugosas. El doliente baja las defensas y, por un momento, libera parte de su tormenta interior.

Una buena pregunta puede ser: “desde la última vez que nos vimos... ¿habías pensado en hablar hoy de algo

que se te haya quedado colgado?... , eso que te ronda a veces en la cabeza, y le das vueltas y vueltas,... ¿querías comentarlo conmigo?”. Otra pregunta que también a veces conecta: “¿ha habido alguna fecha o se acerca alguna fecha significativa para el recuerdo?”, por ejemplo el cumpleaños, aniversario de boda, cabo de año, fiesta de Todos los Santos,... son todos puntos álgidos y si hacemos "diana" nos permitirá hablar de ello y sacarlo.

A veces es útil preguntar directamente por el relato de los hechos: “¿cómo fue el accidente?”, pero ¡ojo! porque también le podemos exponer a un dolor innecesario que no conduce a nada, por eso hay que estar muy atentos a cuándo lanzamos estas preguntas, evaluando previamente su oportunidad.

Es inexcusable preguntar: “¿has pensado quitarte la vida?”, “¿cómo y cuándo?”, para valorar el riesgo de suicidio, si es algo concreto o sólo una idea fugaz, o la pérdida del “norte” existencial (propia del duelo), y qué cosas (frenos y anclajes) se lo impiden y lo pegan a la vida.

**Huir de los tópicos sociales al uso.** Es aconsejable evitar las frases hechas: “el tiempo lo cura todo”, “aun eres joven”, “ya ha pasado un año”, “tú eres fuerte”,... porque esto nos alejará emocionalmente e incluso puede provocar enfado.

Si como profesionales no sabemos qué decir, es mejor verbalizarlo: “no se qué decirte... esto también me afecta...”, o expresarlo de forma no verbal con un apretón de manos, una abrazo, una mirada en silencio,...

**Fármacos.** En el duelo normal los psicofármacos serán de uso sintomático y ocasional ya que, medicalizar el duelo supone darle categoría de enfermedad, y esto va a tener importantes repercusiones en su elaboración, tanto para el doliente como para la familia.

Se debe controlar la utilización de ansiolíticos e hipnóticos. En general se puede recomendar su prescripción sólo en caso necesario, por períodos cortos o a demanda<sup>16,29</sup>, p.ej. a la hora de actos públicos y a dosis mínimas para evitar tanto la “anestesia emocional” como la dependencia.

Si nos planteamos la administración de antidepresivos, debemos de diferenciar la depresión mayor, de la tristeza propia del duelo, ya que en ésta son totalmente ineficaces.

**Pruebas complementarias: análisis, radiografías, electrocardiograma,...** El doliente, a pesar de las ganas de morirse, tiene miedo a la muerte, a la enfermedad, al dolor, a pasar por lo mismo que su.... y aquí tienen cabida las pruebas complementarias -no excesivamente yatrógenas- que tranquilicen y confirmen la salud.

**Detección de complicaciones y filtro del sistema.** Estaremos especialmente atentos a personas con estilos de afrontamiento claramente perjudiciales, p. ej. “compensadores químicos” que van a echar mano de sustancias para curar su dolor y su impotencia, léase alcohol, nicotina, pastillas,... o conductas repetitivas y compulsivas del tipo “trabajo adictos”, “jugadores de máquinas”,... que anclen el dolor y lo narcoticen por la repetición,...

Actuaremos de filtro y derivaremos al nivel especializado, Equipo de Salud Mental, en caso de:

- estilos de afrontamiento abiertamente autolesivos a corto o largo plazo.
- aparición de comorbilidad asociada: trastorno por estrés postraumático, fobias, crisis de angustia, etc.
- sospecha de duelo patológico: aparente ausencia de duelo, cronificación,... o cumplirse los criterios de duelo “complicado”
- duelos límite, duelos ocultos, duelos “cargados” con factores de riesgo, etc.

4. **Técnicas de intervención específicas de uso especial.** Son técnicas que se pueden utilizar ocasionalmente en situaciones especiales.

**Comunicación telefónica.** El teléfono será fundamental en el apoyo y seguimiento puntual, por ejemplo el profesional quiere hacer un seguimiento telefónico ante una fecha significativa que se avecina o en el caso del



doliente que necesita aclarar una duda,...

**Escribir.** En determinadas personas, el escribir alivia y aclara u ordena sus ideas y emociones. El material generado se puede utilizar luego en las entrevistas, como un estímulo más para la comunicación. Se puede sugerir escribir acerca de “las cosas que le dirías y no le has dicho”, o “tener un diario escrito con tus conversaciones con él.

**Dibujar.** El dibujo, del mismo modo que la escritura, es un medio de expresión que puede conectar con nuestras profundidades y permitirá en determinadas personas sacar emociones o sentimientos, que luego también se pueden comentar en la consulta.

**Libros de autoayuda (biblioterapia).** Se puede recomendar, en un momento dado y dependiendo del contexto, la lectura de un libro de autoayuda:

- Brothers, Joyce. Vivir sin él. Cómo superar el trauma de la viudedad. Barcelona: Grijalbo; 1992
- Pangrazzi, Arnaldo. La pérdida de un ser querido. Madrid: Ediciones Paulinas; 1993
- Ginsburg, Genevieve Davids. No estás sola cuando él se va, consejos de viuda a viuda. Barcelona: Martínez Roca; 1999
- Kübler-Ross, Elisabeth. La muerte: un amanecer. Barcelona: Luciérnaga; 1991

**Elaborar un álbum de fotos o atesorar una caja con recuerdos.** Un álbum de fotografías... o un cajón de recuerdos: un trozo de cabello..., una joya, una moneda..., una entrada de fútbol de aquella tarde..., cosas que no le sirven a nadie para nada, pero tan personales... un auténtico relicario. Se puede hablar de verdaderas máquinas del tiempo programables, en la que tocas esta o esa tecla - los objetos de transferencia - y te transporta a...

**Vídeos.** Visualizar vídeos del fallecido añade la dimensión del movimiento y el sonido a la foto, todo parece más real, y sirve como las fotos o los recuerdos para lo mismo, para redimensionar la nueva relación con el marido muerto, autonegociar cómo se le va a recordar,... Se pueden utilizar en las prescripciones e instruir 15-20 minutos diarios de vídeo cada día, en un tiempo privado, exclusivamente suyo y del muerto, o de quién lo quiera compartir.

**Animales.** En el duelo, los animales domésticos, a veces juegan un papel fundamental, enganchan a la vida, permiten expresar cariño, hablar de cosas que probablemente no hablarías con nadie, recuerdan al fallecido y permiten ponerte triste, incluso desahogar la rabia... "les damos cuatro gritos y poco después.... tan amigos", al acariciarles se tiene el calor del contacto físico, y con el paseo (p. ej. si es un perro) la socialización obligada,... En último caso siempre supone un tema de conversación al que recurrir cuando se quieren eludir otras cuestiones.

**Internet.** En Internet cada vez hay más recursos para las personas en duelo<sup>31</sup>. Desde los “chats” de autoayuda en duelo hasta los cibercementerios en los que se pueden erigir verdaderos “monumentos” funerarios conmemorativos, pasando por psicólogos y asesores de duelo que desarrollan sus sesiones terapéuticas directamente “on line”, páginas de grupos de autoayuda nacionales o internacionales (CRUSE,...) que se anuncian en la red,...

**Reestructuración cognitiva.** La reestructuración cognitiva en el duelo es muy útil. Ayudando al doliente a identificar los inevitables pensamientos automáticos disparadores de sentimientos negativos asociados a la pérdida, del tipo “no podré conseguirlo,... me pondré a llorar y arruinaré el bautizo,... ya no sirvo para nada, qué pinto yo en este mundo, nada tiene sentido,...”, y enseñándoles a pararlos mediante detención de pensamientos e inocular ideas positivas, como: “seguro que puedo,... me contendré,... ahora puedo ayudar a mi hija, ella me necesita,... puedo hacerlo,... puedo vivir”, haremos que se sientan francamente mejor y desde luego más capaces. Es una técnica muy rica por su sencillez e inmediatez.

**Fantasías y visualizaciones dirigidas.** Las fantasías y visualizaciones dirigidas, suponen imaginar una

situación que se desea alcanzar, con rasgos positivos. El ejercicio se puede hacer durante unos minutos y si se hace con los ojos cerrados, mejoran los detalles y el nivel de concreción de la situación deseable, lo que redundará en mejores resultados. Generalmente se tratará de trabajar con las dificultades que presenta el doliente.

**Metáforas.** La metáfora es una analogía que identifica de forma imaginativa un elemento con otro, adscribiendo al primero cualidades del segundo. El hecho de plantear en una sola imagen (metáfora simple) o en una narración completa (en semi-cuento) que contenga la esencia del proceso de la persona, aporta imágenes que permitirán: elaborar emociones, transmitir mensajes (la narración contiene una especie de “moraleja” que el oyente interpreta situando lo que escucha en su propio marco de referencia) y crear imágenes que acompañan y “aconsejan” de forma simple, sintética y más allá de lo racional.

## ▲ Estrategia de intervención - Guía de las sesiones

- La intervención en duelo debe comenzar desde el momento que se conoce, ya sea el fallecimiento o la cercanía de la muerte del familiar (duelo anticipado), y el apoyo debe ser mas intenso en la perimuerte, con la aplicación de cuidados paliativos de forma adecuada antes de la muerte (si es preciso) y el apoyo a la familia en la fase inicial de duelo agudo. En general tras la fase de duelo agudo, se puede hacer un seguimiento y apoyo sicoemocional y valorar la necesidad de una intervención estructurada, que en el caso de ser necesaria, se puede proponer pasados los dos meses, cuando el/la doliente pueda tener la mente algo clara como para adquirir el compromiso de una intervención durante un año.
- En la primera sesión se explicará el número, periodicidad y duración de las sesiones. La pauta se deberá adaptar a cada caso particular, pero una posible pauta podría ser de unas siete sesiones de 30 a 45’ a lo largo de un año.
- Las sesiones en las primeras fases del duelo serán cercanas (cada dos semanas) ya que tratamos de que afloren los aspectos afectivos, emocionales, relacionados con los recuerdos. Posteriormente se van espaciando (cada uno o dos meses), en la medida en que abordamos otros aspectos con menor componente emocional y mas relacionados con la vivencia actualizada de su situación y sus creencias. Finalmente con sesiones aún mas separadas (cada tres o cuatro meses), que llegan hasta pasado el primer año de duelo, abordamos aspectos del futuro, mas prácticos, como la recuperación de habilidades cotidianas que le darán independencia, y el cierre de la relación con el médico.
- A lo largo de cada sesión, tener en cuenta la aplicación de las técnicas generales (REFINO), utilizar las específicas en la medida que sean adecuadas a la situación (tenerlas en la mente como recursos terapéuticos a utilizar).
- Los contenidos de las sesiones los marcará la persona en duelo. La primera fase de duelo agudo se orienta al apoyo y acompañamiento para facilitar la verbalización y libre expresión de sentimientos y recuerdos. Posteriormente se prestará mas atención a sus creencias en relación con el difunto (lo que piensa, lo que siente, lo que hace etc.) y se fomentará una actitud crítica hacia ellas, mirándose desde fuera como un espectador. Finalmente abordaremos las dificultades que tiene para integrarse de nuevo en su mundo, clarificando sus habilidades, utilizando los recursos de que dispone, fomentando las actividades lúdicas y las relaciones sociales, que deberán enfocarse desde otro contexto (p. ej. ya no es pareja y esto dificulta o impide las relaciones con parejas, como antes), buscando crear nuevas relaciones, aprendiendo de nuevo a gozar sin sentirse culpable.
- El uso del tiempo a lo largo de las entrevistas, es un importante instrumento para elaborar las emociones, integrar las pérdidas y proyectar los cambios y metas a establecer en el futuro. Es por ello que debemos tener presente que hay que “recorrer” con el paciente tres espacios diferentes del tiempo, pero que confluyen en su proceso:
  - El pasado: En cada entrevista, atender a la expresión de sentimientos, emociones y/o recuerdos. Para ello utilizaremos al menos, la escucha activa y/o la facilitación de la expresión emocional.
  - El aquí y ahora: Revisando, escuchando y/o analizando cómo el pasado se integra (o no), se asienta (o no) en el presente, y facilitando en lo posible la toma de decisiones apropiadas a la sana satisfacción de necesidades.
  - El futuro: Cerrando la sesión con:
    - Un acuerdo (“contrato”) claro, concreto y simple que implique en el futuro (puede ser próximo o medio) la realización de conductas orientadas a lo que explicábamos en el párrafo anterior.
    - Una visualización de sí mismo: imaginándose logros, situaciones de bienestar social, personal, etc. que resuelven la tendencia que a menudo estaba larvada de “lealtad” al ausente desde el mantenimiento del malestar. Imágenes o fantasías que transmitan en definitiva un “permiso” para entrar y sentirse progresivamente mejor en su propia vida.

## ▲ CPD en Duelo Anticipado

Como hemos visto en la evolución cronológica del duelo, hay momentos y fases precisos que por su peculiaridad, requieren de una atención particular, nos referimos al Duelo Anticipado (antes del fallecimiento), la Agonía, el Duelo Agudo y el Duelo Temprano (desde el fallecimiento hasta los tres primeros meses). La posibilidad de intervenir en estas fases, se presenta sobre todo con pacientes a los que asistimos en la última fase de sus vidas en su domicilio (normalmente enfermos de cáncer, insuficiencia cardíaca, renal, esclerosis múltiple, etc.)

La fase previa a la muerte de un familiar, deja una honda huella en el recuerdo de toda la familia y será uno de los temas reiterativos a la hora de elaborar el duelo, por eso es importante hacer un adecuado cuidado de enfermo y familia en esta fase, para conseguir que este recuerdo sea el mejor posible.

Se puede resumir el objetivo de los cuidados en esta fase en CUIDAR y ayudar a DESPEDIRSE al enfermo y a la familia.

Para el equipo sanitario, la asistencia a la fase final de la vida de un enfermo, supone una oportunidad para estrechar lazos con la familia. El equipo entrará a formar parte de los recuerdos de la familia y éstos quedarán impregnados por la valoración que la familia haga de la labor del equipo. Así, el control adecuado o no de los síntomas, el diagnóstico temprano o no de la última enfermedad, el apoyo y la comunicación con el enfermo y la familia, etc. serán la parte fundamental de esos recuerdos<sup>24</sup>. El cuidado de diversos aspectos que vamos a desarrollar nos ayudará a realizar una atención adecuada.

**Genograma.** Como ya hemos dicho anteriormente, es una herramienta fundamental para el trabajo en duelo. Nos puede dar mucha información en poco espacio: recursos de la familia para el cuidado, composición familiar, pérdidas anteriores, miembros que viven en el domicilio, edad de los hijos, posibles conflictos familiares, existencia de minusvalías en alguno de sus miembros...

**Comunicación con el enfermo y control de síntomas.** Para hacer un buen control de síntomas es imprescindible tener una buena relación con el enfermo, haciendo un abordaje integral. El desarrollo de este aspecto junto con el control de síntomas son específicos de cuidados paliativos primarios y no serán abordados aquí.

El control de síntomas va a ser un elemento fundamental en el cuidado al enfermo y dependiendo del grado de consecución de este objetivo, así será la relación con el paciente y su familia.

La influencia de este aspecto en el duelo va a ser importante, ya que es muy distinto el recuerdo del familiar asociado a dolor, vómitos, insomnio, etc. que asociado a una persona con una buena calidad de vida.

**Colaboración con la familia.** Debemos de inculcar en la familia, desde el primer momento, la idea de colaboración, "vamos a trabajar en equipo".

**Informar a la familia sobre el diagnóstico y pronóstico.** Suele ser útil realizar una entrevista con toda o parte de la familia con la idea de hacer un planteamiento general de la situación e informar sobre diagnóstico, pronóstico, previsibles cambios psicofísicos del paciente<sup>32</sup>, plan de cuidados, disponibilidad del equipo, otros recursos, aclaración de dudas, etc<sup>33</sup>.

**Familiar Responsable.** Es conveniente que tengamos, por lo menos, una persona de referencia en la familia<sup>34</sup>, que asuma la organización de la asistencia al enfermo. A esta persona le tenemos que prestar una atención especial, apoyarle y facilitarle todas las tareas burocráticas<sup>34</sup>.

Debemos de ocuparnos de su salud psicofísica, asesorarle en el cuidado al enfermo, tratar de que, en lo posible, reparta la responsabilidad del cuidado del enfermo, que se busque períodos diarios de liberación de sus tareas.

**Comunicar diagnóstico al enfermo.** Debemos conocer la opinión de la familia sobre comunicar o no el diagnóstico al enfermo y trabajar para tener libertad en este aspecto de nuestra relación con él.

Hay que hacerles ver las ventajas de que el enfermo sea el protagonista de su enfermedad y dejar claro a la familia, que nosotros vamos a respetar los deseos del enfermo de conocer o no su enfermedad.

Que no le vamos a mentir, ya que si le mentimos, dejará de confiar en nosotros y rechazará nuestros cuidados. Además

tenemos muchas formas de decir las cosas. No mentir no significa que le vamos a “soltar” el diagnóstico a la primera oportunidad, sino que iremos utilizando lo que llamamos la "verdad acumulativa".

**Dar tareas.** Es importante decir a la familia las actividades que pueden realizar en el cuidado del enfermo (comida, limpieza, movilización, dar la medicación, hacer curas,...), esto va a facilitar la comunicación con él, también evitará el miedo que muchos familiares tienen a estar con el enfermo porque no saben qué hacer.

Se debe huir de la idea de que el cuidado de los enfermos es cosa de "profesionales" o del cuidador principal en exclusiva. Hay que implicar al mayor número de familiares posible en las tareas del cuidado, incluso si el enfermo está ingresado (pasar la noche con él, o hacer unas horas de cuidado, ...),

El haber colaborado en los cuidados del paciente deja una sensación de "haber cumplido" que es gratificante y tranquilizadora, evita muchas culpas y facilita reconciliaciones<sup>32</sup>.

**Estimular la comunicación enfermo-familia.** Nuestro objetivo será facilitar la comunicación de sentimientos, para que el enfermo se sienta acompañado y la familia inicie su duelo anticipado que le será posteriormente de gran ayuda. Es conveniente que la familia incorpore 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 luego eso le va a "pasar factura" en el duelo.

Es importante que la familia se dé cuenta de que, la “no comunicación”, no existe, que incluso en el caso de no hablar con el enfermo para nada de su enfermedad, le están dando mucha información, a través del llanto a escondidas, la cara de preocupación o sufrimiento de su familia, sus gestos no controlados, el cambio que observa en el modo de comunicarse todos con él, el miedo que capta a sus preguntas, el observar que no se cuenta con él para el futuro, etc.

Hay que estimular en la familia una actitud hacia el enfermo más de escucha que de escape. Deben de quitar el miedo a sus preguntas y a sus reacciones emocionales. Que sepan que no es malo llorar juntos, si llega el caso. Que el enfermo sienta necesidad de la familia en todos los sentidos, incluido el emocional<sup>34</sup>.

Hay actividades muy recomendables, que facilitan la comunicación con el enfermo, por ejemplo, ver fotografías juntos, la lectura de algún texto de su agrado como novelas, libros religiosos ... centrándose en los elementos positivos de los recuerdos, esto da un sentido a su vida y le reconcilia con el pasado<sup>29</sup>.

También es importante el contacto físico con el enfermo, ya que es una posibilidad de comunicar sentimientos, que muchas veces no se pueden transmitir de otra forma (caricias, masajes, abrazos, tomarlo en brazos, acostarse junto a él, etc.)

Al final cuando el enfermo está desorientado o inconsciente, conviene seguir la comunicación con él, tocarle, acariciarle, hablarle, situarle en la actividad de la casa, horario, personas que le visitan, etc.

**Valorar los cuidados.** Conviene valorar los cuidados que la familia presta al enfermo, del modo más objetivo posible. Este reconocimiento externo, además de estimular el cuidado, alivia las inevitables culpas del duelo.

**No culpabilizar.** La actitud con la familia debe de ser más de entender que de juzgar. Debemos evitar juicios de valor muchas veces negativos, siempre hechos desde nuestros valores y que no sirven de nada, excepto para complicar más aún el duelo.

## CPD en la Agonía

### **Preparar a la familia para la fase final: LA AGONIA.**

La agonía es una fase con entidad propia. Es difícil decir cuando se inicia y cuánto va a durar, ya que hay tantas agonías como enfermos. Viene a ser la culminación de una situación de retracción de la conciencia, que lleva consigo una desconexión con el exterior. Se caracteriza por un deterioro físico evidente de día en día: mayor debilidad, somnolencia, a veces agitación, desorientación, desinterés, dejadez, anorexia intensa y fallo orgánico<sup>35</sup>. La mayor parte de las muertes se

producen con un psiquismo descendido hasta el coma. No es frecuente una agonía lúcida<sup>35</sup>

La mayor parte de los enfermos terminan por entregarse sin lucha. Es rara una agonía con angustia. El moribundo por lo general demuestra mayor tranquilidad, incluso una atenuación o cesación de las molestias y dolores<sup>35</sup>.

En la agonía, la actividad muscular decrece y esto lleva a una hipotonía muscular generalizada que produce el "perfil afilado" y los "estertores agónicos" con o sin disnea acompañante. Estos estertores son debidos a la acumulación de secreciones, que el enfermo no tiene fuerza para expulsar y a la hipoexcitabilidad refleja para la tos<sup>35</sup>.

Esta fase normalmente crea una enorme angustia y a veces los familiares se derrumban, ya no pueden más, están exhaustos. 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<sup>32</sup>. La familia debe sentirse útil, saber qué hacer, en esta dura fase que le espera.

### **Preguntas mas habituales en la agonía.**

*¿Puede oírnos?* El paciente sí puede oírnos<sup>32</sup>. Por esto es importante que estén con él, que le hablen, que tengan cuidado con lo que dicen. Es conveniente que la habitación esté sin ruidos, con poca gente acompañando.

*¿Se da cuenta de lo que pasa?* Normalmente no, aunque hay pacientes que están totalmente conscientes hasta el último momento<sup>32</sup>.

*¿Le tenemos que dar de comer o de beber?* El enfermo no siente hambre y no necesita comer<sup>32</sup>, a no ser que él lo solicite. Darle líquidos en pequeñas cantidades si está consciente y si no humedecer la boca frecuentemente.

*¿Le tenemos que seguir dando la medicación?* Sí se debe seguir con la medicación imprescindible que le demos hasta el final, por ejemplo analgésicos. Cuando no se pueda usar la vía oral, dejar indicado lo que se puede dar por vía rectal o subcutánea.

*¿Cuánto tiempo estará así?* No lo sabemos con certeza, pero el final está cerca.

*¿Qué pasa con los estertores?* Explicar el porqué de los estertores y que no suponen un sufrimiento para el paciente, así como las previsibles fases de apnea posteriores.

*¿Qué hacemos si se muere?* Asesorar sobre quién debe de certificar la muerte, avisar a la funeraria, etc.

### **▲ CPD en Duelo Agudo y Temprano**

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 ocasiones los sanitarios estamos presentes en estos momentos que rodean a la muerte de nuestros pacientes. El clima emocional que envuelve la situación, inevitablemente nos impregna y esto hace difícil nuestra misión.

Los objetivos de esta fase se pueden resumir en NORMALIZAR y facilitar respuestas emocionales y EVITAR la MEDICALIZACIÓN innecesaria.

Podemos preparar a la familia, haciéndoles ver la importancia de algunos aspectos que pueden ser tenidos en cuenta.

**Estar presente cuando fallece.** Es importante que la familia esté avisada con una cierta antelación de la proximidad de la muerte, cuando esto sea posible, para que esté presente y acompañe en éstos últimos momentos al enfermo<sup>33</sup>. Esta cercanía en los últimos momentos, es de gran ayuda en el duelo<sup>35</sup>.

**Preparar y despedirse del cadáver.** Cuando estemos presentes en los primeros momentos tras el fallecimiento, podemos aconsejar sobre la preparación del cadáver (amortajar, vestir, limpieza, etc.) <sup>33</sup>. Hay que tener en cuenta que la familia en esta situación a veces está totalmente conmocionada, incapaz de pensar y puede que no tenga ninguna experiencia previa.

Normalizar expresiones de intensa emoción y facilitar a la familia todo el tiempo que necesite para estar con el cadáver y expresar si lo desean sus sentimientos (abrazarle, acariciarle..) <sup>33</sup>. Normalizar cualquier tipo de manifestación con el cadáver, evitar los prejuicios sobre lo que es o no morboso, que muchas veces son mecanismos de defensa ante situaciones muy emotivas. Que sepan que la expresión de su dolor y su afecto no va a ser perjudicial y sí puede serlo, por contra, su represión.

La visión del cadáver no se debe de evitar a toda persona que lo desee, incluidos los niños<sup>33</sup>. Es aconsejable que los profesionales sanitarios, si hemos estado cuidando a ese enfermo, aunque no estemos presentes en el fallecimiento, visitemos a la familia y veamos el cadáver, porque también necesitamos despedirnos<sup>33</sup>.

**Evitar eufemismos.** Conviene desde un primer momento y después, hablar ya de muerte, muerto, etc<sup>16,33</sup>. acercando a la familia a la realidad de la pérdida, pero siempre respetando su ritmo. La comunicación verbal en estos momentos es difícil y quizá nos comuniquemos mejor con un apretón de manos, una mirada, .....

**Comentar los últimos momentos.** La visita a la familia o la primera consulta tras el fallecimiento, es un buen momento para comentar cómo fueron los últimos momentos. Este relato así como la visión del cadáver, facilita el reconocer la pérdida, tarea necesaria en la evolución de un duelo sano<sup>29</sup>.

**Orientación legal.** A veces es necesario dar consejos de tipo legal a la familia que se encuentra totalmente bloqueada e incapaz de pensar. Avisar a la funeraria, organizar los funerales, certificados de defunción, seguros, .....

**No medicalizar.** Evitaremos en lo posible, el uso de psicofármacos. Las expresiones de intensa emoción son normales (además hay que tener en cuenta la influencia cultural) y no perjudican a la persona en duelo<sup>33</sup>. Sin embargo el tener a una persona totalmente anestesiada emocionalmente por efecto de los ansiolíticos, sí que puede ser perjudicial para recordar posteriormente estos momentos.

En esta fase el uso de psicofármacos puede ser a demanda y quizá en pequeñas dosis, por ejemplo a la hora de asistir al funeral<sup>29</sup>. El insomnio es una manifestación habitual al principio, y si se prescriben hipnóticos no debe de ser de forma continuada<sup>16</sup>, para evitar posibles adicciones.

**Asistir a los funerales.** Es recomendable que asista toda la familia, incluidos los niños a partir de los 5-9 años, a todos los actos que se realicen por el difunto<sup>16,33</sup>. Estos rituales ayudan a tomar conciencia de lo ocurrido, son un fuerte apoyo para el doliente y suponen un reconocimiento social del sufrimiento.

**Comunicación posterior con la familia.** Telefonar a la familia 1 ó 2 semanas después del fallecimiento, para interesarse por su estado, responder a dudas, etc. En algunos casos puede ser conveniente una entrevista con la familia con los siguientes objetivos:

- Aclarar dudas referentes a la muerte de su familiar p. ej. causa de la muerte, si la atención fue o no correcta, si la enfermedad es hereditaria o no, etc.
- Normalizar respuestas, evitar culpas.
- Valorar los cuidados ofrecidos por la familia al enfermo de la forma mas objetiva posible.
- Reorientar falsas creencias que dificultan la expresión de sentimientos. ("mejor no recordar para no sufrir y olvidar", frente a "recordar y sufrir es el mejor remedio para olvidar" etc.) <sup>29</sup>.
- Aconsejar para que no se tomen decisiones precipitadas, como venta de piso, cura geográfica, tener otro hijo, etc.
- Informar sobre evolución habitual del duelo, haciendo previsión de las dificultades que pueden surgir en el futuro<sup>33</sup>.
- Ofrecer la posibilidad de futuras consultas.

Para encontrar la mejor evidencia, acerca de cual es la ayuda más adecuada en el duelo, hemos realizado una revisión cualitativa sistemática de la literatura científica. A este efecto se practicó una búsqueda electrónica en las bases de datos: MEDLINE, EMBASE: Psychiatry, Cochrane y PSYCINFO, con las palabras clave: bereavement, grief, clinical trials, random allocation y randomized controlled trials; y una búsqueda manual en Palliative Medicine (1993-2002), Omega (1997-2002) y en todas las revisiones sistemáticas previas sobre intervención en duelo existentes en la literatura: Parkes (1980 y 1996)<sup>26,32</sup>, Osterweis, Killilea, Greer, Silverman, & Klerman (1984)<sup>33</sup>, Potocky (1993)<sup>34</sup>, Lieberman (1993)<sup>35</sup>, Woof & Carter (1997)<sup>36</sup>, Kato & Mann (1999)<sup>37</sup>, Allumbaugh & Hoyt (1999)<sup>38</sup> y Von Fortner (1999)<sup>39</sup>.

Encontramos 35 estudios, de los que sólo 25 se ajustaban a los criterios restrictivos que nos interesaban: que los sujetos del estudio fueran personas en duelo normal o de riesgo, que la asignación al grupo intervenido o no intervenido fuese aleatoria, y que el grupo control fuera no intervenido.

Solamente observamos diferencias significativas a favor de la intervención propuesta en 10 (40 %) estudios:

- En 4 la intervención era grupal; 2 usaban grupos de ayuda mutua con dolientes voluntarios entrenados y 2 grupos de soporte con profesional de salud mental.
- En 5 la intervención era individual; 4 del tipo asesoramiento en duelo (en 2 realizado por voluntarios entrenados y en 2 por profesionales sanitarios o trabajadores sociales) y 1 del tipo psicoterapia de apoyo dispensada por un profesional de salud mental.
- En 1 la intervención era un programa de atención familiar al duelo conducido por terapeutas.

En conclusión, para ayudar a la gente en duelo se puede sugerir el asesoramiento individual; pero en cualquier caso y dadas las limitaciones de los estudios analizados no existe la suficiente evidencia. Sin embargo, en lo que si parecen coincidir todos ellos es en resaltar la importancia de los elementos inespecíficos de la intervención, tales como: establecer una buena relación, la escucha activa, la facilitación de la expresión emocional, la información sobre la situación, la normalización de las reacciones y la orientación en cuanto al futuro; que son las técnicas generales (REFINO) de los Cuidados Primarios de Duelo.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido **no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno**. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.



### Bibliografía

1. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-8. [Medline]
2. Dohrenwend BS, Krasnoff L, Askenasy AR, Dohrenwend BP. The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale. En: Mezzich JE, Jorge MR, Salloum IM, eds. Psychiatric Epidemiology. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1994. p 401-36.
3. Eustat. Instituto vasco de estadística. Tasas de mortalidad en Euskadi. Accesible en <http://www.eustat.es/>
4. Osterweis M, Solomon F, Morris G. Conclusions and recommendations. En: Osterweis M, Solomon F, Morris G, eds. Bereavement. Reactions, consequences, and care. Washington, DC: National Academy Press; 1984. p283-95.
5. Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. Am J Psychiatry 1991; 148: 1346-52. [Medline]
6. Jacobs S, Hansen F, Kasl S, Ostfeld A, Berkman I, Kim K. Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. J Clin Psychiatry 1990; 51: 269-74. [Medline]
7. Maddison D, Viola A. The health of the widows in the year following bereavement. J Psychosom Res 1968; 12: 297-306.
8. Parkes CM. Effects of bereavement on physical and mental health-a study of the medical records of widows. Brit Med J 1964; 2: 274-9.
9. Zisook S. Unresolved grief. En: Zisook S, ed. Biopsychosocial aspects of bereavement. Washington DC: American Psychiatric Press; 1987. p 23-34.
10. Jacobs S. Traumatic Grief: Diagnosis, Treatment, and Prevention. Philadelphia: Taylor&Francis; 1999. p 89-101
11. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. Am J Public Health 1987; 77: 283-7. [Medline]

12. Helsing KJ, Szklo M. Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 41-52. [[Medline](#)]
13. López M, Ela M, Bartolomé N, Gómez J, García-García JA. Is the use of the health care system increased by grief?. *Proceedings of the 7th Congress of the European Association for Palliative Care; 2001 April 1-5; Palermo, Italy. Milano: EAPC; 2001. p. 157.*
14. Tudiver F, Permaul-Woods JA, Hilditch J, Harmina J, Saini S. Do widowers use the health care system differently? Does intervention make a difference? *Can Fam Physician* 1995; 41: 392-400. [[Medline](#)]
15. Bowlby J. Attachment and loss. Vol 3. Loss, sadness and depression. London: The Hogar Press; 1980. [Traducido al castellano: La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona: Paidós; 1990]
16. Olmeda MS. El duelo y el pensamiento mágico. Madrid: Master Line; 1998.
17. García-García JA, Landa V, Trigueros MC. El proceso de duelo en atención primaria. En: De la Revilla L, ed. Libro del Año de Medicina Familiar y Comunitaria 1995. Madrid: Saned, 1995; P.181-207.
18. Charlton R, Dolman E. Bereavement: a protocol for primary care. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 427-30. [[Medline](#)]
19. Lee E, Kessler D. Bereavement care. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 689. [[Medline](#)]
20. Borins M. Grief counselling. *Can Fam Physician* 1995; 41: 1207-11 [[Medline](#)]
21. Harris T, Kendrick T. Bereavement in general practice: a survey in South Thames Health Region. *Br J Gen Pract* 1998; 46: 1560-4. [[Medline](#)]
22. Saunderson EM, Ridsdale L. General Practitioner' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ* 1999; 319: 293-6. [[Medline](#)] [[Texto completo](#)]
23. Prigerson HG, Jacobs SC. Caring for bereaved patients. "All the doctors just suddenly go". *JAMA* 2001; 286: 1369-76. [[Medline](#)]
24. García-García JA, Landa V, Trigueros MC, Calvo P, Gaminde I. El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 475-83.
25. Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido. Madrid: Ediciones Paulinas; 1993.
26. Parkes CM. Bereavement. *Studies of grief in adult life*. London: Routledge; 1996.
27. Sanders CM. Grief: the mourning after. New York: John Wiley & Sons; 1989.
28. Tizón JL. El duelo en atención primaria a la salud (I). *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1996(a); 3: 547-66.
29. Worden JW. Grief counselling and grief therapy. A handbook for mental health practitioner. London: Routledge; 1991. [Traducido al castellano: Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós; 1997]
30. Berger AS. Quoth the raven: bereavement and the paranormal. *Omega* 1995; 31: 1-10.
31. Manual de Cuidados Paliativos. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 1994.
32. Mc Daniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Family-Oriented Primary Care. *Orientación familiar en Atención Primaria*.
33. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer Ibérica; 1998. p.233-54
34. De la Revilla L. Atención familiar en el paciente terminal y en el duelo. En: De la Revilla L. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma; 1994.
35. Santo-Domingo J. Psicología de la muerte. Madrid: Castellote; 1976.
36. Parkes CM. Bereavement counselling: does it work? *BMJ* 1980; 281: 3-6. [[Medline](#)]
37. Osterweis M, Killilea M, Greer D, Silverman P, Klerman G. Bereavement intervention programs. En: Osterweis M, Solomon F, Morris G, eds. *Bereavement. Reactions, consequences, and care*. Washington, DC: National Academy Press; 1984. p 239-79.
38. Potocky M. Effective services for bereaved spouses: a content analysis of the empirical literature. *Health Soc Work* 1993; 18: 288-301. [[Medline](#)]
39. Lieberman MA. Bereavement self-help groups: a review of conceptual and methodological issues. En: Stroebe MS, Sroebe W, Hanson RO, eds. *Handbook of bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. p 411-26.
40. Woof WR, Carter YH. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (part 2). *Br J Gen Pract* 1997; 47: 509-14. [[Medline](#)]
41. Kato PM, Mann T. A sinthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 275-96. [[Medline](#)]
42. Allumbaugh DL, Hoyt WT. Effectiveness of grief therapy: a meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology* 1999; 46: 370-80.
43. Fortner BV. The effectiveness of grief counseling and therapy: a quantitative review [Tesis]. Memphis Univ.; 1999.



